

**ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ МЕТОДИКИ  
ЗАБОТЫ О ПОЖИЛЫХ ЛЮДЯХ, СТРАДАЮЩИХ  
ДЕМЕНЦИЕЙ.  
ЗАРУБЕЖНЫЙ И ОТЕЧЕСТВЕННЫЙ ОПЫТ**



**Казань**

**2012**

**Министерство труда, занятости и социальной защиты  
Республики Татарстан  
Республиканский центр социально-психологической  
помощи населению «Зеркало»**

**ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ МЕТОДИКИ  
ЗАБОТЫ О ПОЖИЛЫХ ЛЮДЯХ, СТРАДАЮЩИХ ДЕМЕНЦИЕЙ.  
ЗАРУБЕЖНЫЙ И ОТЕЧЕСТВЕННЫЙ ОПЫТ**

Методические рекомендации для специалистов, работающих  
в сфере оказания социальной и психологической помощи  
лицам пожилого возраста

**Казань  
2012**

**УДК**

**ББК**

**П**

Методические рекомендации подготовлены в рамках реализации Долгосрочной целевой программы «Повышение качества жизни граждан пожилого возраста на 2011-2013 годы» (утв. Постановлением КМ РТ от 1 июня 2011 г. № 422), Долгосрочной целевой программы Республики Татарстан «Доступная среда» на 2011-2015 годы (утв. Постановлением КМ РТ от 22 сентября 2011 г. № 786), Комплексной программы демографического развития Республики Татарстан до 2010 года на перспективу до 2030 года.

**Общая редакция:**

**А.Х.Габдулахатов** – зам. министра труда, занятости и социальной защиты Республики Татарстан

**Авторы составители:**

**Л.А. Раимова** – научный сотрудник научно-методического отдела РЦ СППН «Зеркало», психолог

**И.Р. Мутыгуллина** – руководитель отдела информационно-методической работы РЦ СППН «Зеркало», психолог

**Научный руководитель:**

**Н.Н. Исланова** – директор РЦ СППН «Зеркало», канд. филос. наук

**П Профессиональные методики заботы о пожилых людях, страдающих деменцией. Зарубежный и отечественный опыт /авт.-сост. Л.А.Раимова, И.Р.Мутыгуллина.- Казань: Веда, 2012.- 77 с.**

Предлагаемое пособие посвящено проблеме ухода за пожилыми людьми, страдающими деменцией. В нем содержится общая информация о заболевании; даны важные, полезные, хорошо продуманные и отработанные практические советы по уходу за этой категорией людей; представлены методики, зарекомендовавшие себя в отечественной и зарубежной практике заботы о дементных больных.

Пособие может быть распространено как среди профессионалов (специалистов ДИПИ и ПНИ, ухаживающих за дементными людьми в условиях стационаров), так и среди семей больных деменцией.

## Содержание

<b>ВВЕДЕНИЕ.....</b>	<b>6</b>
<b>ГЛАВА 1. Деменция: сущность заболевания, его формы, факторы риска, причины, признаки.....</b>	<b>8</b>
1.1. Что такое деменция?.....	8
1.2. Факторы риска и причины заболевания.....	9
1.3. Причины и признаки деменции.....	10
<b>ГЛАВА 2. Уход за людьми, страдающими деменцией.....</b>	<b>13</b>
2.1. Основные принципы обеспечения ухода за людьми, страдающими деменцией.....	13
2.2. Забота о людях с деменцией в различных странах мира.....	14
2.3. Распространенность: уровни распространенности, прогноз распространенности деменций в будущем.....	19
<b>ГЛАВА 3. Методы работы с людьми, страдающими деменцией. Зарубежный и отечественный опыт.....</b>	<b>21</b>
3.1. Метод десятиминутной стимуляции Уте Шмидт-Хакенберг (Германия).....	21
3.2. Методы минимизации страха С.Линдт (Германия).....	25
3.3. Тренинговые занятия с дементными больными.....	29
3.4. Арт-терапевтические подходы А.Байерс (Англия).....	39
3.5. Терапия творческим самовыражением М.Е.Бурно (Россия)	41
3.6. Методы музыкотерапии, ароматерапии.....	43
3.7. Метод ориентирования в реальной обстановке.....	44
3.8. Метод признанием истинности переживаний.....	45
3.9. Метод с использованием воспоминаний.....	46

<b>ГЛАВА 4. Диагностический инструментарий в работе с дементными больными.....</b>	<b>47</b>
4.1. Шкала деменции Блесседа.....	47
4.2. Тест на уровень знаний, памяти и концентрации внимания	48
4.3. Патопсихологическая оценка нарушений памяти.....	50
<b>ГЛОССАРИЙ</b>	<b>52</b>
<b>БИБЛИОГРАФИЯ</b>	<b>58</b>
<b>ПРИЛОЖЕНИЕ. Советы по уходу за больными деменцией</b>	<b>59</b>
1. Использование приемов, облегчающих уход за дементным больным.....	59
2. Практические советы по уходу за дементным больным.....	62
3. Советы по само и взаимопомощи для родственников, ухаживающих за дементным больным.....	70

## Введение

На сегодняшний день обществу во многих сферах нужно решать касающиеся пожилых людей задачи, которые существуют параллельно с ростом количества людей старше 60 лет. Раньше забота о стариках в первую очередь ложилась на семью, общину или одну из религиозных конфессий. В результате изменения структуры современного общества в наши дни все больше проблем приходится решать на уровне общества. Вместе с изменением мнения о старении, изменяются и сформировавшиеся представления об услугах, созданных для помощи пожилым людям. На передний план все больше выходит убеждение о том, что одним из главных мест оказания помощи этому контингенту населения является помощь у них на дому. Но это в идеале. В реалиях же заботу о пожилых людях, особенно людях с психическими расстройствами, оказывают специалисты учреждений социального обеспечения – домов для престарелых и инвалидов и психоневрологических диспансеров.

В условиях меняющейся демографической ситуации с прогнозируемым на ближайшую четверть века значительным постарением населения, особую актуальность и значимость приобретает проблема слабоумия, развивающегося у лиц среднего и пожилого возраста. Ожидаемая продолжительность жизни постоянно увеличивается почти в каждой стране мира. Всемирная организация здравоохранения подсчитала, что к 2020 году на Земле будет жить свыше 1 млрд. людей старше 60 лет, что неизбежно приведет к увеличению количества людей, страдающих деменцией. Деменция занимает четвертое место среди причин смерти в пожилом возрасте и признана одной из 4-х главных медико-социальных проблем современного общества. Актуальность проблемы деменций объясняется частотой диагностики данного заболевания, длительным и инвалидизирующим течением болезни и большими экономическими затратами на лечение и уход за больными, которые на определенном этапе

болезни требуют пожизненного помещения в учреждения для пациентов с хроническим течением заболевания. Эти обстоятельства способствовали признанию деменции, как одной из главных проблем, стоящих перед медициной и обществом сегодня.

Уход за больными пожилыми людьми - это комплексная работа, включающая дежурство, реабилитацию, соматическое, психическое и социальное единство. В процессе своей работы специалист стационарного учреждения должен установить такие, основывающиеся на взаимном доверии и уважении личные отношения с больным, гуманный смысл которых имеет ничем не заменимое значение и поддержку для пожилого человека.

Настоящее методическое пособие предназначено в помощь специалистам, а также родственникам и лицам, ухаживающим за пациентами, страдающими деменциями. В нем собрана информация, которая сможет облегчить нелегкую работу по уходу за больным, осведомить о причинах, развитии и лечении дементных процессов.

В предлагаемом пособии затронуты следующие темы: общая информация о деменциях; основные принципы обеспечения ухода за людьми, страдающими деменцией; забота о людях с деменцией в различных странах мира; актуальность проблемы и распространенность деменций.

В пособии представлены также профессиональные методы работы с дементными больными как в рамках арт-терапии, так и в формате когнитивных тренингов, предложен диагностический инструментарий для определения степени деменции.

Пособие снабжено глоссарием и приложением, в котором даны советы по преодолению наиболее распространенных проблем, связанных с развитием деменции, практические рекомендации по само и взаимопомощи для ухаживающих родственников; приведены приемы, облегчающие уход за больными.

## **ГЛАВА 1. Деменция: сущность заболевания, его формы, факторы риска, причины и признаки.**

### **1.1. Что такое деменция?**

Деменция – это научное название слабоумия, приобретенного человеком в результате заболевания или повреждения головного мозга. (В этом смысле деменция отличается от врожденного слабоумия, или олигофрении).

Человеческий организм – очень сложная система, все части которой слаженно работают для поддержания жизненно важных функций. Однако со временем организм стареет и все чаще в согласованной работе его подсистем возникают сбои. В нервно-психической сфере такие сбои делят на когнитивные, эмоциональные и поведенческие.

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

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

В отличие от легких и умеренных когнитивных расстройств, деменция (слабоумие) – это всегда тяжелое и часто необратимое расстройство,



существенно сказывающееся на повседневной жизни человека и на его социальной активности (по сути – их разрушение).

Поскольку деменция обычно возникает у пожилых людей, то вместо слова «деменция» в быту используются названия «старческое слабоумие» и «старческий маразм». Среди лиц старше 65 лет не менее 5% страдают от различных проявлений старческого слабоумия.

Деменция, или слабоумие, всегда носит многосторонний характер: она проявляется сразу в нескольких когнитивных сферах – в мышлении, памяти, внимании, речи. При этом даже на начальных этапах нарушения настолько существенны, что слабоумие негативно сказывается и в быту, и в профессиональной деятельности.

Одна из самых коварных особенностей старческого слабоумия состоит в том, что после его наступления не только утрачиваются ранее усвоенные знания и навыки, но также существенно затрудняется приобретение новых.

## **1.2. Формы деменции**

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

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

*Умеренная деменция* соответствует следующему этапу в деградации когнитивных функций. Человек больше не может долго оставаться один, так

как теряет навыки пользования большинством современных приборов (телефоном, пультом телевизора, кухонной плитой), может испытывать трудности с открытием замков. Именно эту стадию в быту называют старческим маразмом. На этой стадии пациент постоянно нуждается в подсказках со стороны окружающих, однако сохраняет навыки личной гигиены и самообслуживания. Старческий маразм становится тяжелым бременем для близких и друзей больного.

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

### **1.3. Причины и признаки деменции**

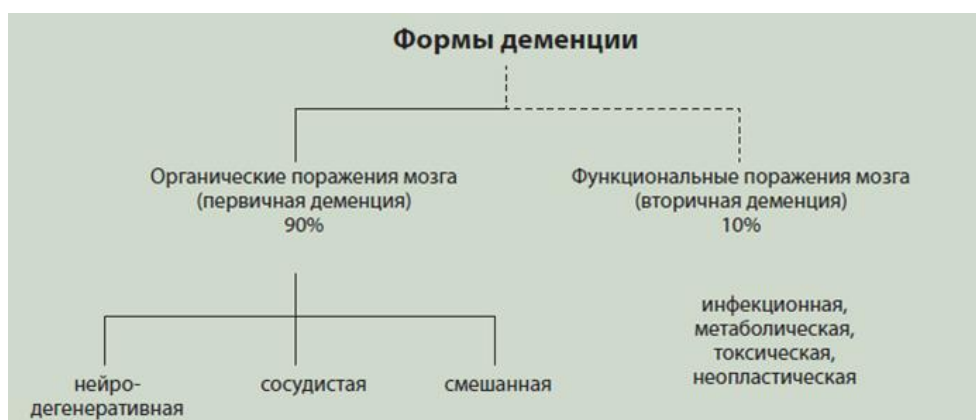
Старческая деменция (старческое слабоумие) и связанные с ней нарушения работы мозга вызываются различными причинами.

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

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

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

психическими расстройствами – например, с депрессией. Выраженные психические расстройства могут приводить к тяжелым когнитивным нарушениям.



Как видно на иллюстрации, наиболее распространенными причинами первичной деменции являются нейродегенеративные (например, болезнь Альцгеймера или деменция с тельцами Леви) и сосудистые (например, инфаркт мозга или геморрагический инсульт) внутримозговые изменения, а также их комбинации.

Количественное соотношение между деменциями нейродегенеративного и сосудистого происхождения может существенно варьироваться в разных странах. Это зависит от культурных и экологических особенностей жизни населения, а также от способов проверки (распространены случаи старческого слабоумия смешанного типа, которые могут быть приняты как за нейродегенеративные, так и за сосудистые). Например, в Америке и Европе ученые склонны считать доминирующим слабоумие нейродегенеративного типа, а в некоторых странах восточной Азии и Скандинавии – старческое слабоумие (старческую деменцию) сосудистого генеза.

*Функциональная (вторичная) деменция* связана чаще всего с сердечно-сосудистыми заболеваниями, злоупотреблением алкоголем, проблемами обмена веществ (печеночная или почечная недостаточность, гипотиреоз). Вторичные деменции часто носят обратимый характер.

Первые признаки слабоумия могут быть замечены членами семьи или выявлены при клиническом тестировании. Человек с трудом вспоминает

недавние события, с трудом выполняет повседневную работу. У пациента также может измениться поведение и личностные реакции. Возникает нарушение познавательных способностей, появляется трудность в выборе слов, в формулировании предложений и следовании указаниям

Важным признаком старческого слабоумия является относительная стабильность проявления расстройств. Возникающие нарушения не зависят от состояния сознания больного (в отличие, например, от случаев делирия).

## **ГЛАВА 2. Уход за людьми, страдающими деменцией.**

### **2.1. Основные принципы обеспечения ухода за людьми, страдающими деменцией**

Международная ассоциация болезни Альцгеймера признает следующие принципы в качестве основных для обеспечения ухода за людьми, страдающими деменцией, поддержки членов их семей и тех, кто обеспечивает уход за больными:

1. Болезни и состояния, сопровождающиеся деменцией, являются прогрессирующими инвалидизирующими заболеваниями головного мозга, которые оказывают значительное влияние как на людей с деменцией, так и на членов их семей.

2. Страдающий деменцией остается человеком, сохраняющим свое достоинство и заслуживающим такой же степени уважения к себе, как и другие люди.

3. Люди, страдающие деменцией, нуждаются в физически безопасном жизненном окружении, а также защите от эксплуатации и насилия над их личностью и их собственностью.

4. Люди, страдающие деменцией, нуждаются в информации и доступе к координированной социальной и медицинской помощи. Любой человек, у которого предполагается эта болезнь, нуждается в проведении медицинского обследования, а те, у которых болезнь диагностирована, требуют постоянного ухода и лечения.

5. Люди, страдающие деменцией, должны как можно дольше принимать участие в принятии решений, влияющих на их жизненный уклад и будущий уход за ними.

6. Необходимо произвести оценку нужд членов семей, ухаживающих за больными, и им должна быть предоставлена возможность принимать активное участие в этом процессе.

7. Должны быть доступны и выделены адекватные ресурсы для поддержки больных, страдающих деменцией, и тех, кто ухаживает за ними на протяжении всей болезни.

8. Информация, образование и прагматическое обучение в области данного заболевания, его последствий, а также того, как осуществлять уход за больными, должны быть доступны для всех тех, кто вовлечен в оказание помощи больным с деменцией.

## **2.2. Забота о людях с деменцией в различных странах мира**

Как же общество организует помощь людям, собственные силы которых неуклонно снижаются?

### **Первая реакция.**

В наиболее развитых странах помощь людям с деменцией и их семьям первоначально оказывают, как правило, медики. Считается, что деменцию должен диагностировать врач. Часто, когда симптомы болезни становятся более выраженными, пациент направляется к специалисту в области психогериатрии. В более бедных странах не только имеется недостаток врачей, но и сами пожилые люди и их родственники не хотят обращаться к ним по поводу таких проблем, как ухудшение памяти, речи или все более странное поведение либо потому, что боятся и стыдятся психического заболевания, или же потому, что не верят, что врачи могут в их случае хоть чем-то помочь. Культуральные реакции на большинство болезней весьма различны, и деменция не является исключением. Например, в Индии случаи с деменцией с проявлениями злости и агрессии могут быть распознаны легче, чем с проявлением забывчивости. В бедных сельскохозяйственных сообществах пожилым людям предъявляются очень небольшие требования, поэтому деменцию замечают не сразу, и она не приводит к таким серьезным последствиям, как в быстро меняющихся и более сложных культурах. К различным типам деменции можно относиться по-разному - например, в Китае за медицинской помощью принято обращаться после сердечного

приступа, но не в случае упадка сил или ухудшения памяти. Широко распространено мнение, что симптомы деменции, такие как ухудшение памяти, если они не сопровождаются признаками соматического одряхления, могут быть расценены как неизбежные последствия старости; это касается не только относительно бедных стран, но и определенных слоев населения в развитых странах, например, людей из рабочего класса, проживающих в Лондоне. Иногда медицинские учреждения и службы социального обеспечения не могут оказать соответствующую помощь, так как сами больные деменцией и их родственники не знают о том, что такая помощь существует, или считают, что она им не нужна; или же те, кто может им помочь, не знают, что в их помощи нуждаются. Особые трудности в оказании медицинской помощи возникают при работе с международными иммигрантами, особенно с теми, кто не владеет государственным языком. Во многих странах теперь проживает значительное количество таких людей с прогрессирующей деменцией, помощь которым была бы эффективнее при использовании их родного языка.

### **Помощь со стороны семей.**

Характер поддержки со стороны семьи как непосредственного источника помощи не только очень отличается в зависимости от культурных влияний, но и претерпевает значительные и постоянные изменения. Статистические данные, полученные в результате исследований, проведенных в 18 странах, начиная с 1950 года, показывают увеличение доли пожилых людей, живущих в одиночестве. В Швейцарии, например, этот процент почти удвоился (с 16 до 29) за период с 1960 по 1980 годы. В экономически развитых странах семьи небольшие и чрезвычайно мобильные, в них часто возникают конфликты требований по поводу выбора работы, жилья и ухода за детьми. Объем потенциальной роли по уходу часто распределяется очень строго между членами семьи: супругами, дочерьми, невестками, сыновьями, которые его и осуществляют. Изредка людей, осуществляющих уход, находят среди дальних родственников. Лишь

немногие семьи оказываются достаточно гибкими, чтобы разделить обязанности по уходу между собой. В бедных странах существует широко поддерживаемое мнение, что большая семья действует как защитная сеть против этих проблем, но накапливаемый опыт позволяет предположить, что такая практика довольно сомнительна. Рассмотрим следующие широко отмечаемые тенденции:

- У каждой супружеской пары рождается все меньшее количество детей.
- Растет количество разводов.
- Все меньше семей, в которых проживают люди трех поколений, все больше пожилых людей живут самостоятельно.
- Все больше женщин среднего возраста возвращается на работу по достижении их детьми школьного возраста.
- Все больше молодых людей переезжает в города, оставляя престарелых родителей изолированными в сельской местности.
- Уменьшается дочерняя и сыновья преданность в тех странах, где она еще до недавнего времени была очень сильна.

Эти тенденции говорят о том, что все более растет необходимость в организации ухода за пожилыми людьми, так как около них может просто не оказаться родственников в нужный момент. Хуже того, можно предположить, что в небольших технологически примитивных обществах пожилым людям с деменцией будет просто позволено досрочно умереть.

#### **Оказание дополнительной помощи.**

Первое, что надо сделать - это оказать помощь людям, которые могут и хотят остаться жить у себя дома. Иногда это может сделать ближайший сосед или волонтер, но обычно требуется более профессиональная и организованная помощь медицинской сестры или социального работника, обладающих хорошей подготовкой. Но и менее образованные помощники - сиделки или помощники по дому могут выполнить эту работу столь же хорошо, если обеспечить за ними должный присмотр и контроль. Там, где



медицинскую помощь оказывают вспомогательные службы, как, например, во многих деревнях в бедных странах, жизненно важно, чтобы их учили уходу за престарелыми, включая людей с деменцией. В некоторых деревнях в помощи участвуют все, чего нельзя сказать о городах. В Великобритании набирают волонтеров, готовят их и закрепляют по одному за престарелыми людьми с деменцией, живущих у себя дома. Эта практика "хорошего соседства" вряд ли приживется в растянутых и беспокойных городах более богатых стран. Все реже она встречается даже в деревнях Европы и Северной Америки. Бедные страны могут выработать свои собственные методы помощи - сюда входят и отдельные национальные общества болезни Альцгеймера. Очень эффективными помощниками по уходу за людьми с деменцией, живущими дома, могут стать группы самопомощи и волонтеры, прошедшие небольшой курс подготовки.

### **Оказание помощи в домах для престарелых**

Все более популярным решением проблем болезненных престарелых людей, включая и страдающих деменцией, в большинстве развитых стран мира является сегрегация этих людей по месту проживания - создание организованных "домов", помощь жильцам, которую оказывают молодые оплачиваемые работники. Процент престарелых людей, проживающих в таких учреждениях, сильно варьирует от страны к стране - например, 11-12% в Нидерландах, но менее половины этой величины в соседних Франции или Бельгии. Большинство богатых стран создали такие дома различных типов в зависимости от степени инвалидности и требуемого ухода, качества физического окружения (часто имеется несколько "классов" в зависимости от качества и возможности оплаты) и умственных способностей. Некоторые исключают людей с деменцией, другие же предназначены для ухода именно за ними. Этот тип специализированных домов известен в Бельгии как "домус", "лодж" ("домик") в Австралии и "канту" ("очаг") во Франции. Преимуществом таких учреждений является наличие там хорошо подготовленного и преданного своему делу обслуживающего персонала.

Новые здания могут быть построены с учетом особенностей людей с деменцией - то есть с маленькими встроенными садиками, большими ясными надписями на дверях и с прогулочными дорожками по кругу для "бродяг". Один дом в Австралии предназначен для людей, которые жили "в зарослях", в необжитых районах Австралии, и отражает их образ жизни - то есть перед пациентами открывается вид на природу, у них есть возможность посидеть вокруг костра. Тем не менее, давление на пациента в плане помещения его в некоторые традиционные типы домов для престарелых сейчас не является столь уж сильным. Многие из этих пациентов в психическом отношении уже значительно снизились, другие же быстро ухудшаются вскоре после помещения. Количество людей с деменцией и когнитивными нарушениями среди пожилых людей в домах для престарелых довольно значительно. В Британии это число колеблется от каждого седьмого до каждого пятого или даже четвертого жителя этих учреждений. В домах по уходу эта величина даже выше. По данным исследователей из США, Японии и пяти европейских стран, известно, что во всех этих учреждениях для престарелых от 42% до 66% пациентов страдают умеренным или тяжелым повреждением когнитивной сферы. В то время как в некоторых странах продолжают считать практику отселения своих пожилых людей непрактичной и ужасной, в странах с процветающей экономикой, почти повсеместно, молодые семьи стремятся избежать необходимости ухаживать за своими пожилыми родственниками.

### 2.3. Распространенность: уровни распространенности, прогноз распространенности деменций в будущем

Термин "распространенность" подразумевает количество людей с деменцией среди населения в данный период времени. Существует большое количество обзоров данных исследований в отношении распространенности деменции, которые были проведены в разных странах мира. Приводимые в них результаты немного отличаются друг с другом в зависимости от методов, использованных при проведении этих исследований. Тем не менее, все они показывают отчетливый рост распространенности деменции с возрастом. Статистическая обработка целого ряда исследований распространенности деменции дала следующие результаты:

<b>Возрастная группа лет</b>	<b>Уровень распространенности, %</b>
65-69	1,4
70-74	2,8
75-79	5,6
80-84	11,1
Старше 85	23,6

Эти данные взяты из обзоров исследований, проведенных в более развитых странах (Европа, Северная Америка, Южная Азия и Япония), и могут быть применимы в отношении менее развитых государств. Обобщение данных европейских исследований дало весьма сходные результаты. Хотя деменция может наблюдаться в любом возрасте, до 60 лет она все же встречается редко. Идет постоянная полемика в отношении уровней распространенности деменции в очень пожилом возрасте (90 лет и старше). Одна точка зрения заключается в том, что у каждого человека развивается деменция, если он проживет достаточно долго, но существует и противоположная точка зрения, по которой риск развития деменции в очень пожилом возрасте выравнивается или даже снижается.

## **Прогноз распространенности деменций в будущем**

Ввиду старения населения Земли в будущем будет относительно больше людей, находящихся в возрастных группах, наиболее подверженных риску развития деменций. В условиях отсутствия эффективной профилактики или лечения увеличение количества людей с деменцией явится простым следствием увеличения количества людей в группах повышенного риска, то есть тех, кому будет 65 лет и более. Прогнозируется, что в период с 1990 по 2013 годы количество случаев деменции в более развитых странах возрастет на 37%, популяция пожилых людей (старше 65 лет) возрастет на 30%, а население этих стран в целом возрастет на 6 %. Ввиду отсутствия данных о распространенности деменций в менее развитых странах трудно делать прогноз в отношении количества ее случаев в будущем. Однако население этих государств также быстро стареет, в связи с чем можно ожидать повышения количества случаев деменций у них. В период с 1990 по 2013 годы в малоразвитых странах ожидается рост количества пожилых людей в возрасте 65 лет и старше на 78%. Эти прогнозы, конечно же, предполагают, что уровень распространенности деменции сам по себе в будущем не изменится. Он может даже снизиться, вследствие, например, открытия каких-либо способов ее профилактики. Однако этот показатель может, существенно возрасти ввиду того, например, что лучший уход за людьми с деменцией приведет к тому, что они будут жить дольше.

## **ГЛАВА 3. ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ МЕТОДИКИ РАБОТЫ С ПОЖИЛЫМИ ЛЮДЬМИ, СТРАДАЮЩИМИ ДЕМЕНЦИЕЙ**

В настоящее время весьма востребованы нефармакологические методы терапии, доступные для людей с деменцией. И важно, чтобы специалист, ухаживающий за дементным больным, владел определенным уровнем знаний об этих подходах и мог бы комбинировать их в соответствии с индивидуальными требованиями каждого пациента.

Вместе с тем анализ литературы обнаружил практически полное отсутствие российских методик работы с деменцией. Единственным исключением стал метод терапией творческого самовыражения (ТТС) М.Е.Бурно. Вернее, сделана ссылка на возможность применения метода в самом его элементарном варианте в отношении людей, страдающих деменцией.

Ниже приводятся методики, используемые зарубежными специалистами в системе ухода за людьми, страдающими деменцией.

### **3.1.Метод десятиминутной стимуляции Уте Шмидт-Хакенберг (Германия)**

Уход за людьми, страдающими деменцией, весьма тяжелая обязанность в повседневной жизни персонала домов престарелых: они должны избавить пожилого человека от чувства тревоги, страха, обеспечить достойное качество жизни, дать недостающее тепло.

Отчасти эти проблемы решают занятия, проводимые специалистами со своими больными подопечными. Но очень часто эти занятия, длящиеся от получаса и более, уже превосходят концентрационную способность больных. В итоге может произойти быстрое и резкое угасание интереса и мотивации, что вызывает безучастность или полный отказ от участия в какой-либо деятельности.

Метод Уте Шмидт-Хакенберга рассчитан на 10 минут работы. За это время больной получает стимуляцию за счет ощущения успеха, радости и внимания, которые приводят к гармонии тела, души и ума. Метод доступен и прост в применении, не требует особых усилий и представляет собой прекрасную возможность занять мысли пациента.

При применении метода 10-минутной стимуляции персонал предлагает человеку, страдающему деменцией, какой-то ключевой раздражитель, который должен пробуждать долговременную память и инициировать начало беседы. Например, в качестве подручного средства для начала беседы о поездках в отпуск, может быть использована ракушка. При этом огромную роль может играть работа с биографией пациента. Какие-то предметы, связанные с моментами биографии и знакомые пациентам из прошлого, способствуют действенности данной методики. Лучше всего, если эти предметы касаются домашнего хозяйства. В данном случае могут подойти простые, хорошо известные больному человеку вещи, такие как пуговицы, подушечки для булавок, чайные ситечка и т.д. Какие-то современные, не связанные с прошлым предметы, для этого метода не подходят.

Уте Шмидт-Хакенберг расширяет стимуляцию вербального взаимодействия невербальными элементами и моментами физической активности в виде легких упражнений, обеспечивающих функциональное взаимодействие тела, души и ума. Это дает преимущество в ситуациях, когда вербальное общение между больным и ухаживающим затруднено или вообще невозможно. Поэтому использовать данный метод могут все сотрудники учреждения, и при помощи простых способов он может быть внедрен в повседневную жизнь стационарного учреждения, где находятся больные.

Эта методика, по мнению ее автора, оказывает также положительное влияние и на людей, которые заботятся о своих пациентах, так как дает им осознание того, что они должны посвятить часть времени непосредственно своим подопечным, а не решению бытовых, медицинских и других проблем.

Условно работа в рамках методики может быть поделена на три этапа: подготовительный, основной и заключительный.

**Подготовительный этап** может быть длительным и затратным как по времени, так и по усилиям. Он включает в себя:

1. Сбор информации о биографии каждого больного, с описанием предпочтений, хобби, особенностей проведения отпусков и т.д.

2. Формирование коллекции различных, хорошо знакомых вещей и предметов с учетом биографических данных каждого клиента (пуговицы, чайные ситечка, курительные трубки, ракушки и др.).

2. Сортировку, классификацию собранного материала по темам. Например, тема «Осень» - каштаны, осенние гербарии; «Отпуск» - ракушки, кокосы и др. Складирование рассортированных предметов в прозрачные пластиковые коробки с соответствующими надписями на них.

3. Разработку инструкций/рекомендаций по использованию каждой коробки.

Содержание инструкции:

- ✓ перечень вопросов к участникам занятий;
- ✓ стимулы для начала беседы;
- ✓ описание упражнений для легкой физической нагрузки;
- ✓ тексты песен или стихов по теме.

**Основной (практический) этап.** Проведение занятий в рамках методики 10-минутной стимуляции.

*Частота занятий:* ежедневно.

*Продолжительность:* 10 минут.

*Время занятий:* либо первая половина дня (после утренних гигиенических процедур), либо после дневного сна и полдника.

*Наполняемость группы:* до 4 человек.

## Пример занятия на тему: «Осень. Каштаны»

*Необходимые материалы:*

- Пластиковый пакет.
- 8-10 каштанов.
- Инструкция с перечнем вопросов, упражнений и текстом песни на осеннюю тему.

### Ход занятия

Ведущий вносит в комнату пластиковый пакет, здоровается с больными. Начинает доставать из пакета каштаны. Шуршание привлекает внимание находящихся в помещении людей, особенно дремлющих. Раскладываемые на столе каштаны становятся ключевым раздражителем и стимулом к началу беседы.

• *Беседа:*

Перечень вопросов, задаваемых в ходе беседы:

- ✓ Знаете ли вы что это такое?
- ✓ И какого же цвета каштаны?
- ✓ А что же можно из них сделать?
- ✓ Как же делаются каштановые человечки?
- ✓ Были ли у вас в саду каштановые деревья?
- ✓ Когда вы были детьми, собирали ли вы каштаны под ним?
- ✓ Кто-нибудь пробовал каштаны?
- ✓ И др.

• *Физические упражнения с каштанами:*

- 1.передача каштана соседу справа и т.д., потом в обратном направлении;
- 2.перекладывание каштана из одной руки в другую;
- 3.вращение каштана между внутренними поверхностями ладони.

• *Совместное пение «осенней» песни.*



*Рекомендации ведущему:*

1. Перед началом занятия переложить содержимое пластиковой коробки в шуршащий пластиковый пакет, т.к. шуршание способно пробудить интерес участников занятий и в буквальном смысле пробудить тех из них, кто задремал в ожидании встречи с ведущим.
2. Подбранная песня должна быть из прошлого и хорошо знакома каждому присутствующему. Если этого не наблюдается, песню целесообразно заменить «осенним» стихотворение из школьной программы.

**Заключительный этап.** Обсуждение в коллективе темы влияния стимуляции на отдельных больных, их реакции и о воздействии на группу. Принятие решения о продолжении стимуляции, о ее расширении или замене на другую методику.

### **3.2. Методики снижения чувства страха**

**Свен Линдт (Германия)**

Люди, страдающие деменцией средней степени тяжести, помимо когнитивных проблем, практически во всех случаях испытывают проблемы, связанные с так называемым «синдромом тревоги». Причина указанной симптоматики кроется в нарастающем нарушении адекватного восприятия внешних раздражителей и внутренних ощущений, их распознавания и разрешения вызванных ими ситуаций.

Синдром тревоги у больных деменцией может относиться к следующим подгруппам:

#### ***Синдром внутренней тревоги***

Под синдромом внутренней тревоги понимается все содержание сознания, которое вызывается внутренними импульсами, такими как спонтанные воспоминания, сновидения, дневные фантазии и побуждения.

Причина этой тревоги кроется в неполноценной фильтрации реальности в уже измененной коре больших полушарий переднего отдела головного мозга.

Этот фильтр посылает сознанию сигналы о том, вызывается ли импульс реальным фактором (таким как внешние раздражители) или, например, спонтанным воспоминанием. Если в описываемой ситуации фильтр отсутствует, то воспоминания смешиваются с окружающим реальным миром. В результате часто можно наблюдать такую ситуацию, когда больной начинает искать умершего супруга, родителей или что-либо другое. Чем больше длится поиск, тем большее разочарование и одновременное смущение испытывают больные. Наступление темноты и нехватка внешних раздражителей и контактов из-за длительного нахождения в одиночестве приводит к возникновению у больных, страдающих деменцией, чувства тревоги и неуверенности. В дальнейшем этот страх, как, допустим, у маленьких детей, может принять форму видений, например, каких-то угрожающих существ (животных, киношных персонажей и т.д.). Эти зрительные галлюцинации иногда могут привести к развитию настоящего опасного для жизни больного страха. В этом лежат и причины нарушений в работе головного мозга, в частности, изменений в коре больших полушарий.

### ***Синдром внешней тревоги***

При синдроме внешней тревоги у больных деменцией средней степени тяжести внешние раздражители вызывают беспокойство и тревогу, так как они не могут больше адекватно узнаваться и восприниматься. К симптомам, вызывающим тревогу и неуверенность, относятся:

*Зрительная агнозия:* больной не может узнавать хорошо знакомые повседневные предметы, такие, допустим, как набор инструментов, и это приводит к появлению неуверенности.

*Отсутствие глубинного зрения:* плоские предметы воспринимаются как объемные. Таким образом, обычная тень может показаться пропастью, а отражение в зеркале – чужим лицом.

*Нарушение константности восприятия объектов:* развитие данного состояния происходит подобно тому же процессу, что и у маленьких детей. Возникает страх перед нахождением в одиночестве, так как больные не могут представлять в своем воображении людей, которые отсутствуют рядом с ними.

### ***Синдром перенапряжения***

Неуверенность и страх у больных с деменцией возникают также в ответ на определенные внешние стимулы, которые можно определить как требования и призывы. Эти импульсы в форме ожидания какого-либо человека в большинстве случаев приводят к стрессу и ощущению нагрузки. Эта болезненная реакция на стресс в гипертрофированной форме проявляется также и при многих фобиях.

Возникновение болезненной реакции на стресс объясняется также отсутствием психической регуляции, за которую несет ответственность лобная доля мозга. При этом наблюдается отсутствие фильтрации и промежуточной памяти для возможности постепенного разрешения ситуации.

Для того, чтобы правильно распознать у больных проявления страха и тревоги, специалисты, осуществляющие уход за пациентами, используют различные стратегии и подходы.

***Стратегия I:*** Концепция постоянства в отношении ухода и окружающей обстановки

При осуществлении ухода и организации окружающей обстановки больных, страдающих деменций, в учреждениях стационарного типа в идеальном случае применяются два типа концепции постоянства:

- Обеспечение постоянства при уходе и обслуживании за счет постоянного повторения действий.
- Обеспечение постоянства с учетом моментов биографии и привычек пациента.

Так как при деменции средней степени тяжести у пациентов сохранена способность к узнаванию привычного или к бессознательному обучению при постоянных повторениях, то они чувствительны к мероприятиям, влияющим на их поведение. Они могут незаметно для себя приспосабливаться к окружающей обстановке и общению. Больные больше не в состоянии осознанно распознавать новые импульсы, что связано с процессом ослабления умственных способностей.

Наряду со способностью узнавания привычного больные деменцией средней степени тяжести в большинстве случаев обладают способностью к неосознанному воспоминанию о важных моментах из их прошлой жизни – привычках, предметах, поступках. Для активизации информации об этих условиях, хранящейся в долговременной памяти и относящейся ко времени, предшествующему заболеванию, в большинстве случаев требуется применение ключевых или пусковых стимулов.

Таким образом, в обоих случаях речь идет о получении представления о «жизненном мире» пациента. В первую очередь, осведомленность должна достигаться за счет непрерывных повторений и только затем следует активизировать пусковые стимулы. Осведомленность ведет к предвидению последующего стимула, и это предвидение является основой для создания у пациента чувства уверенности и защищенности. Чем большую уверенность и безопасность чувствуют страдающие деменцией люди, тем реже неуверенность и тревога прокладывают путь в их сознание.

### ***Стратегия II:*** Обеспечение постоянства социальной близости

Выраженность проявления неуверенности и тревоги может быть снижена за счет вовлечения больного с деменцией в социальные отношения различного типа. В данном случае не обязательно, чтобы по соседству всегда находились близко знакомые люди. Таким образом, следует очередь предотвращать возникновение ощущения изоляции и одиночества.

Включение больных с деменцией в социальные взаимоотношения на период более одного дня происходит отдельно посредством создания и

поддержания дневного распорядка, который состоит из сети различных возможностей социальных контактов. При этом речь может идти об активных и прямых контактах.

Но для многих пациентов достаточно простого наблюдения и общения с людьми, которые проживают с ними, или сотрудниками, осуществляющими уход. В большинстве случаев потребность видеть и слышать близких людей удовлетворяется социальной близостью. Это поведение может быть обозначено как пассивное участие в социальной жизни на месте проживания. Фактор «постоянства» при создании и поддержании социальной среды свидетельствует о том, что речь должна идти преимущественно о хорошо знакомых процессах. *Хорошо знакомые люди совершают поступки в одно и то же время в одинаковых местах.*

### ***Стратегия III:*** Отвлекающие и успокаивающие стратегии

Кроме того, благодаря социальной близости, лица, осуществляющие уход и лечение таких пациентов, могут заблаговременно вмешиваться в случае проявления различных форм потери реальности, нарушения восприятия и галлюцинаций. Чем быстрее специалист вмешается, тем легче больные успокаиваются и отвлекаются.

Достижение спокойствия и переключения внимания являются двумя подходящими моментами в данной ситуации. В то время, когда больной отвлекается от наступающей на него потери реальности, он также успокаивается, так как ему предлагается импульс или стимул, который связан с положительными ощущениями. Данный способ действий облегчается за счет массивной потери краткосрочной памяти, что является основой для относительно легкого влияния и переключения его внимания.

### **3.3.Тренинговые занятия с дементными больными. Особенности проведения тренинговых занятий**

Работа с дементными пациентами стоит в двух направлениях:

- Формальная работа (активные методики).

Эта методика проводится в отдельном, изолированном помещении. Необходима тишина, хорошая освещенность помещения, удобные стулья. Группа не должна превышать 3-4 участников. Для занятий необходимо иметь доску для записи, клип-стенд для бытовой реабилитации (используются замки, выключатели, дверные цепочки, телефонные диски, молнии, пуговицы, липучки и т.д.), разноцветные маркеры, стимульный материал. Начинать занятие необходимо с информации о текущей дате, дне недели, месяце, времени года, с обязательной записью на доске. Тренер ведет беседу о текущих событиях с использованием стимульного материала (книги, газеты, фотографии, музыкальное сопровождение, и т.д.). Вышеперечисленные материалы используются как при групповых формах работы, так и для индивидуальных занятий, в зависимости от стадии деменции.

- Неформальная работа (пассивные методики).

Процесс постоянный, в который вовлечены все окружающие пациента люди: персонал учреждения, родственники, друзья, знакомые, социальные работники, все, кто окружает его в привычной домашней обстановке. Неформальная методика предусматривает постоянное напоминание пациенту о том, кто он (фамилия, имя, отчество), где он (в больнице, дома, на улице, у друзей и т.д.) и что в данный момент происходит. В помещении, где большую часть времени проводит пациент, необходимо иметь часы, календарь, таблички на дверях, указатель входа и выхода, информационные стенды, бейджи для персонала, написанные крупным шрифтом и т.д.

Особенности организации тренинговых занятий:

1. Тренинговые группы формируются под контролем врача.
2. Сокращение группы до 3-4 человек.

### 3. Сокращение времени занятий:

- 15 минут для пациентов с деменцией в поздней стадии;
- 30 минут для пациентов с деменцией в средней стадии;
- 45 минут для пациентов с деменцией в ранней стадии.

4. В ранней стадии предлагаются упрощенные (по сравнению с выше описанной методикой) задания, а в средней и поздней стадиях используются более пассивные методики.

## **Программа тренинговых занятий для дементных пациентов**

Организация первого занятия.

От правильной организации первого занятия во многом зависит успех последующих. Вначале тренер разъясняет цели и задачи тренингов, знакомит участников группы с правилами, которых они должны придерживаться во время проведения занятий.

### **Занятие № 1.**

#### **1. Инструкция по правилам работы группы**

*Материалы:* Не требуются

*Время:* 10 минут.

*Инструкция:* По общим правилам работы группы - «приходить вовремя, не пропускать занятия, избегать употребления частицы «не», при высказываниях о своем состоянии, например, «не хочу, не могу...», быть корректным по отношению к окружающим, внимательно выслушивать каждого, с юмором относиться к неудачам, помнить о поддержке, не разговаривать о политике, о болезнях». Определяются цели и задачи. Целью тренинга является тренировка, восстановление и поддержание функций памяти, внимания и мышления. Задачи тренинга – тренировка логического мышления, развитие креативных способностей, поддержание функций памяти, внимания, повышение эмоционального фона, улучшение коммуникативных навыков. После каждого объяснения материала обязательно следует уточнять у участников группы, все ли им понятно. Если

в группе присутствует человек, который что-то не понял, то нужно изложить материал в доступной и упрощенной форме.

## **2. Самооценка настроения**

*Материалы:* Не требуются.

*Время:* 5 минут.

*Инструкция:* Оценка проводится по пятибалльной шкале (5 – отличное настроение, 1 – очень плохое, 2,3,4 являются срединными). Участник группы должен самостоятельно дать положительную или отрицательную оценку своему настроению.

## **3. Упражнение «Знакомство»**

*Материалы:* Резиновый мяч средних размеров.

*Время:* 15 минут.

*Инструкция:* Тренер держит в руках мяч, называет свое имя и передает мяч следующему участнику группы. Передавая мяч друг другу, все присутствующие должны четко и громко называть свое имя и отчество. Важно добиться правильного выполнения упражнения, т.к. от этого зависит эффективность запоминания. Необходимо, чтобы во время знакомства каждый проговаривал имя и отчество сидящего в кругу. Далее, каждый участник должен представить всех, сидящих в кругу.

## **4. Упражнение «Разминка»**

Это упражнение направлено на повышение работоспособности группы.

*Материалы:* Не требуются.

*Время:* 5 минут.

*Инструкция:* Каждый участник группы кладет ладони на колени другим участником группы слева и справа от себя, затем ритмически ударяет по коленям. Темп выполнения упражнения задается тренером. Ритм может ускоряться и замедляться.

## **5. Самооценка настроения**

*Материалы:* Не требуются.

*Время:* 5 минут.



*Инструкция:* Оценка проводится по пятибалльной шкале (5 – отличное настроение, 1 – очень плохое, 2,3,4 являются срединными). Участник группы должен самостоятельно дать положительную или отрицательную оценку своему настроению.

#### **6. Домашнее задание**

*Материалы:* Не требуются.

*Время:* 5 минут.

*Инструкция:* Вспомнить и записать имена и отчества участников группы.

### **Занятие № 2**

#### **1. Самооценка настроения**

*Материалы:* Не требуются.

*Время:* 5 минут.

*Инструкция:* Оценка проводится по пятибалльной шкале (5 – отличное настроение, 1 – очень плохое, 2,3,4 являются срединными). Участник группы должен самостоятельно дать положительную или отрицательную оценку своему настроению.

#### **2. Упражнение «Знакомство»**

*Материалы:* Не требуются.

*Время:* 5 минут

*Инструкция:* Каждый участник группы называет свое имя и отчество.

#### **3. Проверка домашнего задания**

*Материалы:* Не требуются.

*Время:* 5 минут.

*Инструкция:* Каждый участник группы без подсказки и без шпаргалки называет имена и отчества всех присутствующих.

#### **4. Упражнение «Разминка»**

Упражнение способствует эмоциональной разрядке, создает хороший фон для продолжения работы.

*Материалы:* Не требуются.

*Время:* 10 минут.

*Инструкция:* «Пусть каждый из Вас назовет какое-нибудь животное. При этом внимательно слушайте друг друга и постарайтесь запомнить, какое животное называет каждый».

Все по очереди называют животное, и надо потратить достаточно времени, чтобы все запомнили, какое животное называет каждый. Для упрощения можно попросить назвать животных по очереди (кругу), и каждый, прежде чем назовет свое животное, повторит все то, назвали предыдущие участники.

### **5. Упражнение «Составить логический рассказ по сюжетным картинкам»**

*Материалы:* Разнообразные картинки на любые темы.

*Время:* 10 минут.

*Инструкция:* «Вам предлагается ряд цветных картинок на любую тему, из которых необходимо выложить логическую цепочку и составить законченный рассказ всей группой».

### **6. Самооценка настроения**

#### **7. Домашнее задание**

*Материалы:* Ручка, лист бумаги.

*Время:* 7 минут.

*Инструкция:* Составить логическую цепочку из 8 слов с конкретным указанием темы.

## **Занятие №3**

### **1. Самооценка настроения**

#### **2. Упражнение «Знакомство»**

*Материал:* Не требуется.

*Время:* 3 минуты.

*Инструкция:* Каждый участник группы называет свое имя и отчество.

### **3.Проверка домашнего задания**

*Материал:* Не требуется.

*Время:* 15 минут.

*Инструкция:* Каждый участник группы представляет составленную логическую цепочку и говорит о трудностях, с которыми он столкнулся при выполнении задания.

### **4.Упражнение «Разминка»**

Упражнение направлено на создание работоспособности в группе.

*Материалы:* Резиновый мяч средних размеров.

*Время:* 10 минут.

*Инструкция:* «Бросая друг другу мяч, будем каждый раз говорить, какой может быть улыбка. Я начну: баззаботная ... (при этом тренер бросает мяч кому-то из участников)».

### **5.Упражнение «Придумай ассоциацию»**

*Материал:* Не требуется.

*Время:* 5 минут.

*Инструкция:* Каждому участнику группы предлагается подобрать ассоциацию с понятием, геометрической формой, цветом.

### **6.Самооценка настроения.**

### **7.Домашнее задание**

*Материалы:* Планшет, лист бумаги (формат А 4), разноцветные карандаши, фломастеры, маркеры.

*Время:* 5 минут.

*Инструкция:* На листе бумаги нарисовать цифры от 1 до 6 и придумать как можно больше ассоциаций к ним. Можно использовать сравнения с фруктами, овощами, животными, птицами, растениями и другими окружающими нас предметами. Например, цифра «один» похожа на карандаш, указку, струйку дождя.

## Занятие № 4

### 1. Самооценка настроения

### 2. Упражнение «Знакомство»

*Материал:* Не требуется.

*Время:* 2 минуты.

*Инструкция:* Каждый участник группы называет свое имя и отчество.

### 3. Проверка домашнего задания

*Материал:* Не требуется.

*Время:* 10 минуты.

*Инструкция:* Каждый участник группы представляет выполненное домашнее задание и говорит о трудностях, с которыми он столкнулся при выполнении задания.

### 4. Упражнение «Разминка»

*Материалы:* Не требуются.

*Время:* 10 минут.

*Инструкция:* «Сейчас каждый из Вас, молча, задумает любимое животное. После того как все сделают это, будем по очереди, невербально, т.е. ничего не говоря, не издавая никаких звуков, изображать выбранное животное. Один показывает, все остальные высказывают предположения, что это за животное. При этом не будем повторяться: если выбранное вами животное кто-то изобразил, замените его на другое».

### 5. Упражнение «Послушай тишину»

*Материалы:* Не требуются.

*Время:* 15 минут.

*Инструкция:* «Пожалуйста, закройте глаза. Сосредоточьтесь на том, что вы сейчас слышите. Постарайтесь услышать и запомнить как можно больше звуков» Через 1-2 минуты тренер просит всех открыть глаза и перечислить все, что удалось услышать и указать, если возможно, источник звука. Организовать обсуждение можно так: каждый по очереди называет

один звук, который он услышал, не повторяя то, что было уже названо до него.

При обсуждении обнаруживается, что некоторым участникам группы удалось услышать звуки, которые не услышали или, что гораздо вероятнее, не зафиксировали остальные (дыхание соседа).

**6. Самооценка настроения**

**7. Домашнее задание**

*Материалы:* Не требуются.

*Время:* 15 минут.

*Инструкция:* «Вспомните любимое стихотворение и подготовьте его к следующему занятию наизусть».

**Занятие № 5.**

**1. Самооценка настроения.**

**2. Упражнение «Знакомство»**

*Материал:* Не требуется.

*Время:* 3 минуты.

*Инструкция:* Каждый участник группы называет свое имя и отчество.

**3. Проверка домашнего задания**

*Материал:* Не требуется.

*Время:* 10 минут.

*Инструкция:* Каждый участник группы представляет выполненное домашнее задание и говорит о трудностях, с которыми он столкнулся при выполнении задания.

**4. Упражнение «Слова ходят парами»**

*Материал:* Лист бумаги, на котором в столбик написаны 10 любых существительных.

*Время:* 10 минут.

*Инструкция:* Необходимо заранее приготовить лист бумаги с написанными в столбик парами существительных, объединенных по смыслу.

«Перед Вами список пар слов. Установите определенные смысловые связи между ними. Например: сок – стакан, машина – руль, птица – гнездо».

Упражнение направлено на развитие логического запоминания.

**5. Упражнение «Составить логический рассказ по сюжетным картинкам»**

*Материал:* Не требуется.

*Время:* 10 минут.

*Инструкция:* «Вам предлагается ряд цветных картинок на любую тему, из которых необходимо выложить логическую цепочку и составить завершённый рассказ все группой».

**6. Самооценка настроения**

**7. Домашнее задание**

*Материалы:* Не требуются.

*Время:* 7 минут.

*Инструкция:* «Попробуйте прочитать четверостишие Агнии Барто «Мишка» с разнообразными интонациями. Например, радостно, грустно, восторженно, возмущенно, тревожно».

**Занятие № 6.**

**1. Самооценка настроения**

**2. Упражнение «Знакомство»**

*Материал:* Не требуется.

*Время:* 3 минуты.

*Инструкция:* Каждый участник группы называет свое имя и отчество.

**3. Проверка домашнего задания**

*Материал:* Не требуется.

*Время:* 10 минут.

*Инструкция:* Каждый участник группы представляет выполненное домашнее задание и говорит о трудностях, с которыми он столкнулся при выполнении задания.

#### **4. Упражнение «Разминка»**

*Материалы:* Не требуются.

*Время:* 10 минут.

*Инструкция:* «Посмотрите внимательно вокруг себя и выберите любой предмет, находящийся в комнате, от имени которого вы готовы произнести монолог. Когда все будут готовы, кто-то из вас начнет. И все по очереди произнесут свои монологи»

Упражнение направлено на развитие воображения, преодоление привычного ракурса восприятия окружающего, «приобретение новых глаз».

#### **5. Упражнение «Составить логический рассказ по сюжетным картинкам»**

*Материалы:* Заранее приготовленные картинки на разнообразные темы.

*Время:* 10 минут.

*Инструкция:* «Вам предлагается ряд цветных картинок на любую тему, из которых необходимо выложить логическую цепочку и составить завершённый рассказ всей группой».

#### **6. Упражнение «Пословицы и поговорки»**

*Материалы:* Заранее написанные на листе бумаги пословицы или поговорки.

*Время:* 10 минут.

*Инструкция:* «Я буду читать пословицы, а вы объясняете их смысл».

#### **7. Самооценка настроения**

#### **8. Обсуждение занятий и индивидуальные рекомендации тренера каждому участнику группы.**

*Время:* 10 минут.

Время последнего занятия может быть увеличено, так как тренер даёт расширенные рекомендации каждому участнику группы.

### **3.4.Арт-терапевтические методики Анжелы Байерс (Великобритания)**

Зарубежными психотерапевтами давно было отмечено благотворное влияние арт-терапии, и в частности изотерапии, на состояние людей с психическими расстройствами.

Сама арт-терапия как психотерапевтическое направление выросла исключительно на работах психиатров и исторически сложилась как альтернативный вариант работы с тяжелыми психическими больными (взрослыми и детьми). Метод помогал психически больным людям посредством изобразительного творчества выразить скрытые психотравмирующие переживания и тем самым освободиться от них. По мере погружения клиента в изобразительную деятельность, уходили замешательство и тревога, происходила концентрация внимания, и больного человека больше не отвлекали беспокойные мысли и иллюзии.

К сожалению, в арт-терапевтической практике многие престарелые люди с выраженными нарушениями памяти не проявляют интереса к рисованию. Более того, они не в состоянии сохранить образ в своем сознании надолго, удержать в памяти и осмыслить в достаточной степени высказывания окружающих. Их работа не развивается, она носит стереотипный характер и продолжается до тех пор, пока специалист не закончит терапевтическую сессию или внимание клиента не будет отвлечено от материалов занятия.

Замечено, что люди с деменцией больше расположены к игре с разнообразными материалами, их сортировке и организации, способствующими стабилизации их психоэмоционального состояния. Именно такая работа клиентов и лежит в основе арт-терапевтических методик А. Байерс. И хотя она (работа) больше напоминает игровую терапию, поскольку не ведет к созданию законченного продукта деятельности, Байерс тем не менее называет ее арт-терапией.



## **Примерный сценарий работы арт-терапевтической группы**

*Форма работы:* индивидуальная или групповая (наполняемость групп - не более 3 человек).

*Критерии отбора участников* - степень реагирования на предложенные при первой встрече материалы (отбираются наиболее активно реагирующие).

*Временные рамки:* частота занятий – 2 раза в неделю, продолжительность каждого занятия – от 10 до 40 мин.

*Необходимые материалы и оборудование:* столы и стулья, подносы, разные виды бумаги, куски текстиля, пластиковые емкости с пробками и без них, проволока, карандаши, линейки, ножницы, куски древесины и т.д.

### **Ход занятий**

Участники группы приглашаются в арт-терапевтическую студию. Перед каждым из них ставится поднос с разнообразными материалами и предлагается изучить эти материалы. Далее больные манипулируют с материалами, а специалист пассивно наблюдает за процессом, вторгаясь в него в форс-мажорных обстоятельствах: проявление агрессии, или наоборот, апатии, возникновение различных опасных моментов. Манипуляция с материалами может иметь следующие виды: выбор, изучение, прикрывание, прятанье, заворачивание, обследование емкостей изнутри и т.д.

### **Выводы**

Работа с материалами дает дементным людям шанс погрузиться в себя, делает их переживания своего Я более валидными, что поддерживает их индивидуальность. Для престарелых людей это особенно важно.

Бывают единичные случаи, когда больным удается достичь определенной устойчивости в восприятии материалов, которые относительно долго удерживало их внимание, настолько долго, что у больных появляются ассоциации с тем, что они делают. А это уже есть достижение, успех.

Истинным вознаграждением являются моменты человеческого контакта, во время которых специалист понимает своего пациента, а тот чувствует себя понятым.

### 3.5.Терапия творческим самовыражением (ТТС) М. Е.Бурно (Россия)

ТТС, по словам ее разработчика М.Е.Бурно, помогает не только более или менее «сложным душой дефензивным пациентам без психотики, но и разнообразным пациентам с застывшей или психотически напряженной душой, душой затуманенной, оскудевшей или хронически уставшей по разным причинам. Помогает детям с умственной отсталостью и детям с нарушением психологического развития, некоторым больным с деменцией» (Бурно, 2006).

*Основная идея метода (в применении к дементным пациентам). Душевный контакт с дементным больным затруднен, еле теплится. И все же возможно здесь во многих случаях, пусть недолгое, слабое, но заметное просветление души больного поиском себя, исходя из своей природы, поиском своего Я в занятиях со специалистом. Этот просветляющий, оживляющий индивидуальность элементарный поиск себя, исходя из особенностей своей природы, и есть глубинное существо ТТС как метода помощи дементным людям.*

#### Ход сессии

1.На экране, в сравнении, слайды двух картин двух художников. Или это репродукции картин в альбомах, вырезки из журналов, открытки. Самые известные, понятные, несложные по сюжету, реалистические картины (лучше отечественных художников), поскольку «застывшие, туманные, оскудевшие, уставшие, неразвитые, дефектные души тянутся к первоначальному, как и большинство маленьких детей» (Бурно, 2006).

Это, например, «Грачи прилетели» Саврасова, «Утро в сосновом лесу» Шишкина, «Московский дворик» Поленова, «Бурлаки на Волге» Репина. «Боярыня Морозова» Сурикова, «Масленица» Кустодиева. «Аленушка» Васнецова, «Девочка с персиками» Серова, «Белая зима» Грабаря и др.

2.Сравнение картин. Вопросы к участникам группы:

- Какая картина больше по душе?
- О какой картине больше хочется поговорить?
- Какую картину больше хочется повесить на стену дома/комнаты стационарного учреждения?

3.В случае, если это общение с живописью идет успешно, его можно усложнить, предлагая сравнивать реалистические картины с идеалистическими (аутистическими) картинами Боттичелли, Рериха, Нестерова, Крымова, Сарьяна и т.п.

Вместо картин можно предложить сравнивать по созвучию (что близко душе клиента, что важнее для него, что больше нравится, что больше его просветляет) живые цветы, камни, музыкальные произведения и т.д., используя фотографии, рисунки людей или различных растений, животных, минералов и другое.

То, что созвучно, близко клиенту, есть уже в какой-то мере он сам, т.е. созвучие оживляет индивидуальность, найденное Я светится вдохновением. И к Я-вдохновению ведет поиск-сравнение. Оживление созвучием с созвучным клиенту творческим произведением или каким-либо домашним предметом, созвучными живыми цветами – это оживление, посветление души.

Элементы ТТС такого рода (симптоматическое творческое просветление «тяжелой души») в своем стихийном виде присутствует в жизни людей во все времена. Тяжело больной или умирающий человек просит побыть рядом с ним близких ему людей, просит поставить, положить рядом что-то дорогое, созвучное ему (рисунок внука, любимую картину, любимую статуэтку, книгу, чашку, игрушку из детства и т.д.), просит включить магнитофон с любимой мелодией. «Так среди своего, рядом со своим, легче переносить телесные и душевные боли, легче умирать, потому что, чувствуя себя более собою от созвучного себе, своего, меньше страдаешь, светлея душой» (Бурно, 2006)

### 3.6. Методы музыкотерапии и ароматерапии

Метод *музыкотерапии* предусматривает участие в музыкальной деятельности (например, пение или игра на музыкальном инструменте) или только слушание пения или музыки. Как показывает зарубежный опыт, регулярное прослушивание музыкальных произведений способствует повышению уровня благополучия дементных больных, более высокому качеству общения и улучшению их памяти на события своей биографии.

Кроме того, есть данные, что люди с деменцией, слушавшие музыку по индивидуальной программе, успокаивались легче по сравнению с теми, кто слушал традиционную релаксационную музыку.

*Ароматерапия* становится одной из самых популярных в работе с людьми, страдающими деменцией. Она имеет явные преимущества над лекарственной терапией, широко используемой при деменции. Этот метод имеет положительный образ, а во время проведения лечебного сеанса возникают благоприятные возможности для более широкого общения. Кроме того, ароматерапия, по-видимому, хорошо переносится по сравнению с нейролептиками или седативными препаратами. Два основных эфирных масла, используемых для ароматерапии при деменции, экстрагируются из лавандного и мелиссового бальзама. Преимущество ароматерапии также состоит в том, что эфирные масла можно вводить в организм несколькими путями, например в виде ингаляций, ванн, массажа и местно в форме крема. Это означает, что терапию можно назначать дементным больным с разными проявлениями поведения: например, у нетерпеливого и беспокойного больного ингаляция может быть более эффективной, чем массаж.

### **3.7.Метод ориентирования пациента в реальной обстановке.**

Ориентирование больного в реальной обстановке — один из методов контроля над поведением, которые чаще всего применяются по отношению к людям с деменцией. Его цель — помочь людям с потерей памяти и нарушениями ориентировки путем напоминания о фактах, касающихся этих людей и окружающей их обстановки. Его можно использовать как индивидуально, так и в группах. И в том, и в другом случае людей с потерей памяти ориентируют в окружающей обстановке, используя различные материалы и виды деятельности. Можно воспользоваться ориентирующими приспособлениями, такими как указатели пути, надписи на дверях и другие вспомогательные средства напоминания. В зарубежной практике считается, что занятия по ориентированию в реальной обстановке повышают уровень вербальной ориентировки. Вместе с тем, ориентирование в реальной обстановке может напоминать участникам об имеющихся у них нарушениях и способствовать снижению настроения у посещающих сеансы. Кроме того, лица, опекающие пациентов, могут испытывать еще большую фрустрацию, используя этот метод и многократно пытаясь ориентировать индивидов, почти не получая заметного долгосрочного эффекта.

### **3.8.Метод признанием истинности переживаний**

Метод психотерапии признанием истинности переживаний был разработан как антипод неэффективности метода ориентирования пациента в реальной обстановке. Разработчик этого метода Naomi Feil полагал, что некоторые особенности деменции, такие как повторяемые воспоминания и погружение в прошлое, фактически были активными стратегиями со стороны больного, нацеленными на избегание стресса, скуки и одиночества. Автор утверждает, что люди с деменцией могут погружаться во внутренний мир, основанный на чувствах, а не на интеллекте, поскольку считают истинную реальность слишком тяжелой и неприятной. Поэтому психотерапевты,

применяющие метод признания истинности их переживаний, стараются, общаясь с индивидами с деменцией, чутко относиться к чувствам и смыслам, скрывающимся за их спутанной речью и нарушенным поведением. Эмоциональное содержание того, о чем говорит пациент, более важно, чем ориентирование его в реальной обстановке. Как отмечают исследователи, этот метод вызывает чувство удовлетворенности, уменьшает проявления отрицательных эмоций и расстройства поведения и помогает индивиду понимать окружающий мир. Однако существует риск чрезмерного сосредоточивания на спутанном общении, что не позволит выявить такие простые объяснения, как, например, чувство боли и голода.

### **3.9. Метод с использованием воспоминаний**

Этот метод нацелен на то, чтобы помочь человеку с деменцией оживить прошлые переживания, особенно положительные и лично значимые, например семейные праздники и свадьбы. Психотерапию с использованием воспоминаний можно проводить в группах или индивидуально. Во время групповых сеансов обычно занимаются искусством, музыкой и поделками, чтобы стимулировать и поощрять пациентов. Считается, что этот метод психотерапии повышает уровень благополучия, доставляет удовольствие и стимулирует когнитивное функционирование.

К сожалению, в этой сфере проведено мало высококачественных исследований, и доказательств эффективности этого метода весьма недостаточно. Тем не менее, в зарубежной практике имеются некоторые результаты, свидетельствующие об улучшении поведения, навыков общения, самообслуживания, о повышении уровня благополучия и мотивации.

Этот метод достаточно гибкий, поэтому его можно адаптировать к каждому больному, в том числе с тяжелой деменцией, который может получать удовольствие, например от прослушивания старой пластинки.

### **3.10. Работа с пожилыми людьми, страдающими деменцией, в сенсорной комнате**

Пожилые люди с различными деменциями также могут являться клиентами Сенсорной комнаты. Дезориентированное поведение, демонстрируемое клиентами с данным заболеванием, страдающими старческим слабоумием, включает три компонента:

- обучение;
- память;
- предчувствие.

У данной категории пациентов новая информация плохо усваивается, что приводит к ослаблению способности приспосабливаться и к уклонению от новых ситуаций. Ослабление памяти, в частности нарушение кратковременной памяти, приводит к обсуждению событий, имевших место в прошлом. Это предполагает поддержание навыков общения и уровней понимания. Предчувствие «чего-то плохого, пугающего» и несоответствие требованиям новых условий проживания поддерживается утратой познавательного опыта. Это может привести к снижению настроения, повышению тревоги и страху потери контроля. Эти аспекты дезориентации должны учитываться при использовании комнат Снузлин, особенно при применении модели сенсорной интеграции и теории объектных отношений. Эти два метода отражают реакцию клиента после сенсорного стимулирования и его личный опыт. Теория объектных отношений рассматривает способность восприятия и взаимоотношения пожилого и старого человека с окружающей его средой, включая как людей, так и конкретные предметы. В результате этого взаимодействия появляется определенное поведение и взаимоотношения. Таким образом, создавая с помощью комнаты Снузлин окружающую среду, мы можем дать пациенту, страдающему старческим слабоумием, уникальный опыт, предназначенный вызвать конкретные ответные действия.

Для таких клиентов сенсорная интеграция включает стимуляцию и интерпретацию всех сенсорных систем через сенсорную модальность (зрение, слух, обоняние, осязание). Сюда можно отнести и стимуляцию движения, в частности вестибулярную стимуляцию (осведомленность о том, где находится тело, голова), а также проприоцепцию (направление движения суставов). Комната психоэмоциональной разгрузки обеспечивает непосредственную и косвенную стимуляцию этих сенсорных модальностей и может быть использована индивидуально или в виде системы для обеспечения сенсорного метода.

### **Функции сенсорной комнаты:**

Сенсорная комната включает в себе важные функции.

Хорошо подготовленное и правильно проведенное занятие в Сенсорной комнате благотворно влияет на психоэмоциональное состояние клиентов:

- снимается мышечное и психоэмоциональное напряжение;
- достигается состояние релаксации и душевного равновесия;
- происходит актуализация и обогащение сенсорного опыта, жизненного опыта, внутреннего мира;
- структурируется время, повышается мотивация, обретается или укрепляется смысл жизни.

Сенсорная комната обеспечивает мягкую стимуляцию каждой из пяти сенсорных модальностей у пожилого человека, которая является центральной для нашей способности к действию. У пожилых и старых людей с ограничением здоровья активизируются различные функции центральной нервной системы за счет создания обогащенной мультисенсорной среды; происходит стимуляция ослабленных сенсорных функций; развитие двигательных функций.

Клиентам, находящимся в кризисном состоянии, Сенсорная комната помогает активизировать внутренние ресурсы психики, создается положительный эмоциональный фон. По мере снижения напряжения, пожилые и старые люди с ограничениями здоровья могут приступить к



использованию других способов выхода из этого состояния, повысить мотивацию к проведению других лечебных процедур, реабилитационных мероприятий.

Сенсорная комната незаменима для пожилых людей с деменцией в адаптационный период, который является для них кризисным периодом в жизни. Комната психологической разгрузки служит для профилактики синдрома дезадаптации.

Для пожилых клиентов, страдающих слабоумием, уровень стимуляции является важным компонентом хорошего здоровья. Сенсорная комната служит для того, чтобы обратиться к этим потребностям с целью поддержания соответствующего уровня стимулирования, повышает уровень жизнеспособности, показатели биологического старения.

Для пожилых людей с проблемами психического здоровья концентрация на каком-либо виде деятельности является делом трудным. Сенсорная комната постепенно фокусирует их сознание и втягивает в среду.

Замедленные процессы концентрации внимания могут быть мягко перенесены в деятельность, позволяющую клиенту продвигаться вперед с собственной скоростью.

При сенсорной депривации у пожилых и старых людей возникает потребность в получении сенсорных впечатлений, возрастает внушаемость.

Согласно опыту специалистов, работающих в области возрастной психологии, наиболее эффективным является метод суггестии, позволяющий нормализовать эмоциональный статус пожилых людей, направить их на внутреннюю работу по интеграции жизненного опыта и обретению новых смысло-жизненных ориентаций (М.В. Ермолаева, 2002, 2003). Именно в комплексной Сенсорной комнате возможно заложить в сознание и подсознание пожилого человека и клиента с ограничениями здоровья позитивные жизнеутверждающие установки, а также обучить их основам аутогенной тренировки, показать простые и эффективные методы и приемы для самостоятельного применения в дальнейшем.

Светооптическое оборудование Сенсорной комнаты дает возможность удачного сочетания в течение одного сеанса методов цветотерапии и биоритмотерапии. Доказано, что стимуляция зрительной системы световым лучом различной длины волны и интенсивности способствует улучшению зрительных функций, лечению и профилактике общего и зрительного утомления и др.

Оборудование Сенсорной комнаты (двухспальная королевская музыкальная водяная кровать, фиброоптическое волокно, Q-образное кресло с музыкальной вибрацией, подушка для массажа ног, мячи, меняющие цвет и др.) служат для коррекции различных нарушений тактильной чувствительности при различных неврологических, соматических, сенсорных патологиях.

Работа в Сенсорной комнате играет профилактическую, коррекционную роль, кроме того, она может быть и релаксационной.

Предполагаемые результаты от проведенного курса сеансов в мультисенсорной комнате:

- снижение уровня хронического психоэмоционального стресса;
- удовлетворительное протекание адаптационного периода;
- нормализация сна;
- улучшение качества переживаемых эмоций;
- улучшение внимания и эффективности переработки информации;
- повышение творческих способностей и эффективности обучения;
- повышение общей устойчивости к стрессу.

## ГЛАВА 4. Диагностический инструментарий в работе с дементными больными.

### 4.1. Шкала деменции Блесседа

Шкала деменции Блесседа (полная несостоятельность = 1, умеренные нарушения = 0,5, отсутствие нарушения = 0).

*Нарушения повседневной активности:*

- Работа по дому, обращение с деньгами (1 - 0,5 - 0).
- Обращение с небольшими денежными суммами (1 - 0,5 - 0).
- Запоминание коротких перечней (напр., списка покупок) (1 - 0,5 - 0).
- Ориентация внутри помещения (1 - 0,5 - 0).
- Ориентация на знакомой улице (1 - 0,5 - 0).
- Восприятие окружающего (способен отличить больницу от собственного дома, узнавать людей) (1 - 0,5 - 0).
- Память на недавние события (последняя прогулка, посещение родственников) (1 - 0,5 - 0).
- Склонность к "жизни прошлым" (1 - 0,5 - 0).

Изменение привычек.

*Прием пищи:*

- Ест аккуратно, правильно обращается со столовыми приборами - 0
- Ест неряшливо, только ложкой - 1
- Ест только руками - 2
- Не может есть без посторонней помощи - 3

*Одевание:*

- Без посторонней помощи - 0
- С трудом (например, путает пуговицы) - 1
- Неправильная последовательность, забывает отдельные предметы одежды - 2
- Неспособность одеваться - 3

*Функция тазовых органов:*

- Не нарушена - 0

- Редкое непроизвольное мочеиспускание - 1
- Частое непроизвольное мочеиспускание - 2
- Недержание мочи и кала - 3

*Изменения личности, интересов:*

- Изменений нет - 0
  - Упрямство - 1
  - Эгоизм - 1
  - Равнодушие к чувствам окружающих - 1
  - Грубость - 1
  - Нарушение контроля за эмоциями (например, капризность и раздражительность) - 1
  - Немотивированная веселость - 1
  - Эмоциональное безразличие - 1
  - Сексуальная расторможенность, которой не наблюдалось в более молодые годы - 1
  - Потеря интереса к любимым занятиям - 1
  - Безынициативность или апатия - 1
  - Бесцельная гиперактивность –
- Суммарный промежуточный балл \_\_\_\_\_

**4.2. Тест на уровень знаний, памяти и концентрации внимания.**

Баллы начисляются за правильные ответы; наибольший суммарный балл - 37 (норма).

- Имя - 1
- Возраст - 1
- Время (час) - 1
- Время суток - 1
- День недели - 1
- Число - 1
- Месяц - 1

Время года - 1

Год - 1

Место:

Улица - 1

Город - 1

Что это за место - дом, больница и т. д. - 1

Узнавание окружающих (врача, медицинской сестры, других больных, родственников) - 1

*Личная память:*

Дата рождения - 1

Место рождения - 1

Какую школу закончил - 1

Профессия - 1

Имена братьев, сестер, мужа или жены - 1

Название города, где работал - 1

Имя начальника - 1

*Общая память:*

Когда была Первая мировая война - 1

Когда была Вторая мировая война - 1

Имя президента - 1

Имя вице-президента - 1

Воспроизведение незнакомого имени и адреса (через 5 мин): штат Массачусетс, Кембридж, Западная улица, 42, Джон Браун - 5

*Концентрация внимания:*

Перечислить месяцы в обратном порядке (2 -1 - 0).

Сосчитать от 1 до 20 (2 -1 - 0).

Сосчитать от 20 до 1 (2 -1 - 0).

Суммарный промежуточный балл \_\_\_\_

Общий балл \_\_\_\_

Необходимость подтверждения клинически выявляемых расстройств памяти возникает в тех случаях, когда они выражены незначительно или когда пациент жалуется на снижение памяти. Наиболее часто для оценки мнестических нарушений используется методика запоминания 16 слов. Она направлена на изучение способности к непосредственному краткосрочному или долговременному, произвольному и непроизвольному запоминанию. Обследуемому зачитывают десять слов, подобранных так, чтобы между ними было трудно установить какие-либо смысловые отношения (например: гора, игла, роза, кошка, часы, вино, пальто, книга, окно, пила). Непосредственно после зачитывания, а также через час после него испытуемому предлагается воспроизвести эти слова в любом порядке. Причем после запоминания подобная процедура повторяется 4-5 раз подряд. Отмечаются следующие показатели: 1) количество воспроизведенных слов; 2) количественная динамика воспроизведенных слов (кривая произвольного запоминания).

По результатам данного теста возможны следующие заключения о характеристиках памяти испытуемого:

*Непосредственное запоминание не нарушено* — в случаях, когда испытуемый непосредственно после зачитывания ему десяти слов воспроизводит в четырех-пяти попытках не менее 7 слов.

*Непосредственное запоминание нарушено* — в случаях, когда испытуемый непосредственно после зачитывания ему десяти слов воспроизводит менее 7 слов. Чем меньше количество слов удается испытуемому воспроизвести, тем более выраженными признаются нарушения непосредственного запоминания.

*Долговременная память не нарушена* — в случаях, когда через час без предварительного предупреждения испытуемый воспроизводит не менее 7 слов, предназначавшихся для запоминания.

*Долговременная память снижена* — в случаях, когда через час без предварительного предупреждения испытуемый воспроизводит менее 7 слов, предназначавшихся для запоминания.

### 4.3. Патопсихологическая оценка нарушений памяти

Методика, предназначенная для исследования опосредованного запоминания (**пиктограмма**), включает в себя предъявление испытуемому для запоминания 10-15 понятий, которые он должен нарисовать так, чтобы впоследствии по рисунку вспомнить заданные понятия. Через час испытуемому предлагается по рисункам воспроизвести заданные слова. Примерный ряд понятий: 1) веселый праздник, 2) глухая старушка, 3) сердитая учительница, 4) девочке холодно, 5) болезнь, 6) разлука, 7) развитие, 8) побег, 9) надежда, 10) зависть. Интерпретация сходна с тестом десяти слов.

## ГЛОССАРИЙ

*Агнозия* – нарушение различных видов восприятия (зрительного, слухового, тактильного) при сохранении чувствительности и сознания.

*Адаптация* - процесс приспособления организма или личности к изменяющимся условиям и требованиям окружающей среды.

*Апатия* – состояние безразличия, равнодушной вялости.

*Аутистический* - характеризующийся выраженным и всесторонним дефицитом социального взаимодействия и общения.

*Валидность* – мера соответствия того, насколько методика и результаты исследования соответствуют поставленным задачам. В частности, валидность считается фундаментальным понятием экспериментальной психологии и психодиагностики.

*Галлюцинации* – это не соответствующий внешнему раздражителю образ, возникающий в сознании. Галлюцинации возникают при сильной усталости, употреблении некоторых психотропных веществ и при некоторых психических заболеваниях.

*Генезис* в науке — описание происхождения, возникновения, становления, развития, метаморфозы и (необязательно) гибели объектов.

*Гиперактивность* – состояние, при котором активность и возбудимость человека превышает норму. В случае, если подобное поведение является проблемой для других, гиперактивность трактуется как психическое расстройство. Гиперактивность чаще встречается у детей и подростков, чем у взрослых людей, так как вызывается эмоциями.

*Гипотериоз* – состояние, вызванное длительным, стойким недостатком гормонов щитовидной железы в организме или снижением их биологического эффекта

*Дегенерация* – одно из направлений эволюционного процесса Термин предложен А.Н. Северцовым. Общая дегенерация, по Северцову, связана с биологическим регрессом — упрощением уровня организации. Происходит



при переходе от активного образа жизни к более пассивному. При дегенерации естественным путем устраняются органы, потерявшие прежнее значение; открываются возможности для большего использования готовых энергетических материалов.

*Деградация* – процесс ухудшения характеристик какого-либо объекта с течением времени, движение назад, постепенное ухудшение, упадок, снижение качества, разрушение материи вследствие внешнего воздействия по законам природы и времени. Деградация часто противопоставляется прогрессу.

*Делирия* – психическое расстройство, протекающее с нарушением сознания (от помрачённого состояния до комы). Характеризуется наличием истинных преимущественно зрительных, галлюцинаций и иллюзий, и, как следствие,— вторичным бредом; наличием эмоционально аффективных нарушений, сенсопатиями, затруднённой ориентировкой в окружающем мире, дезориентацией во времени. При этом сохраняются осознание собственной личности и опасностей. Эмоциональное состояние больного зависит от характера галлюцинаций. Больной может быть опасен для себя и окружающих.

*Деменция* – психопатологический синдром, включающий снижение интеллекта в силу нарушения высших корковых функций: памяти, внимания, мышления, и проявляющийся в нарушении ориентировки, способности к обучению.

*Деперсонализация* – искаженное восприятие собственной личности в целом, отдельных качеств, а также частей тела.

*Депрессия* (депрессивный синдром) – пониженное, мрачное настроение (тоска), сочетающееся с двигательной заторможенностью и замедлением ассоциативного процесса.

*Дефект* – продолжительное и необратимое нарушение любой психической функции (например, «когнитивный дефект, общего развития

психических способностей («умственный дефект») или характерного образа мышления, ощущения и поведения, составляющего определенную личность.

*Диагностика* – наука о конструировании методов оценки, измерения, классификации психологических и психофизиологических особенностей людей, а также об использовании этих методов в практических целях.

*Дефензивность* – эмоциональная вязкость, склонность застревать в том или ином эмоциональном состоянии. К проявлениям дефензивности относятся, например, злопамятность и мстительность, непоколебимое, но дискредитировавшее себя отношение к какому-либо человеку, явлению, назойливость, однообразию увлечений и интересов.

*Забота* – комплекс действий по отношению к какому-либо объекту, нацеленных на его благополучие.

*Инвалид* – человек, у которого возможности его жизнедеятельности в обществе ограничены из-за его физических, умственных, сенсорных или психических отклонений, что влечёт за собой признание инвалидности.

*Инвалидизация* – следствие или исход тяжёлых заболеваний, связанных с тяжелой черепно-мозговой травмой, инсультами, повреждениями спинного мозга, тяжёлой сочетанной травмой, гипоксией или интоксикацией головного мозга. Может выражаться в недостаточной подвижности конечностей, малоподвижности всего тела, изменениях в интеллектуальной, чувствительной и эмоциональной сферах.

*Когнитивные нарушения* - это снижение памяти, умственной работоспособности и других когнитивных функций по сравнению с исходным уровнем (индивидуальной нормой).

*Когнитивные (познавательные) функции* - наиболее сложные функции головного мозга, с помощью которых осуществляется процесс рационального познания мира и обеспечивается целенаправленное взаимодействие с ним: восприятие информации; обработка и анализ информации; запоминание и хранение; обмен информацией, построение и осуществление программы действий

*Компенсация* – состояние полного или частичного возмещения (замещения) нарушений в связи с болезнью психических функций.

*Мотивация* – побуждение к действию; динамический процесс психофизиологического плана, управляющий поведением человека, определяющий его направленность, организованность, активность и устойчивость; способность человека деятельно удовлетворять свои потребности.

*Патология* – болезненное отклонение от нормального состояния или процесса развития. К патологиям относят процессы отклонения от нормы, процессы, нарушающие гомеостаз, болезни, дисфункции.

*Психогигиена* – наука о сохранении и достижении психического здоровья.

*Психопрофилактика* – направлена на предупреждение психических расстройств.

*Психорегуляция* – представляет собой систему мероприятий, направленных на изменение психических и физиологических состояний организма.

*Реабилитация* – комплекс медицинских, психологических, педагогических, профессиональных и юридических мер по восстановлению автономности, трудоспособности и здоровья лиц с ограниченными физическими и психическими возможностями в результате перенесённых (реабилитация) или врожденных (абилитация) заболеваний, а также в результате травм.

*Соматика* – научное направление о жизненных процессах, проходящих в теле.

*Склероз* – замена паренхимы органов плотной соединительной тканью. Склероз не является самостоятельным заболеванием, а служит патоморфологическим проявлением другого основного заболевания.

Причинами склероза могут быть разнообразные процессы: воспаление, расстройства кровообращения, нарушения обмена веществ, возрастные

изменения. В условиях патологии склеротические изменения развиваются в стенках кровеносных сосудов (атеросклероз), в сердце (кардиосклероз), почках (нефросклероз), легких (пневмосклероз), костях (остеосклероз, мелореостоз), других органах и тканях.

*Стимуляция* – усиление, активизация деятельности отдельного органа или организма в целом с помощью различных средств (лекарств, стимуляторов, различных процедур и др.).

*Страх* – чувство внутреннего напряжения, связанное с ожиданием конкретных угрожающих событий, действий (страх проецируется во вне – страх острых предметов, животных и т.д.).

*Стресс* - неспецифическая (общая) реакция организма на воздействие (физическое или психологическое), нарушающее его гомеостаз, а также соответствующее состояние нервной системы организма (или организма в целом). В медицине, физиологии, психологии выделяют положительную (эустресс) и отрицательную (дистресс) формы стресса. По характеру воздействия выделяют нервно-психический, тепловой или холодный, световой, антропогенный и другие стрессы.

*Тревога* – чувство внутреннего напряжения, связанное с ожиданием угрожающих событий (не проецируется во вне – страх за свое здоровье, страх за работу, за правильно выполненное действие и т.д.).

*Тренинг* – метод активного обучения, направленный на развитие знаний, умений и навыков и социальных установок. Тренинг достаточно часто используется, если желаемый результат — это не только получение новой информации, но и применение полученных знаний на практике.

*Фобия* – психическое расстройство, при котором человек непроизвольно испытывает болезненный страх, вынуждающий его избегать относительно безопасных ситуаций или объектов. Хотя причины фобий сложны и не до конца поняты, эти расстройства, вероятно, развиваются у людей с богатым воображением и повышенной эмоциональностью, в своем семейном или

социальном окружении не научившихся различать страх, вызванный воображаемой угрозой, и страх, связанный с угрозой реальной.

## БИБЛИОГРАФИЯ

1. *Арндт Дж.* Интересные будни (метод 10-минутной стимуляции) / Дженифер Арндт // Помощь инвалидам и пожилым людям.- 2011.-№6.- С.22-23.
2. *Байерс А.* Арт-терапия и престарелые пациенты с выраженными расстройствами памяти // Практикум по арт-терапии / под ред. А.И.Копытина.-СПб.: Питер, 2001.- С.215-226.
3. *Бурно М.Е.* Терапия творческим самовыражением /М.Е.Бурно.- М.: Академический проект; Екатеринбург: Деловая книга, 1999.-364с.
4. *Бурно М.Е.* Терапия творческим самовыражением (ТТС) без изучения с пациентами душевных расстройств и качеств /М.Е.Бурно // Психотерапия.- 2006.-№7.-С.3-5.
5. *Линдт С.* Снижение чувства страха /Свен Линдт // Помощь инвалидам и пожилым людям.- 2011.-№9.- С.26-27.
6. *Менделевич В.Д.* Клиническая (медицинская) психология /В.Д.Менделевич. – М., 2001
7. *Польская А.Е.* Как улучшить свою память? /А.Е.Польская.- Минск: Харвест, 2000.
8. Практическая психологическая диагностика. Методики и тесты. - Самара – М., 2000.
9. Практическое руководство по использованию сенсорной комнаты «Снузлин» в процессе реабилитации /авт.-сост. Н.Н.Исланова, В.М.Белоусова; под общ. ред. П.Кушваха.- Казань: Веда, 2008.-С.39-105.
10. Психогимнастика в тренинге /под ред. Н.Ю. Хрящевой. - СПб., 2002.
11. Психологические тесты /под ред. А.А.Карелина. - М., 2000. Том 2.

## СОВЕТЫ ПО УХОДУ ЗА БОЛЬНЫМИ

### 1.Использование приемов, облегчающих уход за дементными больными

Ухаживать за пациентом с деменцией подчас бывает очень трудно. Однако имеется ряд приемов, которые могут помочь справиться с ситуацией. Вот некоторые из них:

1. Установите режим пациенту, пытаясь сохранить его привычные занятия. Благодаря режиму повседневная жизнь больного становится более организованной, упорядоченной. Режим становится источником уверенности, защищенности, он должен как можно больше сохранять заведенный прежде порядок жизни больного.

2. Поддерживайте независимость больного. Больной должен как можно дольше оставаться независимым. Это облегчает вашу работу и помогает сохранять пациенту чувство уважения к себе.

3. Помогайте сохранять больному чувство собственного достоинства. Человек, за которым вы ухаживаете, является личностью, не лишенной чувств. Ваше отношение к больному, ваши поступки оказывают влияние на пациента. Будьте терпимы, уважайте чувства больного, не обсуждайте состояние больного в его присутствии.

4. Воздерживайтесь от конфликтов. Конфликты вызывают стресс, как у больного, так и у вас. Пытайтесь сохранять спокойствие в любой ситуации. Не проявляйте гнев, разочарование и раздражительность. Всегда помните - виновата болезнь, а не человек.

5. Пытайтесь постоянно привлекать внимание больного, давая ему простые задания. Больной должен чем-то заниматься, однако, занятия должны быть легкими и доступными. Нельзя давать

слишком трудные задания, а так же их выбор должен быть ограничен. Невыполнимые задания вызывают стресс и способствуют ухудшению состояния.

6. Создавайте условия для максимального проявления имеющихся у больного способностей. Занятия больных должны быть тщательно продуманы. Они повышают уважение и чувство собственного достоинства. Это нужно поддерживать постоянно. Занятость в доме придает жизни пациента цель и значение. Однако, не забывайте, что деменция - прогрессирующее заболевание. Способности больного с течением заболевания могут меняться. Ухаживающий за пациентом должен быть наблюдательным и готовым изменить природу занятий больного, чтобы не вызвать у него стресс.

7. Позаботьтесь о безопасности в доме. Проявления заболевания такие, как потеря памяти и нарушение координации движений повышают риск травмирования больного. Необходимо сделать ваш дом как можно более безопасным.

8. Поддерживайте общение с пациентом. С развитием болезни общение с пациентом постоянно затрудняется.

В этом случае рекомендуется:

- перед тем как говорить, проверить слушает ли вас больной;
- говорить четко, медленно, глядя в лицо пациенту, держа голову на уровне глаз пациента;
- проявлять душевную теплоту и любовь, обнимая больного, если это его не стесняет;
- проверять, не повреждены ли чувства больного, например зрение или слух. Может случиться, что больному требуются новые очки или плохо работает слуховой аппарат;
- обращать внимание на "другие" средства выражения больного. Пациенты с расстройством речи выражаются иными - не словесными средствами.



9. Используйте наглядные пособия для поддержки памяти больного. Наглядные пособия могут помочь пациенту вспоминать определенные вещи, чувствовать себя уверенней. Наглядные пособия подбираются в зависимости от личностных качеств пациента, значительных событий в его жизни. Например: на видном месте можно поместить изображение родственников, с четким указанием имен, чтобы больной мог постоянно напоминать себе, кто есть кто. Можно на дверях комнат написать их названия. Названия должны быть яркими, четкими. На поздних стадиях заболевания наглядные пособия не так полезны.

10. Поощряйте физические упражнения, необходимые и полезные для здоровья пациента. Физические упражнения помогают на некоторое время сохранить существующие физические и умственные способности больного. Физическая нагрузка должна соответствовать состоянию больного. За советом обратитесь к врачу.

11. Сохраняйте чувство юмора. Старайтесь смеяться вместе с больным, а не над ним. Юмор отлично избавляет от стресса.

## **2. Практические советы по уходу за дементными больными**

1.Купание и личная гигиена. Больной может забывать умываться, не видеть необходимости в умывании или забыть, как это делается. Пытаясь помочь больному, необходимо сохранить его личное достоинство. Вот несколько советов:

- старайтесь придерживаться прежних привычек больного при умывании. Пытайтесь сделать умывание чем-то приятным, помочь больному расслабиться;
- принятие душа может быть проще, чем купание в ванне; однако если человек не привык принимать душ, это может его беспокоить;

- сделайте процесс купания или принятия душа как можно проще;
- если больной отказывается принимать ванну или душ, подождите некоторое время - настроение может измениться;
- пусть больной как можно больше делает сам;
- если больной выказывает смущение при купании или принятии душа, можно оставлять закрытыми определенные участки тела;
- не забывайте о безопасности: устойчиво закрепленные предметы, такие как коврик, на котором нельзя поскользнуться, ручка или перила, за которые больной может ухватиться, а так же дополнительный стул, могут помочь больному;
- если, помогая больному мыться, вы каждый раз сталкиваетесь с проблемами, пусть с умыванием будет помогать кто-нибудь еще.

2. Одевание. Больной деменцией может часто забывать, как одеваться, не видеть необходимости в смене одежды. Вот несколько советов:

- выложите одежду больного в порядке одевания;
- пытайтесь избегать одежды со сложными застежками;
- как можно дольше поощряйте независимое одевание больного;
- при необходимости пользуйтесь повторением;
- обувь больного должна быть не скользкой.

3.Посещение туалета. Больной деменцией может потерять способность ощущать, когда ему нужно посетить туалет. Может забывать, где туалет находится и что делать, находясь в туалете. Вот несколько советов:

- заведите определенный режим посещения туалета;
- обозначьте дверь туалета большими буквами и яркими цветами;

- оставляйте дверь туалета открытой, чтобы его проще было найти;
- убедитесь, что одежда больного легко снимается;
- в рамках разумного ограничьте принятие напитков перед сном;
- рядом с постелью больного можно поставить ночной горшок;
- обратитесь к специалисту за помощью.

4.Приготовление пищи. На более поздних стадиях болезни дементный больной может утратить способность готовить пищу. Это может стать серьезной проблемой, если человек живет один. Плохая координация движений приводит к повышенной опасности травмирования, например, ожогов и порезов при приготовлении пищи. Вот несколько советов:

- попытайтесь установить, насколько человек способен сам готовить себе пищу;
- попытайтесь получить удовольствие от совместного приготовления пищи;
- постарайтесь обеспечить безопасность больного при приготовлении пищи;
- уберите из кухни острые предметы, ножи;
- обеспечьте больного приготовленной пищей, при этом следите за тем, чтобы больной употреблял достаточное количество питательных продуктов.

5.Страдающие слабоумием нередко забывают, когда они ели, как пользоваться ножом, вилок. На более поздних стадиях деменции может возникнуть необходимость в кормлении больного, могут появляться и физические проблемы - больной не сможет нормально жевать или глотать. Вот несколько советов:

- нарежьте пищу маленькими кусочками, чтобы больной не мог подавиться. На поздних стадиях болезни может возникнуть необходимость делать пюре или разжижать всю пищу больного;
- напоминайте больному, чтобы он ел медленно;
- не забывайте, что больной может потерять ощущение горячего и холодного и обжечь себе рот горячей едой или напитком;
- если возникают проблемы с глотанием, обратитесь к врачу для ознакомления с приемами, стимулирующими глотание;
- не давайте больному больше одной порции сразу.

*б. Алкоголь и сигареты.* Если это не противоречит курсу лечения больного, умеренное употребление алкогольных напитков - не проблема. Курение сигарет, однако, может повлечь за собой более серьезные последствия: возникает опасность пожара и причинения вреда здоровью больного. Вот несколько советов:

- наблюдайте за больным при курении, или убедите его бросить курить вообще, здесь может помочь совет врача;
- обратитесь к врачу за советом касательно употребления алкоголя во время курса лечения.

*б. Нарушение сна.* Больной может бодрствовать по ночам и мешать спать всей семье. Для тех, кто ухаживает за больным, это может быть самой изнурительной проблемой. Вот несколько советов:

- попытайтесь не давать больному спать днем;
- может помочь ежедневная длительная прогулка. Давайте больному больше физических занятий во течение дня;
- следите за тем, чтобы больной, ложась спать, мог чувствовать себя как можно уютней и удобней.

*в. Больной часто повторяется.* Больной может забывать только что сказанное, повторяться в своих словах и действиях. Вот несколько советов:

- попытайтесь отвлечь больного от повторения только что сказанного, предоставив ему другое занятие;

- не забывайте успокаивать и подбадривать больного, проявляя к нему душевную теплоту - обнимая его, если это его не стесняет.

9. Больной не оставляет вас в покое. Дементный больной может начать сильно зависеть от вас, повсюду следовать за вами. В подобной ситуации вы можете чувствовать раздражение, что вам не дают быть одному, не знать как вести себя дальше. Больной, вероятно, ведет себя так из чувства неуверенности в себе или страха, что вы не вернетесь. Вот несколько советов:

- займите его внимание чем-нибудь другим, чтобы он не заметил вашего ухода;
- вы можете привлечь сиделку, чтобы иметь время для себя.

10. Больной часто теряет вещи. Обвиняя вас в краже, больной часто может забывать, куда был положен тот или иной предмет. В некоторых случаях он может обвинять вас, а также других людей в краже потерянного предмета. Подобное поведение вызвано чувством неуверенности в себе, ощущением потери памяти и неспособностью контролировать события. Вот несколько советов:

- узнайте, нет ли у больного любимого места прятать вещи;
- проверяйте мусорные корзины перед тем, как выкидывать из них в мусор;
- не обвиняйте больного, отвечайте ему мягко, не раздражаясь;
- согласитесь, что предмет потерян и помогите его найти.

11. Бред и галлюцинации. Больные деменцией часто бредают и испытывают галлюцинации. Бред возникает в результате ложных убеждений. Например, у больного может появиться ложное убеждение в том, что ухаживающий за ним желает причинить ему вред. Для такого больного бред - реальность и вызывает страх, а также порой огорчительные попытки защититься. Испытывая галлюцинации, больной может видеть или

слышать то, чего нет на самом деле, например, фигуры у изголовья кровати или голоса людей, якобы разговаривающих в его комнате. Вот несколько советов:

- не спорьте с больным о реальности увиденного или услышанного;
- если больной испуган, постарайтесь успокоить его: возьмите его ласково за руку, говорите мягким спокойным голосом;
- отвлеките больного от галлюцинаций, указав ему на настоящий, находящийся в комнате предмет;
- обратитесь за советом к врачу: возможно, что принимаемые больным лекарства усугубляют проблему.

*12. Неуместное сексуальное поведение.* В редких случаях дементные больные проявляют неуместное сексуальное поведение. При этом больной при людях раздевается, гладит половые органы или трогает других неподобающим образом. Вот несколько советов:

- постарайтесь не реагировать чрезмерно резко на его поведение - помните, это болезнь дает о себе знать;
- постарайтесь привлечь внимание больного к другому занятию;
- если больной пытается раздеться, постарайтесь мягко отговорить его от этого, отвлеките его от раздевания.

*13. Блуждание.* Ухаживающему за дементным больным иногда приходится иметь дело с блужданием, которое может причинить много беспокойства. Больной может блуждать по дому или покинуть дом и блуждать по окрестности. При этом больной может заблудиться. Вот несколько советов:

- сделайте так, чтобы больной в любое время имел при себе какой-либо документ, удостоверяющий его личность;

- проверьте, что хорошо запираются все выходы из вашего дома, что в вашем доме больной находится в безопасности и что больной не может без вашего ведома покинуть дом:

- если больной заблудился, не выказывайте гнева, когда он найдется, говорите спокойно, попытайтесь проявлять любовь и поддержку;

- полезно иметь недавно снятую фотографию больного на случай, если он заблудится и вам придется обращаться к другим за помощью.

14. Проявление насилия и ожесточенности. Время от времени, больной может приходить в гнев, проявлять насилие или ожесточенность. Это может происходить из-за целого ряда причин: ощущения потери самоконтроля и контроля над событиями, утраты способности объективно оценивать события, потери способности мирным путем выражать отрицательные эмоции, а также потери способности вникать в действия и побуждения других людей. Вот несколько советов:

- сохраняйте спокойствие, попытайтесь не выказывать страха или беспокойства;

- постарайтесь привлечь внимание больного к более успокоительному занятию;

- попытайтесь установить, что вызвало реакцию больного, и проследите за тем, чтобы эти предпосылки не повторялись;

- если больной часто проявляет насилие, вам придется искать помощи и поддержки у специалиста. Ваш врач может дать вам совет

15. Депрессия и беспокойство. Больной деменцией может испытывать депрессию, становиться при этом более замкнутым и грустным, медлительным в своей речи, мыслях и поступках. Депрессия может влиять на распорядок дня и интерес больного к пище. Вот несколько советов:

- обратитесь к своему врачу, он сможет вам помочь сам или дать направление к психиатру для консультации;
- проявляйте больше любви и поддержки к больному;
- не ждите немедленного улучшения состояния больного.

### **3.Советы по само- и взаимопомощи для родственников, ухаживающих за дементными больными**

Деменция оказывает влияние не только на пациента, но и на лицо, ухаживающее за больным, а также и на всю семью. Личный и эмоциональный стресс, возникающий при уходе за дементным пациентом, громаден. Только, разобравшись как следует в собственных эмоциях, можно эффективно справиться с проблемами больного, а также решить и свои проблемы. Наиболее частые эмоции, встречающиеся у лиц, ухаживающих за дементными пациентами, это - горе, стыд, гнев, смущение, одиночество и другие.

**Горе** - естественная реакция человека, потерпевшего утрату. Может часто возникать желание горевать по человеку, такому, как он был раньше. Момент, когда пациент перестает узнавать ухаживающих за ним или родственников, является самым страшным. Желательно присоединиться к группе по поддержке ухаживающих за больными деменцией. Это наилучшим образом помогает им в их нелегком деле.

**Стыд.** У ухаживающих за дементными больными нередко возникает ощущение стыда: им стыдно за свое смущение, за поведение больного, за гнев против больного, за нежелание продолжать уход, оформление пациента в дом-интернат. Облегчение можно найти в обсуждении возникших эмоций с друзьями, другими людьми, ухаживающими за дементными больными, с врачами-специалистами.

**Гнев** может быть разного характера. Он может быть направлен против больного, против самих себя, врача или самой ситуации. В таком случае можно обратиться за советом к друзьям, родственникам, группе по



поддержке ухаживающих за дементными больными. При необходимости следует обратиться за помощью к специалисту.

**Смущение.** Родственник может испытывать смущение, когда больной неуместно ведет себя в присутствии других. Необходимо рассказать людям, знающим больного, немного о деменции, чтобы они могли лучше понять поведение больного.

**Одиночество.** Многие люди, ухаживающие за дементными больными, перестают поддерживать общественные контакты и ограничиваются лишь уходом за пациентом. Однако, чувствуя себя одиноким, очень тяжело ухаживать за больными. Чрезвычайно важно не терять друзей и общественные контакты.

1. Постарайтесь привлечь всю семью по уходу за больным.

Иногда семья является лучшим помощником, иногда она приносит лишь огорчения. Важно не отвергать помощь других членов семьи, если они располагают достаточным временем, и не пытаться нести подчас нелегкое бремя ухода за больным одному. Когда члены семьи огорчают вас нежеланием помогать или из-за недостатка знаний о деменциях критикуют вашу работу, можно создать семейный совет для обсуждения проблем ухода за больным.

2. Не держите свои проблемы при себе. Своими

впечатлениями от ухода за больным нужно делиться с другими людьми. Когда окажется, что вы не одиноки в своем горе, что ваши эмоции являются естественной реакцией в вашем положении, то вам будет легче справиться с возникшими проблемами. Не отвергайте помощи и поддержки других.

3. Оставляйте время для себя. Очень важно иметь время и

для себя. Это даст вам возможность получать от жизни удовольствие. Если вам необходимо на длительный срок отлучиться от больного,

постарайтесь найти человека, который смог бы в ваше отсутствие продолжать вашу работу, чтобы вы могли передохнуть.

4. Знайτε пределы собственных возможностей. Иногда уход за больным становится непосильной задачей. Если вы чувствуете, что переутомлены и что работа превышает ваших сил, обратитесь за помощью к специалисту.

5. Не вините себя. Не вините ни себя, ни пациента ни в чем за трудности, с которыми вам приходится сталкиваться. Всегда помните, виновата лишь болезнь. Если вы теряете связь с родственниками или друзьями, то попытайтесь установить, что именно разъединяет вас и обсудить эту проблему вместе с ними. Не забывайте, что ваши отношения с другими людьми могут быть для вас незаменимым источником поддержки, что полезно как для вас самих, так и для больного.

6. Не забывайте о собственной важности. Ваше благополучие чрезвычайно важно как для вас самих, так и для больного. В его жизни вы незаменимы, без вас больной не знает, как быть. Это дополнительная причина беречь себя.