

OTĘPIENIE

Miniporadnik

Elżbieta Szwałkiewicz
Konsultant krajowy
ds. pielęgniarstwa osób
przewlekłe chorych
i niepełnosprawnych

Jolanta Kaussen
Zakład
Pielęgnacyjno-Opiekuńczy
w Berlinie

Otępienie jest zespołem objawów spowodowanych chorobą mózgu, zwykle o charakterze przewlekłym lub postępującym, w którym zaburzone są takie funkcje poznawcze jak pamięć, myślenie, orientacja, rozumienie, liczenie, zdolność uczenia się, funkcje językowe, zdolność do porównywania, oceniania

i dokonywania wyborów. Świadomość w otępieniu nie jest zaburzona. Upośledzeniu funkcji poznawczych towarzyszy zwykle, a czasami je poprzedza, obniżenie kontroli nad reakcjami emocjonalnymi, społecznymi, zachowaniem i motywacją. Otępienie przejawia się obniżeniem sprawności intelektualnych i upośledzeniem funkcjonowania w życiu codziennym. Objawy te powinny występować co najmniej przez 6 miesięcy, a w diagnozie powinna być wykluczona depresja.

Somatyczne uwarunkowania zaburzeń pamięci:

Przyczynami okresowych zaburzeń pamięci mogą być: leczenie farmakologiczne (tzw. geriatryczny zespół jatrogenny), zaburzenia wodno-elektrolitowe (niedobór zwłaszcza sodu i potasu), zaburzenia metabolizmu (np. cukrzyca), zakażenia bakteryjne i wirusowe, niedoczynność i nadczynność tarczycy, choroba niedokrwienna serca, choroba nowotworowa, niedokrwistość, choroby układowe, uszkodzenia narządów miękkich (nie-wydolność nerek i wątroby), choroba nadciśnieniowa i zespoły niedoborowe (np. kwasu foliowego czy witaminy B12).

PRZYCZYNY ZABURZEŃ PAMIĘCI I INNYCH FUNKCJI POZNAWCZYCH

Psychospołeczne uwarunkowania zaburzeń pamięci:

Traumatyczne przeżycia i utraty, np. śmierć współmałżonka, odejście dzieci, izolacja społeczna, ubóstwo, zmiana miejsca pobytu (niezależnie od faktu, czy jest to pogorszenie czy też poprawa sytuacji życiowej), choroby i związane z nimi hospitalizacje, negatywny bilans życiowy, brak perspektyw, niski poziom stymulacji poznawczej.

ZABURZENIA NASTROJU W OTĘPIENIU

W początkowym stadium otępienia u około 70-90% chorych występują zmiany nastroju i afektu charakteryzujące się drażliwością, rozchwianiem emocjonalnym, obniżonym nastrojem. Niekiedy występują zespoły depresyjne. We wczesnym etapie otępienia objawy depresji i otępienia są częściowo do siebie podobne i stwarzają trudności w różnicowaniu.

HASPOL
Rok założenia 1950
HURTOWNIA PROFESJONALNYCH URZĄDZEŃ GASTRONOMICZNYCH



- pełna oferta urządzeń i sprzętu gastronomicznego
- atrakcyjne ceny

SPRAWDŹ

www.haspol.com.pl



OBJAWY PSYCHOTYCZNE W OTĘPIENIU

Objawy psychotyczne występują w otępieniu o nasileniu średnim i średniogłębokim, stwierdza się je u blisko 50% chorych. Do objawów tych zalicza się:

- » omamy (wzrokowe i słuchowe),
- » urojenia (ksobne, prześladowcze, porzucenia, niewierności małżeńskiej),
- » zespół błędnego rozpoznawania (np. rozmawianie z lustrem, z TV, obecność nieistniejących osób w domu, nierozpoznanie i mylenie domowników).

Stwierdza się korelacje pomiędzy występowaniem objawów psychotycznych i zaburzeniami zachowania – zwłaszcza agresją i poziomem lęku. Objawy te są bardzo uciążliwe dla rodziny i utrudniają codzienną opiekę, także profesjonalistom – pielęgniarkom i opiekunkom.

ZABURZENIA ZACHOWANIA W OTĘPIENIU

Zaburzenia zachowania występują w czasie trwania całej choroby. We wczesnych stadiach dominują zmiany osobowości: upór, zmiana nawyków, drażliwość, gniewliwość, impulsywność, apatia, obniżenie zainteresowań i aktywności. W otępieniu o nasileniu średnim i średniogłębokim występuje:

- » błędzenie,
- » agresja słowna i fizyczna,
- » niepokój ruchowy,
- » zaburzenia łaknienia,
- » krzyk,
- » zachowania perseweracyjne (persewercja – zaburzenie toku myślenia, polegające na ciągłym powracaniu do tej samej myśli).

Zaburzenia zachowania są najczęstszą przyczyną hospitalizacji chorych. W otępieniu czołowo-skroniowym nasilenie zaburzeń zachowania jest największe. W otępieniu alzheimerowskim i naczyniopochodnym dochodzi do odwrócenia rytmu sen-czuwanie. Często w godzinach wieczornych i nocnych występuje znaczne nasilenie niepokoju, pogorszenie kontaktu z chorym, zachowania agresywne (zespół zachodzącego słońca).

STANY OTĘPIENNE U OSÓB W PODESZŁYM WIEKU

Choroba Alzheimerera

Początek choroby Alzheimerera jest niezauważalny, a przebieg stopniowo postępujący. Mogą jednak występować okresy bez widocznego postępu choroby. Czas trwania choroby jest różny, średnio 8-12 lat. We wczesnym okresie pacjent coraz

częściej zapomina fakty sprzed kilku minut i godzin, ale pamięć dawnych wydarzeń jest stosunkowo dobrze zachowana. Chory ma trudności ze znalezieniem właściwych słów, przestaje radzić sobie w nieznanymi sytuacjach. Nie potrafi zanalizować wielu informacji docierających równocześnie. W średnio zaawansowanej chorobie zaburzenia pamięci są już wyraźne. Chory traci zdolność płynnego mówienia, jest nieporadny, zdarza mu się gubić w znanym sobie otoczeniu. Bywa niespokojny, a na-

nia (zachowania seksualne, grubiańskie dowcipy, niepokój ruchowy), pogorszenie elastyczności poznawczej – upośledzenie zdolności przystosowywania się do wymogów nowych sytuacji, nadmierna aktywność w paleniu, picie, jedzeniu, stereotypowe i perseweracyjne zachowania (ciągłe powtarzanie tej samej czynności i powracanie do tej samej myśli). Zwiększa się impulsywność i upór. Wcześniej następuje utrata krytycyzmu w stosunku do choroby. Depresja i lęk oraz labilność emocjonalna także występują we wczesnym okresie choroby. Falująco występują urojenia, dziwaczne interpretacje hipochondryczne, utrata empatii, brak spontaniczności i apatia. Równolegle występują zaburzenia mowy polegające na ograniczeniu wypowiedzi słownych.



foto: www.imagine.com

Otępienie naczyniopochodne

W otępieniu naczyniopochodnym zaburzenia funkcji poznawczych pojawiają się zwykle nagle, a u części chorych wiążą się z przebytych udarem mózgu. W pierwszym okresie choroby obserwuje się nierzadko poprawę trwającą do następnego „skokowego” pogorszenia, skojarzonego lub nie z kolejnym udarem. W badaniu neurologicznym z reguły stwierdza się obecność objawów świadczących o ogniskowym uszkodzeniu mózgu.

ZASADY POSTĘPOWANIA Z PACJENTEM Z OTĘPIeniem

Podstawowe zasady postępowania terapeutycznego z chorym z otępieniem to:

- » zapewnienie niezmienności środowiska i jak najlepszych warunków życia,
- » wnikliwa obserwacja i kontrola funkcji organizmu,
- » profilaktyka zaburzeń i schorzeń (właściwa dieta, zapewnienie ruchu, zapewnienie warunków do spokojnego snu, ścisły nadzór nad przyjmowanymi lekami, ochrona skóry w przypadku nietrzymania moczu),
- » ostrożne stosowanie leków psychotropowych, gdyż mogą one pogłębiać zły stan osoby z otępieniem,
- » unikanie sytuacji wzmagających niepewność podopiecznego (może to być stale zmieniający się nastrój opiekuna lub ciągle zmiany opiekunek),
- » czynności pielęgnacyjne powinno wyko-

wet pobudzony lub agresywny. Przestaje dbać o swój wygląd i higienę. Odżywia się w sposób nieodpowiedni do potrzeb. W późnym okresie chory nie poznaje bliskich sobie osób, bardzo rzadko nawiązuje kontakt z otoczeniem, mówi pojedyncze słowa, traci kontrolę nad czynnościami fizjologicznymi. W ostatniej fazie choroby pozostaje w łóżku, często w pozycji embrionalnej, a bezpośrednią przyczyną śmierci są najczęściej infekcje, np. zapalenie płuc, zakażenie dróg moczowych i odleżyny.

Otępienie czołowo-skroniowe

Otępienie czołowo-skroniowe charakteryzuje się bezobjawowym początkiem i powolnym przebiegiem. Wcześniej dochodzi do utraty dbałości o własny wygląd, nieprzestrzegania norm społecznych, pojawiają się objawy rozhamowa-

nywać jak najmniej osób (stałe opiekunki),

- » unikanie częstych zmian, np. w rytmie i kolejności wykonywania czynności codziennych, stawiania pacjentowi zbyt dużych wymagań lub narzucania mu pospiechu,
- » unikanie nadmiernej opiekuńczości ograniczającej samodzielność chorego,
- » udzielanie emocjonalnego wsparcia w przewyciężaniu obciążeń psychicznych,
- » stworzenie możliwości i zachęcanie do utrzymania aktywności fizycznej i umysłowej oraz pozytywnej komunikacji międzyludzkiej,
- » okazywanie choremu zainteresowania, wsparcia i akceptacji,
- » podejmowanie prób włączenia chorego w życie rodziny, sąsiadów, współmieszkańców.

Należy pamiętać, że im bardziej osoba z otępieniem ma upośledzoną zdolność pojmowania i obiektywnej oceny swojej sytuacji, tym silniejsza staje się jej wrażliwość emocjonalna. Chory opiera się na intuicji i w oparciu o nią ocenia, czy danej osobie może zaufać czy też nie. Dzieci osoby na przyjaćiół i wrogów, a więzy pokrewieństwa lub profesjonalizm i role zawodowe opiekunów nie mają dla niego znaczenia. Wszelkie wyjaśnienia i próby perswazji wobec tych osób są nieskuteczne. Porozumienie z takim chorym może przebiegać tylko na płaszczyźnie emocjonalnej, a komunikacja niewerbalna ma tu ogromne znaczenie. Brak hamulców wywołany procesem miażdżycowym powoduje, że chory reaguje spontanicznie, bez zastanowienia, może np., jeżeli jest niezadowolony, uderzyć opiekunkę. Opiekunka natomiast nie może reagować agresją, skuteczne są jedynie: współczucie wyrażane spokojnym głosem, przyjazne gesty, cicho wypowiedzane prośby. Opiekunka unika rozdrażnienia chorego bezpośrednio i zdecydowanym przeciwstawieniem się jego woli. Najlepsza jest nienatrętna pomoc, do której przyjęcia pacjent nie jest zmuszany ciągle powtarzanymi poleceniami. Opiekunka może zdobyć zaufanie pacjenta, spełniając jego życzenia lub okazując zrozumienie dla problemów, które były zlekceważone przez rodzinę. Jeśli pacjent ma urojenia i dzieli się nimi z opiekunką, nie należy ich potraktować

lekceważącym stwierdzeniem: „to się tylko tak panu wydaje”, albo „ma pan przewidzenie”. Trzeba wtedy zareagować sformułowaniem: „jeżeli ta sytuacja się powtórzy, proszę mnie od razu powiadomić, a ja spróbuję temu zaradzić”.

Główny ciężar opieki nad pacjentami z otępieniem spoczywa na rodzinach. Opiekun doświadcza szczególnego obciążenia emocjonalnego spowodowanego pogarszaniem się kontaktu, brakiem krytycyzmu i coraz częściej występującymi zaburzeniami zachowania chorego. Rodzina może otrzymać instytucjonalne wsparcie w formie usług opiekuńczych, ale z powodu odwrócenia rytmu sen/czuwanie ponosi szczególny wysiłek fizyczny i psychiczny. Bardzo często z powodu przemęczenia członkowie rodziny chorują, rodzina jest w dysfunkcji, prowadzącej niekiedy do całkowitego jej rozpadu. Jeżeli pacjent jest samotny lub, z powodu ograniczonej wydolności opiekuńczej rodziny, nie ma już możliwości kontynuowania opieki w domu, chorzy z otępieniem są kierowani do opieki stacjonarnej. Przebywają głównie w szpitalach psychiatrycznych, domach pomocy społecznej i nielicznych zakładach opieki długoterminowej dla chorych z zaburzeniami psychicznymi. Jest to nieuchronne w sytuacji, gdy chorzy są agresywni i uniemożliwiają wykonywanie zabiegów pielęgnacyjnych. Jednak nawet po umieszczeniu chorego w jednej z w/w placówek rodzina nie jest całkowicie zwolniona z opieki nad swym bliskim. ■



foto: www.imagine.com