

# Kognitivna terapija pri bolnikih z Alzheimerjevo boleznijo

## Cognitive therapy of Alzheimer's disease

Milan Orešnik

**Povzetek:** Alzheimerjeva bolezen je najpogostejši vzrok za upad kognitivnih funkcij pri starostnikih, zaradi česar postaja v družbah z visoko pričakovano življenjsko dobo vedno hujši tako socialni kot ekonomski problem. Poleg zgodnjega odkrivanja te bolezni in ustreznega farmakološkega zdravljenja bolnikov z Alzheimerjevo boleznijo pa postaja vedno bolj pomembna celostna obravnava bolnika z AB, ki poleg zdravlil vključuje še nefarmakološke prijeme in zavedanje, da bolezen poleg posameznika prizadene tudi ljudi, ki zanj skrbijo. Kognitivna terapija je ena od možnosti, s katero lahko pri starostniku z AB vplivamo na potek bolezni in na kvaliteto njihovega življenja.

**Gljučne besede:** Alzheimerjeva bolezen (AB), kognitivna terapija

**Abstract:** Alzheimer's disease is the most common cause for the decline of cognitive functions in elderly people, which results in increasing social and economic problems, especially in societies with very long life expectancy. Apart from early diagnosis of the illness and suitable pharmacological treatment, a wider approach to the treatment of patient with AD is gaining ground, which, besides medications, applies also non-pharmacological treatment and promotes the awareness that AD does not affect only the patients but also their care-givers. Cognitive therapy is a way to influence the development of AD in the elderly and improve their quality of life.

**Key words:** Alzheimer's disease (AD), cognitive therapy

## 1 Uvod

Čeprav je demenca sindrom, ki ga povzročajo bolezni organskega izvora in lahko prizadene ljudi v vseh starostnih obdobjih, je primarno bolezen starostnikov (1, 2).

Glavni problem starosti in s tem obdobjem povezanih bolezni pa se suče okrog mehanističnega pojmovanja sveta in človeka v njem. Človek je stroj in se »izrablja kot stroj«. Zato je potrebno občasno zamenjati ali popraviti izrabljene dele. Vizija bolezni kot procesa izrabljanja naleti na plodna tla, ko razmišljamo o tem, da se vsakdo stara, slabi in končno umre. Vendar se človek ne strinja s staranjem, saj s pomočjo sodobne tehnologije ustvarja farmakološka in tehnološka sredstva, ki učinkovito pomagajo zavreti proces izrabe, oz. ki omogočajo, da proces obnavljanja prevlada nad procesom izrabe. Proces se ponavlja do pozne starosti, ko se soočimo z boleznimi, ki jih ni mogoče pozdraviti. Posledica je, da človek degradira v svoji človeškosti.

Ena izmed takšnih bolezni je Alzheimerjeva oblika demence, ki je hkrati tudi najpogostejša oblika demence, saj predstavlja kar 80 % vseh demenc (1, 3). Vodilni simptom AB je izguba kratkoročnega spomina, z napredovanjem bolezni pa pride do izgube oz. upada tudi drugih kognitivnih funkcij kot so govor in socialne veščine. Ker je bolezen progresivna, se degradacija osebnosti, ki je posledica degenerativnih procesov v možganih, nadaljuje in v končni obliki privede do popolne nezmožnosti bolnika, da skrbi zase. Takšen bolnik predstavlja hudo socialno in ekonomsko breme za družbo in hkrati za svoje, ki zanj

skrbijo (3, 4, 5,6). Dolge čakalne dobe za sprejem v specializirane ustanove in pomanjkanje mest za te bolnike pa še dodatno povečuje breme, ki ga ta bolezen prinaša (7).

## 2 Alzheimerjeva bolezen

Alzheimerjeva oblika demence je bolezen za katero poznamo farmakološka sredstva, ki zaustavijo progresivno napredovanje bolezni za določen čas, ne odpravijo pa vzroka bolezni. Bolnik sicer lahko dolgo časa relativno dobro funkcionira, saj sredstva, ki so na voljo, upočasnijo propad funkcij (1,8,9). Zdravila, ki jih uporabljamo za zdravljenje AB so inhibitorji acetilholinesteraze. V to skupino sodijo: rivastigmin, donepezil, galantamin ter antagonist N-metil-d-aspartat (NMDA) glutamatnih receptorjev kamor prištevamo memantin. (1,8,9). Kljub farmakološkem zdravljenju pa bolezen oz. njeni simptomi vztrajno, včasih hitreje včasih počasneje napredujejo. Slabšanje bolezni je neizogibno. Trajanje Alzheimerjeve bolezni od prvih simptomov do smrti je približno 12 let (razpon od 2-20 let) (10,11). Napredovanje AB klinično delimo v tri stopnje in sicer govorimo o blagi, zmerni in hudi demenci.

Čeprav Alzheimerjeva bolezen nenehno napreduje, raziskave dokazujejo, da lahko z nefarmakološkimi ukrepi za nekaj časa izboljšamo sposobnost funkcioniranja bolnika in vplivamo na njihovo kvaliteto življenja (12,13,14). Do sedaj opravljene raziskave dokazujejo, da lahko z redno miselno aktivnostjo kot tudi z vzpodbujanjem in ponovnim učenjem veščin bolnikom z AB upočasnimo kognitivni upad

in s tem izboljšamo kvaliteto njihovega življenja (8,15). Pomembno je, da bolnikom z AB čim prej zagotovimo stimulativno okolje, v katerem lahko komunicirajo in v katerem imajo na voljo dovolj dražljajev, saj se AB v največji meri kaže skozi kognitivni primanjkljaj, ki posledično prizadene oz. omejuje predvsem bolnikove funkcionalne in socialne zmožnosti (16,17,18).

### 3 Nefarmakološki pristop k bolnikom z Alzheimerjevo boleznijo

Pri Alzheimerjevi bolezni je, tako kot pri vseh kroničnih degenerativnih boleznih, velikega pomena, da bolezen odkrijemo v čim bolj zgodnjem stadiju (8,14). Dejstvo pa je, da četudi bi zadovoljivo rešili problem zgodnjega odkrivanja AB, farmakološka sredstva sama po sebi ne zmorejo zaustaviti napredovanja bolezni pri vseh bolnikih (1,8).

Kognitivna terapija na osnovi vaj za ohranjanje spomina, pozornosti in socialne inteligence združena z umetniško terapijo – ročnega ustvarjanja izdelkov, slikanja ipd., ustvarja stimulativno okolje, ki ga bolniki potrebujejo. S tem daje nefarmakološka kognitivna podpora terapija bolnikom z AB možnost vsaj delnega učenja novih sposobnosti, pomnjenja, priklica informacij in drugih veščin ter tako predstavlja pomemben del zdravljenja (13,14,19,20). Učinek terapije je v zgodnjih stopnjah bolezni večji, zato se v ospredje postavlja problem njenega zgodnjega odkrivanja.

Ko sem se lotil proučevanja AB, sem odkril, da primernih nefarmakoloških sredstev (strokovnih pripomočkov) na področju kognitivne terapije, ki bi bile v pomoč svojcem in strokovnjakom pri spodbujanju kognitivnih funkcij, ki so pri AB najbolj prizadete (npr. spomina in učenja), skorajda ni. Zato sem začel ustvarjati primerne kognitivne vaje, ki bi lahko bile v pomoč vsem starostnikom, posebej pa tistim z začetno, tj. blago obliko AB, ko je kognitivna terapija najučinkovitejša (13).

Starejša oseba brez AB se je za razliko od bolnika z AB sposobna učiti, čeprav tudi to lahko dela počasneje. Prav tako so ostale spremembe v kognitivnih funkcijah manjše in le neznatno vplivajo na socialno interakcijo in vsakdanje življenje.

Prav nesposobnost učenja sem pri svojem delu z bolniki AB postavil pod vprašaj.

Po evolijski teoriji namreč lahko sklepamo, da živa bitja v imenu preživetja spremenijo ali odvržejo organe, ki jim pri prilagajanju na svet niso nujno potrebni za preživetje. Kot primer lahko navedemo človeško ribico, kateri so zakrnele oči, ki jih v temi seveda ne potrebuje. V svetu lahko preživijo le tisti, ki se najbolje prilagodijo. Analogno bi lahko sklepali, da se podobno dogaja s človekom. Ko se postara, se mu svet upočasnjuje, mentalnega in drugega dela ni več toliko, socialna interakcija se zmanjša. Zato človek za svoje delovanje ne potrebuje toliko energije vezane za delovanje možganov. Posledica je, da ti začnejo degenerirati oz. propadati.

Zanimalo me je, ali lahko z določenimi kognitivnimi vajami upočasnim napredovanje AB. V ta namen sem začel raziskovati, kakšne vaje bi bile primerne za starostnike z demenco blage in zmerne stopnje. Pričel sem obiskovati skupino starostnikov v DSO Kamnik s katerimi sem leto

in pol 1x tedensko izvajal kognitivno terapijo. Predvideval sem, da je pri teh stopnjah še možno stimulirati spomin ter vzpostaviti proces učenja. Prve vaje sem prenesel iz svojega dela z lastnimi otroci. Ko sem k sodelovanju povabil še Špelo Kok, študentko magistrskega študija sociolingvistike, so se porodile številne ideje, ki vsa jih preizkušala in dopolnjevala z bolniki z blažjo in zmerno obliko demence. Vaje smo izvajali leto in pol v DSO Kamnik pod vodstvom doc.dr. Petra Preglja ter s pomočjo njihove domače zdravnice Tanje Petkovič, dr. med.

### 4 Delavni zvezek za starostnike kot pripomoček za kognitivno terapijo

Na podlagi izkušenj, ki sem jih pridobil z delom s starostniki v DSO Kamnik, je nastala zbirka vaj v šestih, po stopnjah zahtevnosti urejenih zvezkih, ki sem jim dal ime SUPRAMEMO. Težavnost vaj se stopnjuje od prve, najlažje knjižice do pete, najtežje. Šesta knjižica vsebuje besedila z besedilnimi nalogami, ki jih lahko rešuje vsakdo, le način dela je potrebno prilagoditi vsakemu posamezniku. Vseh šest delov sestavlja celoto – starostnike je potrebno namreč tako kot prvošolčke v osnovni šoli navaditi na umsko delo in reševanje vaj, da ne govorimo o tem, da v času njihovega šolanja takšnih vaj sploh še ni bilo na voljo in se pravzaprav prvič v življenju srečajo z njimi.

Prav temu je prilagojen sistem dela – črke so velike, veliko je prostora za zapisovanje in ko določen tip vaje obvladajo, se na višji stopnji ponovi v težji obliki. V knjižicah so besedne igre, ki pomagajo priklicati v spomin težje besede, ki jih sicer v vsakdanjem govoru ne uporabljamo, saj je brez branja in dodatnega umskega dela naše besedišče zelo osiromašeno. Dodane so asociacije, antonimi, sinonimi, uganke, ki jih morajo sestavljati tudi sami ipd. Vse vaje so opremljene s fotografijami, kar starostnikom olajša in popestri delo. Grafomotorične in matematične spretnosti krepijo s ponavljajočim risanjem vzorcev iz likov, pisanjem logičnih zaporedij, reševanjem množic in tudi sestavljanjem računov.

### 5 Razprava

Alzheimerjeva bolezen je kronična progresivna bolezen, ki vodi v slabšanje kognitivnih in socialnih sposobnosti. Ocenjujemo, da danes 10 odstotkov starostnikov razvitega sveta starih od 65 do 70 let trpi zaradi demence. Nato pa pogostnost s starostjo strmo raste. Tako ima demenco skoraj polovica starejših od 85 let (3,4). Ocenjujemo, da je v Sloveniji trenutno 25.000 oseb z demenco. Zaradi staranja prebivalstva se pričakuje, da se bo število oseb z demenco v naslednjih dvajsetih letih vsaj podvojilo (3). Ta »geriatrični boom«, kateremu smo in bomo priča, nas navaja k razmišljanju o obravnavi bolnikov z AB, ki z napredovanjem bolezni postajajo vedno bolj odvisni od okolja oz. družbe. Poleg poudarka na zgodnjem odkrivanju bolezni in pričetkom s farmakološkim zdravljenjem, vedno več raziskav kaže na pomembnost vključevanja dodatnih nefarmakoloških sredstev v celostno obravnavo teh bolnikov (13, 14, 15, 21).

Avila s sod. (22) opisuje pilotski projekt v katerem je primerjal skupini petih bolnikov z zmerno AB. Vsi bolniki so pred pričetkom raziskave prejeli rivastigmin. Nato je bolnike vključil v 14-dnevni intenzivni trening spominskih sposobnosti in učenja. Bolniki so morali

kategorizirati besede in objekte, povezovati določene oblike z imeni in njihovimi značilnostmi. Avila s sod. je z rezultati dokazal, da so se bolniki, ki so bili vključeni v dodatni kognitivni trening lažje znašli v okolju in lažje praktično uporabili svoje znanje. Z izboljšanim funkcioniranjem bolnikov pa je na ta način zmanjšal obremenitev in izgorevanje svojcev.

Ferlisi s sod. (23) je v svoji raziskavi zaključil, da kljub temu, da ozdravljenje ni mogoče, lahko poleg farmakološkega zdravljenja, pri bolnikih z AB v strogem sodelovanju in z usmerjanjem svojcev/skrbnikov doseže izboljšanje kliničnih simptomov. Podobno dokazuje tudi Werheid (17), ki poudarja, da je trening spomina v zgodnjih in zmernih oblikah demence izjemno pomemben pri ohranjanju njihovih vsakdanjih aktivnosti. Prav tako izpostavlja individualen pristop k posamezniku v okviru njegovih rezidualnih sposobnosti. Prav tako Dooley s sod. (6) pride do ugotovitve, da kognitivna – okupacijska terapija vodi v izboljšanje kvalitete življenja bolnikov z AB ter tudi zmanjša izgorevanje skrbnikov.

Poleg spodbudnih rezultatov na KPSS testu pri bolnikih, ki so sodelovali pri projektu v DSO Kamnik, sem kot psiholog zaznal mnogo pozitivnih sprememb predvsem na različnih področjih vedenja bolnikov. Bolniki, ki so sprva težko dojemali okolico in imeli slabo prostorsko in časovno orientacijo, tako da so jih na srečanja morale privedi negovalke, so kmalu pričeli sami prihajati na srečanja. Bili so točni in dobili so boljši občutek za prostor in čas, saj že kmalu po začetku kognitivne terapije niso pozabili priti na naše srečanje. Odštevali so namreč dni, ki so jim ostale do naslednjega srečanja. Če je kdo slučajno pozabil, so ga ostali spomnili na to. Po petem srečanju nobenega člana skupine ni bilo več potrebno iti iskat – vsi so prišli sami. Nič se ni več izgubljal v znanem okolju.

Med seboj so navezali stike in se družili tudi izven naših srečanj. Postali so skupina. Prav pripadnost skupini je zmanjševala pasivnost in odmaknjenost od družbe v DSO. Sproščenost jih je vodila k temu, da so bili sčasoma sposobni boljše in bolj osredotočene komunikacije, lažje so izražali svoje želje in hotenja, tudi njihove telesne reakcije so nakazovale večjo telesno sprostitvev in njihovi izdelki boljše fino motoriko.

## 6 Zaključek

Progresivne bolezni, kot je AB, za katere ni ne preventivnih in ne kurativnih sredstev, nas vodijo k temeljnim ontološkim vprašanjem povezanih z življenjem, usodo in smrtjo. Pri tem nam usoda in z njo povezane bolezni relativno grozijo, smrt pa absolutno. Lahko rečemo, da je bolezen eden izmed načinov obstajanja, simptomi bolezni pa ob tem predstavljajo odgovore na boj, ki ga človek bije na poti v smrt.

Z uvajanjem kognitivne terapije pri soočanju z AB upoštevamo prav njene simptome. Ne sprijaznimo se z dejstvom, da možgani propadajo oz. se »izklapljuje«, ampak jih skušamo aktivirati z različnimi dejavnostmi, katerih temeljni cilj je doseči učljivost. Učljivost ni le sposobnost učenja v klasičnem smislu, ampak je stanje duha, je način življenja oz. obstoja.

Pri vključevanju kognitivne terapije v zdravljenje AB torej ne gre za prevrednotenje stanja bolan-ozdravljen, ampak za proces, ki bolnika aktivira, da se spet začne razvijati. Notranje stanje biti postane

adekvatno situaciji duha v zunanjem okolju. Če od človeka pričakujemo razvoj, nam ga bo tudi dal, saj kar hitro odkrije, da se lahko aktivno vključi in začne komunicirati s svetom. To velja tudi za bolnike z zmerno stopnjo AB. Človekov JAZ končno ponovno dobi svoj TI. Ali kot bi dejal naš pokojni akademik Anton Trstenjak v svojem eseju »O sreči« - srečen je človek, ki sreča človeka. Etimološki izvor beseda sreča izhaja iz besede srečati. S kognitivno terapijo stopimo bolniku z demenco naproti in si dovolimo srečati sočloveka.

## 7 Viri

1. Kunnamo I. (2006). Na dokazih temelječe medicinske smernice. Ljubljana: Zavod za razvoj družinske medicine.
2. Darovec J. Duševne motnje v starosti: prispevek k medikamentoznemu zdravljenju senilne demence - Alzheimerjeve bolezni. Med Razgl 1989; 28: suppl 2: 19-27.
3. <http://www3.kclj.si/>. (20. avg. 2007). Grad A. Demenca je v porastu, aparat za magnetno resonanco je nujen za zgodnjo diagnostiko in učinkovitejše zdravljenje.
4. Brclar P, Ogrin Rehberger P. Starostniki v sistemu zdravstvenega varstva. Bilten, 2006. [http://www.ivz.si/javne\\_datoteke/bilten/datoteke/59-Bilten](http://www.ivz.si/javne_datoteke/bilten/datoteke/59-Bilten).
5. Graff MJ, Vernooij-Dassen MJ, Thijsen M, et al. Community based occupational therapy for patients with dementia and their caregivers: randomised controlled trial. BMJ. 2006; 9:333(7580):1196.
6. Dooley NR, Hinojsa J. Improving quality of life for persons with Alzheimer's disease and their family caregivers: brief occupational therapy intervention. Am J Occup Ther. 2004 Sept-Oct;58 (5): 561-9.
7. Dosegljivo na: <http://www.ssz-slo.si/slo/main/asp/>.
8. Small GW, Rabins PV, Barry PP, Buckholtz NS, DeKosky ST, Ferris SH, Finkel SI, Gwyther LP, Khachaturian ZS, Lebowitz BD, McRae TD, Morris JC, Oakley F, Schneider LS, Streim JE, Sunderland T, Teri LA, Tune LE. Diagnosis and treatment of Alzheimer disease and related disorders. Consensus statement of the American Association for Geriatric Psychiatry, the Alzheimer's Association and the American Geriatrics Society. JAMA 1997 22-29;278(16):1363-71.
9. Schneider L, Tariot P. Treatment of dementia. In: Salzman C. Clinical geriatric psychopharmacology. Baltimore: Williams & Wilkins, 1998: 510-542.
10. Reisberg B, Ferris SH, Anand R, deLeon MJ, Schneck MK, Buttinger C, Bornstein J. Functional staging of dementia of the Alzheimer's type. Annals of the New York Academy of Sciences 1984; 435: 481-3.
11. Abhilash Desai K, Grossberg T. Diagnosis and treatment of Alzheimer's disease. Neurology. 2005;64: S34-S39.
12. Brooker D, Duce L. Wellbeing and activity in dementia: a comparison of group reminiscence therapy, structured goal-directed group activity and unstructured time. Aging and mental Health. 2000;4:354-358.
13. Cotelli M, Calabria M, Zanetti O. Cognitive rehabilitation in Alzheimer's Disease. Aging Clin Exp Res. 2006 Apr;18(2):141-3.
14. Belmin J, Pequignot R, Konrat C, Pariel-Madjlessi S. Management of Alzheimer disease. Presse Med. 2007; 36 (10 Pt 2): 1500-10.