

## **ALZHEIMEROVA BOLEST I OBITELJ**

mr.sc. Daša Poredoš, dipl.socijalni radnik  
Hrvatska udruga za alzheimerovu bolest

Adresa:

mr.sc. Daša Poredoš, dipl.socijalni radnik

44 320 Kutina, Vinogradska 223

GSM: 098/376 414

e-mail: [dasa.poredos@sk.hinet.hr](mailto:dasa.poredos@sk.hinet.hr)

### **Sažetak**

*U ovom radu bit će prikazana osnovna obilježja socijalno-medicinskog problema Alzheimerova bolest i posljedičnih poteškoća u funkcioniranju obitelji.*

*Alzheimerova bolest je bolest stanica moždane kore i okolnih struktura, a karakterizira je brza progresivnost i ireverzibilnost, te oštećenja živčanih stanica. To je duga i teška bolest, za sada neizlječiva, iscrpljujuća za oboljelog i njegovu obitelj. Manifestira se kao zaboravljivost, izgubljenost u vremenu i prostoru, nemogućnost samostalnog življenja što dovodi do potpune ovisnosti o stalnoj skrbi i njezi druge osobe, te socijalne izoliranosti oboljelog i njegove obitelji, jer ponašanja oboljelog za društvo postaju neprihvatljiva.*

*U obitelji dolazi do preraspodijele uloga, te emotivnog i materijalnog iscrpljenja.*

*Postojeći domovi umirovljenika i socijalno-zdravstvene ustanove, uslijed komplikacija simptoma i poremećaja u ponašanju, nerado uzimaju u zbrinjavanje ove bolesnike, mnoge udomiteljske obitelji iz sustava socijalne skrbi nisu stručno osposobljene za njihovo zbrinjavanje, a obiteljska solidarnost i zadržavanje oboljelog u obitelji s vremenom postaje nedostatna. Članove obitelji potrebno je obuhvatiti odgovarajućim psihosocijalnim terapijskim tretmanom u svrhu osnaživanja i podrške, uz prigodnu edukaciju i informiranost o obilježjima, tijeku i prognozi ove bolesti.*

*Za sada u Hrvatskoj samo u nekoliko odjela unutar psihijatrijskih bolnica moguće je zbrinjavanje ovakvih bolesnika, a članovi obitelji najčešće su prepušteni sami sebi.*

*U NPB «Dr. I. Barbot» u Popovači započinje se s oživotvorenjem projekta za potpunom skrbi oboljelih od Alzheimerove bolesti i odgovarajućeg savjetovališta podrške za članove njihove obitelji.*

**Ključne riječi:** *Alzheimerova bolest, obitelj, psihosocijalna pomoć i podrška.*

## UVOD

Demencija je klinički sindrom obilježen stečenim gubitkom kognitivnih i emotivnih sposobnosti koji je prisutan u tolikoj mjeri da ometa svakodnevnu aktivnost oboljelog i značajno smanjuje njegovu kvalitetu života. Pojam demencija ne uključuje specifičan uzrok niti patološki proces. Danas je poznato više od 50 bolesti koje mogu uzrokovati demenciju, od kojih je najčešća Alzheimerova bolest. Na Alzheimerovu bolest otpada oko 2/3 svih demencija. To je progresivna neurodegenerativna bolest od koje uglavnom oboljevaju ljudi starije životne dobi, iako se ponekad javlja i kod mlađih osoba. Bolest je dobila ime po njemačkom neurologu Aloisu Alzheimeru (1864-1915), koji je 1907. godine prvi opisao bolesnicu u dobi od 51 godine sa simptomima paranoidnih ideja, gubitka pamćenja i poremećaja govora. Bolest je imala progresivni tijek, te je bolesnica nakon 5 godina od početka prvih simptoma umrla (1). Godišnje se prosječno, kod ljudi mlađih od 60 godina, dijagnosticiraju 3 novooboljela na 100 000 osoba, dok se u dobi iznad 60 godina taj broj povećava na 125 novooboljelih. Incidencija Alzheimerove bolesti je podjednaka među spolovima, dok je prevalencija značajno više u žena, što je vjerojatno posljedica njihovog nešto duljeg prosječnog životnog vijeka (2).

Statistički podaci o trenutačnom broju oboljelih u svijetu razlikuju se od izvora do izvora (1-3% ukupnog broja stanovnika), no svi se slažu da je to bolest današnjice i da broj oboljelih iz godine u godinu progresivno raste.

U Hrvatskoj nema popisa oboljelih od Alzheimerove bolesti, niti statističke procjene o broju bolesnika. S obzirom na to da smo populacijski stara zemlja, realna je procjena da kod nas od te bolesti boluje oko 60 000 stanovnika (3).

Prema općoj teoriji sustava (4) obitelj je moguće definirati kao živi sustav koji oredstavlja organiziranu, relativno trajnu, reproduktivnu društvenu cjelinu s ograničeno promjenjivim obrascima ponašanja vezanima za uloge, strukturu i način djelovanja. Obitelj nije samo zbroj članova, podsustava već djeluje kao zasebni entitet sa svojim pravilima funkcioniranja kroz relativno dugo vrijeme, od trenutka nastanka do završetka ustaljenog ciklusa.

Otvoreni je sustav koji je u stalnoj interakciji s paralelnim sustavima i nadsustavima čiji su članovi, te podsustavima u stalnoj međusobnoj komunikaciji, na različitim razinama i u različitim socijalnim situacijama. Bez obzira na razlike među sustavima (obiteljima), mogu se izdvojiti neke zajednička obilježja svih sustava:

- sustav je uvijek više nego zbroj jedinica, komponenata odnosno podsustava
- svaki sustav ima svoje granice (tjelesne, psihološke, socijalne; otvorene, poluotvorene, zatvorene)
- svaki sustav ima funkciju:
  - samoodržanja putem kontrole
  - reproduktivnu funkciju
  - stalnog rasta i razvoja
  - korespondencije (informacijama i energijom) s usporednim sustavima, podsustavima i nadsustavima
  - prevladavanja patologije i kriznih situacija

Da bi se održao, svaki sustav (obitelj) koristi svoje mehanizme kontrole za rješavanje kriznih situacija, suočavanja sa stresnim događajima (npr. bolest ili smrt članova) i stalno se mijenja da bi se prilagodio novim uvjetima.

## **PROMJENE OBOLJELE OSOBE I PRILAGODBA OBITELJI**

U čovjeku se tijekom života i godina događaju određene promjene. U mentalnom području one su znatno izraženije i značajno utječu na promjene u psihi starijih osoba. Npr. poznata je «staračka krutost» - ponašanje se ne mijenja unatoč očitaj nesvršishodnosti tog ponašanja. Povećava se sklonost prema otežanom testiranju realiteta i paranoidnim idejama, osobito ako je starijoj osobi oslabio sluh, pa joj se čini da joj ljudi nešto šapuću iz leđa i sl. Opažanje gubitka mentalnih i fizičkih sposobnosti, te gubici bliskih osoba koji sasvim sigurno rastu s dobi, pogoduju razvoju patoloških promjena u starijih osoba.

Simptomi Alzheimerove bolesti nastupaju postupno, gotovo neprimjetno, pa ni oboljeli, ni njegova obitelj ne mogu odrediti točan početak bolesti. U ranoj fazi bolesti bolesnik počinje zaboravljati svakodnevne relativno nebitne činjenice (npr. rijetko spominjana imena ljudi, rijetko upotrebljavane riječi i sl.), no ubrzo zaboravlja dogovore i obveze, te važne aktivnosti iz svakodnevnog života (npr. isključiti plinsko kuhalo, isključiti struju, zatvoriti slavinu i sl.). Tako postupno postaju ovisni o manjem ili većem stupnju tuđe pomoći. Uobičajno je govoriti da bolesnik najprije gubi sposobnost zapamćivanja novonaučenih sadržaja, dok ona ranije naučena ostaju dugo sačuvana (5). Oboljeli je na početku bolesti najčešće svjestan svoje nemoći, bez mogućnosti adekvatnog iskazivanja tog užasa bilo govorom ili pisanjem, što god oboljelog izaziva strah, depresivnost, uznemirenost, a često i agresiju. U početku više pati pojedinac, a u kasnijim fazama kada mentalna kontrola oslabi i bolest okupira osobu, smatra se da više pati obitelj odnosno član obitelji koji vodi brigu o oboljelom. U uznapredovalom stadiju bolesti bolesnik se ne sjeća imena rođaka i bliskih osoba, ne prepoznaje ih i ne oučava ili razumije rodbinske i prijateljske odnosne relacije, njihova zanimanja i funkcije u društvu; zaboravlja vlastito ime, te praznine u sjećanju nadomještava komfabulacijama. Kad smetnje pamćenja postanu sve izraženije nastaju i drugi poremećaji kognitivnih sposobnosti. Bolesnikov govor postaje usporen zbog nedostatka pronalaženja odgovarajućih riječi, a slično se događa i prilikom pisanja. Ukupni vokabular biva znatno smanjen, a govor postaje stereotipan i siromašan. Bolesnik prije nego što odgovori na postavljeno pitanje ponavlja ga, a kasnije ponavlja svaku izgovorenu riječ (echolalia). Ubrzo biva narušena sposobnost pisanja, te računanja (dyscalculia), pa oboljeli nije sposoban izvesti najjednostavnije matematičke zadatke. Snalaženje u prostoru postaje otežano, zbog čega oboljeli primjerice nije sposoban samostalno pronaći i odrediti put prema kući, ne može upravljati osobnim vozilom, niti slijediti upute kako pronaći cilj. Kad bolest uznapreduje oboljeli više ne zna upotrebljavati svakodnevne predmete u kući (pri jelu, održavanju osobne higijene, kuhanju, pranju i sl.), te samo osnovne prividno automatske radnje ostaju kako-tako očuvane. Usporedno s gubitkom opisanih kognitivnih sposobnosti (amnesia, dysphasia, dyscalculia, agnosia, apraxia) vidljivi su poremećaji prosuđivanja i ponašanja. Nerijetko nerazumne odluke u poslu, osobito u poslovima s novcem, mogu biti prvi znak bolesti i razlog posjeta liječniku. U kasnijem tijeku bolesti oboljeli može postati apatičan i nezainteresiran ili agitiran i nemiran.

Ubrzo počinje zanemarivati svoj izgled i počinje se neadekvatno odijevati, postaje paranoidan, poremećen mu je ritam sna i budnosti, a javljaju se i obmane osjetila i halucinacije. Konfuzna stanja javljaju se više noću kada psihomotorni nemir i buka koju izazivaju remete mir ukućana i bližih susjeda. Za razliku od noći kada je nemiran, oboljeli preko dana spava i odmara se. Bolesnik postaje egocentričan, zajedljiv, sumnjičav prema članovima obitelji, dok s druge strane ostaje potpuno indiferentan na događaje koji u zdravih osoba pobuđuju osjećaje. Stabilni brakovi često propadaju zbog bolesnikove *zaluđenosti* mlađom osobom, dok seksualna indiskrecija sablažnjava okolinu. Bolesnik ima poremećen odnos prema hrani što dovodi do gubitka tjelesne težine i obilnom konzumiranju hrane i pretilosti. Mogu se pojaviti hipohondrijske ideje i samooptuživanja. Ova depresivna stanja često su popraćena strahom, negativizmom, agitacijom i pojavom suicidalnih misli. Suprotno od depresivnih stanja mogu se javiti i manični poremećaji. U ovim slučajevima kod oboljelih se javlja pojačana potreba za radom (nesvrshodnim pospremanjem), svadljivost, agraivnost i sl., a sve to uz euforično stanje. Postaju prkosni, mogu činiti sitne krađe, male prevare i laži u svakodnevnom životu. Počinju prostački se izražavati i zbog pojačane seksualnosti mogu manifestirati ekshibicionističko ponašanje i druge seksualne poremećaje. Često se javlja i tremor prstiju i ruku (stalno u rukama moraju nešto imati i premetati), usporenost pokreta i slabije izražene mišićne reakcije (6). U uznapredovalom stadiju bolesti dolazi i do gubitka kontrole sfinktera i gubitka posturalnih refleksa, te bolesnik postaje potpuno nepokretan. Tijek ove tragične bolesti je progresivan i može potrajati i više od 10 godina.

Dijagnoza Alzheimerove bolesti ima mnoge socijalne i emotivne implikacije, pa ih treba reći bolesniku i njegovoj obitelji kad smo sasvim sigurni u njihovo postojanje. Budući da sigurno i točnu dijagnozu nije moguće postaviti za života, već jedino pri obdukciji putem patološkohistološkog nalaza, razvijeno je nekoliko kriterija za dijagnozu vjerojatne bolesti, pa je time dijagnostička procedura standardizirana u svim zemljama. U stručnom timu za dijagnostiku nalaze se specijalisti neurolozi, psihijatri, psiholozi i drugi stručnjaci koji na osnovu svojih specifičnih dijagnostičkih postupaka i testova isključuju postojanja drugih oboljenja i procjenjuju da se radi o Alzheimerovoj bolesti.

U svakodnevnoj tretmanskoj praksi do danas je liječenje Alzheimerove bolesti ograničeno samo na ublažavanje pojedinih popratnih simptoma (nesanica, akutna i kronična psihička i motorička uznemirenost, depresivnost i sl.), dok su svi pokušaji da se pronađu supstancije koje bi mogle prevenirati, usporiti ili izliječiti bolest za sada bez rezultata. Razumljivo je da u ovom dosta obeshrabrujućem znanstvenom i farmakoterapijskom okruženju postoji mnoštvo raznih supstancija koje se nude i prodaju putem raznih medija. Obitelji u nadi da će pomoć svom oboljelom članu čine sve i kupuju neprovjerene pripravke. Nužno je prije kupovine nečega takvoga konzultirati se sa stručnjacima. Nepromišljeno dobronamjerno kupovanje pripravaka članovima obitelji stvara lažnu nadu, s vremenom ih emotivno i materijalno iscrpljuje i čini manje sposobnim na sve veće zahtjeve oboljelog.

Potrebno je pomoći oboljelom i članovima obitelji putem edukacija, savjeta i konkretnih akcija. Obitelj i oboljeli ubrzo ostaju sami i napušteni od prijatelja i šire obitelji. Od oboljelog se distanciraju kolege i bivši suradnici. Stoga obitelj treba biti pripravna na promjene u životu u smislu reorganiziranja dosadašnjih aktivnosti i uloga. Član obitelji koji preuzima vodeću ulogu u brzi o oboljelom treba biti pripravan da u potpunosti promjeni način života i podredi ga potrebama oboljelom. Uobičajava se reći da od Alzheimerove bolesti ne oboljeva samo bolesnik, već na neki način i čitava obitelj. Potrebne su mnoge promjene i prilagodbe, npr.:

- prilagoditi uvjete stanovanja (pokretljivost oboljelog je promjenjena, pa su nužne prostorne prilagodbe i uklanjanje arhitektonskih interijernih prepreka; ugradnja lifta ili preseljenje u prizemlje; nastojati oboljelog izolirati od buke; voditi računa o budućoj nepokretnosti oboljelog i sl.)
- prilagoditi način života oboljelog uz pomoć stručnjaka (za zaposlene - smanjenje radne aktivnosti; organizirati pripreme za mirovinu; prestati upravljati motornim vozilom; donijeti sve pravne odluke dok je još sposoban samostalno odlučivati – oporuka i sl.)
- rješavanje eventualnih ostalih oboljenja (npr. operacije)
- izbjegavati putovanja ili odlaske u udaljena mjesta bez pratnje
- biti svjestan da oboljeli ima velike probleme sa snalaženjem u prostoru, kretanjem, govorom i sl., poput ulaženja i izlaženja iz javnog prijevoza, prelazanja ulice i sl. Svako požurivanje oboljelog intenzivira problem i izaziva strah i paniku.

Očuvan vanjski izgled oboljelog («fasada») nerijetko zavarava neupućene i povećava društvenu netolerantnost prema usporenosti i nesigurnosti oboljelog. Svaka nepredvidiva situacija u prostoru i okruženju ili u komunikaciji može izazvati još veću zbunjenost, a strah i panika dovode do novih nepredvidivih situacija

- obitelj postaje sve više iscrpljena i potrebno im je savjetovalište; pomoć stručnjaka: psihologa, socijalnog radnika, psihijatra, pravnika. Obitelji ili jednom članu obitelji neophodno je osigurati sustav psihosocijalne podrške, s obzirom na to da oni ostaju s oboljelim ne samo 24 sata dnevno nekoliko dana, već nekoliko godina

Potrebno je beskrajno strpljenje i razumijevanje. Važno je nastojati zadržati međusobno topao emocionalni odnos s oboljelim. Razgovori uz primjenu jednostavnih razgovjetnih rečenica o ostalim članovima obitelji, o poznanicima, kućnim obvezama, pročitano u novinama, o viđenom na televiziji i sl. pomažu. Pomažuće je i poticanje na jednostavne radne obveze. Dokle god to psihofizičko stanje oboljelog dozvoljava preporučljivi su:

- zajednički odlasci u kupovinu
- vježbanje čitanja, pisanja i brojanja
- svakodnevne zajedničke šetnje u poznatim dijelovima grada
- posjećivanje ili pozivanje bliskih prijatelja i srodnika
- održavanje dostojanstva ličnosti urednim i primjerenim odijevanjem, prisutnošću oboljelog kod svakog dolaska strane ili poznate osobe u kuću, predstaviti mu tu osobu ili ga podsjetiti tko je poznata osoba
- omogućiti oboljelom da dok god to može svojom fizičkom pokretljivošću bude prisutan kod stola prilikom objeda na njegovom uobičajnom mjestu, bilo da je u kući društvo ili ne
- poticati oboljelog da što duže hranu konzumira sam uz eventualne manje pripomoći
- osigurati primjerenu ishranu; osigurati dovoljno tekućine (više tekućine u prvom dijelu dana, a manje u drugom zbog mogućih poremećaja kontrole mokrenja)

- posjećivati mjesta i događaje koje je oboljeli tijekom zdravog dijela života volio: izleti, koncerti, izložbe i sl.
- zadržati ili nabaviti kućnog ljubimca i omogućiti oboljelom česte kontakte s njime

Poželjno je i za oboljelog najprirodnije što duže ga zadržati u obiteljskom okruženju uz primjerenu skrb i njegu. Kako je Alzheimerova bolest karakteristična za osobe starije životne dobi o oboljelom se načešće brine bračni partner – također osoba starije životne dobi koja isto može imati određenih zdravstvenih poteškoća i psihofizički sve teže samostalno funkcionirati. Tako se događa da obiteljska solidarnost s vremenom postaje nedovoljna i potreban je odgovarajući institucionalni smještaj. Od velike pomoći su tzv. dnevni boravci ili dnevne bolnice gdje oboljeli tijekom dana imaju odgovarajuću njegu, tretmanske aktivnosti i druženja, a za to vrijeme član obitelji može obavljati druge poslove ili jednostavno odmoriti se. Dnevni boravci dolaze u obzir samo u početnoj fazi bolesti dok je još moguć transport oboljelog i primjerene terapijske aktivnosti. U uznapredovaloj fazi bolesti oboljeli ostaje u kućnoj njezi ili biva hospitaliziran. Poznato je da su promjene mjesta življenja u starijoj životnoj dobi vrlo teška i značajna promjena, no nekad se nema drugog rješenja.

## **PSIHOSOCIJALNE I DRUŠTVENE INTERVENCIJE USMJERENE ODRŽAVANJU FUNKCIONALNE SPOSOBNOSTI OBOLJELIH I PRIHVATLJIVE KVALITETE ŽIVOTA**

Kako u procesu starenja postoje značajne individualne razlike, nema općih pravila za postupak sa starijim osobama, osim jednoga, a to je da starenje, kao i svaki drugi životni proces, treba uključiti aktivno svladavanje postojeće situacije od strane pojedinca. Stoga svaki oblik pomoći i brige za starije treba sadržavati poticaje na samoaktivnost i prihvaćanje životne situacije sa svim njenim mogućnostima i ograničenjima (7).

Pitanje zdravlja i bolesti, a time i kvalitete života imaju veliku ulogu za pojedinca, obitelj i cjelokupnu društvenu zajednicu (8). Socijalno-medicinske intervencije usmjerene unapređivanju zdravstvene zaštite starijih ljudi obuhvaćaju pravovremene kontrole zdravstvenog stanja starijih, osiguravanje potrebnih uvjeta za unapređivanje prevencije, dijagnostike, liječenja i rehabilitacije oboljelog, kao i pitanja organizacije slobodnog vremena i izvanobiteljske skrbi za oboljelog, pri čemu uža lokalna zajednica ima iznimno značenje.

Potrebno je prihvatiti činjenicu da je bolest prisutna i za sada neizlječiva. Nepotrebne troškove oko nabave novih i neispitanih lijekova (pripravaka) nastojati izbjeći. O davanju lijekova obvezno se konzultirati s liječnikom specijalistom kojemu je uže područje specijalnosti Alzheimerova bolest.

Kod oboljelih od Alzheimerove bolesti vrlo je važna fizikalna terapija s obzirom na to da bolest u svojem tijeku nosi i gubitak tjelesnih sposobnosti, snage i pokretljivosti. Rehabilitacija treba biti prilagođena potrebama i mogućnostima bolesnika u mjeri koliko ju je moguće provesti.

Važno je vježbanje pamćenja – rješavanje križaljki vrlo je pomažuće. Nedavno je s uspjehom razvijena i provjerena tzv. SRT tehnika (trening s raspoređenim ponavljanjem) (9). Evo opisa primjene SRT tehnike:

*Kći pacijentice koja je preuzela ulogu njegovateljice priča: vozim majku u Alzheimerov centar svaki radni dan. Vozimo se pedesetak minuta. Svaki čas me pita: «Kuda idemo?».*

*Odgovaram: «U školu.» i tako u nedogled. Sutradan sam odlučila pokušati sa SRT tehnikom. Još prije polaska rekla sam joj: «Mama, sad idemo u školu.». Nakon kraćeg vremena pitala sam ju kamo idemo. Odgovorila je: «Rekla si, u školu.». Nakon nekoliko minuta ponovo sam ju pitala kamo idemo. Odgovor je: «Pa ti si rekla da idemo u školu!» i začuđeno me gledala. Nakon nekoliko minuta ponovo ponavljam pitanje i dobivam točan odgovor. Kad god nekud krećemo dajemo joj preciznu informaciju o cilju kretanja, ona na pitanje daje pozitivan odgovor i s time više nemamo problema.*

Ovo je bio tipičan primjer, iako je moguće osmisliti slične primjere i za ostale dnevne aktivnosti oboljelih. Najčešće se koriste slijedeći razmaci: 20-40-60-90-120-150-180 sekundi, a zatim nekoliko minuta itd. Naravno, raspored tih ponavljanja prilagođava se težini smetnji u pamćenju. Ako se ne zna odgovor, sve se ponavlja od početka. Prezni intervali koriste se za različite socijalne aktivnosti. Riječ je o vrlo značajnoj proaktivnom djelovanju obitelji i oboljelog što sve pozitivno utječe na opću dobrobit oboljelog i obitelji.

Evo primjera kako se može poboljšati kvaliteta života oboljelih:

*Tzv. Living room (dnevni boravak) – to su male zajednice (20-30 osoba) uređene tako da oboljeli imaju što veći osjećaj povezanosti s vlastitom prošlošću i drugim ljudima. Zidovi su obojeni živim bojama, prostorije ukrašene cvijećem, knjigama i drugim predmetima iz svakodnevnog života. Čuje se lagana glazba. Na zidovima su slike i suveniri iz mlađih dana oboljelih. Pretpostavka je da sve što aktivira pamćenje može djelovati na što sporiji mentalni pad i zadržavanje subjektivnog dobrog osjećanja. Naime, oboljeli često odustaju od druženja zbog straha od socijalnih kontakata. Ako postoje zajedničke teme smanjuje se osjećaj izoliranosti i odbačenosti.*

Demencija može potaknuti kreativnost. Bolest koja ljude lišava osobnosti može potaknuti njihovu kreativnost, pokazuje istraživanje francuskog znanstvenika iz bolnice u St. Etienneu. Vizualne vještine mogu se izoštriti kad su uništene govorne i druge funkcije (10). Stoga, svaki oblik umjetničkog izražavanja treba prepoznati i poticati. Pri tome su izuzetno važne odgovarajuće radno-okupacijske aktivnosti koji oboljeli može provoditi za vrijeme boravka u dnevnom poravku ili centru, kao i kod kuće.

Psihoterapija psihičkih poremećaja u starijoj životnoj dobi (11) zasniva se na spoznajama psihodinamskih mehanizama kojima se tumače psihološke promjene i psihički poremećaji u starijoj dobi. Psihoterapija je samo jedan od niza terapijskih postupaka koji se koristi u starijih osoba, i to u onim slučajevima kada su intrapersonalni i interpersonalni činitelji odgovorni za psihičke poremećaje koji su uzrok maladaptacije. Standardne psihoterapijske tehnike manje su uspješne u starijih osoba, pa se trebaju učiniti znatne modifikacije tih tehnika da bi odgovorile posebnim potrebama i ograničenjima starijih osoba. Te se modifikacije sastoje u većoj aktivnosti terapeuta, simboličnom davanju unutar terapijskog odnosa, specifičnim ili ograničenim ciljevima terapije, povećanoj svjesnosti o razlikama prijenosa i protuprijenosa emocija, empatijskom razumijevanju starijih bolesnika i sl. Terapeut treba preuzeti inicijativu dajući smjer u razjašnjavanju prirode psihičkog problema, što znači mnogo aktivniju ulogu u spoznaji emocionalnog stanja bolesnika, racionalnih i iracionalnih činitelja koji su razlog emocionalnim poremećajima i mogućim konfliktima. Dok u klasičnoj psihoterapiji terapeut razgovara s bolesnikom kako si može promijeniti život, tijekom rada sa starijim osobama, terapeut treba nešto i učiniti da se postignu određene promjene. Aktivnost terapeuta ne smije biti tolika da oboljeli postane suviše ovisan o terapeutu, a terapeut treba starijem čovjeku ukazati na to da prihvaćanje vanjske pomoći ne narušava njegov integritet, već da je pomoć prirodna i normalno potrebna u toj životnoj dobi. U svim oblicima psihoterapije terapeut treba imati pozitivne stavove prema starijim ljudima, kao što su bezuvjetno prihvaćanje bolesnika kao vrijednog ljudskog bića, pokazivati otvorenost i iskrenost vlastitih osjećaja, uključujući i priznavanje svojih osjećaja prema oboljelom, razumijevanje za osjećaje i probleme oboljelog. Psihoterapija u starijih osoba može ostvariti samo ograničene ciljeve. Ona olakšava simptome, pomaže adaptaciji na promijenjene životne situacije, donekle olakšava prihvaćanje zavisnog statusa od okoline kao i popratne pojave zbog smanjene sposobnosti u starosti, te aktivno angažiranje u zajednici. Simptomi bolesnika, način njegova ponašanja, smanjena motiviranost, gubitak osjećaja smisla za akciju, mogućnost zadovoljavajućeg ostvarenja vrijednih međuljudskih odnosa često potječu od smanjenog samopoštovanja, a javljaju se kao posljedica negativnog utjecaja djelovanja iz okoline.

Primjena suportivne psihoterapije podjednako je značajna i pomzuća i za oboljelog i članove njegove obitelji.

Socioterapija je sastavni dio cjelovitog somatskog, psihološkog i socijalnog postupka koji se sve više primjenjuje u svrhu ublažavanja i smanjivanja brojnih socijalnih problema iz kojih nastaju i psihološke reakcije, sve sa ciljem da se starija osoba što uspješnije socijalizira u novonastalu situaciju koja je stvorena godinama života, a oblikovana vanjskim činiteljima. Tri su važna fenomena koja prate osobu starije životne dobi: socijalna izolacija, povećana ovisnost o drugima, te pojačani zahtjevi za adaptacijom na novonastale okolnosti. Osnovne sociopsihološke potrebe starijih (kao i mlađih) trebaju biti ispunjene, a one su: određen i osiguran položaj u društvu, potreba da bude voljen i da voli druge, da sebi stvori društvo i da u tom društvu nešto znači, te da razvija samopouzdanje i samopoštovanje.

Pri prevenciji (12) važno je omogućiti ljudima koji ulaze u stariju dob da ostanu što duže aktivni, osobito u intelektualnom, emocionalnom i socijalnom smislu, uz nastojanje za očuvanjem uobičajnog ritma života u obitelji, spolnom životu, socijalnim odnosima, održavanju profesionalnih i drugih aktivnosti. U tome je potrebna organizirana pomoć obitelji, a u slučaju potrebe i kućno liječenje. Treba što više izbjegavati klasične hospitalizacije, već djelovati u stvaranju psihogerijatrije u zajednici. Prevencija socijalne dekompenzacije složen je postupak i zahtijeva multidisciplinarni pristup. Posebno se smatra važnom prevencija klasične hospitalizacije starijih osoba. Pri tome se misli na takvu hospitalizaciju koja započne iz «banalnih» razloga, ali koja negativno djeluje na preostale psihičke i druge sposobnosti starije osobe, te tako smanjuje njihovu sposobnost za samostalni život u zajednici. Hospitalizacija u starijih osoba ima smisla samo onda kada ima preventivni karakter i kada može spasiti životno ugroženu osobu.

Prevencija hospitalizacije moguća je jedino u uvjetima potpune integracije svih stupnjeva i pružanja pomoći starijoj osobi, te kad su gerijatrijske ustanove dio opće zdravstvene i socijalne službe, uz podrazumijevanje kontinuiranog procesa priprema i edukacije starijih osoba, te onih koji ima trebaju pomoći.

Starenje se još i danas često doživljava kao *socijalni problem*. Hoće li ili neće starija osoba biti *socijalni problem* ne ovisi o njenoj dobi nego o društvenom stajalištu da joj se omogući dostojanstvena starost (13). Sasvim je identična situacija i s odnosom prema oboljelima od Alzheimerove bolesti.

Za sada u Hrvatskoj samo u nekoliko odjela unutar psihijatrijskih bolnica moguće je zbrinjavanje Alzheimerovih bolesnika, a članovi obitelji najčešće su prepušteni sami sebi.

Bolesnici od Alzheimerove bolesti predstavljaju osim socijalnih i obiteljskih, uvjetno rečeno, veliki ekonomski problem društvu, jer nisu sposobni samostalno živjeti, te zahtjevaju brigu i skrb institucije. Priručno i privremeno zbrinjavanje u pojedinim domovima umirovljenika (koji vrlo nerado primaju dementne bolesnike), udomiteljskim obiteljima s neadekvatnim uvjetima i upitnim motivima zbrinjavanja, te «povlačenja» po raznim odjelima bolnica – nije riješenje. Potrebni su odgovarajući smještajni kapaciteti s cjelovitom njegom i psihosocijalnom skrbi na somatskom, psihičkom, društvenom i duhovnom planu starije osobe i njegove obitelji.

U NPB «Dr. I. Barbot» u Popovači započinje se s oživotvorenjem projekta za potpunom skrbi oboljelih od Alzheimerove bolesti i odgovarajućeg savjetovaništa podrške za članove njihove obitelji.

## **ZAKLJUČAK I SMJERNICE ZA DALJNJE DJELOVANJE**

Odgovarajuća briga za starije i oboljele osobe treba uključivati i aktivno nastojanje da se korigira negativna slika, koja u društvu postoji, o starijim osobama i samom starenju. Treba djelovati na integriranju socioterapijskih aktivnosti u službu javnozdravstvene zaštite, povezane sa socijalnim i zdravstvenim službama.

U situacijama kada obiteljska solidarnost i podrška uzmanjkaju ili postanu nedostatne, društvo svojim sustavima i mehanizmima podrške treba oboljeloj starijoj osobi i članovima obitelji ponuditi odgovarajuću i primjerenu zaštitu, skrb i njegu. Poteškoće u dijagnosticiranju, te opći nedostatak znanja o liječenju i rehabilitaciji, odnosno primjerenom življenju starijih osoba s različitim poremećajima, rezultirao je i nedostatkom odgovarajućeg smještaj i tretmanskog zbrinjavanja oboljelih.

Potrebno je, što Hrvatska udruga za Alzheimerovu bolest i čini, poticati slijedeće aktivnosti:

- poticanje razvoja društvene svijesti o potrebi potpore i skrbi za bolesnike s Alzheimerovom bolešću
- organiziranje savjetovanja, seminara i tribina za sve zainteresirane koji žele saznati više o ovoj teškoj bolesti
- poticanje suradnje između svih subjekata koji sudjeluju u životu oboljelog (oboljela osoba, članovi obitelji, stručnjaci raznih profila)
- organiziranje različitih oblika skrbi za bolesnike s Alzheimerovom bolešću i pomoć njihovim obiteljima: dnevni cnetri, savjetovališta, ambulante, primjereni bolnički odjeli i sl.
- primjerena stručna izobrazba multidisciplinarnog tima stručnjaka

Na kraju treba reći da se sve više istražuje kako pomoći starijima da što duže žive kvalitetnim psihičkim životom. Raduje činjenica da se i za populaciju starijih ljudi oboljelih od Alzheimerove bolesti razvijaju razmjerno efikasni programi kako bi se što duže sačuvale njihove psihičke funkcije.

## LITERATURA

1. Mahović-Lakušić, D., Pecotić, Z., Zarevski, P., Babić, T. Alzheimerova bolest. U: **Medix – specijalizirani medicinski dvomjesečnik 44**, 2002; 85-92.
2. Victor, M., Ropper, AH. Degenerative diseases of the nervous system. In: **Adams and Victor's Principles of Neurology**. The Mc Graw-Hill Companies, 2001; 11-18.
3. Pecotić, Z., Babić, T., Dajčić, M., Zarevski, P. Demencija kod Alzheimerove bolesti. **Brošura Hrvatske udruge za alzheimerovu bolest Zagreb**, 2001; 1-7.
4. Janković, J. **Pristupanje obitelji**. Alinea – Zagreb, 1996; 61-68.
5. Albert, MS., Butters N., Brandt, J. **Patterns of remote memory in amnesic and demented patient**. *Arch Neurol* **38**, 1981; 495.
6. Dogan, S. Neurologija involutivne i staračke dobi. U: **Gerijatrija I. – izabrana poglavlja za liječnike opće medicine**. IX seminar za stručno usavršavanje – Opatija, 1978; 102-113.
7. Krizmanić, M. Psihološki aspekti starenja. U: **Gerijatrija I. – izabrana poglavlja za liječnike opće medicine**. IX seminar za stručno usavršavanje – Opatija, 1978; 41-50.
8. Kozarević, Dj. Socijalno-medicinski aspekti starenja. U: **Gerijatrija I. – izabrana poglavlja za liječnike opće medicine**. IX seminar za stručno usavršavanje – Opatija, 1978; 25-40.
9. Pecotić, Z., Babić, T., Dajčić, M., Zarevski, P. (2001.) Demencija kod Alzheimerove bolesti. **Brošura Hrvatske udruge za alzheimerovu bolest Zagreb**, 2001; 1-7.
10. <http://www.plivazdravlje.hr> (22.12.02.)
11. Peršić, N. Psihijatrija. U: **Medicina starije dobi**. Naprijed – Zagreb, 1990; 336.
12. Duraković, Z. i sur. **Medicina starije dobi**. Naprijed – Zagreb, 1990; 337.
13. Ajduković, M. Društvena skrb o starijim osobama – izazov 21. stoljeća. U: **Starost i starenje – izazov današnjice**. Savjetovanje - Makarska, 1995; 97-102.

## **Summary**

### *Alzheimer and family*

*Daša Poredoš*

*Croatian association for Alzheimer*

*This paper presents the basics of socio-medical problem called Alzheimer, as well as the consequences reflected in functioning of a family.*

*Alzheimer is an illness of brain membrane cells and its surroundings, characterized by fast progression, irreversibility and the damage of brain cells. It is a long and difficult illness, at the present incurable; exhausting for the patient and his or her family. It is manifested by forgetfulness, loss in time and space, inability of the patient to take care of himself, which leads to complete dependency on permanent care, as well as to social isolation of an ill person and his or her family, since the behaviour of an ill person is socially unacceptable.*

*The family tends to switch family roles and tend to show emotional and material exhaustion.*

*The existing homes for old people and socio-medical centres, due to the complication of the symptoms, are most unwilling to take care of such patients; many substitute families, provided by the system of social care are not competent for tending for such patients. Family solidarity and keeping the ill person in the family tends to be inadequate with time.*

*Family members need to undergo an adequate psychosocial treatment of reinforcement and support, accompanied with lectures and information on characteristics, progress and forecast for this illness.*

*In Croatia for now there are just a few wards within psychiatric hospitals that tend for such patients. Family members in most cases are let to themselves.*

*In the hospital for neuropsychiatry, "Dr. I. Barbot" in Popovača the project, which will make the complete care for Alzheimer patients a reality, has been started, together with an adequate counselling and support for their family members.*

**Key words:** *Alzheimer, families, psychosocial help and support.*