



NACIONĀLAIS
ATTĪSTĪBAS
PLĀNS 2020



EIROPAS SAVIENĪBA
Eiropas Sociālais
fonds

IEGULDĪJUMS TAVĀ NĀKOTNĒ

**Eiropas Sociālā fonda projekta Nr.9.2.6.0/17/1/001
“Ārstniecības un ārstniecības atbalsta personāla
kvalifikācijas uzlabošana”**

**Kognitīvi biheiviorālās psihoterapijas
pamati.**

**Demences agrīna diagnostika,
diferenciālā diagnostika un ārstēšana.**

Pacientu aprūpe.

Mācību materiāls

Rīga
2019

ANOTĀCIJA

Demence ir smadzeņu slimības rezultātā radies sindroms ar raksturīgu norisi un daudzveidīgiem smadzeņu funkciju - atmiņa, domāšana, orientācija, izpratne, rēķināšana, spēja mācīties, runa un spriešana - traucējumiem, kā arī raksturīgām emocionālās kontroles, sociālās uzvedības vai motivācijas izmaiņām.

Metodiskā materiāla mērķis ir sniegt zināšanas par demenci, tās formām, ārstēšanas metodēm, vispārējo psiholoģisko novērtēšanu un kognitīvi biheiviorālās terapijas izmantošanu demences gadījumos.

Metodiskā materiāla ieteikumi ir paredzēti ārstiem, ārsta palīgiem, māsām, farmaceitiem, jo tieši šo specialitāšu pārstāvji var pamanīt demences pazīmes un sniegt informāciju par nepieciešamo rīcību.

Metodiskais materiāls ir sagatavots Eiropas Sociālā fonda projekta Nr.9.2.6.0/17/I/001 “Ārstniecības un ārstniecības atbalsta personāla kvalifikācijas uzlabošana” ietvaros, ir paredzēts izmantošanai Latvijas Republikas teritorijā. Programmas autori ir SIA “Veselības centrs Vivendi” struktūrvienības, pieaugušo neformālās izglītības iestādes “Medicīnas tālākizglītības centrs” speciālisti ārsts psihiatrs Dr. Beāte Šternberga, klīniskais psihologs Kristīne Dūdiņa, Mag. psih. un klīniskais psihologs Zanda Šteinberga, Mag. Psih.

SATURA RĀDĪTĀJS

IEVADS	5
1. DEMENČU VEIDI, KLĪNISKĀ AINA UN ĀRSTĒŠANA	6
1.1. Alzheimer demence	6
1.1.1. Patogēnēze	6
1.1.2. Riska faktori	6
1.1.3. Klīniskā aina	6
1.1.4. Ārstēšana	7
1.2. Vaskulārā demence	7
1.2.1. Etioloģija	7
1.2.2. Riska faktori	8
1.2.3. Klīniskā aina	9
1.2.4. Ārstēšana	10
1.3. Levi ķermenīšu demence	10
1.3.1. Etioloģija, patogēnēze	10
1.3.2. Riska faktori	10
1.3.3. Klīniskā aina	11
1.3.4. Ārstēšana	11
1.4. Frontotemporālā jeb pieres-deniņu daivas demence	12
1.4.1. Etioloģija, patogēnēze	13
1.4.2. Riska faktori.	13
1.4.3. Klīniskā aina	13
1.4.4. Ārstēšana	14
1.5. Primāra progresējoša afāzija un runas apraksija	15
1.5.1. Etioloģija, patogēnēze un vecums	15
1.5.2. Klīniskā aina	15
1.5.3. Ārstēšana	17
1.6. Neurodeģeneratīvo demenču ārstēšanas preparāti	17
1.6.1. Atmiņas traucējumu ārstēšanā pielietojamie preparāti	17
1.6.2. Neiropsihiatrisko traucējumu ārstēšanā pielietojamie preparāti	17
1.6.3. Parkinsonisma simptomu ārstēšanā pielietojamie preparāti	17
1.6.4. Miega traucējumu ārstēšanā pielietojamie preparāti	17
2. VISPĀRĒJĀ PSIHOLOĢISKĀ NOVĒRTĒŠANA	18
2.1. Kognitīvo traucējumu diagnostika	18
2.2. Psihosociālas intervences	19

2.3. Ikdienas aktivitāšu un sociālās adaptācijas novērtēšana	22
3. KOGNITĪVO SPĒJU TRENĒŠANA	24
4. PSIHOSOCIĀLAS INTERVENČES DARBĀ AR DEMENCES PACIENTIEM	25
4.1. Intervences kognitīvo spēju atbalstam	25
4.1.1. Kognitīvās stimulācijas terapija	25
4.1.2. Kognitīvā rehabilitācija vai darba terapija	25
4.2. Fiziski vingrinājumi.	26
4.3. Metodes, kuru efektivitāte nav pierādīta	26
4.4. Vides pielāgojumi	26
4.5. Intervences komorbīdiem emocionāliem un uzvedības traucējumiem	28
4.5.1. Satraukums un agresija	28
4.5.2. Depresija un trauksme	29
4.6. Atmiņu intervence	29
5. KOGNITĪVI BIHEIVIORĀLĀ TERAPIJA PACIENTIEM AR VIEGLU DEMENCI	31
6. ATBALSTS APRŪPĒTĀJIEM	33
IZMANTOTĀ LITERATŪRA UN AVOTI	34
PIELIKUMI	37

IEVADS

Kognitīvās (*cognitio* - izziņa, apziņa) spējas - izzināšanas funkcija un apziņa jeb izpratne, sastāv no atmiņas, mācīšanās spējām, kompleksās uzmanības (uzmanības noturība, spēja vienlaicīgi veikt vairākus uzdevumus), izpildfunkcijas (spēja plānot, pieņemt lēmumus, izdarīt secinājumus), valodas (plūdums, saturs, izpratne), uztveres motorās funkcijas (spēja atpazīt objektus, izmantot instrumentus, imitēt žestus un darbības), sociālās izziņas (prasme atpazīt emocijas, saprast otra cilvēka domas, vēlmes un nolūkus).

Cilvēka kognitīvo spēju potenciāls līdz galam joprojām nav izpētīts, tāpat kā līdz galam nav atklāts cilvēka atmiņas mehānisms. Diemžēl, arī medicīnas tehnoloģiju un diagnostikas attīstības veicinātā dzīves ilguma pieauguma ietekmē, sabiedrībā ir tendence pieaugt kognitīvo traucējumu biežumam. Demence ir viens no kognitīvo traucējumu veidiem, kas sākas ar personības pārmaiņām, kuru simptomus ievērojot, to ir iespējams savlaicīgi diagnosticēt. Diagnostika ir svarīga, jo demence nav normāls, pakāpenisks fizioloģiskas novecošanas process.

Demences norisē būtiska nozīme ir faktoriem, kas paaugstina atmiņas traucējumu iespējamību visās vecuma grupās, arī jauniem indivīdiem (18-39 gadu vecumā). Tie ir sekojoši: depresija, zems izglītības un sociālais līmenis, zema fiziskā aktivitāte, arteriālā hipertensija un ilgstošs stress [1; 8].

Atmiņas traucējumu ārstēšanai un pacienta aprūpei jābūt kompleksai, individuāli pielāgotai, vērstai uz smadzeņu asinsrites uzturēšanu, uzmanības un koncentrēšanās spēju uzlabošanu, ikdienas aktivitāšu sekmēšanu, sadzīves problēmu un aprūpētāju darba atvieglošanu. Savlaicīga slimības ārstēšana var uzlabot demences pacientu stāvokli, samazināt traucējumu intensitāti un izpausmes, ilgāk saglabāt sociālās funkcionēšanas un pašaprūpes līmeni.

Pasaulē no demences cieš vairāk nekā 50 miljoni cilvēku, bet tikai dažās valstīs ir izstrādāts nacionālais plāns šo cilvēku atbalstam un ir pieejami pakalpojumi pacientu un viņu tuvinieku dzīves kvalitātes nodrošināšanai. Latvija vēl ir ceļā uz šādas vienotas stratēģijas izstrādi, tāpēc šajā materiālā atsaucēm izmantotas vadlīnijas, kuras izstrādājušas starptautiskas organizācijas un izmantota citu valstu pozitīvā pieredze.

Metodiskā materiāla uzdevums ir palīdzēt atpazīt demences simptomus, rast izpratni par medikamentozo un nemedikamentozo ārstēšanu, demences pacientu aprūpes principiem.

1. DEMENČU VEIDI, KLĪNISKĀ AINA UN ĀRSTĒŠANA

1.1. Alcheimera demence

1.1.1. Patogēnēze

Alcheimera slimība izpaužas ar smadzeņu daivu atrofiju vielmaiņas disbalansa rezultātā, daļa gadījumu ir iedzimti, ar zināmiem hromosomu defektiem, kas veicina nervu audu ievainojamību.

1.1.2. Riska faktori

Visnozīmīgākais riska faktors ir vecums. Citi būtiski faktori ir diabēts, hiperlipidēmija, asinsvadu izmaiņas, depresija, trauksme, sieviešu dzimums, galvas trauma vai Alcheimera slimība ģimenes anamnēzē.

1.1.3. Klīniskā aina

Alcheimera slimība parasti tiek diagnosticēta indivīdiem pēc 65 gadu vecuma, taču ir agrīnas formas, kas sākas arī jaunākā vecumā.

Lielākoties traucējumi sākas un attīstās pakāpeniski, nereti ar neuzkrītošām pazīmēm un personības pārmaiņām:

- Parādās aizkaitināmība, pazemināta aktivitāte un slodzes tolerance, iemaņu zudums, miega pasliktināšanās, paaugstināta jutība pret alkoholu un medikamentiem;
- Pasliktinās abstraktā domāšana, pieaug aizmāršība, koncentrēšanās grūtības, cilvēks aizmirst vienkāršus vārdus, runa, nepiemērotu vārdu izmantošanas rezultātā, kļūst nesaprotama;
- Rodas grūtības veikt vienkāršus uzdevumus;
- Kustības kļūst lēnākas, neveiklākas;
- Ar laiku sāk zust uzvedības kultūra, parādās nevīžīgums, pasliktinās orientēšanās spējas;
- Var pievienoties uzmācības, depresīvas epizodes, tendence attīstīties hipohondriskiem murgiem, kaitēšanas un vajāšanas idejām.

Tālākajā stadijā pacientiem vērojama:

- Afāzija – zūd runas artikulācija un/vai pacients vairs nesaprot citu teikto;
- Apraksija – zūd vienkāršākās pašaprūpes iemaņas;
- Agnozija – pacients nespēj atpazīt priekšmetus, citus cilvēkus, savu spoguļattēlu.

Beigu stadijā pacients kļūst stīvs, salīcis, izteikti mazinās kustību aktivitāte un amplitūda, atrofējas muskuļu sistēma, novedot pacientu pilnīgā fiziskā un psihiskā izsīkumā.

1.1.4. Ārstēšana

Ārstēšanā svarīgi pievērst uzmanību fiziskajam veselības stāvoklim, kā arī laicīgi identificēt vieglus kognitīvos traucējumus. Būtiski ir informēt un izglītot tuviniekus. Medikamentu devas ieteicams izvēlēties maksimāli mazas.

- Trauksmes gadījumos var īslaicīgi pielietot benzodiazepīnus;
- Depresīvās simptomātikas ārstēšanai var izmantot tricikliskos antidepresantus, SSRI (mazās devās);
- Psihotiskas simptomātikas kupēšanā, ievērojot piesardzību, ieteicams lietot Haloperidolu vai Risperidonu;
- Kā specifiski preparāti Alcheimera slimības simptomu mazināšanai tiek lietoti takrīns, donezepils, galantamīns, rivastigmīns, kuri, aktivējoši iedarbojoties uz holīnerģisko sistēmu, uz vairākiem gadiem var aizkavēt slimības turpmāko progresēšanu;
- Kognitīvo spēju uzlabojuma panākšanai lieto memantīnu;

Jāatceras:

- Pretparkinsonisma preparāti var provocēt delīriju;
- Miega un prettrauksmes līdzekļus, neiroleptiķus nevajag lietot ilgstoši. Tiek turpināti pētījumi vakcīnas izstrādē, iekaisumu līdzekļu izpētē, starptautiskās publikācijās ir aprakstīta Mildronāta spēja uzlabot telpiskās atmiņas un izziņas spēju, medikamentam konstatēts izteikts neuroiekaisumu mazinošs efekts [2; 3; 4; 5].

Nefarmakoloģiskā terapija ietver mehāniskās atmiņas nostiprināšanu, piemēram kalendārs ar veicamo darbu sarakstu, tuvinieku fotoattēliem. Atmiņas zudumu var palēnināt pacienta socializēšana, anaerobi vingrinājumi [6; 7].

1.2. Vaskulārā demence

1.2.1. Etioloģija

Vaskulārā demence rodas smadzeņu asinsvadu patoloģisku pārmaiņu un tiem sekojošu smadzeņu audu bojājuma rezultātā. Vaskulāro demenci var iedalīt apakšgrupas atkarībā no bojājuma lokalizācijas smadzenēs:

- **Smalko cerebrālo asinsvadu (išēmiska) slimība (subkortikāla vaskulāra demence)**

Skar galvenokārt galvas smadzeņu dziļās artērijas un izraisa galvas smadzeņu baltās vielas bojājumus smadzeņu audu apasiņošanas traucējumu jeb išēmijas rezultātā. Rodas smadzeņu infarkts. Par galveno cēloni uzskata hronisku arteriālu hipertensiju un novecošanas procesus.

Smalko cerebrālo asinsvadu išēmiskā slimība vecāka gadagājuma cilvēkiem ir visai izplatīta. Maza apjoma smalko cerebrālo asinsvadu išēmiskas slimības process parasti nerada

vērā ņemamus kognitīvos traucējumus vai demenci, taču, procesam progresējot līdz vidēji plašam un plašam galvas smadzeņu bojājumam, indivīdam var attīstīties vaskulārā demence.

- **Multipli kortikāli infarkti (multi-infarktu demence, kortikāla vaskulāra demence, pēcinsultu demence)**

Attīstās daudzu galvas smadzeņu infarktu rezultātā. Vadošais cēlonis ir embolija, kas rodas gan kardiālu (t.sk. ātriju fibrilācijas, miokarda infarktu u.c.), gan karotīdo artēriju un aortas patoloģiju rezultātā.

- **Stratēģiski lokalizētu infarktu demence**

Attīstās gadījumos, kad galvas smadzeņu fokāls un (nereti) neliela apjoma bojājums skar stratēģiski nozīmīgus galvas smadzeņu kognitīvo funkciju centrus –deniņu daivas. Parasti šādus bojājumus rada t.s. lakunārie infarkti vai embolu izraisīti infarkti, arī hipertenzīvas hemorāģijas jeb asinsizplūdumi.

- **Cerebrāla amiloīdā angiopātija.**

Attīstās patoloģisku vielmaiņas procesu rezultātā, kad smalkā un vidēja kalibra, biežāk paura – pakauša, deniņu – paura, dažreiz pieres daivu artērijās izgulsnējas specifisks olbaltums. Skarto asinsvadu sieniņu sabiezēšana var izraisīt asinsizplūdumus galvas smadzenēs [4].

1.2.2. Riska faktori

Riska faktori vizuāli attēloti 1.1 attēlā.

liels pacienta vecums	Vaskulārās demences riska faktori	hiperglikēmija
cerebrāls infarkts		smēķēšana
perifēro artēriju slimība		zems fizisko aktivitāšu līmenis
koronāro artēriju slimība		liekais ķermeņa svars
ātriju fibrilācija		neveselīgs uzturs
zema sirds izviedes frakcija		paaugstināts homocisteīna līmenis asinīs
arteriāla hipertenzija		apolipoproteīna E genotips
cukura diabēts		hronisks iekaisums
metabolais sindroms		hroniska nieru slimība
dislipidēmija		depresija.

1.1 attēls Vaskulārās demences riska faktori

Jāņem vērā, ka vairāku cerebrovaskulāru slimību attīstības pamatā ir ģenētiskie riska faktori, kas savukārt var palielināt vaskulāras demences attīstības risku.

1.2.3. Klīniskā aina

Saslimšanai raksturīgs diezgan pēkšņs sākums un nepārtraukta norise. Raksturīgās vaskulārās demences iezīmes skatīt 1.1 attēlā.



1.2 attēls Vaskulārās demences pazīmes

Simptomu smagumam raksturīga viļņveidīga izpausme un slimības sākumā atsevišķas kognitīvās funkcijas var saglabāties šķietami netraucētas.

Bieža parādība demences pacientiem ir depresija, bet šajā gadījumā nav raksturīgi skaidri noteikti garastāvokļa traucējumi. Depresijas gadījumā raksturīgs trauksmais bažīgums, rigiditāte, nervozitāte, aizdomīgums. Afāzija, apraksija un agnozija mēdz parādīties nevis pakāpeniski, lēnām, bet gan pēkšņi, jo tās bieži izraisa smadzeņu asinsrites traucējumi.

Demences diagnosticēšanai nepieciešami šādi kritēriji:

- atmiņas pavājināšanās (vispirms īslaicīgā, pēc tam ilglaicīgā atmiņa);
- citu kognitīvo funkciju - uzmanības, domāšanas, spriešanas spēju, lasīšanas, rakstīšanas, rēķināšanas un runas spēju pavājināšanās;
- emociju kontroles pavājināšanās;
- traucējumu pastāvēšanas ilgumam jābūt vismaz seši mēneši.

Perēklainu izmaiņu klātbūtne: vienpusēja spastiska hemiparēze, vienpusēji paaugstināti cīpslu refleksi, pozitīvs Babinska reflekss, pseidobulbārā paralīze, dati par cerebrovaskulāriem traucējumiem anamnēzē [4].

1.2.4. Ārstēšana

Demences progresēšanu var mazināt asinsvadu patoloģijas ārstēšana, komorbīdo traucējumu mazināšana. Pavadošā produktīvā simptomātika jāārstē simptomātiski, ievērojot piesardzību medikamentu devu izvēlē [4; 7].

1.3. Levi ķermenīšu demence

Levi ķermenīši ir patoloģiska olbaltuma struktūras, kas veido vezīkulas jeb pūslīšus nervu sinapsēs. Notiek nervu sūnu bojāeja, krītas dopamīna un acetilholīna līmenis. Levī ķermenīšu demence ir progresējoša neirodeģeneratīva saslimšana, kas raksturojas ar pieaugošu demenci un mainīga rakstura apziņas traucējumiem, kā arī asociējas ar redzes halucinācijām un/vai parkinsonismu.

1.3.1. Etioloģija, patoģenēze

Etioloģija līdz galam nav zināma. Neironu zudums un Levi ķermenīšu veidošanās nervu šūnās sākotnēji skar smadzeņu stumbru un zemgarozas kodolus, vēlāk izplatās uz limbisko sistēmu, paura-pakauša, deniņu-pakauša un pieres garozas reģioniem.

Šie patoloģiskie procesi klīniski izpaužas ar sekojošiem traucējumiem:

- uzmanības traucējumi;
- izpildfunkciju traucējumi;
- vizuāli-telpiskās izjūtas traucējumi, vizuālās halucinācijas
- ortostātiska hipotensija;
- miegainība;
- miega apnoje.

Parkinsona slimības un Levi ķermenīšu demences patoloģija ir līdzīga. Ar laiku Levi ķermenīši attīstās arī pacientiem ar Parkinsona slimību, pasliktinot slimības norisi, indivīda kognitīvās spējas un izraisot demenci.

1.3.2. Riska faktori

Izņemot vecumu (vidēji 75 gadi) un vīriešu dzimumu, citu zināmu riska faktoru Levi ķermenīšu demences attīstībai nav, ģenētiski lielākā daļa Levi ķermenīšu demences tiek uzskatīti par nejaušiem gadījumiem.

1.3.3. Klīniskā aina

Galvenās Levi ķermenīšu demences pazīmes ir attēlotas 1.1 tabulā.

1.1 tabula

Levi ķermenīšu demences pazīmes

Galvenās pazīmes	Papildu pazīmes, kas var liecināt par saslimšanu
<ul style="list-style-type: none">• progresējoša demence• mainīgs kognitīvo funkciju stāvoklis• redzes halucinācijas (reālistiskas, slimības sākumā detalizētas)• parkinsonisms	<ul style="list-style-type: none">• ātrās miega fāzes uzvedības traucējumi: parasomnija, vokalizācijas miegā un/vai kompleksa motorā uzvedība, kas korelē ar sapņošanu - kustības miegā ir īslaicīgas (<60 sek.) un mērķpilnas, piemēram, bumbas mešana, roku vēzēšana, it kā aizstāvoties. Var būt obstruktīva miega apnoja, nemierīgo kāju sindroms.• paaugstināta jutība pret neiroleptiskiem preparātiem - pat mazas devas var izraisīt parkinsonismu• autonomā disfunkcija

Slimības sākuma stadijās vairāk raksturīgs uzmanības deficīts, izpildfunkciju traucējumi, vizuāli-telpiskās izjūtas traucējumi, bet atmiņas iesaiste notiek vēlāk.

Levi ķermenīšu demence mēdz atbilst Alcheimera slimības klīniskiem un patoloģiskiem kritērijiem, kā rezultātā nereti tiek kļūdaini uzstādīta Alcheimera slimības diagnoze. Dažkārt slimība tiek nosaukta par Alcheimera slimības Levi ķermenīšu variantu.

Kognitīvo un uzvedības traucējumu intensitāte ir mainīga, var būt atkārtotas apjukuma epizodes, kas progresējoši pasliktina kognitīvās spējas. Amnēzija un dezorientācija ir novērota mazākā mērā kā Alcheimera demences slimniekiem, ir uzmanības deficīts.

No psihiatriskiem simptomiem papildus halucinācijām jāatzīmē aizkaitināmība, trauksme, pieaugoša apātija, nevēlēšanās aizrauties ar hobijiem, nemērķtiecīga hiperaktivitāte, no neiroloģiskiem simptomiem – var būt jušanas, kustību, gaitas un līdzsvara traucējumi.

1.3.4. Ārstēšana

Specifiskas ārstēšanas, kas Levi ķermenīšu demences pacientiem varētu mainīt vai apstādināt slimības progresiju, nav.

- Ir pielietojami medikamenti, kas koriģē kognitīvos un uzvedības traucējumus.
- Agrīnāka diagnozes uzstādīšana var palīdzēt primārās aprūpes speciālistiem izvairīties no medikamentu lietošanas, kuri var pasliktināt klīniskos simptomus, piemēram, tipiskie neiroleptiskie preparāti, kas šiem pacientiem var pastiprināt neiroloģiska bojājuma simptomātiku, radīt miegainību, vai novest pie neiroleptiķu malignā sindroma ar drudzi, stīvumu un rabdomiolīzi – dzīvībai bīstama stāvokļa.

Kognitīvo simptomu ārstēšanai rekomendē lietot holīnesterāzes inhibitoru - *Rivastigminum* un *Donepezili hydrochloridum*. Ja neiropsihiatriskie simptomi neuzlabojas, var pievienot *Memantini hydrochloridum*.

Antiholīnērgiskie medikamenti Levi ķermenīšu demences pacientiem ir kontraindicēti, jo var pasliktināt kognitīvo stāvokli, radīt apjukumu, izraisīt redzes halucinācijas un pastiprināt uzvedības traucējumus.

Parkinsonisma motoro simptomu ārstēšanai rekomendē izmantot *Levodopum* zemās devās. Jāņem vērā, ka tā lietošana var palielināt apjukuma epizožu biežumu, izraisīt psihozes un redzes halucinācijas.

Uzvedības traucējumu ārstēšanā izvēles metode ir Ne-farmakoloģiskā ārstēšana, tāpat jāizvērtē blakus saslimšanas, kas var provocēt uzvedības traucējumus (sāpes, aizcietējumi, izgulējumi, čūlas, urīnceļu infekcijas) un jāpārskata citu medikamentu lietošana un to iespējamās blaknes.

Atipiskie antipsihotiskie līdzekļi - *Quetiapinum*, *Olanzapinum* nozīmējami uz nakti redzes halucināciju reducēšanai, gadījumos, kas halucinācijas ir kļuvušas izteiktas, bīstamas un citādi problemātiskas. Tipiskos antipsihotiskos līdzekļus (*Haloperidolum*) nerekomendē, jo tas var pasliktināt parkinsonisma simptomus. Holīnesterāzes inhibitori – *Rivastigminum* palīdz pie aizkaitināmības, psihozēm, halucinācijām, samazina apātiju un murgus.

Antidepresanti – *SSRI* mazās devās, piemēram *Sertralinum*, *Citalopramum* *Fluoxetinum* pamatā ir labi panesami, tiem praktiski nepiemīt sedatīvs efekts, līdz ar to tie reti rada kognitīvo spēju pasliktināšanos.

Miega traucējumu ārstēšana

Ne-farmakoloģiskās metodes – miega higiēna, mazināt kofeīna, tabakas un alkohola lietošanu (sevišķi pēcpusdienā).

Farmakoloģiskā ārstēšana - ja miega traucējumi saistīti ar depresiju, nozīmē *Trazodoni hydrochloridum* mazās devās 25-50 mg uz nakti, arī *SSRI*, *Melatoninum* 3mg līdz 10 mg vienu stundu pirms naktsmiera [4].

1.4. Frontotemporālā jeb pieres-deniņu daivas demence

Raksturīga progresējoša, relatīvi selektīva pieres un/vai deniņu galvas smadzeņu daivu atrofija ar pavadošiem uzvedības, personības un valodas traucējumiem. Frontotemporālā demence ir viens no biežāk sastopamajiem agrīna sākuma demences cēloņiem. Trīs galvenie klīniskie sindromi jeb slimības apakštipi:

- frontotemporālās demences biheiviorāls variants jeb pieres daivas, jeb uzvedības traucējumu variants;

- primāras progresējošas afāzijas semantiskais variants (nespēja saprast dzirdēto vai rakstīto) vai frontotemporālas demences deniņu daivas variants;
- primāras progresējošas afāzijas agramatiskais variants (nespēja runāt, saprotot dzirdēto).

Afāzija - runas traucējumi, kad pilnīgi vai daļēji zudusi spēja saprast cita runu vai iztrūkst savas domas ar vārdiem vai frāzēm.

1.4.1. Etioloģija, patoģenēze

Cēlonis nav identificēts, taču daļai pacientu nozīme ir noteiktām gēnu mutācijām. Raksturīgās kopīgās patoloģiskās iezīmes ir galvas smadzeņu pieres un/vai deniņu daivu bojājums, kā arī dziļo smadzeņu struktūru bojājums.

1.4.2. Riska faktori

Kā frontotemporālās demences attīstības riska faktori tiek identificēti:

- pozitīva ģimenes anamnēze - nereti sastopami radnieki ar demenci, psihiatrisku slimību, Parkinsona slimību vai amiotrofo laterālo sklerozi. Autosomāli dominants pārmantošanas tips sastopams aptuveni 10-25% pacientu.
- iepriekš pārciesta galvas smadzeņu trauma.
- par iespējamu riska faktoru uzskata vairogdziedzera patoloģiju

1.4.3. Klīniskā aina

Slimībai progresējot, viens frontotemporālās demences klīniskais sindroms var pāriet kādā citā. Frontotemporālās demences biheiviorālajā (uzvedības traucējumu) variantā, kas izpaužas ar pieņemto sociālo uzvedības normu neievērošana, antisociālu uzvedību, slimnieka rīcība ir neadekvāta, sabiedrībā neacceptējama:

- Pacienti bez iemesla, nejūtot pašpārmetumus, var sākt pieskarties nepazīstamiem cilvēkiem/ sākt tos skūpstīt, publiski nokārtoties vai skaļi atraugāties, bez atļaujas paņemt vai sākt lietot citiem cilvēkiem piederošas mantas.
- Nereti sastopama eholalija (atkārto dzirdēto), slimnieki izsaka citiem aizskarošas piezīmes, nerespektē citu cilvēku "personīgo telpu".
- Vērojams empātijas zudums un apātija, kas izpaužas ar pacientu interešu un motivācijas zudumu, nevēlēšanos socializēties.
- Ar laiku slimnieki pārtrauc iesaistīšanos sarunās, kļūst klusi un pasīvi. Nereti apātija tiek interpretēta kā depresija, tādēļ pacienti jau agrīnos slimības etapos var nonākt psihiatru uzraudzībā.
- Empātijas zuduma un emocionālā blāvuma rezultātā pacientu radnieki vai aprūpētāji slimniekus var raksturot kā "aukstus", "neiejūtīgus".

- Notiek ēšanas paradumu maiņa, slimniekiem raksturīgas pārēšanās epizodes – var turpināt ēst pat pēc sāta sajūtas sasniegšanas, mutē liekot tādu ēdiena daudzumu, ko nevar pienācīgi sakošļāt, tieksme uzņemt ogļhidrātiem bagātu uzturu, nereti arī neēdamus priekšmetus, palielināta tieksme smēķēt vai lietot alkoholu.
- Nepārvaramu stereotipisku darbību veikšana piem., stereotips runas veids, vienkāršu kustību atkārtošana, nepieciešamība nepārtraukti veikt lietu pārbaudi, tīrīšanu u.tml.
- Samazinās spējas adaptēties situāciju, vides izmaiņām.
- Pacienti raksturīga nespēja plānot vai organizēt darbu, uzmanības deficīts, ir samazinātas abstrakcijas spējas.

Atmiņa un galvas smadzeņu mugurējās daļas garozas funkcijas (mehāniskie kairinājumu jušana) parasti ir neskartas. Slimībai progresējot, uzvedības traucējumi mazinās, pacienti kļūst apātiskāki. Vēlīnās stadijās slimniekiem var attīstīties parkinsonisma pazīmes, akinēzija, rigiditāte vai pievienoties kustību stereotipija.

1.4.4. Ārstēšana

Ne-farmakoloģiskā ārstēšana

- Uzvedības traucējumu mazināšanai pielietojamās metodes ietver apkārtējās vides maiņu, pacienta apbalvošanu, uzvedības fokusa maiņu, dzirdes palīgierīču lietošanu, gaismas terapiju.
- Aprūpētāju mērķtiecīga apmācība var mazināt uzvedības traucējumus slimniekiem ar demenci un mazināt aprūpētāju slodzi un depresīvos simptomus.
- Demences pacientu iesaistīšana aktivitātēs var mazināt viņu uzbudinātību.
- Ar sensorās sistēmas aktivāciju saistītā terapija var mazināt dementu slimnieku uzbudināmību - akupresūra, masāžas, dažādu sajūtu stimulācija. Par šāda veida terapiju var izlasīt <https://multinews.lv/atklata-pirma-senioru-multisensora-istaba-latvija/>.

Farmakoloģiska ārstēšana

- Serotonīnerģiskie medikamenti - *Sertralinum*, *Fluoxetinum* un *Fluvoxamini maleas* ir efektīvi uzvedības traucējumu mazināšanai.
- *Trazodoni hydrochloridum* ir efektivitāte uzbudinājuma, agresijas, aizkaitināmības, depresīvu simptomu un ēšanas traucējumu ārstēšanā.
- Neuroleptiskie preparāti - *Olanzapinum*, un *Quetiapinum* var mazināt uzbudinājumu un citus uzvedības traucējumus, šie medikamenti ir lietojami uzmanīgi, izvairoties no tipisko neuroleptisko preparātu un *Risperidonum* pielietošanas

- Stimulantu - *Methylphenidati hydrochloridum* efektivitātes novērtējums tādu uzvedības traucējumu mazināšanā kā apātija līdz šim ir limitēts, aptverot tikai atsevišķus pētījumus un klīnisko gadījumu.
- Holīnesterāzes inhibitori – *Memantini*, *Galantamini*, *Rivastigmini* netiek rekomendēti.
- pretepilepsijas līdzekļiem nav pārlicinošu datu par efektivitāti uzvedības traucējumu mazināšanā; maz pētījumu par monoamīnoksidāzes (MAO) inhibitoru efektivitāti.
- Benzodiazepīni netiek rekomendēti, jo tiem ir negatīva ietekme uz kognitīvajām funkcijām un tie var izraisīt uzbudinājuma paroksizmus.
- Intranazāla *Oxytocinum* terapija saistāma ar īstermiņa uzvedības traucējumu mazināšanu.
- Nav pierādītu medikamentu, kas uzlabotu vai stabilizētu kognitīvu deficītu [4].

1.5. Primāra progresējoša afāzija un runas apraksija

Klīniskie sindromi, kas mēdz attīstīties slimniekiem ar neurodeģeneratīvo patoloģiju.

Primāra progresējoša afāzija:

- 1 Logopēniskais (nabadzīgas valodas) variants – asociējas ar Alcheimera slimību,;
- 2 Semantiskais variants jeb semantiskā demence vai frontotemporālās demences variants – vairumā gadījumu asociējas ar frontotemporālās demenci, 25% gadījumos – ar Alcheimera demenci; raksturojas ar to, ka runai zudusi saturiskā jēga, formāli saglabājoties vārdu krājumam.
- 3 Agramatiskais variants jeb progresīva nefluentā afāzija – vairumā gadījumu asociējas ar frontotemporālu lobāru deģenerāciju, 25% gadījumos – ar Alcheimera demenci. Runa zaudē gramatisko uzbūvi.

Runas primāra progresējoša apraksija (nespēja mērķtiecīgi darboties) ir traucēta runas skaņu veidošana - nespēja koordinēt kustības, lai savienotu skaņas zilbēs un vārdos.

1.5.1. Etioloģija, patoģenēze un vecums

Primāras progresējošas afāzijas simptomu manifestācija ir atkarīgi no pamata etioloģijas. Slimniekiem ar pieres- deniņu daivas demenci kā pamata saslimšanu, sindroms izpaužas 50- 60 gadu vecumā, Alcheimera slimības pacientiem saslimšana tipiski izpaužas 70- 80 gadu vecumā.

1.5.2. Klīniskā aina

Primārai progresējošai afāzijai raksturīgs valodas funkcijas zudums, bet slimības sākuma stadijā citas kognitīvās funkcijas ir saglabātas.

1. Logopēniskais variants.

- Runājot vilcinās, grūti piemeklēt vārdus, nosaukt priekšmetus, bieži novēro fonētiskas kļūdas, grūtības atkārtot teikumus.

- Gramatika nav traucēta, saglabājas izpratne.
- Alzheimerera slimības vai citas neurodeģeneratīvas patoloģijas klīnisku kritēriju nav.

2. Primāras progresējošas afāzijas semantiskais variants.

- „Atmiņas zudums” attiecībā uz vārdiem.
- Sākas ar grūtībām atrast vārdus un nosaukt priekšmetus. Progresē līdz pakāpei, kad slimnieks nespēj izprast vārdu nozīmi un vairs neuztver objektus.
- Raksturīgi dubulti traucējumi priekšmetu nosaukšanā – viens, kas saistīts ar nespēju/grūtībām nosaukt zīmējumā attēloto objektu, un otrs – aprakstīt objektu, ja tas slimniekiem tiek nosaukts priekšā.
- Tā kā pacientiem zūd izpratne par priekšmetu nozīmi, viņiem rodas grūtības identificēt to pareizu krāsu (piem., dzeltens - banānam) un saprast, kuri priekšmeti ir saderīgi (piem., zobu diegs ar zobu suku nevis ar matu ķemmi).
- Turpmākā slimības gaitā mēdz attīstīties frontotemporālās demences uzvedības variants.

3. Primāras progresējošas afāzijas agramatiskais variants.

- Lēna, saspringta runa ar gramatiskām kļūdām un/vai traucētu runas artikulāciju.
- Runā vienkāršiem, īsiem teikumiem, vārdu piemeklēšana bieži ir apgrūtināta.
- Grūtības izrunāt vārdus, grūtības rada pat vienkāršu vārdu atkārtošana.
- Izpratne nav traucēta, izņēmums ir sarežģītie teikumi.
- Ar laiku samazinās spēja sarunāties– daudzi slimnieki spēj izteikties vienzilbīgi vai viņiem attīstās mutisms (smaga psihomatora patoloģija, kurā slimnieki nevar atbildēt uz uzdotajiem jautājumiem).
- Daudziem indivīdiem saglabājas izpratne par saviem valodas traucējumiem, šī apziņa viņus nomāc, var radīt depresiju.
- Turpmākajā slimības gaitā mēdz attīstīties frontotemporālās demences uzvedības variants.

4. Runas primāra progresējoša apraksija.

- Traucēta runas artikulācija.
- Pacienti runā lēni, artikulācija ir izkropļota, aizvieto skaņas, izmanto nevajadzīgas pauzes, mēdz sākt no sākuma, segmentē zilbes un ir grūtības izteikties plaši, gari.
- Spēja komunicēt ar laiku mazinās līdz pakāpei, kad slimnieks spēj izteikties vienzilbīgi vai attīstās mutisms.
- Valoda pati par sevi nav patoloģijas skarta – runas veidošana ir izmainīta, bet tā nav afāzija vai dizartrijs.
- Ar laiku vairumam slimnieku attīstās parkinsonisma pazīmes – bradikinēzija, amīmija, retāk rodas aksiālā rigiditāte, pievienojas citas apraksijas un acs ābolu kustību traucējumi.

1.5.3. Ārstēšana

Ārstēšana ir uzturoša, dažiem pacientiem efektīva var izrādīties valodas rehabilitācija.

1.6. Neurodeģeneratīvo demenču ārstēšanas preparāti

1.6.1. Atmiņas traucējumu ārstēšanā pielietojamie preparāti

Donepezili hydrochloridum (Aricept) - specifisks acetilholīnesterāzes (dominējošā holīnesterāze galvas smadzenēs) inhibitors. Lietošanas indikācijas - vidēji smaga un smaga Alcheimera slimība.

Galantamini hydrochloridum - acetilholīnesterāzes inhibitors, sekmē centrālās nervu sistēmas impulsu vadāmību un pastiprina uzbudinājuma procesus. Tas pastiprina holīnerģiskās sistēmas aktivitāti, kas saistīts ar uzlabotu kognitīvo funkciju. Lietošanas indikācijas - vidēji smaga un smaga Alcheimera slimība

Memantini hydrochloridum (Polmatine) - iedarbojas uz nervu šūnu receptoriem, uzlabojot nervu signālu pārvadi un atmiņu. Lietošanas indikācijas - vidēji smaga un smaga Alcheimera slimība.

Rivastigminum - holīnesterāzes inhibitors, lietošanas indikācijas - viegla un vidēji smaga Alcheimera slimība.

1.6.2. Neiropsihiatrisko traucējumu ārstēšanā pielietojamie preparāti

Selektīvie serotonīna atpakaļsaistīšanas inhibitori (SSAI) – specifiski iedarbojas uz serotonīna receptoriem, kā rezultātā serotonīns uzkrājas nervu šūnās, uzlabojas nervu impulsu pārvade, klīniski mazinās depresīvā simptomātika. Demences pacientiem piemērotākie:

Citalopramum, Fluoxetinum, Fluvoxamini maleas, Sertralinum, Trazodoni hydrochloridum.

Atipiskie antipsihotiskie līdzekļi bloķē serotonīna un dopamīna receptorus, normalizējot smadzeņu darbību un mazinot psihotiskus un afektīvus simptomus. Demences pacientiem piemērotākie: *Olanzapinum, Quetiapinum.*

1.6.3. Parkinsonisma simptomu ārstēšanā pielietojamie preparāti

Levodopum – dopamīnerģisks preparāts, kas šķērso hematoencefalisko barjeru un atvieglo slimības simptomus. Lietošanas indikācijas - Parkinsona slimība.

1.6.4. Miega traucējumu ārstēšanā pielietojamie preparāti

Melatoninum - psiholeptiķis, ko rekomendē kā monoterapiju pacientiem ar miega traucējumiem pēc 55 gadu vecuma. *Melatoninum* ir cilvēka organismā sastopams hormons, ko producē hipofīze, kas iedarbojas uz šūnām smadzenēs, radot vēlmi iet gulēt. Normāli tā izdalās iestājoties tumsai un sasniedz maksimumu nakts vidū.

2. VISPĀRĒJĀ PSIHOĻOGISKĀ NOVĒRTĒŠANA

Nozīmīga loma demences diagnostikā un ārstēšanā ir sākotnējai pacientu vispārējai psiholoģiskajai novērtēšanai un psiholoģiskā stāvokļa izvērtēšanai dinamikā. Psiholoģisko izpēti Latvijā var veikt psihologs, kurš ir sertificēts klīniskās un veselības psiholoģijas jomā vai psihologs, kurš ir reģistrēts Latvijas psihologu reģistrā un atbilstoši Psihologu likuma prasībām darbojas psihologa-pārrauga uzraudzībā. Informāciju par Latvijā strādājošajiem reģistrētajiem un sertificētajiem psihologiem var atrast Izglītības kvalitātes valsts dienesta mājas lapā, pieejams šeit: <https://ikvd.gov.lv/psihologiem/psihologu-registrs/>.

Psiholoģiskās izpētes mērķis ir noteikt pacienta kognitīvo traucējumu specifiku un pakāpi, izvērtēt viņa emocionālo stāvokli, ikdienas aktivitātes, pašaprūpes prasmes vai to deficītu, kā arī noteikt, cik lielā mērā pacients ir vai nav spējīgs patstāvīgi funkcionēt ikdienā un kāda veida palīdzība un atbalsts viņam šobrīd ir nepieciešami.

Psiholoģiskās izpētes rezultātā iegūtā informācija ļauj pielāgot pacientam atbilstošu ārstēšanu, aprūpes veidu un nepieciešamo sociālo palīdzību.

Demences gadījumā psiholoģiskā izpēte visbiežāk tiek veikta pēc pacienta ārstējošā ārsta vai tuvinieku pieprasījuma. Par piemērotāko psiholoģiskās izpētes metožu izvēli katrā konkrētajā gadījumā ir atbildīgs psihologs, kurš veic psiholoģisko izpēti.

Psiholoģiskās izpētes beigās, ja tas ir nepieciešams, tiek sagatavots rakstisks atzinums par psiholoģiskās izpētes rezultātiem (iesniegšanai pacienta ārstējošajam ārstam vai Veselības un darbības ekspertīzes ārstu valsts komisijai (VDEĀVK)).

2.1. Kognitīvo traucējumu diagnostika

Šobrīd klīnisko psihologu vidū visplašāk izmantotā psiholoģiskās izpētes metode demento pacientu kognitīvo procesu novērtēšanai ir Monreālas kognitīvo funkciju novērtēšanas skala jeb MoCA (Montreal cognitive assessment), pieejams šeit: <https://www.mocatest.org/paper-tests/moca-test-full/>.

Skalai ir korekti tulkojumi dažādās valodās (arī latviešu un krievu) un tā izvērtē dažādas kognitīvās jomas: uzmanību un koncentrēšanos, vadības funkciju, atmiņu, valodu, vizuāli telpiskās prasmes, konceptuālo domāšanu, rēķināšanu un orientāciju. Iegūtie rezultāti ļauj izvērtēt, vai pacienta kognitīvie traucējumi dotajā brīdī vērtējami kā viegli, vidēji smagi vai smagi, kā arī – ļauj veikt pacienta kognitīvo traucējumu izvērtēšanu dinamikā.

Pacientu kognitīvo funkciju izpētei var izmantot arī citas psiholoģiskās izpētes metodes, piemēram, Vudkoka Džonsona (*Woodcock-Johnson*) kognitīvo spēju testu (WJ-IE), 10 vārdu

iegaumēšanu, Pulksteņa zīmēšanas testu, Klasifikāciju, Ceturtā liekā izslēgšanu, cilvēka zīmējumu, telpisku figūru un rakstu kopēšanu u.c.

Svarīga psiholoģiskās izpētes sastāvdaļa, novērtējot demences pacientu vispārējo psiholoģisko stāvokli, ir arī daļēji strukturēta intervija, kuras laikā tiek noskaidrota pacienta orientācija sevī, laikā un telpā. Intervijas laikā psihologs lūdz pacientu pastāstīt par sevi, aprakstīt ģimenes situāciju, izglītību un darba pieredzi, kā arī pastāstīt par esošo dzīves situāciju un sūdzībām. Tā kā demences pacienti ar kognitīviem traucējumiem ne vienmēr spēj sniegt objektīvu informāciju, tad psihologs (parasti) līdzīga satura interviju veic arī ar pacienta tuviniekiem vai aprūpes personu. Jāpiebilst, ka vienlaikus ar pacienta kognitīvo funkciju izpēti svarīgi ir izvērtēt arī viņa emocionālo stāvokli, piemēram, vai pacientam ir vērojama depresijas, trauksmes u.c. afektīvu traucējumu simptomātika. Šī informācija ir svarīga, lai nodrošinātu atbilstošu ārstēšanu un psihosociālo rehabilitāciju.

Lai arī objektīvu un detalizētu kognitīvo spēju izvērtēšanu pacientiem var veikt tikai sertificēts klīniskais psihologs, pastāv arī atsevišķas īsas un operatīvas “pārbaudes” metodes, ar kuru palīdzību primārās veselības aprūpes speciālisti (ģimenes ārsti, medmāsas, aprūpes personas u.c.) var savlaicīgi un agrīni konstatēt pacientiem iespējamus kognitīvus traucējumus un, balstoties uz iegūtajiem rezultātiem, ieteikt viņiem vērsties pie neirologa vai psihiatra, kā arī – ieteikt viņiem veikt padziļinātu kognitīvo spēju izpēti pie klīniskā psihologa. Tālāk, pielikumos var skatīt atsevišķu šādu “operatīvo pārbaudes jeb skrīninga” metožu piemērus: pulksteņa zīmēšana (1. pielikums), 10 vārdu iegaumēšana (2. pielikums), Mentālā statusa īsā pārbaude – MMSE (3. pielikums).

2.2. Psihosociālas intervences

Psihosociālas intervences ir fiziskas, kognitīvas vai sociālas aktivitātes, kas palīdz saglabāt vai uzlabot cilvēka ar demenci funkcionēšanu, starppersonu attiecības un labklājību. [17]. Šo intervenču mērķis ir saglabāt iespējami augstu dzīves kvalitāti visās demences attīstības stadijās.

Pētījumi pārliecinoši apliecina, ka psihosociālas intervences un nefarmakoloģiskas ārstēšanas metodes ļauj uzlabot funkcionālos rādītājus, kognitīvās spējas, garastāvokli, uzvedību, veicināt socializāciju, vienlaikus izvairoties no pārmērīgas medikamentu lietošanas saistītajām blaknēm [24; 16].

Demencei progresējot, cilvēka labklājība arvien vairāk kļūst atkarīga no apkārtējo cilvēku atbalsta un viņu zināšanām, prasmēm un vērtībām. Īstenojot psihosociālas intervences, speciālistiem jābūt gataviem risināt ētiski sarežģītas situācijas, viņu uzdevums ir lēmumu pieņemšanā par savu aprūpi pēc iespējas iesaistīt pašus pacientus. Visās demences stadijās

jātiecas izmantot tādas stratēģijas, kas ļauj cilvēkam ar demenci justies vērtīgam, cienītam un cik vien tas iespējams - autonomam. Cieņa pret pacientu un viņa autonomiju ir ne tikai cilvēktiesību jautājums, bet arī intervenču efektivitātes priekšnosacījums, tas veicina pacienta iesaisti un mazina emocionālu un uzvedības traucējumu riskus [25].

Lai nodrošinātu intervenču efektivitāti, pakalpojumiem jābūt mērķtiecīgiem, pamatotiem un labi saskaņotiem, būtiska loma ir dažādu speciālistu un aprūpētāju ciešai sadarbībai. Daži no pakalpojumu kvalitātes indikatoriem minēti Skotijas vadlīnijās darbam ar demenci:

- Savlaicīga un precīza diagnostika;
- Cilvēki ar demenci jūtas iedrošināti izdarīt izvēles, aizstāvēt savas tiesības, saglabāt identitāti un saņemt cieņpilnu un līdzvērtīgu attieksmi;
- Fiziskā, psihiskā, sociālā un emocionālā labklājība ir iespējami laba;
- Ir pieeja indivīdiem, grupām un organizācijām ar līdzīgām vērtībām un pārlicībām, cieņa pret kultūras piederību;
- Pieejami kvalitatīvi pakalpojumi, ir iespējas iesaistīties sabiedriskajā dzīvē un sev nozīmīgās, jēgpilnās aktivitātēs;
- Cilvēki ar demenci jūtas droši un var būt tik neatkarīgi, cik vien tas iespējams;
- Cilvēki ar demenci var uzturēt sev nozīmīgas attiecības un attīstīt jaunas personīgās un profesionālās attiecības;
- Ir pieejama informācija, izglītība un atbalsts, lai veicinātu cilvēka ar demenci un atbalsta personu labklājību [11].

Būtisks faktors, kas negatīvi ietekmē cilvēku ar demenci dzīves kvalitāti, ir stigmatizējošas attieksmes. Alcheimera biedrības veiktajā pētījumā cilvēki ar demenci norāda, ka apkārtējo attieksme, uzzinot par demences diagnozi, radikāli mainās. Šķiet, ka diagnoze kļūst par vienīgo lietu, ko apkārtējie par viņiem zina un kas ir nozīmīga.

“Tiklīdz atskan vārds demence, tevi vairāk vai mazāk noraida. Cilvēki uzskata, ka tev nevar būt savs viedoklis, domas, tu nespēj par sevi atbildēt un paveikt lietas, ir ļoti grūti pārliecināt apkārtējos uztvert tevi nopietni un saņemt palīdzību, pēkšņi tu kļūsti nederīgs.” Viljamsons (*Williamson T*) [26].

Strādājot ar cilvēkiem, kas cieš no demences, jāpievērš uzmanība vārdu izvēlei. Demence ir jauna situācija un katram cilvēkam un ģimenei jāatrod veids, kā par šīm pārmaiņām domāt un runāt. Speciālista attieksme, kuru tas pauž verbāli un neverbāli, atstāj iespaidu uz pacientu pašsajūtu, situācijas vērtējumu, ietekmē aprūpē iesaistīto cilvēku attieksmi un var palīdzēt veiksmīgi adaptēties.

Runājot par demenci, jāizmanto precīza, cieņpilna, iekļaujoša un iedrošinoša valoda, kas nevaic stereotipus un aizspriedumus.

4.1 tabulā attēloti daži no ieteikumiem valodas izvēlei - kādi izteikumi ir palīdzoši un iedrošinoši un kādi - izraisa negatīvas emocijas.

4.1 tabula

Ieteikumi valodas izvēlei [20; 12]

Ieteicams	Nav ieteicams	Paskaidrojums
Cilvēks ar demenci	Pacients (izņemot ārstniecības kontekstā), slimnieks, upuris, senīls, zaudējis prātu, zaudējis identitāti, aprūpējam	Izvairīties no vārdiem, kas cilvēkam ar demenci liek justies nepareizam, slimam, nevērtīgām, apgrūtinājumam.
Dzīvesbiedrs, radnieks	Aprūpētājs, aizbildnis utml	Izvēlēties vārdus, kas norāda uz līdzvērtīgām, mīlestības pilnām attiecībām, nevis atkarību.
Atbalsta	Aprūpē	Aprūpe paredz vienpusēju komunikāciju, kur viens ir tikai sniedzējs un otrs saņēmējs. Rada mazvērtības sajūtu.
Uzvedības izpausmes Nesaprastas, neapmierinātas vajadzības	Uzvedības problēmas Apgrūtinājoša uzvedība	
Ieteicams	Nav ieteicams	Paskaidrojums
Personalizēta pieeja Atbalsta pasākumi	Ārstēšana, nefarmakoloģiskas intervences	Ieteicams izvēlēties uz cilvēku orientētu pieeju un izvairīties no medicīnisku terminu izmantošanas.
Traucējumi ir grūti, satraucoši, izmaina dzīvi. Cilvēks ar demenci var justies bezcerīgi, nomākts.	Traucējumi nav traģiski, apgrūtinājoši, garās atvadas utml.	”Cilvēki ar demenci joprojām ir dzīvi. Mēs varam just, smieties, raudāt, neatkarīgi no tā, kurā demences stadijā esam. Ir tik daudz lietu, kuras varam” - Markvess, (<i>Marquez M</i>) [7; 8; 15].

Atbilstoši pacienta vajadzībām, pēc diagnozes uzstādīšanas var būt nepieciešamas dažādas psihosociālas intervences un pakalpojumi, piemēram:

- informācija, apmācības un atbalsts dzīvei ar atmiņas problēmām cilvēkiem ar demenci un viņu aprūpētājiem;
- intensīvs atbalsts un rehabilitācija;
- atbalsta grupas cilvēkiem ar demenci un viņu aprūpētājiem;
- psihologa konsultācijas un emocionāls atbalsts;
- neatkarīga interešu aizstāvība (lai izvairītos no cilvēku ar demenci izmantošanas);

- atbalsts nodarbinātībai un aktivitātēm dienas laikā;
- informācija par pabalstiem un valsts piedāvātajām aprūpes iespējām;
- atbalsts plānojot nākotni, piemēram, mantojuma un aizgādības jautājumi;
- dzīves vietas izvēle un pielāgošana;
- palīdzība mājās un ārpus tām, iespējams, asistents;
- palīdzošas tehnoloģijas;
- krīzes situāciju plānošana un atbalsts [18].

Dažādas intervences palīdz sasniegt sekojošus mērķus:

- attīstīt pacienta kopinga (*coping*) stratēģijas, lai samazinātu stresu;
- veicināt socializāciju;
- optimāli izmantot atlikušās spējas;
- mazināt problēmu uzvedību (tajā skaitā satraukumu un klaiņošanu);
- saglabāt pašcieņu un dzīves jēgas izjūtu [25].

Sliktas pašsajūta un uzvedības problēmu cēlonis var būt arī sekundāri, ar kognitīviem traucējumiem tieši nesaistīti, faktori un simptomi. Plānojot intervences, jāņem vērā šādi faktori:

- fiziskās veselības stāvoklis;
- depresijas un trauksmes simptomi;
- sāpes un cita veida fizisks diskomforts;
- lietoto medikamentu blaknes;
- cilvēka līdzšinējā dzīves pieredze, tajā skaitā kultūra, ticība;
- fiziskā vide;
- dažādi psihosociāli faktori, piemēram, vientulība, konflikti, neiejūtīga vai pat cietsirdīga izturēšanās no apkārtējo puses [18].

2.3. Ikdienas aktivitāšu un sociālās adaptācijas novērtēšana

Lai izvērtētu pacienta pašaprūpes prasmes un spēju patstāvīgi funkcionēt, var izmantot dažādas aptaujas un/vai daļēji strukturētu interviju par pacienta ikdienas aktivitātēm un pašreizējām prasmēm. Aptaujās un/vai intervijā tiek ietverti jautājumi par dažādām aktivitāšu jomām (ēdiena gatavošana, mājas uzkopšana, veļas mazgāšana, medikamentu lietošana, telefona lietošana, sava budžeta plānošana un pārvaldība, veikala apmeklēšana un iepirkšanās, transporta lietošana), lai noskaidrotu, vai pacients šobrīd ir spējīgs patstāvīgi pagatavot ēst, uzkopt māju, rīkoties ar telefonu un vienkāršu sadzīves tehniku (elektrisko vai gāzes plīti, veļas mašīnu u.c.), atbilstoši ārsta dotajiem norādījumiem lietot nozīmētos medikamentus, patstāvīgi plānot un rīkoties ar savām finansēm, iepirkties veikalā, lietot sabiedrisko transportu u.tml. Kā

vienu no šādu anketu piemēriem var minēt Lawton-Brody Ikdienas aktivitāšu skalu (*Lawton – Brody Instrumental Activities of Daily Living Scale (I.A.D.L.)*). Sīkāku informāciju var atrast šeit: <https://www.alz.org/media/Documents/lawton-brody-activities-daily-living-scale.pdf>).

Tāpat intervijas gaitā ir svarīgi iegūt informāciju par pacienta pašaprūpes iemaņām (vai pacients spēj patstāvīgi paēst, apmeklēt tualeti un apkopties pēc tualetes apmeklējuma, nomazgāties, ievērot personisko higiēnu, apģērbties, t.sk. atbilstoši gadalaikam un laika apstākļiem, u.c.), noskaidrot, vai pacients ir spējīgs patstāvīgi orientēties tuvākajā apkārtnē, patstāvīgi pārvietoties, sazināties ar citiem cilvēkiem, vai atpazīst savus tuviniekus u.tml. Lai informācija būtu objektīva, jautājumi tiek uzdoti gan pašam pacientam (ja tas ir iespējams), gan viņa tuviniekiem vai aprūpes personai, kura ikdienā aprūpē pacientu.

3. KOGNITĪVO SPĒJU TRENĒŠANA

Demences gadījumā ir ļoti svarīgi pēc iespējas ilgāk uzturēt un saglabāt pacienta kognitīvās funkcijas, jo tās palīdz tikt galā ar ikdienas aktivitātēm un nodrošina pašaprūpi. Tāpēc demences pacientiem ir jāpiedāvā un jānodrošina dažādas aktivitātes un vingrinājumi, kas trenē kognitīvos procesus – atmiņu, uzmanību, uztveri, domāšanu u.c. Šos uzdevumus pacientiem var piedāvāt viņu tuvinieki, aprūpētāji, aprūpes centru darbinieki un citi profesionāļi, kuri ikdienā ir kopā ar pacientu. Nodarbības var notikt gan individuāli, gan skaitliski nelielās grupās.

Lai uzdevumi tiktu veikti korekti un pareizi, tie jāveic “trenera” (tuvinieka, aprūpētāja, dienas vai sociālās aprūpes centra darbinieka) uzraudzībā. “Trenera” klātbūtne sniedz iespēju nepieciešamības gadījumā:

- pacientam atkārtoti un detalizēti izskaidrot dotā uzdevuma būtību;
- sniegt viņam emocionālu atbalstu neveiksmju gadījumā;
- nodrošināt nepieciešamo atbalstu un palīdzību, lai pacients doto uzdevumu paveiktu pareizi.

Vislabākie rezultāti tiek sasniegti, ja attīstošās nodarbības piedāvā un nodarbības vada viens un tas pats cilvēks, tādā gadījumā ir iespējams izsekot pacienta/-u uzrādīto rezultātu dinamikai un piedāvāt individuālus, pacienta pašreizējām spējām atbilstošas grūtības pakāpes uzdevumus. Bez tam, sadarbojoties ar labi pazīstamu aprūpētāju (treneri), demences pacientiem (īpaši – ar smagiem kognitīviem traucējumiem) nodarbību laikā retāk būs vērojamas negatīvas emocionālas reakcijas (dusmas, noliegums, atteikšanās sadarboties, satraukums u.tml.).

Praktisku vingrinājumu piemērus pacientu kognitīvo spēju trenēšanai variet skatīt:

4. pielikumā - Vingrinājumu piemēri atmiņas trenēšanai;
5. pielikumā - Vingrinājumu piemēri uzmanības trenēšanai;
6. pielikumā - Vingrinājumu piemēri vizuālās uztveres trenēšanai.

Jāuzsver, ka kognitīvo funkciju uzturēšanai un trenēšanai demences pacientiem palīdz jebkura intelektuāla vai fiziska nodarbe (piemēram, krustvārdu mīklu minēšana, darbošanās interešu grupās, kultūras pasākumu apmeklēšana, vecumam un veselības stāvoklim atbilstošas fiziskas aktivitātes u.c.). Lai demences pacientiem nodrošinātu atbalstu ikdienā un pēc iespējas lielāku patstāvību pašaprūpē, palīdzošs var būt arī vizuālais atbalsts (piemēram, pārvietojamas tāfeles vai stendi, kuros ar fotogrāfijām vai attēliem attēlota dienā veicamo darbu secība, ēst gatavošanas secība, ģērbšanās secība u.tml.). Vizuālā atbalsta piemērus var atrast Latvijas autisma apvienības mājas lapā. Pieejams šeit: <http://www.autisms.lv/index.php/lv/materiali>

4. PSIHOSOCIĀLAS INTERVENČES DARBĀ AR DEMENCES PACIENTIEM

4.1. Intervences kognitīvo spēju atbalstam

Pastāv dažādas intervences kognitīvo spēju uzlabošanai un kompensēšanai - kognitīva stimulācija, kognitīvi treniņi, kognitīva rehabilitācija, orientēšanās realitātē, kombinēti kognitīvi un fiziski vingrinājumi, datorizētas intervences.

Pierādījumos balstītas metodes, kuras medicīnas speciālists var ieteikt pacientiem ar demenci, ir kognitīvas stimulācijas terapija (parasti grupu formātā), kognitīva rehabilitācija un darba terapija. Intervenču izvēle ir individuāla un atkarīga gan no pacienta vajadzībām, gan grūtībām, gan izvēlēm.

4.1.1. Kognitīvās stimulācijas terapija

Pētījumi liecina, ka viena no efektīvākajām metodēm kognitīvo spēju, neatkarības un labklājības saglabāšanai cilvēkiem ar vieglu un vidēji izteiktu demenci ir grupu kognitīvās stimulācijas terapija.

Kognitīvā stimulācija nozīmē iesaisti dažādās aktivitātēs un diskusijās, kuru mērķis ir uzlabot kognitīvo un sociālo funkcionēšanu, piemēram, problēmu risināšanu, lēmumu pieņemšanu un dalīšanos idejās ar cietiem grupas dalībniekiem [22]. Kognitīvās stimulācijas grupas nodarbības veicina tuvības sajūtu, mazina izolāciju, veicina pozitīvu paštēlu, dalīšanās informācijā veicina efektivitātes sajūtu un cerību [9].

4.1.2. Kognitīvā rehabilitācija vai darba terapija

Kognitīvā rehabilitācija (vai darba terapija) palīdz saglabāt spējas un uzlabot ikdienas funkcionēšanu. Kognitīvā rehabilitācija notiek, identificējot pacientam svarīgus ikdienas uzdevumus, nepieciešamās prasmes un palīdzot tās pilnveidot. Mērķi var būt, piemēram, atcerēties ģimenes locekļu vārdus, atcerēties svarīgus skaitļus, attīstīt iemaņas atcerēties svarīgus notikumus, iemācīties izmantot atgādnes, kalendārus utml.

Lai izveidotu efektīvu rehabilitācijas plānu, īpaši apmācīts speciālists veic uzvedības funkcionālo analīzi, kas ļauj identificēt pozitīvu un problemātisku uzvedību pastiprinošus faktorus (*applied behavioral analyses*).

Kognitīvas rehabilitācijas pamata principi:

- Piepūles princips – uzdevumi, kas prasa piepūli, ir efektīvāki. Palīdzība, uzvedināšana tiek sniegta minimāli.
- Dubults atbalsts - nepieciešams papildus atbalsts gan iemācīšanās stadijā, gan atcerēšanās stadijā.

4.2. Fiziski vingrinājumi.

Cilvēki ar demenci ir pakļauti augstākam funkcionālo traucējumu un ierobežotas mobilitātes riskam:

- Regulāras (un pietiekami intensīvas) fiziskās aktivitātes ļauj saglabāt mobilitāti, stabilitāti, samazina traumu risku un uzlabo pacientu spējas veikt ikdienas aktivitātes, tas savukārt ļauj saglabāt autonomiju, uzlabo cilvēka ar demenci un viņa aprūpētāju dzīves kvalitāti.
- Nav gūts apstiprinājums tam, ka fiziskas aktivitātes cilvēkiem ar demenci mazina depresijas un neiropsihiatrisku simptomu izteiktību vai uzlabo kognitīvās spējas [13].

Patreiz nav skaidri zināms, kāda veida nodarbības un cik daudz būtu ieteicamas dažāda veida demencēm dažādās stadijās, aktivitāšu veids nosakāms individuāli, izvērtējot katra cilvēka veselības stāvokli un iespējas. Ir novērots, ka nodarbības ar zemu intensitāti nesniedz nozīmīgu veselības uzlabojumu, fiziskām aktivitātēm jābūt regulārām un pietiekami intensīvām.

Viens no iespējamiem fizisko aktivitāšu režīmiem ir 45-60 minūtes ilgas kombinēta tipa aktivitātes, ietverot staigāšanu, stiepšanos un spēka vingrinājumus, vismaz 3 reizes nedēļā.

4.3. Metodes, kuru efektīvitate nav pierādīta

Ņemot vērā augsto pieprasījumu pēc atbalsta pasākumiem demences pacientiem un ierobežotos resursus, svarīgi izvērtēt un piedāvāt pakalpojumus, kas ir pierādījumos balstīti un efektīvi. No plaši izmantotām intervencēm demences pacientiem vairākas nav guvušas apstiprinājumu kā palīdzošas - pētījumi parāda, ka tās būtiski neuzlabo pacienta pašsajūtu, dzīves kvalitāti vai funkcionālās spējas, to piedāvāšana nav lietderīga. Šādas metodes ir:

- kognitīvi treniņi - standartizēti uzdevumi (bieži vien datorizēti), kuru mērķis ir attīstīt kādas kognitīvas prasmes - uzmanību, atmiņu, vadības funkcijas;
- starppersonu terapija - īstermiņa terapija, kas palīdz pacientam izprast problēmas attiecībās, kuras tam rada grūtības, piemēram, pārmaiņas sociālajās lomās, zaudējums un sēras, konflikti utml.;
- akupunktūra;
- augu maisījumi;
- neinvazīva smadzeņu stimulācija (piemēram, transkraniāla magnētiska stimulācija) [18].

4.4. Vides pielāgojumi

Atmiņas traucējumi, apjukums, grūtības apgūt jaunas lietas var nozīmēt, ka cilvēks ar demenci var aizmirst, kur viņš atrodas, kur atrodas viņam nepieciešamās lietas un kā tās

izmantot. Telpas un vides pielāgojumi var palīdzēt cilvēkam ar demenci orientēties un būt patstāvīgam, tāpēc tiem jābūt atbilstošiem pacienta vajadzībām:

Apgaismojums

Labs apgaismojums mazina iespējamo apjukumu un kritienu risku, tam jābūt iespējami vienmērīgam un dabiskam, vēlams ierobežot atspīdumus un ēnas. Labāku apgaismojumu var nodrošināt, atstājot vaļā aizkarus, atsakoties no žalūzijām, neaizēnojot logus ar augiem. Gaismas slēdžiem jābūt viegli atrodamiem un ērti lietojamiem, var izmantot arī automātisko apgaismojumu ar kustības sensoriem (ieslēdzas, cilvēkam ienākot). Regulāri jāpārbauda redze.

Trokšņu ierobežošana

Cilvēki ar demenci bieži sūdzas par fona trokšņiem. Jāņem vērā, ka paklāji vai aizkari absorbē fona trokšņus, flīzes un lamināts gluži otrādi - skaņu pastiprina. Ja cilvēks ar demenci lieto dzirdes aparātu, šis skaņu pastiprinājums var radīt diskomfortu. Fonā ieslēgts televizors vai radio arī rada liekus trokšņus. Jebkurā gadījumā, pacientiem dzirde regulāri jāpārbauda.

Drošs grīdas segums

Jāizvairās no tepiķīšiem vai nelieliem paklājiem - cilvēki ar demenci var tos uztvert kā objektus, kam jāpārkāpj, un pakrist.

Spīdīgs grīdas segums var radīt iespaidu, ka grīda ir slapja un pacientam var likties bīstami pa to pārvietoties. Piemērotākais grīdas segums ir paklājs ar sienām kontrastējošā krāsā, būtu jāizvairās no dabas objektu krāsām, piemēram, zaļās (zāle) vai zilās (ūdens).

Kontrastējošas krāsas

Ieteicams izvēlēties kontrastējošu krāsu objektus. Piemēram, košas mēbeles, kas atšķiras no sienas vai grīdas krāsojuma toņiem, atšķirīgas krāsas tualetes poda apmale utml. Lai neradītu apjukumu, jāizvairās no raibiem vai strīpainiem rakstiem.

Atspulgi

Spoguļi, atspulgs logu stiklos var radīt apjukumu un satraukumu, cilvēks var sevi neatpazīt.

Atgādnēs

Orientēšanos atvieglo uzraksti vai piktogrammas uz telpu durvīm, piemēram, tualetes. Palīdzoši ir arī attēli uz skapīšu durvīm, atvilktnēm. Atgādnēm jābūt skaidrām, kontrastējošām, ar vārdu un attēlu, nedaudz zemāk nekā parasti, jo vecāki cilvēki mēdz skatīties lejup.

Mājsaimniecības priekšmeti

Iespējams iegādāties mājsaimniecības priekšmetus, kas pielāgoti cilvēkiem ar demenci, piemēram, pulksteņi ar lielu displeju, kas rāda dienu, datumu un laiku, telefoni ar lieliem taustiņiem, iekārtas, kas nodrošina audio atgādnēs (zāļu lietošana, durvju aizslēgšana utml.).

Reizēm tās dēvē par atbalsta iekārtām (*assistive technologies*). Galdiem jābūt atbilstoša augstuma, stabiliem, ar noapaļotiem stūriem [10].

4.5. Intervences komorbīdiem emocionāliem un uzvedības traucējumiem

Demencei attīstoties, cilvēks var izjust trauksmi, depresijas simptomus, apjukumu vai apātiju, kas var izpausties kā klaiņošana vai agresija. Daļēji šie simptomi ir saistīti ar smadzeņu bojājumiem, mentāliem un fiziskiem ierobežojumiem, tomēr tos var radīt vai pastiprināt dažādi psihosociāli vides faktori.

4.5.1. Satraukums un agresija

Satraukums vai agresija var būt veids, kā pacients signalizē par savām emocijām un vajadzībām – piemēram, agresija var būt reakcija uz bezspēcību, frustrāciju un apjukumu. Pirms farmakoloģiskas vai nefarmakoloģiskas intervences veikšanas būtu jāveic sistemātiska un strukturēta uzvedības cēloņu un pastiprinošo faktoru izpēte, ņemot vērā vides faktoros un klīnisko ainu. Agresīvas rīcības iemesli var būt:

- Cilvēks jūtas nesadzirdēts vai nesaprasts;
- Jūtas apdraudēts vai nobijies;
- Jūtas apkaunots un aizkaitināts, jo nepieciešama palīdzība lai paveiktu darbus, ko kādreiz veica patstāvīgi;
- Pretojas tam, ka viņam liek darīt to, ko viņš nevēlas;
- Izjūt sāpes u.c.

Lai novērstu agresīvu uzvedību vai satraukumu, priekšroka dodama nefarmakoloģiskām metodēm - psihosociālām intervencēm un vides pielāgojumiem (izņemot gadījumus, kad cilvēks ar demenci izjūt lielu nemieru vai halucinācijas, kas viņam rada lielu stresu). Jebkurā gadījumā - psihosociāls atbalsts nepieciešams neatkarīgi no tā, vai tiek nodrošināta medikamentoza ārstēšana [18].

Nefarmakoloģisku intervenču uzdevumi ir:

- preventīvi samazināt satraukumu un agresijas biežumu;
- atbilstoši reaģēt uz satraukumu un agresiju, padarot situāciju mierīgāku;
- samazināt aprūpētāja stresu.

Preventīvas stratēģijas, kas piemērotas lielākajai daļai demences pacientu, ir saprotoša, cieņpilna un atbalstoša attieksme no apkārtējiem, strukturētas aktivitātes un sensoras intervences - patīkamas sajūtas radošas aktivitātes.

Specifiskas intervences ir vēršas uz konkrētiem uzvedības triģeriem, lai tos novērstu, ar ekspozīciju metodes palīdzību samazinātu pacientu jūtīgumu pret tiem vai piedāvātu saistošas aktivitātes uzmanības pārslēgšanai.

Agresīvas uzvedības triģeru atpazīšanai un novēršanai var izmantot ABC metodi, kas ietver sevī rīcības analīzi cēloņu un sekū kontekstā. Šī tehnika palīdz izvairīties no emocionālas reaģēšanas sarežģītās situācijās, ļauj racionāli izvērtēt situāciju un mērķtiecīgi atrast efektīvas stratēģijas situācijas novēršanai.

Ja cilvēks ir satrauktā stāvoklī, ir jāizvairās no konfrontācijas un dominēšanas. Ja cilvēka kognitīvās spējas ir pietiekami labas, agresijas novēršanai var izmantot trīs soļu metodi: (1) iesaistīt cilvēku sarunā, (2) izveidot sadarbību un (3) kopīgi meklēt un atrast veidus, kā nomierināties un novērst problēmu.

Agresīvu uzvedību ne vienmēr ir iespējams novērst, reizēm vienīgais risinājums ir saglabāt mieru, izvairīties no konfrontācijas vai pat uz kādu laiku atstāt telpu.

4.5.2. Depresija un trauksme

Divas trešdaļas demences pacientu cieš no trauksmes traucējumiem un/vai depresijas. Turklāt komorbīdi depresijas traucējumi prognozē smagāku demences attīstības gaitu un izteiktāku negatīvo simptomātiku. Paaugstināta trauksme, līdztekus pārmērīgām bailēm un raizēm, izpaužas arī kā fizisks nemiers, miega traucējumi vai agresīva uzvedība. Demences pacienti ar komorbīdiem trauksmes un depresijas traucējumiem ir lielākā mērā atkarīgi no aprūpētājiem, tiem ir ierobežotākas ikdienas aktivitātes un autonomija, viņi biežāk nonāk aprūpes iestādēs [21]. Pētījumi atklāj arī pozitīvu iespēju - ārstējot depresijas simptomus, demences simptomātika samazinās, uzlabojas funkcionālie rādītāji.

Saskaņā ar NICE vadlīnijām, vieglas un vidēji smagas depresijas simptomu ārstēšanai pacientiem ar viegliem un vidēji smagiem demences simptomiem priekšroka dodama nemedikamentozām terapijas metodēm [18]. Klīniski pētījumi liecina, ka šajā pacientu grupā efektīvas ir Kognitīvi biheiviorālā terapija un atmiņu terapijas, kas tiek pielāgotas darbam ar demences pacientiem - daļai pacientu samazinās depresijas un trauksmes simptomu izteiktība un uzlabojas ikdienas funkcionēšana.

4.6. Atmiņu intervence

Atmiņu terapijā pārrunā pagātnes aktivitātes un notikumus, parasti - izmantojot atgādnes, piemēram, fotogrāfijas vai piemiņas lietas. Pētījumos novērots, ka atmiņu terapijas pielietošana uzrāda labus kognitīvos rādītājus, garastāvokli un labsajūtu. Atmiņu terapija ir elastīga intervence, kas var tikt izmantota gan individuāli, gan grupā, tā var būt gan plānota terapijas

sesija, gan tikt spontāni iekļauta saskarsmē ar pacientu. Reizēm intervences ietvaros izveido atmiņu un stāstu fotoalbumus.

Atmiņu terapija palīdz vispārināt situāciju, ieraudzīt vērtīgas pieredzes, sameklēt pašreizējā dzīves posma jēgu un papildījumu, mazinot fokusu tikai uz demences simptomiem un ierobežojumiem.

5. KOGNITĪVI BIHEIVIORĀLĀ TERAPIJA PACIENTIEM AR VIEGLU DEMENCI

Kognitīvi biheiviorālā terapija (KBT) ir strukturēta īstermiņa psihoterapija, kas fokusējas uz domāšanas un uzvedības lomu psihisko traucējumu attīstībā un novēršanā, tā ir efektīva dažādu psihiskās veselības traucējumu, tajā skaitā depresijas, trauksmes, bipolāro traucējumu, atkarību, bezmiega un personības traucējumu ārstēšanā. Pielāgojot izmantotās metodes, KBT ir efektīva trauksmes un depresijas simptomu mazināšanā arī demences pacientiem. Bieži terapijā tiek iesaistīti arī ģimenes locekļi, lai mājās atbalstītu terapijas ietvaros plānotās aktivitātes. Ģimenes loceklis var iesaistīties sesijas beigās, piedalīties katrā otrajā sesijā, vai saņemt rakstiskus ieteikumus no terapeita. Iesaistot ģimenes locekļus, jāatceras, ka iespējami jāsaug pacienta autonomija un jārespektē pacienta izvēles, izvairoties no tādas savienības veidošanas ar ģimenes locekļiem, kuru pacients uztvertu kā aizbildniecisku jeb patronizējošu.

Darbā ar demences pacientiem bieži tiek izmantota:

- Palīdzību, nomierinošu un traucējošu, satraucošu domu analīze un domu rekonstruēšana;
- Uzvedības eksperimenti;
- Domu dienasgrāmatas;
- Trauksmes un depresijas simptomu mērījumi;
- Relaksācijas paņēmieni apguve;
- Iepriekš sagatavotas atgādnas, piemēram, nomierinošas domas stresa brīžos [21].

Pacientiem ar ievērojamiem kognitīviem traucējumiem, kognitīva rekonstrukcija nav tik efektīva kā uzvedības (biheiviorālas) stratēģijas, piemēram, aktivitāšu plānošana, pakāpeniska prasmju apguve, pakāpeniska ekspozīcija, situāciju un prasmju trenēšana, izmēģināšana.

Vecākiem pacientiem bieži ir izveidojušās noturīgas disfunkcionālas pārlicības, kuru mainīšana ir ilgstošs, pakāpenisks process, kurā ieteicams iesaistīt arī citus speciālistus, vienojoties par kopīgiem mērķiem [19].

Piemērs

1. Kognitīvi biheiviorāla terapeita vadībā pacients pieraksta savas ikdienas aktivitātes un to saistību ar pašsajūtu.
2. Veido dienas plānu. Ieplānotajām aktivitātēm jābūt jēgpilnām, mērķtiecīgām un prieku sniedzošām.
3. Terapeits kopā ar pacientu sagatavo atgādni par dažādām aktivitātēm, kā arī plāno un sagatavo atgādnas par šo aktivitāšu iekļaušanu ikdienā.
4. Noderīgi ir izmantot iknedēļas kalendāru, kurā ir norādītas katrā dienā plānotās nodarbes.

Šī metode veicina pacienta izpratni par pašsajūtu ietekmējošiem faktoriem, palīdz izvēlēties noskaņojumu uzlabojošas aktivitātes, saglabāt sajūtu, ka dzīvei ir jēga un mērķis. Demencei attīstoties, pacientam arvien vairāk nepieciešama palīdzība ikdienas aktivitāšu plānošanā. Paraugus skatīt: 7. pielikums “Aktivitāšu dienasgrāmata” un 8. pielikums “Aktivitāšu piemēri”.

6. ATBALSTS APRŪPĒTĀJIEM

Demence nozīmīgi ietekmē visus pacienta ģimenes locekļus un ģimeni kopumā. Īpaši smags fizisks, emocionāls un finansiāls slogs gulstas uz cilvēkiem, kas uzņēmušies pamata aprūpi par demences pacientu. Papildus emocionāls slogs - neziņa par to, cik ilgi šādā krīzes režīmā būs jādarbojas, - rada riskus aprūpētāju fiziskajai un psihiskajai veselībai, aprūpētāji bieži piedzīvo depresijas un trauksmes simptomus, dažādas saslimšanas, viņiem ir augstāki mirstības rādītāji.

Dažādas atbalsta metodes (piemēram, pietiekams informatīvais un materiālais atbalsts, apmācības, atbalsts, īstenojot ikdienas aprūpi, risinot sarežģītas situācijas) var aprūpētājiem mazināt veselības riskus un uzlabot dzīves kvalitāti. Arī kognitīvi biheiviorālā psihoterapija var palīdzēt mazināt trauksmes un depresijas simptomus [15].

Pieejama un palīdzīga atbalsta forma ir atbalsta grupas demences pacientu radniekiem. Atbalsta grupu dalībnieki min šādus ieguvumus no dalības atbalsta grupā:

- Atbalsts un iespēja satikt līdzīgā situācijā esošus cilvēkus;
- Iespēja iziet no mājas, satikties ar cilvēkiem;
- Praktiskas idejas sarežģītu situāciju risināšanai;
- Saņemtā informācija par sociālajiem pakalpojumiem cilvēkiem ar demenci un viņu aprūpētājiem;
- Iemācīšanās sadzīvot ar zaudējumu, sērām, vainas sajūtu, dusmām un citām emocijām, kas rodas aprūpes procesā;
- Apgūt jaunas stresa vadības metodes, piemēram, relaksāciju u.c.

Papildus materiāli - demences simulācijas, pieejamas šeit:

<http://www.awalkthroughdementia.org>;

https://www.youtube.com/watch?v=LL_Gq7Shc-Y

IZMANTOTĀ LITERATŪRA UN AVOTI

- 1 Eglītis, I. (1989). *Psihiatrija*. Rīga: Zvaigzne
- 2 Jansone, B., Pahnke, J., Biverstal, H. (2017). Alcheimera slimības izpētes aktualitātes. *Latvijas Ārsts*, 2, 48-53.
- 3 Latvijas Neurodeģeneratīvo slimību asociācija. (2017). *Alcheimera slimības, vaskulāras demences, Levi ķermenīšu demences un frontotemporālās demences klīniskās vadlīnijas*. Rīga.
- 4 Priede, Z., Jurjāns, K., Kalniņa, M., Miglāne, E. (2018) Alcheimera slimība: aktualitāte, patoģenēze, biomarķieri un ārstēšanas iespējas. *Latvijas Ārsts*, 1, 68-73.
- 5 Vestermāne, S., Neuroplasticitāte klīniskajā praksē. (2017). *DOCTUS žurnāls ārstiem un farmaceitiem*. (5), 22-26.
- 6 Blumberga, I. (2007) Vai vecuma demence draud katram? *DOCTUS žurnāls ārstiem un farmaceitiem*. (4). Pieejams šeit: <https://www.doctus.lv/2007/4/vai-vecuma-demence-draud-katram>
- 7 Paudere – Logina, S., Paegle, I. (2018). Atmiņas funkcijas. Medikamentu, slimību, mūzikas ietekme. *DOCTUS žurnāls ārstiem un farmaceitiem*. (6). Pieejams šeit: <https://www.doctus.lv/2018/6/atminas-funkcijas-medikamentu-slimibu-muzikas-ietekme-2>
- 8 Gudreniece, A. (2018) Kognitīvie un atmiņas traucējumi. „*Ārsts.lv*”. Pieejams šeit: <http://arsts.lv/jaunumi/anzelika-gudreniece-kognitivie-un-atminas-traucejumi>
- 9 Aguirre, E., Spector, A., ... Orrell, M. (2011). Development of an Evidence-based Extended Program of Maintenance Cognitive Stimulation Therapy (CST) for People with Dementia. *Non-pharmacological Therapies in Dementia*.
- 10 Alzheimer's Society. (2017). *Making your home dementia friendly*. Pieejams šeit: https://www.alzheimers.org.uk/sites/default/files/migrate/downloads/making_your_home_dementia_friendly.pdf
- 11 APS Group Scotland. (2011). *Standards of Care for Dementia in Scotland*. Pieejams šeit: <https://www2.gov.scot/resource/doc/350188/0117212.pdf>
- 12 Dementia Australia. (2015). *Dementia language guidelines*. Pieejams šeit: <https://www.dementia.org.au/files/resources/dementia-language-guidelines.pdf>
- 13 Forbes, D., Forbes, S. ... Forbes, S. (2015). *Exercise programs for people with dementia*. Cochrane Database of Systematic Reviews. Pieejams šeit: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006489.pub4>

- 14 Johnston, B., & Narayanasamy, M. (2016). Exploring psychosocial interventions for people with dementia that enhance personhood and relate to legacy- an integrative review. *BMC Geriatrics*, 16(1). Pieejams šeit: <https://doi.org/10.1186/s12877-016-0250-1>
- 15 Kwon, O.-Y., Ahn, H. S., ... Park, K.-W. (2017). Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy for Caregivers of People with Dementia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Clinical Neurology*, 13(4), 394 Pieejams šeit: <https://doi.org/10.3988/jcn.2017.13.4.394>
- 16 McDermott, O., Charlesworth, ... Orrell, M. (2018). Psychosocial interventions for people with dementia: a synthesis of systematic reviews. *Aging & Mental Health*, 1–11. Pieejams šeit: <https://doi.org/10.1080/13607863.2017.1423031>
- 17 Moniz-Cook, E., Vernooij- Dassen, M., ... & Interdem Network. (2011). Psychosocial interventions in dementia care research: The INTERDEM manifesto. *Aging & Mental Health*. Pieejams šeit: 15(3), 283–290. <https://doi.org/10.1080/13607863.2010.543665>
- 18 NICE guideline. (2018). Dementia: assessment, management and support for people living with dementia and their carers.
- 19 Palazzolo, J. (2015). Cognitive-Behavioral Therapy for Depression and Anxiety in the Elderly. *Annals of Depression and Anxiety*, 2(6).
- 20 Pinkovitz, J., & Love, K. (2015). Words matter - see me not my dementia. *Dementia Action Alliance*.
- 21 Spector, A., Charlesworth, ... Orrell, M. (2015). Cognitive–behavioural therapy for anxiety in dementia: pilot randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 206(06), 509–516. Pieejams šeit: <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.140087>
- 22 Spector, A., Thorgrimsen, L., ... & Orrell, M. (2003). Efficacy of an evidence-based cognitive stimulation therapy program for people with dementia: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 183, 248–254.
- 23 Tonga, J. B., Arnevik, E. A., Werheid, K., & Ulstein, I. D. (2016). Manual-based cognitive behavioral and cognitive rehabilitation therapy for young-onset dementia: a case report. *International Psychogeriatrics*, 28(03), 519–522. Pieejams šeit: <https://doi.org/10.1017/S1041610215001696>
- 24 World Health Organization. (2015a). *Dementia: A public health priority*. Geneva: World Health Organization. Pieejams šeit: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75263/1/9789241564458_eng.pdf
- 25 World Health Organization. (2015b). *Ensuring a human rights-based approach for people living with dementia*. Pieejams šeit:

https://www.who.int/mental_health/neurology/dementia/dementia_thematicbrief_human_rights.pdf

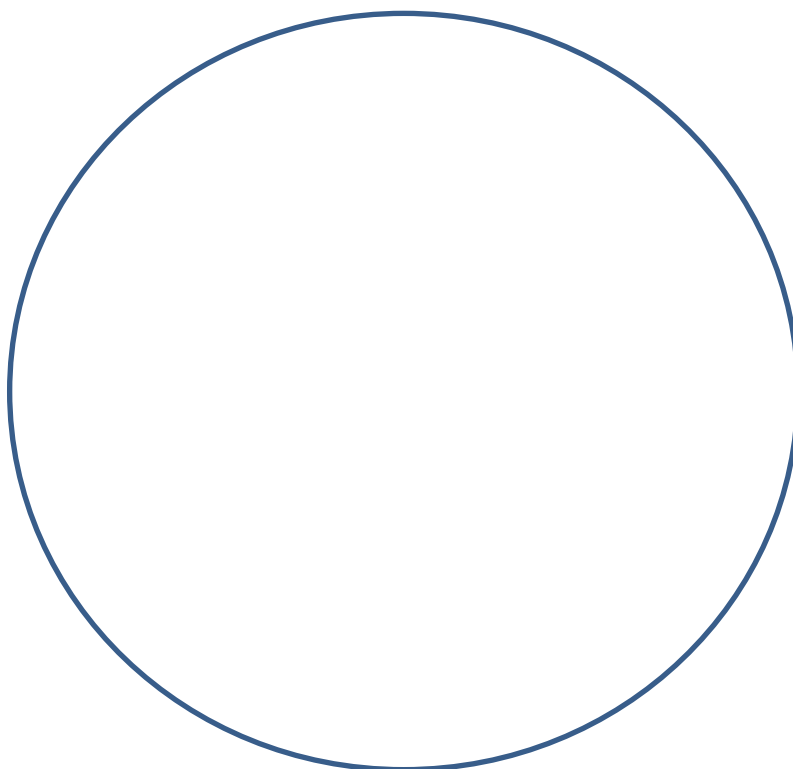
- 26 Williamson, T. (2010). My name is not dementia: People with dementia discuss quality of life indicators. *Alzheimer's Society*.

PIELIKUMI

Pulksteņa zīmēšana (skīninga jeb kvalitatīvais testa variants)

Pacientam iedod baltu papīra lapu, uz kuras ir uzzīmēts aplis (diametrs – apm. 10cm).

Uzdevums: Lūdzu, pabeidziet zīmējumu, attēlojot pulksteņa ciparnīcu un rādītājus, kas rāda laiku “20 minūtes pāri deviņiem”!



Rezultātu novērtēšana:

Rezultātus izvērtē, atbildot uz 2 jautājumiem:

- 1) Vai zīmējums atgādina simetrisku pulksteņa ciparnīcu?
- 2) Vai pulksteņa rādītāji rāda noteikto laiku “20 minūtes pāri deviņiem?”

Ja atbilde uz vienu no šiem jautājumiem ir “nē”, kognitīvo traucējumu iespējamība ir liela, un ir ieteicams pacientu nosūtīt uz kognitīvo spēju izpēti pie klīniskā psihologa.

10 vārdu iegaumēšana

- Pacientam tiek nosaukti 10 vienkārši vārdi, kuri viņam pēc to nosaukšanas ir jāatkārto. Šie vārdi tiek saukti ar 1 sekundes intervālu. Kopumā šie vārdi tiek saukti 5 reizes. Pēc katras reizes pacientu lūdz atkārtot tos vārdus, kurus viņš atceras. Par orientējošiem atmiņas traucējumiem var domāt, ja pēc 4.-5.atkārtšanas reizes pacients atceras mazāk par 7 vārdiem.
- Lai novērtētu ilglaicīgo atmiņu, pēc 45-60 minūtēm pacientam vēlreiz tiek atprasīti šie 10 vārdi. Par ilglaicīgās atmiņas traucējumiem var domāt, ja pacients atceras mazāk par 7 vārdiem.

Atkārtšanas reizes	1x	2x	3x	4x	5x	Pēc 45 min.
Roze						
Kaķis						
Lampa						
Auto						
Roka						
Egle						
Rudens						
Glezna						
Putra						
Meita						
Kopā						

Ja rodas aizdomas par iespējamiem atmiņas traucējumiem, ieteicams pacientu nosūtīt uz kognitīvo spēju izpēti pie klīniskā psihologa.

Mentālā statusa īsā pārbaude (MMSE)

Avots - Ainārs Stepens

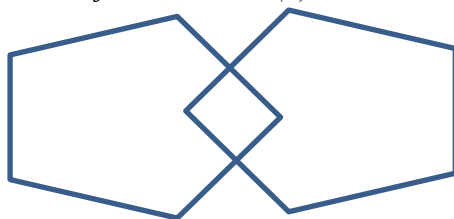
Vārs, Uzvārds

Vecums

Datums

Izglītība

- 1 **Orientācija laikā:** kāds pašlaik ir: gads(1)/ gadalaiks(1)/ mēnesis(1)/ datums(1)/ nedēļas diena(1)
- 2 **Orientācija vietā:** kur mēs šobrīd atrodamies? Valsts(1)/ pilsēta(1)/ rajons(1)/ konkrēta slimnīca(1)/ stāvs slimnīcā(1)
- 3 **Atmiņa (fiksācija):** klausieties uzmanīgi! Nosaukšu jums trīs vārdus ar vienas sekundes intervālu. Jums būs tie jāatkārto. Autobuss(1) – zirgs(1) – roze(1). Lūdzu, atkārtojiet!
- 4 **Uzmanība un rēķināšana:** Lūdzu, atņemiet no 100 skaitli 7, no atlikušās summas atņemiet skaitli 7, līdz teikšu, ka ir pietiekami. Tātad, cik būs 100 – 7:
...(1)...(1)...(1)...(1)...(1)
- 5 **Atmiņa (īstermiņa):** lūdzu, atkārtojiet iepriekš teiktos trīs vārdus: ...(1)...(1)...(1)
- 6 **Nosaukšana:** Pareizi nosauciet parādītos priekšmetus. Rāda pildspalvu (1) un pulksteni (1).
- 7 **Atkārtošana:** Lūdzu, atkārtojiet šādu frāzi: “33. artilērijas brigāde” (1)
- 8 **Saprašana:** Izpildiet uzdevumu! Paņemiet ar labo roku papīra lapu(1), pārlokiet uz pusēm(1), nolieciet uz grīdas(1).
- 9 **Lasīšana:** Izlasiet un izpildiet izlasīto! Aizveriet acis! (1)
- 10 **Rakstīšana:** Uzrakstiet teikumu par to, kāds šodien ir laiks! (1)
- 11 **Zīmēšana:** Lūdzu, uzzīmējiet šo attēlu! (1)



Kopējais punktu skaits – 30

Kognitīvi traucējumi – mazāk par 24

Vingrinājumu piemēri atmiņas trenēšanai

1. Pabeidziet teikumu (uzdevumu var pildīt gan mutiski, gan rakstiski)!

Es esmu dzimis/-usi

Man ir gadu.

Es agrāk strādāju

Mana dzimšanas diena ir

Es dzīvoju

Nedēļā ir dienas.

Gadā ir gadalaiki.

Stundā ir minūtes.

Vasaras mēneši ir jūnijs, un augusts.

Pēc vasaras sākas

Nedēļas pirmā diena ir

Gada pēdējais mēnesis ir

Jāņus svin

Lācis ir

..... ir dārzenis.

Zāle ir krāsā.

Mana dēla sieva ir mana

Mana tēva brālis ir mans

Skolā mācās

Pārdevēji strādā

Latvijas galvaspilsēta ir

Raimonds Pauls ir

Latvijas augstākais kalns ir

Latvija atrodas pie jūras.

2. Nosauciet/ uzrakstiet!

5 augļus

5 meža dzīvniekus

3 virtuves piederumus

- 3 pilsētas, kuras atrodas Kurzemē
- 5 Eiropas pilsētas
- 10 vārdus, kas sākas ar burtu M
- 5 darbības vārdus, kas sākas ar burtu A
- 5 rakstniekus

3. Nosauciet/uzrakstiet!

- ciparus tādā pašā un/vai pretējā secībā – 91, 357, 4792 , 8371, 39276.
- vārdu pa burtiem pretējā secībā – sula, kaķis, saule, maijs, ragavas.
- nedēļas dienas pretējā secībā
- gadalaikus pretējā secībā
- gada mēnešus pretējā secībā

4. Nosauciet/uzrakstiet, kādā krāsā ir ...

Zāle	Kafija	Citrons
Asinis	Debesis	Biete
Zemenes	Saule	Burkāns
Pienenes	Apelsīni	Rudzupuķes

5. Atminiet krustvārdu mīklu!

Grūtības pakāpe tiek izvēlēta, ņemot vērā pacienta pašreizējo kognitīvo traucējumu pakāpi!

1		M			
2		Ā			
3		J			
4		D			
5		Z			
	M	Ī	K	L	A
6		V			
7		N			
8		I			
9		E			
10		K			
11		I			

- | | |
|------------------------------------|---------------------------------------|
| 1 Ko sargā suns? | 7 Mājdzīvnieks, kurš saka “Vau”? |
| 2 Kas garšo govij? | 8 Mājdzīvnieks, no kura iegūst vilnu? |
| 3 Aitas bērniņš? | 9 Govs bērniņš? |
| 4 Kas nepieciešams mājdzīvniekiem? | 10 Kas ķer peles? |
| 5 Mājdzīvnieks ar ragiem un bārdu? | 11 Kurš mājdzīvnieks palīdz darbos? |
| 6 Mājdzīvnieks, kurš dod pienu? | |

Vingrinājumu piemēri uzmanības trenēšanai

1. Atrodiet ciparus 9 un 7

0	6	0	0	1	3	6	3	3	2	0	1
7	4	2	9	3	8	8	4	9	0	4	3
2	9	4	8	7	4	3	3	9	3	8	6
3	6	4	5	4	8	9	8	2	5	9	6
4	3	1	9	0	3	5	0	3	2	9	0
8	1	9	5	8	1	7	4	7	6	7	7

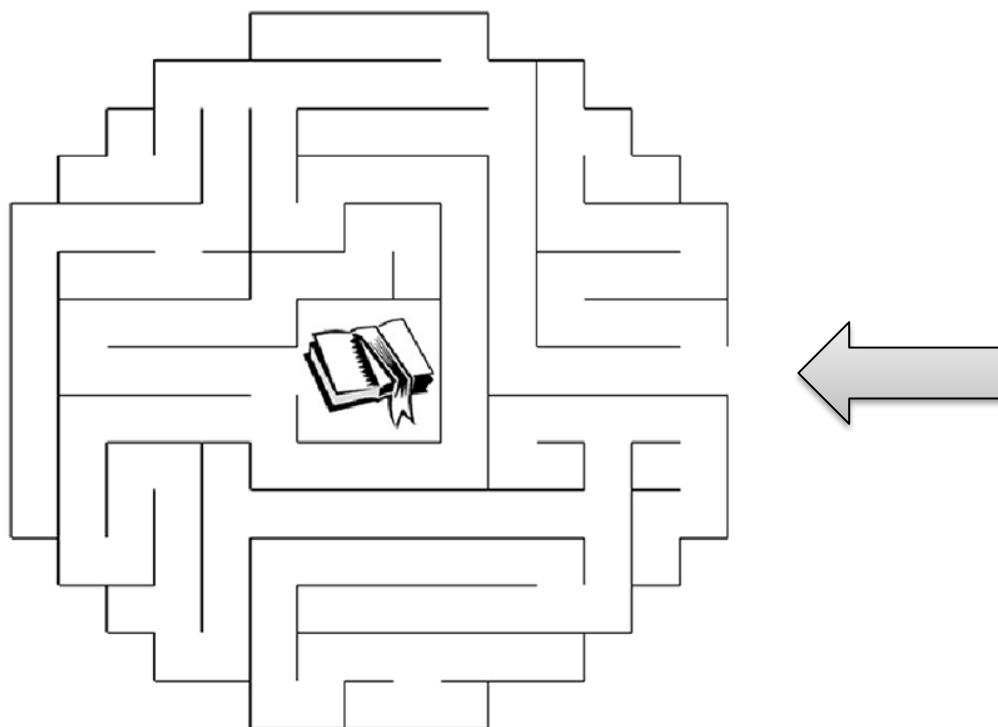
2. Ievelciet apļos krustiņus!

△	□	○	△	△	◇	□	○	△	△	◇	◇
□	○	△	△	◇	△	△	◇	△	◇	□	○
○	◇	□	□	○	△	△	◇	○	◇	△	◇
□	○	△	□	○	△	△	◇	△	◇	○	□
□	○	△	△	◇	△	◇	△	△	◇	△	◇
○	○	□	○	△	△	◇	□	○	△	◇	○

3. Pasvītrojiet burtu "B" un apvelciet burtu "R"!

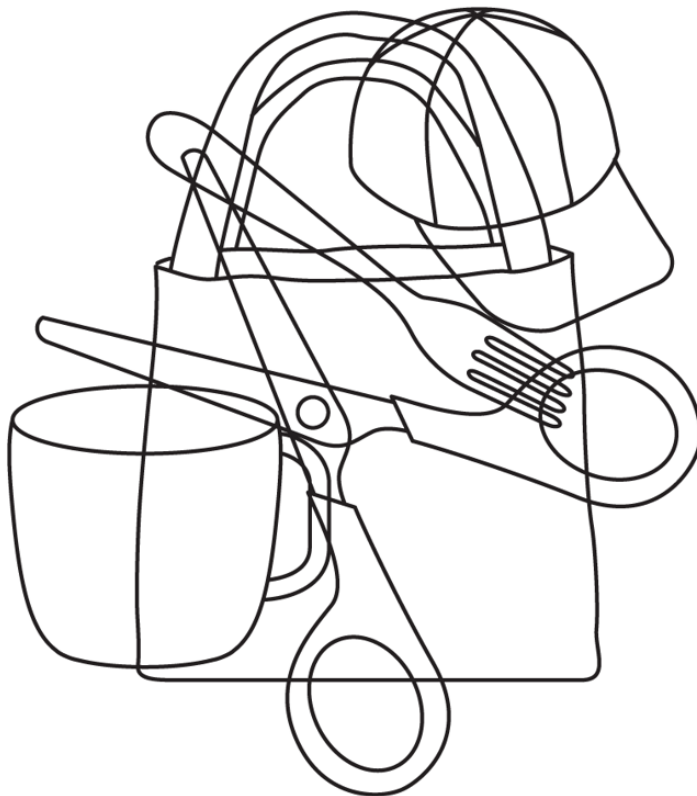
S	E	R	C	V	B	I	H	Y	B	I	R
E	R	B	O	T	A	K	R	E	C	T	K
Q	C	O	P	Y	R	N	A	S	B	F	G
H	R	H	F	B	W	R	E	W	S	A	R
E	D	F	H	K	X	C	V	R	A	J	L
W	X	R	C	V	B	N	M	S	D	B	T

4. Atrisīniet labirintu



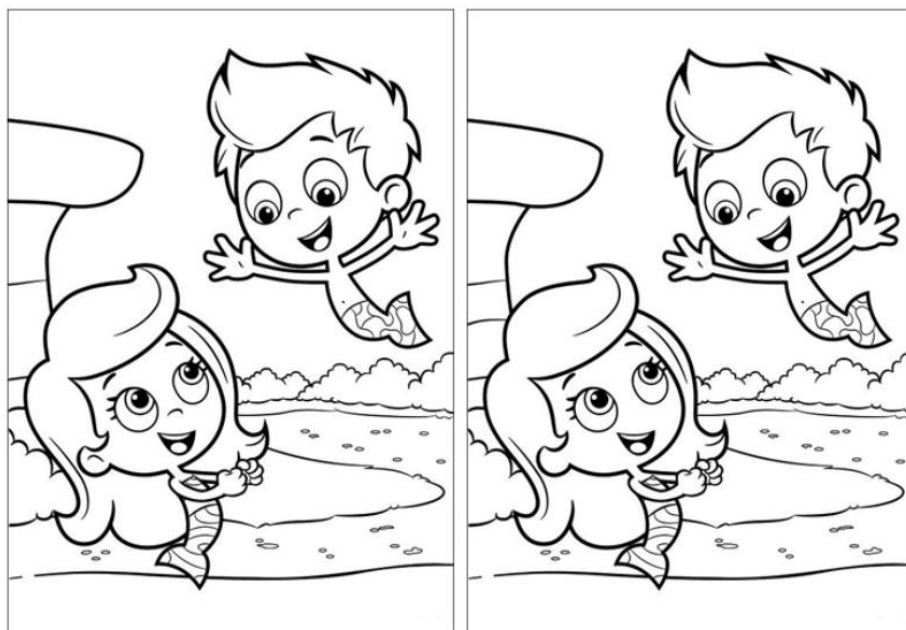
Vingrinājumu piemēri vizuālās uztveres trenēšanai

1 Nosauciet 5 priekšmetus, kuri ir redzami šajā attēlā?



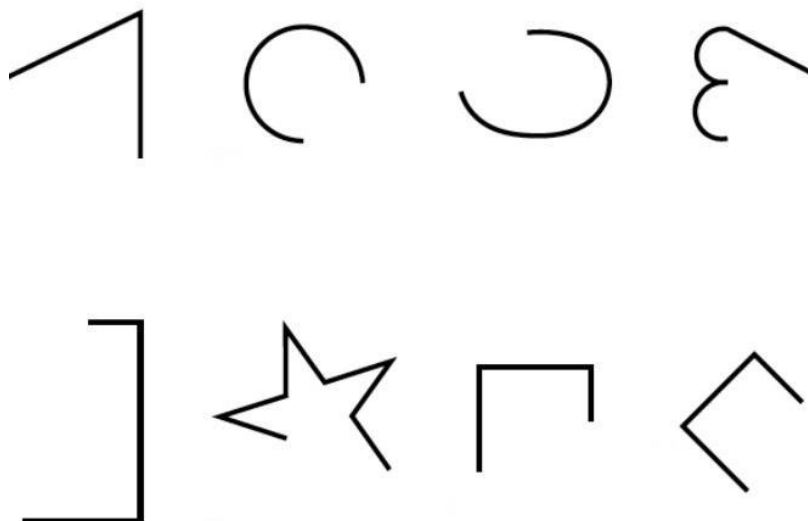
Pieejams šeit: www.FADavisPTCollection.com

2 Atrodiet 5 atšķirības

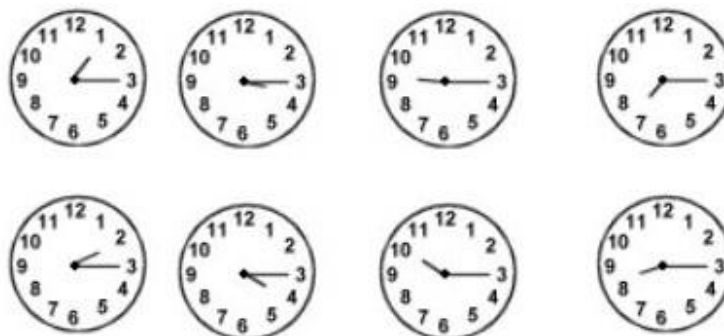


Pieejams šeit: www.onlykidsonly.com

3 Pabeidziet zīmēt figūras!



4 Cik rāda pulkstenis?



Aktivitāšu dienasgrāmata

Diena:

<i>Rīts</i>	
<i>Diena</i>	
<i>Vakars</i>	
<i>Tikšanās</i>	
<i>Atgādnēs</i>	

Aktivitāšu piemēri

Ikdienas aktivitātes

1. Mājas darbi: mājas uzkopšana, dārza darbi.
2. Maltīte: ēst gatavošana, maltītes ieturēšana.
3. Pašaprūpe: mazgāšanās, skūšanās, apģērbšanās.

Citas aktivitātes

Radošās: zīmēšana, mūzikas instrumenta spēle.

KBT 10 sesiju plāns

(Tonga, Arnevik, Werheid, & Ulstein, 2016)

Iepazīšanās.

1. Iepazīšanās, informācija par demenci, vienošanās par terapeitiskiem plāniem.

Patīkamas aktivitātes.

2. Identificē un plāno patīkamas aktivitātes.
3. Īsteno plānotās patīkamās aktivitātes.

Atbalsts atmiņai.

4. Iepazīstina ar dažādām metodēm, rīkiem atmiņas atbalstam.
5. Uzsāk atmiņas atbalsta pasākumu īstenošanu.

Dienas plānošana.

6. Pārskatīt dienas kārtību. Identificēt atbalsta nepieciešamību.
7. Optimizēt dienas kārtību.

Atmiņu intervence.

8. Iepazīstināšana ar atmiņu intervenci.
9. Darbs ar atmiņām.

Noslēgums.

10. Terapijas pārskats un nodrošināšanās pret atkrišanu.
11. Noslēguma sesija.