

Piotr Korzekwa

Krystyna Mizerska

Adrianna Kosior-Lara

KSZTAŁTOWANIE WARUNKÓW ŚRODOWISKA PRACY OPIEKUNÓW OSÓB CHORYCH NA CHOROBE ALZHEIMERA

SHAPING OF WORKING CONDITIONS OF THE CAREGIVERS OF ALZHEIMER'S PATIENTS

Abstract. The aging of society will result in a dramatic increase of the age-related incidence and the effects of Alzheimer's disease will be acutely felt not only by the patients but also by their families, carers and the whole population.

The population of Poland is approximately 40 million. The aging process can be observed in Poland, the main reasons for that are: the declining birth rate and simultaneously the lengthening of the average human lifespan. During the discussion about medical, moral and social problems connected with the care of patients with Alzheimer's disease. Each of us sometimes forgets about something, for example, where we put the keys or if we turned off the gas or iron. One should start to worry when this happens very often, many times during the day.

To discuss the care of patients with Alzheimer's disease the following information should be taken into consideration in order to know how to prepare the working conditions and environment for the caregivers:

Wstęp.

Starzenie się społeczeństwa spowoduje drastyczny wzrost liczby zachorowań związanych z wiekiem, a skutki choroby Alzheimera odczują dotkliwie nie tylko sami chorzy, ale również ich rodziny, opiekunowie i społeczeństwo.

Z przeglądu światowych publikacji dowiadujemy się, że otępienie typu alzheimerowskiego stanowi jedną z głównych przyczyn inwalidztwa wśród osób w podeszłym wieku i zaliczane jest do czołowych problemów zdrowia publicznego w Stanach Zjednoczonych oraz krajach skandynawskich. Ocenia się, że około 5-10% osób powyżej 65 roku życia jest dotkniętych tą chorobą; bezpośrednie koszty opieki nad pojedynczym pacjentem oszacowano od 16 tysięcy do 40 tysięcy dolarów, natomiast koszty pośrednie na 175 tysięcy dolarów. Wzrost kosztów jest związany z postępem choroby.

1. Klasyfikacja organicznych zaburzeń psychicznych w/g ICD -10.

Zaburzenia funkcjonowania [1] mogą być pierwotne w chorobach, uszkodzeniach i urazach, które wpływają bezpośrednio i wybiórczo lub wtórnie – w zaburzeniach i chorobach układowych, które wpływają na mózg jako jeden z licznych narządów czy układów. Otępienie (F00-F03) jest spowodowane chorobą mózgu, zwykle przewlekłą i postępującą, w której dochodzi do licznych zaburzeń wyższych funkcji korowych takich jak pamięć, myślenie, orientacja, rozumienie, liczenie, zdolność do uczenia się, język, zdolność oceniania i dokonywania racjonalnych wyborów. Świadomość jest jasna. Upośledzeniu funkcji poznawczych zwykle towarzyszy, a czasami poprzedza osłabienie kontroli nad reakcjami emocjonalnymi, zachowaniem się w grupie społecznej czy motywacją. Taki zespół w chorobie Alzheimera, chorobach naczyniowych mózgu oraz innych stanach, które pierwotnie lub wtórnie oddziałują na mózg [1].

Rodzaje otępień:

F00* Otępienie w chorobie Alzheimera – jest pierwotnie zwyrodnieniową chorobą mózgu o nieznannej etiologii z charakterystycznymi cechami neuropatologicznymi i neurochemicznymi. Początek choroby jest zwykle trudny do ustalenia. Choroba rozwija się powoli i postępuje kilka lat.

- F00.0*** Ołępienie w chorobie Alzheimera z wczesnym początkiem – zaczynające się przed 65 r.ż., cechuje się względnie szybkim pogarszaniem się stanu zdrowia i licznymi, wyraźnie zaznaczonymi zaburzeniami wyższych funkcji korowych (choroba Alzheimera typ 2, ołępienie przedstarcze typu Alzheimera, pierwotne zwyrodnieniowe ołępienie typu Alzheimera, z początkiem w wieku przedstarczym).
- F00.1*** Ołępienie w chorobie Alzheimera z późnym początkiem –
- F00.2*** Ołępienie atypowe lub mieszane w chorobie Alzheimera.
- F00.9*** Ołępienie w chorobie Alzheimera nieokreślone.
- F01** Ołępienie naczyńiowe – Obejmuje: ołępienie miażdżycowe.
- F01.0** Ołępienie naczyńiowe z ostrym początkiem.
- F01.1** Ołępienie wielozawałowe.
- F01.2** Ołępienie naczyńiowe podkorowe.
- F01.3** Ołępienie naczyńiowe mieszane korowe i podkorowe.
- F01.8** Inne rodzaje ołępienia naczyńiowego.
- F01.9** Ołępienie naczyńiowe, nie określone.
- F02*** Ołępienie w innych chorobach klasyfikowanych gdzie indziej.
- F02.0*** Ołępienie w chorobie Picka.
- F02.1** Ołępienie w chorobie Creutzfeldta-Jakoba.
- F02.2** Ołępienie w chorobie Huntingtona.
- F02.3** Ołępienie w chorobie Parkinsona.
- F02.4** Ołępienie w chorobie nabytego upośledzenia odporności.
- F02.8** Ołępienie w innych chorobach, klasyfikowanych gdzie indziej.
- F03** Ołępienie bliżej nieokreślone.
- F04** Organiczny zespół amnestyczny nie wywołany alkoholem i innymi substancjami psychoaktywnymi.
- F05** Majaczenie nie wywołane alkoholem i innymi substancjami psychoaktywnymi.
- F05.0** Majaczenie bez ołępienia.
- F05.1** Majaczenie nałożone na ołępienie.

- F05.8 Inne typy majaczenia.**
- F05.9 Majaczenie, nie określone.**
- F06 Inne zaburzenia psychiczne spowodowane uszkodzeniem
 lub dysfunkcją mózgu i chorobą somatyczną.**
- F06.0 Halucynoza organiczna.**
- F06.1 Organiczne zaburzenia katatoniczne.**
- F06.2 Organiczne zaburzenia urojeniowe (podobne do schizofrenii).**
- F06.3 Organiczne zaburzenia nastroju (afektywne).**
- F06.4 Organiczne zaburzenia lękowe.**
- F06.5 Organiczne zaburzenia dysocjacyjne.**
- F06.6 Organiczna chwiejność afektywna.**
- F06.7 Łagodne zaburzenia procesów poznawczych.**
- F06.8 Inne określone zaburzenia psychiczne spowodowane
 uszkodzeniem i dysfunkcją mózgu lub chorobą somatyczną.**
- F06.9 Nieokreślone zaburzenia psychiczne spowodowane uszko-
 dzeniem i dysfunkcją mózgu lub chorobą somatyczną.**

2. Etapy choroby Alzheimera.

Podstawowym objawem choroby Alzheimera są zaburzenia aktywności poznawczej. W miarę postępowania choroby, tzn. w miarę pojawiania się coraz większych uszkodzeń mózgu, rozwija się proces otępienny, którego właściwa postać ujawnia się w końcowym stadium choroby [2]. W dużym uproszczeniu można powiedzieć, że choroba Alzheimera przebiega w trzech zasadniczych stadiach.

W pierwszym z nich podstawowym symptomem są specyficzne zaburzenia pamięci operacyjnej. Polegają one na trudnościach w zapamiętywaniu nowej informacji. Patologiczna nietrwałość śladu pamięciowego przyspiesza zapominanie, powoduje niemożność przypomnienia informacji [1, 2].

W drugim stadium, w miarę postępu choroby, oprócz wymienionych zaburzeń zapamiętywania pojawiają się trudności

w zakresie pamięci dawnej, tzn. w przypominaniu tego, co zdarzyło się kiedyś w życiu pacjenta i tego, czego nauczył się kiedyś w szkole [2, 3]. Jednocześnie pojawiają się zaburzenia w innych sferach aktywności poznawczej, np. w procesie spostrzegania i działania w przestrzeni bądź w zakresie mowy czy też w procesach myślenia.

W trzecim stadium choroby Alzheimera, oprócz zaburzeń wszystkich procesów poznawczych, następuje rozpad nabytych umiejętności – i jest to otępienie właściwe, mające charakter nieodwracalny.

Zaburzenia aktywności poznawczej w chorobie Alzheimera pojawiają się w sposób określany jako podstępny, zdradliwy. I zanim na podstawie różnych technik obrazowania mózgu uzyskamy potwierdzenie wstępnego rozpoznania, może upłynąć nawet kilka lat. Zależy to w dużym stopniu od potencjału intelektualnego pacjenta, a konkretnie od mechanizmów kompensacyjnych danej osoby, innymi słowy od plastyczności mózgu i radzenia sobie w trudnych sytuacjach [4, 5, 6].

Początkowo chory odczuwa, że jego aktywność poznawcza zmniejsza się, potrzebuje on więcej czasu na wykonanie swoich czynności zawodowych. Jednocześnie efekty pracy, mimo często podwojonego wysiłku, są bardzo niezadowalające. Większość pacjentów czynnych zawodowo w takiej sytuacji rezygnuje z pracy, przechodzi na wcześniejszą emeryturę, tłumacząc to np. nagłą koniecznością zajęcia się wnukami [6, 7].

Zaburzenia pamięci początkowo przejawiają się w trudnościach w przypominaniu tego, co zdarzyło się niedawno – przed minutą, godziną, dobą. Stopniowo narasta ich częstotliwość – początkowo mogą być rejestrowane raz w tygodniu, potem codziennie, a w końcu prawie nieustannie. Bardzo irytującymi dla otoczenia stają się nieustannie powtarzane przez pacjenta pytania. Dzieje się tak wtedy, gdy nie pamięta on, o co pytał, nie pamięta, że uzyskał odpowiedź, potem, że już o to pytał. Prawdopodobnie odpowiedź, którą uzyskał,

była zakłóceniem tak dużym, że pacjent zapominał, iż w ogóle pytał i o co pytał. To nasilone zapominanie wynika z patologicznej nietrwałości śladu pamięciowego. Wzmoczona podatność śladu pamięciowego na interferencje uniemożliwia trwałe zapamiętanie – a przecież to, co nie zostało utrwalone, bądź jest utrwalone w sposób niedostateczny, nie może być odzyskane w ogóle lub jest przypomniane w sposób nieprecyzyjny, częściowy [8, 9]. Wiadomo np., że reklama przerywająca film może „wymazać” to, co było przed nią; nieoczekiwana rozmowa przez telefon może spowodować, że pacjent nie wraca do czynności, którą wykonywał poprzednio. Objawem w tym okresie są zaburzenia. I tak jeden z pacjentów opowiadał, że podczas pracy przy komputerze goniec przyniósł mu korespondencję. Odłożył ją na bok, zapominając zarówno o poście, jak i o listach. Ta nietrwałość śladu i łatwa rozpraszalność uwagi powodują, że pacjent nieustannie czegoś szuka. Znajdując, chowa w znacznie bezpieczniejsze miejsce i wznowia szukanie. W efekcie może znaleźć klucze w zamrażalniku, a pantofel pod poduszką. Sytuacja staje się dramatyczna wówczas, gdy nie pamięta, że sam te przedmioty tam schował i oskarża bliskich o robienie mu przykrości. W późniejszych stadiach choroby szukanie może przybrać postać obsesji. Pacjenci chowają zwykle przedmioty najważniejsze, dokumenty, klucze, pieniądze. Warto zauważyć, że zapominanie jest jednym z procesów pamięci i w sposób naturalny ułatwia selekcję ciągle napływających informacji [10, 11, 12].

3. Organizacja środowiska pracy opiekuna.

Choroba Alzheimerera spowoduje konieczność przygotowania najbliższego otoczenia chorego – mieszkania, tak aby choremu zapewnić bezpieczeństwo. Wszystkie zmiany, jakie chcemy wprowadzić nie mogą być zbyt radykalne ani gwałtowne, gdyż mogą one powodować poczucie zagubienia u chorego, dezorientację

i przestraszyć go. Jeśli chory pozostaje sam w mieszkaniu trzeba mu ułatwić funkcjonowanie [13, 14]. Aby uczynić mieszkanie chorego bezpiecznym i przyjaznym należy:

- usunąć przeszkody na drodze chorego: usunąć chodniki i dywaniki, aby uchronić chorego od poślizgnięcia się, zabezpieczyć schody, usunąć lub przestawić bliżej ściany drobne meble, pochować drobne przedmioty, bibeloty, porcelanę itp.;
- trzymać pod kluczem ostre przedmioty, zapalki, dokumenty, klucze do mieszkania i samochodu, rachunki i leki oraz substancje chemiczne i środki czystości;
- uniemożliwić choremu dostęp do urządzeń mechanicznych, np. do kosiarki, robota, miksera, lutownicy, itp.;
- odłączyć dostęp gazu i wody, gdy chory zostaje sam w domu;
- usunąć ze wszystkich drzwi zasuwki i haczyki, aby chory nie mógł zamknąć się od środka;
- w łazience zainstalować uchwyty i, o ile to możliwe, zastąpić wannę bezpieczniejszą dla chorego i wygodniejszą dla opiekuna kabiną prysznicową;
- w wannie i pod prysznicem stosować maty przeciwpoślizgowe;
- sprawdzać termin przydatności produktów spożywczych, aby chory pod naszą nieobecność nie zjadł czegoś, co może mu zaszkodzić;
- aby ułatwić orientację chorego na drodze z pokoju do innych pomieszczeń, warto oznakować jego trasę za pomocą światła i znaków graficznych (np. na drzwiach toalety, kuchni, drzwiach wejściowych umieścić rysunki i napisy, które ułatwią choremu rozpoznanie miejsca);
- w zasięgu wzroku chorego umieścić zegar ścienny z dużą tarczą i wyraźnie zaznaczonymi cyframi oraz kalendarz, co pomoże choremu w orientacji w czasie;

- pomocne jest też stosowanie tablicy, na której pozostawimy polecenia, przypomnienia i informacje dla chorego;
- przy telefonie umieścić wykaz ważnych numerów telefonicznych.

Opiekę ułatwi planowanie zadań na każdy dzień i wykonywanie czynności według tego samego schematu i o tych samych porach. Regularny tryb życia pozwoli uniknąć nieprzewidzianych sytuacji, wzmocni poczucie bezpieczeństwa chorego, a opiekunowi pomoże w radzeniu sobie z licznymi obowiązkami. Dobre zaplanowanie i organizacja dnia pozwoli opiekunowi na wykrojenie czasu na odpoczynek.

Jeżeli chory ubiera się jeszcze samodzielnie, nie przejmuj się drobnymi niepowodzeniami. Nie denerwuj się, jeśli te czynności zabierają mu dużo czasu. Nie wyręczaj chorego, jeśli to nie jest konieczne. Gdy chory sam wychodzi z domu, warto wszyć do jego odzieży, na wypadek zagubienia się, informacje z telefonem do opiekuna [6, 18].

Należy przejrzeć jego garderobę pod kątem wygody i praktyczności, np. garnitur zastąpić dressem, koszulę – bluzą bez guzików, buty sznurowane – wsuwanymi. Włącz do tych działań chorego i przekonaj go, że to dla jego dobra i wygody.

Jeśli sytuacja tego wymaga, przygotuj choremu ubranie i ogranicz pomoc do podawania kolejnych części garderoby. Z czasem chory nie będzie potrafił samodzielnie sobie poradzić i ubranie się będzie ponad jego możliwości [15, 16].

Staraj się, aby Twój bliski wyglądał estetycznie i czysto. Zabiegi higieniczne chorego powinny być rutynową i zaplanowaną czynnością, wymagającą z czasem udziału opiekuna. Część chorych może przestać dbać o higienę, a wręcz nie chce się myć. Trzeba więc ich zachęcać i stwarzać spokojną atmosferę związaną z czynnościami higienicznymi. Należy wystrzegać się poganiania chorego i kłótni z nim. Jeśli chory korzysta z wanny, kąpiel ułatwi specjalna ławeczka. Należy pamiętać o umieszczeniu w wannie maty przeciwpoślizgowej [6, 17, 18].

Chorego leżącego można myć bezpośrednio w łóżku. Poproś pielęgniarkę środowiskową, aby nauczyła Cię tego. Należy dbać o higienę jamy ustnej, uszu, głowy i części intymnych. Mężczyźni będą potrzebowali pomocy przy goleniu.

Ważne jest, aby chory odżywiał się regularnie. W chorobie Alzheimera nie stosuje się szczególnej diety, ale chory powinien spożywać urozmaicone potrawy i pić dużo płynów. Dopóki to możliwe staraj się spożywać posiłki razem z chorym.

Choremu coraz trudniej będzie posługiwać się sztucami. Z czasem będzie jadł wszystko tylko łyżką, a potem może też jeść palcami. Pogódź się z tym, że ta czynność nie przebiega tak jak dawniej, że chory może podczas jedzenia coś wylać lub nakruszyć. Zrozum, że ważne jest, aby jak najdłużej jadł samodzielnie.

Jeśli chory mieszka sam, musisz liczyć się z tym, że zapomni zjeść, lub przeciwnie, będzie stale podjadał. Przyjmowanie posiłków wymaga więc kontroli.

Chory powinien przyjmować leki pod kontrolą. Nie można zawierać zapewnieniom chorego, że brał lek. Nawet stosowanie specjalnych pudełek na leki może być zawodne. Przechowuj leki w bezpiecznym miejscu, bez dostępu do nich chorego. Sprawdzaj termin ważności leków. Stosuj dawki przepisane przez lekarza. Chorym, którzy uparczywie odmawiają przyjęcia leku, próbuj podawać je w potrawach, łatwych do połknięcia, np. w budynie, kisielu, itp.

Ważnym elementem opieki jest wypełnienie każdego dnia zającami przeznaczonymi dla chorego.

Rozpoznanie choroby Alzheimera nie oznacza, że chory nie może już niczego robić. Utrzymanie aktywności chorego – zarówno umysłowej jak i ruchowej – jest bardzo ważne dla chorego, a także daje czas i wytchnienie opiekunowi. Nie należy chorego wyręczać w czynnościach codziennych, które może sam wykonywać, choć robi to gorzej niż przed chorobą. Zmywanie, odkurzanie, prace w ogrodzie,

podlewanie kwiatków, itp. to zadania, które samodzielnie lub pod okiem opiekuna chory może wykonywać jeszcze przez długi czas. Zajęcia takie dadzą choremu poczucie przydatności i uczestnictwa w życiu rodziny, uspokoją go i wypełnią mu czas [6, 19].

Ponadto warto zorganizować choremu zajęcia, które podtrzymają jego zdolności intelektualne i sprawią mu przyjemność. Dla przykładu może to być: układanie puzzli, malowanie lub rysowanie, słuchanie muzyki, śpiewanie, układanie pasjansów, przeglądanie i segregowanie fotografii, lepienie figur z plasteliny itp.

Chory powinien mieć stałe dostęp do swoich ulubionych drobiazgów czy np. zbiorów, kolekcji, jakie gromadził przez wiele lat. Takie „pudło skarbów” chorego można wykorzystać do odwrócenia jego uwagi, gdy uporczywie zadaje nam te same pytania lub domaga się wyjścia z domu [6].

Ważnym elementem opieki są regularne spacer. Zapewnią choremu dobre dotlenienie, ruch i wpłyną na lepsze samopoczucie. Do zajęć z chorym i spacerów warto włączać innych członków rodziny, a także znajomych i sąsiadów.

Na początku choroby, chory potrafi wyrazić swe potrzeby i myśli. Wraz z rozwojem choroby porozumiewanie się z chorym będzie coraz trudniejsze. Chory będzie także bardzo uwrażliwiony na sposób, w jaki się do niego mówi.

Aby skutecznie porozumieć się z chorym należy:

- stworzyć odpowiednie warunki do porozumiewania się tzn. wyłączyć radio, telewizor, zamknąć okno, eliminując hałas z zewnątrz;
- utrzymywać kontakt wzrokowy w czasie rozmowy z chorym;
- mówić krótkimi, prostymi, zdaniami;
- powtarzać cierpliwie polecenia, nie stawiać chorego wobec konieczności dokonywania wyborów: starać się osłuchać, a nie pytać chorego;

- starać się zrozumieć, co chory chce powiedzieć, dawać mu sygnały, że go słuchamy i rozumiemy potakując, powtarzając jego słowa, uśmiechając się;
- pomagać choremu w kontynuowaniu zdania, jeśli stracił wątek rozmowy;
- jeśli chory zadaje ciągle te same pytania, należy odwrócić jego uwagę i zająć go czymś innym;
- mówić do chorego spokojnym, optymistycznym i opanowanym tonem;
- jak najczęściej posługiwać się językiem pozawerbalnym tzn. używać gestów, mimiki, dotyk i uśmiech.

Ten rodzaj porozumiewania się z chorym będzie też skuteczny w późnym stadium choroby, kiedy nie będzie on już mówił.

Do opieki nad chorym powinno włączyć się wielu członków bliższej i dalszej rodziny. Można też prosić o pomoc znajomych, przyjaciół, sąsiadów. Wszyscy oni powinni wiedzieć o chorobie bliskiej Ci osoby. Nie krępuj się prosić ich o wsparcie. Nie izoluj się, nie zrywaj kontaktów towarzyskich.

Jedna osoba nie jest w stanie samotnie opiekować się chorym. Z czasem każdy opiekun będzie potrzebował pomocy i wsparcia.

Opiekę nad chorym należy planować z wyprzedzeniem, aby być przygotowanym na to, co przyniesie życie. Należy liczyć się z tym, że po wielu latach opieki w rodzinie chory będzie musiał trafić do domu pomocy społecznej. Czas oczekiwania na miejsce w domu pomocy społecznej w Polsce to kilka lat. Może więc warto złożyć wniosek o umieszczenie w ośrodku pomocy społecznej aby, kiedy przyjdzie na to pora, mieć zapewnione miejsce dla chorego (na takim wniosku niezbędnie wymagana jest zgoda/podpis chorego).

Początkowo wystarczy mieć pełnomocnictwo dla opiekuna, który posiadając je będzie mógł podejmować pewne decyzje w zastępstwie chorego, kierując się jego interesem.

Niekiedy konieczne będzie ubezwłasnowolnienie chorego. Sąd wyznaczy wówczas prawnego opiekuna chorego. Takie rozwiązanie jest niezbędne wtedy, gdy np. chory nie potrafi podpisać zgody na umieszczenie go w domu pomocy społecznej, czy też przy podejmowaniu ważnych decyzji finansowo-prawnych [6, 20].

Podsumowanie

Wiedząc, że choroba będzie trwała wiele lat, opiekun powinien zaplanować przyszłość chorego oraz własną. Większość chorych do końca przebywa we własnym domu, pod opieką rodziny. Ważne jest, aby opieka nie spadała na barki jednej osoby. Rozwój choroby ograniczy możliwość podejmowania przez chorego racjonalnych decyzji życiowych. Opiekun będzie musiał podejmować takie decyzje w imieniu chorego. Lepiej przygotować się na to wcześniej, kiedy to jeszcze możliwe - rozmawiać o tym z chorym, zanim straci on zdolność rozumienia i umiejętność podpisania się. Opieka stanowi dla opiekuna poważne obciążenie czasowe, fizyczne, materialne, ale przede wszystkim psychiczne, dlatego nie powinien on zaniedbywać własnych potrzeb [21]. Należy tak organizować opiekę, aby mieć czas na kontakty z innymi ludźmi, wyjazdy na wakacje, wyjście do kina, lekturę itp.

BIBLIOGRAFIA

- Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych – Rewizja dziesiąta, Tom I, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius” – Kraków 2007.
- Domagała A., Choroba Alzheimera – komunikacja z chorym. Wrocław: Conlinuo; 2008.

- Kłoszewska I., Szafraniec L., Sobów T., Wpływ zachowania osób z chorobą Alzheimera na zmiany emocjonalne u ich opiekunów. *Psychogeriatrics* 2000; 3: 25-33.
- Kuipers E., Onwumere J., Bebbington P., Poznawczy model opieki nad pacjentami z psychozą. *The British Journal of Psychiatry* 2010; 196: 259-265.
- Kerkstra A., Van Bilsen P.M.A., How Caregivers in Nursing Homes Deal with Dementia Patients. Utrecht: NIVEL; 1999.
- Kłoszewska I., Rola opiekuna chorych z otępieniem. *Polski Przegląd Neurologiczny* 2007; 3(2); 105-109.
- Schulz R., Boerner K., Shear K., Zhang S., Gitlin L.N., Predictors of complicated grief among dementia caregivers: a prospective study of bereavement. *Am J Geriatr Psychiatry* 2006; 14: 650-658.
- Mattiasson A.C., Autonomy in Nursing Home Settings. Stockholm: Gerontology Research Center; 2003.
- Winblad B., Palmer K., Kivipelto M., et al., Mild cognitive impairment-beyond controversies, towards a consensus: report of the International Working Group on Mild Cognitive Impairment. *J Intern. Med.* 2004; 256: 240-246.
- Gallagher-Thompson D., et al., Supporting Family Caregivers. [In:] *Textbook of Alzheimer Disease and Other Dementias*. Washington D.C., London: American Psychiatric Publishing Inc.; 2009: 353-367.
- Adler G., Chwalek K., Jajcevic A., Six-month course of mild cognitive impairment and affective symptoms in late-life depression. *Eur Psychiatry* 2004; 19(8): 502-505.
- Mendez M.F., Mendez M.A., Martin R., Smyth K.A., Whitehouse P.J., Complex visual disturbances in Alzheimer's disease. *Neurology* 1990; 40: 439-443.
- Meyer R., *Psychopatologia*. Gdańsk: GWP; 2008.

- Harvan J.R, Cotter V., An evaluation of dementia screening in the primary care setting. *J. Am. Acad Nurse Pract* 2006; 18: 351-360.
- Steele C., Rovner B., Chase G.A., Folstein M., Psychiatric symptoms and nursing home placement of patients with Alzheimer's disease. *Am J Psychiatry* 1990; 147: 1049-1051.
- Shin Is., Carter M., Masterman D., et al. Neuropsychiatric symptoms and quality of life in Alzheimer disease. *Am J Geriatr Psychiatry* 2005; 13: 469-474.
- Peisah C., Practical application of family and systems theory in old age psychiatry: three case reports. *Int. Psychogeriatr.* 2006; 18: 345-53.
- Gestenkorn A., Suwała M., Stan zdrowia opiekunów osób niepełnosprawnych. *Niepełnosprawność i Rehabilitacja* 2009; 9(4): 36-49.
- Tabert M.H., Manny J.J., Liu X., Peleton G.H., Rosenblum S., Jacobs M., Neuropsychological prediction of conversion to Alzheimer disease in patients with mild cognitive impairment. *Arch Gen Psychiatry* 2006; 63: 916-924.
- Rydyński Z., Choroby psychosomatyczne. [W:] *Psychiatria*. A. Bilikiewicz i W. Strzyżewski. Warszawa: PZWL; 2001.
- Witusik A., Pietras T., Lęk i depresja u opiekunów osób chorych na otępienie – badanie pilotażowe. *Psychogeriatra Pol.* 2007; 4(1): 1-6.