МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

«ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»

Факультет фізичного виховання

Кафедра фізичної терапії, ерготерапії

ІНДИВІДУАЛЬНА РОБОТА

З дисципліни : «Основи ерготерапії»

На тему : «Роль мотивації та дезадаптації в ерготерапії. Догляд за людьми з деменцією.

Виконали: Студентки 2 курсу, групи 6.2278

Пенькова М. М

Пенькова К. М

Перевірила: канд. мед. н, доц. каф. фіз. реаб.

Позмогова Н. В.

Запоріжжя – 2019 рік

План

1. Види реакції людини на інваліднвсть.
2. Мотивація, як основа відновлення функцій.
3. Поняття «людина-завдання-оточення».
4. Дефіцит навичок, дефіцит звички.
5. Оцінка когнітивних функцій.

1. Види реакції людини на інваліднвсть

Існує 5 типів реакцій на захворювання.

1. Норманозогнозія - адекватна оцінка захворювання. Думка пацієнта збігається з думкою лікаря.
2. Гіпернозогнозія - перебільшення тяжкості захворювання.
3. Гіпонозогнозія - применшення тяжкості свого захворювання.
4. Діснозогнозія - викривлене бачення захворювання або його заперечення з метою диссимуляции.
5. Анозогнозія - заперечення захворювання.

Типи реагування на захворювання

• Гармонійний: для цього типу реагування характерна твереза ​​оцінка свого стану без схильності перебільшувати його тягар і без підстав бачити все в похмурому світлі, але і без недооцінки тяжкості хвороби. Прагнення у всьому активно сприяти успіху лікування. Небажання обтяжувати інших тяготами догляду за собою. У разі несприятливого прогнозу в сенсі інвалідизації - переключення інтересів на ті сфери життя, які залишаться доступними хворому. При несприятливому прогнозі відбувається зосередження уваги, турбот, інтересів на долю близьких, своєї справи.

• Ергопатічний: характерний "відхід від хвороби в роботу". Навіть при важкості хвороби і страждання намагаються будь-що-будь роботу продовжувати. Трудяться з жорстокістю, з ще більшим завзяттям, ніж до хвороби, роботі віддають весь час, намагаються лікуватися і піддаватися дослідженню так, щоб це залишало можливість для продовження роботи.

• анозогнозіческій: характерно активне відкидання думки про хворобу, про можливі її наслідки, заперечення очевидного в прояві хвороби, приписування їх випадковим обставинам або іншим несерйозним захворювань. Відмова від обстеження і лікування, бажання обійтися своїми засобами.

У другій блок входять типи реагування на хворобу, що характеризуються наявністю психічної дезадаптації.

• Тривожний: для цього типу реагування безперервне занепокоєння і недовірливість щодо неблагополучного перебігу хвороби, можливих ускладнень, неефективності і навіть небезпеки лікування. Пошук нових способів лікування, спрага додаткової інформації про хворобу, ймовірних ускладнень, методи лікування, безперервний пошук «авторитетів». На відміну від іпохондрії більше цікавлять об'єктивні дані про хворобу (результат аналізів, висновки фахівців), ніж власні відчуття. Тому вважають за краще більше слухати висловлювання інших, ніж без кінця пред'являти свої скарги. Настрій насамперед тривожне, пригніченість - внаслідок цієї тривоги).

• Ипохондрический: характерно зосередження на суб'єктивних хворобливих та інших неприємних відчуттях. Прагнення постійно розповідати про них оточуючим. На їх основі перебільшення дійсних і вишукування неіснуючих хвороб і страждань. Перебільшення побічної дії ліків. Поєднання бажання лікуватися і невіри в успіх, вимог ретельного обстеження і боязні шкоди і хворобливості процедур).

• Неврастенічний: характерна поведінка за типом "дратівливою слабкості". Спалахи роздратування, особливо при болях, при неприємних відчуттях, при невдачах лікування, несприятливих даних обстеження. Роздратування нерідко виливається на першого-ліпшого і завершується нерідко каяттям і сльозами. Непереносимість больових відчуттів. Нетерплячість. Нездатність чекати полегшення. В подальшому - каяття за турботу і нестриманість.

• Меланхолійний: характерна пригнічений хворобою, невіра в одужання, в можливе покращення, в ефект лікування. Активні депресивні висловлювання аж до суїцидальних думок. Песимістичний погляд на все навколо, невіра в успіх лікування навіть при сприятливих об'єктивних даних.

• Ейфорійний: характерно необгрунтовано підвищений настрій, нерідко награне. Нехтування, легковажне ставлення до хвороби і лікування. Надія на те, що "саме все обійдеться". Бажання отримувати від життя все, не дивлячись на хворобу. Легкість порушення режиму, хоча ці порушення можуть несприятливо позначатися на перебігу хвороби.

• Апатичний: характерно повну байдужість до своєї долі, до результату хвороби, до результатів лікування. Пасивне підпорядкування процедурам і лікуванню при наполегливому спонуканні з боку, втрата інтересу до всього, що раніше хвилювало.

• Обессівно-фобический: характерна тривожна недовірливість насамперед стосується побоювань не реальних, а малоймовірних ускладнень хвороби, невдач лікування, а також можливих (але малообгрунтованих) невдач в житті, роботі, сімейної ситуації в зв'язку з хворобою. Уявні небезпеки хвилюють більше, ніж реальні. Захистом від тривоги стають прикмети та ритуали.

• Сензитивний: характерна надмірна заклопотаність можливим несприятливим враженням, яке може справити на оточуючих відомості про свою хворобу. Побоювання, що навколишні стануть уникати, вважати неповноцінним, зневажливо або з побоюванням ставитися, розпускати плітки або несприятливі відомості про причини і природу хвороби. Боязнь стати тягарем для близьких через хворобу і недоброзичливі відносини з їх боку в зв'язку з цим.

Паранойяльний: характерна впевненість, що хвороба - результат чийогось злого наміру. Крайня підозрілість до ліків і процедур. Прагнення приписувати можливі ускладнення лікування і побічні дії ліків недбалості або злого наміру лікарів і персоналу. Звинувачення і вимоги покарань у зв'язку з цим.

• Дисфоричного (характерно тужливо-озлоблені настрій).

1. Мотивація, як основа відновлення функцій.

Мотивація (від лат. Movere) - спонукання до дії; психофізіологічний процес, керуючий поведінкою людини, що задає його спрямованість, організацію, активність і стійкість; здатність людини діяльно задовольняти свої потреби.

Соціальна дезадаптація це часткова або повна втрата людиною здатності пристосовуватися до умов соціального середовища. Соціальна дезадаптація означає порушення взаємодії індивідуума з середовищем, що характеризується неможливістю здійснення ним в конкретних мікросоціальних умовах своєї позитивної соціальної ролі, що відповідає її можливостям.

Соціальна дезадаптація має чотири рівні, що відображають глибину дезадаптированности людини:

Нижній рівень - прихований, латентний рівень прояву ознак дезадаптації

«Половинний» рівень -починається проявлятися дезадаптивние «пертурбації». Деякі відхилення стають поворотними: то виникають, виявляють себе, то зникають, щоб знову з'явитися.

Стійко входить - відображає глибину, достатню для руйнування колишніх адаптивних зв'язків і механізмів.

Закріпилася дезадаптація - має очевидні ознаки результативності.

Кінцевою метою ерготерапії, як і реабілітації в цілому, є підвищення якості життя пацієнта

Етичний код ерготерапевтами визначає мету ерготерапії як розвиток можливостей пацієнта вести повноцінне життя у відповідності зі своїми бажаннями і потребами, а також пропорційно оточуючим вимогам. Завданнями ерготерапії є те, щоб за допомогою неї розвивати здатність хворого до активності або запобігати зниженню цієї здатності, а в необхідних випадках, компенсувати знижену активність так, щоб пацієнт відчував задоволення від діяльності в своєму повсякденному житті. Результатом проведення ерготерапевтіческіх заходів в кожному конкретному випадку є поліпшення якості життя, зниження залежності від зовнішньої допомоги і підвищення активності в повсякденному житті і включеності в суспільне життя.

Процес адаптації діяльності в ерготерапії

• Мотивація

• Звички

• Можливості виконання

• Контекст оточення

• Участь

• Виконання

• Навичка

• усвідомлення

• Адаптація діяльності

• Компетентність

Адаптація в свою чергу включає:

• Своєчасна реакція

• Пристосування до умов, що змінюються

• Пристосування предметів

• Застосування досвіду

Використання адаптації для поліпшення рухових можливостей

• Засоби для пересування: ходунки, тростини, милиці, крісла, автомобілі.

• Пристосування для прийому їжі, пристосування для ванної, обладнання для збереження енергії

• Протези (захисні, підтримуючі, що коригують), штучні кінцівки

• Ходунки, каталки, опори, милиці, палиці, столи, кронштейни, пандуси, підйомники

Підвищення усвідомлення, найбільш широко використовуваний шлях зміни, був вперше описаний З. Фрейдом, який стверджував, що основне завдання психоаналізу - це «зробити несвідоме свідомим». Сьогодні більшість психотерапевтичних методик роблять спроби підвищити рівень самосвідомості пацієнта, збільшуючи кількість доступної інформації і таким чином збільшуючи ймовірність того, що пацієнт прийме розумне рішення щодо своєї проблеми. Підвищення усвідомлення, проте, не обмежується дослідженням прихованих почуттів і думок.

Соціальна підтримка

 Цей процес включає в себе деякі шляхи, за допомогою яких зовнішні умови можуть сприяти початку і продовження спроб людини змінитися. Через те, що соціальна підтримка - це сила зовнішня, людина буде сприймати її зовсім по-різному в залежності від того, на якій стадії змін він знаходиться. Соціальна підтримка не тільки робить деякі дії можливими, але вона також підвищує самоповагу людей, які починають вірити в свої сили і можливість змінитися. Вивільнення емоцій Цей важливий інструмент використовується безліччю психотерапевтичних технік, що може допомогти людині усвідомити власні захисні механізми проти вим емоцій відбувається паралельно процесам усвідомлення, але працює на більш глибокому, чуттєвому рівні, і також, що дуже важливо, на початкових етапах зміни. Більш відоме як катарсис, вивільнення емоцій - це яскраве, часто раптове емоційне переживання, пов'язане з проблемою. Це дуже енергетично потужний процес. Вивільнення емоцій часто відбувається в результаті реальних життєвих переживань. Очевидно, що краще викликати емоції за допомогою спеціальних методів.

 зобов'язання

Якщо вже людина вирішила змінитися, він бере на себе відповідальність за ці зміни. Ця відповідальність існує у вигляді вантажу зобов'язань. Зобов'язання - це усвідомлення того, що тільки сама людина здатна говорити і діяти за себе і нести відповідальність за ці дії. Перший крок в прийнятті на себе зобов'язань - це прийняття внутрішнього рішення змінитися і сказати собі про це. Другий крок - це інформування оточуючих про прийняте рішення. Це означає, що виникає додатковий тиск на людину, для того, щоб триматися обраного шляху.

 Протидія, або зовнішнє протидія, це термін, що позначає заміщення нездорового відповіді здоровим. Наша поведінка залежить від зовнішнього середовища. Майже будь-яка здорова активність може стати ефективною технікою протидії. Існує безліч технік протидії. Секрет в тому, щоб відшукати ту, яка підходить саме цій людині. Зовнішній контроль Так само як і протидію, зовнішній контроль деятельностно орієнтований. Однак в цьому випадку людина не намагається опанувати своїми внутрішніми реакціями, замість цього, він змінює навколишнє оточення, щоб знизити ймовірність подій, що призводять до виникнення проблем. (Протидія змінює реакції індивіда на зовнішні стимули, зовнішній контроль - це регуляція самих стимулів).

Покарання і заохочення - дві сторони однієї медалі.

Можна карати за небажану поведінку або заохочувати за бажане. Однак часто покарання, замість того, щоб привести до реальних змін, призводить до тимчасового придушення проблемної поведінки. Заохочення, з іншого боку, дуже часто призводить до успішних змін в поведінці. Підвищення самооцінки - одна з найпростіших форм заохочення. Заохочення може контролюватися і іншими людьми.

Зміна себе означає власні спроби модифікувати свою поведінку. Однак важливо уникнути застарілого думки про те, що змінювати себе людина повинна самостійно. Підтримка може виходити не тільки від професіонала, але людина може домагатися її від друзів або родичів, інформуючи їх про свої почуття. У будь-якому випадку підтримують відносини повинні забезпечувати турботу, підтримку, розуміння і прийняття. Допомагати - це не просто. На жаль, багато людей не мають навіть найпростішими навичками допомоги, такими як вислуховування і рефлексія, однак саме на них і ґрунтується мотиваційна терапії.

1. Поняття «людина-завдання-оточення».

Людина-завдання-оточення (ЧЗВ) - взаємодія трьох факторів: можливостей людини, вимог з боку оточення на рівні виконуваного завдання і вимог з боку оточення на фізичному і соціальному рівнях.

Можливості - внутрішня здатність до дії, навички, звички, розумові здібності, особливості сприйняття, нейром'язові і інші функції тіла.

 Вимоги з боку завдання - дії, які робить клієнт по відношенню до об'єктів, які необхідні для виконання завдання.

Вимоги з боку оточення:

 - фізичного - простір, організація об'єктів в ньому, обладнання, висота поверхонь, освітлення, температура повітря, вологість, шум, вентиляція, вібрації, а також динамічні фактори в просторі (рухомі механізми ...)

- соціального - включає в себе людей які оточують клієнта вдома, в школі, на роботі ... їх звички, цінності, вірування, мотивації, культурні норми і звичаї, а також важливий часовий аспект, то на скільки плавно або переривчасто виконується діяльність.

Вживаючи заходів, спрямовані на оточення, ерготерапевт повинен:

 • Вивчити потребу людини в змінах умов його проживання, навчання або роботи

 • Описати можливі зміни в будинку, школі або на робочому місці

• Провести необхідну адаптацію умов проживання, навчання або роботи, незалежно чи у співпраці з іншими

Маючи справу з діяльністю, орієнтованою на пацієнта або його оточення, ерготерапевт повинен, якщо це необхідно, застосовувати і рекомендувати технічні засоби різного ступеня складності.

Невід'ємною частиною ерготерапевтіческого втручання є постійна співпраця фахівця з сім'єю і / або зацікавленими особами. Ерготерапевт навчає членів сім'ї деяким правилам догляду за дитиною (годування, умивання і т.д.), допомагає підібрати оптимальну позу для різних видів діяльності (навчання, гри, сну і т.п.), надає постійну консультативну допомогу. Члени сім'ї повинні познайомитися і погодитися з планом ерготерапевтіческого втручання, брати участь у змінах плану, підборі необхідного адаптивного обладнання, повинні правильно і безпечно користуватися ним.

Звичка - це здатність вміло виконувати вимоги і завдання. Стандарти вміння визначаються на двох рівнях внутрішньому - самими людиною, і зовнішньому - батьки, колеги, вчителі. Навички набуваються при виконанні активності під керівництвом більш досвідченого людини, який спостерігає і виправляє помилки при виконанні завдання. Дефіцит навички - недолік здатності відповідати вимогам стандартів вміння, створеним самою людиною або суспільством, для виконання конкретного завдання.

Звички - кілька навичок, об'єднаних між собою в послідовність утворюють рутину, а рутини, з'єднуючись між собою, утворюють звички. Звички це стереотипи повсякденному житті, унікальні для кожної людини, вони виробляються з часом, з метою зробити виконання активності ефективнішою. Звички складніші ніж навички, так для формування звичок потрібні хоча б мінімальні навички. Дефіцит звичок - наслідок припинення або переривання повсякденної рутини.

Звички і навички нерозривно пов'язані між собою. Для формування рутини або звички повинен існувати навик, якщо навик відсутній, не адекватний або пошкоджений, то рутини і звички розвиватися не будуть або будуть порушені.

1. Дефіцит навичок, дефіцит звички.

Звички - кілька навичок, об'єднаних між собою в послідовність утворюють рутину, а рутини, з'єднуючись між собою, утворюють звички. Звички це стереотипи повсякденному житті, унікальні для кожної людини, вони виробляються з часом, з метою зробити виконання активності ефективнішою. Звички складніші ніж навички, так для формування звичок потрібні хоча б мінімальні навички.

Дефіцит навички - недолік здатності відповідати вимогам стандартів вміння, створеним самою людиною або суспільством, для виконання конкретного завдання.

Дефіцит звичок - наслідок припинення або переривання повсякденної рутини.

Звички і навички нерозривно пов'язані між собою. Для формування рутини або звички повинен існувати навик, якщо навик відсутній, не адекватний або пошкоджений, то рутини і звички розвиватися не будуть або будуть порушені.

1. Оцінка когнітивних функцій.

Для оцінки когнітивних функцій (КФ) використовуються нейропсихологічні методи дослідження. Тести, що використовуються в клінічній нейропсихології, в більшості випадків описують один або більше аспектів когнітивних доменів, що представляють собою теоретичні конструкти, в які залучені відразу кілька когнітивних процесів. Нейропсихологічні тести вимірюють КФ незалежно від медичного діагнозу суб'єкта тестування. Це дозволяє визначати навіть незначні зміни КФ, в тому числі в клінічних дослідженнях, що має принципове значення при вивченні ефективності і безпеки тієї чи іншої терапії. У статті розглядаються особливості застосування інструментів нейропсихологического і скринінгового тестування когнітивних функцій в окремих доменах на підставі закордонного досвіду. Обговорюються критерії відбору та застосування окремих інструментів, їх особливості та вибір критеріїв оцінки результатів тестування в клінічних дослідженнях при порушенні КФ при різних патологічних станах, що супроводжуються когнітивними порушеннями. При плануванні клінічних досліджень також необхідно враховувати, що розлади тривожно-депресивного спектру є поширеною причиною суб'єктивної забудькуватості, що вимагає проведення диференціальної діагностики та відображення в протоколах клінічних досліджень. Вітається використання подшкал і компонентів різних інструментів в комбінаціях, виходячи з поставлених цілей проведеного клінічного дослідження, при цьому використовуються інструменти нейропсихологічного дослідження і оцінки когнітивних функцій повинні бути валідацію з урахуванням специфіки і чутливості методу з використанням методів статистичного аналізу до конкретних цілей і завдань. Такий багатосторонній підхід до вивчення когнітивних порушень дозволить значимо підвищити рівень проведених клінічних досліджень і в подальшому вивести на ринок ефективні і безпечні лікарські засоби для лікування пацієнтів з когнітивними порушеннями.

Деменція - важке захворювання, що вражає людей переважно похилого віку. Це не стільки проблема самого пацієнта, який практично не усвідомлює, що з ним відбувається, скільки його близьких. Виникає необхідність у постійному догляді та нагляді. Родичам хворого доводиться мати справу не тільки з медичними, а й з економічними, соціальними та психологічними труднощами. Як розпізнати початок деменції, чи можна її вилікувати і як профілактувати?  
Що ж являє собою деменція? У перекладі з латинської мови це слово означає «слабоумство». Захворювання характеризується важким розладом вищої нервової діяльності, причиною якого є органічне ураження головного мозку. Проявляється воно в різкому зниженні розумових здібностей, у втраті наявних знань, практичних навичок і в неможливості засвоювання нових.  
Основні ознаки деменції - незалежно від типу деменції, її симптоми і ознаки схожі. Перші ознаки деменції, на які повинні звернути увагу родичі і сам хворий: порушення пам'яті (в першу чергу короткочасної). Людина не може згадати недавні події, відчуває труднощі із запам'ятовуванням нової інформації. Порушується орієнтація в просторі і часі. Наприклад, хворий може заблукати у власному районі. Втрачається бажання дізнаватися щось нове, оскільки мозок стає нездатним обробляти і засвоювати нову інформацію. Знижується критичність власного сприйняття. Надалі відзначається посилення проявів цих ознак і поява нових, ще більш руйнівних. При підозрі на деменцію необхідно звернутися до спеціаліста - психіатра. Для постановки діагнозу «деменція» на початковій стадії лікар зазвичай проводить цілий ряд досліджень і опитувань. При цьому опитують не тільки хворого, але і його близьких родичів. Обов'язково уточнюють характер початкової стадії захворювання і призначають комплексне обстеження для визначення вогнищевих неврологічних симптомів деменції. Остаточна постановка діагнозу можлива тільки в тому випадку, якщо порушення спостерігаються не менше 6-ти місяців. При своєчасному зверненні до лікаря є можливість скорегувати перебіг захворювання, відтермінувавши наступ його важкої стадії.  
Причини деменції. Причинами виникнення деменції є ураження центральної нервової системи, що викликаються захворюваннями, здатними привести до дегенерації і загибелі клітин головного мозку. При хворобі Альцгеймера, Піка, деменції з тільцями Леві руйнування кори головного мозку є самостійним механізмом захворювання. Однак існують хвороби, на тлі яких деменція є ускладненням: атеросклероз судин головного мозку; інсульт; гіпертонія; алкоголізм; пухлини головного мозку; черепно-мозкові травми; інфекції (СНІД, вірусний енцефаліт, менінгіт). Крім того, причинами деменції в старечому віці можуть бути ускладнення при проведенні гемодіалізу, наявність важкої печінкової або ниркової недостатності, ендокринні патології і важкі аутоімунні захворювання, такі як розсіяний склероз або системний червоний вовчак. Для розвитку деменції додатковими факторами ризику можуть бути: наявність родичів, які страждають цим захворюванням, особливо в разі розвитку у них патології у віці до 65-ти років; цукровий діабет; ожиріння; відсутність активної інтелектуальної діяльності протягом життя.  
Оскільки деменція поступово прогресує, розрізняють три її стадії, або ступені вираженості захворювання:  
- Перша характеризується легким ступенем прояву симптомів, незважаючи на значні порушення інтелектуальної сфери. У хворого зберігається критичне ставлення до свого стану, він усвідомлює необхідність лікування. Такі хворі здатні обслуговувати себе самі, оскільки їм доступні звичні види побутової діяльності, такі як приготування їжі, прибирання, особиста гігієна.  
- Друга. При розвитку захворювання до помірного ступеня у хворого починають виявлятися більш грубі порушення інтелекту і спостерігається зниження критичного сприйняття свого захворювання. Виникають труднощі з користуванням побутовою технікою, телефоном, людина забуває закривати двері, вимикати електрику і газ. Хворі потребують постійного нагляду, оскільки здатні заподіяти шкоду собі і оточуючим.  
- Третя. Важка деменція призводить до повного розпаду особистості. Хворі на останній стадії не здатні самостійно приймати їжу, дотримуватися правил гігієни, перестають впізнавати рідних і близьких. Нерідко у них згасає здатність до мислення і мовного спілкування. Хворий поринає в повну апатію, не відчуває почуття голоду і спраги. Поступово розвиваються рухові розлади, людина стає нездатною ходити і пережовувати їжу. За такими хворими необхідно повсякчасне спостереження і догляд.

**Батарея тестів для оцінки лобної дисфункції**

Деменція може бути пов'язана з ураженням різних зон головного мозку. При цьому залученість тієї чи іншої ділянки буде впливати на характер симптомів. Тому фахівці створюють різні методики, кожна з яких більш чутлива до певного захворювання або його стадії. Як видно з назви, батарея тестів для оцінки лобної дисфункції використовується для скринінгу деменций з переважним [ураженням лобових часток](http://memini.ru/encyclopaedia/63) або підкіркових церебральних структур. У цих ситуаціях чутливість найбільш поширеного тесту для оцінки когнітивних функцій - MMSE - може бути недостатньою.

1. Категоризація (узагальнення).

Питання пацієнту: *Що спільного між бананом і апельсином?*

Якщо хворий не може ( *Нічого спільного* , *У обох шкірка* ...), йому підказують правильну відповідь ( *Це фрукти* ), але бал не нараховують.

І запитали:

*Що спільного між столом і стільцем?*

*Що спільного між тюльпаном, трояндою і конвалією?*

Кожне категоріальне узагальнення (фрукти, меблі, квіти) оцінюється в 1 бал. Будь-який інший відповідь вважається неправильною. Правильний варіант відповіді підказують тільки в першому питанні.

Оцінка: Максимальний бал - 3, мінімальний - 0.

Мовна активність (гнучкість мислення).

Інструкція пацієнту: *Протягом однієї хвилини назвіть якомога більше слів на букву С . Власні імена не зараховуються.*

Якщо пацієнт не дає відповіді в перші 5 секунд, він отримує підказку: *Наприклад, собака* .

Якщо мовчання триває довше 10 секунд, лікар повторює інструкцію: *Будь-яке слово, яке починається на букву «С».*

Оцінка: Більше 9 слів за хвилину - 3 бали, від 6 до 9 слів - 2 бали, від 3 до 5 слів - 1 бал, менше 3 слів - 0 балів.

3. Динамічний праксис.

Інструкція пацієнту: *Подивіться уважно, що я буду робити.*

Після цього лікаря, що сидить навпроти пацієнта, тричі виконує лівою рукою серію з трьох рухів: кулак (ставиться горизонтально, паралельно поверхні стола) - ребро (кисть ставиться вертикально на медіальний край) - долоню (кисті ставиться горизонтально долонею вгору).

Після демонстрації перших трьох серій пацієнт отримує інструкцію: *Тепер правою рукою повторюйте разом зі мною.*

Лікар і пацієнт разом виконують три серії. Далі слід інструкція: *А тепер виконуйте серії самостійно.*

Як при заучуванні рухів, так і в подальшому неприпустимі вербальні підказки (наприклад, не можна давати мовну інструкцію «кулак-ребро-долоню» або говорити «так - так - і так»).

Оцінка: Пацієнт правильно виконав шість серій поспіль самостійно - 3 бали, правильно виконані три серії поспіль самостійно - 2 бали, пацієнт не може виконати серії самостійно, однак виконує їх правильно разом з лікарем - 1 бал, пацієнт не в змозі виконати поспіль три серії навіть разом з лікарем - 0 балів.

4. Проста реакція вибору.

Пацієнт отримує інструкцію: *Ми будемо вистукувати ритм. Якщо я вдарю один раз, Ви повинні вдарити два рази поспіль.*

Щоб переконатися, що пацієнт правильно зрозумів інструкцію, лікар виконує серію з трьох одиночних ударів

*Якщо я вдарю два рази поспіль, Ви повинні вдарити тільки один раз* .

Щоб переконатися, що пацієнт правильно зрозумів інструкцію, лікар виконує серію з трьох здвоєних ударів.

Потім вистукувати наступний ритм: 1-1-2-1-2-2-2-1-1-2.

Оцінка результату: правильне виконання - 3 бали, не більше 2 помилок - 2 бали, більше 2 помилок - 1 бал, повне копіювання ритму лікаря 4 рази поспіль і більше - 0 балів.

5. Ускладнена реакція вибору.

Інструкція пацієнту: *Тепер, якщо я вдарю один раз, Ви повинні вдарити тільки один раз.*

Щоб переконатися, що пацієнт правильно зрозумів інструкцію, лікар виконує серію з трьох одиночних ударів

*Якщо я вдарю два рази поспіль, Ви нічого не повинні робити* .

Щоб переконатися, що пацієнт правильно зрозумів інструкцію, лікар виконує серію з трьох здвоєних ударів.

Потім вистукувати той же ритм: 1-1-2-1-2-2-2-1-1-2.

Оцінка результату аналогічна п.4.

6. Дослідження хапальний рефлексів.

Лікар сідає перед пацієнтом. Руки пацієнта лежать на колінах долонями вгору. Нічого не кажучи і не дивлячись на пацієнта, лікар підносить свої руки і стосується обох долонь.

Оцінка: Відсутність хапального рефлексу - 3 бали. Пацієнт коливається і питає, що він повинен зробити - 2 бали. Пацієнт вистачає руку лікаря - йому дається інструкція не робити цього і хапальний рефлекс перевіряється повторно. Якщо при повторному дослідженні рефлекс відсутній, ставиться 1 бал, в іншому випадку - 0 балів.

інтерпретація результату

Граничний інтервал для розмежування деменций лобного і типу Альцгеймера - 12 балів. Результат нижче 12 балів з високою ймовірністю свідчить про деменції лобної типу.