

**Выговская О.Н.**

# **ТЕХНОЛОГИИ УХОДА ЗА ДЕМЕНТНЫМИ ПАЦИЕНТАМИ**

Учебное пособие



Православная гимназия  
во имя Преподобного Сергия Радонежского  
Новосибирск  
2016

ББК 53.5  
В 92

Выговская О.Н.  
В 92 **ТЕХНОЛОГИИ УХОДА ЗА ДЕМЕНТНЫМИ ПАЦИЕНТАМИ:**  
Учебное пособие. Православная гимназия во имя Преподобного Сергия Радонежского, 2016. 22 с.  
ISBN

Излагаются базовые принципы и правила общения с дементными больными в контексте ухода за такого рода пациентами. Здесь можно найти основные приемы и практические советы на основе профессионального опыта автора.

Пособие предназначено для медицинских сестер, сестер милосердия, социальных работников и особенно родственников, ухаживающих за дементными больными.

Пособие подготовлено в рамках проекта «Поддержка родственников, ухаживающих за пожилыми и больными близкими на дому», при финансовой поддержке благотворительного фонда «Предание».

Благодарим всех, кто поддержал этот проект на сайте фонда «Предание»!



Учебно-консультативный центр Епархиального Дома Милосердия в Новосибирске. Обучение уходу за больными и пожилыми людьми, консультации по вопросам ухода.

[www.dmmn.ru](http://www.dmmn.ru), [consult.dmmn.ru](http://consult.dmmn.ru), [уход-за-больными.рф](http://уход-за-больными.рф)

ББК 53.5

ISBN

© Православная гимназия во имя Преподобного Сергия Радонежского, 2016

## Введение

*Старческая деменция* (старческое слабоумие, старческий маразм) — это приобретенное снижение когнитивных функций вследствие патологических процессов в головном мозге.



Различают *первичную деменцию*, обусловленную нейродегенеративными процессами (болезнь Альцгеймера), сосудистыми изменениями (геморрагический инсульт или инфаркт мозга), и *вторичную*.

*Вторичная деменция* является следствием других самостоятельных заболеваний, затрудняющих функционирование нервной системы, — опухоли, инфекции, иммунодефицита, гипотиреоза.

### Диагностика деменции

Основная роль в диагностике отводится беседе с больным и родственниками с проведением психологической диагностики.

- Необходимо выяснить:
- Как началось заболевание — остро, ярко или медленно, постепенно.
- Какие симптомы появились сначала, а какие присоединились позже.
- Что предшествовало ему (инфекция, смена жилья, увольнение или выход на пенсию, злоупотребление алкоголем или психоактивными веществами, травма, операция и так далее).
- В каком возрасте появились первые признаки.
- Есть ли проблемы с памятью, способностями к суждениям, анализу и планированию.
- Отмечаются ли затруднения при выполнении привычных обязанностей на работе и дома.
- Изменился ли характер пациента.
- Какое настроение и волевые установки обследуемого.

Уже на этом этапе можно проводить дифференциальную диагностику деменции с олигофренией, деменции и псевдодеменции (депрессии, например), первичной и вторичной деменций и различных видов деменции.

### Тесты на деменцию

Цель теста — оценка кратковременной памяти и зрительно-пространственной координации. Время проведения 3–5 минут.

Краткая шкала оценки психического статуса (MMSE)

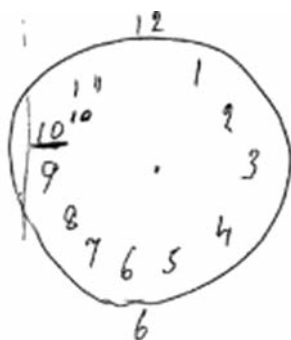
Называем и предлагаем запомнить испытуемому три слова, никак не связанные между собой: например, сахар, диван, ключ.

Предлагаем пациенту назвать три запомненных вначале слова.

Просим нарисовать циферблат часов и поставить отметку рядом со временем 9.15.



10 баллов



8 баллов



4 балла



0 баллов

Проба	Оценка
<b>1. Ориентировка во времени.</b> Назовите дату (число, месяц, год, день недели, время года).	0–4
<b>2. Ориентировка в месте.</b> Где мы находимся? (страна, область, город, клиника, этаж).	0–5
<b>3. Восприятие.</b> Повторите три слова: карандаш, дом, копейка.	0–3
<b>4. Концентрация внимания и счет.</b> Серийный счет («от 100 отнять 5») – пять раз либо: Произнесите слово «земля» наоборот.	0–5
<b>5. Память.</b> Припомните 3 слова (см. пункт 3).	0–3
<b>6. Нарисовать часы «время 3 часа 15 мин».</b> Показываем ручку и часы, спрашиваем: «Как это называется?» Просим повторить предложение: «Никаких если, и или но».	0–10
<b>Общий балл</b>	30

- 28 – 30 баллов — нет нарушений когнитивных функций
- 24 – 27 баллов — преддементные когнитивные нарушения
- 20 – 23 балла — деменция легкой степени выраженности (5–7 лет)
- 11 – 19 баллов — деменция умеренной степени выраженности (3–5 лет)
- 0 – 10 баллов — тяжелая деменция (1–3 года)

К сожалению, приходится признать, что на сегодняшний день деменцию лечить не научились. Она носит прогрессирующий характер, при котором меняется личность человека, постепенно стираются его воспоминания, исчезают социальные

навыки, меняется семейная динамика: тот, от кого все зависело, становится зависимым сам...

Это трудно осознать: как может быть, что близкий человек, который выглядит примерно так же, как год назад, делает странные, порой опасные вещи, говорит об известном событии: «Понятия не имею, о чем ты», забывает, что ты его дочь, сын, жена... Кажется, тебя обманывают, притворяются, такого не бывает. Потом ты видишь угасание, изменение поведения, исчезновение речи, индивидуальности.

Чувства, которые мы испытываем к нашим заболевшим близким: жалость, злость, отчаянье, обида. Гнев, направленный как будто на больного, на самом деле выражает чувство бессилия. Ищешь панацею, думаешь, что же делать: напоминать бесконечно «Это я, твоя дочь», показывать фотографии и штудировать семейные связи, даты, имена, чтобы назавтра опять вернуться к тому же нулю? Это бессмысленно, как бороться с течением — это



только изматывает и не продвигает никуда. Так что же делать? Если продолжить сравнение — принять течение и плыть с ним. Не исправлять, не спорить, не напоминать, а *принять* ту действительность, в которой живет дементный человек, принять его восприятие и его чувства. Может ли это

что-то изменить? Да. Это может улучшить качество жизни самого дементного человека и ухаживающего за ним. Мы расскажем вам о практике общения с дементными больными.

### Основные (базовые) принципы работы с дементным больным

Работа с дементным больным базируется на нескольких **основных принципах**:

1. Принимайте человека без критики и осуждения. Это, пожалуй, тем труднее, чем ближе тебе человек.
2. Не пытайтесь достичь осознания (понимания) или изменить поведение у человека, лишённого когнитивной способности к этому.

3. Помните, что каждый человек индивидуален.
4. Интенсивность болезненных чувств, которые находят выражение и признание, ослабевает, в противоположность чувствам, которые игнорируются, — игнорирование приводит к усилению этих чувств.



*Пример из практики:* больная 86 лет, которую только вчера привезли в отделение, плакала и кричала: «Меня бросили! Я теперь никому не нужна! Я для них все сделала, а они меня выкинули!» Персонал пытался спокойно уговорить больную и объяснить, что ее сюда поместили подлечиться, и это прежде всего вызвано заботой о ней. Игнорировать крики также не помогало. Я попробовала показать, что понимаю ее чувства, и сказала: «Ты чувствуешь себя такой несчастной и брошенной», — то есть, повторила за ней ее же слова. Он согласилась и утихла. Ее боль была признана, получила сопереживание.

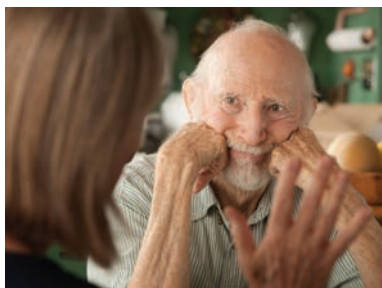
5. На каждом этапе перед человеком стоят задачи, которые ему необходимо решить, чтобы перейти к следующему этапу. Задача развития, не нашедшая решения, проигнорированная в прошлом, даст о себе знать на следующем этапе. У дементных больных воспоминания о прошедшем пути, неразрешенные конфликты всплывают на поверхность. Ранние воспоминания, прочно врезавшиеся в память, сохраняются до глубокой старости. Можно догадаться, что дементная женщина, называющая своего сына теперь «папой», находится в каком-то конфликте из прошлого, связанном с папой. Необходимо «принять игру» и попытаться общаться в роли «отца», стать частью ситуации из прошлого и тем самым помочь человеку разрешить конфликт.
6. Когда кратковременная память страдает, старики стремятся достичь баланса, прибегая к давним воспоминаниям. Когда зрение слабеет, они используют воображение, когда слабеет

слух, они прислушиваются к голосам прошлого. Поэтому у дементных больных бывают слуховые и зрительные галлюцинации.

7. Поведение в старости связано не только с анатомическими изменениями мозга, но отражает сочетание физических, социальных и психологических изменений, которые происходят с человеком в течение всей жизни. Например, если раньше больной жил в деревне, а последнее время — в городе, то и в памяти он будет проигрывать ту жизнь в деревне.



### Общение с дементными больными



Существует несколько техник общения с дементными людьми, которые позволяют уменьшить чувство тревоги, сопровождающее ментальные изменения. Объединяет их основная цель: достижение контакта с больным человеком через проявление эмпатии всеми возможными способами.

### Словесные и несловесные техники:

- Использовать слова и вопросы, которые не воспринимаются как угроза, а помогают достичь доверия, например, «кто?», «что?», «когда?», «как?», избегать вопроса «почему?».
- Формулировать заново (рефразинг). Мы пытаемся перенять речь, поведение, взгляд дементного человека и скопировать их ему же, как бы перенимаем и возвращаем ему, как отражение, его поведение. Возвращаемся к ключевым словам в том же темпе и тем же тоном, которым пользуется дементный человек.



- При контакте с дементным больным предпочтительнее обращаться к органам чувств, которые доминируют в его репертуаре (скажем, если человек — визуал, лучше показать, чем рассказать). Общайтесь с больным на том языке и теми словами, которыми пользуется он. Превалирующий орган чувств можно определить, попросив человека рассказать о чем-то. Если в рассказе он употребляет в основном слова «я увидел, посмотрел, вижу» и визуальные описания, то человек — визуал, если — «услышал, сказали», описание звуков и т.д., то соответственно превалирует слух.

## Этапы развития деменции

**Первая стадия. Потеря ориентации в реальности.** На этом этапе большинство людей продолжают ориентироваться во времени и месте, вербальны, но повторяются, говорят вещи, не соответствующие реальности. Часто они обвиняют окружающих, перенося на них собственное разочарование.

*Пример:* больная 80 лет находится в отделении и постоянно обвиняет медицинских сестер, что у нее украли валенки. Персонал пытается объяснить, что ничего подобного не происходило, на дворе лето и валенок у нее не было. В итоге она входит в агрессию, и только когда ей рассказали, что эти валенки поставили сушить и забыли ей объяснить, она успокоилась и больше к этой теме не возвращалась.

**Вторая стадия. Путаница во времени.** Как правило, происходит у очень пожилых людей, характеризуется ухудшением физического состояния и отсутствием ориентации в хронологии. Теперь дементный человек живет в воспоминаниях, а не в настоящем времени. Его чувства выходят из-под контроля, теряются социальные навыки, перестают существовать социальные нормы. Уход в прошлое связан с невозможностью ориентироваться в настоящем и с необходимостью урегулировать собственное прошлое.



## Как себя вести с дементным больным?

Необходимо *принять* старого человека *таким, каков он есть*, не пытаясь его исправить и доказать, что реальность другая, необходимо прекратить спорить и начать слушать. С помощью спокойных слов мы достигаем доверия; пытаемся принять реальность дементного человека, попасть в его внутренний мир. Если больной в окне видит лошадей, то необходимо задать несколько вопросов: «Сколько их было?», «Куда они убежали?»,



«Какого цвета лошади?» и т.д. В этом случае больной оставляет эту тему, и нет поводов входить в агрессию.

Очень часто дементные пожилые люди уходят из дома или больницы. В этом случае они считают, что находятся в опасности.

Например, пожилая женщина в зеркале видит очень страшную женщину и жалуется вам, а вы ей объясняете, что там нет никого и это она в зеркале. Это вам кажется, что нет никого, но она

точно это видела, и у нее возникает чувство страха, и инстинкт самосохранения подсказывает ей уйти от опасности. Поэтому, когда больные уходят из дома, необходимо проанализировать ситуацию и исключить раздражающий фактор.

### Специфика ухода за больным с деменцией:

1. Создание комфортной безопасной среды, подразумевающей заботу о жизни и здоровье подопечных.
2. Медицинское сопровождение: индивидуальный подбор лекарств, систематический мониторинг состояния здоровья.
3. Организация рационального режима дня, включающего в себя посильную двигательную активность. (Нередко люди с таким диагнозом склонны проводить время в пассивном лежании, что приводит к атрофии мышц. Формирование мотивации к движению у больных — важная задача персонала частных домов престарелых.)

#### 4. Помощь в выполнении действий по самообслуживанию.

Это является необходимым, так как больные, ввиду ослабления памяти и утраты привычных бытовых навыков на этапе прогрессирования заболевания, не способны осуществлять гигиенические процедуры — они даже не испытывают в них потребности.

#### **Уход за дементным больным: ряд полезных приемов**

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

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

#### **Поддерживайте независимость больного.**

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

#### **Помогайте сохранять больному чувство собственного достоинства.**

Человек, за которым вы ухаживаете, является личностью, не лишённой чувств. Ваше отношение к больному, ваши поступки оказывают влияние на пациента. Будьте терпимы, уважайте чувства больного, не обсуждайте состояние больного в его присутствии.

#### **Воздерживайтесь от конфликтов.**

Конфликты вызывают стресс, как у

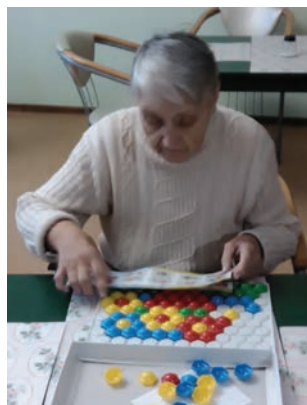


больного, так и у вас. Пытайтесь сохранять спокойствие в любой ситуации. Не проявляйте гнев, разочарование и раздражительность. Всегда помните — виновата болезнь, а не человек.



**Пытайтесь постоянно привлекать внимание больного,** давая ему простые задания. Больной должен чем-то заниматься, однако занятия должны быть легкими и доступными. Нельзя давать слишком трудные задания, а также их выбор должен быть ограничен. Невыполнимые задания вызывают стресс и способствуют ухудшению состояния.

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



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

**Поддерживайте общение с пациентом.** С развитием болезни общение с пациентом постоянно затрудняется. В этом случае рекомендуется:

- перед тем как говорить проверить, слушает ли вас больной;

- говорить четко, медленно, глядя в лицо пациенту, держа голову на уровне глаз пациента;
- проявлять душевную теплоту и любовь, обнимая больного, если это его не стесняет;
- проверять, не снижена ли функция органов чувств больного, например, зрение или слух. Может случиться, что больному потребуются новые очки или плохо работает слуховой аппарат;
- обращать внимание на «другие» средства выражения больного. Пациенты с расстройством речи выражаются иными, не словесными средствами.



### **Используйте наглядные пособия для поддержки памяти больного.**

Наглядные пособия могут помочь пациенту вспоминать определенные вещи, чувствовать себя уверенней.



Наглядные пособия подбираются в зависимости от личностных качеств пациента, значительных событий в его жизни. Например, на видном месте можно поместить изображение родственников, с четким указанием имен,

чтобы больной мог постоянно напоминать себе, кто есть кто. Можно на дверях комнат написать их названия. Названия должны быть яркими, четкими. На поздних стадиях заболевания наглядные пособия не так полезны.

### **Поощряйте физические упражнения, необходимые и полезные для здоровья пациента.**

Физические упражнения помогают на некоторое время сохранить существующие физические и умственные способности больного. Физическая нагрузка должна соответствовать состоянию больного. За советом обратитесь к врачу.



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

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

- старайтесь придерживаться прежних привычек больного при умывании. Пытайтесь сделать умывание чем-то приятным, помочь больному расслабиться;
- принятие душа может быть проще, чем купание в ванне; однако если человек не привык принимать душ, это может его беспокоить;
- сделайте процесс купания или принятия душа как можно проще;
- если больной отказывается принимать ванну или душ, подождите некоторое время — настроение может измениться;
- пусть больной как можно больше делает сам;
- если больной выказывает смущение при купании или принятии душа, можно оставлять закрытыми определенные участки тела;
- не забывайте о безопасности: устойчиво закрепленные предметы, такие как коврик, на котором нельзя поскользнуться, ручка или перила, за которые больной может ухватиться, а также дополнительный стул могут помочь больному;
- если, помогая больному мыться, вы каждый раз сталкиваетесь с проблемами, пусть с умыванием будет помогать кто-нибудь еще.



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

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



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

- заведите определенный режим посещения туалета;
- обозначьте дверь туалета большими буквами и яркими цветами;
- оставляйте дверь туалета открытой, чтобы его проще было найти;
- убедитесь, что одежда больного легко снимается;
- в рамках разумного ограничьте принятие напитков перед сном;
- рядом с постелью больного можно поставить ночной горшок;
- обратитесь к специалисту за помощью.



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

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



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

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





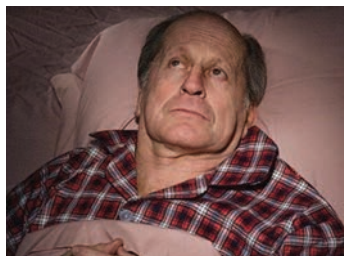
**Алкоголь и сигареты.** Если это не противоречит курсу лечения больного, умеренное употребление алкогольных напитков — не проблема. Курение сигарет, однако, может повлечь за собой более серьезные последствия: возникает опасность пожара и причинения вреда здоровью больного. Вот несколько советов:



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

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

- попробуйте не давать больному спать днем;
- может помочь ежедневная длительная прогулка; давайте больному больше физических занятий в дневное время;
- следите за тем, чтобы больной, укладываясь спать, мог чувствовать себя как можно уютней и удобней.



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

- попытайтесь отвлечь больного от повторения только что сказанного, предоставив ему другое занятие;
- не забывайте успокаивать и подбадривать больного, проявляя к нему душевную теплоту, — обнимая его, если это его не стесняет.

**Больной не оставляет вас в покое.** Больной с деменцией может начать сильно зависеть от вас, повсюду следовать за вами. В подобной ситуации вы можете чувствовать раздражение, что вам не

дают быть одному, не зная, как вести себя дальше. Больной, вероятно, ведет себя так из чувства неуверенности в себе или страха, что вы не вернетесь. Вот несколько советов:

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

**Больной часто теряет вещи.** Больной часто может забывать, куда



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

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

**Бред и галлюцинации.** Больные часто бредают и испытывают галлюцинации. Бред возникает в результате ложных убеждений. Например, у больного может появиться ложное убеждение в том, что ухаживающий за ним желает причинить ему вред. Для больного бред — реальность и вызывает страх, а также порой огорчительные попытки защитить себя. Испытывая галлюцинации, больной может видеть или слышать то, чего нет на самом деле, например, фигуры у изголовья кровати или голоса людей, якобы разговаривающих в его комнате. Вот несколько советов:

- не спорьте с больным о реальности увиденного или услышанного;
- если больной испуган, постарайтесь успокоить его: возьмите его ласково за руку, говорите мягким спокойным голосом;

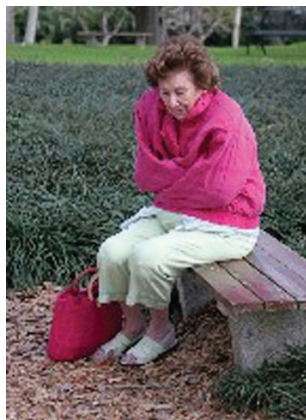
- отвлеките больного от галлюцинаций, указав ему на настоящий находящийся в комнате предмет;
- обратитесь за советом к врачу: возможно, что принимаемые больным лекарства усугубляют проблему.

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

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

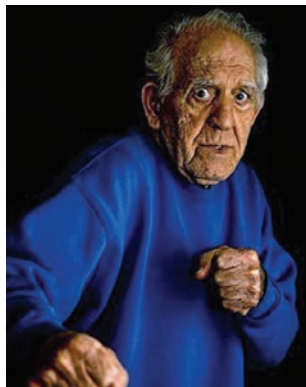
**Блуждание.** Ухаживающему за больным иногда приходится иметь дело с блужданием, которое может причинять много беспокойства. Больной может блуждать по дому или покинуть дом и блуждать по окрестностям. При этом больной может заблудиться. Вот несколько советов:

- сделайте так, чтобы больной в любое время имел на себе какой-либо документ, удостоверяющий его личность (нашивку на одежду);
- проверьте, что хорошо запираются все выходы из вашего дома, что в вашем доме больной находится в безопасности и что он не может без вашего ведома покинуть дом;
- если больной заблудился, не выказывайте гнева, когда он найдется, говорите спокойно, пытайтесь проявлять любовь и поддержку;
- полезно иметь недавно сделанное фото больного на случай, если он заблудится и вам придется обращаться к другим за помощью.

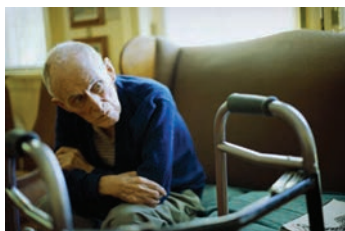


### **Проявление насилия и ожесточенности.**

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



- сохраняйте спокойствие, старайтесь не выказывать страха или беспокойства;
- постарайтесь привлечь внимание больного к более успокоительному занятию;
- попытайтесь установить, что вызвало реакцию больного, и проследить за тем, чтобы эти предпосылки не повторялись;
- если больной часто проявляет насилие, вам придется искать помощи и поддержки у специалиста. Ваш врач может дать вам совет.



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

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



### **Использованная литература:**

*Илона Каспи и Хаи Корен. Терапия и контакт с больными Альцгеймером. 2003.*

Учебное издание

**Выговская Ольга Николаевна**

**ТЕХНОЛОГИИ УХОДА  
ЗА ДЕМЕНТНЫМИ  
ПАЦИЕНТАМИ**

Учебное пособие

Вёрстка:  
Е. Ю. Бабенков

Православная гимназия во имя  
Преподобного Сергия Радонежского  
Новосибирск 630090, ул. Академическая, 3  
тел./факс (383) 333 28 10  
e-mail: [pochta@orthgymn.ru](mailto:pochta@orthgymn.ru)  
<http://orthgymn.ru>