

## Zaburzenia zachowania w chorobie Alzheimera



Lundbeck Poland Sp. z o.o.  
ul. Krzywickiego 34, 02-078 Warszawa  
tel. 22 626 93 00, fax 22 626 93 01

EBX 02/2017

[www.lundbeck.pl](http://www.lundbeck.pl)

Poradnik dla opiekunów

# Wprowadzenie

W ostatnich dziesięcioleciach, w związku z postępowaniem medycyny i popularyzacją wiedzy na temat tzw. zdrowego stylu życia dość powszechnie obserwuje się zwiększanie średniej jego długości. W konsekwencji, coraz większy odsetek mieszkańców Polski i wielu innych krajów stanowią ludzie w wieku podeszłym. Jest to oczywiście powód do radości, nie można jednak zapomnieć o istotnych następstwach tego trendu: o konieczności zorganizowania opieki nad częścią mniej samodzielnych seniorów, o kosztach tej opieki, o ich stanie zdrowia oraz obciążeniu różnymi chorobami przewlekłymi. Bardzo wiele schorzeń w medycynie jest istotnie związanych z wiekiem - im starsze społeczeństwo, tym więcej osób będzie chorować na choroby serca, cukrzycę, choroby nowotworowe, tym więcej osób będzie dotkniętych niepełnością ruchową. Innym szczególnie typowym przykładem chorób, dla których wiek jest głównym czynnikiem ryzyka są otępienia.

Lek. Marcin Flirski, specjalista psychiatra  
*Klinika Psychiatrii Wieku Podeszłego i Zaburzeń Psychotycznych*  
*Uniwersytet Medyczny w Łodzi*

# Spis treści

|   |    |
|---|----|
| 1. Co to jest otępienie? .....  | 3  |
| 2. Otępienie a „normalne” starzenie się.....                              | 3  |
| 3. Jakie są przyczyny otępienia? .....                                    | 4  |
| 4. Jakie są inne objawy otępienia? .....                                  | 5  |
| 5. Co to są zaburzenia zachowania w otępieniu? .....                      | 5  |
| 6. Dlaczego warto zajmować się zaburzeniami zachowania w otępieniu? ..... | 6  |
| 7. Jaki jest obraz kliniczny zaburzeń zachowania? .....                   | 7  |
| 8. Jak jest podłoże zaburzeń zachowania? .....                            | 12 |
| 9. Jakie znaczenie mają zaburzenia zachowania dla opiekuna? .....         | 16 |
| 10. Jak leczyć zaburzenia zachowania w otępieniu? .....                   | 20 |
| 11. Podsumowanie - 10 ważnych informacji .....                            | 32 |
| 12. Stowarzyszenia Alzheimerowskie .....                                  | 34 |
| 13. Piśmiennictwo .....   | 39 |

## 1. Co to jest otępienie?

Otępienie (inaczej demencja - z łaciny „poza rozumem”) to zbiorczy termin opisujący grupę objawów, a nie konkretne rozpoznanie czy chorobę. Dość często spotyka się również inne określenia, takie jak „demencja starcza”, „skleroza”, „Alzheimer”, „miażdżyca uogólniona”, lekarze czasem używają też terminu „zespół psychoorganiczny”. Otępienie jest zespołem objawów spowodowanych (zazwyczaj) przewlekłą lub postępującą chorobą mózgu, w którym zaburzone są takie funkcje jak:

- pamięć i uczenie się,
- myślenie,
- orientacja,
- rozumienie,
- liczenie,
- funkcje językowe i zdolność dokonywania ocen.

Te procesy psychiczne nazywa się zwykle w psychiatrii funkcjami poznawczymi, jako że służą do poznawania otaczającego świata, rozumienia go i wchodzenia z nim w rozmaite interakcje. Otępienie definiuje się więc, jako upośledzenie funkcji poznawczych na tyle poważne, że prowadzi do istotnego pogorszenia funkcjonowania, do wyraźnej niesprawności i niesamodzielności.

## 2. Otępienie a „normalne” starzenie się

Trzeba pamiętać, że otępienie istotnie różni się od „normalnego”, zdrowego starzenia się. Bardzo wiele osób w starszym wieku narzeka na gorszą sprawność pamięci, trudności w przypominaniu sobie nazwisk czy numerów telefonów. U osoby zdrowej kłopoty te nie są jednak nigdy na tyle poważne, żeby doprowadzić do znacznej niesamodzielności, osoba starzejąca się w sposób „prawidłowy” nigdy nie zapomni jak wyglądają jej najbliżsi, jak trafić do swojego mieszkania, jak się ubrać czy przygotować sobie coś do zjedzenia. Postępujące kłopoty z pamięcią są często bagatelizowane przez rodzinę i, niestety, lekarzy, na zasadzie „w tym wieku już tak może być”. Pamiętajmy, że w każdym wieku normą jest sprawność intelektualna!

### 3. Jakie są przyczyny otępienia?

Bardzo wiele różnych chorób może być przyczyną otępienia, zdecydowanie najczęściej - aż u około połowy wszystkich chorych - czynnikiem sprawczym jest choroba Alzheimera (AD - ang. Alzheimer's disease). Do innych rozpowszechnionych typów otępień zaliczamy otępienie naczyniopochodne (najczęściej w następstwie udaru mózgu, ale także np. przez wiele lat nieleczonego nadciśnienia) oraz dość rzadko rozpoznawane w Polsce otępienie z ciałami Lewy'ego czy otępienie czołowo-skroniowe. Ponownie warto przypomnieć: otępienie czy „demencja starcza” to tylko określone objawy, nie można ich właściwie leczyć nie rozpoznając choroby, która je wywołuje! Leczenie „demencji” to jak leczenie „złamania”, bez określenia, która kość została uszkodzona. Jeśli lekarz nie ma wystarczającego doświadczenia, żeby rozpoznać przyczynę otępienia, powinien skierować pacjenta do specjalisty - najlepiej psychiatry lub neurologa.



#### PAMIĘTAJ

- Poważne kłopoty z pamięcią nie są typowe w żadnym wieku i zawsze powinny być ocenione przez lekarza.
- „Demencja”, „otępienie” nie są nigdy konsekwencją samego starzenia się i zawsze wymagają leczenia.
- „Demencja”, „otępienie starcze” to określenia opisujące poważne kłopoty z pamięcią, myśleniem i orientacją. Zawsze trzeba rozpoznać, jaka choroba je wywołuje.
- Zdecydowanie najczęstszą przyczyną otępienia jest choroba Alzheimera.

### 4. Jakie są inne objawy otępienia?

W świadomości lekarzy i osób niezwiązanych z medycyną otępienie czy popularny „Alzheimer” to często praktycznie synonim kłopotów z pamięcią. Trzeba jednak pamiętać, że uszkodzenie mózgu w przebiegu otępienia ma charakter rozlany, uogólniony i postępujący. Degeneracji ulega wiele grup komórek nerwowych, wiele ośrodków i połączeń między nimi. Dlatego też objawy będące następstwem tych procesów są bardzo różnorodne, dotyczą nie tylko pamięci, uczenia się, orientacji i innych funkcji poznawczych, ale obejmują także zmiany w zachowaniu, zaburzenia sfery emocji, motywacji oraz inne objawy ściśle psychiatryczne (np. omamy, urojenia, zaburzenia snu). Na istotne znaczenie innych niż zaburzenia pamięci objawów AD zwrócił uwagę już Alois Alzheimer w swoim oryginalnym opisie z 1906 roku: „jednym z pierwszych objawów choroby u 51-letniej kobiety było silne uczucie zazdrości o męża”, „czasami twierdziła, że ludzie chcą ją zabić, zaczęła wtedy bardzo głośno krzyczeć”, „wołając męża i córkę, sprawiała wrażenie halucynującej słuchowo”, „wielokrotnie wrzeszczała strasznym głosem przez wiele godzin”. Całą tę dużą grupę określa się w terminologii fachowej mianem tzw. niepoznawczych objawów otępienia. W niniejszym poradniku będziemy je dla uproszczenia nazywać „zaburzeniami zachowania”, pamiętając, że jest to swoisty skrót myślowy, a objawy te obejmują nie tylko zmiany zachowania, ale także nastroju, myślenia i wielu innych czynności psychicznych.

### 5. Co to są zaburzenia zachowania w otępieniu?

W miarę postępu choroby objawy typowe dla otępienia alzheimerowskiego podlegają istotnej ewolucji. W jego wczesnym etapie dominują zaburzenia funkcji poznawczych, szczególnie upośledzenie pamięci, do których w późniejszych stadiach u znacznego odsetka pacjentów dołączają się zaburzenia nastroju, lęk, drażliwość, objawy psychotyczne (urojenia, halucynacje), agresja czy pobudzenie. Skonstruowano jak dotąd dość liczne definicje zaburzeń zachowania w otępieniu, z przynajmniej kilkoma z nich warto się zapoznać.

### Zaburzenia zachowania w otępieniu to:

- niedostosowana aktywność słowna, głosowa bądź ruchowa podopiecznego
- objawy zaburzeń spostrzegania, myślenia, nastroju lub zachowania, które często występują u chorych z otępieniem
- praktycznie wszystkie objawy niebędące zaburzeniami poznawczymi

Najogólniej zaburzenia zachowania w otępieniu można podzielić na 2 grupy objawów:

1. Objawy behawioralne - zazwyczaj identyfikowane na podstawie obserwacji podopiecznego, np. agresja fizyczna, krzyk, niepokój, pobudzenie, wędrowanie, rozhamowanie seksualne.
2. Objawy psychologiczne - oceniane głównie na podstawie rozmowy z pacjentem lub opiekunem - omamy, urojenia, lęk, obniżony nastrój.

### 6. Dlaczego warto zajmować się zaburzeniami zachowania w otępieniu?

Istnieje bardzo wiele powodów, dla których problem zaburzeń zachowania w otępieniu nie powinien być lekceważony.

1. W miarę postępu choroby zaburzenia zachowania obecne są u ogromnej większości (praktycznie wszystkich) chorych z chorobą Alzheimera:
  - Zaburzenia zachowania ogółem 60-98% pacjentów (średnio 80%), w tym:
    - 1) zmiana osobowości, apatia - do 90%
    - 2) objawy depresyjne - do 80%
    - 3) urojenia 20-73%
    - 4) omamy 15-50%
    - 5) objawy behawioralne - do 50%
    - 6) agresja/wrogość - ok. 20%

2. Nielezione zaburzenia zachowania prowadzą do:
  - szybszego pogłębiania się choroby,
  - zwiększonej niesprawności - chorzy z zaburzeniami zachowania funkcjonują gorzej niż pacjenci bez zaburzeń zachowania,
  - obniżonej jakości życia zarówno opiekuna, jak i pacjenta,
  - przedwczesnego umieszczenia chorego w placówce opiekuńczej,
  - wzrostu kosztów opieki,
  - wzrostu zapotrzebowania na stosowanie leków psychotropowych.
3. Zaburzenia zachowania są przez opiekunów rozpoznawane jako główne źródło stresu i obciążenia opieką.
4. Istnieją skuteczne metody postępowania farmakologicznego i niefarmakologicznego prowadzące do zmniejszenia nasilenia objawów zaburzeń zachowania.

### 7. Jaki jest obraz kliniczny zaburzeń zachowania?

1. Jakie objawy zalicza się do zaburzeń zachowania?

| Grupa I<br>(najczęstsze/najbardziej obciążające)   | Grupa II<br>(umiarkowanie częste/<br>obciążające)  | Grupa III<br>(rzadziej spotykane/<br>do opanowania)   |
|--|--|---|
| <b>Psychologiczne</b><br>Urojenia<br>Halucynacje<br>Depresyjny nastrój<br>Bezsensowność<br>Lęk<br><b>Behawioralne</b><br>Agresja<br>Wędrowanie<br>Niepokój | <b>Psychologiczne</b><br>Misidentyfikacje<br>(błędne rozpoznawanie osób znanych, jako nieznanymi i odwrotnie)<br><b>Behawioralne</b><br>Pobudzenie<br>Rozhamowanie, zachowania społecznie niewłaściwe<br>Krzyk<br>Przymus poruszania się | <b>Behawioralne</b><br>Płacz<br>Przeklinanie<br>Brak napędu<br>Ciągłe pytanie o to samo<br>Podążanie za opiekunem |

## 2. Jaki jest przebieg objawów zaburzeń zachowania?

Różne zaburzenia zachowania występują zazwyczaj na różnych etapach choroby. Na początku choroby Alzheimera często występują objawy depresji, zmienność nastroju, zmiany charakterologiczne, apatia, wycofanie społeczne. W miarę pogłębiania się choroby dołączają się często oskarżenia w stosunku do otoczenia, urojenia, halucynacje, rozdrażnienie, niepokój, pobudzenie i agresja, zaburzenia snu i apetytu. Etap najbardziej narażony na wystąpienie zaburzeń zachowania to faza umiarkowanie zaawansowanego otępienia. Warto pamiętać, że poszczególne objawy zaburzeń zachowania zwykle nie utrzymują się do końca życia chorego, większość z nich przebiega z okresami remisji i zaostrzeń trwających zwykle kilka miesięcy (należy w związku z tym unikać przewlekłego, wieloletniego stosowania leków psychotropowych bez próby ich odstawienia!). Do najbardziej uporczywie utrzymujących się objawów zalicza się wędrowanie i pobudzenie.

## 3. Czy są jakieś różnice w zakresie zaburzeń zachowania w różnych rodzajach otępień?

Profile objawów zaburzeń zachowania różnią się znacznie w zależności od typu otępienia. Uważa się na przykład, że w otępieniu naczyniopochodnym depresja, apatia, drażliwość występują częściej niż w chorobie Alzheimera. Z kolei dla otępienia z ciałami Lewy'ego szczególnie typowe są halucynacje wzrokowe, a dla otępienia czołowo-skroniowego wysoki poziom zaburzeń zachowania w ogóle (od samego początku choroby), zwłaszcza z kręgu nadmiernej impulsywności, rozhamowania seksualnego, zachowań społecznie nieakceptowanych, apatii.

## 4. Jakie zaburzenia zachowania są najbardziej typowe dla choroby Alzheimera?

Ogólna statystyka częstości poszczególnych grup zaburzeń zachowania została zaprezentowana powyżej. Niektórym objawom warto się również przyjrzeć bardziej szczegółowo.

### Objawy psychologiczne

a) Urojenia - fałszywe przekonania i sądy chorego, które wypowiada



on z pełnym przekonaniem o ich prawdziwości. Do najbardziej typowych dla choroby Alzheimera rodzajów urojeń zalicza się:

- urojenia okradania (najczęściej wynikające z zaburzeń pamięci przekonanie, że ktoś wynosi pieniądze z domu, złośliwie przekłada różne rzeczy nie na swoje miejsce, które może pojawić się, gdy pacjent po prostu nie potrafi ich znaleźć),
  - urojenia typu „ten dom nie jest moim domem” (pacjenci często chcą się wydostać z obecnego miejsca pobytu, aby wrócić „do domu”, zwykle tego, który pamiętają sprzed wielu lat lub z dzieciństwa),
  - urojenia typu sobowtóra (przekonanie, że małżonek, bliski członek rodziny lub inny opiekun nie jest tym za kogo się podaje, jest podstawiony, podmieniony),
  - urojenia opuszczenia, porzucenia przez najbliższych, urojeniowe przekonanie o zbliżającym się umieszczeniu w domu opieki,
  - urojenia niewiary małżeńskiej (przekonanie, że współmałżonek dopuszcza się zdrady).
- b) Omamy - fałszywe spostrzeżenia powstające bez udziału bodźca zewnętrznego („widzenie rzeczy, których nie ma”, „słyszenie dźwięków, których inni nie słyszą”, etc.). W chorobie Alzheimera najczęstsze są halucynacje wzrokowe o typie widzenia w domu nieistniejących postaci ludzkich, zwierząt, rzadsze są doznania słuchowe, bardzo rzadkie - z innych zmysłów.
- c) Misidentyfikacje - specyficzna postać zaburzeń spostrzegania, zniekształcone spostrzeżenia istniejących bodźców, często z towarzyszącą interpretacją urojeniową. Cztery główne typy misidentyfikacji to:
- przekonanie, że obce osoby przebywają w domu chorego,
  - nierozpoznanie siebie (najczęściej nierozpoznanie własnego odbicia w lustrze)
  - nierozpoznanie innych bliskich osób, traktowanie ich jak obcych; rozpoznawanie osób obcych jako bliskich członków rodziny,
  - przekonanie, że wydarzenia obserwowane w telewizji dzieją się w rzeczywistości („rozmawianie z postaciami z telewizora”).
- d) Depresja - często trudna do jednoznacznego stwierdzenia ze względu na narastające trudności w komunikacji, kłopoty z rozpoznawaniem i właściwym nazywaniem swoich emocji przez chorego oraz nakładanie się

objawów depresji i postępującego otępienia (apatia, spadek masy ciała, zaburzenia snu, niepokój). O depresji należy pomyśleć, gdy obecne są takie objawy jak:

- przewlekły smutek, utrata odczuwania przyjemności, płaczliwość,
- niechęć do podejmowania jakiegokolwiek aktywności, poczucie rezygnacji,
- potępienie, oskarżanie samego siebie, wyrażanie pragnienia śmierci,
- wcześniejsze chorowanie na depresję (jeszcze przed początkiem otępienia), występowanie depresji wśród członków bliskiej rodziny pacjenta.

e) Apatia - jeden z najczęstszych objawów zaburzeń zachowania; utrata zainteresowania czynnościami codziennymi, higieną osobistą, sprawami rodzinnymi, ograniczenie kontaktów społecznych, mimiki, modulacji głosu, reakcji emocjonalnych, utrata inicjatywy. Podopieczny coraz więcej czasu spędza beczynnie w fotelu lub patrząc w okno, coraz mniej chętnie wychodzi ze swojego pokoju, uczestniczy w codziennej aktywności i życiu rodzinnym. Często trudność sprawia odróżnienie apatii od depresji.

f) Lęk - związany z innymi zaburzeniami zachowania (np. lęk towarzyszący depresji czy urojeniom okradania) lub występujący niezależnie, np. niewyrażana wcześniej troska o własną sytuację finansową, o przyszłość, o własne zdrowie. Typowe przejawy lęku w otępieniu to:

- ciągłe dopytywanie o nadchodzące wydarzenia, trwanie w nieustającym oczekiwaniu (zespół Godota),
- lęk przed byciem pozostawionym samemu.

#### Objawy behawioralne

a) Wędrowanie - jeden z najbardziej obciążających objawów z punktu widzenia opiekuna, częsty powód zgłoszenia się do psychiatry. Termin wędrowanie obejmuje wiele różnych typów zachowań, takich jak:

- powtarzające się sprawdzanie gdzie jest opiekun,
- podążanie za opiekunem, „śledzenie” opiekuna,
- bezcelowe chodzenie,
- aktywność w nocy, nadmierna aktywność w ciągu dnia,
- nieefektywne próby wykonywania czynności domowych (zmywanie, sprzątanie, prace w ogrodzie),
- powtarzające się próby ucieczek z domu, oddalanie się, konieczność przyrowadzania pacjenta z powrotem do domu.

b) Pobudzenie - nieadekwatna aktywność podopiecznego. Może przebiegać z zachowaniami agresywnymi lub bez nich:

- zachowania bez agresji fizycznej
  - ogólny niepokój, „bieganie” po domu, chowanie przedmiotów, ubieranie się i rozbieranie bez potrzeby,
  - ciągłe próby zwrócenia na siebie uwagi, narzekanie, pojękiwanie, negatywizm (pacjent jest ciągle niezadowolony, na nic nie ma ochoty),
- zachowania agresywne,
  - słownie - krzyki, przeklinanie, wybuchy gniewu,
  - fizycznie - uderzanie, popychanie, drapanie, kopanie i gryzienie, rzuwanie przedmiotami.

Większość zachowań związanych z pobudzeniem powinna być dla opiekuna sygnałem, że podopieczny z jakiegoś powodu czuje się źle, niekomfortowo, że jest z czegoś niezadowolony. Zawsze należy starać się ustalić przyczyny pobudzenia, żeby w odpowiedni (zależny od przyczyny) sposób spróbować je usunąć i złagodzić dolegliwości chorego z otępieniem.

c) Reakcje katastroficzne („reakcje gniewu”) - nadmiernie nasilone, gwałtowne reakcje emocjonalne lub zachowania - gwałtowne wybuchy gniewu, agresja słowna, przemoc fizyczna. Przyczyną takich zachowań mogą być doznawane przez pacjenta objawy psychiatryczne (urojenia, omamy), zaburzenia świadomości, ból w przebiegu innych chorób, infekcje i wiele innych.

d) Odhamowanie - pacjenci zachowują się impulsywnie i niestosownie, ich postępowanie może budzić zakłopotanie i zażenowanie opiekunów, są emocjonalnie niestabilni, nie dostrzegają zmian w swoim zachowaniu, nie rozumieją konsekwencji swoich działań. Mogą objadać się w sposób niekontrolowany lub nadużywać alkoholu, przestają umieć właściwie zachować się przy stole w czasie jedzenia, mogą prezentować objawy nadmiernego pobudzenia seksualnego lub realizować swoje potrzeby seksualne w sposób nieakceptowany społecznie (np. masturbacja w miejscach publicznych, nagabywanie osób nieznanym). Zachowania z kręgu odhamowania są nie tylko wyjątkowo obciążające dla opiekunów, mogą wiązać się również z bardzo poważnymi konsekwencjami. Impulsywność, wybuchy agresji, drażliwość mogą łatwo prowadzić do aktów przemocy, kradzieże w sklepach, hazard czy impulsywne zakupy mogą narażać pacjen-

tów na problemy finansowe i społeczne. Większe jest również ryzyko spowodowania wypadku samochodowego lub prowadzenia samochodu pod wpływem alkoholu.

- e) Negatywizm - odmowa współpracy, upór, aktywne przeciwstawianie się czynnościom opiekuńczym. Zawsze należy upewnić się, że pacjenci rozumieją o co się ich prosi!

## 8. Jakie jest podłoże zaburzeń zachowania?

Zaburzenia zachowania podopiecznego wynikają zazwyczaj z jednoczesnego wpływu wielu czynników. Trzeba pamiętać, że prawie zawsze mają one jakąś przyczynę, którą można zidentyfikować i spróbować ją wyeliminować. Do najważniejszych z nich zaliczyć można:

### 1) Czynniki biologiczne

Pogorszenie zachowania chorego bardzo często próbuje się tłumaczyć postępowaniem samej choroby Alzheimera. Rzeczywiście, im poważniejsze kłopoty z pamięcią, im mniejsza samodzielność podopiecznego, tym większe zwykle nasilenie zaburzeń zachowania. Narastanie w mózgu zmian związanych z chorobą Alzheimera powoduje, że zachowanie pacjenta coraz bardziej odbiega od oczekiwań opiekuna, chory ma coraz mniejszą zdolność do kontrolowania swoich reakcji. Zawsze jednak, w pierwszej kolejności (przed zastosowaniem leków mających opanować objawy) należy ocenić wpływ innych, potencjalnie odwracalnych czynników, opisanych poniżej. Innymi słowy, pogorszenie zachowania pacjenta może być wytłumaczone nasileniem się choroby Alzheimera dopiero na samym końcu, po wykluczeniu wszystkich innych możliwych przyczyn!

### 2) Czynniki medyczne

Czynniki medyczne mają kluczowe znaczenie w wywoływaniu i podtrzymywaniu objawów zaburzeń zachowania. Zmiany w zachowaniu podopiecznego są często konsekwencją pogor-



szenia się jego ogólnego stanu zdrowia lub jakichś niezaspokojonych potrzeb. Pacjent z zaawansowanym otępieniem, w związku z postępującym pogorszeniem sprawności mówienia różne swoje problemy sygnalizuje poprzez zmiany w zachowaniu, np. płacz, krzyk, pobudzenie czy agresję, analogicznie do małego dziecka. W związku z tym, w razie pogorszenia zachowania pacjenta bez wyraźnego powodu, opiekun powinien skontaktować się nie tylko z lekarzem psychiatrą, ale także z lekarzem rodzinnym w celu wykluczenia wpływu innych chorób (tzw. chorób somatycznych, „chorób ciała”) lub objawów niepożądanych stosowanych leków. Pamiętać należy o tak pozornie banalnych i w związku z tym często przeoczanych powodach, jak:

- ból,
- głód, pragnienie,
- infekcje dróg moczowych, odwodnienie,
- zaparcia, przepełniona pielucha,
- źle dopasowana proteza zębowa lub inne problemy dentystryczne.

Zaburzenia zachowania mogą być jedyną formą, w jakiej pacjent może przekazać opiekunowi informację o swoim złym samopoczuciu, złym z jakiegokolwiek powodu.

### 3) Czynniki środowiskowe

Zmiany w otoczeniu pacjenta, modyfikacje codziennych schematów, do których pacjent jest przyzwyczajony.

- a) Zmiana miejsca pobytu - pacjent chorujący na chorobę Alzheimera ma w miarę postępu choroby coraz większe trudności z radzeniem sobie nawet w najlepiej sobie znanym otoczeniu, czyli we własnym domu. Każda zmiana miejsca pobytu na dłużej, np. przeprowadzka, przyjęcie do szpitala, wiąże się z dużym ryzykiem pogorszenia zachowania, zwłaszcza, jeśli w pobliżu nie ma najbliższego opiekuna, zapewniającego choćby minimalne poczucie bezpieczeństwa. Pacjent nie wie gdzie jest, nie rozumie, dlaczego zabrano go z domu, nie potrafi odnaleźć drogi do toalety czy odzyskać swoich rzeczy osobistych, nie rozpoznaje osób z otoczenia, często czuje się przerażony i zagrożony. Trudno się dziwić, że może reagować niepokojem, pobudzeniem, bezsennością, a nawet agresją, co wymaga zwykle stosowania dodatkowych leków psychotropowych. Dlatego umieszczenie pacjenta z chorobą Alzheimera w szpitalu (z jakiegokolwiek powodu) powin-



no być traktowane jak ostateczność i ograniczone wyłącznie do przypadków zagrożenia życia! Inne problemy zdrowotne powinny być leczone w warunkach domowych. Warto również podkreślić, że cały proces diagnozowania i leczenia samej choroby Alzheimera powinien być prowadzony w warunkach poradni, hospitalizacja psychiatryczna ani neurologiczna nie tylko nie jest potrzebna, ale z wyżej opisanych powodów często pogarsza stan chorego.

b) Zmiany w otoczeniu, np. remont mieszkania z wymianą mebli, przemalowaniem ścian na inny kolor lub zmianą układu pomieszczeń.

c) Zmiany planu dnia, np. godzin posiłków, kąpeli, spacerów, układania się do snu, itp.

d) Zmiana osoby sprawującej opiekę lub jej godzin pracy.

Im bardziej poukładane i niezmiennie jest życie podopiecznego, tym dłużej będzie on w stanie w miarę sprawnie i spokojnie w takim stałym schemacie funkcjonować.

#### 4) Czynniki związane z opiekunem

Stres i złe samopoczucie opiekuna, brak sympatii między opiekunem a pacjentem jeszcze przed rozpoczęciem choroby mogą zaostrzać objawy zaburzeń zachowania. Typowe przykłady takich sytuacji to:

- traktowanie różnych zachowań pacjenta jako zamierzonych, świadomie prowokujących, złośliwych, a nie wynikających z choroby i związany z tym gniew,
- stawianie pacjentowi zbyt wysokich wymagań,
- zmęczenie opieką, niecierpliwość, brak wyrozumiałości.

Badania naukowe jednoznacznie dowodzą, że modyfikacja problemowych zachowań opiekunów, nauczenie ich właściwego sposobu sprawowania opieki, prowadzą do złagodzenia, a czasem nawet ustąpienia objawów zaburzeń zachowania.

#### 5) Czynniki psychologiczne/osobowościowe

Na ryzyko zaburzeń zachowania wpływa także prawdopodobnie osobowość przedchorobowa podopiecznego. Jeśli jeszcze jako osoba zdrowa często był wątpliwy, kontrolujący, miał skłonność do agresji, nerwowości, zamartwiania się, prawdopodobieństwo problemów z zachowaniem w przebiegu choroby Alzheimera rośnie. Problemy z zachowaniem mogą być rów-

nież konsekwencją różnych bieżących stresujących wydarzeń życiowych, takich jak śmierć kogoś bliskiego, problemy rodzinne, finansowe, itp.

#### **PAMIĘTAJ**

- Zaburzenia zachowania występują praktycznie u wszystkich chorych z chorobą Alzheimera.
- Nielezione zaburzenia zachowania prowadzą do szybszego pogłębiania się choroby, zwiększonej niesprawności i gorszego samopoczucia zarówno opiekuna, jak i pacjenta.
- Istnieją skuteczne metody łagodzenia objawów zaburzeń zachowania.
- Najczęstsze zaburzenia zachowania w chorobie Alzheimera to apatia, depresja, niepokój i pobudzenie.
- Zaburzenia zachowania bardzo rzadko wynikają wyłącznie z postępu choroby Alzheimera. Zawsze trzeba spróbować ustalić przyczynę zmienionego zachowania podopiecznego i ją usunąć.
- Zaburzenia zachowania często są sygnałem pogorszenia ogólnego stanu zdrowia podopiecznego. Wyklucz takie przyczyny, jak ból, infekcje, zaparcie, głód, pragnienie, problemy dentystyczne.
- Częstymi przyczynami zaburzeń zachowania są także: zmiana miejsca pobytu, zmiany w otoczeniu podopiecznego, zmiana osoby opiekującej się.
- Umieszczenie pacjenta z chorobą Alzheimera w szpitalu z jakiegokolwiek powodu powinno być ograniczone do stanów zagrożenia życia.
- Zachowanie opiekuna ma ogromny wpływ na zachowanie pacjenta. Niecierpliwość, irytacja, brak wyrozumiałości opiekuna zwykle bardzo pogarszają zachowanie podopiecznego.
- Złe zachowanie chorego wynika z choroby, a nie ze złośliwości czy lenistwa. Nie jest on w stanie skutecznie kontrolować swoich reakcji.

## 9. Jakie znaczenie mają zaburzenia zachowania dla opiekuna?

Zdecydowanie najczęściej opiekunem chorego z otępieniem jest ktoś z bliskich, członków rodziny. Zapominanie, szukanie przedmiotów, ciągłe dopytywanie o to samo, wielokrotne opowiadanie tych samych historii bywa dla opiekunów męczące, irytujące, ale zwykle potrafią się po jakimś czasie do tego przyzwyczaić. Często dopiero pojawienie się kłopotliwych zaburzeń zachowania powoduje, że pacjent wymaga raczej nadzoru i dozoru niż opieki, co znacznie zwiększa wpływ choroby na życie opiekuna. Zaburzenia zachowania są jednym z głównych źródeł tzw. obciążenia opieką.



### 1) Co to jest obciążenie opieką?

Na to pojęcie składają się praktyczne problemy związane ze sprawowaniem opieki, np. brak czasu wolnego opiekuna, absencje w pracy, konieczność ciągłego, aktywnego zaangażowania w nadzór nad chorym i wpływ opieki na emocjonalne reakcje opiekuna, takie jak stres, zmęczenie, lęk, depresja (u opiekuna).

### 2) Jakie czynniki przyczyniają się do obciążenia opieką?

Zaburzenia zachowania zwiększają obciążenie opieką w znacznie większym stopniu niż same kłopoty z pamięcią czy brak samodzielności pacjenta. Do najbardziej kłopotliwych objawów należą: agresja słowna (krzyki) i fizyczna, kłótnie chorego z opiekunem, wędrowanie, depresja, opór przy próbach pomocy w codziennych czynnościach (ubieranie się, czynności toaletowe i higieniczne, jedzenie), podejrzliwość, stawianie nieuzasadnionych zarzutów, bezsenność. Zaburzenia zachowania są najczęstszą przyczyną poszukiwania pomocy psychiatrycznej przez opiekunów oraz podstawowym czynnikiem decydującym o umieszczeniu chorego w domu opieki.

Na nasilenie zaburzeń zachowania, a co za tym idzie skalę trudności sprawowania opieki wpływają też czynniki związane z samym opiekunem. Opie-

kunowie różnie reagują na problemy z zachowaniem pacjenta, różne są też ich umiejętności radzenia sobie z nimi; nie wszyscy te same objawy traktują jako najbardziej uciążliwe. Bardzo niekorzystny jest wysoki poziom negatywnych emocji, zwłaszcza wrogości i nadmiernego krytycyzmu w stosunku do pacjenta. Z kolei ci opiekunowie, którzy mają potrzebę poszerzania wiedzy na temat choroby Alzheimera, jej przebiegu i leczenia są lepiej przygotowani do sprawowania opieki, a co za tym idzie mniej obciążeni. Poczucie obciążenia opieką zmniejsza też pomoc ze strony rodziny, przyjaciół, sąsiadów, a także uczestnictwo w grupach wsparcia, np. w Towarzystwach Alzheimerowskich.

### 3) Czy obecność objawów zaburzeń zachowania ma wpływ na opiekuna?

Występowanie zaburzeń zachowania u chorego z otępieniem ma istotny wpływ zarówno na stan psychiczny, jak i zdrowie fizyczne opiekunów:

- opiekunowie pacjentów z otępieniem narażeni są zazwyczaj na życie w warunkach przewlekłego stresu, chorują na depresję częściej niż przeciętnie, często odczuwają lęk, np. pozostawiając chorego samego w domu; opiekunowie muszą się także zmagać z uczuciami gniewu i rozczulenia (na to, że ich bliski jest chory, że oni muszą się nim opiekować, że inni członkowie rodziny niewystarczająco pomagają, że ich podopieczny źle się zachowuje, jest bardzo uciążliwy, itp.), których konsekwencją mogą być złość, irytacja, rozdrażnienie, zachowania agresywne w stosunku do chorych; sami opiekunowie potwierdzają także, że to właśnie zaburzenia zachowania i problemy emocjonalne pacjentów stanowią główne źródło stresu nie tylko dla nich, ale także dla ich rodzin, które zostają pośrednio zaangażowane w opiekę,
- sprawowanie opieki wywiera też niekorzystny wpływ na stan zdrowia opiekunów - może prowadzić do obniżenia odporności, nadciśnienia, niekorzystnych zachowań zdrowotnych (niehigieniczny tryb życia, brak wypoczynku, niedostateczna ilość snu, zaniedbywanie swoich problemów zdrowotnych).

### 4) Czy zachowanie opiekuna ma wpływ na objawy zaburzeń zachowania?

Zachowanie opiekuna, sposób sprawowania opieki mają istotny bezpośredni wpływ na stan pacjenta z zaburzeniami zachowania. Wielu opiekunów uważa, na przykład, że chory jest w stanie kontrolować swoje problemowe

zachowania. Mogą w związku z tym traktować zapomnienie jako nieodpowiedzialność, wybuchowość jako brak szacunku, a ciągłe zadawanie tych samych pytań jako zamierzoną złośliwość, czego konsekwencją bywa nadmierne krytykowanie podopiecznego czy okazywanie mu wrogości i dalszy wzrost poziomu stresu u chorego. Kształcenie opiekuna w zakresie nawiązywania kontaktu z pacjentem, umiejętności odczytywania znaczenia różnych jego zachowań znacznie poprawia jakość życia obu stron „konfliktu” i wydłuża okres zdolności opiekuna do sprawowania opieki w warunkach domowych. Do zachowań opiekuna, które mogą pogarszać stan pacjenta zalicza się:

- wprowadzanie gwałtownych i nieoczekiwanych zmian w codziennych zwyczajach lub otoczeniu pacjenta,
- wszczynanie „zapasów” z pacjentem, np. naleganie by pacjent zrobił coś w określony sposób lub ubrał się dokładnie w to, czego oczekuje opiekun lub dokładnie wtedy, kiedy opiekun sobie życzy,
- stawianie choremu wymagań przekraczających jego możliwości,
- poddawanie pacjenta nadmiernej krytyce,
- ignorowanie potrzeb podopiecznego,
- nadmierna sztywność, brak elastyczności w kontaktach z chorym, poddawanie go zbyt ścisłej kontroli,
- nieustanne upominanie, przepytywanie, aby „zmusić” chorego do zapamiętania czegoś,
- gniew, złość lub agresja w stosunku do pacjenta,
- rozdrażnienie, irytacja.

Takie zachowania opiekuna są dla pacjenta nieoczekiwanym źródłem dodatkowego stresu i mogą spowodować opisaną wyżej reakcję katastroficzną.

Wśród cech opiekuna, które mogą złagodzić objawy zaburzeń zachowania lub opóźnić ich pojawienie się wymienić należy:

- empatia, czułość, troska, „ciepły” stosunek do chorego,
- próba zrozumienia przyczyn zmiany zachowania podopiecznego i znaczenia różnych zachowań,
- cierpliwość, unikanie pośpiechu w kontaktach z pacjentem,
- elastyczność, zdolność do adaptacji i akceptacji zmian,
- realistyczne oczekiwania w stosunku do pacjenta, unikanie egzekwowania sztywnych wytycznych,

- rozsądna doza tolerancji dla problemowych zachowań, np. wielokrotnego powtarzania różnych czynności,
- zaangażowanie w próby włączenia chorego w codzienne czynności,
- umiejętność stworzenia wrażenia, że to chory ma kontrolę nad swoim życiem i otoczeniem,
- szczerą troską o dobro pacjenta i umiejętność myślenia „w jego interesie”,
- szacunek dla pacjenta jako osoby, dla jego uczuć i emocji,
- brak poczucia wstydu z powodu choroby bliskiej osoby, unikanie „ukrywania” jej przed innymi,
- poczucie humoru, unikanie ciągłego rozmyślania o ograniczeniach chorego,
- umiejętność stworzenia systemu wsparcia emocjonalnego, społecznego.

#### 5) Jakie interwencje mogą zmniejszyć poczucie obciążenia opieką?

Komfort życia opiekuna jest bardzo ważny dla pacjenta. Trzeba pamiętać, że zły, zmęczony, niewyspany opiekun może w kontakcie z pacjentem zachowywać się w sposób przynoszący więcej szkód niż pożytku. Zorganizowanie opieki w taki sposób, żeby mieć też trochę czasu dla siebie to nie egoizm i powód do wyrzutów sumienia, ale dowód zdrowego rozsądku, odpowiedzialności i dużej wiedzy opiekuna. Interwencje, których celem jest poprawa komfortu życia opiekuna powinny koncentrować się na 3 obszarach wsparcia:

##### a) wsparcie psychologiczne

- grupy wsparcia, spotkania opiekunów - rozmowa o emocjach związanych z opieką, pozbycie się psychicznego ciężaru, świadomość, że inni mają podobne problemy, że jest się częścią grupy, uczenie się na bazie doświadczeń innych opiekunów, wzajemne wsparcie (emocjonalne lub czysto praktyczne),
- psychoterapia - indywidualne lub grupowe spotkania z psychologiem - poradnictwo, wsparcie, terapia relaksacyjna, nauka kontrolowania stresu, rozmowa o uczuciach żalu, gniewu, poczuciu winy,
- przekonanie opiekunów, że powinni znaleźć trochę czasu dla siebie, że ich samopoczucie fizyczne i psychiczne przekłada się na jakość opieki,

##### b) edukacja

- informacje na temat choroby, jej objawów, progresji, rokowania, leczenia,
- poprawa umiejętności sprawowania opieki w domu, opanowywania problemowych zachowań,
- planowanie postępowania w sytuacjach nagłych,

- edukacja na temat prawnych i finansowych aspektów sprawowania opieki (dostęp do konta, odbieranie emerytury, kwestie testamentowe, własnościowe, zdolność do wyrażenia świadomej zgody, etc.),
- c) próba zaangażowania innych osób w sprawowanie opieki
- rodzina, bliscy,
  - wsparcie ze strony środowiska (np. sąsiedzi powinni być poinformowani o chorobie podopiecznego, żeby móc skontaktować się z opiekunem, jeśli zaniepokoi ich coś w jego zachowaniu, jeśli z jego mieszkania dochoǳić będą podejrzane odgłosy),
  - profesjonalne wsparcie, np. pracownicy społeczni, pielęgniarki, terapeuci zajęciowi, opiekunowie,
  - opieka instytucjonalna - profesjonalna opieka w warunkach domowych, domy dziennego pobytu, domy opieki.

Podstawowym źródłem pomocy i informacji dla opiekunów, poza lekarzem psychiatrą lub neurologiem, powinny być lokalne Stowarzyszenia Alzheimerowskie, można także korzystać z informacji zawartych w Internecie. Na końcu niniejszego poradnika znajduje się lista Stowarzyszeń Alzheimerowskich w każdym z województw pozyskana ze strony [www.alzheimer.pl](http://www.alzheimer.pl).

## 10. Jak leczyć objawy zaburzeń zachowania w otępieniu?

### Oddziaływania nefarmakologiczne

Z wyjątkiem przypadków naprawdę ciężkich zaburzeń zachowania, zagrażających bezpieczeństwu pacjenta lub jego otoczenia, nefarmakologiczne metody leczenia powinny być brane pod uwagę w pierwszej kolejności. Są to techniki, których skuteczność w największym stopniu zależy od cierpliwości i umiejętności opiekunów, i bez tego zmęczonych i zestresowanych, powinny więc być w miarę proste do nauki i wdrożenia. Podobnie jak w przypadku leków, przed zastosowaniem jakiegokolwiek metody terapii zaburzeń zachowania należy wykluczyć potencjalne medyczne przyczyny pogorszenia stanu pacjenta. W poniższym akapicie omówione zostaną najważniejsze strategie oddziaływania na zachowanie chorych z otępieniem.

#### 1) Interwencje środowiskowe

Opierają się one na założeniu, że skoro chory z otępieniem nie jest już w stanie przystosować się do zmieniającego się otoczenia, to otoczenie mu-

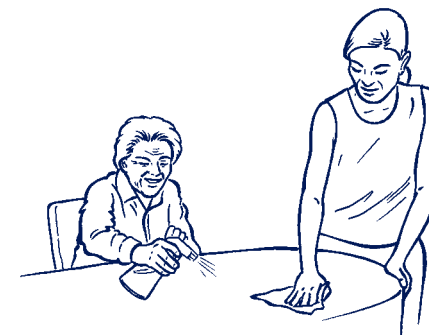
si być zaadaptowane do potrzeb i ograniczonych możliwości pacjenta. Idealne otoczenie powinno być stałe, znajome i niestresujące. Modyfikacja środowiska, w jakim pacjent żyje może zarówno zaostrzyć, jak i złagodzić nasilenie zaburzeń zachowania.

a) „Fizyczne” otoczenie pacjenta  
Do pożądanych elementów niestresującego otoczenia można zaliczyć:

- delikatne oświetlenie, łagodne kolory (słoneczny, brzoskwinowy) [także kolory ubrań],
- korzystanie z dywanów (wyciszają dźwięki),
- „właściwa” muzyka (taka jaką pacjent lubi, łagodna),
- obrazy na ścianach, przytulne, „domowe” wnętrze,
- widoczne „bariery”, granice przestrzeni życiowej chorego (np. jaskrawa taśma na podłodze przed drzwiami, znak STOP na drzwiach wyjściowych) - mają zapobiec samowolnemu opuszczeniu mieszkania,
- umieszczone w widocznych miejscach tzw. pomoce pamięciowe, np. naklejki na drzwi z nazwami pomieszczeń lub obrazkami, które pokazują, co znajduje się za drzwiami,
- osobiste rzeczy chorego, które lubi, z którymi wiąże się jakieś miłe wspomnienia - pamiątki, bibeloty, drobiazgi.

Cechy otoczenia, które mogą być przerażające lub niezrozumiałe dla podopiecznego i pogarszać jego stan to m.in.:

- hałaśliwy wystrój wnętrza, krzykliwe kolory, abstrakcyjne dekoracje,
- lustro (poza łazienką/garderobą) - odbicie może być źródłem niepokoju a nawet agresji pacjenta, może on nie rozpoznawać osoby w lustrze, uważać, że w domu jest ktoś obcy, kto może np. chcieć go okraść,
- głośne dzwonki: telefonu, pagera, do drzwi,
- częste remonty, zmiany wystroju wnętrza, zmiana miejsca pobytu chorego.



#### b) Rutyna dnia codziennego

W opiece nad chorymi z otępieniem wyjątkowo istotny jest stabilny, powtarzalny plan dnia - każda nieoczekiwana zmiana może wywołać stres i w konsekwencji nasilić zaburzenia zachowania. Zmiany w codziennych zwyczajach powinny być wprowadzane bardzo stopniowo, opiekunowie powinni dać podopiecznym dość czasu na przyzwyczajenie się do nowego rozkładu zajęć.

Dość typowym problemem pacjentów z otępieniem są zaburzenia snu. Zaburzenia rytmu snu i czuwania, kiepska jakość snu pogarszają jakość życia zarówno chorych, jak i coraz bardziej wyczerpanych opiekunów, którzy w związku z tym czują się jakby byli w pracy „36 godzin na dobę”. Skuteczne wprowadzenie do codziennej rutyny takich elementów planu dnia jak regularna aktywność fizyczna (np. spacer), odpowiednia ekspozycja na światło w ciągu dnia (spacery, fototerapia - naświetlanie odpowiednimi lampami) oraz wieczorna ciepła kąpiel może poprawić jakość snu chorych. Chory, który spędza dzień w miarę aktywnie, jest angażowany w różne zajęcia w ciągu dnia, wychodzi z opiekunem na słoneczny spacer jest zwykle wieczorem wystarczająco zmęczony, żeby dobrze spać. Pacjent apatyczny, który większość czasu spędza w łóżku lub w fotelu, który regularnie drzemie w dzień miewa często duże problemy ze snem.

Nie można również zapomnieć o podstawowych zaleceniach związanych z higieną snu, takich jak:

- unikanie spania w ciągu dnia!
- w miarę stałe godziny kładzenia się spać i porannego wstawania,
- ograniczanie czasu spędzanego w łóżku i sypialni (łóżko służy tylko do spania, unikanie jedzenia, oglądania TV, czytania w łóżku ,etc.),
- regularne godziny posiłków,
- unikanie alkoholu, picia kawy i palenia tytoniu przed snem,
- ograniczanie spożycia płynów przed snem,
- angażowanie pacjenta w stały zestaw czynności, „rytuał” poprzedzający pójście spać,
- minimalizacja natężenia światła i poziomu hałasu wieczorem i w nocy,
- unikanie wieczornego przyjmowania określonych leków (np. moczopędnych, niektórych psychotropowych).

#### c) Sprawność zmysłów

Pogorszenie jakości wzroku i słuchu to problemy typowe dla ludzi starszych. Warto pamiętać, że u chorych z otępieniem kłopoty te będą dodatkowo nasilone przez problemy z pamięcią i orientacją. Pacjenci mogą czuć się wystraszeni, załęknieni, ponieważ nie są w stanie wyraźnie widzieć lub słyszeć otoczenia. Dlatego w każdym przypadku zaburzeń zachowania trzeba ocenić sprawność ich zmysłów i zapewnić im dobrze dobrane okulary i aparat słuchowy.

#### d) Odżywianie

U większości chorych z otępieniem w przebiegu choroby dochodzi do istotnego spadku masy ciała. Może być to konsekwencją różnych zaburzeń zachowania:

- pacjenci mogą odmawiać jedzenia z powodu urojeń dotyczących tej sfery (np. przekonań, że jedzenie jest zatrute lub, że ich przewód pokarmowy jest w na tyle złym stanie, że nie powinni jeść, bo nie strawią tego, co zjedli, bo im to zaszkodzi),
- mogą chudnąć z powodu apatii, braku motywacji do jedzenia, agresywnych zachowań z rozrzucaniem jedzenia na opiekuna, czy też z powodu ciągłego poruszania się, wędrowania.

Chorzy we wczesnym stadium choroby mogą odmawiać wspólnego spożycia posiłków, ponieważ wstydzą się swojej niesprawności związanej z chorobą, podopieczni mogą też odczuwać niechęć do jedzenia po prostu dlatego, że jest ono niesmaczne (nieprzyprawione, rozdrobnione, papkowate, itp.). Asystowanie chorym przy jedzeniu, spokojne namawianie ich do jedzenia, przygotowywanie potraw, które chorzy lubią i mogą zjeść, większa elastyczność rytmu posiłków (system krótkich przekąsek) to wszystko sposoby, które mogą okazać się konieczne, ale i skuteczne w sytuacji niechęci do spożywania posiłków. Czasem warto też spróbować „przemycać” kalorie do spożywania posiłków. Czasem warto też spróbować „przemycać” kalorie do spożywania posiłków. Czasem warto też spróbować „przemycać” kalorie w postaci deserów, które podopieczny może zjeść z większą ochotą, np. kiściele, budynie, jogurty, desery owocowe. Podobnie jak w przypadku pozostałych objawów należy zawsze wykluczyć ogólnomedyczne (np. infekcja, dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego - zaparcia, choroba wrzodowa, kamica pęcherzyka żółciowego) i psychiatryczne (np. depresja, urojenia) przyczyny braku apetytu.

Bardzo częstym problemem wśród osób starszych jest także niewystarczająca ilość przyjmowanych płynów, związane z tym odwodnienie i jego konsekwencje, np. zawroty głowy, spadki ciśnienia krwi, upadki czy pogorszenie zachowania. Ośrodek pragnienia u osób w podeszłym wieku działa mniej sprawnie, mózg nie potrafi „upomnieć się” o więcej wody, nawet jeśli jej potrzebuje - a potrzebuje prawie tyle samo, co u osób młodszych, co najmniej 1,5-2 litry płynów/dobę. W przeliczeniu, to zawartość 8-10 typowych szklanek „herbacyanych” każdego dnia! Chorzy piją często 3-4, po 1 kubku do każdego posiłku. Przekonanie podopiecznego do wypicia odpowiedniej objętości płynu (najlepiej woda mineralna, herbata, rozcieńczone soki owocowe) jest równie ważne (o ile nie ważniejsze!), co troska o odpowiedni apetyt.

## 2) Interwencje bezpośrednio wpływające na zachowanie pacjenta

Opracowanie skutecznego sposobu postępowania z niesfornym podopiecznym jest zadaniem tandemu lekarz - opiekun. Szansa na sukces znacznie rośnie dzięki zastosowaniu poniższego schematu:

- a) Zidentyfikować cel - problem, którym należy się zająć w pierwszej kolejności. Im dokładniej jest on określony, tym większa szansa na skuteczną reakcję. Najlepiej zajmować się w danym momencie tylko jednym objawem.
- b) Zbierz jak najwięcej informacji na temat docelowego objawu - jak często, kiedy (czy zawsze o tej samej porze dnia?), w jakich okolicznościach (w czasie posiłku, kąpieli, ubierania, próby wyjścia z domu?) i w czyjej obecności (czy pacjent zachowuje się inaczej w towarzystwie różnych opiekunów?) najczęściej pojawia się problemowy objaw.
- c) Zidentyfikuj wszystkie czynniki (czynności, słowa, wydarzenia, zachowania), które poprzedzają wystąpienie objawów zaburzeń zachowania, nasilają objawy lub prowadzą do ich złagodzenia. Upewnij się, że problemowe zachowania nie są konsekwencją innej choro-



by, bólu, infekcji oraz nie wynikają z niepożądanego działania używanych przez chorego leków. Objawy - wbrew pierwszemu wrażeniu opiekunów - rzadko pojawiają się „znikąd” i „nie wiadomo czemu” (czyli wynikają tylko i wyłącznie z postępu samego otępienia).

- d) We współpracy z lekarzem ustal realistyczne cele leczenia i przygotuj plan. Plan powinien być indywidualnie dopasowany do konkretnej sytuacji, konkretnego duetu pacjent - opiekun; powinien być praktyczny, niezbyt skomplikowany, począwszy od najdrobniejszych celów i dalej krok po kroku. Opiekunowie powinni być cierpliwi i elastyczni - żadne poważne zmiany nie nastąpią z dnia na dzień.
- e) Nagradzaj pacjenta, a zwłaszcza siebie (!) za skuteczne osiągnięcie celów. Nie złość się na podopiecznego, jeśli jeszcze się nie udało.
- f) Systematycznie monitoruj postępy i w razie potrzeby modyfikuj sposób postępowania (jeśli plan A nie działa, wprowadzamy plan B, itd.).

Sposoby oddziaływania na zachowanie pacjenta różnią się oczywiście szczegółami w zależności od objawu, który próbujemy opanować. Podstawowa reguła to: „jak rozwiązałbym ten problem w kontakcie z 3-5-letnim dzieckiem?”. Do uniwersalnych zaleceń, metod postępowania z pacjentami z zaburzeniami zachowania można zaliczyć:

- interweniuje wcześniej, zanim sytuacja problemowa przeistoczy się w kryzysową,
- zawsze wzywaj pomocy jeśli uważasz, że jesteś w niebezpieczeństwie,
- unikaj kłótni i przekonywania pacjenta na siłę do swoich racji, do swojego planu działania, to zwykle nasila agresję; wycofaj się i unikaj konfrontacji, spróbuj zmienić temat i odwrócić uwagę od drażliwego tematu, chory może szybko zapomnieć, że coś nieprzyjemnego się wydarzyło,
- trzymaj pacjenta z dala od osób i sytuacji prowokujących objawy,
- rozmawiaj z pacjentem delikatnym, kojącym głosem - pokrzykiwanie na podopiecznego, okazywanie zniecierpliwienia, irytacji zwykle pogarsza sytuację,
- zbliżaj się do pacjenta od przodu, powoli i spokojnie, opowiadaj mu o tym, co robisz i dlaczego tak, aby się nie wystraszył,
- rozważnie korzystaj z dotyku - dla niektórych chorych będzie to kojące, u innych może sprowokować agresję,

- zachęcaj chorego do wykonywania czynności, które lubi (zazwyczaj to te, które lubił w przeszłości), zwłaszcza w towarzystwie kogoś, kogo pacjent lubi; sprowadzaj rozmowę na przyjemne dla chorego tematy; spróbuj zaangażować chorego w oglądanie starych zdjęć - to często bardzo uspokaja chorego,
- jeśli pacjent sprawia wrażenie zdezorientowanego, przypominaj mu gdzie jest i dlaczego tu jest,
- spróbuj odwrócić uwagę pacjenta jeśli angażuje się w nieodosowne, niepożądane czynności, dać mu jakieś inne zadanie do wykonania,
- włącz choremu muzykę, którą lubi.

Opiekunowie są często tak zmęczeni, że w kontakcie ze źle zachowującym się chorym bardzo trudno jest im stosować się do powyższych rad: zachować spokój, cierpliwość, nie złościć się, nie irytować, nie krzyczeć, zmieniać temat, odwracać uwagę, itp. Trzeba pamiętać, że taki sposób kontaktu z chorym nie wynika tylko z szacunku, jakim darzy się chorego - opiekun powinien robić to także z dobrze pojętego egoizmu! Im szybciej uda się zagryźć zęby i przełamać własne frustracje i złe humory, tym szybciej poprawi się zachowanie pacjenta, a spokojny, współpracujący pacjent znacznie zmniejsza obciążenie samego opiekuna.



### PAMIĘTAJ

- Zaburzenia zachowania wymagają leczenia, jeśli pogarszają samopoczucie pacjenta lub opiekuna.
- Pierwszeństwo mają nefarmakologiczne metody leczenia zaburzeń zachowania.
- Leki psychotropowe powinno się stosować jedynie w przypadku nasilonych kłopotów z zachowaniem, gdy chory stanowi zagrożenie dla siebie lub otoczenia, a także, gdy inne metody okazały się nieskuteczne.
- Zawsze zwracaj uwagę, w jakich okolicznościach pojawiają się niepożądane zachowania i czy zawsze w tych samych, co je nasila, a co łagodzi.
- Dbaj o to, żeby pacjent jadł i pił tyle, ile powinien.
- Upewnij się, że pacjent ma odpowiednio dobrane okulary, sprawdź czy nie potrzebuje aparatu słuchowego. Kłopoty ze wzrokiem i słuchem bardzo pogarszają zachowanie podopiecznego.
- Dla podopiecznego bardzo ważne jest stałe, niestresujące i bezpieczne otoczenie oraz powtarzalny, stabilny plan dnia.
- Im bardziej niespokojny i pobudzony pacjent, tym spokojniejszy i bardziej opanowany musi być opiekun.
- Podstawowa reguła opieki: „jak rozwiązałbym ten problem, gdyby moim podopiecznym było 3-5-letnie dziecko?”
- W sytuacjach kryzysowych unikaj przekonywania chorego do swoich racji. Staraj się zmienić temat, odwrócić jego uwagę od kłopotliwego tematu.
- Staraj się, aby Twój podopieczny był jak najbardziej aktywny w ciągu dnia. Spróbuj zaangażować go w czynności, które lubił.

## Oddziaływania farmakologiczne

Przed włączeniem jakiegokolwiek leczenia u pacjentów z problematycznymi zachowaniami należy zidentyfikować i w miarę możliwości skorygować wszystkie potencjalne czynniki - związane z ogólnym stanem zdrowia, otoczeniem i opiekunem - które mogą wywoływać lub podtrzymywać zaburzenia zachowania. Opiekunowie powinni pamiętać, że w leczeniu większości objawów preferuje się bezpieczniejsze metody nefarmakologiczne, czyli takie, w których ich interwencja pozwala opanować problem związany z pacjentem bez użycia leków psychotropowych. Stosowanie leków powinno być ograniczone do przypadków, w których:

- nie wykazano fizycznej/medycznej przyczyny pogorszenia zachowania pacjenta,
- objawy nie są związane z działaniami niepożądanymi innych leków,
- interwencje nefarmakologiczne nie mogą być zastosowane lub okazały się nieskuteczne,
- objawy mogą stanowić zagrożenie dla życia lub zdrowia podopiecznego lub osób z jego otoczenia, istotnie niekorzystnie wpływają na funkcjonowanie lub wyraźnie pogarszają jakość życia pacjenta lub opiekuna.

Leki powinny być przepisywane ostrożnie i rozważnie, na początku w bardzo małych dawkach, które - w miarę potrzeby - powinny być podnoszone powoli i pod warunkiem monitorowania objawów niepożądanych. Warto również pamiętać, że wiele zaburzeń zachowania ma charakter tymczasowy, przemijający, dlatego po nie więcej niż 3 miesiącach skutecznego leczenia dowolnym preparatem warto podjąć próbę odstawienia leku i oceny czy objawy pojawią się ponownie i czy w związku z tym są wskazania do dłuższej terapii (reguła ta nie dotyczy tylko leków przeciwdepresyjnych, które są bezpieczniejsze i wymagają bardziej przewlekłego stosowania).

Do leków najczęściej wykorzystywanych do próby opanowania zaburzeń zachowania zalicza się:

### 1) Leki wpływające na stan pamięci - tzw. leki „alzheimerowskie“

Przed włączeniem któregoś z niżej opisanych leków psychotropowych warto wiedzieć, że korzystny wpływ na zachowanie chorego mogą mieć także preparaty, które stanowią standard leczenia choroby Alzheimera. Podstawowym celem dla takich leków jak inhibitory cholinesterazy (donepezyl, riwastygmina, galanta-

mina) i memantyna są kłopoty z pamięcią jako takie, niezależnie od towarzyszących problemów z zachowaniem. Ze względu na opisaną wyżej dodatkową właściwość, farmakologiczne postępowanie z chorym z zaburzeniami zachowania warto jednak zawsze zacząć od włączenia leku z tej grupy, jako że:

- chory i tak powinien być już leczony którymś z powyższych leków (lub ich kombinacją) ze względu na samą chorobę podstawową,
- jest to postępowanie bezpieczniejsze dla chorego niż stosowanie innych leków psychotropowych (lub kombinacji kilku leków).

### 2) Neuroleptyki (leki przeciwpsychotyczne)

Neuroleptyki są najczęściej stosowaną grupą leków w leczeniu zaburzeń zachowania. Przykładowe, dość często stosowane preparaty z tej grupy to haloperidol, promazyne, risperidon, kwetiapina, olanzapina. Powszechność ich stosowania nie zawsze idzie w parze ze skutecznością - są często stosowane „lekką ręką“, niezależnie od rodzaju objawów i bez uwzględnienia zagrożeń związanych z działaniami niepożądanymi. Kuracja lekami z tej grupy przynosi najlepsze rezultaty w stosunku do następujących objawów:

- zachowania agresywne, zwłaszcza agresja fizyczna,
- objawy psychotyczne (omamy, urojenia),
- wrogość pacjenta w stosunku do opiekuna.

Należy pamiętać, że pacjenci z otępieniem, w związku z wiekiem i związanym z chorobą uszkodzeniem mózgu, są bardziej narażeni na wystąpienie powikłań. W związku z tym dawki leków powinny być wielokrotnie niższe niż u młodszych chorych (niestety, dawki tak niskie, że bezpieczne nie zawsze okazują się skuteczne). Do najbardziej typowych objawów niepożądanych związanych z przyjmowaniem leków przeciwpsychotycznych zalicza się:

- tzw. objawy pozapiramidowe (objawy przypominające chorobę Parkinsona) - drżenie rąk, sztywność mięśni, kłopoty z poruszaniem się, spowolnienie, osłabienie mimiki,
- obniżenie ciśnienia tętniczego krwi, zwłaszcza przy wstawianiu z pozycji leżącej - zwiększa to ryzyko upadków i złamań,
- tzw. objawy antycholinergiczne - suchość w ustach, zaparcia, nieostre widzenie, zatrzymanie moczu, a także nasilenie objawów choroby podstawowej (kłopotów z pamięcią, dezorientacji, etc.),



- nadmierne uspokojenie, wyciszenie (rodziny mówią wtedy czasem, że „pacjent zrobił się taki otępiały“).

Leki z tej grupy różnią się między sobą potencjałem do wywoływania różnych objawów niepożądanych, warto więc zawsze ustalić z lekarzem na jakie aspekty tolerancji kuracji zwrócić szczególną uwagę. Polekowe objawy niepożądane, związane z niewłaściwym wyborem leku, dawki lub „nadwrażliwością“ pacjenta mogą okazać się dla chorego groźniejsze niż same zaburzenia zachowania, z powodu których zostały przepisane!

### 3) Leki uspokajające i nasenne

W leczeniu zaburzeń zachowania leki uspokajające to druga najczęściej stosowana grupa leków. Są one wykorzystywane przede wszystkim do łagodzenia objawów:

- pobudzenia,
- lęku,
- wewnętrznego napięcia,
- drażliwości, poirytowania,
- bezsenności.

Z tych wskazań najczęściej stosowane są leki z grupy benzodwuzepin (przykładowe preparaty z tej grupy to m.in. diazepam, oksazepam, estazolam, lorazepam, alprazolam). Są one zazwyczaj bardzo skuteczne w stosunku do powyższych objawów, podobnie jak w przypadku neuroleptyków warto jednak zwrócić również uwagę na potencjalne zagrożenia związane z ich przyjmowaniem. Objawy niepożądane po klasycznych lekach uspokajających są powszechne i najczęściej obejmują nadmierne uspokojenie, senność, zawroty głowy, nasilenie kłopotów z pamięcią i nawet zaburzenia świadomości (opiekunowie często opisują taki stan jako splątanie, zmęczenie lub nawet - mniej elegancko - „zaćpanie“). W takim stanie znacznie rośnie również ryzyko upadków, wyjątkowo niebezpiecznych w tej grupie wiekowej. Nie mniej istotne ostrzeżenie dotyczy uzależniającego działania benzodwuzepin - leków tych nie powinno się stosować regularnie dłużej niż przez 4-6 tygodni.

Do tej grupy należą także takie preparaty jak hydroksyzyna i ziołowe leki uspokajające (np. na bazie waleriany). W przeciętnych dawkach są one pozbawione większości wyżej opisanych działań niepożądanych, nie uzależniają, jednak naukowe dowody na ich skuteczność są znacznie słabsze niż w przypadku ben-

zodwuzepin. Z uwagi na znacznie większe bezpieczeństwo ich stosowania, z wyjątkiem najcięższych stanów powinny być preparatami, od których rozpoczyna się próbę uspokojenia pacjenta. W przypadku niedostatecznej skuteczności pomimo zwiększenia dawki można zastosować silniejsze środki.

Jednym z rozwiązań może okazać się również zastosowanie melatoniny o kontrolowanym uwalnianiu. Melatonina pomaga szybciej zsynchronizować ważne dla snu procesy biologiczne, co może być trudne zwłaszcza dla osób po 50 roku życia, u których znacząco obniża się wydzielanie własnej melatoniny. W przypadku melatoniny o kontrolowanym uwalnianiu dzięki zastosowaniu unikalnej budowy tabletki substancja czynna jest uwalniana w sposób, który naśladuje naturalny proces uwalniania melatoniny w organizmie. Melatonina o kontrolowanym uwalnianiu może więc pomóc w walce z bezsennością ułatwiając nie tylko samo zasypianie, ale również podtrzymując sen, który zapewnia wypoczynek i umożliwia prawidłowe funkcjonowanie w ciągu dnia. Warto zauważyć, że sama melatonina nie jest lekiem w ścisłym znaczeniu. Jest to substancja naturalnie występująca w organizmie, wydzielana po zapadnięciu zmroku.

### 4) Leki przeciwpadaczkowe

Leki z tej grupy - najlepiej przebadane są karbamazepina i kwas walproinowy - stosowane są zazwyczaj z powodu pobudzenia. Ich zaletą jest zwykle dość dobra tolerancja i mniej obciążające objawy niepożądane w porównaniu z neuroleptykami. Objawy złej tolerancji, które można uznać za typowe to nadmierna senność, wysypka, bóle głowy (karbamazepina) oraz biegunka, nudności, drżenie rąk, przyrost masy ciała i wypadanie włosów (kwas walproinowy).

### 5) Leki przeciwdepresyjne

Najbezpieczniejszymi - i na szczęście najpowszechniej stosowanymi - lekami przeciwdepresyjnymi u chorych z otępieniem są tzw. inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny, skrótowo zwane SSRI (najbezpieczniejsze i najlepiej przebadane są sertralina i citalopram). Są stosowane do leczenia zaburzeń depresyjnych i lękowych, pobudzenia i niepokoju u chorych z otępieniem. Objawy niepożądane są zwykle łagodne i przemijające - najczęściej są to objawy żołądkowo-jelitowe (nudności, wymioty), niepokój, bezsenność, utrata masy ciała.

## 11. Podsumowanie - 10 ważnych informacji

Otępienia to grupa chorób, których podstawowymi objawami są kłopoty z pamięcią, uczeniem się, orientacją. Zdecydowanie najczęstszą przyczyną otępienia jest choroba Alzheimera. Poza zaburzeniami pamięci, zaburzenia zachowania są bardzo typowym elementem obrazu klinicznego otępienia - w miarę progresji choroby występują u praktycznie wszystkich chorych. Na zakończenie warto po raz kolejny wypunktować najważniejsze informacje dotyczące postępowania z podopiecznym z zaburzeniami zachowania w otępieniu.

### PAMIĘTAJ

1. Objawy zaburzeń zachowania należy leczyć! Nieleczone zaburzenia zachowania prowadzą do szybszego tempa progresji choroby, zwiększonej niesprawności, obniżonej jakości życia zarówno opiekuna, jak i pacjenta.
2. Leczenie zaburzeń zachowania jest zwykle skuteczniejsze niż leczenie samych kłopotów z pamięcią!
3. Interweniować należy jak najwcześniej, zanim sytuacja problemowa przeistoczy się w kryzysową. Opiekun powinien zawsze wzywać pomocy, jeśli uważa, że zachowanie pacjenta zagraża samemu choremu lub osobom z jego otoczenia.
4. Zaburzenia zachowania są zwykle najbardziej nasilone w umiarkowanej fazie choroby. Przebiegają z okresami zaostrzeń i remisji, warto więc na bieżąco - co 2-3 miesiące - weryfikować konieczność podawania leków (odstawiając je i obserwując czy dochodzi do pogorszenia).
5. U podłoża zaburzeń zachowania leży zwykle wiele czynników jednocześnie, objawy rzadko wynikają z samego postępu choroby (czyli pojawiają się „bez powodu”). Trzeba bezwzględnie pamiętać, że zmiana zachowania chorego może wynikać z bólu, innej choroby (np. infekcji), głodu czy pragnienia, może też być wynikiem niepożądanego działania stosowanych leków!

6. Objawy zaburzeń zachowania są głównym źródłem stresu i zmęczenia opiekunów, czyli tzw. obciążenia opieką. Opiekunowie muszą pamiętać, że nie tylko podopieczny wpływa na ich stan zdrowia, ale i ich zachowanie w istotnym stopniu przekłada się również na samopoczucie pacjenta.
7. Podstawą leczenia zaburzeń zachowania są metody niefarmakologiczne - zapewnienie choremu względnie stałego, niestresującego otoczenia, właściwy sposób zachowania się opiekuna, identyfikacja i próba korekty czynników spustowych (leczenie chorób towarzyszących, korekta schematu stosowanych leków). Podstawowa reguła brzmi: „jak rozwiązałbym ten problem, gdyby moim podopiecznym było 3-5-letnie dziecko?”
8. Stosowanie leków powinno być ograniczone do przypadków, w których interwencje niefarmakologiczne nie mogą być zastosowane lub okazały się nieskuteczne, a objawy są nasilone i mogą stanowić zagrożenie dla życia lub zdrowia pacjenta lub opiekuna.
9. Leki powinny być stosowane rozważnie, na początku w bardzo małych dawkach, które - w miarę potrzeby - mogą być podnoszone wyłącznie powoli i pod warunkiem monitorowania objawów niepożądanych. Przed zastosowaniem silnych leków psychotropowych pacjent powinien być bezwzględnie leczony tzw. „lekami alzheimerowskimi”.
10. Opiekun powinien pamiętać, że jego dobre samopoczucie przekłada się na dobry nastrój chorego. Opiekunowie powinni zostawić sobie trochę czasu na odpoczynek i własne przyjemności, nagradzać siebie i pacjenta za postępy we wprowadzaniu zmian.

## 12. Stowarzyszenia Alzheimerowskie

• *Województwo Dolnośląskie*

### **Fundacja Alzheimerowska**

50-367 Wrocław, ul. Pasteura 10

telefon: +48 71 784 15 85; e-mail: fundalzh@ak.am.wroc.pl

• *Województwo Kujawsko-Pomorskie*

### **Bydgoskie Stowarzyszenie Choroby Alzheimerera**

85-168 Bydgoszcz, ul. Ujejskiego 11 lok. 1

telefon: +48 52 371 16 44; e-mail: alzheimerbydgoszcz@wp.pl

### **Toruńskie Stowarzyszenie Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimerera**

87-100 Toruń, ul. Bydgoska 54/4; telefon: +48 56 622 33 14

### **Toruńskie Stowarzyszenie Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimerera**

87-100 Toruń, ul. Ligi Polskiej 8; telefon: +48 56 648 85 71; +48 56 657 42 90

• *Województwo Lubelskie*

### **Lubelskie Stowarzyszenie Alzheimerowskie**

20-205 Lublin, ul. Towarowa 19

telefon: +48 81 444 45 44; e-mail: lsa@inetia.pl; www.lsa.lublin.pl

• *Województwo Lubuskie*

### **Stowarzyszenie Alzheimerera – Dom Pomocy Społecznej nr. 2 „Dom w Połowie Drogi”**

66-414 Gorzów Wielkopolski, ul. Walczaka 42

telefon: +48 95 735 86 10 wew. 130/131; e-mail: Dpsnr2@o2.pl

### **Lubuskie Stowarzyszenie Wsparcia Opiekunów i Osób Dotkniętych Chorobą Alzheimerera**

65-100 Zielona Góra, os. Pomorskie 28

telefon: +48 68 325 83 66; e-mail: kontakt@cuo.zgora.pl

• *Województwo Łódzkie*

### **Łódzkie Towarzystwo Alzheimerowskie**

93-110 Łódź, ul. Przybyszewskiego 111

telefon: +48 42 681 24 32; + 48 42 681 24 38; e-mail: tow\_alzheimer@onet.pl

www.csk.lodz.pl/alzheimer

• *Województwo Małopolskie*

### **Małopolska Fundacja Pomocy Ludziom Dotkniętym Chorobą Alzheimerera - Ośrodek Pobytu Dziennego**

31-416 Kraków, ul. Dobrego Pasterza 110, lok. 22

telefon: +48 12 410 54 20; e-mail: fundacja@alzheimer-krakow.pl

www.alzheimer.krakow.pl

• *Województwo Mazowieckie*

### **Dom Dziennego Pobytu i Terapii dla Osób Z Chorobą Alzheimerera**

09-400 Płock, ul. Sienkiewicza 50

telefon: +48 24 268 67 64

### **Płockie Stowarzyszenie Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimerera**

09-400 Płock, ul. Płoskiego 6, lok. 1

telefon: +48 24 277 05 50; +48 24 366 14 66

telefon komórkowy: 604 719 344

dotkowne informacje: +48 24 366 14 66

biuro - czynne w pierwszy poniedziałek miesiąca w godz. 16.00–19.00

### **Stowarzyszenie Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimerera**

26-600 Radom, ul. Królowej Jadwigi 1

telefon: +48 24 333 12 22

dotkowne informacje: poniedziałek i środa w godz. 16.00–17.00

### **Fundacja Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimerera**

96-500 Sochaczew, ul. Kuznocin 67

telefon: +48 46 861 92 82 +48 46 863 16 58

### **Grupa Wsparcia dla Osób z Chorobą Alzheimerera**

96- 500 Sochaczew, ul. Zawadzkiego 3/12

telefon komórkowy: 600 669 965

### **Polskie Stowarzyszenie Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimerera**

00-118 Warszawa, ul. Emilii Plater 47

telefon: +48 22 622 11 22

fax: + 48 22 622 11 22; e-mail: alzheimer\_pl@hotmail.com

• *Województwo Opolskie*

**Opolskie Stowarzyszenie na Rzecz Rodzin i Osób z Chorobą Alzheimera**

47-303 Damrota 2, Krapkowice

telefon komórkowy: 500 169 863; mail: alzheimer.krapkowice@interia.pl

www.alzheimer.net.pl

• *Województwo Podkarpackie*

**Podkarpackie Stowarzyszenie Pomocy - Osobom z Chorobą Alzheimera**

35-310 Rzeszów, ul. Seniora 2

telefon: +48 17 857 93 50; e-mail: Alzheimer.rzeszow@free.ngo.pl

• *Województwo Podlaskie*

**Białostockie Stowarzyszenie Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimera**

15-420 Białystok, ul. Św. Mikołaja 1, lok. 38

telefon komórkowy: 602 831 797; e-mail: zbichor@post.pl

dotatkowe informacje: telefon czynny we wtorki w godz. 17.00–18.00

**Alzheimerowska Grupa Wsparcia przy Fundacji CITON**

18-400 Łomża, ul. Szosa Zambrowska 1/27

telefon: +48 86 216 54 21

• *Województwo Pomorskie*

**Gdańskie Stowarzyszenie Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimera**

81-824 Sopot, ul. Armii Krajowej 94

telefon: +48 58 551 63 64; mail: alzheimer.gdansk@free.ngo.pl

• *Województwo Śląskie*

**Śląskie Stowarzyszenie Alzheimerowskie – Klinika Wieku Podeszłego**

40-752 Katowice, ul. Medyków 14

telefon komórkowy: 663 343 278; dodatkowe informacje: 695 821 095

**Grupa Wsparcia dla Rodzin i Opiekunów Osób Chorych na Alzheimera, Parkinsona i inne Zaburzenia OUN - Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej**

41-709 Ruda Śląska, ul. Markowej 20

telefon: +48 32 344 03 26; e-mail: baskaw27@wp.pl

• *Województwo Świętokrzyskie*

**Stowarzyszenie na Rzecz Osób z Chorobą Alzheimera**

27-660 Koprzywnica, ul. Szkolna 8

telefon: +48 15 847 61 14, +48 15 847 70 30

fax: +48 15 847 61 14, + 48 15 847 70 30

e-mail: alzheimer.koprzywnica@interia.pl; www.alzheimer.koprzywnica.webpark.pl

• *Województwo Warmińsko-Mazurskie*

**Elbląskie Stowarzyszenie Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimera**

82-300 Elbląg, ul. Pułaskiego 1 C

telefon: +48 55 235 31 15; fax: +48 55 235 30 75

e-mail: kgrzybicka@poczta.fm

**Grupa Wsparcia dla Rodzin Osób Chorych na Chorobę Alzheimera**

10-228 Olsztyn, Al. Wojska Polskiego 35

telefon: +48 89 526 00 11 wew. 261

• *Województwo Wielkopolskie*

**Alzheimerowska Grupa Wsparcia – Dom Pomocy Społecznej**

64-920 Piła, ul. 11-go Listopada 40

**Wielkopolskie Stowarzyszenie Alzheimerowskie**

61-112 Poznań, ul. Zagórze 7/9

telefon: +48 61 855 02 74; telefon komórkowy: 501 081 709

e-mail: alzheimer.wielkopolska@neostrada.pl; www.alzheimer.wielkopolska.org.pl

**Wielkopolskie Stowarzyszenie na Rzecz Osób z Chorobą Alzheimera**

61-285 Poznań, ul. Szwajcarska 3

telefon: +48 61 873 90 81; telefon komórkowy: 694 778 421

e-mail: alzheimerwielkopolska@poczta.onet.pl

dodatkowe informacje: Szpital ZOZ Nowe Miasto

• *Województwo Zachodniopomorskie*

**Grupa Wsparcia**

76-131 Koszalin, ul. Zwycięstwa 190, pok. 216

telefon komórkowy: 605 512 374

**Szczecińskie Stowarzyszenie Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimera i Innymi Rodzajami Otepień „Jaskółka”**

71-460 Szczecin, ul. Broniewskiego 4/4

telefon: +48 91 432 94 70

fax: +48 91 454 14 81

**Zachodniopomorskie Stowarzyszenie Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimera**

71-460 Szczecin, ul. Broniewskiego 26

telefon: +48 91 454 05 07

**Grupa Wsparcia dla Rodzin i Opiekunów Osób Chorych na Alzheimera Środowiskowy Dom Samopomocy „Walentyńka”**

78-700 Szczecinek, ul. Wodociągowa 6 A

telefon: +48 91 371 42 89; e-mail: ous.noa2@wp.pl

## 13. Piśmiennictwo

- 1) Buhr GT, White HK. Difficult behaviors in long-term care patients with dementia. *J Am Med Dir Assoc* 2007; 8: e101-13.
- 2) Finkel SI. The signs of the behavioural and psychological symptoms of dementia. *Clinician* 1998; 16: 33-42.
- 3) International Psychogeriatric Association. BPSD Educational Pack. Available online at [www.ipa-online.org/ipaonlinev3/ipaprograms/bpsdarchives/bpsdrev/](http://www.ipa-online.org/ipaonlinev3/ipaprograms/bpsdarchives/bpsdrev/)
- 4) Livingston G, Johnston K, Katona C, Paton J, Lyketsos CG; Old Age Task Force of the World Federation of Biological Psychiatry. Systematic review of psychological approaches to the management of neuropsychiatric symptoms of dementia. *Am J Psychiatry* 2005; 162: 1996-2021.
- 5) Mace NL, Rabins PV. Trzydzieści sześć godzin na dobę. Poradnik dla opiekunów osób z chorobą Alzheimera i innymi chorobami otępiennymi oraz zaburzeniami pamięci w późnym okresie życia. Wydawnictwo Medipage, Warszawa, 2005 r.
- 6) Omelan C. Approach to managing behavioural disturbances in dementia. *Can Fam Physician* 2006; 52: 191-199.
- 7) Remington R, Abdallah L, Devereaux Melillo K, Flanagan J. Managing problem behaviors associated with dementia. *Rehabilitation Nursing* 2006; 31: 186-192.
- 8) Strona internetowa [www.alzheimer.pl](http://www.alzheimer.pl).

Notatki