

O demenci

Prof. dr. Anton Grad

Kaj je spomin?

Pomembnosti spomina se v vsakdanjem življenju niti ne zavedamo. V šoli smo zavidali tistim, ki so le enkrat prebrali Prešernove sonete in so jih že znali na pamet. Fotografski spomin. Spomin je shranjevanje naših izkušenj, našega znanja. Ne gre le za znanje iz knjig, časopisov ali za znanje računanja itd., kar imenujemo **semantični** spomin. Ne, tu je še množica dogodkov, ki nas vežejo na prijetne ali neprijetne doživljanje, ali pa smo nekatere epizode preprosto doživeli in se jih kar nenadoma spomnimo. Spomin za dogodke imenujemo **epizodični** spomin. Oba skupaj, semantični in epizodični, psihologi imenujejo **deklarativni** ali **eksplicitni** spomin. Še najmanj pa se zavedamo **implicitnega** spomina, kjer imamo shranjene podatke o motoričnih znanjih, npr. vožnja s kolesom, plavanje itd.

Vsa ta množica podatkov je zbrana v možganih. Toda ne vse na istem mestu. Možgani nimajo nekakšnega predala, kjer bi shranjevali vse podatke. Tako je npr. »podatek za breskev« večplasten: podatek o obliki breskve je shranjen v področju za vidne asociacije, okus breskve na drugem mestu, vonj zopet drugje itd. Tako bomo lahko breskev prepoznali zgolj na podlagi njej značilnega vonja. A popoln užitek uživanja tega sadeža nam bo dala še kombinacija vseh »podatkov o breskvi«.

Vsa množica podatkov, ki jih vsak trenutek prejemamo iz okolja, se seveda ne more v celoti shraniti. Toda vsaj kratek čas (40 sekund) pa nam morajo biti vsi podatki na voljo. Tako lahko reagiramo na tistega, ki je pomemben, pa čeprav ga nato pozabimo. Npr. svetlo moder avtomobil znamke Fiat vozi po polovici našega voznega pasu. Izognemu se mu, krepko zakolnemo, a že po minuti zanj niti ne vemo več. Teh 40 sekund spomina imenujejo psihologi **delovni** spomin, saj nam mora biti na voljo za takojšnjo reakcijo, za delo. V teh 40 sekundah informacija o okolju kroži v središču naših možganov (Papezov krog), kjer je stičišče številnih možganskih središč, npr. za čustva, zavest itd. Če pa je podatek za naše možgane tako zanimiv, da ga želijo shraniti (praviloma po naši volji, čeprav se marsikaj shrani, kar niti ne bi želeli), pa se morajo ti podatki »kodirati« preden jih možgani shranijo na različne dele možganov.

Kodiranje spomina je eno najpomembnejših in najbolj občutljivih opravil naših možganov. Vse se dogaja v zelo majhnem delu možganov, ki ga imenujemo **hipocampus** (v nadaljevanju bom pisal kar hipokampus). Celo več, nalogi levega in desnega hipokampus sta si različni. Tako je eden, praviloma tisti strani, kjer imamo center za govor (desnični ljudje v levi polobli velikih možganov), pomemben za kodiranje besed, števil itd.; tisti na drugi strani pa za kodiranje občutkov ob glasbi itd. Hipokampus je izredno občutljiv na pomanjkanje kisika in na druge presnovne motnje. Že s starostjo število celic v njem propada, kar nam razloži upad spominskih sposobnosti s starostjo. Bolnik z obojestransko okvaro hipokampus, npr. po hujši zastrupitvi z ogljikovim (mon)oksidom, tako ne bo sposoben kodiranja in s tem shranjevanja novih podatkov (spominov). Spomnil se bo dogodkov pred dnevom zastrupitve, toda prav nič se ne bo mogel spomniti od dneva zastrupitve dalje. Njegovi spomini so se ustavili, novi ne nastajajo več. Lahko nam bo odgovarjal na naša vprašanja, a če bo lahko takoj odgovoril (znotraj 40 sekund, ko informacija še kroži in se še ni kodirala).

Sem eden tistih, ki ne mara fotografskega aparata. Zdi se mi, da bi mi mehanično fotografiranje odvzelo možnost, da bi si ustvaril svojo sliko v spominu. Raje kot s kamero »fotografiram« z očmi. Tako si oblikujem spomine, kjer so slike sicer samo moje in jih ne morem nikomur pokazati, a so v popolnih barvah; žive, saj se ob tem vedno prebudijo čustva, ki so me prevevala ob nastanku spominske slike. Slike so lahko del lepih, pomirjujočih spominov z izletov in s popotovanj (pogledi s slovenskih vrhov, vrtovi gradov ob Loiri); lahko so nežne, ljubezenske, polne topline (polnočno sonce na Lofotih); a tudi takšne, ki mi vedno znova vzbudijo tesnobo in strah (reševalna akcija po potresu v Turčiji). Vsi ti spomini me bogatijo. Predstavljajo moj intimni notranji svet, ki me bogati. Spomini bodo poskrbeli, da tudi na starost ne bom nikoli sam. Pogosto pravimo, da nam spominov nihče ne more vzeti. A žal ni to ne drži. Bolezen, imenovana **demenca**, lahko kot računalniški virus okvari naš spomin. Demenca človeka osiromaši. Od bogatega duševnega življenja ostane le pogorišče. Pri bolniku s hudo obliko demence, ki nima več stika z zunanjim svetom, so le izgubljeni delci mozaika še donedavno bogatega uma, spominov, čustev in domišljije.

Kaj je demenca?

Po definiciji predstavlja demenca hujši upad ali celo izgubo intelektualnih in spominskih motenj. Izraz demenca izhaja seveda iz latinščine: *de-* upadanje + *mens*, *mentis*- razum. Ob omembi besede demenca bomo sicer najprej pomislili na zmanjšanje sposobnosti pomnenja, a demenca je veliko več kot zgolj motnja spomina. Večkrat mi svojci potožijo, da so spremembe v vedenju, mišljenju, pa tudi osebnostne spremembe pri bolniku z demenco tiste, ki jih bolj motijo kot pa same spominske motnje. Demenca je skupek različnih simptomov, ki posameznika pomembno prizadenejo na vseh področjih njegovega bivanja. V hujših oblikah bolezni postane sobivanje s takšnim bolnikom za njegove bližnje izredno naporno. Najpogostejša oblika demence je počasi napredujoča degenerativna bolezen možganov imenovana **Alzheimerjeva bolezen**, ki predstavlja prototip vseh demenc. Ostale demence so redkejše: **vaskularna demenca**, **demenca pri Parkinsonovi bolezni**, **demenca z Lewyjevim telesci**, **frontotemporalna demenca**, **Huntingtonova bolezen** in vse demence, ki se pojavljajo kot zaplet telesnih bolezni ali poškodb. Danes se vedno bolj uveljavlja koncept t.i. **mešane demence**, pri kateri ima bolnik znake degenerativne možganske Alzheimerjeve bolezni in spremembe možganov zaradi motenega možganskega krvnega pretoka hkrati. Ta oblika demence naj bi bila najpogostejša.

Kako prepoznamo demenco?

Najzgodnejši znak je praviloma blaga motnja pozornosti. Bolnik ne zmore slediti pogovoru, posebno v večji skupini. Umika se družbi, pogosto z izgovorom, da je pač star in utrujen. Izgublja zanimanje za stvari, ki so ga do nedavnega veselile. Nato pridejo v ospredje pozabljivost, čustveni umik, pogosto tudi žalost in otopelost. V tej fazi je zelo težko ločiti začetno demenco od depresije. Vedno bolj so izražene spominske motnje. Bolnik pozabi, da pozablja! Velikokrat se ponavlja in večkrat ponovi že povedano. Če ga svojci na to opozorijo, postane jezen, odklonilen in nezaupljiv. In tu je glavna razlika med »normalnim« pozabljanjem in demenco: Če sami opazimo, da pozabljam in smo do tega kritični, potem gre za »normalno« pozabljanje. Če pa nas na to opozarjajo drugi, potem je velika možnost, da gre za začetno demenco. Seveda je ta trditev zelo poenostavljena. Pogosto niti strokovnjak, psihiater, klinični psiholog ali v demence usmerjeni nevrolog, ne more ločiti med boleznijo in tistim, kar naj bi bilo še »normalno« pozabljanje.

Skratka: O demenci, ne glede na vzrok, govorimo tedaj, ko napredujoče slabšanje intelektualnih sposobnosti in spomina, pomembno zmanjša zmožnost sporazumevanja, logičnega mišljenja, zmožnost orientacije v času, kraju in prostoru. Bolnik z demenco ni sposoben samostojno skrbeti zase, postaja vedenjsko težaven, se izgublja, s svojim ravnanjem ogroža sebe in druge.

Koga prizadene demenca?

Demenca je bolezen starostnikov, saj gre za tako za degenerativne okvare možganov (Alzheimerjeva bolezen, demenca pri Parkinsonovi bolezni) kot za aterosklerotične spremembe (vaskularna demenca). Ocenjujemo, da 10% starostnikov med 65 in 70 leti trpi zaradi demence. Nato pa pogostnost s starostjo strmo raste. Tako ima demenco skoraj polovica starejših od 85 let. V državah evropske skupnosti živi 10 milijonov oseb z demenco. Ocenjujemo, da je v Sloveniji 25.000 oseb z demenco. Zaradi staranja prebivalstva pričakujemo, da se bo število oseb z demenco v naslednjih dvajsetih letih vsaj podvojilo.

Ali je upad spomina s starostjo neizogiben?

Nedvomno nam starost jemlje tako telesne kot duševno sposobnosti. Vsekakor se telesnega upada bolj zavedamo kot duševnega, saj je le-ta zaradi pridobljenih izkušenj vsaj bolj prikrit, če že ne počasnejši. Vse vemo, da povprečen človek doseže svoj vrh v doseganju hitrosti pri cca 22 letih, najmočnejši je nekaj let kasneje, najbolj vzdržljiv desetletje kasneje. Manj znano je, da je sposobnost brezhibnega učenja tujih jezikov, brez tujega naglasa, omejena na otroke do 12 leta starosti! A kljub temu se nas je večina naučila tujih jezikov, ko smo bili že v srednji šoli. Torej, sposobnost pomnenja s starostjo sicer upada, a trdim, da je ta upad malo pomemben, če možgane zaposlimo. Naj dodam, da povprečni človek v povprečnem dnevu s povprečno aktivnostjo »zaposluje« le 10% svojih (povprečnih) možganov!

Alzheimerjeva bolezen

Najpogostejšo obliko demence imenujemo po psihiatru Aloisu Alzheimerju, ki je pred skoraj 100 leti prvi opisal postopno, večletno upadanje intelektualnih in spominskih

sposobnosti pri svoji bolnici in jih, po bolnični smrti, povezal s spremembami na možganih. Postopen upad višjih živčnih dejavnosti je povezan s postopnim propadanjem živčnih celic in povečano količino amiloida, zato to obliko demence imenujemo tudi degenerativno demenco. Praviloma se začne neopazno z motnjami priklica in kratkoročnega spomina (bolnik nam bo točno povedal od dogodkih iz mladosti, ne bo pa znal ponoviti treh besed po petih minutah, ne bo znal obnoviti dogodkov prejšnjega dne). V zgodnjem obdobju se bo motnje spomina zavedal in bo do njih kritičen. Kasneje pa tega ne bo več opazil in bo spominske vrzeli nadomestil z zgodbicami, ki se naključnemu poslušalcu slišijo popolnoma verjetne. V tem času se že pojavljajo tudi vedenjske spremembe, saj je bolnik pogosto potr, manjka mu volje, nato pa zopet vzemirjen. Mišljenje postaja vedno bolj okorno, zgradba misli je poenostavljena, abstraktnega mišljenja je vedno manj sposoben. Besedni zaklad se zmanjša, pogosto ne najde besed, rekoč: »Daj mi tisto, no, tisto, za žeblice...«, ko ima v mislih kladivo itd. Za svojce najbolj moteče je, da izgubi orientacijo v prostoru in kraju. Odtava od doma in ne zna nazaj.

Vaskularna (žilna) demenca

Pred 50 leti so ugotovili, da se demenca, ki je posledica motnje v prekrvavitvi možganov, razlikuje od tiste, ki je posledica degenerativnih sprememb. Če se Alzheimerjeva demenca prične neopazno, je žilna demenca praviloma časovno povezana z možgansko kapjo. S ponavljajočimi se kapmi opazamo stopničasto slabšanje bolnikovega stanja. Zelo zgodaj v poteku bolezni so prizadete višje živčje sposobnosti, na primer motnje branja, pisanja, računanja, konstrukcije; pa tudi vedenjske in osebnostne spremembe. Bolnik nenadoma ni več tak, kot so ga svojci poznali. Pred tem vedno aktiven je sedaj potr, brez volje, ali pa celo prepirljiv, takoj »eksplodira«. Spominske motnje so prisotne, a so zaradi drugih bolj opaznih motenj pogosto v ozadju.

Vaskularna demenca je skupek različnih sindromov, ki jim je skupen upad spoznavnih sposobnosti ob prisotnosti možganskožilnih bolezni in dejavnikov tveganja za možganskožilne bolezni. Razdelimo jo na **multiinfarktno demenco** (značilni so ponavljajoči se možganski infarkti, ki so jasno povezani s pojavom

demence), **uniinfarktna demenca** (infarkt je na »strateškem« mestu v povirju sprednje možganske arterije, v parietalnem režnju, talamusu, angularni girus), **demenca mejnih področij** (ishemično lezijo v mejnem področju žilnega povirja povzroči hemodinamski vzrok), **lakunarna demenca** (številni lakunarni infarkti – manj kot 1 cm veliki infarkti - kot posledica arterijske hipertenzije), **vaskularna levkopatija z demenco** (značilna je difuzna okvara bele možganovine, kar je v izvidu računalniške tomografije pogosto opisano kot pretočne motnje) in **amiloidna angiopatija z demenco** (lobarne krvavitve z difuzno okvaro bele možganovine s kortikalno in subkortikalno okvaro).

Vaskularna demenca je po **pogostnosti** za demenco Alzheimerjevega tipa na drugem mestu med demencami. V Evropi predstavlja 20% vseh demenc, na Japonskem pa kar 50%. **Dejavniki tveganja**, na katere lahko vplivamo, so enaki kot za druge možganskožilne bolezni: arterijska hipertenzija, sladkorna bolezen, kajenje, hiperlipidemija, bolezni srca. Ker gre za aterosklerotično bolezen. Zato je pogostejša pri moških in, seveda, pri starejših: v starosti 70-79 let je prevalenca v Evropi 1.5 – 4.8%, v starosti 80-89 let pa kar 2.8 – 16%.

Klinično so pri večini bolnikov poleg demence prisotni nevrološki simptomi in znaki spremljajočih možganskožilnih dogodkov: motnje govora, apraksija, agnozija, abulija, hipokineza, hemipareza, pseudobulbarna paraliza, motnje hoje, inkontinenca. Poleg spoznanih motenj so večji meri kot pri demenci Alzheimerjeva tipa prisotne motnje razpoloženja, vedenja, depresija, psihotična stanja.

Od **preiskav** so najpomembnejše nevroradiološke slikovne preiskave (**CT, MR**), kjer so vidni številni možganski infarkti, lakunarni infarkti ali pretočne motnje. Odsotnost nevroradioloških znakov možganskožilnih bolezni govori odločno proti možnosti vaskularne demence. Kot dodatne preiskave priporočajo ehokardiografijo, holter monitoring in angiosonografijo vratnih arterij.

Kako zdravimo demenco?

Demence Alzheimerjevega tipa ne moremo pozdraviti, lahko pa z zdravili upočasnimo omilimo in upočasnimo upad spoznavnim sposobnosti z reverzibilnimi

inhibitorji acetilholinesteraze (donepezil, rivastigmin, galantamin, ki je hkrati tudi alosterični modulator nikotinskih receptorjev) in zaviralcem glutamatnih receptorjev NMDA (memantin). Vedenjske motnje je mogoče zdraviti z antipsihotiki, antidepresivi, kratkodelujočimi anksiolitiki, izjemoma s stabilizatorji razpoloženja.

Obravnava bolnika z vaskularno demenco zajema preprečevanje dodatnih možganskožilnih dogodkov (odprava dejavnikov tveganja, antiagregacijska ali antikoagulantna zaščita), nego in nadzor. **Medikamentozno zdravljenje** zajema zdravljenje zapletov, npr. nemira, depresije, itd. Vazoaktivna sredstva (pentoksifilin, nimodipin) so se izkazala kot neučinkovita. Novejše funkcionalne preiskave so tudi pri bolnikih z vaskularno demenco potrdile **okvaro holinergičnega sistema**, zato je smiselno zdravljenje z inhibitorji holinesteraze. Prve raziskave so potrdile učinkovitost **donepezila**, ki je izboljšal spoznavne sposobnosti, vedenje in dnevne aktivnosti bolnikov napram placebo-kontrolni skupini. Obetavni so tudi prvi rezultati raziskav z **memantinom**.

Toda pomembnejši od zdravil je naš odnos do osebe z demenco. Prisluhni moramo njihovim potrebam in željam, upoštevati moramo njihovo osebnost in se hkrati zavedati njihove bolezni. To pa nikakor ni lahko. Za bližnje takšnega bolnika je vsakdanja skrb za dementnega svojca izčrpljujoča, tako fizično, še bolj pa psihično. Svojcem osebe z demenco bo v veliko pomoč Združenje za pomoč pri demenci »Spominčica.« Najpomembneje je, da dementni osebi zagotovimo varno, strpno in zaupanja vredno okolje, v katerem se bolnik ne bo počutil kot nemočna žrtev svoje bolezni, temveč kot enakovreden član družine in družbe.

Ali lahko demenco preprečimo?

Tako kot za aterosklerozo tudi za demenco velja, da je ne moremo preprečiti, pomembno pa lahko z zdravim načinom življenja njen potek upočasnimo. Celo več, v zadnjih letih so raziskave pokazale na prepletanje dejavnikov tveganja za aterosklerozo in demenco. Če je bilo to že na prvi pogled jasno za vaskularno demenco, pa je toliko bolj presenetljiva povezava med dejavnimi tveganja za aterosklerozo in degenerativno demenco Alzheimerjevega tipa. Zelo jasno je bilo

dokazano, da je pogostnost previsokega krvnega tlaka v srednji življenjski dobi neposredno povezana s pogostejšo Alzheimerjevo demenco v kasnejših letih. Takšna povezava je bila jasno tudi pri tistih, ki sicer niso imeli za previsok krvni tlak značilnega, zoženja arterij. Demenca, tako vaskularnega kot tudi degenerativnega tipa, je pogostejša tudi pri bolnikih s sladkorno boleznijo, pri tistih z visokimi vrednostmi maščob v krvi itd.

Še nekaj je pomembno: Vsi vemo, da le z vajo krepimo mišice. Manj znano, ali celo spregledano, pa je, da vaja krepi tudi možgane. Ne samo fizična vadba, tudi umska in socialna aktivnost ter njihovo sozvočje, nam polepšajo življenje. Trdim, da je univerza za 3. življenjsko obdobje učinkovitejša od množice zdravil v domači lekarni. Fizična živahnost in umska čilost sicer sivolasih glav »študentov« in predvsem »študentk« univerze za 3. življenjsko obdobje vsakodnevno postavlja na laž mojo trditev, da »nam starost jemlje tako telesne kot duševne sposobnosti«. In vesel sem tega. Da bi le bilo še naprej tako! A o lastni aktivnosti odločamo sami.

*Prof. dr. Anton Grad, nevrolog in internist, Klinični oddelek za nevrologijo,
Univerzitetni klinični center v Ljubljani*