

ОСОБЛИВОСТІ НАДАННЯ НЕМЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ОСОБАМ ІЗ ДЕМЕНЦІЯМИ¹

Поняття, умови і види деменцій

Термін «деменція» (слабоумство, раніше – «психоорганічний синдром») походить із латинської мови, де буквально *de mentis* означає «позбавлений розуму». Деменція, однак, не означає безумства, як і не є назвою сутності хвороби або порушенням, викликаним захворюванням; це загальна назва для синдрому, пов'язаного з утратою або істотним погіршенням вищих кіркових функцій, таких як пам'ять, мислення, розуміння, здатність до навчання та спілкування, вміння рахувати, орієнтація тощо. Вперше це поняття ввів до медичної термінології Філіп Пінель у 1801 р., описуючи пацієнтів з психічними розладами у психіатричній лікарні Парижа. У польській мові частіше використовують термін «слабоумство» (*otępienie*). Фахівці застосовують його, оскільки він не має негативних конотацій².

Сьогодні деменція характеризується як сукупність набутих, тривалих або прогресуючих симптомів, спричинених ураженням головного мозку, пов'язаних з порушенням інтелектуальних функцій, поведінковими й емоційними розладами, що спричинює значні труднощі при здійсненні повсякденної активності, професійних обов'язків і підтриманні міжособистісних стосунків³.

¹ Матеріал створено на основі авторських текстів, опублікованих раніше: A. Nowicka. *Opieka i wsparcie osób z chorobą alzheimera i ich opiekunów rodzinnych w Polsce*. Zielona Góra: Oficyna Wydawnicza Uniwersytetu Zielonogórskiego 2015; A. Nowicka, W. Baziuk. *Pozafarmakologiczne formy terapii w DDP «Nestoria» w Zielonej Górze* // A. Nowicka, W. Baziuk. *Człowiek z chorobą Alzheimera w rodzinie i środowisku lokalnym*. Zielona Góra: Oficyna Wydawnicza Uniwersytetu Zielonogórskiego 2011; A. Nowicka. *Psychospołeczne funkcjonowanie osób chorych na Alzheimera* // A. Nowicka, J. Bąbka. *Człowiek i jego rodzina wobec utraty zdrowia i sprawności*. Lubin: Uczelnia Zawodowa Zagłębia Miedziowego w Lubinie 2010.

² W. Molloy, P. Caldwell. *Chory na alzheimera. Poradnik dla rodzin i opiekunów*. Warszawa 2004; N. L. Mace, P. V. Rabins. *36 godzin na dobę. Poradnik dla opiekunów osób z chorobą Alzheimera i innymi chorobami otępiennymi oraz zaburzeniami pamięci w późnym okresie życia*. Warszawa 2005.

³ L. Bidzan. *Choroba Alzheimera. Poradnik dla lekarzy*. Gdańsk: Wydawnictwo Medyczne Via Medica 2005; S. Kotapka-Minc, A. Szczudlik. *Otępienie, Rozpoznawanie i leczenie otępień. Rekomendacje Interdyscyplinarnej Grupy Ekspertów Rozpoznawania i Leczenia Otępień*. Lublin 2006.

Деменція, згідно з Міжнародною статистичною класифікацією хворіб і проблем, пов'язаних зі здоров'ям МКХ-10, – це «розлад, зумовлений ураженням головного мозку, переважно хронічного або прогресувального характеру, при якому порушені такі вищі коркові (когнітивні) функції, як пам'ять, мислення, орієнтація, розуміння, підрахунок, здатність до навчання, мовлення і оцінка»⁴.

В Європі обов'язкові критерії нозологічної діагностики деменції прописані в МКХ-10:

1. Констатується наявність:

- а) розладів пам'яті («найвиразніші в аспекті засвоєння нової інформації») та
- б) розладів інших пізнавальних функцій (міркування, мислення, планування, організації, загального перетворення інформації), що погіршилися порівняно з попередньо вищим рівнем. В обох випадках ступінь порушення спричиняє розлади функціонування у повсякденному житті. Існування цих розладів задокументоване ретельним інтерв'ю з особами з найближчого оточення хворого і, за можливості, результатами нейропсихологічного дослідження чи «кількісними методами оцінки пізнавальних процесів».

2. Збережена здатність до «усвідомлення навколишнього світу, за відсутності потьмарення свідомості» (що визначається як «знижена ясність розпізнання оточення з погіршенням здатності до концентрації, підтримки і пререключення уваги»), принаймні за певний час до початку прояву порушень пізнавальних функцій. «У разі появи епізодів розладів свідомості (делірій) діагностування слабоумства необхідно відтермінувати».

3. Виникнення «погіршення контролю над емоціями, соціальною поведінкою чи мотивацією, що проявляється щонайменше однією з таких ознак:

- а) емоційна нестабільність,
- б) дратівливість,
- в) апатія,
- д) примітивізація соціальної поведінки».

4. Прояви розладів пам'яті й інших пізнавальних функцій тривають щонайменше 6 місяців⁵.

У Польщі в 2012 р. свої рекомендації, що стосуються діагностики та лікування деменцій, представив колектив експертів Польського Товариства Альцгеймера⁶. Це актуалізація настанов, розроблених у 2006 р. Міждисциплінарною

⁴ Цит. за: А. Szczudlik, Т. Parnowski. *Otepienie, Diagnostyka i leczenie otepień. Rekomendacje zespołu ekspertów Polskiego Towarzystwa Alzheimerowskiego*. Otwock 2012, s. 3.

⁵ Цит. за: А. Szczudlik, Т. Parnowski. *Otepienie, Diagnostyka i leczenie otepień*, s. 3.

⁶ *Diagnostyka i leczenie otepień. Rekomendacje zespołu ekspertów Polskiego Towarzystwa Alzheimerowskiego*. Otwock: Medisfera, 2012.

групою експертів діагностики та лікування деменцій⁷ та опублікованого Міждисциплінарною групою експертів діагностики та лікування деменцій у 1999 р. положення під назвою «Рання діагностика та лікування деменції типу хвороби Альцгеймера», адресоване лікарям першого контакту. Найновіші рекомендації базуються на МКХ-10 і призначені передовсім для лікарів-спеціалістів, які надають медичну допомогу літнім людям.

Причини деменції зазвичай складні та залежать, зокрема, від її виду. До найпоширеніших належать так звані первинно-дегенеративні слабоумства, анатомічним підґрунтям яких є тривалі захворювання ЦНС, які призводять до незворотних ушкоджень мозку. Вони становлять близько 50 % випадків⁸. До них належать, зокрема, хвороба Альцгеймера, лобно-скроневе слабоумство, хвороба Піка, хвороба тілець Леві, деменція при хворобі Паркінсона чи хореї Гентінгтона. Кожен зі згаданих видів деменцій відзначається відмінною клінічною картиною, однак їхню детальну характеристику в цьому викладі не здійснено. Зупинимось лише на одному виді, що становить близько 50-75 % усіх дементних розладів, – на хворобі Альцгеймера⁹.

Хвороба Альцгеймера спричинена відкладанням у мозку хворого токсичних білків β -амілоїду, tau і α -синуклеїну¹⁰ та полягає у дегенерації мозкової тканини, що призводить до атрофії нервових клітин (нейронів) та місць їхніх з'єднань (дендритів, аксонів, синапсів) і проявляється слабоумством. Хвороба Альцгеймера є специфічним хворобливим процесом – прогресувальним, незворотним дегенеративним слабоумством. Маніфестує через погіршення різних психічних функцій і прояви вогнищевих уражень мозку, тобто розлади пам'яті, просторових функцій зору, абстрактного мислення та

⁷ *Diagnostyka i leczenie otępień. Rekomendacje zespołu ekspertów Polskiego Towarzystwa Alzheimerowskiego*. Otwock: Medisfera, 2012.

⁸ Z. B. Wojszel, B. Bień, M. Przydatek. *Wielkie zespoły geriatryczne: III zespoły otępienne // Medycyna Rodzinna* (2001).

⁹ R. W. Keefover. *The clinical epidemiology of Alzheimer's disease // Neurol Clin.* (1996); W. Molloy, P. Caldwell. *Chory na alzheimera. Poradnik dla rodzin i opiekunów*. Warszawa 2004; M. Niemann-Mirmehdi, R. Mahlbreg. *Alzheimer. Co zrobić, gdy pojawi się choroba?* Warszawa 2006; M. Barcikowska. *Charakterystyka choroby Alzheimer* // A. Sadowska. *Jak radzić sobie z chorobą Alzheimer*. *Poradnik dla opiekunów*. Warszawa: Polskie Stowarzyszenie Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimer 2007; R. Jirik, I. Holmerovi, C. Borzovi. *Demence a jiné poruchy paměti. Komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada Publishing 2009; J. Mlinkova. *Péče o staré občany*. Praha 2011; A. Odlerovi, M. Tokovski. *Starostlivost o seniorov v kontexte sociálnej práce*. Banská Bystrica: Občianske združenie Rieka života – Centrum pomoci seniorom Banská Bystrica 2011.

¹⁰ M. Barcikowska. *Choroba Alzheimer, Rozpoznawanie i leczenie otępień. Rekomendacje Interdyscyplinarnej Grupy Ekspertów Rozpoznawania i Leczenia Otępień*. Lublin 2006; D. Antoniak. *Podstawowe informacje na temat choroby Alzheimer* // T. Parnowski. *Choroba Alzheimer*. Warszawa 2010.

мовлення.¹¹ Її перебіг індивідуально диференційований, однак у міру прогресування захворювання спостерігається наростання проявів слабоумства поряд із посиленням інших психопатологічних симптомів. Хворий поступово втрачає пам'ять, різні вміння, власну ідентичність і здатність до самостійного існування.

Вирізняють два види хвороби Альцгеймера:

- ранню, що розвивається до 65 років, зазвичай зі швидким перебігом;
- пізню, що дебютує після 65 років, з повільнішим, але прогресувальним перебігом.

Хвороба Альцгеймера може також бути:

- сімейною (спадковою), що становить менше 5 % усіх випадків, симптоми якої з'являються доволі рано – близько 40 років; її також називають деменція типу Альцгеймера;
- спорадичною (неспадковою), що трапляється частіше, а перші симптоми з'являються після 65 років; її ще називають старечою деменцією альцгеймерового типу¹².

Інші види деменції – це **судинні деменції [VaD]** (близько 13 %). Вони спричинені порушеннями кровопостачання або крововиливами у мозок, які можуть виникати в результаті захворювань малих судин у підкіркових структурах (гіпертонічна діабетична ангіопатія); гіперхолестеролемії, загальної гіпоксії, післяінсультних ушкоджень стратегічних структур мозку, таких як таламус, склепіння черепа, гіпокамп, а також унаслідок склерозу (кровоносних судин – після серцевих нападів, мозкових судин – після інсультів). Найпоширенішими видами судинних деменцій є підкіркова судинна та мультиінфарктна деменція¹³.

Крім цього, типовим дементним синдромом характеризується і велика група потенційно зворотних або тимчасових порушень пам'яті й інших когнітивних функцій (19-20 % хворих із деменцією). Їхні причини багатогранні та пов'язані з психосоціальними умовами, а також супутніми захворюваннями

¹¹ W. Dobryszczyka, J. Leszek, J. Rymaszewska. *Choroba Alzheimera. Patogeneza, diagnostyka, leczenie*. Wrocław 2002; T. Sobiw. *Choroba Alzheimera* // A. Szczudlik, P. Liberski, M. Barcikowska. *Otepienie*. Kraków 2004; G. Schwarz. *Choroba Alzheimera – poradnik dla chorych i opiekunów*. Warszawa 2006; M. Barcikowska. *Charakterystyka choroby Alzheimera* // A. Sadowska. *Jak radzić sobie z chorobą Alzheimera. Poradnik dla opiekunów*. Warszawa 2007; M. Barcikowska. *Otepienie uosób w wieku podeszłym* // K. Galus. *Geriatrya. Wybrane zagadnienia*. Wrocław 2007; A. A. Zych. *Leksykon gerontologii*. Kraków 2007; A. Nowicka. *Psychospołeczne funkcjonowanie osób chorych na Alzheimera*; A. Nowicka. *Opieka i wsparcie osób z chorobą alzheimera i ich opiekunów rodzinnych w Polsce*.

¹² C. Żekanowski, A. Przyłuska-Fiszler, M. Barcikowska. *Choroba Alzheimera: pomiędzy diagnostyką, ekonomią i etyką* // J. Leszek. *Choroby otepienne. Teoria i praktyka*. Wrocław 2003, s. 37.

¹³ M. Chodakowska-Żebrowska. *Otepienie naczyniopochodne* // A. Sadowska. *Jak radzić sobie z chorobą Alzheimera. Poradnik dla opiekunów*. Warszawa 2007, s. 7-8.

внутрішніх органів, неврологічними, психіатричними та геріатричними ятрогенними синдромами.¹⁴

У спеціалізованій літературі описуються три стадії деменції: легке, помірне і глибоке слабоумство¹⁵. Особи з легким ступенем деменції мають порушення пам'яті й інших пізнавальних функцій, які ускладнюють підбір відповідних слів, пошук предметів, виконання щоденної діяльності чи організацію вільного часу. Усвідомлюючи наявність таких труднощів, вони часто намагаються маскувати їх перед оточенням, уникати ситуацій, в яких вони могли би проявитися. Незважаючи на ці проблеми, такі люди здатні до самостійного функціонування. В пацієнтів з помірним ступенем слабоумства розлади пам'яті й інших когнітивних функцій уже виражені настільки, що вони потребують періодичного нагляду та допомоги в самообслуговуванні (особиста гігієна, одягання) і більшості домашніх обов'язків (прибирання квартири, готування їжі, оплата комунальних послуг чи користування ЗМІ). Ці особи пам'ятають добре закріплену інформацію та події минулого, однак погано орієнтуються в часі, коли вони відбувалися. Натомість у них є серйозні труднощі з запам'ятовуванням нової інформації, спілкуванням і пересуванням в околиці. Так само пацієнти з глибокою деменцією повністю не здатні до самостійного існування та потребують постійного нагляду і цілодобового догляду. Зазвичай глибока деменція характеризується цілковитою дезінтеграцією інтелекту, що призводить до нездатності розуміти і засвоювати будь-яку інформацію, впізнавати найближчих членів сім'ї, задовольняти власні потреби.

Ймовірність виникнення деменції зростає з віком, що є істотним чинником ризику появи деменції¹⁶. У 60 років ризик розвитку деменції становить 1 %, у 80 років – 20 %, після 90 років зростає до 33-50 %¹⁷.

На сьогодні в Європі від різних видів деменції страждає бл. 7,3 млн осіб¹⁸. Однак упродовж подальших десятиліть кількість хворих значно зросте у зв'язку зі збільшенням середньої тривалості людського життя, що у розвинутих країнах зараз наближається до 80 років, а також у зв'язку з прогресом

¹⁴ G. Opala. Neurologiczne aspekty diagnostyki zespołu otępiennego // *Post. Psych. Neurol.* (1996); B. L. Miller. Clinical advances in degenerative dementias // *British Journal of Psychiatry* (1997); Z. B. Wojszel, B. Bień, M. Przydatek. Wielkie zespoły geriatryczne: III zespoły otępienne.

¹⁵ A. Szczudlik, T. Parnowski. *Otępienie, Diagnostyka i leczenie otępień*.

¹⁶ Z. B. Wojszel, B. Bień, M. Przydatek. *Wielkie zespoły geriatryczne: III zespoły otępienne*; L. Bidzan. *Choroba Alzheimera. Poradnik dla lekarzy*. Gdańsk; T. Gabryelewicz. *Jakość życia pacjentów z otępieniem. Diagnostyka i leczenie otępień. Rekomendacje zespołu ekspertów Polskiego Towarzystwa Alzheimerowskiego*. Otwock: Medisfera 2012.

¹⁷ K. Maurer, R. Ihl, L. Frilich. *Alzheimer. Grundlagen. Diagnostik. Therapie*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer 1993.

¹⁸ G. Opala *Starzenie się społeczeństwa – aktualne dane, prognozy demograficzne i rekomendacje wynikające z polskiej prezydencji w Radzie Unii Europejskiej*. Warszawa, 2014, s. 12.

суочим процесом старіння населення у багатьох розвинутих країнах. Нині щонайменше кожен п'ятий європеєць уже досягнув 60-річного віку, причому найбільша частка осіб літнього віку (мешканці 52 держав-членів Євросоюзу) проживають в Італії та Греції (24%). Розрахунки показують, що у майбутньому процес старіння жителів європейських країн посилюватиметься. У 2025 р. відсоток літніх людей у загальній структурі населення цих країн зросте до 29%, а до 2050 р. кожен третій європеєць досягне літнього віку.

У світлі наведених даних можна припускати, що найближчим часом деменції стануть однією з найістотніших проблем, пов'язаних зі здоров'ям, а забезпечення належної медичної та немедичної допомоги людям з такими порушеннями буде величезним викликом для сучасного суспільства.

Немедична допомога особам з деменціями

Терапевтичний супровід осіб з деменцією є різностороннім і включає в себе фармакотерапію (когнітивних розладів, поведінкових порушень, психотичних симптомів і депресивних розладів), а також різні позамедикаментозні форми терапії, як валідаційна терапія, ремінісценційна терапія, тренінг орієнтації, пам'яті, а також належний супровід та підтримка опікунів, хворих на деменцію¹⁹.

Основу лікування кожного типу деменції становить фармакотерапія, що призначається досить рано, і, у разі вживання препаратів належним чином, дає багатьом пацієнтам змогу довше радіти життю, добре почуватися та бути незалежними. Вона здебільшого спрямована на типові для деменції порушення когнітивних функцій, а також на супутні поведінкові розлади, настрої і психотичні симптоми, і будь-які додаткові виявлені соматичні захворювання. Існують різні стратегії симптоматичного лікування деменції, але їхній докладний опис виходить за рамки цього дослідження.

Більше уваги присвяtimo натомість обговоренню нефармакологічної терапії чи методам покращення інтелектуального, психоемоційного та соціального функціонування людей з деменціями на основі відповідної організації середовища і умов їхнього життя й різних терапевтичних заходів, підібраних спеціально для цієї групи пацієнтів, з належним урахуванням стадії захворювання²⁰. Повний список поданий у таблиці.

¹⁹ E. M. Russell, A. Burns. Presentation and Clinical Management of Dementia // R. Tallis, H. Fililit, J. C. Brocklehurst. *Brocklehurst's Textbook of Geriatric Medicine and Gerontology*. London 1999, p. 727-740; Z. B. Wojszel, B. Bień, M. Przydatek. *Wielkie zespoły geriatryczne: III zespoły otępienne*, s. 162-168; I. Kłoszewska. *Niefarmakologiczne postępowanie w otępieniu. Diagnostyka i leczenie otępień. Rekomendacje zespołu ekspertów Polskiego Towarzystwa Alzheimerowskiego*. Otwock. 2012, s. 106-107.

²⁰ A. Nowicka. *Opieka i wsparcie osób z chorobą alzheimera i ich opiekunów rodzinnych w Polsce*. s. 81-82.

Таблиця 1. Нефармакологічні форми терапії осіб з деменціями²¹

Нефармакологічні форми терапії		
Назва	Вид	Змістове значення
Екологічна терапія		Створення безпечного та дружнього оточення для хворого
Трудотерапія Терапія рухом (фізіотерапія)	Ерготерапія (ергонотерапія)	Спеціальна форма реабілітації, що включає заняття з ткацтва, різьбярства, роботу з керамікою, металопластиком
	Арт-терапія	Терапія мистецтвом (музикою, танцями, поезією, малярством, різьбою, графікою, кіно)
	Музикотерапія	Терапія музикою
	Образотворча терапія	Терапія з використанням засобів образотворчого мистецтва
	Бібліотерапія	Терапія читанням
	Ігротерапія (людотерапія)	Терапія грою та забавами
	Сільвотерапія	Терапія через прогулянки в лісі, що побудована на контакті з красою природи
	Нордична ходьба	Прогулянки з палицями
	Гімнастика тай-чі	Оздоровча система тай-чі складається з поступових, окремих обертальних рухів, сповнених гармонії, що виконуються повільно та без напруження, нагадує спосіб рухів тварин
	Фітбол	Терапія з використанням м'ячів різних розмірів
Валідаційна терапія		Терапія, спрямована на стимулювання правильної соціальної поведінки хворого, зниження рівня неспокою і тривоги та поліпшення настрою
Ремінісценційна терапія		Терапія з фокусуванням на почуттях і переживаннях людини, полягає у викликанні в неї спогадів за допомогою так званих якорів пам'яті (фотографій, сувенірів, музики)
Когнітивна терапія		Терапія, спрямована на покращення когнітивних функцій хворого (мислення, пам'яті, уваги) й орієнтацію особи в реальності

Основною нефармакологічною формою терапевтичної допомоги хворим на деменцію є **екологічна терапія**, що полягає у створенні безпечного та дружнього оточення, фізичного, психічного і соціального. Забезпечення

²¹ A. Nowicka. *Opieka i wsparcie osób z chorobą alzheimera i ich opiekunów rodzinnych w Polsce*, s. 82-83.

особам із деменціями стабільності довілля і якомога кращих умов життя сприяє їхньому почуттю безпеки та стабільності²².

Результати досліджень, як польських²³, так і міжнародних²⁴, засвідчують, що більшість пацієнтів з деменцією впродовж усього періоду захворювання проживають у власних помешканнях або зі своїми дорослими дітьми, що є їхніми опікунами. Для хворих це дуже сприятлива ситуація, бо вони живуть у своєму природному, звичному середовищі, оточені опікою найближчої родини – шлюбного партнера, дітей та онуків. З огляду на зв'язки між членами родини (особисті, структурно-предметні та культурні), сімейне піклування має особливі властивості, яких не мають інші види міжособистісної опіки. Перш за все, воно характеризується тим, що між підопічним та опікуном установлені теплі, сердечні та близькі стосунки. Їхні взаємини безпосередні та відкриті, що сприяє повнішому задоволенню потреб людини, якій надається догляд, і забезпечує більшу гнучкість у адаптації обох сторін до динаміки життєвої ситуації та піклувального процесу. Особливістю сімейної турботи є стабільність і самовідданість опікуна у здійсненні догляду, а також його особлива відповідальність (юридична та моральна) за розвиток, життя і здоров'я хворого.²⁵

За словами Домбровські²⁶, сімейне піклування сприяє найкращому задоволенню суб'єктивних потреб хворого, зокрема потреб у прийнятті таким, яким він є, у безпеці, приналежності та любові, прихильності, у позитивному зворотному зв'язку, прийнятті всіх позитивних дій, творчої ініціативи, благородних намірів та значних досягнень у різних сферах діяльності і в розвитку ціннісних особливостей особистості, у визнанні неповторності, в емоційній взаємодії, допомозі та підтримці в хворобі, інтимності та релаксації, стабільності (незмінності найближчого оточення), а також потреби бачення

²² Z. B. Wojszel, B. Bień, M. Przydatek. Wielkie zespoły geriatryczne: III zespoły otępienne.

²³ A. Sadowska. *Jak radzić sobie z chorobą Alzheimera. Poradnik dla opiekunów*; S. Spisacka, R. Pluta. *Opieka nad pacjentem z chorobą Alzheimera – sprawą rodziny*. Dostępne w internecie: <http://neurocentrum.pl>; B. Karczewska, B. Bień, E. Ołdak, J. Jamiółkowski. *Opiekunowie rodzinii osób starszych z otępieniem lub zaburzeniami poznawczymi w Polsce – czynniki ryzyka obciążenia opieką* // *Gerontologia Polska* (2012).

²⁴ EUROFAMCARE Consortium. *Supporting services for family carers of older people in Europe: characteristics, coverage and usage. Trans-European report of the 6-country EUROFAMCARE survey*. Hamburg: Medical University Hamburg-Eppendorf 2006; L. Mestheneos, J. Triantafyllou. *Supporting family carers of older people in Europe. The Pan-European Background Report*. LT-Verlang Minchster 2006; *Who cares? The State of Dementia Care in Europe. Poland Fact Sheet Alzheimer Europe*.

²⁵ Z. Dąbrowski. *Pedagogika opiekuńcza w zarysie*, т. 1. Olsztyn: Wydawnictwo Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie 2006; G. Gajewska. *Wsparcie dziecka w rozwoju. Konteksty opieki i edukacji*. Zielona Góra: Oficyna Wydawnicza Uniwersytetu Zielonogirskiego 2009, s. 125-127.

²⁶ Z. Dąbrowski. *Pedagogika opiekuńcza w zarysie*.

хорошої перспективи (очікуванні позитивності життя на пізніших його етапах). Ці специфічні якості сімейної опіки роблять її унікальною, найкориснішою й оптимальною.

Проте люди з деменціями потребують компетентних опікунів, тобто тих, хто розуміє специфіку їхніх проблем зі здоров'ям, здатен задовольнити різні потреби, адекватно реагувати на їхню специфічну поведінку і надавати їм необхідну підтримку, допомогу, а часом і цілодобовий догляд. Опіка повинна включати відповідну організацію діяльності та дозвілля хворих, контроль прийому їжі, задоволення фізіологічних потреб, уміння зчитувати вербальні та невербальні сигнали²⁷. Належне виконання функцій опікуна людини з деменцією пов'язане з оволодінням знаннями про конкретну клінічну картину і перебіг захворювання, процес лікування, а також про можливість здійснення нагляду та про пристосування умов життя до клінічного стану підопічного. Значну допомогу в отриманні опікуном необхідної інформації та оволодінні важливими компетенціями близьким можуть надати лікар загальної практики та лікарі-фахівці в окремих галузях (невролог, психіатр, геріатр та ін.), а також групи самопомоги у центрах щоденного перебування і громадських організаціях, особливо тих, які спеціалізуються на наданні допомоги пацієнтам з деменцією та їхнім родичам. Забезпечення опікунам-членам сім'ї необхідної різносторонньої підтримки, як і лікування хворого, організоване належним чином, сприяють можливості відтермінувати потрапляння людини з деменцією у спеціальні установи та поліпшити якість життя всієї родини.

Пацієнт із деменцією повинен якомога довше залишатися вдома, адже для нього це найкраще середовище. Проте наростання проблем із пам'яттю, свідомістю й мисленням, а іноді й із руховими функціями та координацією, свідчать про те, що існує необхідність створити йому безпечні умови для життя, зокрема дещо змінити в його помешканні. Передусім необхідно обмежити доступ хворого до електричних пристроїв (машинки для нарізання хліба, праски, пральної машини, фена, бритви тощо), ліків, побутової хімії, гострих ножів, колючих предметів, сірників й інших небезпечних речей. Окрім того, необхідно зробити так, аби пацієнт не зміг самостійно відчинити входні двері, балкон і вікна та не мав контакту з розетками. Для того, щоб попередити падіння і травми, необхідно позбутися непотрібних предметів у помешканні, що можуть заважати пересуватися, а також забрати або надійно закріпити килими на підлозі. Щоб полегшити орієнтацію пацієнта у просторі, можна приклеїти на двері, що ведуть до окремих кімнат, відповідні

²⁷ J. Leszek. *Choroba Alzheimera*. Wrocław: Volumed 1998; Z. B. Wojszel, B. Bień, M. Przydatek. *Wielkie zespoły geriatryczne: III zespoły otępienne*.

написи чи зображення, наприклад, на кухонних дверях можна повісити малярні ілюстрації або столових приборів. Також можна встановити відповідне освітлення, яке буде ввімкнене вночі та показуватиме хворій людині основні шляхи, наприклад, з кімнати до ванни. Варто також адаптувати спальню та ванну кімнату до потреб хворого. Кімната хворої людини мала б мати комфортне та безпечне місце, де можна було би добре провести час. Це може бути зручне крісло і столик, на якому зібрані улюблені речі пацієнта (аудіопрогравач, книга, журнал, фотоальбом, альбом з марками, гральні карти тощо). Щодо ванни, доцільно розглянути питання про її заміну (адже у ванну, з прогресом хвороби, людині може бути важко зайти) на душеву кабину, або, принаймні, встановити міцні ручки біля ванни й унітаза, що допоможуть людині встати. Також з дверей ванни необхідно забрати гачок, замок або ключ, аби хворий не зачинився зсередини²⁸.

Інволюційний і тривалий догляд людини з деменцією на фоні незворотного і прогресуючого слабоумства в результаті змін у головному мозку постійно збільшується в кількості і тривалості; соціальна поведінка підліткового також незрозуміла й часто непередбачувана, тому через деякий час, переважно, така опіка є джерелом фізичного, психологічного, соціального, а іноді й економічного стресу для опікуна²⁹. Статистично значимими змінами, що викликали збільшення напруження в опікунів осіб з деменцією, у дослідженнях EUROFAMCARE були: спільне проживання опікуна з підлітком, проблеми з заміною опікуна у разі необхідності на певний час призупинити здійснення догляду, догляд дитини за хворими батьками, інтенсифікація розладів поведінки пацієнта, збільшення труднощів здійснення хворим щоденної фізичної активності, зростання потреб хворого, яких опікун не може задовольнити, або які він повинен задовольняти³⁰.

²⁸ A. Nowicka. *Opieka i wsparcie osób z chorobą Alzheimer'a*, s. 129.

²⁹ S. Gauthier. *Clinical diagnosis and management of Alzheimer's Disease*. London: Martin Dunitz. 1996; G. Adamiak, Z. Juczyński. Zmaganie się ze stresem u opiekunów chorych z chorobą Alzheimer'a // *Postępy Psychiatrii i Neurologii* (2002); K. Kosmala, I. Kłoszewska. Poczucie obciążenia opieką u opiekunów osób otępiiałych // *Rocznik Psychogeriatryczny* (2002); T. Parnowski. *Choroba Alzheimer'a*. Warszawa 2010; M. Walczak. Narażenie osób opiekujących się pacjentami z otępieniem wynikające z podejmowanych obowiązków wobec tych pacjentów // *Annales Academiae Medicae Stetinensis: Neurokognitywistyka w patologii i zdrowiu* (2011); M. Ciałkowska-Kuźmińska, M. Kasprzak. Obciążenie opiekunów jako czynnik delegowania opieki do instytucji psychogeriatrycznych // *Psychogeriatrya Polska* (2012); B. Karczewska, B. Bień, E. Ołdak, J. Jamiołkowski. Opiekunowie rodzinni osób starszych z otępieniem; A. Sadowska. *Organizacja opieki nad chorym na chorobę Alzheimer'a, Sytuacja osób chorych na chorobę Alzheimer'a. Raport RPO*. Warszawa: Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich 2014; W. Rachel, W. Datka, T. Zyss, A. Zięba. Obciążenie opiekunów pacjentów z otępieniem w chorobie Alzheimer'a // *Gerontologia Polska* (2014).

³⁰ Цит. за: B. Karczewska, B. Bień, E. Ołdak, J. Jamiołkowski. Opiekunowie rodzinni osób starszych z otępieniem, s. 63-64.

Іноді труднощі у процесі забезпечення різноманітного догляду осіб з деменцією настільки великі, що в опікуна-члена сім'ї з'являються симптоми так званого «синдрому опікуна», або специфічного процесу, пов'язаного з відчуттям втрати сил, характерного для людей, задіяних у надання довготривалої опіки тяжкохворим, що характеризується спектром різних фізичних, психічних, соціальних і соматичних симптомів³¹. Його характерні фази та симптоми зображені на рис. 1³².

<p>Етап I. Емоційне виснаження</p>	<ul style="list-style-type: none"> • відчуття фізичної та розумової втоми • зниження настрою й активності • роздратування • головний біль • безсоння
<p>Етап II. Занижене почуття особистих досягнень</p>	<ul style="list-style-type: none"> • посилення симптомів психологічного виснаження • апатія, безнадія у ситуації, що склалася • сумнів щодо здатності вирішувати проблеми та долати труднощі • ігнорування опікунських і домашніх обов'язків • дистанціювання від потреб підопічного, недооцінка його проблем
<p>Етап III. Занижене почуття особистих досягнень</p>	<ul style="list-style-type: none"> • крайнє психофізичне виснаження • негативне сприймання підопічного та власної життєвої ситуації • емоційне дистанціювання від хворого, ігнорування потреб і бажань • нехтування підопічним, вороже ставлення до нього • низька оцінка власних опікунських компетенцій

Рис. 1. Фази та симптоми «синдрому опікуна»

«Синдром опікуна» – небезпечне явище для осіб, які задіяні у процесі опіки людини з деменцією, адже на пізній стадії, за відсутності професійної допомоги, може загрожувати здоров'ю і навіть життю опікуна, а також впливати і на самих пацієнтів. Утомлений, психічно виснажений, депресивний, або навпаки – ледь стримуючи агресію, опікун не може добре виконувати

³¹ А. Nowicka. *Opieka i wsparcie osób z chorobą Alzheimera*, s. 164.

³² Там само, с. 165.

свої обов'язки³³. У такому разі він сам потребує постійної професійної допомоги. Заради власного блага та блага підопічного такий опікун повинен розглядати можливість скористатися функціями соціальної (інституційної) опіки. Аналіз літератури показує, що додатковими чинниками, які збільшують ризик інституціоналізації пацієнта, є смерть дружини / чоловіка, госпіталізація, поганий стан здоров'я опікуна, велика кількість людей, які є опікунами, діти як опікуни³⁴, а також необхідність надання йому особливої паліативної допомоги на пізніх стадіях слабоумства.

Інша форма позамедичної терапії для людей з деменцією – трудотерапія. Її піонером вважають доктора Філіпа Пінеля з Франції. Ця терапія введена в програму лікування психічнохворих уже в кінці XVIII ст., а на початку XIX ст. її почали застосовувати як одну з форм роботи в будинках для людей літнього віку та лікарнях для хронічно хворих.

На думку Мілановської³⁵, трудотерапію можна визначити як «деякі конкретні акти фізичної або розумової діяльності, рекомендовані лікарем і проведені фахівцями в цій галузі, спрямовані на відновлення фізичного та психічного стану пацієнта. Терапія за допомогою праці та діяльності». Це одна з форм активізації людини, що ґрунтується на використанні потенціалу розвитку, наявного у кожній особі, що не залежить від ступеня неповносправності.

Метою трудотерапії є відновлення або максимальний розвиток психофізичного функціонування людини, розширення й удосконалення перцептивно-рухових функцій через різноманітну активацію хворого, а також забезпечення йому хорошого настрою. Важливою є роль терапевтичного середовища, яке повинно гарантувати хворому почуття безпеки, забезпечувати всебічний розвиток і набуття необхідних навичок³⁶.

Трудотерапія – різноспрямована діяльність, яка передбачає використання наявного у кожній людині потенціалу, незалежно від її вмінь і фізичних можливостей. Можна виділити різні її форми, такі як ерготерапія (терапія працею), арт-терапія (культуротерапія, терапія образотворчим мистецтвом, музикотерапія, танцювально-рухова терапія, бібліотерапія) чи ігротерапія. В останні роки до трудотерапії дедалі частіше вводять біхевіоральні техніки, наприклад, тренінги соціальних навичок і розвиток навичок повсякденного життя – для особистої гігієни, сервірування столу, приготування їжі, шиття³⁷.

³³ A. Nowicka. «Zespół opiekuna» jako konsekwencja sprawowania długotrwałej opieki nad osobą z otępieniem typu Alzheimerera. Dostępne w internecie: <http://alzheimer-porozumienie.org>

³⁴ K. Fleming. Diagnosis and Evaluation of Dementia // *Mayo Clin. Proc.* (1995) 1093-1107

³⁵ K. Milanowska. *Techniki pracy w terapii zajęciowej*. Warszawa: PZWL 1982, s. 15.

³⁶ B. Borowska-Beszta. *Terapia zajęciowa osób dorosłych z zaburzeniami rozwoju* // *Posłaniec Świętego Alberta* 2004.

³⁷ L. Kozaczuk. *Terapia zajęciowa w domach pomocy społecznej*. Katowice: Wydawnictwo «Śląsk» 1999; A. Nowicka, W. Baziuk. *Pozafarmakologiczne formy terapii w DDP «Nestoria»*.

Ерготерапія (ергонотерапія) – від грецького *ergon* – робота, заняття – це «спеціалізована форма реабілітації, організована у формі занять із ткацтва, різьбярства, роботи з керамікою, металопластиком»³⁸. Часто її називають терапією роботою або трудотерапією. Вона включає в себе всі види ремесел, такі як плетіння кошиків, ткацтво, гончарство і кераміка, шиття, в'язання, вишивання, художня обробка шкіри, металопластику, теслярство та садівництво.

За словами Пужиньські³⁹, терапевтичний зміст таких занять полягає переважно в організації цілеспрямованої діяльності людини, стимулюванні інтересів, задоволенні потреб в афіліації, виконанні соціальних ролей і самореалізації. Зосередивши увагу й інтереси особи на виконанні звичної роботи, ерготерапія може також попередити появу психотичних симптомів.

Ерготерапію часто використовують у центрах денного перебування для людей з деменціями, проте успішно можуть реалізовувати й у домашніх умовах опікунами-членами сім'ї. Однак варто пам'ятати, що набір занять повинен бути пристосований до індивідуальних потреб хворого й адаптований до фізичних можливостей людини.

Людина з легкою деменцією в ерготерапії може залучатися до різних активностей з повсякденного життя, наприклад, виконувати буденну домашню роботу (застилання ліжка, протирання пилу, миття посуду), миття, очищення і нарізання фруктів та овочів, підливання квітів, сервірування столу, догляд за садом тощо. Важливо мотивувати її до діяльності й забезпечити розуміння, що при виконанні цієї роботи людина може розраховувати на допомогу опікуна.

Виконання різної корисної роботи створює у пацієнта відчуття потрібності та значимості, а у співпраці з іншою особою (наприклад, з членом подружжя чи соціальним працівником) між двома сторонами цієї інтеракції встановлюються тісніші стосунки та комунікація. З цієї причини ерготерапія позитивно впливає на психічний та емоційний стан хворого, а також покращує його соціальне функціонування. Крім того, вона допомагає поліпшити мобільність і розширити сферу своєї незалежності.

Зовсім по-іншому необхідно організовувати ерготерапевтичні заняття з особою з помірним ступенем деменції. Передусім вони будуть спрямовані, наприклад, на тренування грубої моторики за допомогою різних управ і рухливих ігор (розмахування руками і ногами, ходьба з піднятими колінами, виконання присідань біля стільця, відбивання м'яча) та дрібної моторики (спритність рук – складання конструкторів, плескання, стискання і розтис-

³⁸ E. J. Konieczna. *Arteterapia w teorii i praktyce*. Kraków: Oficyna Wydawnicza «Impuls» 2003, s. 16.

³⁹ S. Puzyński. *Leksykon psychiatrii*. Warszawa: PZWL 1993, s. 156.

кання долонь, катання м'яча на столі, замішування глини, стискання в руці маленької м'якої кульки).

Такі вправи сприяють поліпшенню рухів усього тіла, рук і пальців хворого, підтримують його активність і приносять радість. Вони будуть для нього привабливішими, коли пацієнт виконуватиме їх з іншими людьми, наприклад, з онуками.

У терапевтичній роботі з людьми з деменцією також використовують мистецтво, позитивний вплив якого на організм і психічне самопочуття людини відомий давно. У медичній, психологічній і педагогічній літературі, де піднято проблему терапевтичних якостей мистецтва, існує концептуальна неузгодженість, пов'язана з використанням різних назв цього виду діяльності. Одним із найвикористовуваниших термінів є «арт-терапія», що походить від латинських слів *arte* – «зробити щось досконало, майстерно» та *ars* – «мистецтво»⁴⁰; а також від грецького *therapeuēin* – «піклуватися, поклонятися», й у ширшому контексті – «лікувати»⁴¹.

Термін «арт-терапія» вперше з'явився в англійській літературі як *art therapy* – в 40-х роках ХХ ст. – і визначається як лікування через творчість⁴², або терапія мистецтвом⁴³ із використанням музики, танцю, поезії, кіно, живопису, скульптури, малювання, графіки, або в ширшому сенсі, як терапія за допомогою мистецтва чи тільки образотворчого мистецтва⁴⁴. Мета арт-терапії полягає в покращенні якості життя людини через подолання життєвих труднощів і перешкод на шляху до самореалізації⁴⁵.

Арт-терапевтичний вплив може мати різні форми: музикотерапія, танцювально-рухова терапія, бібліотерапія, використання живопису, скульптури, театру (театротерапія) і кіно (фільмотерапія)⁴⁶.

Музикотерапія є однією з форм арт-терапії, основною формою терапевтичного впливу якої є музика⁴⁷: музика може «змінювати діяльність

⁴⁰ Bruckener, 1939. Цит. за: Е. J. Konieczna. *Arteterapia w teorii i praktyce*. Kraków: Oficyna Wydawnicza «Impuls» 2003, s. 14.

⁴¹ Stanisławski, Billip, Chociłowska (1994). Цит. за: Е. J. Konieczna. *Arteterapia w teorii i praktyce*, s. 14.

⁴² R. Ossowski. *Teoretyczne i praktyczne podstawy rehabilitacji*. Bydgoszcz: Wydawnictwo Uczelniane Wyższej Szkoły Pedagogicznej w Bydgoszczy 1999.

⁴³ K. J. Zabłocki. *Mózgowe porażenie dziecięce w teorii i terapii*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie «Żak» 1998.

⁴⁴ Е. J. Konieczna. *Arteterapia w teorii i praktyce*. Kраків: Oficyna Wydawnicza «Impuls» 2003.

⁴⁵ M. Kulczycki. *Arteterapia i psychologia kliniczna // Zeszyt Naukowy Akademii Muzycznej we Wrocławiu* (1990) 12.

⁴⁶ L. Hanek. *Wprowadzenie do sesji na temat arteterapii // Zeszyt Naukowy Akademii Muzycznej we Wrocławiu* (1989) 8.

⁴⁷ K. Mrugalska. *Nie terapia, lecz zwyczajna szansa // Pielęgniarka i Położna* (1994) 14.

нервової системи, спричинити певні зміни в діяльності організму, покращити обмін речовин і кровообіг, знижувати напруження м'язів й емоційну чутливість, також впливає на внутрішню секрецію, силу та швидкість передачі нервового імпульсу, змінює дихання. Тому вона безпосередньо впливає на стан нашого здоров'я».

Пацієнти з легкою формою деменції охоче й активно беруть участь у заняттях з музикотерапії. В центрах щоденної підтримки таких хворих проводять групові заняття, на яких вони співають, пригадуючи мелодії свого дитинства та молодості, беруть участь у різних іграх і музично-рухових забавах, разом танцюють. Вони також грають на простих інструментах (перкусії, бубни, барабани) та залюбки слухають записи улюблених пісень або музику для релаксу. Пацієнти з помірним ступенем деменції зазвичай беруть пасивну участь у таких заняттях – просто слухають музику, проте часто відчують позитивний вплив музики, про що свідчать їхні ритмічні погойдування тілом, аплодування під музику й усмішки на обличчях. Подібні музичні заняття, індивідуальні, можна організувати в умовах домашнього догляду за хворим на деменцію.

Завдяки участі в музикотерапевтичних заняттях відбувається інтеграція хворих, тренується пам'ять, концентрація уваги та сенсомоторна координація. Крім того, спостерігається зменшення негативних емоцій, пацієнти стають активнішими й веселішими, що сприяє усуненню багатьох поведінкових розладів.

У терапії осіб з деменціями використовують також і бібліотерапію (від грец. *biblion* – «книжка», з англ. *bibliotherapy, reading therapy* – «терапія читання») ⁴⁸. На думку Борецької ⁴⁹, бібліотерапія є «особливою формою психологічної підтримки, допомоги у розв'язанні особистих проблем людини через читання [...] у процесі якого уможливорюється досягнення почуття безпеки. Це може бути способом задоволення її потреб». З погляду педагогіки, *бібліотерапія* – це «навчальний процес, у ході якого пацієнт навчається давати собі раду у важких ситуаціях» ⁵⁰. Лешчинська-Рейхерт ⁵¹ називає її терапією, заснованою на слові, в ході якої «використовують спеціальні матеріали для читання, що допомагають подолати проблеми та кризи життя чи розслабитися. Ці матеріали також можуть бути використані для зміни поглядів, ставлень і почуттів людини, для заохочення до авторефлексії, креативності і творчості».

⁴⁸ W. Szulc. *Kulturoterapia – wykorzystanie sztuki i działalności kulturalno-oświatowej w lecznictwie*. Poznań: Akademia Medyczna im. K. Marcinkowskiego 1994, s. 21.

⁴⁹ I. Borecka. *Biblioterapia a inne rodzaje terapii* // «*Biblioterapeuta*» 1998, s. 121.

⁵⁰ L. Ippoldt. *Biblioterapia w związkach z innymi naukami* // *Biblioterapeuta* 2000, s. 2-3.

⁵¹ A. Leszczyńska-Rejchert. *Człowiek starszy i jego wspomaganie – w stronę pedagogiki starości*. Olsztyn: Wydawnictwo Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego 2010, s. 137.

Основними завданнями бібліотерапії є активізація, зацікавлення пацієнта, залучення до діяльності та генерування нових вражень; створення тем для обговорення в групі або між пацієнтом і терапевтом; створення пацієнтові тем для роздумів, розвитку особистості, надаючи доступ до інформації, що допомагає зрозуміти власні проблеми та віднайти джерело емоційного напруження⁵².

Перед початком бібліотерапії той, хто проводить заняття, повинен ретельно дослідити рівень розумового розвитку, інтереси й очікування учасників. Це дасть терапевтові змогу підібрати правильні форми й методи роботи, а також відповідну літературу.

Заняття з бібліотерапії для осіб із деменціями полягають у спільному читанні відповідно підібраних текстів, які заохочують до спілкування на різні, зокрема складні та вразливі теми, м'яко вказуючи на необхідність внесення певних змін у поведінку, та є важливим елементом роботи над біографіями пацієнтів. Цей метод дає терапевтові можливість підібрати відповідну літературу, зважаючи на особисті проблеми хворого, яких він не може вирішити самостійно. Відповідний підбір книг дає учасникам змогу розглянути можливі шляхи виходу зі складних ситуацій, озброює їх новими способами подолання проблем, підвищує впевненість у власних можливостях, знижуючи гостроту переживання екзистенційних страхів, які їх переслідують, сприяючи покращенню настрою⁵³. Бібліотерапія повинна також заохочувати до активного способу життя і до зміни поведінки та ставлення, незважаючи на сталі симптоми хвороби⁵⁴.

Значною перевагою занять із бібліотерапії є те, що вона може здійснюватися в різних умовах – як у спеціальних закладах, так і вдома. В них беруть активну участь пацієнти з легкою формою деменції, навіть самостійно підбирають літературу чи журнали для читання й обговорюють теми, що в них порушуються. Пацієнти з помірним ступенем деменції можуть брати пасивнішу участь у бібліотерапевтичних заняттях, наприклад, слухати, як їм читає опікун – бібліотерапевт⁵⁵. Читання літературних творів може бути приводом не тільки для розмови, а й до використання інших терапевтичних методів, як малюнкові, музичні техніки, ремінісценційна терапія чи тренінг для розвитку пам'яті.

Хворі на деменцію радо беруть участь у заняттях з образотворчої терапії, що має на меті розвинути їхні творчі здібності, креативне мислення,

⁵² L. Korzeniewski, S. Pużyński. *Encyklopedyczny słownik psychiatrii*. Warszawa: PZWL 1986, s. 53.

⁵³ A. Nowicka, W. Baziuk. *Pozafarmakologiczne formy terapii w DDP «Nestoria»*.

⁵⁴ I. Borecka. *Biblioterapia a inne rodzaje terapii*.

⁵⁵ L. Kozaczuk. *Terapia zajęciowa w domach pomocy społecznej*. Katowice: Wydawnictwo «Śląsk» 1999.

покращити дрібну моторику, а також дати змогу висловити емоційні переживання, які вони не мають можливості вербалізувати й відреагувати.

Хворі з початковою стадією слабоумства дуже захоплено малюють, рисують, ліплять із глини й тіста (наприклад, фігурки ангелів), роблять різноманітні прикраси, використовуючи кольорові олівці, фарби, папір, серветки, тканини, стрічки тощо. Зазвичай багато натхнення до такої роботи з'являється напередодні свят і урочистостей, до яких пацієнти прикрашають свої помешкання чи заклади, де проживають, або власноруч створюють подарунки для близьких. Зазвичай така робота можлива й у груповій формі. Пацієнти з помірним ступенем деменції під час індивідуальних занять можуть замальовувати зображення або ліпити з глини, скручувати пальцями тонкі тканини та клеїти на папір. На таких заняттях хворим потрібна постійна підтримка й допомога, опікун співпрацює з підопічним і заохочує його похвалою чи обіймами.

Ці заняття позитивно впливають на самопочуття хворих, покращують їхню соціальну взаємодію, тренують пам'ять, зменшують розлади поведінки. Важливим аспектом такого виду занять із людьми з деменціями також є можливість невербального вираження власних почуттів та емоцій⁵⁶. Як зауважує Люсіна Козачук⁵⁷, «у цій терапії важливу інформацію дає аналіз кольорів, які вказують на емоційний стан підопічного. Деякі кольори виражають смуток, пригнічення – це, переважно, темні відтінки, бордові та фіолетові. Яскраві кольори, як жовтий, як і світлі відтінки, вказують на стан радості, задоволення».

Ще однією формою терапії є фізіотерапія (рухова терапія), що пов'язана з «підвищенням загальної рухової активності, покращенням координації рухів та рівноваги, попередженням обмежень рухів суглобів, м'язових атрофій і проблем зі зв'язками, запобіганням утворенню набряків»⁵⁸. Мета фізіотерапії – стимулювати людину до щоденної фізичної активності, що сприяє покращенню роботи всього організму. Вона може мати форму занять із загальної рухової чи ізометричної активності, дихальних і релаксаційних вправ, гімнастики та лікувального масажу, що здійснюється за участю реабілітолога-фізіотерапевта чи опікуна, обізнаного у цій сфері.

Дуже хорошою формою рухової терапії для людей з легкою та помірною формами деменції є сільвотерапія, що передбачає прогулянки в лісі та ґрунтується на контакті з природною красою⁵⁹. Також дедалі популярнішими

⁵⁶ B. Grochmal-Bach. *Cierpienie osób z otępieniem typu Alzheimerera*. Kraków: Wydawnictwo WAM 2007.

⁵⁷ L. Kozaczuk. *Terapia zajęciowa w domach pomocy społecznej*, s. 54.

⁵⁸ B. Grochmal-Bach. *Cierpienie osób z otępieniem typu Alzheimerera*. Kraków: Wydawnictwo WAM 2007, s. 144.

⁵⁹ A. Leszczyńska-Rejchert. *Człowiek starszy i jego wspomaganie – w stronę pedagogiki starości*. Olsztyn: Wydawnictwo Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego 2010, s. 139.

у Польщі стають запозичені зі Скандинавії прогулянки з палицями (нордична ходьба, *Nordic walking*), які під силу кожному, незалежно від віку та рівня фізичної підготовки, тому що це повністю безпечно й освоїти цю техніку дуже просто. Це рухова активність, якою можна займатися цілий рік у будь-яких кліматичних умовах і на будь-якій місцевості.

У Польщі нордичну ходьбу дедалі частіше реалізують у центрах допомоги людям, які страждають на деменцію⁶⁰. Цей вид рухової активності обов'язково потребує супроводу хворого для його безпеки. Систематичне перебування на свіжому повітрі позитивно впливає на фізичний стан, підвищує витривалість і життєздатність пацієнтів. Завдяки нордичним прогулянкам хворі почуваються розслабленіше, корисніше та здоровіше проводять час.

Для прогулянок з палицями немає жодних протипоказань, хворі проводять час разом зі своїми рідними-опікунами. Це, безсумнівно, корисно для здоров'я обох, а також покращує між ними взаємодію та попереджає деякі поведінкові розлади хворих. Ці прогулянки насичують мозок киснем, що позитивно впливає на настрій удень і триваліший сон уночі.

Ще одною цікавою формою фізіотерапії для таких людей є оздоровча гімнастика тай-чі, що позитивно впливає на тіло й розум. Ця система включає «плавні, поодинокі обертові рухи, сповнені гармонії, що виконуються повільно і без м'язової напруги. Вона нагадує рухи тварин [...], величаве крокування болотом журавля, або лелеки, що стоїть на одній нозі, ластівки в польоті, тигра, що зачався, чи kota, що розлігся»⁶¹. Оздоровча гімнастика тай-чі особливо корисна для людей літнього віку та для хворих на деменцію легкої та помірної стадій. Позитивні приклади реалізації цієї ідеї описало Польське Товариство Альцгеймера в Познані, а також Люблінське Товариство підтримки опікунів і людей із хворобою Альцгеймера⁶².

У закладах щоденного догляду за людьми з деменціями підопічним дедалі частіше пропонують заняття з фітболу, або вправи з використанням м'ячів різного розміру. Дорослі, що звикли до таких управ, використовують великі м'ячі, так звані мегаболи, діаметром 150 і 180 см. Заняття розпочинаються з десятихвилинної розминки, під час якої учасники виконують прості вправи з участю основних груп м'язів, потім переходять до окремих управ на зміцнення великих груп м'язів (ніг, сідниць, рук, грудних м'язів і м'язів живота). Фітбол завершується розслабленням, розтягуванням м'язів, а також пропонують п'ятихвилинний масаж, який виконують у парах. Тренер

⁶⁰ A. Nowicka, W. Baziuk. *Pozafarmakologiczne formy terapii w DDP «Nestoria»*.

⁶¹ A. A. Zych. *Leksykon gerontologii*. Kraków: Oficyna Wydawnicza «Impuls» 2007, s. 179.

⁶² A. Nowicka, W. Baziuk. *Pozafarmakologiczne formy terapii w DDP «Nestoria»*; A. Nowicka. *Opieka i wsparcie osób z chorobą Alzheimera*.

повинен пристосувати різні вправи й темп їхнього виконання до індивідуальних потреб і можливостей учасників. Управи можуть виконувати під музику, підібрану відповідно, що покращує атмосферу на занятті.

Фітбол – це заняття для всіх, навіть для пацієнтів з легким і помірним слабоумством. Їх можуть організовувати у формі групових занять (наприклад, у закладах догляду) чи проводити індивідуально (вдома). На м'ячі пацієнт може сидіти, лежати і навіть стрибати. Ці вправи дають їм змогу підтримувати здоров'я, рухову координацію, рівновагу, зберігати правильну поставу, зміцнюючи скелетні м'язи, а також розслабляти тіло та позбуватися болю в спині. Крім того, вправи на зміцнення та розслаблення м'язів у роботі з м'ячем можуть також бути способом релаксації⁶³.

Людам з деменціями також необхідна регулярна розумова праця, що допомагає довше зберегти когнітивні функції, такі як пам'ять, увага, сприйняття, мислення. Однією з форм терапії, що розвиває ці функції, є валідаційна терапія. Вона полягає у спілкуванні з хворим, уважному вислуховуванні його та визначенні, що зі сказаного є змістовним і важливим, а також у прийнятті його почуттів і поглядів.

Метою валідаційної терапії є стимулювання у пацієнтів доброї соціальної поведінки, підтримка їхньої ідентичності, зниження рівня неспокою та тривоги, покращення самопочуття⁶⁴. Це поліпшує настрій і благополуччя хворого, пом'якшує прояви поведінкових розладів. У роботі з пацієнтами з помірною деменцією терапія полягає у перебуванні з хворим, триманні його за руку, піклуванні про хворого, тобто у демонстрації поваги й уваги до нього, безумовного прийняття та створення безпечного простору.

Ще однією нефармакологічною формою терапії осіб з деменцією є ремінісценційна терапія. Вона стосується роботи з почуттями та спогадами пацієнтів про попередні етапи життя. Для стимулювання їхніх спогадів використовують так звані якорі пам'яті, наприклад, старі фотографії, фільми та музичні записи, різні пристрої, що використовувалися у час їхньої молодості на кшалт грамофонів, прасок тощо.

Мета ремінісценційної терапії – зміцнити почуття ідентичності пацієнта, отримати доступ до найглибших і найкраще збережених сфер його пам'яті, підтримати і покращити його когнітивні процеси, поліпшити самопочуття й віднайти способи комунікації з довкіллям⁶⁵.

⁶³ M. Wolniewicz-Feder. *Ćwiczenia z piłką, czyli fit ball*. Dostępne w internecie: http://wformie24.poradnikzdrowie.pl/cwiczenia/cwiczenia-z-pilka-czyli-fit-ball_35877.html [6.11.2014].

⁶⁴ I. Kłoszewska. *Niefarmakologiczne postępowanie w otępieniu*.

⁶⁵ A. Borzym. *Oddziaływania niefarmakologiczne w otępieniu* // T. Parnowski. *Choroba Alzheimera*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2010.

Люди з дементними розладами потребують також терапії, спрямованої на підтримку та покращення когнітивних функцій. Таку роль виконує когнітивна терапія – когнітивний тренінг, тренінги пізнавальних функцій, тренінг орієнтації в просторі⁶⁶. Вона спрямована на покращення загального інтелектуального функціонування пацієнта, зокрема на його концентрацію уваги, процеси аналізу й синтезу, запам'ятовування та пригадування різної інформації, а також творче мислення та розвиток уяви.

Програма включає в себе тренування короткочасної та довготривалої пам'яті, концентрації уваги, стимулює розвиток творчого мислення й уяви, мнемотехніки (ланцюжковий метод, техніки локалізації, символізації), запам'ятовування різних елементів (слів, текстів, формул, дат, подій, імен, облич тощо). Часто у процесі когнітивної терапії використовують роботу з календарем, годинником, фотоальбомами. Хворих заохочують пояснювати прислів'я та розгадувати загадки, розв'язувати кросворди, складати доміно, вирішувати головоломки, грати в карти й різні настільні ігри.

У центрах щоденної підтримки пацієнтів ці заходи проводять індивідуально або в малих групах. Попередньо необхідно оцінити ступінь когнітивних порушень і підібрати відповідні завдання, оскільки надто легкі вправи будуть неефективними, а занадто складні – демотивують учасників через потребу докладати надмірні зусилля⁶⁷. Когнітивна терапія веде до покращення інтелектуального функціонування пацієнтів у разі легкого ступеня пізнавальних порушень. Пацієнти з вираженішим слабоумством, як правило, відмовляються від такої роботи⁶⁸.

Висновки

Нефармакологічний вплив на осіб з деменціями має виразне терапевтичне значення: підтримка їхнього фізичного та психічного функціонування, запобігання розладам поведінки та соціальній ізоляції, і, що найважливіше, покращення якості життя хворих та їхніх близьких. Важливою перевагою більшості цих методів терапії є простота і низька вартість, тому їх можуть активно застосовувати. Перевагою є також їхня неспецифічність, тобто можливість використовувати в роботі з усіма дементними пацієнтами, незалежно від нозологічного діагнозу⁶⁹. Їхня різноманітність також створює

⁶⁶ I. Kłoszewska. *Niefarmakologiczne postępowanie w otępieniu*.

⁶⁷ A. Nowicka, W. Baziuk. *Pozafarmakologiczne formy terapii w DDP «Nestoria»*; A. Nowicka. *Opieka i wsparcie osób z chorobą Alzheimera*.

⁶⁸ T. Sobów. *Zasady postępowania terapeutycznego w zespołach otępiennych // Polski Przegląd Neurologiczny* (2007).

⁶⁹ Там само.

можливість для вибору та здійснення таких інтервенцій, які сподобаються й відповідатимуть потребам пацієнтів та їхніх опікунів.

Результати попередніх досліджень не показали явного позитивного впливу нефармакологічної терапії на редукцію когнітивних дефіцитів пацієнтів, але багато її методів підтверджують свою ефективність через зменшення проявів поведінкових порушень у результаті їхнього застосування⁷⁰. Саме тому вони рекомендовані всім пацієнтам із деменцією. Їх мають поєднувати з прийомом ліків і проводити паралельно з фармакотерапією.

Нефармакологічні методи терапії реалізують різні спеціалісти (трудотерапевти, психологи, педагоги, музико-, бібліо- та фізіотерапевти), що працюють у центрах денного догляду чи у стаціонарних закладах для осіб з деменціями, державних чи приватних. Але кількість пацієнтів у Польщі, що користуються послугами таких форм інституційної допомоги, порівняно невелика, з огляду на невелику кількість таких установ. Тому важливо, щоб опікуни з середовища близьких набули умінь і навичок для здійснення нефармакологічної терапії для своїх підопічних. Тим більше, що заняття, до яких залучені хворі, у таких закладах можуть бути простими та буденними справами, що приносять їм радість, – прослуховування улюбленої музики, читання книг, журналів, перегляд родинних фотоальбомів, поливання квітів, прогулянки чи гімнастика.

⁷⁰ I. Kloszewska. *Niefarmakologiczne postępowanie w otępieniu*.