

**MARIA DORINA PAȘCA**

**DEMENTA**

**INCURSIUNE**

**PSIHO - SOCIALĂ**

**2013**

# Cuprins

## **Capitolul 1 – Demența – repere psihiatrice**

1.1 – definiții

1.2 - caracteristici

1.3 – clasificări

## **Capitolul 2 – Demența – identități psihologice**

2.1 – structuri

2.2 – implicații

2.3 – intervenții

## **Capitolul 3 – Demența – atitudini sociale**

3.1 – concepte

3.2 – senectutea

3.3 – atitudini

## **Capitolul 4 – Îngrijirea bolnavului cu demență**

4.1 – în familie/ la domiciliu

4.2 – în centre/ servicii specializate

4.3 – elemente paliative

## **Bibliografie**

## La inceputul unei.. incursuni

Incursiunea de față este prin existența sa, una specială deoarece atingerea abisului, este imperceptibilă. A vorbi despre ceea ce cu greu înțelegem, reprezintă: cunoștințe, implicare, responsabilitate, dăruire, iubire, dar mai ales curajul de a accepta că istovirea vine chiar dacă, știut fiind, nu ne-o dorim, dar în unele situații și nu puține, „aleae acta est” (zarurile au fost aruncate).

Am îndrăznit deci, cu o oarecare smerenie, de a face o incursiune psihosocială într-un segment al bolii unde , necunoașterea poate „dăuna grav sănătății”.

De aceea, n-am făcut decât a aduce propriile noastre reflecții celor déjà cunoscute și știute, aflându-se între paginile cărții și mulțumindu-le totodată tuturor acelor care déjà au pășit și –au lăsat urma pașilor lor, în țărâna necunoașterii demenței.

Și astfel, cartea-și dorește a face și ea pasul spre implicare și acceptare, păstrând și redând demnitatea celor suferinzi, știind că, Bota I. (2001), mintea umană este cel mai mare miracol din lume. Ea este cel mai misterios produs creat de natură și în același timp cel mai puțin înțeles, dar totuși cel mai des abuzat de om. Mintea este locașul sufletului și face legătură între conștiință și inteligență. Este „tabloul de comandă”, ori mai bine zis „computerul electronic” prin care omul își poate analiza toate speranțele, visele și dorințele sale.

Și numai așa mai putem dăruia două șansa, știind că speranța moare ultima iar visele și dorințele pot fi împlinite căci, totul stă-n puterea minții noastre de a aduce liniștea și înțelepciunea acolo unde , nedorită și nepoftită apare... istovirea (demența).

Autoarea

## Capitolul 1 – Demența – repere psihiatrice

1.1 – definiții

1.2 – caracteristici

1.3 – clasificări

### 1.1 – definiții

A porni într-o asemenea călătorie reprezintă un mare act de curaj în ceea ce privește modalitatea noastră de a ne percepe și accepta așa cum suntem, chiar dacă uneori ajungem în stadiul de **a fi lipsiți de minte**, cuvântul latinesc ce definește boala fiind demens (demență).

Cu alte cuvinte, Bota I. (2001), mintea omului poate fi atât calmă cât și foarte agitată. Mintea noastră poate fi imaginată ca apa unui lac de munte. Această apă poate fi foarte calmă și limpede pe timp frumos, dar poate fi de asemenea învolburată și foarte agitată pe timpul unei furtuni grele. Mintea noastră poate fi foarte agitată, dar fără să realizeze niciun progres, ori poate fi calmă, dar în același timp, să rezolve și să clarifice lucruri extraordinar de complexe pentru noi.

Având ca punct de plecare aceste comparații ușor plauzibile în orice mediu social de referință, e necesar a aduce în acesiunea perceperii bolii în sine, definițiile ce-o codifică la un moment dat.

### Astfel **demența**:

a) – după dicționarul de psihiatrie (1998) este debilitate mentală globală care afectează totalitatea facultăților psihice și alterează progresiv, odată cu afectivitatea și activitatea voluntară a pacientului, conduitele sale sociale;

b) – după ghidul de diagnostic și tratament în demențe (2007), din punct de vedere semiologic reprezintă un sindrom clinic caracterizat printr-o deteriorare cognitivă globală, care implică un declin față de nivelul anterior de funcționare și care asociază o gamă largă de simptome psihice, psihologice și comportamentale.

c) – după Brockhaus – Universal Lexihon (2003) este o diminuare dobândită, de cele mai multe ori ireversibilă a capacităților mentale (inteligență, memorie, putere de înțelegere) determinată de prejudicierea degenerativă a creierului. Aceasta se diferențiază de deficitul de inteligență înnașcut. Adesea este legată de modificări în structura personalității. Cauzele pot fi între altele:

- afecțiuni ale vaselor sanguine cronicizate;
- intoxicații;
- infecții.

Dacă această boală apare la vârste înaintate, va fi numită **demență senilă**, la vârste timpurii **demență presenilă**.

Și identitățile prin definiții pot continua, cert rămâne faptul că demența este deja cunoscută făcându-și intrarea și în lumea artelor prin Shakespeare și „Regele Lear”, certitudinea ei fiind existențială și reprezentând, Bălăceanu –Stolnici C. (1998) una din cele mai triste probleme ale geriatriei.

Și cu toate acestea, Bota I. (2001), mintea umană este cel mai mare miracol din lume. Ea este cel mai misterios produs creat de natură și în același timp cel mai puțin înțeles, dar totuși cel mai des abuzat de om. Mintea este locașul sufletului și face legătură între conștiință și inteligență. Este „tabloul de comandă”, ori mai bine

zis „computerul electronic” prin care omul își poate analiza toate speranțele, visele și dorințele sale.

## 1.2 – caracteristici

Prin structura sa internă, demența se raportează la unele caracteristici care o definesc, pornind de la evoluția iremediabil progresivă a acestui deficit și până la existența unor leziuni cerebrale organice mai mult sau mai puțin difuze, de natură abiotrofică, vasculară, infecțioasă, traumatică, toxică sau tumorală.

Practic, Tudose Fl și Tudose C. (2002) demența presupune:

a) – un declin al memoriei într-o proporție care interferează cu activitățile vieții zilnice, sau face viața independentă de alții să fie dificilă sau imposibilă;

b) – un declin al gândirii, planificării și organizării lucrurilor de zi cu zi, pe măsura extinderii;

c) – un declin în controlul emoțional sau în motivație, sau schimbare în comportamentul social, așa cum apare în continuare: labilitate emoțională, iritabilitate, apatie sau neadecvarea comportamentului social, incapacitatea de a mânca, a se îmbrăca și a interacționa cu ceilalți.

Totodată, Bălăceanu-Stolnici C. (1998) surprinde necesitatea cunoașterii, printr-un tablou clinic, lent, progresiv, ce cuprinde un nucleu al regresiei demențiale, format din:

- **tulburări de memorie** = ce interesează predominant datele recente și care în unele cazuri sunt pseudocompensate prin confabulații;

- **dezorganizări în timp și spațiu** = care se accentuează dramatic când bolnavul își schimbă mediul;

- **dezorganizarea activității cognitive** = cristalizarea ei, rigidizarea proceselor mentale și lentoarea ei, bradipsihie;

- **producții delirante** = în 15-25% din cazuri;
- **tulburări de comportament** = alterări ale personalității, egocentrism excesiv, stereotipizarea activității, compulsive – în special dromomanie și colecționarism de obicei aberant, acțiuni antisociale, neglijență sau/și igienică, gatism;
- **tulburări de vigilență** = somnolență excesivă, insomnii cu agitație nocturnă, inversarea ritmului veghe-somn, bufeuri oniroide;
- **tulburări afective** = o depresie cu caracter reactiv, mai ales în fazele de debut, anxietate, stări colerice cu agresivitate, stări hipnomaniacale, indiferentism emoțional;
- **tulburări neuropsihologice** = aproxi, agnosii, diferite forme de afazie, iterațiuni verbale; în formele avansate ele constituie sindromul polilalie-ecolalie-mutism-adinamie (PEMA);
- **tulburări parakinsoniene** = în 15-25% din cazuri
- **tulburări piramidale** = foarte rar;
- **crize comițiale** = generalizate și focale (rar);
- **simptomele unei dezorganizări cerebrale întinse ca:**
  - reflexul de prehensiune forțată;
  - mișcări automate de sugere și mestecare;
  - hipertonii variabile;
  - posturi patologice – ca poziția fetală cu triplă flexiune a membrilor inferioare;
  - tulburări sfincteriene,

accentuarea simptomelor în fazele finale, realizându-se un tablou de dezumanizare totală, printr-o degradare globală a encefalului.

La **caracteristicile** amintite anterior punctele fiind de notorietatea specialiștilor, putem adăuga o nouă enumerare, Ianusevici V. (2008) după cum urmează:

- prejudicierea capacității de gândire; pierderea treptată a eficienței activității mentale, a capacității de judecată și decizie; nu se mai pot stabili corelații între fenomene, acțiuni, gândiri;
- se pierde treptat capacitatea de a-și menține relațiile sociale la un nivel acceptabil;
- cel puțin în fazele de debut ale bolii, cel afectat de ea trebuie să asiste cu conștiința clară și neputincios la avalanșa crescândă de pierderi;
- perturbări ale memoriei, pornind de la cea de scurtă durată, apoi în timp a celei afective, capacitatea de a diferenția prezentul de trecut este treptat perturbată reacționând când nu mai pot controla situația, panicat sau agresiv, totuși, trecutul rămâne intervalul în care cei ce suferă de demență, se retrag tot mai mult, odată cu avansarea în boală;
- apariția tulburărilor de orientare asupra: timpului, locului, persoanei proprii și asupra situațiilor;
- tulburări de vorbire, pornind de la dificultatea de a găsi cuvintele ce denumesc obiecte cunoscute, numele celor apropiați, ajungând până la comprimarea unor cuvinte, ca efect al neînțelegerii lor, exprimarea fiind bâlbâită, limitată la „scheletul” cuvântului, circumscrisă așa-zisului stil telegrafic;
- perturbări ale cititului (alexie), scrisului (agrafie) și a capacității de a face calcule;
- incapacitatea de a recunoaște obiecte sau persoane, fără ca aceasta să fie determinată de o prejudiciere a organelor de simț, vizual, tactil (agnosie);
- imposibilitatea executării unor acțiuni (apraxie), bolnavii știu foarte bine cum trebuie derulată/făcută acțiunea, ar dori să o împlinească, dar nu-și pot transpune în faptă intenția (îmbrăcatul, dezbrăcatul, probleme legate de igiena personală, de hrănire, activități tip hobby);
- modificări de atitudine, absența oricărui impuls de a se face prezent, lipsa de dinamism și de angajament, chiar și în acțiuni simple, ce țin de rutina zilnică, scade forța voinței de a își mai fixa și împlini scopurile;



- tulburări de percepție;
- perturbarea capacității de concentrare a atenției;
- perturbarea capacității de autocontrol, manifestată și prin dezinhibiția sexuală;
- tulburări ce țin de structura personalității și de modalitățile de exprimare a acesteia prin comportamentul manifestat (tendință de izolare, depresie, apatie, agresivitate, agitație corporală);
- inconștientă manifestată prin scăderea progresivă a capacității de control asupra căilor de evacuare urinară/fecală;
- relaționarea cu lumea se realizează aproape în exclusivitate pe câmpul afectivității fără apel la o prelucrare logică a informațiilor;
- căutarea permanentă a unor elemente de sprijin exterior ce are drept cauză starea lor de nesiguranță interioară (o geantă purtată în tot locul, o jucărie de pluș, un șervețel pliat și repliat, etc.);
- gestică acompaniatoare exprimării verbale pierde din dinamică și din capacitatea de a susține mesajul cuvântului, putând fi chiar contradictorie acestuia;
- privirea în gol, asociată unei mimici neparticipative (musculatura facială flască, gura întredeschisă);
- câmpul percepției vizuale se îngustează, nu mai sesizează decât adresările directe, din față și de foarte aproape;
- conștiința de sine se pierde, ajungând treptat a nu mai ști cine sunt, ce roluri au avut în viață, în anumite stadii; nu-și mai pot recunoaște imaginea proprie din oglindă sau cea din fotografii;
- granițele propriului corp nu mai pot fi conștientizate.

Este evident faptul că, prin enumerările anterioare nu ne-am propus a epuiza caracteristicile demenței, ci doar de a schița o parte din elementele ce aduc în prim plan inadvertențele comportamentale și atitudinale desfășurate la nivelul psihicului uman.

### 1.3 – clasificări

Alături de structura definiției și a caracteristicilor, clasificările demenței vin a compartimenta funcțional afecțiunea astfel încât ele să surprindă complexitatea simptomatologiei specifice bolii în sine.

Astfel, vom încerca a surprinde de la clasificări ușor perceptibile și inteligibile de către auditoriu, ajungând până la complexe compartimentări structurale. Avem astfel:

#### 1 – **determinarea în:**

a) – demența primară = este cea mai frecventă, instalarea bolii are drept consecință primară un proces degenerativ al creierului (vorbim despre: Coreea Huntington, Demența Pickshe, Boala Parkinson, Demența de tip Alzheimer);

b) – demența secundară = apărută ca o consecință a îmbolnăvirii unui organ vital, care afectează funcționarea creierului.

#### 2 – **stadii care au la bază criteriile ca, Ianusevici V. (2008):**

a) – gravitatea manifestării simptomelor;

b) – nivelul independenței bolnavilor în rezolvarea problemelor cotidiene, măsura în care au nevoie de ajutor.

#### 3 – **nivelele ale bolii** în Hexal-Lexicon Geriatrie (1997):

a) – ușor = cu toate că munca, activitatea socială sunt în mod evident prejudiciate se păstrează totuși capacitatea de a se descurca singur, legat de problemele de igienă personală și de cele ce presupun putere de discernământ, de judecată, de decizie;

b) – mediu = asumarea independentă a sarcinilor zilnice este posibilă în cea mai mare măsură, numai cu mari dificultăți și sub supravegherea cuiva;

c) – grav = activitățile cotidiene sunt prejudiciate; este necesară o supraveghere permanentă; bolnavul este incapabil de a-și asigura, chiar și la nivel minimal, igiena personală.

4 – **după leziuni ale creierului**, dicționarul de psihologie (1978):

- a) – totală sau paralytică;
- b) – parțială sau dismnestică;
- c) – senilă.

5 – **după tulburările neurologice**, dicționarul de psihologie (1978):

- a) – arteriopatică;
- b) – epileptică;
- c) – pelagroasă;
- d) – precoce;
- e) – encefalică, etc.

6 – **poate fi**, dicționarul de psihologie (1978):

- a) – înăscută;
- b) – dobândită.

7- **după involuția progresivă**, Brânzei P. (1979):

- a) – demența senilă, forma simplă;
- b) – demența presenilă;
- c) – demența senilă sub forma depresivă sau delirantă;
- d) – demența senilă cu stare confuzională acută;
- e) – demența arteriopatică, etc.

Literatura de specialitate compartimentează demențele și sub forma:

a) – Tipuri de demență, ghid de diagnostic și tratament în demențe (2007):

<b>Demențe permanente și progresive</b>	<b>Demențe permanente de obicei neprogresive</b>	<b>Demențe parțial sau complet reversibile</b>
Boala Alzheimer	Demență post-traumatică	Demențele toxice și medicamentoase
Demența vasculară	Demența post-anoxică	Demențe cauzate de infecții
Demența asociată bolii Parkinson		Hidrocefalia internă non-motensivă
Demența cu corpi Lewy		Hematomul subdural
Forme mixte		Tumori cerebrale
Boala Huntington		Boala Wilson
Demența fronto-temporală		Afecțiuni metabolice
Boala Hallervorden-Spatz		Afecțiuni endocrine
Paralizia supra-nucleară progresivă		Afecțiuni auto-imune
Scelroza multiplă		Afecțiuni carențiale
Complexul SIDA- demență		Sindroame paraneoplazice
Neurosifilisul (paralizia generalizată progresivă)		
Boala Creutzfeld-Jakob		

b) – demențe ireversibile, Bălăceanu – Stolnici C. (1998):

**1 – demențe de tip degresiv:**

a) – grupa demențelor de tip Alzheimer:

- boala Alzheimer
- demența senilă tip Alzheimer
- demența presenilă simplă Gillespie

b) – grupa demențelor din cadrul bolilor neurologice degenerative:

- boala Parkinson
- boala Huntington
- atrofiile cerebrale
- boala de neuron motor (scleroza laterală amiotrofică)
- paralizia supranucleară progresivă (Steele- Richardson- Olszewski)
- hipotensiunea artrostatică esențială (Shz- Drager)
- epilepsie

**2 – demențele pe fond vascular:**

- demența multifocală
- boala Binswagner
- demența lacunară

**3 – demențele ireversibile prin agenți infectanți:**

a) – encefalopatiile de tip spongios;

- boala Jakob- Creusfeldt
- boala Heidenhen
- boala Pick

b) – encefalopatiile de tip SIDA, herpes, simplex, herpes zoster

**4 – demențele post-traumatice:**

a)- post macrotraumatisme (deschise și închise)

b)- post microtraumatisme repetate (demența pugilistică)

**5 – demențele anoxice:**

a) – de origine cardiacă

b)- prin intoxicație cu oxid de carbon (pot fi uneori reversibile total sau parțial)

**6 – demențe tratabile Bălăceanu-Stolnici C. (1998):**

a)- **Demențele reversibile prin agenți infectanți:**

- meningite și encefalite fungice

- meningite și encefalite bacteriene
- sifilisul nervos (paralizia generală progresivă)
- encefalite virale
- encefalite prin paraziți
- abcesul cerebral

**b) – demențele prin leziuni care ocupă spațiu:**

- hematoamele
- tumorile (primare și metastatice)
- granuloamele (tuberculoza, SIDA)

**c) – hidrocefalia normotensivă**

**d) – demențele toxice:**

- alcoolică
- otrăvuri metalice sau organice
- iatrogene

**e) – demnțe carentiale:**

- anemiile megaloblastice
- unele anemii feriprive
- pelagra
- sindromul Wernicke și Marchialava-Bignami

**f) – demențele dismetabolice:**

- insuficiența renală
- insuficiența hepatică (encefalopatia portală)
- hipercapenie
- hiper și hipotiroidism
- boala Addison
- boala Cushing
- hipercalcemie

- hiper și hiponatemie
- hipoglicemie (hiperinsulinism)
- stări paraneoplazice
- lupus eritematos diseminant sau alte vascularite colagenozice.

Considerăm că a fost necesară trecerea în revistă a clasificărilor demenței în sensul că, o minimă cunoaștere a lor, determină atitudini atât din partea celor în cauză cât și a acelor ce sunt nevoiți a se raporta la un asemenea diagnostic.

## Capitolul 2 – Demența – identități psihologice

2.1 – structuri

2.2 – implicații

2.3 – intervenții

### 2.1 – structuri

Dacă în capitolul anterior codificam unele elemente referitoare la definiția demenței din perspective psihiatrice, din punct de vedere psihologic **structura demenței prin definiție** presupune a fi:

a) – după dicționarul de psihologie (1978) – **o tulburare** psihică gravă și de regulă, ireversibilă, slăbire, degenerare profundă, globală și progresivă a psihicului, care alterează funcțiile intelectuale bazale și dezorganizează conduitele sociale; ea destructurează personalitatea până la structurile ei bazale, de „ființă rațională”, cu alte cuvinte, sistemul valorilor logice, de cunoaștere, de judecată și de adaptare la mediul social iar întregirea tabloului clinic se face printr-o serie de elemente ca:

- dezorganizarea experienței;
- alterarea vigilenței;
- pierderea autocriticii;
- vidul demențial;
- dispariția percepțiilor, automatismelor;
- dispariția deprinderilor;
- dispariția amintirilor;

b) – după dicționarul de psihologie Larousse (1996) – este o istovire psihică globală și progresivă, datorită unei afecțiuni organice a creierului, caracterizându-se în esență printr-o deteriorare mentală, toate funcțiile fiind atinse, astfel:



- câmpul conștiinței se îngustează;
- atenția devine deficitară;
- memoria este alterată;
- judecata este perturbată;
- este atins simțul valorilor morale;
- apar comportamente puerile: colecționism, fabulație, labilitate afectivă, impulsivitate, etc.

practic, sindromul demential este o manifestare a leziunilor cerebrale.

Apare și momentul în care este absolut necesar a face o delimitare clară între **demență** și **nebunie**, deoarece există încă situații în care linia lor de demarcație este destul de subțire și necunoscută, confuzia făcându-se practic în necunoștință de cauză, aducând grave prejudicii morale.

Dacă, și aminteam anterior, că **demența** este **o istovire** globală și progresivă datorată unei afecțiuni organice a creierului, **nebunia**, în accepția aceleiași surse, dicționarul de psihologie Larousse (1996) este **o tulburare a spiritului**, o sminteală, termenul fiind mai puțin folosit în limbajul medical actual, doar cu excepția unor expresii ca „nebunia grandorii” sau „nebunia circulară”.

Deci nebunia nu este totuși asimilată „alienației mentale”, distincția venind din faptul că ea este **o stopare** a dezvoltării intelectuale, pe când cea dintâi este o **degradare** a vieții mentale, „dementul – spunea L. G. Esquirol- este un bogat săracit, pe când idiotul a fost întotdeauna sărac”.

De asemenea, dicționarul de psihiatrie Larousse (1998) definește **nebunia** ca:

- boală a spiritului;
- nesăbuintă sau absență de rațiune;

și ceea ce scapă controlului acesteia, este de fapt un termen vechi care desemnează în mod general alienarea mentală, în special în formele sale psihotice, întâlnindu-se în vocabularul psihiatric, expresii ca:

- nebunie circulară (psihoză maniaco-depresivă);
- nebunie rațională (delir de interpretare);
- nebunia îndoielii (psihonevroză obsesională).

Se remarcă faptul că atunci când folosim termenul de **nebunie**, fără adjectiv și/sau complement nominal, îl găsim frecvent în abordările sociologice și antropologice ale vremii.

Practic, **nebunia**, Jaccard R. (1994) se bucură de un anumit prestigiu cultural; ea permite cred unii, un univers primordial, o existență sălbatică, deschizând un orizont nesfârșit de experiențe. Se presupune că, în noaptea rațiunii, omul comunică cu forțele generatoare pe care natura le refuză înțelegerii. În această perspectivă, nebunul apare ca o figură aproape mistică și delirul se metamorfozează în act creator. Fascinația exercitată de nebunie, ca experiență spirituală, ca desfacere a sistemelor opuse, ca refuz radical, este exacerbată de condițiile vieții reale și mediocre ale fiecăruia dintre noi; ea aparține ca și religia, registrului iluziei. A ceda fascinației prin seducția estetică a nebuniei, înseamnă să nu cunoști ceea ce se abolește în nebunie. Înseamnă să sucombi tentației idealiste. În această privință trebuie să te ferești a „romantiza” faptul trăit sau experiențele „bolnavilor mintali”.

În același registru, autorul continuă apreciind că, „într-un anumit fel, nebunia este pentru fiecare dintre noi o tentație și o primejdie permanentă și dacă ne înspăimântă atât la celălalt, e fără îndoială pentru că reactivează propriile noastre refulări. De aceea, preferăm să excludem, decât să fim excluși”.

Dintr-o altă perspectivă, Foucault M. (1967), a stabilit în lucrările sale, că nebunia n-a încetat să apară în legătură cu rațiunea, față de care este celălalt: fie că

o contestă, fie că înfățișează această certitudine a morții, acest chip de tenebre, acest apel al pulsivității pe care rațiunea se străduiește să-l învingă, dar eșuează în a-l neutraliza. Dacă există un adevăr al nebuniei, el nu poate fi decât tragic; de unde extrema ambiguitate ce caracterizează atitudinea tuturor societăților și tuturor culturilor vis-a-vis de nebuni.

Și atunci, retoric vorbind, lăsăm ca cititorul acestor rânduri, să deslușească înțelesul neînțeles a ceea ce spunea Jacques Lacan „Ființa omului nu numai că nu poate fi înțeleasă în afara nebuniei, dar nici n-ar fi ființă a omului dacă n-ar purta nebunia în sine, ca limită a libertății sale”.

## **2.2. – implicații**

Dacă în capitolul anterior prezentam printre clasificări și cele redată în Hexal-Lexikon Geriatri (1997), vom încerca în continuare a ne raporta la implicațiile în demență, ca elemente de cunoaștere a noi și noi manifestări. Astfel, Forst H. (după Ianusevici V. – 2008) întregeste prezentarea mai sus menționată, completând-o cu:

### **a) – ușor:**

- scade capacitatea de a învăța ceva nou;
- schimbarea locului obiectelor duce la dezorientare, căci nu-și mai pot aminti unde se află acestea;
- uită înțelegerile stabilite cu alții, cum ar fi întâlniri importante;

### **b) – mediu:**

- își reamintesc numai ceea ce a fost bine fixat cândva;
- informațiile noi și le mai pot reaminti doar întâmplător/ocazional și pentru scurt timp;
- bolnavul este incapabil să-și amintească informații de bază cum ar fi:

- felul în care-și duce viața;
- ce a făcut puțin timp mai înainte (minute);
- numele unor persoane apropiate;

**c) – grav:**

- pierderi grave de memorie;
- fixarea a noi informații este imposibilă;
- rude apropiate nu vor mai fi recunoscute;
- își mai amintesc ceea ce au învățat mai înainte doar fragmentar.

Se întrevăd astfel situații în care implicarea e necesară doar după decodificarea corectă a stărilor de exprimare ale demenței din punct de vedere psihologic.

În acest context, Bălăceanu-Stolnici C. (1998) – vorbește, în implementarea tratamentului, de implicații la nivelul:

**a) – stărilor depresive** (din faza inițială) se combat ca orice depresie;

**b) – stărilor de agitație diurne sau nocturne** ca fiind printre cele mai deranjante manifestări ale bolnavului dement;

**c) – tulburărilor de memorie** ca reprezentând exponentul cel mai controversat;

**d) – tulburărilor cognitive.**

Rămânând în sfera tulburărilor funcțiilor cognitive, acestea sunt uneori precedate și aproape întotdeauna însoțite și de:

- tulburări ale controlului emoțional;
- modificări ale personalității;
- simptome psihiatrice (apatia, depresia, tulburări psihotice);
- tulburări comportamentale.

Totodată, funcțiile cognitive afectate în mod obișnuit în demență sunt:

- |                            |             |
|----------------------------|-------------|
| - memoria;                 | - calculul; |
| - capacitatea de învățare; | - limbajul; |

- atenția;
- orientarea;

- gândirea;
- judecata.

De aceea, e necesar a privi bolnavul dement din perspectiva neuropsihologică ca un catalizator, deoarece cele două imagini se completează una pe cealaltă, întrepătrunzându-se.

Astfel, Tudose FI și Tudose C (2002) prezintă un tablou clinic, urmărind:

a	b	c
Tulburări de memorie	Halucinații	Îngrijirea personală (baie, îmbrăcare, aranjare)
Tulburări de vorbire (capacitate de conversație, probleme în a găsi cuvinte, neînțelegere, repetiție)	Depresie	Mobilitate
Tulburări la scris, citit, calcul matematic	Anxietate	Cumpărături
Tulburări de atenției	Agresiune	Finanțe
Apraxie, agnosie	Tulburări de somn	Călătorii
Judecată greoaie	Vagabondaj	Conducere auto

a = simptome ale tulburărilor cerebrale organice;

b = semne psihiatrice ale tulburărilor comportamentale;

c = pierderea capacității de a-și desfășura activitățile psihice;

Aceeași autori menționează faptul că, alături de schemele clasice de diagnostic centrate pe tulburările cognitive, a fost subliniată în ultima perioadă importanța **semnelor și simptomelor comportamentale și psihologice ale demenței**. Acestea au fost definite ca **tulburări de percepție, de gândire, afective și comportamentale care apar frecvent la pacienții cu demență**. Ele par să fie

elemente integrale ale procesului patologic, creează probleme severe celor care vin în contact cu acești pacienți ca și pacienților înșiși și, de regulă, pot beneficia de un tratament adecvat.

Se remarcă faptul că:

- schimbările de personalitate reprezintă subtile modificări în relațiile pacientului cu ceilalți, iar în demența fronto-temporală, pot fi cel mai precoce semn precedând cu câțiva ani, modificările cognitive;

- apatia și indiferența sunt comune în boala Alzheimer și demența vasculară, dezinhibiția este comună în demență fronto-temporală;

- halucinațiile sunt o trăsătură particulară a demenței cu corpi Lewy și se intensifică atunci când pacientul se trezește în timpul fazei REM a somnului;

- tulburările de somn sunt foarte diverse, creșterea sau descreșterea nevoii de somn, întreruperea somnului, inversarea ritmului somn-veghe, cu treziri nocturne și coșmaruri;

- în demența fronto-temporală se observă o preferință aproape exclusivă pentru alimente dulci, iar tot în categoria tulburărilor alimentare se încadrează și pica (ingestia unor substanțe nealimentare sau a unor alimente/substanțe nepreparate, cum ar fi hrana pentru animale sau carne crudă);

- dintre modificările comportamentului sexual, trebuie notată creșterea/descreșterea sau dispariția libidoului, schimbări în orientarea sexuală.

Considerăm că e momentul a acorda un spațiu special **demenței Alzheimer** în a nu fi confundată cu **depresia** fapt ce constă în următoarele diferențe la bolnavi astfel încât:

- 1- **dementul** în faza de debut este preocupat să-și revizuiască viața, refuză comunicarea, neagă problemele ce le are față de alții, tristețea profundă se observă mai rar, este pesimist, ca stare de spirit, încordat- iritabil și refuză sprijinul medical și psihologic;

- **depresivul** se abandonează bolii, întreaga sa atitudine și stare dezvoltă o dispoziție profund pesimistă, tristețea este permanentă, dar în fazele grave ale bolii, caută sprijin profesional;

2 - la **dement** – tulburările de memorie sunt cauzate de un proces degenerativ al creierului;

- la **depresiv** tulburările de memorie apar datorită concentrării sale excesive asupra unei teme (probleme);

3 - la **dement** – orientarea în timp, se înregistrează cu o ireversibilă și treptată regresie a capacităților de orientare;

- la **depresiv** orientarea în timp nu crează o problemă;

4 - la **dement** – tulburările de somn, nu se regăsesc, neputința de a dormi prevenind de la agitația nocturnă;

- la **depresiv** – tulburările de somn fac parte din simptomatologie;

5 – **demența Alzheimer** este o boală ireversibilă ce se agravează odată cu trecerea timpului;

- **depresia** nu are sub nicio formă legătură cu procesul de îmbătrânire.

Tot în contextul demenței Alzheimer vom consemna stadiile, Feil N. (2000), sub forma interpretativă a lor, astfel:

**1 – stadiul I** = al orientării defectuoase, nefericite, bolnavul va fi parțial orientat, dar nefericit; este stadiul apartenențelor înșelătoare, în spatele cărora, o ființă bătută de mari neliniști/temeri, are nevoie de multă înțelegere și de susținere sufletească;

**2 – stadiul II** = al dezorientării în timp, caracterizat și prin pierderea capacităților cognitive; este cel al manifestărilor spontane, deschise, a sentimentelor trăite de către bătrâni, al epuizării resurselor de energie și de capacități; au nevoie de un climat de siguranță și dragoste, tânjind după o protecție caldă;

**3 – stadiul III** = al mișcărilor repetitive, care de fapt servesc comunicării, înlocuind cuvintele, iar individualizarea manifestărilor e determinată de resurse de personalitate sau genetice diferite;

**4 – stadiul IV** = vegetativ – al totalei retrageri în sine, nu se mai înregistrează nicio diferențiere, urmând doar o egalizare a tuturor simptomelor, fiecare clipă putând fi și ultima.

Acest demers structural aduce în prim plan identitatea socială la un moment dat a unei vârste – **bătrânețea/senectutea**.

Considerată de Erikson E (după Șchiopu U și Verza E- 1995), ca al optulea ciclu de dezvoltare umană, bătrânețea se conturează ca expresie a nuclearizării activității psihice în jurul trăirilor de realizare versus disperare, clasificând stadiul vârsta de regresie în trei etape:

- trecerea spre bătrânețe (65-75 ani)
- bătrânețea medie (75-85 ani)
- marea bătrânețe sau stadiul longevivilor (peste 85 de ani),

îmbătrânirea psihologică fiind rezultatul modificărilor induse de vârstă în planul biostructurilor, care constituie suportul material al vieții psihice și al desfășurării propriu-zise a funcțiilor psihice.

Un rol important în **bunul mers al bătrâneții** îl au evenimentele din mediul social care neînțelese și neabordate ca elemente invariabile ale schimbării, pot declanșa la un moment dat anumite drame, de aceea **modul de apartenență** la ele trebuie făcut cu multă înțelegere și răbdare. Vorbim astfel despre:

- retragerea din activitate;
- renunțarea la unele activități;
- îmbolnăviri somatice, invalidități;
- scăderea numărului membrilor familiei (plecarea copiilor deveniți adulți, decesul partenerului);



- dispariția vechilor prieteni.

Atunci, Zapodeanu M. (2005), regresiunea senzorială, constând în diminuarea progresivă a auzului, văzului, cu efectul scăderii influxului informațional, a restrângerii relaționale, provoacă și adâncește modificările psihologice și suferințele psihice: senzația de neputință, izolarea, ideile de persecuție. Un alt factor important ce participă la determinismul modificărilor psihologice și tulburărilor psihice este reprezentat de conștientizarea îmbătrânirii, cu incertitudinile pe care le generează privind perspectivele de viitor. Ca urmare, bătrânețea integrează, în primul rând la nivel de conștiință, o criză adaptativă la noile condiții bio-psiho-sociale pe care le impune perspectiva îmbătrânirii.

De aceea, în psihologia senescenței, Bourdelais P. (1993), surprinde trei aspecte generale evidențiind astfel:

a) – **caracterul diferențial**, care privește și senescența în general, îmbătrânirea evidențiind diferențe semnificative de la o persoană la alta și pentru aceeași persoană de la un sistem la altul, de la o funcție la alta; ca urmare analiza îmbătrânirii diferitelor funcții psihice înregistrează variații, unele funcții regresând mai repede, altele menținându-se mai mult timp;

b) – **polideterminarea senescenței psihologice**, acest proces fiind rezultanta interacțiunilor subiectului cu mediul său de o anumită structură fizică, biologică și socială, ceea ce face ca nivelul îmbătrânirii să depindă mai puțin de vârstă și mai mult de particularitățile genetice, somatice, morale sau sociale ale vârstnicului;

c) – **caracterul relativ al deficiențelor**, unde spre deosebire de cea patologică, senescența fiziologică se instalează fără seisme prea evidente, dat fiind faptul că organismul în general și psihicul în special, antrenează resurse compensatorii și echilibrări specifice deosebit de complexe.

Putem vorbi practic la acest nivel de continuarea unui **profil psihologic**, având la bază anumite elemente ce pornesc de la nivelul:

a) – **senzorial** = acuitatea scade o dată cu înaintarea în vârstă dar diferențiat în funcție de analizator;

b) – **intelectual** = scăderea performanței este asociată cu starea fiziologică generală, sănătate precară, boli, în special cele cardio-vasculare, nivelul de pregătire fiind mai ridicat, declinul intelectual apare mai târziu și mai lent;

c) – **memoriei** = apare amnezia de evocare, pornind de la complicat la simplu, general la personal, cognitiv la afectiv, senzorial la motor, uitare datele recente, cunoștințele și mai puțin experiențele;

d) – **afectiv** = sunt caracteristice: labilitatea, hiperemotivitatea și impresionabilitatea vârstnicului, apărând uneori stări depresive, tendințe de izolare și singurătate, ajungând până la a avea o atitudine față de pensionare și bătrânețe, acestea ajungând a fi asociate cu: inutilitatea, mizeria și singurătatea.

Cu toate aceste noi identități psihologice ce decurg și din implicațiile factorilor ce generează boala, există și situații în care determinanta într-o reușită, se datorează și unor intervenții specifice.

### 2.3 – intervenții

Considerăm că după prezentarea la o anumită valoare cognitivă a structurilor și implicațiilor neuropsihologice ale demenței **intervenția psihoterapeutică** în asemenea situații este nu numai binevenită cât și absolut necesară, completând programul terapeutic.

După dicționarul de psihologie, Larousse (1996) **psihoterapia** este aplicarea metodică a unor tehnici psihologice determinate, pentru restabilirea echilibrului afectiv al unei persoane.

Psihoterapia se bazează pe:

- încrederea bolnavului în tratament;
- încrederea în persoana terapeutului;
- relația de comprehensiune reciprocă,

iar relația interumană ce se stabilește face ca subiectul să învețe să-și modifice atitudinile față de propria-i persoană și chiar de lumea exterioară, adaptându-se mai bine la realitate.

În altă ordine de idei, psihoterapia, Holdevici I (1996), se aplică la o gamă largă de tulburări psihice, începând cu crizele existențiale, tulburările din sfera personalității, nevrozele, afecțiunile psihodinamice, bolile organice și terminând cu susținerea terapeutică a unor pacienți psihotici aflați în faza de remisie, unde vine în completarea tratamentului psihiatric.

Este necesar a cunoaște faptul că psihoterapia vizează:

- scoaterea pacientului din criza existențială în care se află;
- reducerea sau eliminarea simptomelor;
- întărirea eu-lui și a capacităților integrative ale personalității pacientului;
- rezolvarea sau restructurarea conflictelor intrapsihice ale pacientului;
- modificarea structurii personalității în vederea obținerii unei funcționări mai mature, cu o capacitate de adaptare eficientă la mediu;
- reducerea (sau chiar înlăturarea) acelor condiții de mediu care produc sau mențin comportamentele de timp dezadaptativ;
- modificarea opiniilor eronate ale subiecților despre ei înșiși și despre lumea înconjurătoare;
- dezvoltarea la subiecți a unui sistem clar al identității lor.

Sub aceste auspicii vom încerca a încadra acele psihoterapii și terapii ocupaționale care răspund situațiilor problemă create de pacientul dement.

În acest context, ghidul de diagnostic și tratament în demențe (2007) susține faptul că, pacienții care prezintă și agitație, indiferent de tipul sau severitatea demenței ar trebui să li se ofere accesul la **intervenții** specifice în concordanță cu preferințele, abilitățile și deprinderile personale, cu istoria lor de viață.

Venind în completarea celor menționate anterior, pacientul dement poate beneficia practic de:

**A – Terapia cognitiv-comportamentală** (ca psihoterapie – Pașca MD și Tia T - 2007) în cazul persoanelor cu demență care au depresie și/sau anxietate. Această terapie se fundamentează pe ideea că, pentru a schimba un comportament sau un mod de gândire, trebuie să încerci să afli cum au fost deprinse acestea, determinându-l pe interlocutor să le înlocuiască cu altele.

În terapia cognitiv-comportamentală (TCC) totul este centrat pe **aici și acum**, ea fiind orientată spre dobândirea unor noi comportamente în confruntarea cu problemele actuale, învățând subiectul să-și însușească modelele normale de comportament. Ea are drept scop, ajutorarea subiectului să găsească soluții la problemele sale și să gândească mai rațional. Principiul de bază al acestei terapii postulează faptul că modul în care cineva se comportă este determinat de faptul în care interpretează o situație imediată.

**B – Terapia ocupațională** care după Preda V. (2008) este știința de a dirija pozitiv maniera de participare curentă a omului la îndeplinirea anumitor sarcini, cu scopul de a restabili, a susține și a spori performanța, de a ușura învățarea unor abilități și funcții esențiale pentru adaptare și productivitate, de a diminua sau corecta aspectele patologice și de a promova și menține sănătatea.

Terapia ocupațională se bazează pe organizarea unor servicii specifice pentru acei indivizi ale căror capacități de a face față sarcinilor de zi cu zi sunt amenințate de tulburări de dezvoltare, infirmități fizice, boli sau dificultăți de natură psihologică și socială, menționa același autor.

Totodată, cunoscând importanța terapiei ocupaționale ca demers de recuperare în situații speciale și nu numai, este necesar a sublinia faptul că, în momentele de activitate se poate stimula dezvoltarea sentimentelor de cooperare și întraajutorare, a spiritului de autocontrol, subiecții găsind satisfacții și împliniri în ceea ce fac.

Din compartimentul **terapiilor ocupaționale** pliate pe diagnosticul de demență vom menționa:

- |                        |                         |
|------------------------|-------------------------|
| 1) – ergoterapia;      | 5) – expresia mișcării; |
| 2) – meloterapia;      | 6) – grafoterapia;      |
| 3) – artterapia;       | 7) – terapia narativă;  |
| 4) – expresia verbală; | 8) – terapia mediului;  |

**1. Ergoterapia**, Pașca MD (2002) are ca acțiune crearea unor obiecte și eventual, deprinderi a unor tehnici de lucru, cu scopul readaptării psihosomatice. În această categorie se poate integra orice activitate de muncă manuală cu rol educativ, realizată cu scop terapeutic pe o anumită perioadă de timp.

În cadrul ergoterapiei, subiectul este participant activ, iar activitatea se poate realiza individual sau în grup, urmărind trei obiective principale și anume:

- a) – recuperarea totală sau parțială a capacității de muncă, asigurându-i beneficiarului o autonomie economică și socială;
- b) – încadrarea sau reîncadrarea profesională și socială a subiectului;
- c) – amplificarea procentului de maturizare.

E necesar ca în cadrul ergoterapiei, pacienților să li se facă cunoscute materialele din/cu care vor lucra: hârtie, fibre textile, semințe, deșeuri, lemn, plastic, prezentându-li-se înaintea începerii activității concrete, elementele care sunt:

- etapele de prezentare a produsului;

- materialele necesare;
- instrumentele de lucru (după vârstă);
- utilitatea practică a produsului;
- modalitatea de evaluare (vânzare, expoziție, expunere temporară sau permanentă).

Psihoterapeutul (lucrătorul prin arte combinate) are obligația profesională să creeze atmosferă, respectiv un mediu ambient plăcut și eficient de muncă și relaxare, în care fiecare dintre cei prezenți să se simtă bine și important. Va explica procedurile ori de câte ori va fi necesar, va da dovadă de multă răbdare, neuitând că este implicat într-o terapie ce presupune și reînvățarea mânăirii sau denumirii unor instrumente de lucru în acest caz.

Ideal ar fi să putem **amenaja un atelier sau o sală permanentă de ergoterapie** dotată cu mese și scaune atât pentru activitatea în grup cât și individual. În unele cazuri existența unui fond muzical (după ce anterior au fost testate preferințele) destinde atmosfera creând momente de maximă relaxare și revigorare spirituală.

**Ședințele de ergoterapie** trebuie incluse (precum și cele de artterapie și meloterapie) într-un riguros program terapeutic, stabilindu-se de comun acord (acolo unde este posibil și necesar):

- întâlnirile săptămânale;
- locul desfășurării;
- durata activității;
- ambientul desfășurării.

Produsele ce pot fi realizate în cadrul ședințelor de ergoterapie pot fi din:

- a) – **hârtie** = șervețele, pahare, rame, coifuri, bărci, solnițe, covorașe, colaje, tablouri, decupaje, cutii, etc.

- b) – **fire textile** = împletituri (în două, în trei), tăieturi, covorașe, perne, lanțuri, croșeturi, îmbrăcăminte, etc.
- c) – **semințe** = tablouri, colaje, sticle colorate, mărgelile, coliere, bijuterii, etc.
- d) – **lemn** = mozaicuri, mici obiecte, jucării, etc.
- e) – **materiale plastice, deșeuri** = împletituri, decupaje, colaje, felicitări, cadouri, bijuterii, etc.

Tot aici e necesar a ne opri asupra muncilor casnice care pentru unii din pacienții noștri au o importanță deosebită în tratamentul personalizat, astfel încât activități ca:

- întreținerea curățeniei;
- pregătirea mâncării;
- aranjatul mesei;
- spălătul vaselor;
- spălătul hainelor;
- aranjarea camerelor, etc,

sunt liantul unor acțiuni care odată erau mai mult decât obișnuite și cotidiene, făcând parte din stilul nostru de viață, reîntoarcerea la ele, fiind benefică.

Trebuie ca ergoterapia să constituie un demers terapeutic viabil, realizarea activităților cât și a produselor să constituie cu adevărat și o sursă de bucurie și liniște sufletească pentru pacientul dement.

**2. Meloterapia** vizează utilizarea muzicii ca instrument terapeutic pentru:

- a menține;
- a restabili;
- a ameliora.

sănătatea mentală , fizică și emoțională a persoanei. Există două domenii structurale și anume:

- a) – meloterapia (muzicoterapia) receptivă bazată pe audiție;

b) – meloterapia (muzicoterapia) activă bazată pe expresia muzicală și pe creativitate.

Utilizarea muzicii, Preda V. (2003) ca metodă terapeutică, trebuie făcută rațional ținând cont de impactul psihologic al diferitelor structuri muzicale asupra subiecților, ea putând să fie indicată atât în cadrul unei relații duale, cât și în cadrul unui grup mic.

Este important ca în cadrul **ședințelor de melotrapie**, dacă se realizează:

a) – **individual** = se va audia împreună cu pacientul, timp aproximativ de zece minute, a muzicii preferate (fără text) după care, dacă este cazul, se poate începe o discuție „de aduceri aminte” a vremurilor știute;

b) – **în grup** = se poate asculta un fragment muzical urmărindu-se modalitățile de exprimare a pacienților, stimulându-le acolo unde e cazul, a mișcării și a interpretării directe a unor pasaje muzicale;

**3. Artterapia** este o formă de psihoterapie cu expresii plastice utilizându-se un produs singular, conceput liber și personalizat, indicându-se adesea și o verbalizare secundară. Este momentul în care: - exercițiile grafice;

- desenul (cromatic sau nu);

- pictura (cromatică sau nu);

- modelajul (plastilină, lut),

să declanșeze o eliberare a stării tensionate și nu numai a pacientului dement, urmând ca discuțiile aferente, să certifice cele menționate anterior.

În acest context, apar lucrări plastice, măști, mici sculpturi, chenare, ajungând la decorarea unor camere sau obiecte de mobilier.

**4. Exprsia verbală**, Pașca M. D. (2008), aici ne oprim asupra:

a) – **poveștii terapeutice** care nu face altceva decât să transmită, pe baza celor relatate, o experiență de viață, o stare de fapt, care să aibă un rol în găsirea unei soluții, implicând „povestitorul” cu întreaga sa personalitate:



- trebuie să țină cont de vârsta celui căruia i se adresează;
- să fie spusă și nu citită;
- să nu fie explicat mesajul;
- nu poate fi spusă de către oricine, oriunde și oricum (se creează atmosfera necesară);
- se folosește și metafora în narațiune;
- mesajul transmis pornește de la rezolvarea de probleme, optimism, gândire pozitivă, dorință de vindecare și autovindecare;
- poate fi creată însuși de pacient;

b) – **povestea vieții** reprezintă încă o modalitate de a menține pacientul într-o anumită actualitate, ea reușind a-l conecta la prezent, prin adăugarea la acest fir al vieții, de noi evenimente, mai ales cotidiene care-l mențin în legătură directă cu realitatea.

**5. Expresia mișcării** sau terapia prin dans, pornește în primul rând de la a-i solicita corpului mișcări din ce în ce mai suple și motivate. Astfel, se pot executa zilnic exerciții simple de mișcare, combinate și cu ritmul muzicii, ajungând în timp, la pași de dans. Dansul solicită și memoria, iar amintirea face bine pacientului nostru, așa încât, zilnic, reprizele de dans pot și creează o stare ce amplifică atmosfera de bine și liniște, acestora adăugându-li-se și plimbările pe trasee și lungimi diferite, depinzând de pacient.

E necesar a găsi și apoi selecta acele bucăți muzicale care să se constituie în elemente de bază ale terapiei prin dans, având grijă ca mișcarea să completeze ritmul, iar ritmul, mișcarea.

**6. Grafoterapia**, Pașca M.D. și Tia T. (2009), apare la adult și poate ajuta la diagnosticarea unui început de dizarmonie a personalității, totodată ea fiind cea care pe baza scrisului semnalizează o anumită disfuncționalitate la nivelul general de exprimare.

Se poate apela la grafoterapie în cadrul bolilor psihice, ca formă de intervenție în anumite etape de recuperare, precum ar fi bolnavii ce-au suferit accidente vasculare cerebrale. Dacă vom investi timp, dăruire și răbdare, pacientul adult își poate ameliora starea de sănătate, utilizând elementele de grafoterapie în cazuri ca:

- probleme/situații afective;
- dificultăți de concentrare;
- nesiguranță;
- anxietate;
- depresie;
- raportarea și integrarea în/la grup.

Ca forme de manifestare a grafoterapiei putem enumera, în anumite momente terapeutice ale pacientului, elemente ca:

- scrierea de scrisori (acasă, cuiva drag, adresant imaginar);
- file de jurnal (zilnic, săptămânal);
- judecăți de valoare (maxime);
- poezii;
- proză;
- memorialistică,

toate ca etape în care, făcându-se apel la cuvinte, acestea nu se uită, se face apel la ele, fapt ce declanșează noi stări de ancorare în prezent.

**7. Terapia narativă** are ca drept obiectiv general, reconstituirea poveștilor de viață ale omului, astfel încât acesta să-și poată interpreta experiența de viață dintr-o anumită perspectivă, cu efecte benefice asupra experiențelor prezente și viitoare. Din punct de vedere al psihologiei narative, termenul de povestire/narațiune reprezintă un mod de a organiza episoadele, acțiunile și realizările, un demers care aduce laolaltă evenimente de zi cu zi și creații

fantastice, încorporând dimensiunea timp-spațiu. Important în această terapie este ca pacientul să-și exploreze momentele ce-i dau formă vieții, momentele de cumpănă, relațiile „cheie” și amintirile ce nu au fost estompate de trecerea anilor și-a timpului. Totodată, atenția trebuie concentrată pe intențiile, visele și valorile care au îndrumat viața pacientului nostru în pofida dificultăților avute, ceea ce determină a explora și a aduce la suprafață **cine suntem** și **ce suntem**, ca sumă a valorii personalității noastre, chiar și în raportarea noastră nu numai la noi înșine, ci și la cei din jur.

**8. Terapia prin mediu** presupune organizarea mediului în care trăiește pacientul cu demență, spre a-i compensa deficitul prin activarea resurselor. Obiectele, Ianusevici V. (2008) cu care intră în contact, ca și sistemul relațiilor sale, vor fi adaptate, pentru a corespunde îngustării capacității cognitive, a sensibilității perceptive și a competențelor sociale, specifice bolii. Mediul în care evoluează, el aflându-se în centrul atenției, trebuie să fie astfel structurat încât să-i asigure:

- protecția;
- libertatea de mișcare;
- siguranța persoanei;
- absența pericolității;
- independența de acțiune.

De asemenea terapia prin mediu presupune anumite relații ale pacientului posibile și legate de:

- a) – adaptare la cerințele mediului, scopul fiind de a ajunge la un echilibru între cerințe și competențe;
- b) – modificarea condițiilor de mediu pentru a le adapta capacităților, intereselor, sau dorințelor celui în cauză;
- c) – schimbarea, căutarea unui alt mediu potrivit personalității sale.

Terapia prin mediu se materializează prin urmărirea a trei direcții legate de:

- 1 – mediul social;
- 2 – structurarea programului zilnic;
- 3 – mediul arhitectonic;

**1) - mediul social**, se identifică prin Wojnar J. (2001):

- lumea subiectivă a bolnavului trebuie acceptată ca reală și validată;
- empatia constituie calea pe care se ajunge la acesta;
- atitudinea celor ce se află în preajma bolnavului trebuie să fie plină de respect, de îngăduință răbdătoare;
- individualizarea abordării bolnavului presupune o bună cunoaștere a stadiului bolii și a datelor biografice ce ajută la descifrarea conținuturilor simbolice ce exprimă nevoile și dorințele sale;
- comunicarea se desfășoară în spațiul afectivității;
- conținutul comunicării și forma în care se realizează, vor fi adaptate posibilităților tot mai limitate de exprimare verbală sau non-verbală a bolnavului;
- dialogul propus va uza de propoziții simple, clare, punându-se cât mai puține întrebări, având în vedere componenta insecurizantă a acestora;
- interlocutorul bolnavului va încerca să preia: postura, respirația, gestică acestuia pentru ca prin asemănare să-i dea un sentiment de siguranță și încredere;
- adresarea se va face din imediata apropiere, din față, de la nivelul privirii lor, menținând pe cât e posibil, contactul privirii pe parcursul discuției;
- comunicarea verbală și non-verbală trebuie să transmită același mesaj, practic, să nu se contrazică;
- să fie evitate atitudinile impersonale în acțiunile cu bolnavul;
- resursele acestuia să fie activate și folosite în acțiuni țintite, precum igiena intimă, tratamentul, programele, toate acestea desfășurându-se în aceleași intervale ale zilei/săptămânii (plimbări, activități gospodărești, desen, gimnastică, muzică, etc.);

- activitățile propuse să aibă afinitate cu interesele lor anterioare, iar desfășurarea lor să nu fie rigidă, ci să se adapteze flexibil momentului, dorințelor sau nevoilor lor;

- să se evite suprasolicitarea sau submotivarea,

iar dacă vom respecta aceste elemente, la **nivelul bolnavului se va instala starea de bine**, fapt ce va codifica strădania și munca de îngrijire susținută și desfășurată de familie sau personalul angajat în acest scop psiho-social.

**2) – structura programului zilnic**, este legată în special de orientarea temporală, pornind de la menținerea diferențelor între **zi și noapte** prin:

zi = lumină                      noapte = întuneric  
= interval activ                      = odihnă

În acest context ne vom axa acțiunile pornind de la faptul că:

- ziua să înceapă cu ritualul dimineții (sculat, spălat, mic dejun), într-o atmosferă liniștită, iar dacă bolnavul e în familie, totul să se desfășoare după ce restul și-au încheiat propriile ritualuri;

- orice activitate să se deruleze pe un fond muzical, liniștitor pe gustul bolnavului;

- ritualurile religioase practicate și înainte de bolnav, la culcare sau dimineața, să fie în obișnuințele lui și acum;

- chiar și în perioada de iarnă, să se realizeze o lumină „de zi” în camere;

- lumina să fie mai puternică la amurg, până ce bolnavul se culcă;

- pe timpul nopții, dacă bolnavul acceptă, e bine să doarmă fără surse de lumină în cameră;

- îmbrăcămintea de noapte (pijama) să nu fie menținută și în timpul zilei deoarece determină o stare de apatie, de submotivare față de activitățile programului său;

- de asemenea, îmbrăcămintea, chiar și cea de noapte, nu trebuie să fie prea lejeră deoarece bolnavul și-a pierdut capacitatea de a mai fi conștient de mărginirea propriului corp;

- medicația bolnavului de liniștire primită înainte de culcare, poate influența dispoziția acestuia de peste zi, mai ales dimineața;

- o îmbăiere înainte de culcare, cu cel puțin 2-3 ore, va avea un efect liniștitor peste noapte, iar atunci când e prea aproape de ora de culcare poate provoca agitație nocturnă;

Toate aceste acțiuni vor fi ritualizate, menținând:

- aceeași ordine a desfășurării;
- același timp al comunicării verbale;
- același timp al comunicării non-verbale;
- același conținut al comunicării non-verbale (cuvinte, gesturi, priviri);
- aceeași oră;

deoarece bolnavul cu demență nu-și mai poate organiza singur un program de viață plin de sens și coerență.

Este de subliniat și faptul că, lipsa de activitate duce la avansarea bolii, că înainte de aplicarea unui program e necesar a cunoaște datele biografice ale pacientului, că e necesar a începe cu acțiuni simple desfășurate și în colectiv/grup lucrând și pe elementul de apartenență. Astfel, e de știut că e necesar a le menține anumite drepturi, printre care și hrănitul singur și așezarea la masă alături de ceilalți, invocându-l pe acel **altădată**.

Și cu toate acestea, Ianusevici V. (2008) activitățile trebuie să se desfășoare în spații familiare, ce dau un sentiment de siguranță, iar ritualizarea lor va cuprinde atât momentul zilei cât și structura interioară a programului (faza de început a unei activități, mereu aceeași, desfășurările similare nu plictisesc, ci din contră, dau

stabilitate sau/și siguranță cu toate că ritualul nu trebuie să însemne și rigiditate, iar practicarea lor este voluntară).

**3) – mediul arhitectonic** reprezintă o modalitate, în cazul pacientului nostru, de comunicare, relaționare și orientare temporo-spațială. Astfel:

- împărțirea interioară a casei să dea libertatea de mișcare, de deplasare știind că mersul este un beneficiu și pentru cei deja cu tulburări cognitive, epuizând totodată impulsurile energetice care pot evolua la un moment dat, tensionat;

- camerele în care-și petrec timpul trebuie să asigure protecția și sub aspect sufletesc, printr-o atmosferă familiară, păstrată prin mobilele vechi ce le-au aparținut;

- decorația interioară sau obiectele utilitare să permită o activare a resurselor (fotografii vechi, obiecte mărunte legate de amintirile importante ale bolnavului, chiar dacă sunt deteriorate);

- orice momente festive: Crăciun, Paște, zile onomastice, alte sărbători religioase, să fie marcate printr-o decorare specială a camerelor rezervate bolnavilor cu demență;

- oglinzile mari, ce le reflectă imaginea proprie și-n care nu se mai pot recunoaște, le vor da posibilitatea „să stea de vorbă cu cineva” și astfel, nu se vor mai simți singuri;

- folosirea la ușile și ferestrele din interiorul casei a sticlei incasabile pe cât mai mare suprafață, astfel încât pacientul dement să fie în permanență sub observația celor din jur;

- lumina și vizibilitatea să pătrundă prin ferestrele camerelor, dar să nu le fie acoperită vizibilitatea de plante, perdele (dacă ei doresc) și alte accesorii (jaluzele, draperii, falduri);

- iluminarea perfectă a tuturor încăperilor ce le sunt accesibile pentru a le da siguranță, deoarece colțurile întunecoase le produc neliniște;

- fotoliile sau patul în care dorm să fie așezate astfel încât să poată vedea fereastra și ușa; așezarea patului între două ferestre este contraindicată, accesul în pat putându-se face de pe ambele părți iar orientarea lui să fie cu capul la nord, de știut că sunt foarte importante atunci când pacientul este imobilizat la pat;

- scările, de interior, acolo unde există, trebuie delimitate de restul podelei, prin culori intense, aplicate pe partea de interior, ce dă înălțime treptei, fiind totodată mărginite la înălțimea brațului, prin bare de care se pot ține/sprijini;

- sunt de recomandat mânere metalice sau din lemn, la baie și în toate punctele ce necesită un sprijin în plus (baie, WC, etc.);

- destinația camerei poate fi sugerată prin desene, intens colorate (baie, bucătărie, dormitor, sufragerie, atelier, sală de hobby, etc.) cu care deja sunt familiarizați.

Și regăsim așadar, modalități care ni-l păstrează pe pacientul dement cât mai aproape de noi, fiind cu noi și bucurându-se de siguranța și liniștea pe care i le putem acorda cât mai mult timp cu putință, atât în familie cât și în spațiul instituționalizat specializat.

Am încercat a aduce aproape de cei ce sunt direct lucrători cu pacientul dement, acele secvențe psihoterapeutice care-l țin conectat și în continuare la zi cu tot ce se întâmplă, fiind el însuși atât timp cât se poate, neuitând faptul că, Wojnar J. (2001) „oamenii ce suferă de demență trebuie ajutați să trăiască cât mai apropiat istoria vieții lor”.



## Capitolul 3 – Demența – atitudini sociale

3.1 – concepte

3.2 – senectutea

3.3 – atitudini

### 3.1 – concepte

Structural, **asistența socială**, poate fi definită, Zapodeanu M. (2005) pornind de la faptul că:

a) – este efortul și sprijinul acordat de către societate, atât la nivel microsocial, prin ajutarea indivizilor să-și folosească la maxim capacitățile, cât și la nivel macrosocial, prin politicile sociale aferente;

b) – ea presupune activitate profesională de ajutorare a indivizilor, grupurilor, comunităților în rezolvarea problemelor și în sporirea capacității de dezvoltare și de promovare a operațiilor afective și urmate de conducere spre finalitate;

c) – promovează bunăstarea socială și răspunde unor nevoi sociale mai largi promovând șanse egale pentru fiecare, ținând cont de:

- |                       |                 |
|-----------------------|-----------------|
| - vârstă;             | - rasă;         |
| - sex;                | - cultură;      |
| - preferință sexuală; | - religie;      |
| - clasă socială;      | - invaliditate; |

Practic, asistentul social are responsabilitatea de a proteja persoanele vulnerabile și de a-și exercita autoritatea în virtutea statusului său, printre funcțiile sale, enumerându-se și cele de mai jos, pornind de la:

- să-i ajute pe indivizi să-și folosească efectiv capacitățile de rezolvare a propriilor probleme;
- să se stabilească legătura între indivizi și sistemele de contact disponibile;
- să faciliteze interacțiunea și să stabilească relații noi între oameni și sisteme;
- să faciliteze interacțiunile, să modifice și să creeze noi relații între indivizi cu ajutorul sistemelor de resurse;
- să contribuie la dezvoltarea și amplificarea politicilor sociale;
- să servească drept agenți ai schimbării sociale, atunci când este necesar;
- să distribuie resursele necesare, itinerarul său social fiind susținut de o paletă largă de acțiuni.

De asemenea, asistentul social **intervine** în situații codificate sub forma **acțiunii** atunci când:

- a) – circumstanțele externe individului au suferit modificări ca pot afecta individul, prevenind apariția problemei clientului;
- b) – apare situația de criză, când clientul nu poate colabora singur cu problema;
- c) – în perioada „post criză” când clientul are nevoie de susținere (suport) pentru a-și redobândi capacitatea de bună funcționare socială.

Astfel, în demersul nostru conceptual, la a defini ceea ce reprezintă „obiectul muncii”, adică, persoana, clientul, ca ființa care are nevoie de ajutor, susținere, înțelegere, stimă și mult, mult respect, în așa fel încât dimensiunea personalității sale să nu fie afectată negativ sub nicio formă, influența fiind doar cea pozitivă.

Ajungem a evalua astfel persoana în cauză din perspectiva asistentului social, ce va lua în considerare **starea** (Zapodeanu M. – 2005):

**1 – fizică:**

- starea de sănătate;
- mobilitatea clientului;
- energia clientului;
- înfățișarea generală;
- atitudinea;
- gradul de handicap;

**2 – psihică:**

**a) – volitivă:**

- capacitatea de a lua decizii;
- capacitatea de a se organiza;
- libertatea de a alege;
- sistemul motivațional;

**b) – intelectuală:**

- cunoștințe;
- idei pentru înțelegerea sinelui;
- înțelegerea lumii;
- interpretarea semnificațiilor vieții de grup;
- interpretarea semnificațiilor în societate;
- capacitatea de a rezolva probleme;
- capacitatea de a-și administra abilitățile;

**c) – afectiv-emoțională:**

- gama de sentimente și trăiri ale individului;
- starea de moment;
- istoria personală;

- capacitatea de autocontrol;

### **3 – spirituală:**

- perceperea sensului vieții;
- distincția bine-rău;
- stima de sine;
- stima față de ceilalți;
- raportul cu divinitatea;

### **4 – socială:**

#### **a) – familială:**

- interacțiunea membrilor grupului familial;
- sentimentul apartenenței;
- rolurile familiale;
- responsabilități generate de calitatea de membru;
- structura familiei;

#### **b) – ca actor social:**

- interacțiunile lui cu grupul de prieteni, vecini, colegi;
- apartenența la un grup/comunitate;
- sentimentul de identitate socială;
- setul de rol-statusuri îndeplinite;
- . implicarea în diferite acțiuni social-culturale;

#### **c) – economică:**

- capacitatea de a dobândi și administra resursele materiale și financiare;
- accesul la diferite servicii;
- raportul resurse;
- raportul necesități.

În analiza situației **clientului**, trebuie avute în vedere și experiența personală, motivația cererii de ajutor și expectațiile sale față de procesul de ajutor, neuitând că istoricul social constituie un instrument util pentru cunoașterea integrală a situației pacientului/persoanei.

### 3.2 – senectutea

Este momentul de a continua incursiunea cunoașterii legate de bătrânețe (vezi cap. 2 – 2.2 – pentru identități) **senectutea** definind în contextul social, modificările și schimburile ce au loc în această perioadă. Chiar dacă nu vom face trimitere directă la demență și/sau pacientul dement, totuși există elementele care premerg disfuncționalitatea sau certifică starea psihică instalată la un moment dat în timp și spațiu.

Din **perspectiva asistenței sociale**, ajutorul este acordat atunci când la această vârstă intervin modificări bio-psiho-sociale care au menirea de a influența relațiile sociale, prin schimbarea atitudinilor față de sine și de alții, care nu întotdeauna sunt în sens pozitiv.

Vorbim la această vârstă de modificările sociale ce sunt specifice senectuții și anume:

- |                                |                           |
|--------------------------------|---------------------------|
| 1. – pensionarea;              | 6. – imaginea de sine;    |
| 2. – statusul social;          | 7. – perceperea de altul; |
| 3. – stima de sine;            | 8. – atribuirea;          |
| 4. – izolarea socială;         | 9. – atitudini și valori; |
| 5. – relația dintre generații; |                           |

## 1. – pensionarea:

Stare destul de controversată pentru unii, pensionarea, Ripon A. (1992) și efectele ei negative sunt într-o relație invers proporțională cu satisfacția în muncă, deoarece, nefiind un fenomen universal valabil, e necesar să-l raportăm la diferite tipuri de atitudini exprimate de către vârstnici, cum ar fi:

- dorința de a se odihni;
- dorința de a rămâne activ;
- insatisfacția față de activitatea trecută, asociată cu o poziție de resemnat;
- atitudinea de frustrat, vinovat, plin de regrete față de o viață lipsită de sens.

În consens cu cele amintite, Zapodeanu M. (2005), de munca sa erau legate statusul și rolurile sale care acum decad, îl egalizează doar cu ceilalți pensionari. Munca sa era canalul cel mai important de alimentare informațională, dar ieșirea la pensie întrerupe, blochează acest canal și de unde înainte putea să apară stress-ul de suprasolicitare, acum se ivește la orizont, un altul, pe care l-am putea denumi stress-ul de subsolicitare.

Pe acest fond pensionarul trebuie și este nevoit să-și petreacă o mare parte a timpului în casă „între patru pereți”, iar orașele accentuează acest sentiment de clausturare cu efectele sale nocive, care poate la un moment dat, coroborat cu unele situații - problemă, să declanșeze incipient faze ale demenței.

Și pentru că pensionarea reprezintă o mare încercare a persoanelor în vârstă, pregătirea psihică e absolut necesară, însemnând acceptarea și adaptarea, cunoașterea unor faze tranzitorii. Atchley R. (după Zapodeanu M. -2005) cum ar fi cea:

a) – depensionare, în care cei activi sunt sprijiniți emoțional pentru a accepta ideea retragerii;

b) – imediat următoare pensionării, în care subiectul își recapătă plăcerea de a petrece timpul, călătorind, practicând sporturi, făcând colecții, crescând nepoți, etc;

c) – dezamăgirii, în care se pierde încântarea de a fi pensionar;

d) – reorientării, în care depășindu-și starea de dezamăgire, caută o variantă prin care să-i fie satisfăcută necesitatea de a fi activ din punct de vedere social.

Dacă totul decurge conform personalității fiecărei persoane aflată în această perioadă, esențială rămâne modalitatea prin care el se armonizează cu noul stil de viață pentru care optează respectându-i preferințele, fără a-l neglija și ai atribui stări de etichetare care ajută la destructurarea personalității sale.

## **2. – statusul social:**

Odată cu trecerea timpului, societatea se raportează mai puțin la statusul privilegiat al senectuților, deoarece totul este în schimbare, așa încât ei pierd locul în:

- dezvoltarea comunității;
- gradul de control asupra resurselor;

De aceea, nevoile schimbării sociale sub acest aspect își au influență asupra bătrânilor, deoarece aceștia constată că:

- ieșirea din câmpul muncii;
- reducerea nucleului familial;
- este o etapă de înstrăinare legată de apariția unor boli;
- trăirea sentimentului inutilității sociale;
- sentimentul de abandon legat de așa-zisul dezinteres al propriilor copii ajunși adulți;
- pierderea identității profesionale și a rolului social;
- integrarea în noua identitate obștească, nedorită uneori;

deoarece doar solicitarea emoțională din partea nepoților face ca identificarea acestora ca prelungire a urmașilor, să-i readucă în prim plan experiența și înțelepciunea vârstei de care acum, poate face uz în cunoștință de cauză.

### **3. – stima de sine:**

La această vârstă stima de sine este modificată, asociată fiind cu:

- deteriorarea statusului social;
- îmbolnăviri;
- pierderea partenerului de viață;
- scăderea nivelului de trai;
- o criză de prestigiu;
- imaginea proprie asupra îmbătrânirii ca fenomen de regresie.

Pentru a preîntâmpina aceste carențe, e necesar a reactiva acele dorințe latente culturale și de loisir, cultivând interes pentru:

- noi hobby-uri;
- continuarea hobby-urilor;
- religie și actul de sine;
- morală;
- înțelepciune dată de experiența vieții,

toate reușind a menține stima de sine la locul cuvenit datorită și faptului că la această vârstă, persoana în cauză reprezintă o valoare morală și socială pentru cei la care se raportează.

### **4. – izolarea socială:**

Sub acest aspect are loc o pierdere a identității personale exprimată prin depersonalizare, ajungând chiar la:

- idei de persecuție a celor din jur;
- a simți că este permanent urmărit;



- a gândi că nu este bine ce spune;
- schimbări comportamentale,
- părăsirea domiciliului;
- vagabondaj;
- fuga de colectivitate;
- consum excesiv de alcool,

concurând la apariția stărilor depresive și determinând apariția unor fenomene de dezadaptare pe fondul unor idei de inutilitate care, neluate în serios de cei din jur determină apariția la senectute, a unei tristeți cu caracter tragic pe un sentiment de frustrare și pierderea identității ca persoană la această vârstă.

#### **5. – relația dintre generații:**

Tradiția în zilele noastre nu se mai bazează atât de mult pe o trainică și stabilă relație părinți-copii, de aceea, tinerii adulți doresc a locui separat de bătrâni (părinți) iar aceștia din urmă, unii se izolează și refuguază în lumea lor, ca protest la atitudinea copiilor.

Există și situații în care situația părinte-copil devine stresantă deoarece bătrânii ((părinții) devin tot mai dependenți de adulții tineri, relația dintre generații putând crea conflicte care pot duce la rupturi definitive în instituția familiei - ceea ce aduce mutații negative în evoluția socială a persoanelor aflate la senectute.

#### **6. – imaginea de sine:**

În general, imaginea de sine se creează ca o stare dinamică între succese și eșecuri, fapt care determină o anumită raportare a individului la acest echilibru. În cazul persoanelor aflate la senectute, atunci când:

- familia;
- grupul de prieteni;
- vecinii;

- grupul de referință,

recunoaște valoare ca individ unic, apare și se remarcă o imagine de sine pozitivă.

În cazul în care există o:

- slabă implicare socială;
- dezadaptare treptată;
- superficialitate a relațiilor interpersonale;
- izolare socială;
- inutilitate socială,

putem vorbi la persoana bătrână despre o imagine de sine negativă, ceea ce-i poate periclita sănătatea mentală la un moment dat, depresia fiind doar primul pas, dar nu și ultimul.

Subliniază ideea amintită faptul că, boala, durerea și suferința crează o stare de disconfort, de dependență, conducând iminent la o diminuare a valorizării sinelui și capacității de a stabili sau menține anumite relații interpersonale viabile cu cei la care se raportează.

### **7. – perceperea de adult:**

În relațiile pe care le stabilește vârstnicul, Zapodeanu M. (2005), perceperea altora ca având semnificație din punct de vedere cognitiv, afectiv sau practic, contribuie la consolidarea lor și atribuirea unui sens. Aprecierea persoanei de vârstă a treia ca fiind înțeleaptă, plină de experiențe interesante și morală și sublinierea acestei percepții de către ceilalți asociată cu înțelegerea acestei situații de către vârstnic, accentuează deschiderea celui din urmă către respectiva relație. Nevoia bătrânului având un „eu” infantil, de a fi ocrotit de alții caracterzați de un „eu” parental sau dorința de a fi apreciat de către ceilalți ca un „eu” adult, imprimă relațiilor sale un caracter iminent purtând marca percepției de altul.

## 8. – atribuirea:

Ca definiție, este un proces ce stă la baza creerii de relații interpersonale, fiind influențată de factori ca:

- prima impresie;
- experiența;
- profeția ce se autoîmplinește;
- stereotipurile;
- prejudecățile;
- așteptările persoanei față de ceilalți,

care la persoanele bătrâne, în vârstă, se manifestă printr-o modificare a relațiilor cu alții datorate schimbărilor personalității, ca identitate a vârstei de regresie, ele fiind:

- mult mai susceptibile;
- neîncrezătoare;
- defensive,

atribute ce-i fac mult mai reticenți în comunicarea interpersonală.

## 9. – atitudini și valori:

În acest caz pornim de la faptul că există la nivelul atitudinii și valorii la vârsta senectuții, două ipostaze, și anume cea a:

a) – **inactivului** care apare complexat și centrat pe sine, contemplând lumea de la distanță, timpul și-l organizează în funcție de: masă-odihnă-somn, apărând sporadic cumpărăturile și/sau vizita unui apropiat;

b) – **hiperactivul** este cel pentru care timpul e prea scurt raportat la activitățile multiple pe care le desfășoară: hobby-uri, activități culturale și sportive, voluntariat, călătorii, diverse; iar noile obiceiuri devenind strâns legate de:

- autonomie și dependență;

- mijloace economice și culturale;
- sănătate ca și integrare socială.

Tot ce poate perturba această vârstă, este apariția suferinței, a doliului, a bolii, a conștientizării posibile a morții, astfel încât vârstnicul va recurge la religie ca la un ultim refugiu, găsimu-și consolarea în credință, iar perceperea sa ca ființă morală și religioasă va constitui un punct forte al imaginii de sine.

Toate aceste situații transformă în foarte multe cazuri, rețelele de raleții ale persoanelor vârstnice mai ales acolo unde în cele mai multe cazuri apar mari modificări structurale în starea de sănătate, fapt ce determină pierderea rapidă a autonomiei individuale creînd sistemul de dependență specific în asemenea situații, la un moment dat.

De aceea, **intervenția asistentului social** va putea pleca și de la următoarele elemente, Barrer H. (1993) și anume:

**1) – personalitatea bătrânului:**

- comportamentul;
- atitudinea față de mediul său;
- atitudinea față de el însuși;
- starea de sănătate fizică;
- capacitatea de a rezolva probleme;

**2) – starea de sănătate:**

- forma fizică;
- dificultăți auditive;
- dificultăți vizuale;
- dificultăți motrice;
- nevoile de ajutor pe care le are;
- tratamentul medical;
- îngrijirile ce-i sunt necesare;

**3) – situația sa practică:**

- starea sa financiară;
- condiții de locuit;
- capacitatea de a-și întreține locuința;
- ajutorul primit de la copii
- ajutorul primit de la vecini;

**4) – viața relațională:**

- raporturile cu soțul/soția;
- raporturile cu copiii;
- raporturile cu prietenii;
- raporturile cu vecinii;
- raporturile cu alți pensionari;
- capacitatea de a-și asuma anumite roluri (bunic, membrul unui club);
- atitudinea medicului față de bolnav;
- dificultățile în relația cu medicul;

**5) – experiențele sale anterioare:**

- apărute în familie;
- apărute în legătură cu profesia;
- reacții la pensionare;
- reacții la plecarea copiilor din casa părintească;
- moartea partenerului de viață;
- modul în care a reacționat la anumite dificultăți întâmpinate în trecut;

**6) – dificultățile sale majore:**

- necesitatea existenței discernământului;
- de ce are nevoie pentru a le face față;
- cum încearcă să le depășească;
- cum sunt percepute de vârstnic;

- dacă există situații conflictuale particulare;
- în ce momente sunt ele deosebite;
- cum reacționează anturajul în aceste situații;
- cum influențează mediul situațiile create;

**7) – relația cu asistentul social (alt specialist):**

- cum se poate relaționa mai bine;
- care sunt dificultățile acestei relații;
- care este evoluția posibilă;
- cum se poate ameliora situația.

Important rămâne faptul că **suscedarea triadei – rețea de relații – stare de sănătate – autonomie** – implică o anumită stare de echilibru, deoarece perturbarea uneia se răsfrânge chiar distructiv și asupra celorlalte, ele trăind într-o anumită simbioză dată de timpul la care se raportează.

Pentru a nu crea din senectute o problemă și a nu-i crea senectuții probleme, e necesar ca asistentul social să acționeze acolo unde, menținerea echilibrului amintit anterior, să fie posibil pe o perioadă de timp cât mai lungă, transformând această perioadă într-o „artă de a îmbătrâni frumos”.

De aceea, după Bourdelais P. (1993) avem nevoie de:

**1) – reautomatizarea** = reducerea imobilității persoanei, verticalizarea și dezinstituționalizarea sa, și regăsirea autonomiei; educarea la nivel psihic pentru a preveni reîntoarcerea la starea anterioară;

**2) – reeducarea** = stimularea capacităților psiho-motrice, menținerea resurselor culturale și emoționale, descoperirea și exercitarea de noi activități, toate vor contribui la dezvoltarea personală, încercând a achiziționa noi cunoștințe, prin stârnirea curiozității ca elemente dinamizatoare, împotriva procesului de îmbătrânire;

**3) – stimularea cognitivă** = face trimitere la acele activități mentale care suscită capacitatea de concentrare, atenție, memorare, imaginație, creație și organizare, revalorizarea imaginii de sine și recâștigarea autonomiei pierdute, duc la reapariția capacității de a-și asuma o răspundere;

**4) – terapiile cognitive** = participarea la un grup-memorie, demers al cunoașterii de sine, de explorare și de muncă, fiind propuse exerciții pentru cele trei tipuri de memorie (imediată, de scurtă și de lungă durată);

**5) – dialogul de sprijin** = poate exista sub mai multe conotații datorate situației interlocutorilor, fiind chiar de un real ajutor la un moment dat;

**6) – susținerea** = apare atunci când acceptăm o discuție cu cineva, unde, prima datorie a celui care conduce discuția este de a discerne bine forțele și resursele care există la persoana de vârstă bătrâneții și de a le evidenția în așa fel încât acesta din urmă să devină din ce în ce mai conștient de ele;

**7) – ușurarea** = este posibilitatea prin care, vorbind cu cineva despre problemele întâlnite, se diminuează stress-ul provocat de acestea, dând posibilitatea celui care se exprimă, să-și vadă situația cu mult mai multă obiectivitate;

**8) – consilierea** = are ca scop permiterea persoanei vârstnice să-și exprime liber problemele, situația, relațiile și chiar întregul trecut, oricât ar fi de confuz și să se gândească la aceasta împreună cu interlocutorul său.

Inițierea și a unui dialog în acest caz, va trebui să pornească de la:

- întotdeauna trebuie plecat de la momentul în care se află subiectul;
- să se orienteze spre nevoile vârstnicului;
- să se cunoască bine sentimentele pe care fiecare le produce celuilalt;
- a avea încredere în dinamismul vârstnicului;
- să se respecte autonomia persoanei în vârstă;
- să nu se manifeste exigent față de bătrân;

- a recunoaște că orice ajutor are o limită.

Am considerat absolut necesar ca într-o asemenea conjunctură, de a prezenta modalitățile de relaționare la nivel de comunitate între persoana în vârstă ajunsă la bătrânețe/la senectute și asistentul social, demonstrând în final că relația dintre cei doi poate deveni funcționabilă atunci când condițiile sociale o vor cere la un moment dat (când se creează involuntar de persoana în cauză, situații psiho-sociale problemă).

### 3.3 – atitudini

Dacă ne raportăm la planul social, demența este privită, mai precis pacientul dement, ca o/un paria, etichetarea venind de la sine. Chiar dacă nu mai reușește în timp să se achite de toate atributele sale sociale, dobândite prin status, rol și poziție, pacientul dement are de înfruntat stigmatizarea comunității, fapt ce determină grupului la care se raportează și noi ne-am dori unul social, de a lua o **atitudine**.

A lua o **atitudine** în cazul pacientului dement, a demenței în sine, din perspectivă socială, înseamnă:

a) – **a o accepta** și atunci se implică medical, psihologic și social sub varii aspecte, specifice fiecărui compartiment amintit anterior, în parte;

b) – **a nu o accepta** și reversul medaliei reprezintă: nerecunoaștere, izolare, dezinteres, neimplicare, pasivitate și multă, multă, foarte multă lipsă de responsabilitate morală, civică și socială.

De aceea, apariția și continuarea cercetărilor psihiatrice în specialitate, implicarea societăților, fundațiilor, asociațiilor și ONG-urilor, pot și sunt considerate ca primele însemne ale faptului că bolnavul dement există, că demența apare în unele cazuri și la vârste timpurii/tinere, și că ocupă în statisticile medicale



un loc ce urcă vertiginos, mai ales atunci când **indiferența** decodifică **atitudini** lipsite de o scrupuloasă deontologie profesională.

Astfel, în acest context, prezentarea anterioară a vârstei bolnavului/senectuții, poate fi considerată ca un preambul în lucrarea unei **atitudini sociale** legate de demență.

Ce putem face?

a) - în **primul** rând:

- s-o acceptăm ca atare;
- să ne raportăm unele cauze ale apariției sale și la starea socio-economică a timpului;
- să creem condiții sociale normale din punct de vedere economic pentru o evoluție normală a individului;
- să ne implicăm în depistarea precoce acolo unde este posibil;

b) - în al **doilea** rând:

- să-i menținem sănătatea individului la standarde normale, printr-un trai decent;
- să-i urmărim evoluția socială;
- să-l ajutăm să-și găsească locul cuvenit și meritat în societate;

c) - și nu în **ultimul** rând:

- să-l ducăm pentru o viață și un trai sănătos;
  - să-i menținem sănătos trupul și sufletul;
  - să-i fim alături la greu;
  - să-l creștem și să-l avem demn și responsabil ca ființă umană;
- și **atunci** putem fără teamă și jenă socială să vorbim despre:

- apariția;
- evoluția;
- consecințele;

- terapia,

dar mai ales de **comportamentul atitudinal** al societății și **factorii** care nu de puține ori au dus la declanșarea celei care, inavriabil și indubitabil, o încadrăm și-o denumim ceea ce și este – ca boală psihică – **demența**.

## Capitolul 4 – Îngrijirea bolnavului cu demență

4.1 – în familie/ la domiciliu

4.2 – în centre/ servicii specializate

4.3 – elemente paliative

### 4.1 – în familie/la domiciliu

Periplul nostru cognitiv continuă cu elementele structurale și structurate pe modalitățile în care **familia** reușește să se implice în îngrijirea membrului său - pacient dement. Am subliniat în titlul subcapitolului și locația – la domiciliu - deoarece există situații (și nu puține) în care pacientul dement nu mai locuiește cu familia și se întreține singur, iar totodată îngrijirea sa, îi revine, responsabilizându-l/se.

Pentru că nu este ușoară această muncă, cei care îngrijesc în familie un asemenea bolnav, **trebuie** să pornească de la premisa că **el este încă și va rămâne** (atât cât medical se poate) **membru al familiei**, cu tot ce-i aparține.

De aceea, responsabilitatea acesteia este foarte mare, important fiind:

- modul în care se implică prin membrii ei în îngrijirea bolnavului;
- modul în care meține legătura cu medicul;
- modul în care oferă garanții că pacientul beneficiază de cele necesare, în contextul bolii sale.

În acest context, e necesar ca familia să recunoască cât mai multe din nevoile acestei boli, ajungând uneori a-și schimba din obiceiuri, tabieturi, configurații de membri, de aceea cunoașterea și a unor metode ce permit înțelegerea în contextul dat pacientului, se pot constitui într-un început bun și de lungă durată.

Astfel, se poate porni de la biografie chiar dacă-l cunoaștem de ani de zile, uităm faptul că acum, boala aduce schimbări.

E momentul să reconsiderăm datele certe și cunoscute până acum, observând mai atent comportamentul manifestat acum al bolnavului, prin care el încearcă să-și comunice sentimentele sau nevoile provocate de situații ce aparțin lumii sale subiective. Aceste situații nu sunt fictive, ci revitalizează momentele din care s-a alcătuit cândva însăși viața sa, cu părțile ei bune și mai puțin bune.

La cele amintite anterior, pacientul dement are nevoie de stabilitate și siguranță, de aceea, elementele cuprinse în capitolele anterioare pregătesc familia în acest sens, cu precădere, atenționările făcute în cadrul stadiilor și terapiei prin mediu.

Totodată, Bălăceanu – Stolnici C. (1998) îngrijirea bolnavilor demenți reprezintă o sarcină extrem de grea, atât în familie cât și în instituțiile de specialitate. Ea implică supravegherea continuă a bolnavilor, deoarece, din cauza deteriorării lor cognitive și a tulburărilor de comportament, aceștia pot oricând să se accidenteze, să se piardă, mai ales în orașele mari, fapt minimalizat de cei fără experiență, și să provoace în jur tot felul de incidente prin acte de agresiune, incendii, inundații, etc. De asemenea, pot comite acte ilegale (civile și penale) sau pot cădea victime unor ilegalități, cum ar fi: sustrageri de bani și obiecte, de donații, de testamente, etc. Supravegherea implică și administrarea medicamentelor, a alimentelor, menținerea igienei personale și a spațiului ocupat. De aceea, îngrijirea bolnavilor cu demență necesită enorme eforturi și un adevărat spirit de sacrificiu.

Și cu toate acestea, e momentul de a adăuga și faptul că stigmatizarea persoanei în cauză îi va aduce grave prejudicii morale și de valoare, astfel încât etichetările, abuzul psihic și agresivitatea verbală, nu au ce căuta în comportamentul de îngrijire a bolnavului, indiferent unde are loc acesta (în familie,

la domiciliu, sau/și în centre cu servicii specializate), deoarece cel în cauză își are demnitatea și onoarea sa care-l fac a fi membru al unei comunități la care se raportează în timp și spațiu, fiind ființă și nu obiect.

#### **4.2. – în centre/servicii specializate**

Îngrijirea pacientului dement, Ghid de diagnostic și tratament în demențe (2007) în formele medii și grave are nevoie și de supraveghere permanentă din partea familiei sau a unui îngrijitor specializat. În fazele evolutive severe se recomandă a fi spitalizați în **instituții medicale specializate** pentru îngrijirea terminală a pacienților cu demență, pe durată nelimitată, din cauza totalei dependențe fizice și psihice, a multiplelor complicații care survin în această etapă finală a bolii.

În acest context, unitatea cu servicii specializate în care este internat pacientul dement (spital, cămin, casă, asociații, fundații, ONG-uri) prin personalul specializat (medic psihiatru, psihoterapeut, psiholog, asistent social, asistent medical) pe care-l deține trebuie să-și axeze în primul rând întreaga activitate pe cunoașterea **biografiei generației** care va cuprinde, Ianusevici, V. (2008):

**a) – indicații** asupra specificității comunicării din perioadele de maximă integritate a bătrânilor; în funcție de aceasta, va fi adaptat limbajul actual, prin folosirea aceluiași cuvinte și evitarea celor moderne, legate mai ales de domeniul electronicii;

**b) – preferințele culturale** – ca muzică, dans, teatru, film, pot servi în alcătuirea programului zilnic/săptămânal/lunar: după-amieze de dans pe muzica anilor 30-50, casete video cu filme de arhivă sau înregistrări ale unor piese de teatru în interpretări de neuitat; ca decorație interioară sunt recomandate portrete cu

fotografii ale actorilor preferați ai acelor ani, fotografii de familie sau ale locului în care au trăit în acele timpuri;

**c) – informații** privind mentalitatea ce a dominat atitudinea în relațiile sociale, diferențiată potrivit mediului de proveniență, rural sau urban; normelor de politețe ce erau folosite în mod curent;

**d) – recomandarea** ca, în temele de discuție, să fie evitate subiectele tabu ale acelor timpuri;

**e) – reactualizarea ritualurilor**, integrarea lor în structura programului zilelor, ele dând un sentiment de liniște și siguranță, printre acestea numărându-se:

- sărbătorile religioase (cu tot fastul lor);
- sărbătorile de familie (aniversări);
- ziua de naștere;
- ziua numelui (onomastica),

totul dând sentimentul că nimic nu s-a schimbat, că se desfășoară ziua ca altădată, adică normal.

Pentru a crea și a menține aceeași siguranță de care are nevoie pacientul dement atunci când este internat într-un centru, cămin sau casă ce oferă servicii specializate, e bine ca în camera ce-i va fi destinată, să existe o aranjare cât mai apropiată de cea de acasă, folosind chiar din cele avute (acolo unde se poate și este permis) mobilierul, tablourile, fotografiile, oglinda, bibelourile, știut fiind faptul că spațiile familiare îi diminuează neliniștea, iar instalarea liniștii este mai mult decât binevenită.

În același context terapia prin mediu evidențiază unele elemente sine qua non necesare acțiunii de îngrijire a pacientului dement, noi întregind acum intervenția cu câteva identități specifice serviciilor specializate și a nume:

**a) – pentru mediul social:**

- dacă locuiesc într-un cămin, casă (unități cu servicii specializate) contactul cu familia să fie cât mai frecvent posibil și favorizat de către personal, prin organizarea de festivități comune (Paște, Mărțișor, Crăciun, zile onomastice, sărbători ale anotimpurilor, etc.);

- este necesară o concepție unitară a personalului din unitatea instituționalizată, formând și lucrând în echipă, unde fiecare trebuie să aibă aceleași repre profesionale, iar calificarea angajaților să fie la nivelul de competență cerut de această muncă atât de complexă;

**b) – structura programului zlnic:**

- începerea zilei cu ritualul dimineții (sculat, spălat, mic dejun) în liniște;

- dacă există posibilitatea (spațiul)activitățile de terapii ocupaționale, să se desfășoare în sălile specializate în acest domeniu;

- să se elimine inactivitatea pacientului dement de peste zi deoarece lipsa de activate grăbește alunecarea lui spre stadiile avansate ale bolii;

**c) – mediul arhitectonic:**

- în unitățile cu servicii specializate (spital, cămin, casă) intrarea și ieșirea în/și din cladire trebuie să fie în permanență sub control;

- atunci când pacientul ocupă o cameră, aceasta trebuie aranjată pe cât se poate după modelul de acasă, respectându-i astfel identitatea sub toate aspectele;

- decorarea pereților în aceste locații cu obiecte familiale și familiare, întărește nu numai siguranța persoanei în cauză, dar au și o importanță sentimentală specială, autonomia și liniștea fiindu-le aproape;

- clădirile destinate unităților ce acordă servicii specializate, e bine să fie situate doar pe un nivel, având mai puține trepte, deoarece acestea insecurizează și sunt un real pericol pentru pacientul dement cu osatura decalcifiată, având

impresia că sunt de... sticlă, astfel încât, orice pas greșit le poate provoca traumatisme, ajungând, de ce nu și în scaunul cu roțile.

Cu toate acestea, buna practică în domeniu, surprinde modalități care în timp, au personalizat strategia aplicată în ceea ce privește îngrijirea bolnavului dement. Astfel acolo:

a) – pacientul este **în familie**, dar aceasta nu-i oferă întreaga îngrijire de care are nevoie, se pot aronda prin instituirea **clinicii de zi**, ca formă organizată de fundații, asociații, ONG-uri;

b) – unități ce oferă servicii specializate tip – **casă**- (exp. Casa bunicilor)- ca centru rezidențial pentru seniori.

Metodologic vom trece la a exemplifica cele menționate anterior, astfel:

**a) – Clinica de zi**, Bauer J. (după Ianusevici, V. 2005), reprezintă o formă instituționalizată, în care pot fi reuniți oameni ce suferă de demență, pe parcursul câtorva ore din zi, în câteva zile ale săptămânii. Este așadar, o modalitate de a petrece timpul în afara familiei, sub supravegherea unei echipe de lucru cu angajați calificați adecvat:

- |                       |                                       |
|-----------------------|---------------------------------------|
| - medici;             | - asistenți psiho-sociali;            |
| - psihologi;          | - ergoterapeuți;                      |
| - asistenți medicali; | - instructori de gimnastică medicală. |

Aceștia pot asigura o **activitate multi-modală** în plan cognitiv, motivațional, afectiv și fizic, iar practica demonstrează că există multe argumente ce recomandă această modalitate de îngrijire prin interacțiunea între grupuri (intrapersonală) și nu numai.

Organizarea unor asemenea servicii ar fi bine să pornească metodologic tot de la **terapia prin mediu** sintetizată sub forma (Ianusevici V. 2008):



- dispunerea clădirii în care își desfășoară activitatea, pe orizontală, pentru a evita pe cât se poate scările;

- în încăperi este recomandat un fond muzical în surdină, care să cuprindă melodii vechi sau înregistrări ale unor sunete naturale: cascade, ciripit de păsărele, foșnetul valurilor, etc.

- temperatura camerelor să nu depășească 22 de grade- prea ridicată induce o stare de agresivitate și disconfort termic;

- metodele folosite în activități să fie adaptate stadiului de dezorientare în care se află;

- integrarea în programe bine structurate;

- gruparea bolnavilor va ține seama de stadiul dezorientării, iar programul va fi adaptat acestuia;

- în jurul bolnavilor se va afla o echipă multidisciplinară calificată (îngrijirea medicală, asistența psiho-socială,etc. ) a cărei conlucrare are în vedere ca unic scop, acela de a le asigura „starea de bine”.

Prezența în aceste așezăminte pe parcursul câtorva ore din zi, va oferi familiei un răgaz de odihnă binevenit, calitatea relației lor cu familia se va îmbunătăți, la aceasta contribuind și consilierea oferită periodic de către specialiști.

Ca și program, bolnavii se prezintă dimineața la clinică, după ce au luat dejunul acasă, deci în familie, aici ei fiind doar în vizită, mesele de bază rămânând tot în palierul obișnuit, având doar o mică gustare, în baza programului.

Dacă în mod normal starea de bine se raportează la planurile: fizic, psihic/afectiv și social, la pacientul dement, aceasta depinde de:

- rezultatul evaluării vieții;

- conținutul amintirilor;

- atmosfera creată în jurul lor, de calitatea contactelor ce le au,

iar cei ce-i îngrijesc trebuie să mențină această normă, plecând de la:

- a le menține sau redeștepta sentimentul identității proprii, al valorii personale;

- a descoperi resurse ascunse ce țin de cele trei componente: fizic, psihic, social și a le folosi într-un program bine structurat, de stimulare a lor, și, prin ele, a independenței în acțiune;

- a delimita sentimentele pe care le mai pot recepționa și a le oferi: dragoste, protecție, respect, încredere;

- a le confirma sentimentele proprii, a le accepta ca făcând parte dintr-o lume reală pentru bolnav;

- a le da sentimentul că sunt luați în seamă, ascultați;

- a-i face să simtă grija ce li se poartă, întreținându-le prin aceasta sentimentul valorii proprii, identității și demnității, cele amintite anterior fiind câteva din obiectivele cărora li se adaugă și îngrijirea sub forma:

- tratamentului;

- hrănirii;

- igienei personale;

- rezolvarea situațiilor-problemă.

În contrapartidă cu clinica de zi:

**b) – Casa Bunicilor – Centru rezidențial pentru seniori**, reprezintă o experiență specială și inovatoare în domeniul asigurării instituționale a pacienților demenți. Filosofia sa pornește de la ideea că pacienții sunt **bunicii noștri** de care trebuie să avem grijă, asigurându-le toate condițiile pentru o bătrânețe liniștită și considerându-i pe deplin egali, făcând parte din marea familie, având ca numitor comun (ceea ce ne leagă) boala-demența.

Așa cum deja aminteam anterior, inițiatorul acestui proiect funcțional, pornește de la ideea că nevoile fundamentale ale individului (vârstnicului) sunt satisfăcute în ordinea priorităților, oferind o calitate a vieții.

Bunicii de la Centrul Rezidențial pentru Seniori „Casa Bunicilor” sunt persoane vârstnice cu demență, care sunt îngrijiți din momentul în care apar stările de regresie. Ambientul reprezintă și reproduce cu adevărat atmosfera de acasă, totul denotă acest sentiment, deoarece, la propriu, vorbim despre o casă tradițională, cu camere personalizate, amenajate într-un cadru rustic, natural, ferit de zgomote, poluare și griji.

Este momentul în care facem mențiunea că acest cadru familial facilitează socializarea tuturor vârstnicilor între ei în mod egal și plin de respect, recreându-se atmosfera liniștită de acasă. În aceeași accepțiune, vârstnicii primesc servicii socio-medicale acordate cu dragoste, grijă și respect, lucrându-se în echipă (psihiatru, psiholog, psihoterapeut, asistent medical și asistent social) iar în casă, ținând cont de toate normele și metodologiile amintite de-a lungul periplului nostru cognitiv. se recrează atmosfera **de acasă**, de adevărată **familie** prin tot ce se face aici, pornind de la îmbrățișări și terminând la zâmbete, încurajările fiind deja de domeniul obișnuinței.

În Casa Bunicilor există personal specializat care lucrează cu profesionalism, oferind servicii psiho-socio-medicale de calitate menite să crească:

- stima de sine;
- auto-valorizarea;
- gradul de confort psihic;
- autonomia;
- confortul fizic,

oferind celor în cauză un sfârșit de viață lin, păstrându-le integritatea și demnitatea umană pe tot parcursul staționării aici.

Lăudabil standardul și aprecieri pentru eforturile depuse de cei de la Casa Bunicilor, mai ales că ei pornesc de la ideea că **fiind responsabili pentru ei suntem responsabili pentru noi înșine**, îndeplinind astfel primul nostru rol pe Pământ, - acela de a avea grijă unul de celălalt.

### **4.3. – elemente paliative**

A sosit momentul în care îngrijirea bolnavului cu demență, face treimitere și la cea **paliativă**. Dacă am porni de la definiție – după OMS – **îngrijirea paliativă** în spiritul „hospice” este îngrijirea activă și totală a pacienților a căror boală nu mai răspunde la tratamentul curativ, de aceea:

- controlul durerii și al simptomelor;
- asistența psihologică;
- asistența socială;
- asistența spirituală,

sunt esențiale deoarece scopul ei este de a asigura o cât mai bună calitate a vieții atât a pacienților cât și a familiilor acestora, distingând importanța tratării sale în această situație.

**Îngrijirea paliativă** se bazează pe următoarele principii:

- 1- afirmă viața și privește moartea ca pe un proces normal, natural;
- 2- nu vindecă persoana, ci îi protejează demnitatea, accentul punându-l pe calitatea vieții;
- 3- asigură controlul durerii și al altor aspecte negative ale stadiilor terminale ale bolii incurabile;
- 4- nu grăbește și nici nu amână boala;
- 5- vizează aspectele medicale, psihologice, sociale și spirituale care țin de îngrijirea persoanei;

6- respectă dorințele și nevoile pacienților, precum și valorile acestora;

7- accentuează importanța pe care o are familia și oferă sprijin astfel încât pacienții să-și petreacă ultima parte a vieții într-un mediu demn, alături de cei dragi;

8- oferă suport pentru familiile pacienților pentru a face față bolii și perioadelor de doliu.

Cu toate acestea, privind modurile și locurile de îngrijire a persoanelor cu demență, în principiu:

**a) – în primele stadii** îngrijirea ar trebui să revină familiei (îngrijitor natural și tradițional);

**b) – în stadiile avansate**, în instituțiile rezidențiale specializate, menționând faptul că și familia trebuie sprijinită spre a face față acestei misiuni dificile, iar instituția trebuie să fie adaptată și profilată pe managementul nevoilor acestui grup, inclusiv pe îngrijirea paliativă.

Pornind de la ideea că demența este o boală nevindecabilă, fără soluții terapeutice curative, e necesar a ne îndrepta spre o soluție viabilă totuși, aceea a unei îngrijiri paliative chiar înainte de stadiile terminale, ca în faza finală, terapia să fie intensivă.

Pentru a avea reușită, e necesar ca în cazul pacientului dement sau atins de demnță să reușim să-i organizăm viața cotidiană ca o condiție a calității vieții, pornind de la (Bogdan C-tin 2006):

**1) – Sprijinirea unei rutine a desfășurării vieții cotidiene** cu repere de timp, spațiu, de activități care se opun unei desfășurări haotice ce poate adânci dezorientarea. Pentru un pacient cu demență, rutina poate deveni sinonimă cu securitatea sa; ea poate prezerva o viață normală cât mai mult timp posibil.

**2) – Simplitatea vieții** pacientului la maximum, în sensul eliminării actelor și activităților complexe cărora el nu le mai poate face față. Este o adaptare la

posibilitățile sale care sunt altele, mai reduse decât ale noastre, ale anturajului, el raportându-se la ele.

**3) – Susținerea și conservarea autonomiei pacientului** este foarte importantă, ca pacientul să-și poată păstra cât mai mult timp posibil autonomia. Aceasta evită ca pacientul să aibă un sentiment de depreciere și ușurează misiunea anturajului.

**4) – Ajutarea pacientului să-și păstreze demnitatea**, știind că el aspiră să rămână o ființă umană, cu sentimente și care dorește să fie respectată. Prin actele celor din jur demnitatea sa poate fi lezată și el să capete un sentiment de insecuritate. De aceea, este necesar să se evite a se vorbi despre boala sa, despre starea în care se află și despre viitor în prezența sa.

**5) – Să se evite conflictele** fiecare din ele fiind un stres, inutil pentru cel ce îngrijește dar și pentru pacient. Prin empatie se pot evita conflictele. Nu se vor face reproșuri pentru tulburări și comportamente care depășesc firescul pentru că pacientul nu le face intenționat.

Trebuie să se evite iritarea în fața erorilor pacientului și să se păstreze un comportament calm, enervarea celor din jur putând agrava situația. Să nu se uite că boala și nu pacientul stă la baza tulburărilor.

**6) – Securizarea** e necesară datorită tulburărilor de coordonare fizică și de memorie, pacienții prezentând un risc crescut de accidente și de rătăcire. Se vor institui măsuri de supraveghere și de amenajare a spațiului, adică a locuinței – amenajare terapeutică, locuință protejată, pentru a oferi o securitate optimă. Se îndepărtează obiectele cu risc de accidentare, se semnalează prin culori adecvate și desene diferitele componente ale locuinței.

**7) – Facilitarea comunicării** cu pacientul care pe măsura evoluției bolii poate deveni tot mai dificilă. În această situație pentru a preveni non-comunicarea putem:

- să ne asigurăm că simțurile – auzul și văzul, nu sunt tulburate;
- să controlăm și dacă este cazul să corectăm neajunsul prin ochelari și aparate auditive;
- să li se vorbească tare (fără a țipa, pacienții fiind anxioși) clar și rar, situându-ne la înălțimea ochilor săi și privindu-i, spre a ne urmări mimica și mișcarea buzelor, repetându-le atunci când este cazul, cu răbdare, întrebările și sfaturile;
- să ne manifestăm cu blândețe, dragoste și tandrețe pentru a-i câștiga încrederea și a ne face agreabili;
- să învățăm să înțelegem limbajul corporal, nonverbal al pacientului, deoarece pacienții cu limbajul perturbat încearcă să se facă înțeleși și să comunice cu noi prin mijloace nonverbale: mimică, gestică, privire, etc.
- să utilizăm și noi înșine limbajul corporal, nonverbal;
- să ne asigurăm întotdeauna la începutul comunicării că pacientul ne ascultă în mod real,

iar pentru o comunicare cu astfel de pacienți se impune anturajului de îngrijire, de supraveghere, formal și informal, o pregătire specifică în domeniul comunicării.

Un loc aparte în cadrul îngrijirii paliative, o reprezintă **protecția anturajului de îngrijire** (membrii familiei sau specialiștii) deoarece aceștia sunt supuși în timp, unui stres important fizic și emoțional, suprasolicitare, epuizare, depresie, fiind toate „ingredientele” ce fac posibilă apariția (în anumite cazuri) a sindromului de secătuire **Burn out**.

Definind **Burn out** ca, Brockhaus-Universal Lexikon-2003, boală pe care o dezvoltă oamenii din cauza unor solicitări specifice, manifestată prin sentimentul că s-au epuizat, s-au vlăguit și că se simt ca arși pe dinăuntru. Se ajunge astfel la o diminuare a stării de bine, a funcționalității sociale, a capacității de muncă și de performanță, astfel sindromul **Burn out** se instalează ca atare, fiind prezent mai

ales acolo unde lipsește informația și pregătirea sufletească, spirituală a familiei sau/și îngrijitorilor.

Sindromul își face loc acolo unde între pacientul dement și familie, sau îngrijitori, supraveghetori, se manifestă o (Ianusevici V-2008):

- sociabilitate scăzută, slab interes pentru contacte umane, deschise, tendințe spre izolare;

- capacitate empatică scăzută;

- neîncredere în sine, nesiguranță, complexe de inferioritate;

- tendințe de exagerare a dimensiunilor unei situații și de a se vedea pe sine ca victimă în contextul acesteia;

- rezistență scăzută la frustrare-situații conflictuale, stress, dificultăți de tot felul;

- labilitate emoțională;

- spirit organizatoric scăzut;

- incapacitate de a-și aprecia corect propriile resurse necesare interacțiunii cu bolnavul;

- disponibilitate exagerată de a ajuta, incapacitatea de a alterna într-o relație sănătoasă, apropieri și distanțări față de pacientul dement,

iar pentru cadrul instituționalizat putem adăuga:

- relații ierarhice rigide;

- lipsa de recunoaștere a calității muncii prestate, practică de către șefii direcți sau colegi;

- atmosferă de lucru, comunicare defectuoasă în echipa de lucru, deficite informaționale care conduc automat spre greșeli în muncă sau la situații conflictuale în sistemul de relații.

Deoarece sindromul de depresie se instalează în timp, Egidius U. (1997) distinge patru stadii materializate sub forma:



**1) – stadiul I – al entuziasmului:**

- focusare absolută asupra bolnavului;
- neglijarea propriei vieți personale într-o uitare de sine idealistă;
- nerealizat;
- supradimensionarea posibilităților proprii de competență;
- angajați;
- dăruire;
- consum energetic exagerat;
- consum energetic polarizat spre optimism;

**2) – stadiul -II – al stagnării:**

- apar primele nedumeriri;
- apar primele dezamăgiri;
- trezirea la realitatea nevoii de a-și frâna entuziasmul;

**3) – stadiul – III- al frustrării:**

- neaprecierea corectă a raportului dintre posibilități și solicitări;
- sentimente de neputință;
- sentimente de neîncredere în sine;
- teama de noi confruntări;
- confruntări resimțite ca frustrante;
- suprasolicitare;
- apar reacții psihosomatice (dureri de spate, stomac, inimă, migrene);
- relația cu bolnavul se degradează tot mai mult;
- apar ca remedii periculoase consumul exagerat de alcool, țigări, cafea, etc.

**4) – stadiul – IV- apatie:**

- dezinteres absolut față de tot;
- sentimentul devalorizării propriei persoane;

- desconsiderarea oricăror repere morale;
- desconsiderarea oricăror repere raționale;
- desconsiderarea oricăror repere afective în atitudinea față de sine sau față de alții,

evoluția sub aceste auspicii putând să conducă la instalarea unei boli cu atât mai grave, cu cât cel atins de ea nu mai are puterea să mai lupte.

Protecția față de sindromul epuizării ne va conștientiza capacitatea de echilibru între starea de bine a pacientului dement și starea de bine a noastră, limitele fiind întotdeauna cele rezonabile și înscrise în contextul dat.

**Deci** întreaga noastră incursiune medico-psiho-socială în compartimentul demență și-a propus a face cât mai veridică informația complexă, ea fiind pe înțelesul celui aflat ca aproapele suferindului.

Cele de față reprezintă doar un preambul, lăsând ca tratatele arhicunoscute sau cele care vor veni scrise în domeniu, să elucideze problemele și să răspundă la întrebări.

Iar noi? Noi vom fi aproape și alături de cel care în acest caz are nevoie de ajutorul nostru – pacientul dement.

Și, e doar... începutul!

## Bibliografie:

1. Barrer, H (1993) – *La relation psyhosociale avec les personnes agee*, Toulouse, Edition Privat
2. Bălăceanu-Stolnici, C. (1998) – *Geriatric practică*, Ed. Medicală Amaltea, București
3. Bogdan, C-tin. (coord.) (2006) – *Elemente de îngrijiri paliative*, Ed. Universitară, București
4. Bota, I. (2001) – *Mintea umană*, Institutul de Sănătate Fizică și Mentală, București
5. Brânzei, P. (1979) – *Inițiere psihiatrică*, Ed. Junimea, Iași
6. Bourdelais, P. (1993) – *L'age de la siellesse*, Edition Odielle Jacob
7. Enătescu, C-tin. (2004) – *Tratat de igienă mintală*, Ed. Polirom, Iași
8. Egidius, U. (1997) – *Ausgewahlte Betandlungsatze in der Arbeit mit alten. Menschen aus sozialpadagogischer Perspektive*
9. Foucault, M. (1961) – *Histoire de la folie a l'age calssique*, Paris, Plon
10. Feil, N. (2000) – *Validation. Ein Wegzum Valstendnis verwirrter alter Menschen*, Ernst Reinhardt Gmbh &CoKG, Munchen
11. Holdevici, I. (1996) – *Elemente de psihoterapie*, Ed. All, București
12. Ianusevici, V. (2008) – *Demența Alzheimer – ghid prin labirintul cunoașterii*, Ed. Medicală, București
13. Jaccard, R. (1994) – *Nebunia*, Ed. De Vest, Timișoara
14. Mathes, Klaus coord. (2008) – *Îngrijirea vârstnicului – modele de formare profesională*, Ed. Casa Cărții de Știință, Cluj Napoca
15. Pașca, M.D. (2008) – *Povestea terapeutică*, Ed. V&Integral, București
16. Pașca, M.D. (2012) – *Comunicarea în relația medic-pacient*, Ed. University Press, Tg. Mureș

- 17.Paşca, M.D. (2000) – *Acordarea asistenței psiho-pedagogice copilului infectat HIV*, Ed. Ardealul, Tg. Mureș
- 18.Paşca, M.D. (2002) – *Ia-mă de mână – ghid practic terapeutic*, Ed. Ardealul, Tg. Mureș
- 19.Paşca MD, Tia T (2007) – *Psihologie Pastorală*, vol I, Ed. Reîntregirea, Alba Iulia
- 20.Paşca MD, Tia T (2009) – *Psihologie Pastorală*, vol II, Ed. Reîntregirea, Alba Iulia
- 21.Popescu-Neveanu, P. (1978) – *Dicționar de psihologie*, Ed. Albatros, București
- 22.Preda, V. (2003) – *Terapii prin mediere artistică*, Ed. Ptresa Universitară Clujeană, Cluj Napoca
- 23.Ripon, A. (1992) – *Elements de gerontologie sociale*, Edition Privat, Toulouse
- 24.Șchiopu U, Verza E (1995) – *Psihologia vârstelor*, Ed. Didactică și Pedagogică, București
- 25.Tudose Fl, Tudose C (2002) – *Abordarea pacientului în psihiatrie*, Ed. Infomedica, București
- 26.Wojnar, J. (2001) – *Demenzkranke verstehen in Durmann Peter (Hrsq) Vincentz, Hannover*
- 27.Zapodeanu, M. (2005) – *Terapii familiale și asistența socială a familiei*, Ed. Lumen, Iași
- 28.Brockhaus – *Universal Lexikon (2003)* – F.A. Brockhaus, GmbH, Leipzig
- 29.*Dicționar de psihologie – Larousse- 1996-* Ed. Univers Enciclopedic, București
- 30.*Dicționar de psihiatrie – Larousse- 1998-* Ed. Univers Enciclopedic, București

31. *Ghid de diagnostic și tratament în demențe* (2007) – Societatea de Neurologie din România și Societatea Alzheimer, București
32. *Hexal-Lexikon Geriatrie* (1997) Urban & Schwarzenberg, München