

Demencija

u obliku

Alzheimer-tip

Informacije za pogođene i pripadnike

Godine 1906. njemački je psihijatar Alois Alzheimer po prvi puta opisao jednu „jedinstvenu bolest moždane kore“ s kojom idu uskoro određene neuropatološke, degenerativne promjene u mozgu s kliničkim simptomima jedne demencije. Iako mi danas puno više znamo o neurobiološkim procesima i s time povezanim tokom bolesti nego tada, uzroci međutim još uvijek nisu dovoljno pojašnjeni.

Demencija po Alzheimer-tipu (DAT) je najčešći oblik demencije i diagnosticira ga se kod dvije trećine svih pacijenata s demencijom, iako u međuvremenu ima puno pokazatelja da se kod većine oboljenja radi o miješanom obliku (DAT i vaskularna demencija).

Neurobiološke promjene

Kod Alzheimer-bolesti dolazi do polakog, progresivnog odumiranja živčanih ćelija, prije svega u onim dijelovima mozga koji su važni za sposobnost pamćenja i sjećanja, razmišljanja, govora i orijetiranja. Danas je zcijelo sigurno da su dvije bjelančevinske tvari, beta-Amyloid i Tau (!), odgovorne za to odumiranje. Te bjelančevinske tvari nastaju uslijed krivog sprovođenja procesa razgrađivanja u mozgu i tamo se talože u obliku tzv. plake i neurofibrilnih snopova i dovode na kraju kraja do propadanja pogođenih živčanih ćelija i poveza živčanih ćelija.

U toku bolesti volumen mozga se smanjuje i do 20 posto, brazde i vijuge na velikoj moždanoj kori se produbljuju i dolazi do znatnog proširenja mozgovnih

komora ispunjenih tekućinom, takozvanih ventrikula. Postupci slikovitim snimanjima kao što je kompjutorska ili magnet-sko-rezonancka tomografija mogu takve promjene u srednjem i uznapredovanom stadiju bolesti pokazati vidljivima.

Uznapredovano propadanje ćelija vodi do jednog čitavog niza neurobioloških procesa; između ostaloga vrlo rano dolazi kod DAT do pomanjkanja acetilkolina u mozgu, to je jedna biokemijska sporovodna tvar odnosno neurospovodna tvar, koja je potrebna za mnoge kognitivne sposobnosti i koja u postupku učenja igra jednu važnu ulogu. Ti procesi

povlače u toku oboljenja sve veće odsjeke mozga u supatnju i time do uznapredujuće razgradnje duhovne učinkovitosti u najrazličitijim funkcionalnim područjima.

Tok bolesti

Danas se zna da neurodegenerativni proces Alzheimer-bolesti započinje mnogo godina ako ne i desetke godina prije samog pojavljivanja prvih simptoma. On protiče daklo dugo vremena nezapaženo, prve upadljivosti, u pravilu diskretne smetnje zapažanja, na početku se samo ušuljavaju i stoga ih se često krivo interpretira kao „normalna starosna zaboravljivost“.

Kod demencije Alzheimer-tipa razlikujemo tri stepenice odnosno stupnja težine oboljenja: laka, srednje jačine i teška demencija.

Predstadij

Prije DAT-a prvo dolazi višegodišnja faza koju se označava kao "laka kognitivna smetnja" (= Mild Cognitive Impairment, MCI). Ona je obilježena kao podsvijesni neuropsihološki deficit, koji je zapažljiv samo kod detaljne i diferencirane pretrage a u svakidašnjici je gotovo neupadljiv. On pogađa prije svega poteškoće kod pohranjivanja ili pozivanja novih informacija kao npr. kod zapamćivanja imena, sjećanja telefonskih brojeva ili zaprimanja vijesti i novinskih članaka. Krnjenje zapažanja, raspoloženja, prostorne obrade informacija i planskog poduzimanja kod složenih zadataka mogu ali ne moraju postojati. Prijelaz u stadij lake demencije je tekuć.

Dijagnoza jedne MCI ne znači da će se kasnije razviti Alzheimer-demencija; vjerojatnoća iznosi oko 50 posto nakon 5 godina. Jedna individualna prognoza za daljnji tok je danas još nemoguća.

Stadij lake demencije

Početni stadij oboljenja označen je time što su pogođene osobe doduše u životnom zanimanju, kod socijalnih aktivnosti i kod izvođenja složenih zadataka okrnjeni, ali svoju svakidašnjicu mogu još uglavnom samostalno svladati. Na prvom mjestu stoje povećane teškoće kod učenja ili sjećanja na nove informacije: pogođene osobe se npr sjećaju još samo djelomice na nedavne događaje, pada im sve teže sjetiti se dužih razgovora, jer brzo izgube „crvenu nit“ ili neprekidno traže određene stvari budući da više ne znaju gdje su ih ostavili.

Ali stari sadržaji iz sjećanja su pak neokrnjeni. Kognitivni deficiti se sada u svakidašnjici primjećuju kod zadataka koji iziskuju planirano i organizirano razmišljanje kao npr. posluživanja kompliciranih uređaja ili kod vođenja konta.

Dodatno k tome nastaju smetnje pri govoru (smetnje pri nalaženju riječi, mucanje, ograničeno blago riječi) kao i vremensko i prostorno orijentiranje.

U ovom stadiju dolazi vrlo često do lakih, koji puta i teških depresivnih faza, koje bi se trebalo shvatiti kao emocionalne reakcije na sve više ograničenja duhovne učinkovitosti i stime povezanih negativnih iskustava.

Stadij srednje teške demencije

U tom stadiju su kognitivne okrnjenosti tako teške da jedno samostalno vođenje života više nije moguće. Pogođene osobe trebaju sve više pomoć čak i kod jednostavnih, svakidašnjih radnji kao npr. kod pripremanja jela, kod izbora odgovarajuće odjeće ili kod tjelesne njege.

Smetnje sjećanja i govorni problemi ali i smetnje kod logičnog razmišljanja, planiranja i radnji su sve češći. Sada je i staro sjećanje pogođeno, sjećanje na vlastitu biografiju je sve više rupičasto. Pogođene osobe imaju i u poznatoj okolini sve više poteškoća kod orijentiranja i gube sve više osjećaj za vrijeme. Dodatno nastupaju u toj fazi psihički simptomi kao npr. strahovi, sulude bojazni, halucinacije (često izazvane uslijed neprepoznavanja optičkih ili akustičnih podražaja okoline), jaki nemir ili agresivni načini ponašanja koji mogu biti za same pogođene osobe ali i za njihove pripadnike izrazito opterećenje.

K tome dolazi još ometan dan-noć-ritam kao i nemogućnost držanja mokraćne, jer pogođena osoba ne može potražiti pravovremeno zahod i sve manje može kontrolirati ispražnjavanje mokraćnog mjehura.

Stadij teške demencije

U zadnjem stadiju pogođene osobe trebaju sve više pomoć u svim radnjama svakidašnjeg života; one su potpuno ovisne o jednoj opširnoj njezi i zbrinjavanju. Nastaje visoki stupanj duhovne razgradnje, od kojeg su pogođene sve kognitivne funkcije; i prijašnja sjećanja se više ne mogu prizvati, blisku rodbinu se više ne prepoznaje. Govor gubi svoju funkciju kao sredstvo

komuniciranja; verbalne izreke se ograničavaju na vrlo malo riječi, uglavnom jednostavnih riječi ili se iste sasvim izgube, tako da ni osnovne potrebe se više ne mogu izustiti.

U toj fazi stoje prije svega neurološki i problemi njege na prvom mjestu. Nemogućnost držanja mokraće i stolice te smetnje kod žvakanja i gutanja su česte. Podlijeganje infekciji, upalama, epileptičkim napadima i drugim bolestima raste. Kontrola držanja tijela, npr. kod hodanja ili jedenja sve je teža; mnoge pogođene osobe trebaju stoga kolica ili su vezane uz krevet.

Najčešći uzroci smrti su upala pluća, srčani infarkt ili zatrovanje krvi, to sve najviše kao posljedica jako oslabljenog općeg stanja odnosno postojeće vezanosti za krevet. Alzheimer-bolest sama po sebi ne dovodi do smrti.

Ovdje opisani stadiji za DAT opisuju jedan opći, tipičan tok bolesti i mogu se u pojedinom slučaju jasno razlikovati jedni od drugih.

DAT vodi ka jednom srkaćenom očekivanju od života. Nakon nastupanja prvih znakova bolesti prosječno trajanje bolesti iznosi osam do deset godina; ona međutim može ovisno od faktora kao od bolesne starosti, tjelesnog stanja, sprovedenog liječenja i individualnih uvjeta života trajati znatno kraće ili duže.

Uzroci i faktori rizika

Uzroci za Alzheimer-bolest kao i za iza toga nastupajuću demenciju do danas nisu točno razjasnjeni. Kao i sve bolesti demencije tako je i DAT kompleksa, tako da se ne može polaziti od jednostavne povezanosti uzroka i djelovanja nego vjerojatno više faktora zajedno igraju tu ulogu.

Najvažniji rizikofaktor je **starosna dob**. DAT nastupa prije 65. godine života rijetko. Iza toga se onda bolest pojavljuje sve više uz napredovanje starosne dobi. Dok je kod starosne dobi od 65 godina pogođeno

manje od 1 posto osoba o DAT, taj udio raste kod 95godišnjaka na gotovo 50 posto.

Žene i muškarci imaju podjednak visoki riziko oboljenja; ali budući da žene prosječno dožive veću starost i dostignu proporcijonalno visoku starosnu dob to ukupno oboli više žena nego muškaraca.

Genetski faktori igraju također određenu ulogu. Koji geni u pojedinosti su pogođeni i koji utjecaj oni na nastajanje i tok bolesti stvarno imaju, do sada još nije razjašnjeno. U sasvim rijetkim slučajevima se Alzheimerova bolest naslijeđuje po za sada dobro ispitanoj mutaciji gena. Kod od toga pogođenih obitelji počinje taj presenilan (u visokoj starosti) oblik od DAT u pravilo između 35. i 60. godine starosti i pokazuje brži tok nego kod čestog senilnog oblika.

Kao medizinski rizikofaktori jesu prijašnja oštećenja mozga (npr. trauma mozga i lubanje), različita tjelesna oboljenja (npr. preniska funkcija štitne žlijezde), psihičke smetnje (npr. depresije ili zloraba raznih substanci kao i svi faktori koji okrnjuju cirkulaciju mozga (visoki tlak, dijabetes, visoka tjelesna težina, smetnje rastvaranja masnih tvari, premalo kretanja i pušenje).

Diskutira se i o utjecaju raznih socijalnih faktora kao npr. niski nivo izobrazbe, mala kvalifikacija u zanimanju ili vječita manjkavost interesa i kontakta. Svi ti rizikofaktori povećavaju doduše vjerojatnošću da se oboli od DAT, ali za sada je još sasvim nejasno da li oni imaju uzročno značenje ili ne.

Terapijske mogućnosti

Alzheimerova bolest protiče kronično i napreduje. Na temelju sadašnjeg stanja znanosti ne postoji nikakvo liječenje koje bi moglo spriječiti, zaustaviti ili izliječiti od te bolesti. Ali opet danas postoje različite i učinkovite terapije za svaki stadij bolesti na raspolaganju, koje mogu odlučujuće pridonijeti da se samostalnost pogođenih osoba produži i kvalitet njihovog života poboljša.

- **Medikamentna terapija:** Medikamenti koji danas stoje na raspolaganju, takozvani antide-mentiva, poboljšavaju prenošenje signala između živčanih ćelija. Oni mogu u mnogim slučajevima napredovanje bolesti usporiti i simptomatiku ublažiti. Česti pojavljujući simptomi kao npr. depresije, strahovi, nemir, smetnje kod jedenja i spavanja također se mogu s odgovarajućim lijekovima (npr. antidepresiva ili neuroleptika) uspješno liječiti.
- **Nemedikamentna terapije** igraju ulogu kod liječenja od DAT jednu bitnu ulogu. Postoji niz različitih terapijskih naputaka koji se mogu već prema simptomatici i stupnju oboljenja primijeniti.

Psihoterapija, profesionalne podupirajuće i sa mopomagajuće grupe, trening za sjećanje i kognitivno aktiviranje, terapija okoline, umjetna terapija, ergo-ili fizikalna terapija pomažu da se bolest i njezine posljedice bolje svladavaju te sa mostalnost u svakidašnjici održi te osjećaj sa movrijednosti stabilizira i ojača.

I povrh toga, jedna okolina i njegovanje odmjerenosti za demenciju i po mjeri individualnih sposobnosti imaju nemali utjecaj na raspoloženje i osjećaj ugodnosti i učinkovitosti pogođenih osoba.

Mag.a Isabel Flamme
Klinička i psihologinja za zdravlje