



"Designed by Freepik"

## **ABC OCHRONY ZDROWIA PSYCHICZNEGO SENIORÓW**

Projekt pn. Akademia zdrowia! jest sfinansowany z budżetu Województwa Mazowieckiego przez Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej w ramach zadania pn.: Pomoc niemedyyczna w zakresie ochrony zdrowia psychicznego seniorów.

## NATURALNY PROCES STARZENIA SIĘ

Starość jest wpisana w życie człowieka i obejmuje szereg zmian, które można rozpatrywać w różnych aspektach. Na potrzeby tego opracowania rozpatrujemy ją na poziomie zmian zewnętrznych (takich jak na przykład siwienie włosów czy występowanie zmarszczek), wewnętrznych (na przykład zmiany w układzie sercowo-naczyniowym, trawiennym, mięśniowo-szkieletowym, hormonalnym, odpornościowym czy moczowym), zmian w zakresie funkcjonowania zmysłów, jak również zmian w zakresie funkcjonowania społecznego. Seniorzy różnią się między sobą tempem oraz przebiegiem procesu starzenia się, a wynika to z odmiennych uwarunkowań genetycznych, doświadczeń życiowych i strategii adaptacyjnych, czyli zdolności dopasowywania się do zmiennych warunków środowiska. Istnieje kilka klasyfikacji, wśród których – na potrzeby tego poradnika – wyróżnimy podział obejmujący przebieg i czas trwania zmian zachodzących w procesie starzenia się. Wyróżniamy starzenie się fizjologiczne (naturalne), przedwczesne i patologiczne (obciążone na przykład zmianami chorobowymi niemieszczącymi się w ramach powszechnie rozumianych jako naturalne).

**Starzenie się fizjologiczne (naturalne)** rozumiane jest jako zachodzące w stopniu i w czasie przyjętym za właściwy dla danego gatunku. Charakteryzuje się zmianami w funkcjonowaniu psychofizycznym

(codziennym), objawiającymi się większą podatnością na stres przy jednoczesnym zmniejszeniu dynamiki i tempa dostosowywania się do zmieniających się warunków i wymogów otoczenia. Przykładem starzenia fizjologicznego może być reakcja na pojawiające się nowe technologie i ich rosnące znaczenie w codziennym funkcjonowaniu. Seniorzy, którzy starzeją się fizjologicznie, mogą na przykład odczuwać lęk przed realizacją operacji finansowych za pomocą nowych (z punktu widzenia ich kilkudziesięcioletnich przyzwyczajeń i praktyki) narzędzi, takich jak nowoczesne technologie (na przykład komputer). Seniorom trudno jest przestawić się na realizowanie opłat za mieszkanie czy wypełnianie rocznych zeznań podatkowych PIT przy użyciu komputera, a nie tak, jak przez większość życia – w drodze zlecenia przelewu w okienku pocztowym albo wypełnienia PIT-u ręcznie. Osobom starszym może towarzyszyć lęk przed sięgnięciem po nowy sposób załatwienia sprawy, ale jednocześnie starają się oni podążać za postępem i zmianami. Robią to z sukcesem, jednakże relatywnie wolniej niż osoby kilkadziesiąt lat młodsze. Pomimo że ujawniają mniejszą sprawność (w porównaniu z osobami młodszymi) w dostosowaniu się do nowych warunków, to w odniesieniu do ich grupy wiekowej obniżone tempo adaptacji jest naturalne. Dotyczy to wszystkich narządów i układów w organizmie człowieka – po prostu spada wydajność i wydolność organizmu. Nie chodzimy już tak szybko jak kiedyś, nie widzimy i nie

słyszemy tak dobrze jak kiedyś, nie zapamiętujemy tak szybko jak kiedyś, ale mieści się to w ramach, które są powszechnie rozumiane jako naturalne w tym wieku. Co ważne, spadek wspomnianych możliwości nie wpływa na naszą zdolność samodzielnego funkcjonowania – radzimy sobie ze wszystkim, tylko – w dużym uproszczeniu – radzimy sobie wolniej niż kiedyś. Zachodzące w starości zmiany o charakterze fizjologicznym (naturalnym) mogą mieć odzwierciedlenie w reakcjach organizmu, takich jak dolegliwości żołądkowe, bóle głowy, mięśni i stawów, dla których nie ma medycznej przyczyny (są to tak zwane konsekwencje somatyczne). Zmiany zachodzą również w ośrodkowym układzie nerwowym (mózgu) seniorów. W tym czasie dochodzi do zaostrzania chorób, które zaistniały w wieku średnim, i uznaje się je już za choroby przewlekłe (trwale). Podsumowując – w procesie fizjologicznego (naturalnego) starzenia spada odporność, wydajność i wydolność organizmu, zmniejsza się odporność na stres i maleje zdolność adaptacji do nowych sytuacji. Dzieje się to jednak na takim poziomie, że nie ma to wpływu na bezpieczne, świadome i samodzielne funkcjonowanie.

Starości nie należy jednak spozstrzegać jako problemu, bolączki naszych czasów, a traktować jak kolejny etap życia niosący ze sobą specyficzne i niespecyficzne wyzwania. Późna dorosłość, bez względu

na to jak dynamiczny ma przebieg, może i powinna być okresem charakteryzującym się maksymalnie wysokim poziomem jakości życia. Stan zdrowia psychicznego jest niezwykle ważny dla pomyślnego, satysfakcjonującego życia. Większość ludzi zazwyczaj wie co robić, aby zachować zdrowie fizyczne (odpowiednia dieta, ćwiczenia fizyczne, sen itp.). Natomiast niewiele osób wie, jakie czynniki mają znaczący wpływ na zdrowie psychiczne. Niektórzy badacze uważają, iż na zdrowie człowieka wpływają:

- w około 5–10 % czynniki genetyczne,
- w 5–10 % środowisko fizyczne,
- w 25 % otoczenie społeczne,
- w 50 % styl życia,
- w 10–20 % medycyna naprawcza.

Jak z tego wynika aż 75% czynników wpływających na ludzkie zdrowie pochodzi z otoczenia społecznego człowieka oraz jego stylu życia. Ważne, żeby pamiętać, że problemy ze zdrowiem psychicznym miewają ludzie w każdym wieku, mogą one jednak przybierać na sile w jesieni życia. Ich przyczyny są niezwykle zróżnicowane. Podłożem zaburzeń i chorób psychicznych w starości mogą być problemy natury psychologicznej, przejawiające się w postaci zaburzeń przystosowawczych (np. stres związany przejściem na emeryturę, zmniejszoną wydolnością organizmu, ograniczeniem kontaktów

społecznych itp.), problemy natury biologicznej (np. organiczne uszkodzenia centralnego układu nerwowego) czy na przykład problemy sytuacyjne (poważna choroba, śmierć bliskich, pobyt w instytucji o charakterze opiekuńczym itp.). Należy także pamiętać, że zmiany spowodowane procesem starzenia się, w aspekcie czynnościowym, powodują mniejszą u osób starszych odporność na stres, mniejszą psychologiczną zdolność do adaptacji, słabszą odporność immunologiczną, mniej wydolne mechanizmy regulacyjne utrzymujące homeostazę. Nieprzystosowanie o charakterze psychicznym rodzi zaburzenia psychogenne (np. hipochondria, konwersja) lub czynnościowe (np. zaburzenia lękowe, zaburzenia nastroju). Natomiast zaburzenia czynności mózgu skutkują różnorodnymi zespołami organicznymi mózgu (np. choroba Alzheimera i inne demencje).

## **CZYM CHARAKTERYZUJE SIĘ FUNKCJONOWANIE POZNAWCZE W OKRESIE STAROŚCI?**

Badania nad inteligencją osób starszych dowodzą, że nie zmienia się ona z upływem czasu (Stuart-Hamilton, 2006). Starzenie fizjologiczne charakteryzuje się brakiem znaczącego dla jakości życia spadku zdolności i umiejętności wynikających ze sprawności takich funkcji psychicznych, jak zakres wiedzy ogólnej, pamięci, osąd praktyczny (zdolność oceny sytuacji), zasób słów, zdolność logicznego

myślenia, umiejętność zmagania się z trudnymi sytuacjami i zdolność wykonywania złożonych czynności (Studen, 2011). Najbardziej stabilne w ciągu życia (a zatem również w okresie starości) są zdolności językowe, szczególnie te związane z wiedzą i zasobem słownictwa oraz z umiejętnością ich zastosowania (Verhaeghen i in., 2006; Marcinek, 2007; Studen, 2009). Zaobserwowano, że pomimo zmian fizjologicznych zdecydowana większość seniorów efektywnie radzi sobie z czynnościami i zadaniami życia codziennego, takimi jak na przykład robienie zakupów czy zarządzanie finansami (Bee, 2004; Marcinek, 2007).

Zauważalne negatywne aspekty w zakresie niektórych zadań są związane z obniżonym czasem reakcji seniorów (potrzebują oni więcej czasu na realizację zadań). Wydłuża się czas reakcji w obszarze pamięci epizodycznej, operacyjnej, na także zdolności przestrzennych i rozumowania. Z wiekiem mogą ulec pogorszeniu również zdolności matematyczne, koncentracja, zdolność przetwarzania nowych informacji i podzielność uwagi, a także zdolności abstrakcyjno-logiczne (Cavanaugh, 1997; Verhaeghen i in., 2006; Marcinek, 2007). Następują też zmiany w zakresie zapamiętywania i przypominania (osoba wolniej i mniej skutecznie zapamiętuje nowe informacje, jej dostęp do wiedzy trwałej również nie jest tak szybki jak kiedyś) oraz uczenia się nowych rzeczy (Turner, Helms, 1999; Studen, 2011). Seniorzy mogą również

potrzebować więcej czasu na rozwiązywanie problemów (Bee, 2004; Marcinek, 2007). Mogą to robić mniej kreatywnie, ale za to skutecznie. Większość osób dożywających wieku senioralnego starzeje się fizjologicznie (naturalnie). Obniżenie sprawności funkcji i narządów nie ma u nich charakteru patologicznego, co oznacza, że zachowują oni pełną zdolność do radzenia sobie z sytuacjami typowymi dla tego okresu życia.

### **JAK SENIORZY OCENIAJĄ SWOJE ZDROWIE?**

Z badań przeprowadzonych w roku 2013 wynika, że większość polskich seniorów ocenia swój stan zdrowia jako dobry bądź raczej dobry, przy równoczesnym zaznaczeniu, że cierpią oni na różnego rodzaju choroby przewlekłe (Wojciechowska, 2013). Gdy zapytamy młodsze osoby o to, jaki według nich jest stan zdrowia seniorów, usłyszymy, że jest on fatalny – takie jest stereotypowe myślenie w tej grupie wiekowej. Przy czym warto podkreślić, że koncentrujemy się tu tylko na tym finalnym przekonaniu, z którego w dalszej części podrozdziału wynikną ciekawe konsekwencje. Nie angażujemy się tutaj w analizę powodów, dla których młodszy tak postrzegają starość. Powróćmy do wyników przytoczonych badań – pokazują one, że osoby starsze nie są nadmiernie pochłonięte stanem swojego zdrowia. Może to wynikać z faktu, że seniorzy spodziewają się pewnych dolegliwości w danym wieku. Również z najnowszych badań (Szczuka, 2018) wynika,



że największą grupę wśród badanych osób starszych stanowią ci, którzy stan swojego zdrowia oceniają jako przeciętny (inne podawane przez respondentów określenia to: dobry, bez zmian, zadowolający). Deklarują oni dobre samopoczucie, a dopiero potem wspominają o występujących chorobach, co oznacza, że choroby nie przesłaniają im radości życia. Wspominamy przekonania ludzi młodych starość jest smutna i zdominowana przez choroby. Jeśli chodzi o osoby doświadczające starości, to najbardziej liczna grupa nie wpisuje się w ten stereotyp i postrzega swoją starość – najogólniej rzecz ujmując – pozytywnie. Dlaczego o tym piszemy? Opiekę nad seniorami sprawują często osoby młodsze (ich dorosłe dzieci). I przychodzi moment, w którym zderzają się dwa różne punkty widzenia na to samo zagadnienie. Jest to moment, w którym młodszy zaczyna sprawować faktyczną opiekę nad starszymi, z przekonaniem (odwrotnym do przekonania seniorów), że „starość się Panu Bogu nie udała”. Ma to swoje konsekwencje w nastawieniu do opieki i formie, którą jej nadajemy. Jeżeli podchodzimy do realizacji zadania z przekonaniem, że „tu już nic się nie da zrobić, bo w tym wieku tak już jest, że jest fatalnie”, bardzo ograniczamy pole działania. Nie wspieramy w zachęcaniu do działania, a jedynie towarzyszymy w ubolewaniu nad losem seniora, który często, nie chcąc nam robić przykrości (bo tak jest wychowane to pokolenie), towarzyszy w tych lamentach, ale robi to wbrew sobie. Dlatego, gdy przyjdzie nam

opiekować się kimś bliskim, zastanówmy się, co myślimy o starzeniu się tej konkretnej osoby. Z czego wynika nasze myślenie? Czy jest wnioskiem z rozmów z seniorem, czy tylko naszym wyobrażeniem zbudowanym na bliżej nieokreślonej podstawie? Jeżeli dotyczy nas ta ostatnia sytuacja, porozmawiajmy z bliskim o jego prawdziwych odczuciach. Jeżeli obali nasz mit o tym, że jest mu z definicji źle, bo jest stary, mamy szerokie pole do wspólnego, kreatywnego działania, bo nasz bliski cieszy się życiem i chce z niego korzystać, czyli jest otwarty na działanie.

## Z CZYM JEST DOBROSTAN SENIORÓW?

Dobrostan jest terminem oznaczającym subiektywnie postrzegane przez osobę poczucie szczęścia, pomyślności i zadowolenie z życia (Trzebińska, 2008; Krok, 2011; Ryff, Singer, 2002). Jak wskazują wyniki badań (Wacko, 2013; Wojciechowska, 2013; Szczuka, 2018), dobrostan polskich seniorów jest związany przede wszystkim z odczuwaniem pozytywnych relacji z innymi, z zadowoleniem i radością wynikającymi z bliskiego kontaktu z drugim człowiekiem oraz zdolnością do utrzymywania relacji przyjaźni i miłości, z potrzebą tworzenia satysfakcjonujących relacji i odczuwania troski o innych. Polscy seniorzy pytani o to, jak żyć szczęśliwie, odpowiadają: przede wszystkim utrzymywać dobre kontakty z innymi (jest to według nich

ważniejsze niż na przykład koncentracja na zdrowiu) i to właśnie ze swoich relacji z członkami rodziny, kolegami i przyjaciółmi są najbardziej zadowoleni. Dotychczas przeprowadzone badania (Szczuka, 2018) wskazały również, że seniorzy w Polsce mają poczucie sensu swojego życia i są pełni nadziei, a najważniejsze dla nich są zadania i cele koncentrujące się na rodzinie. Jest to bardzo ważna informacja dla potencjalnych opiekunów tych osób, gdyż na jej podstawie wiemy, że koncentracja na budowaniu dobrych relacji między członkami rodziny i innymi osobami (relacje społeczne) wpisuje się w najważniejsze potrzeby seniorów. Tym samym stanowi obszar, który najsilniej determinuje poczucie szczęścia seniorów i powinien stać się priorytetowym dla opiekunów. Ta informacja będzie miała olbrzymie znaczenie w sytuacji, gdy przyjdzie nam zacząć organizować opiekę dla chorej osoby. Często opieka w chorobach otępiennych zmierza do izolacji społecznej chorych, a w świetle przytoczonych powyżej danych jest to działanie sprzeczne z najważniejszą potrzebą seniorów związaną z kontaktami społecznymi.

Najważniejsze potrzeby z punktu widzenia seniorów dotyczą jakości relacji z innymi ludźmi. Budując dobre relacje z seniorami (szanując i nie ograniczając ich oraz minimalizując konflikty), wspieramy ich poczucie spełnienia i szczęścia.

## CHOROBY OTĘPIENNE

W poprzedniej części wymienione zostały trzy typy starzenia: fizjologiczne (które jest zjawiskiem naturalnym), przedwczesne (które, choć ma cechy starzenia fizjologicznego, występuje jednak w wieku wcześniejszym niż typowy) oraz patologiczne. O starzeniu patologicznym mówimy wtedy, gdy proces ten jest przyspieszony na skutek działania chorób lub czynników środowiskowych (np. smog, skażenie radioaktywne). Zakres i tempo obniżania sprawności fizycznej i psychicznej wyraźnie utrudniają osobie starszej codzienne funkcjonowanie. Skutkami zmian polegających na spadku sprawności funkcji psychicznych i fizycznych są: zniedołężnienie, niemożność samodzielnego funkcjonowania i wynikająca z nich potrzeba wsparcia. Najczęstszymi schorzeniami fizycznymi i psychicznymi w przebiegu starzenia patologicznego są zespoły otępienne, ograniczenie sprawności ruchowej, a także zespoły depresyjne oraz choroby zwyrodnieniowe.

## PODSTAWOWE INFORMACJE O CHOROBACH OTĘPIENNYCH

Otępienie jest jednym z możliwych patologicznych zjawisk, które najczęściej występuje w wieku senioralnym i którego ryzyko wystąpienia wzrasta z wiekiem. Warto jednak mieć na względzie, że otępienie występuje nie tylko w wieku starym, gdyż choroby otępienne

występują również wśród osób młodszych. Liczba ludzi dotkniętych tym zaburzeniem nieustannie rośnie. Według danych dostępnych z World Alzheimer Report, na całym świecie w 2019 roku żyje już ponad 50 milionów osób cierpiących na otępienie (World Alzheimer Report, 2019).

## Otępienie – definicja

Otępienie jest zauważalnym upośledzeniem sprawności funkcji intelektualnych. Upośledzenie to jest nieproporcjonalnie większe, niż mogłoby to wynikać z wieku osoby chorej. Jest ono rozumiane jako zaburzenie funkcjonowania poznawczego, obejmującego oprócz zaburzeń pamięci także deficyty w zakresie co najmniej dwóch z następujących funkcji: mowy (afazja), celowej złożonej aktywności ruchowej (apraksja) oraz zdolności do rozpoznawania i identyfikowania przedmiotów (agnozja), a także zaburzeń planowania, inicjowania, kontroli i korygowania przebiegu złożonego zachowania (czyli zaburzenia funkcji wykonawczych). Przy czym te deficyty poznawcze są na tyle głębokie, że zaburzają funkcjonowanie społeczne, aktywność zawodową oraz wykonywanie codziennych czynności. Istotny jest także fakt, że zaburzenia chorobowe w przebiegu otępienia obejmują nie tylko uszkodzenie funkcji poznawczych, ale także są związane z licznymi zaburzeniami zachowania, takimi jak na przykład spadek kontroli nad

reakcjami emocjonalnymi, społecznymi, motywacją i zachowaniem. To właśnie zaburzenia zachowania bywają szczególnie uciążliwe dla opiekuna i w przeciwieństwie do zaburzeń poznawczych ujawniają się w sposób mniej uporządkowany i są bardziej indywidualne na różnych etapach choroby.

### Otępienie – przyczyny

Choroba otępienna jest zazwyczaj zaburzeniem wieloprzyczynowym. **Jest zaburzeniem przewlekłym lub postępującym.** Na jego rozwój mają wpływ różnorakie czynniki uszkodzające ośrodkowy układ nerwowy: wskazuje się przy tym na uszkodzenie mózgu w okolicach skroniowych (związanych między innymi z mową), hipokampalnych (odpowiedzialnych za pamięć i uczenie się), czołowych zwojów podstawnych (odpowiedzialnych na przykład za pamięć, myślenie, ocenę sytuacji i przewidywanie konsekwencji, a także osobowość) i ciemieniowych (odpowiedzialnych za orientację w przestrzeni, zdolność liczenia i nazywania przedmiotów).

### Otępienie – fazy choroby

Nasilenie otępienia zazwyczaj przedstawiane jest w podziale na stadia, od łagodnego (I etap), poprzez umiarkowane (II etap) do głębokiego (III etap). Granice poszczególnych etapów są nieostre, co

oznacza, że przechodzą one płynnie jeden w drugi. W **łagodnym stadium otępienia** ograniczone jest wykonywanie różnorodnych złożonych czynności, na przykład takich jak gospodarowanie własnymi finansami czy przestrzeganie zaleceń lekarskich. Zmiany te najczęściej nie są zauważalne przez samego chorego i jako pierwsze są obserwowane przez otoczenie. Chory nie doświadcza jeszcze istotnych problemów w codziennym funkcjonowaniu, choć występują już zaburzenia pamięci, podobnie jak problem z przypomnieniem sobie niektórych słów. Już na tym etapie zauważalne może być osłabienie kontroli emocjonalnej chorego oraz oskarżanie innych o kradzież (gdy zagubi swoje rzeczy), a także objawy depresji (gdy osoba zdaje sobie sprawę ze swoich zmian w codziennym funkcjonowaniu). Celem opiekuna osoby znajdującej się w pierwszym etapie choroby otępiennej jest przede wszystkim wspieranie jej godności i bezpieczeństwa, usprawnianie w zakresie gorzej zachowanych funkcji, dyskretne wspieranie w czynnościach dnia codziennego oraz budowanie poczucia wartości dzięki pracy na dobrze zachowanych umiejętnościach.

**Stadium umiarkowane** charakteryzuje się wykonywaniem przez chorego tylko prostych obowiązków domowych, przy czym zakres czynności niemożliwych do wykonania nieustannie się powiększa. Osoba wymaga coraz większego wsparcia w radzeniu sobie z codziennymi zadaniami, takimi jak przygotowywanie jedzenia,

ubieranie czy higiena. Na tym etapie choroby zauważalne są wyraźne zaburzenia pamięci – chory może gubić się w znanych sobie miejscach, przez co wymaga zapewnienia mu poczucia bezpieczeństwa, a to skutkuje koniecznością otoczenia go całodobową opieką. Na tym etapie u chorych często pojawiają się zaburzenia zachowania i omamy wzrokowe bądź słuchowe. W drugim etapie choroby znacząco wzrasta zaangażowanie opiekuna (w wymiarze czasowym i funkcjonalnym), przy jednoczesnej redukcji czasu dla siebie i wzroście zapotrzebowania na wsparcie na poziomie jego potrzeb psychicznych związanych z narastającym poczuciem obciążenia, zmęczeniem i stresem.

W przypadku **głębokiego stadium otępienia** niezbędna jest stała opieka i pielęgnacja chorego, który ma znacznie ograniczony kontakt słowny i coraz mniej rozumie mowę innych. Nie kontroluje on czynności fizjologicznych oraz ma problemy z samodzielnym spożywaniem posiłków i utrzymaniem higieny (z powodu utraty umiejętności praktycznych). Chory nie pamięta faktów z życia rodziny, nie pamięta imion bliskich osób, jest niezorientowany w czasie. W trzecim etapie choroby dochodzimy do momentu, w którym opiekun wspiera chorego we wszystkich czynnościach życiowych niezależnie od tego, czy chory jest leżący, czy ma możliwość poruszania się. Jak wynika z powyższego opisu, na każdym z etapów choroby otępiennej opiekun ma inne cele do zrealizowania. Celem nadrzędnym jest stworzenie godnych warunków



życia w chorobie dla całej rodziny. Każdy z etapów wymaga innego dostosowania otoczenia zewnętrznego. Dopasowania powinny być dyskretne, acz skuteczne. Pod pojęciem „dyskretne” rozumiemy dopasowania adekwatne do bieżącej oraz wybiegającej krok do przodu sytuacji określanej stanem funkcjonalnym chorej osoby. Chodzi o to, że skoro wiemy, że jest duże prawdopodobieństwo tego, że w trzecim etapie choroby nasz bliski będzie osobą leżącą, nie zabezpieczamy go łóżkiem rehabilitacyjnym już w etapie pierwszym, bo to narusza jego poczucie bezpieczeństwa, godności i własnej wartości. Dyskretnym dopasowaniem jest zabezpieczenie drzwi (zamkiem na klucz) przed niepostrzeżonym użyciem przez chorego, bo to może poważnie zagrozić jego bezpieczeństwu.

## CHARAKTERYSTYKI NAJCZĘŚCIEJ DIAGNOZOWANYCH CHORÓB OTĘPIENNYCH

Dotychczas wyróżniono około 120 typów chorób otępiennych. Wszystkie z nich są progresywne (czyli postępujące), jednak rozwój objawów oraz ich dynamika charakteryzują się indywidualnym przebiegiem. Wszystkie z nich znacznie utrudniają codzienne funkcjonowanie i trwają aż do śmierci.

Najczęściej diagnozowaną chorobą otępienną jest **otępienie w chorobie Alzheimera** – szacuje się, że stanowi ono 60 % –70 % wśród

diagnozowanych chorób otępiennych. Jej znacznikami są zniszczenia określonych części mózgu oraz obecność w jego tkankach specyficznych rodzajów zmian morfologicznych (zmiany w strukturze komórek nerwowych). Choroba Alzheimera (w skrócie AD), powoduje niszczenie komórek mózgowych, prowadząc do zakłócenia przepływu informacji w mózgu. Osoba dotknięta chorobą Alzheimera traci funkcje stopniowo i trwale. Powszechnie wyróżniany zespół otępienny to także **otępienie naczyniowe** (nazywane również naczyniopochodnym, w skrócie VaD), które występuje u 16 % osób z demencją. Otępienie naczyniowe powstaje w wyniku zaburzenia krążenia, a w konsekwencji dochodzi do ostrego lub przewlekłego niedokrwienia obszarów mózgu i wynikających z niego zaburzeń. Zazwyczaj początek patologicznych zmian w tej sytuacji jest nagły i narasta skokowo. Oznacza to, że symptomy utrzymują się przez pewien czas w stanie niezmiennym, po czym następuje ich gwałtowne pogłębienie. W przypadku **otępienia z ciałami Levy'ego** (skrót DLB) chory charakteryzuje się falującymi zaburzeniami poznawczymi i zaburzeniami stanów świadomości. Charakterystyczna jest sztywność chodu i postawy. Chory bywa także drażliwy, chwiejny emocjonalnie i może przejawiać zaburzenia agresywne oraz zaburzenia zachowania. Zaburzenia pamięci nie muszą występować na początku choroby, a przebieg jest szybszy niż w przypadku choroby Alzheimera.

**Choroba Picka** jest jedną z rzadziej występujących chorób otępiennych. To jedna z odmian otępienia czołowo-skroniowego, w której pamięć trwała jest względnie zachowana, a bardziej charakterystyczne są zaburzenia mowy i aspołeczne zachowania niszczycielskie (na przykład zabicie lustra u kogoś w domu), zmiany osobowości bądź niewłaściwe zachowania seksualne.

**Otępienie w chorobie Huntingtona** charakteryzuje się z kolei niekontrolowanymi zaburzeniami motorycznymi. Podczas przebiegu tej choroby mogą też wystąpić natręctwa, drażliwość oraz zaburzenia poznawcze i depresja.

**U jednej osoby może występować kilka chorób otępiennych.**

## **JAKIE CHOROBY BYWAJĄ MYLONE Z CHOROBAMI OTĘPIENNYMI**

Istnieje dość obszerny zbiór objawów, które występują w ramach różnych i licznych jednostek chorobowych, zarówno mających charakter powszechny, jak i rzadko diagnozowanych. Obserwacja określonych objawów jest sygnałem do działania we współpracy z lekarzami mającymi wiedzę, jakie choroby mogą stanowić powód wystąpienia konkretnych objawów i ich kombinacji. Lekarze mają również narzędzia do wykluczania przyczyn objawów (chorób), które mogą wydawać się właściwe dla danej jednostki chorobowej, a w wyniku interpretacji

specjalistycznych badań okazuje się, że są spowodowane zupełnie inną chorobą. Nie inaczej jest w przypadku objawów typowych w przebiegu chorób otępiennych. To, że objawy te są właściwe w ich przebiegu, wcale nie musi oznaczać, że dotyczą właśnie tej choroby. Opiekun, który miał odwodnioną mamę, powie: „Moja mama miała zaburzenia pamięci, gdy była odwodniona”. Inny powie: „Moja mama miała zaburzenia pamięci, gdy miała posocznicę...”. A jeszcze inny stwierdzi, że jego mama podobnie zachowywała się po udarze. Ważne jest, by zrozumieć, że nawet gdy kilku naszych znajomych na podstawie zauważalnych objawów poda swoje przypuszczenia odnośnie do diagnozy, nie muszą one dotyczyć akurat naszego bliskiego. Bez konsultacji lekarskiej i specjalistycznych badań możemy pomylić z chorobą otępienną depresję, posocznicę, funkcjonalne zaburzenie pamięci, cukrzycę, raka mózgu, odwodnienie i wiele innych. Nie będziemy tu rozwijać charakterystyk wymienionych chorób właśnie z wyżej opisanych powodów: kompetencje do ich opisu mają lekarze. W dalszej części książki poświęcimy więcej uwagi tylko depresji. Nie uznajemy za słuszne tego, by dostarczać informacji, które mogą stanowić pretekst do samodzielnych prób stawiania diagnoz – jest to bardzo niebezpieczne i nie powinno występować. Sygnalizujemy ten fakt po to, by dać Państwu informację, że tak naprawdę bez udziału lekarzy i bez specjalistycznych badań nie jesteśmy w stanie rzetelnie stwierdzić, na co choruje nasz

bliski. Ważne jest natomiast, abyście wiedzieli, że podobne objawy daje wiele chorób. Wymienione przez nas stanowią ułamek możliwych chorób dających objawy podobne do typowych w przebiegu chorób otępiennych, dlatego nie należy ich samodzielnie interpretować. Na przykład, jeśli ktoś uzna, że: „To na pewno depresja, ale nie ma się czym przejmować”, a jego bliski w rzeczywistości cierpi na chorobę otępienną, nie będzie on w stanie realnie pomóc choremu. Jeżeli zignoruje leczenie, bo jest przekonany, że to „tylko” depresja, w sytuacji, w której naprawdę tak jest – niepodjęcie leczenia może skończyć się tragedią.

## **MITY NA TEMAT CHORÓB OTĘPIENNYCH**

Jednym z powodów, dla których choroby otępienne w powszechnej świadomości są postrzegane jako przerażające, jest bardzo niski poziom wiedzy o nich oraz budowanie opinii na temat choroby na podstawie krążących w obiegu fałszywych wyobrażeń na jej temat. Bardzo istotne jest rozróżnienie tego, co jest mitem, a co faktem. Daje to opiekunom lepsze podstawy do organizowania opieki. Poniżej przedstawiamy powszechnie panujące mity, czyli fałszywe przekonania, na temat chorób otępiennych.

## Mit numer 1: Ołępienie jest dziedziczne

Jednym z powszechnie funkcjonujących przekonan jest takie, że choroba ołępienna jest dziedziczna i w związku z tym choroba naszej bliskiej osoby oznacza, że i my na nią zachorujemy. Z tego wyobrazenia w momencie diagnozy bierze się lęk – o naszą bliską osob, o nas (jeżeli jesteśmy dziećmi chorego) i o nasze dzieci. Nietrudno wyobrazić sobie, jaki jest ciężar takiego myślenia i jak silnym czynnikiem hamującym jest przystępowanie do radzenia sobie z emocjami na wieść o diagnozie, obciążamy ją przekonaniem, że dotyczy nie tylko naszego rodzica, ale najprawdopodobniej również nas i naszych dzieci. W świetle doniesien naukowych znikomy jest udział odmian dziedzicznych w ogóle chorób ołępiennych (w zależności od źródła ten wskaźnik waha się od 1%–7%, co przekłada się na to, że nawet maksymalna wartość 7% oznacza, że wśród 100 zdiagnozowanych chorób ołępiennych maksymalnie siedem jest skutkiem dziedziczenia genów odpowiadających za rozwój choroby ołępiennej). Zatem w większości przypadków nie ma zależności, że skoro rodzic jest chory, to i jego dorosłe dziecko będzie na pewno chore. Dodatkowo, dziedziczona choroba ołępienna ujawnia się najczęściej w postaci wczesnej choroby ołępiennej. Tak czy inaczej, prawdopodobieństwo odziedziczenia choroby jest relatywnie niskie i naprawdę warto najszybciej, jak to możliwe, pozbyć się lęku przed

własną chorobą, by skupić się na tym, co jest tu i teraz najważniejsze – a tym będzie najlepsze z możliwych wsparcie naszej bliskiej osoby.

## **Mit numer 2: Choroba Alzheimera dotyczy tylko osób starszych**

Kolejne fałszywe wyobrażenie dotyczy tego, że choroba Alzheimera zdarza się tylko w wieku starczym. Nie jest to prawdą. Występują wczesne odmiany tej choroby, które dotyczą osób w wieku czterdziestu czy pięćdziesięciu lat. Najmłodsze osoby, u których zdiagnozowano na świecie chorobę Alzheimera miały około 20 lat. Stereotyp, że ta choroba otępienna dotyczy tylko okresu starości, ma daleko idące następstwa – gdy obserwujemy zmiany zachowań naszych bliskich, którzy nie przekroczyli pięćdziesiątki, nie przychodzi nam do głowy, że za tymi zmianami może kryć się choroba otępienna. Konsekwencje takiego stanu rzeczy to nie tylko długotrwała diagnostyka, ale także rezygnacja z pracy czy rozpad związku małżeńskiego (z powodu objawów choroby, które mogą być uznane po prostu za złą wolę partnera). Jest to bardzo trudny czas, dodatkowo obciążony brakiem uzasadnionej przyczyny stojącej za zmianą zachowań młodej osoby.

### **Mit numer 3: Diagnoza choroby otępiennej to wyrok**

Diagnozę choroby otępiennej osoby bliskiej wielu opiekunów odbiera tak, jakby ich życie właśnie się skończyło, a dla chorego nie było ratunku. To bardzo zgubne w skutkach przekonanie, które jest fałszywe z tego względu, że z chorobą otępienną można żyć w aktywny i wartościowy sposób przez wiele lat. Podejście typu „życie się skończyło” wywołuje rozpacz i utratę możliwości skoncentrowania się na tym, co jest najważniejsze – wciąż jesteśmy razem. Uczynimy więc czas, który nam pozostał, najpiękniejszym i niezapomnianym. Diagnoza choroby otępiennej nie jest punktem granicznym, przed którym wszystko co najpiękniejsze już było, a przed nami zostało tylko wszystko co najgorsze. Od nas jako opiekunów zależy, jaka będzie jakość życia po diagnozie. Od przekonań opiekunów zależy, czy wybiorą odkrywanie możliwości chorego, docenianie każdej z nich i radość ze wspólnych chwil, czy rozpacz, że coś powoli odchodzi. Bardzo dużo mówi się o problemach opiekunów. Jednakże choroba otępienna niesie ze sobą nie tylko wyrzeczenia, zmęczenie, izolację, problemy finansowe i inne. Diagnoza jest pewnym punktem zwrotnym, który zmienia dotychczasowe życie, a charakter tych zmian zależy nie tylko od przebiegu choroby, lecz również od naszego nastawienia. Wielu opiekunów mówi o odczuwaniu satysfakcji z opieki nad swoimi bliskimi, o nowej jakości relacji z chorym – bez masek i pozorów. Wielu



opiekunów satysfakcjonuje rozwiązanie różnych problemów rodzinnych. Próba radzenia sobie w codzienności z chorym to nic innego jak nauka poszukiwania nowych form komunikacji, nowych sposobów spędzania czasu, rozwiązywania konfliktów inaczej niż dotychczas. To uczenie się proszenia o pomoc i jej przyjmowania, to uczenie się wybaczenia i rozumienia potrzeb innych. To przygotowanie do własnej starości. Nasza postawa to odpowiedź na pytanie, czy przyjmuję chorobę bliskiego jako cierpienie, czy jako wyzwanie, czyli nową sytuację, która wymaga dopasowania. Wielu znanych nam opiekunów to trudne wyzwanie przekuło na doświadczenie, które z perspektywy czasu postrzegali jako takie, dzięki któremu spędzili więcej czasu ze swoimi bliskimi, zbliżyli się do nich, wydobyli z siebie to, co w nich najlepsze, stali się silniejsi, stali się – w swojej ocenie – lepszymi ludźmi.

#### **Mit numer 4: Chorobę otępienną można wyleczyć**

Wiele osób sądzi, że choroby otępienne da się wyleczyć. W rzeczywistości są one wspierane terapią lekową, ale jej celem nie jest wyleczenie, ponieważ nie odkryto jeszcze leków skutecznie pokonujących chorobę. Celem terapii lekowej jest – najogólniej ujmując – wspieranie sprawności mózgu w zachowanych przez niego obszarach oraz niwelowanie skutków niebezpiecznych dla chorego i jego otoczenia w przypadku zaburzonych zachowań (agresja, lęki, halucynacje,

omamy). Oznacza to, że nie ma na świecie leków, które mogą cofnąć skutki choroby. Nie ma również leków, które powstrzymają jej rozwój – są natomiast leki i działania mogące spowolnić występowanie kolejnych objawów. Niektórzy opiekunowie uruchamiający terapię lekową i zajęcia aktywizujące bliską osobę, wpadają w euforię i żyją nadzieją, że w przypadku ich bliskich na pewno uda się zatrzymać, a może wręcz cofnąć chorobę.

### **Mit numer 5: Ludzie lepiej wykształceni rzadziej chorują na choroby otępienne**

Mitem jest opinia, że osoby lepiej wykształcone, aktywne społecznie i zawodowo nie chorują na choroby otępienne. Ten stereotyp wynika z faktu, że osoby dobrze wykształcone i aktywne społecznie mają nagromadzone większe zasoby wiedzy, słów, doświadczeń, z których mogą czerpać nawet w czasie trwania choroby. Mają większe zasoby, które umożliwiają maskowanie ubytków. Na przykład nauczyciel akademicki w katedrze polonistyki zapomina, jak nazywa się określona pora dnia (rano, południe, wieczór, noc), ale rekompensuje ten brak pięknym opisem „słońca rozpościerającego promienie nad miastem zanurzonym w bajecznym świecie”. Te zdolności czerpania z większych zasobów, dzięki którym można zamaskować pewne ubytki, budują przekonanie, że ten problem nie dotyczy wymienionej grupy osób.

Tymczasem jest tak, że choroby otępienne dotyczą również i tej grupy, tylko trudność sprawia wychwycenie objawów. Dzieje się tak z tego powodu, że czasami wiedza chorego jest większa od wiedzy kogoś, kto mógłby zwrócić uwagę na fakt, że właśnie jego bliski – posiłkując się przytoczonym przykładem nauczyciela akademickiego – zaczyna mówić w sposób dla niego nienaturalny, ale jak najbardziej logiczny i adekwatny do sytuacji, zatem tym samym nie ma podstaw, by odczuwać niepokój. Warto wiedzieć, że w przypadku wkraczania na drogę diagnostyki, w przypadku chorych lepiej wykształconych, mających bogate słownictwo i szerokie horyzonty myślowe, trzeba być szczególnie delikatnym i ostrożnym w informowaniu ich o chorobie. Trudno jest biegłej księgowej przyjąć informację o tym, że ma problem z odejmowaniem. Trudno jest zaakceptować neurologowi, który do tej pory sam diagnozował otępienia, że i on doświadcza zaburzeń pamięci. Jednakże mocną stroną tych osób jest najczęściej to, że – z racji dotychczasowego aktywnego trybu życia – z reguły chętnie angażują się w proces ćwiczenia własnej pamięci. Dobrze jest to potraktować jako korzyść w przypadku planowania aktywności umysłowych chorego.

### **Mit numer 6: Chorzy na otępienie są zawsze złośliwi i agresywni**

Bardzo stygmatyzujące jest błędne przekonanie, że osoby z chorobami otępiennymi są zawsze agresywne i nieprzyjemne w swoim zachowaniu.

Reakcje osoby są powodowane przez chorobę. Te, które objawiają się agresją i nietaktownym zachowaniem, są w części wynikiem zmian w mózgu, ale w bardzo dużym stopniu – o czym rzadko się mówi – są uwarunkowane nieumiejętnym zachowaniem otoczenia chorego. Agresja jest często aktem obrony chorego przed zachowaniami, które identyfikuje on jako bezpośrednio mu zagrażające. Agresja spowodowana uszkodzeniem ośrodka kontrolującego emocje w mózgu jest regulowana farmakologicznie, ale część zachowań agresywnych, które obserwujemy u chorych, wywołują sami opiekunowie. Krzywdzące jest twierdzenie, że każdy chory jest agresywny. Bliższe prawdy jest założenie, że każdy chory prawdopodobnie będzie agresywny na skutek niewłaściwego traktowania przez otoczenie.

## **ZANIM ZORIENTUJEMY SIĘ, ŻE TO CHOROBA**

1. Do jakich specjalistów udać się z podejrzeniem choroby otępiennej. Poszukując możliwości diagnozowania choroby otępiennej, możemy spotkać się z sugestiami odwiedzenia niektórych z wymienionych specjalistów: lekarz rodzinny, psycholog, psychiatra, neurolog, neuropsycholog, geriatra, radiolog. Zanim przejdziemy do opisanego możliwych ścieżek diagnostycznych (jest ich kilka) przybliżymy w skrócie możliwą w tym procesie rolę specjalistów.

## Lekarz rodzinny

Zwany jest on często lekarzem pierwszego kontaktu (lekarz POZ). Ma on za zadanie planować i realizować kompleksową opiekę lekarską nad osobą objętą opieką medyczną, jej rodziną oraz społecznością w środowisku zamieszkania, w warunkach ambulatoryjnych i domowych. Z uwagi na fakt, że najczęściej osoba z chorobą otępienną jest w wieku, w którym statystycznie ujawniają się inne jednostki chorobowe, znaczenie lekarza rodzinnego jest niebagatelne w kontekście jego roli jako koordynatora współwystępujących schorzeń.

### **Powyższe oznacza, że od lekarza POZ możemy oczekiwać:**

- skierowania na badania laboratoryjne, w tym badania, w których materiał może być pobrany w domu pacjenta (w uzasadnionych przypadkach zlecenie wykonuje wówczas pielęgniarka środowiskowa)
- skierowania na badania diagnostyczne
- wypisania recepty, w tym recepty na leki, które zlecił lekarz specjalista z zastrzeżeniem, że może to zrobić wyłącznie na podstawie pisemnej informacji od tego lekarza. Pisemna informacja od lekarza specjalisty powinna zawierać rozpoznanie, sposób leczenia, rokowanie, dawkowanie leków (czas

przyjmowania i dawkę) oraz termin kolejnej wizyty. Co ważne, lekarz nie może tego robić jedynie na podstawie ustnej informacji pacjenta bądź jego opiekuna

- skierowania na rehabilitację, w tym na rehabilitację w domu pacjenta bądź na rehabilitację realizowaną w oddziale dziennym rehabilitacji
- skierowania do sanatorium
- skierowania dotyczącego długoterminowej opieki pielęgniarstwa
- (opieka nad obłożnie i przewlekle chorymi niezdolnymi do zaopiekowania się sobą i potrzebującymi pomocy)
- zaświadczenia lekarskiego na potrzeby orzeczeń o niepełnosprawności, ubezwłasnowolnienia oraz uzyskania pomocy w państwowych instytucjach pomocowych
- skierowania na zabiegi w gabinecie zabiegowym i w domu pacjenta. W tym miejscu warto podkreślić, że część świadczeń – o ile istnieją do tego wskazania medyczne – przysługuje pacjentom w domu. Choć chory ma prawo tego oczekiwać, w praktyce bywa różnie. Znamy przypadki, w których pacjenci spotykali się z odmową np. wizyty neurologa z przychodni w domu pomimo takiego zapisu na skierowaniu. W sytuacji, gdy czujemy się bezradni, bo nie jesteśmy w stanie wyegzekwować należnych nam praw, można i warto zasięgnąć porady Rzecznika

Praw Pacjenta (Ogólnopolska bezpłatna infolinia Rzecznika Praw Pacjenta – numer telefonu: 800 190 590, infolinia czynna jest od poniedziałku do piątku w godzinach 9.00-21.00, dyżurują tam osoby kompetentne i służące fachową poradą, która niejednokrotnie pomogła znanym nam osobom wyegzekwować należne im prawa).

## **Lekarz neurolog**

Specjalizuje się on w diagnostyce i leczeniu chorób ośrodkowego układu nerwowego i nerwów obwodowych, co oznacza w praktyce (oraz w uproszczeniu dającym nam możliwość zrozumienia różnicy w zakresie obszarów kompetencji lekarza neurologa i lekarza psychiatry), że neurolog koncentruje się w swojej pracy na rozpoznawaniu przyczyn zaburzeń poznawczych i leczeniu zmian w układzie nerwowym (inaczej: zmian w budowie, w strukturze mózgu). Zmiany te są wykrywalne w obrazach specjalistycznych badań, takich jak badania tomografem (skrót: TK, CT), rezonansem magnetycznym (skrót: MRI) i elektroencefalografem (w skrócie: EEG).

## **Czego możemy oczekiwać od lekarza neurologa?**

- skierowania na badania specjalistyczne
- skierowania do szpitala
- skierowania na rehabilitację specjalistyczną

- diagnozy i ukierunkowania leczenia
- skierowań do lekarzy specjalistów z innych dziedzin
- zaświadczeń dla instytucji pomocowych i urzędów wydających orzeczenia o niepełnosprawności dla celów sądowych.

## **Lekarz psychiatra**

Często trudno jest uchwycić różnicę w zakresie obszaru działania lekarzy neurologów i lekarzy psychiatrów. Bywa, że opiekunowie dziwią się, gdy neurologzy kierują ich bliskich do psychiatrów. Lekarze psychiatrzy pełnią bardzo ważną rolę w procesie wspierania osoby chorej na chorobę otępienną, gdyż odpowiadają za dobór leków stabilizujących zaburzone zachowania chorego. Lekarz psychiatra próbuje ustabilizować te zachowania, z kolei lekarz neurolog próbuje znaleźć przyczynę zmian zachowania dzięki obrazowaniu mózgu. Współpraca rodziny z tymi specjalistami jest bardzo ważna dla jakości opieki, dlatego w kolejnym podrozdziale podamy przykład dochodzenia do diagnozy, który – mamy nadzieję – pozwoli uchwycić znaczenie lekarzy tych specjalności w procesie diagnozy, a później w procesie leczenia.

## **Czego możemy oczekiwać od lekarza psychiatry?**

- skierowania na badania specjalistyczne
- skierowania do szpitala
- skierowania na rehabilitację specjalistyczną



- skierowania do innego specjalisty
- diagnozy i ukierunkowania leczenia
- zaświadczeń dla instytucji pomocowych i urzędów wydających orzeczenia o niepełnosprawności dla celów sądowych.

Wizyta u lekarza psychiatry nie wymaga skierowania od żadnego innego lekarza, można udać się do niego po zarejestrowaniu się na wizytę.

## **Psycholog i neuropsycholog**

W zakresie diagnostyki choroby otępiennej przedstawiciele tych specjalności mają uprawnienia do badania funkcji poznawczych chorych za pomocą licznych i różnorodnych testów psychologicznych. Neuropsycholog jest psychologiem, który dodatkowo odbył pięcioletnią specjalizację w zakresie neuropsychologii, ma więc możliwość oceny związku zmian w ośrodkowym układzie nerwowym z zachowaniem chorego. Wyniki tych badań są bardzo wartościowe, zarówno dla procesu diagnostycznego, jak również – o czym rzadko się mówi – mają niebagatelne znaczenie dla opiekunów. Informacje pochodzące z badań psychologicznych dają opiekunom możliwość szczegółowego zorientowania się w dobrze zachowanych funkcjach chorego oraz w poziomie zaburzeń. Wiedza w tym zakresie daje im potężne narzędzie do zoptymalizowania opieki i dostarczenia choremu form wsparcia oddziałujących pozytywnie na jego poczucie godności i wartości.

Wskazane jest, by osoba z chorobą otępienną miała możliwość poddania się badaniom psychologicznym co kilka miesięcy, aby móc ocenić dynamikę postępu choroby.

## **Lekarz radiolog**

Radiolog zajmuje się obrazowaniem narządów. Do wykonywania tych czynności służą mu urządzenia medyczne, wśród nich najbardziej znany rentgen (skrót RTG), tomograf komputerowy (często oznaczany skrótem CT) i rezonans magnetyczny (często oznaczany skrótem MRI). Dzięki pracy radiologów lekarze innych specjalności mają możliwość właściwego diagnozowania i wdrożenia odpowiedniego leczenia. Lekarze radiolodzy wskazują miejsca zmian w ciele, dokonują ich pomiarów oraz opisują obserwację i mogą również postawić diagnozę. Do radiologa potrzebne jest skierowanie, które otrzymujemy od innego lekarza specjalisty (również wtedy, gdy decydujemy się na to badanie w trybie badania prywatnego).

## **Lekarz geriatra**

Celem pracy lekarza geriatry jest zachowanie maksymalnej sprawności i samodzielności chorego w wieku podeszłym (obecnie przyjętą granicą jest ukończony sześćdziesiąty rok życia). Lekarz geriatra łączy wiedzę z różnych dziedzin medycyny, a w szczególności z zakresu

procesów starzenia się organizmu i farmakologii. Prosimy nie przerażać się liczbą osób zaangażowanych w proces diagnostyczny choroby otępiennej. Warto poświęcić uwagę i czas na skorzystanie z usług tych specjalistów, gdyż wyniki ich pracy mogą mieć wartościowe przełożenie na jakość życia chorego i jego bliskich. Rozróżnienie zakresu obowiązków poszczególnych specjalistów pozwoli Państwu zaplanować optymalną z Waszego punktu widzenia ścieżkę diagnostyczną. Diagnostyka choroby otępiennej możliwa jest w różnych sekwencjach wizyt u poszczególnych lekarzy.

## 2. Możliwe ścieżki diagnostyczne

Poznaliśmy już rolę poszczególnych specjalistów w procesie diagnostycznym. W tym miejscu przedstawimy możliwe kombinacje kolejności wizyt u wymienionych specjalistów. Zaczniemy od najbardziej ekonomicznej opcji, czyli diagnostyki możliwej do realizacji w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia (jest to wersja bezpłatna).

### Ścieżka 1

Krok numer 1 – **Lekarz rodzinny** – kieruje do lekarza neurologa.

Krok numer 2 – **Lekarz neurolog** – kieruje do lekarza radiologa, może (ale nie musi) skierować do lekarza psychiatry i/lub do psychologa/neuropsychologa.

**Krok numer 3 – Lekarz radiolog i/lub lekarz psychiatra i/lub psycholog/neuropsycholog**

– z wynikami badań tych specjalistów wracamy do lekarza neurologa.

**Krok numer 4 – Lekarz neurolog** stawia diagnozę, informuje o niej, o rokowaniach i terapii lekowej, wypisuje recepty.

**Krok numer 5 – Lekarz rodzinny** – uzupełnienie dokumentacji medycznej, dostarczenie dokumentów uprawniających go do wypisywania recept na leki, które zaordynował lekarz neurolog. Po zdiagnozowaniu chorego pozostajemy pod opieką neurologa i/lub psychiatry i nie potrzebujemy już skierowań, by umówić się do nich na wizytę. Dotyczy to naturalnie również lekarza rodzinnego, do którego warto udać się w celu uzupełnienia dokumentacji medycznej, na podstawie której będzie mógł on w przyszłości wystawiać recepty na specjalistyczne leki. Uprawnienia do wystawiania recept mają neurolog i psychiatra, niemniej jednak szansę na szybkie dostanie się do lekarza są największe w przypadku lekarza pierwszego kontaktu. Tak więc, o ile nie zachodzą zmiany w zachowaniu chorego wymagające konsultacji neurologicznej bądź psychiatrycznej, nie warto zajmować czasu neurologów i psychiatrów tylko w celu uzyskania recepty – jest ich niewiele i ich czas z całą pewnością będzie bezcenny dla innych chorych. Warto mieć na względzie fakt, że badania neuropsychologiczne są zlecane przez lekarzy stosunkowo rzadko, ale warto się o nie upomnieć

(posiłkując się na przykład argumentacją z poprzedniego rozdziału na temat ich znaczenia dla jakości opieki, którą opiekun będzie organizował).

## Ścieżka 2

W przypadku zdiagnozowania choroby otępiennej pacjent pozostaje pod opieką neurologa i psychiatry. Nie potrzebuje już skierowań, chcąc udać się z wizytą do tych specjalistów. Jak widać, różnica pomiędzy ścieżką pierwszą a drugą polega na tym, że w przypadku wielochorobowości warto najpierw (przed wizytą u neurologa) pójść do geriatry. Ostatecznie też recepty wypisuje lekarz pierwszego kontaktu lub geriatra.

## Ścieżka 3

Jest to najkrótsza ścieżka z uwagi na fakt, że wizyta u lekarza psychiatry nie wymaga skierowania. W ramach tej ścieżki często wizyta kończy się zleceniem badań ogólnych i specjalistycznych. Psychiatry podejmują decyzję o leczeniu na podstawie wywiadu, obserwacji i podstawowych badań psychologicznych, które przeprowadzają samodzielnie. Nie zmienia to faktu, że mają uprawnienia do kierowania do innych lekarzy specjalistów (w tym ważnych dla procesu diagnostycznego neurologów i radiologów) oraz psychologów/neuropsychologów.

## **10 rad dla wszystkich jak chronić zdrowie psychiczne podczas pandemii**

Obecna sytuacja epidemiczna oraz związane z tym zmiany w funkcjonowaniu społecznym mogą znacząco wpływać na nasze samopoczucie, wywołując niepokój oraz lęk. W tym okresie powinniśmy zadbać zarówno o swoje zdrowie fizyczne, jak i psychiczne

### **1. Nie pozwól, by nadmiar informacji pogorszył Twój nastrój**

Choć może się wydawać, że w obecnej sytuacji konieczne jest bycie na bieżąco, ciągłe narażenie na powtarzające się, niepokojące informacje może pogorszyć nasz stan psychiczny. W zupełności wystarczy, jeśli raz lub dwa razy dziennie sprawdzisz komunikaty pojawiające się na oficjalnych stronach Ministerstwa Zdrowia lub Głównego Inspektora Sanitarnego. Rób przerwy od social mediów i serwisów informacyjnych – zwłaszcza jeśli czujesz, że narasta w Tobie niepokój i lęk. Korzystaj z wiarygodnych źródeł wiedzy. Nie wierz i nie rozpowszechniaj tzw. fake newsów (nieprawdziwych informacji). Zanim prześlesz dalej otrzymaną w tzw. łańcuszku wiadomość, sprawdź czy zawarte w niej informacje są prawdziwe. Dostosuj liczbę i rodzaj informacji o epidemii do Twojego samopoczucia i potrzeb. Niektóre informacje mogą poprawić Twój nastrój – spróbuj je odnaleźć i wykorzystać w budowie odporności psychicznej Twojej i osób w Twoim otoczeniu w tym trudnym dla wszystkim czasie.

## **2. Dbaj o podtrzymywanie kontaktów społecznych w bezpieczny sposób**

Można to zrobić np.: przez telefon czy wideokonferencję. Podziel się z bliskimi tym, co cię cieszy i tym, co cię niepokoi i martwi. Wspólnie łatwiej poradzić sobie z problemami. Budowaniu więzi sprzyja regularny kontakt np. o stałej określonej porze.

## **3. Codziennie przez co najmniej 30 min uprawiaj bezpieczną dla Ciebie i innych aktywność fizyczną**

Aktywność fizyczną dobierz tak, by nie narażać na zarażenie siebie i innych. Jeżeli jesteś w kwarantannie albo z innych powodów wychodzenie na zewnątrz jest niezalecane lub zabronione – ćwicz w domu. Możesz skorzystać z zestawów ćwiczeń dostępnych online, jak na przykład te przygotowane przez Krajową Izbę Fizjoterapeutów. Jeżeli nie jesteś objęty kwarantanną, a oficjalne komunikaty nie odradzają wychodzenia na zewnątrz – wybierz się na spacer – sam lub z domownikami.

## **4. Dbaj o swoje zdrowie fizyczne - odżywiaj się prawidłowo, zadbaj o odpowiednio długi sen**

Zachęcamy do zapoznania się z materiałami edukacyjnymi przygotowanymi przez ekspertów Narodowego Centrum Edukacji

Żywnościowej. Przepisy na smaczne i zdrowie dania znajdziesz w portalu [diety.nfz.gov.pl](http://diety.nfz.gov.pl).

### **5. Jeśli przebywasz w domu, zaplanuj jak spędzić czas izolacji**

Zaplanuj aktywności, które lubisz albo które są pożyteczne, które zajmą Twoje myśli i które sprawią, że czas szybciej minie. Może to być np.: czytanie, gotowanie, oglądanie filmów, wiosenne porządki. Możesz wykorzystać czas na odpoczynek lub na naukę i rozwój osobisty. Wiele firm i instytucji udostępnia obecnie ciekawe pomysły na spędzenie czasu w domu – może zainteresuje Cię spacer po wirtualnym muzeum albo wciągnię audiobook.

### **6. Postaraj się utrzymywać stały plan dnia**

Chociaż przebywanie w domu może być czasem odpoczynku od codzienności, unikaj długiego leżenia w łóżku i rozregulowania rytmów okołodobowych.

### **7. Dbaj o bezpieczeństwo w sytuacji kiedy musisz wyjść z domu**

Jeśli musisz wyjść z domu np. do pracy, skoncentruj się na działaniach, które możesz podjąć w celu ograniczenia ryzyka zakażenia (mycie rąk, niedotykanie twarzy, odpowiedni odstęp oraz niedotykanie innych ludzi).

### **8. Unikaj radzenia sobie ze stresem za pomocą alkoholu i innych używek**



W czasie wzmożonego napięcia psychicznego może się wydawać, że alkohol i inne używki przyniosą szybką ulgę. Unikaj takiego sposobu rozwiązywania problemów. Wpłyne to negatywnie na Twój stan psychofizyczny. Zagrożenie epidemiologiczne przeminie, uzależnienie może pozostać z Tobą na długie lata. Zamiast tego postaraj się zredukować napięcie w zdrowy sposób – przez uprawiany w pojedynkę sport, bezpieczny kontakt z innymi ludźmi (telefon, Internet) i inne aktywności, które sprawiają Ci przyjemność.

### **9. Zastanów się, czy komuś z Twoich bliskich lub sąsiadów nie jest potrzebna pomoc**

Taka pomoc potrzebna jest zwłaszcza osobom starszym lub należącym do grupy o zwiększonym ryzyku ciężkiego przebiegu choroby. Zadzwoń, zapytaj, czy nie jest potrzebna im dodatkowa pomoc np. przy zakupach. W Internecie możesz znaleźć też przydatne informacje, które mogą zainspirować Cię do różnych rodzajów wolontariatu na odległość oraz aktywne włączanie się w różne ważne działania pomocowe np. tworzenie grup wsparcia.

### **10. Chorzy i te osoby, które czekają na wyniki badań, czy odbywają kwarantannę wymagają szczególnej troski i opieki**

Nie stygmatyzuj chorych, nie obwiniaj ich o chorobę. Osoby, które zakończyły izolację i leczenie, nie zarażają wirusem i kontakt z nimi jest bezpieczny.



## Notatki

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....





**Biuro Projektu**  
**Akademia zdrowia!**  
**Zdunków 27**  
**26-920 Gniewoszków**  
**e-mail: [fni@o2.pl](mailto:fni@o2.pl)**  
**tel.: 661 231 670**

/EGZEMPLARZ BEZPŁATNY/

Projekt pn. Akademia zdrowia! jest sfinansowany z budżetu Województwa Mazowieckiego przez Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej w ramach zadania pn.: Pomoc niemedyyczna w zakresie ochrony zdrowia psychicznego seniorów.