

**Андријана Радукић**  
Универзитет у Бањој Луци  
delfiniserbijaandrijana@hotmail.com

УДК 616.892.3-008.434-06  
**Стручни рад**  
doi 10.7251/RAD1622011R

**Страхиња Димитријевић**  
Универзитет у Бањој Луци  
strahinja.dimitrijevic@unibl.rs

**Синиша Суботић**  
ПИМ Универзитет, НВО „ПЕРСОНА“, Бања Лука  
sinisasub@gmail.com

## **УЛОГА ПСИХОЛОГА У ПРЕВЕНЦИЈИ, ДИЈАГНОЗИ И ТРЕТМАНУ АЛЦХАЈМЕРОВЕ БОЛЕСТИ<sup>1</sup>**

**Апстракт:** У раду су приказани послови које може да обавља психолог који ради с обољелим од Алцхајмерове болести. Детаљније су обрађени задаци у којима је улога психолога нарочито значајна: (а) проучавање Алцхајмерове болести, израда и примјена дијагностичких инструмената, (б) рад с обољелим лицима у почетним стадијумима болести, (ц) рад са породицама обољелих, (д) превенција. Приказ је направљен на основу рецентне литературе и личне комуникације са иностраним експертима. Посебно је истакнута превентивна улога коју могу имати психолози који не раде директно с обољелим особама (нпр. психолози који раде у школама).

**Кључне ријечи:** Алцхајмерова болест, деменција, дијагноза, третман, улога психолога

### **Увод**

*Деменција* (лат. *dementia*) је назив за синдром који је резултат болести мозга (најчешће хроничне), коју карактерише прогресивно и глобално пропадање интелектуалних и других виших менталних функција, укључујући памћење, мишљење и расуђивање, капацитет за учење, језик, рачунање, оријентацију и слично (Gitilin & Vause-Earland, 2009; Prince, 2009; World Health Organization, 2012). Узрочници деменције могу бити разноврсни и типично су органски, а као најчешћи се наводи Алцхајмерова болест, која лежи у основи 60-70% случајева деменције (World Health Organization, 2012), потенцијално и више, нарочито међу старијим особама (Ebly,

---

<sup>1</sup> Рад је инспирисан боравком првог аутора на пракси у Солуну, гдје је провела шест седмица у периоду од 11. новембра до 20. децембра 2013. године, радећи као асистент психологу у Клиници за Алцхајмерову болест „St. Ioannis“. Аутори упућују захвалнице сљедећим особама: Magda Tsolaki, Despoina Moraitou, Maria Egkiazaraova, Eleni Kouroundi. Moses Gialaouzidis, главни психолог у клиници, заслужује посебну захвалност.

Parhad, Hogan, & Fung, 1994). Алцхајмерова болест (често ословљавана само као – Алцхајмер) је хронично неуродегенеративно обољење које одликује прогресивна деменција, код које је дефицит памћења један од најранијих и најизраженијих симптома (Morris & Korelman, 1986). Ова болест се манифестује и у перцептивним, језичким и социјално-емоционалним проблемима; пацијентово стање се континуирано погоршава, а у завршним стадијумима подразумејева потпуну зависност од других особа због могућих потешкоћа с храћењем и гутањем, отежаним кретањем и одржавањем личне хигијене, могућим губитком контроле над сфинктерима и сл. (Ballard & Gauthier, 2009; World Health Organization, 2012).

Ова неизљечива болест не погађа само памћење и друге когнитивне функције, већ оставља негативне последице и на понашање, психу и расположење, функционалну аутономију, моторику и др. (Ballard & Gauthier, 2009; World Health Organization, 2012). Међу последицама по психу и понашање важно је издвојити збуњеност, дезоријентацију, дезинхибицију, агресију, честе промјене расположења, апатију, нервозу, анксиозност, депресију, повећан ризик овисности о супстанцама и сл. (Ballard & Gauthier, 2009; Ferri & Ames, 2004; Prince, 2009; World Health Organization, 2012). Све ово може да утиче на губитак позитивне слике о себи и потенцијалну социјалну изолацију (Ballard & Gauthier, 2009).

Према ДСМ-4 приручнику (American Psychiatric Association, 2000), у критеријуме за деменцију Алцхајмеровог типа спадају поремећаји краткорочног и дугорочног памћења и барем један од следећих поремећаја: (а) оштећење апстрактног мишљења, (б) оштећење резонувања и планирања, (в) поремећаји језичких функција, и/или (г) промјене личности. Према најновијем ДСМ-5 приручнику (American Psychiatric Association, 2013), деменција и Алцхајмер су сврстани у групу неуро-когнитивних поремећаја, који могу имати тежу и лакшу форму, а акценат у дијагностици је, донекле, помјерен са самих дефицита/оштећења (нарочито меморије) на степен умањења аутономије у обављању свакодневних активности (Ganguli et al., 2011).

Деменција и Алцхајмер су врло раширени проблеми. У 2001. години с деменцијом у свијету је живјело 24.2 милиона људи (Ferri et al., 2005), док се у 2013. години тај број повећао на 44.4 милиона (Alzheimer Europe, 2014). Према неким експертским процјенама, очекује се да ће се сваких 20 година број људи који живе с неким обликом деменције удуплавати (Prince, 2009; Prince et al., 2013) и да ће до 2040. године у свијету тај број износити преко 80 милиона (Prince, 2009), односно између 115.4 (Prince et al., 2013) и 135.5 милиона (Alzheimer Europe, 2014) до 2050. године.

Очекиван је нарочито изражен тренд раста броја обољелих у сиромашнијим земљама (Prince, 2009).

Иако фактори ризика за деменцију и Алцхајмер нису довољно добро испитани (Alzheimer's Association, 2015; Barnes & Yaffe, 2011; Prince, 2009; Tortosa-Martínez & Clow, 2012; World Health Organization, 2012), идентификовани су вјероватни генетски (нпр. АПОЕ-ε4 ген, Аβ прекурсор протеин, пресенилин1, пресенилин2) и срединско-контролабилни<sup>2</sup> фактори (нпр. хронични дистрес, пушење, повишен крвни притисак и холестерол, гојазност, кардиоваскуларни проблеми, дијабетес, мањак физичке активности итд.). Према истим изворима, у другу групу фактора често се сврставају и ниже образовање, депресија и физичке повреде главе, уз опаску да за овакве факторе често није могуће утврдити шта је узрочник, а шта посљедица (нпр. депресија може бити симптом, тј. исход, а не узрочних Алцхајмера или деменције). Као један од најчешћих фактора ризика наводе се године: ризик обољења од неке деменције се приближно удуплава сваких 5 година након 65. године старости и само 2-10% свих случајева деменције почне прије овог узраста (Prince, 2009). Илустрације ради, преваленца деменције у Европи износи 1.6% на узрасту од 65-69 година, 7.4% на узрасту од 75-79 година, 26.2% на узрасту од 85-89 година, те чак 46.3% на узрасту преко 95 година (Alzheimer Europe, 2013).

Важно је нагласити да Алцхајмерова болест и друге деменције нису нормалан дио старења, али су зато главни узроци беспомоћности у старости, посебно у интеракцији са другим, хроничним обољењима, којима су старији људи подложни (Prince, 2009). Ово доводи до бројних потешкоћа у извођењу свакодневних задатака и активности и до неизбјежног губитка способности за базичну бригу о себи, што имплицира потребу за његом од стране других (Prince, 2009). Стога, не изненађује зашто је, након рака, Алцхајмерова болест друго по реду обољење којег се људи највише (и све више) плаше (MetLife Foundation, 2011).

Иако се интензивно ради на бољем разумијевању узрока и осмишљавању бољих третмана за Алцхајмер и деменцију, за ове болести још увијек не постоји лијек, већ само парцијално ефикасни и на редукцију симптома усмјерени третмани (Prince, 2009). Одговарајућом медикаментацијом могуће је, посебно у раним фазама болести, побољшати когнитивно функционисање, иако нити једна од постојећих терапија није у

---

<sup>2</sup> Неки срединско-контролабилни фактори сами по себи могу подразумевати одређену генетску предиспозицију (нпр. повишен крвни притисак), али су, такође, под јаким срединским утицајем, што значи да могу бити дјелимично или потпуно превенирани одговарајућим поступцима саме особе, због чега им се и додаје атрибут „контролабилни“.

стању да измијени прогресивни курс болести (Prince, 2009). Када је ријеч о већини кључних симптома деменције, нефармаколошке, односно психолошке и психосоцијалне интервенције (нпр. психо-едукације, психотерапије, савјетовања и сл.) могу бити подједнако ефикасне као и фармаколошке, посебно када је ријеч о унапређењу квалитета живота особа с деменцијом и њихових породица (Prince, 2009; Brodaty, Green, & Koschera, 2003; Piquart & Sørensen, 2006; Smits et al., 2007; Spijker et al., 2008). У том смислу, улога психолога у третирању деменције, нарочито Алцхајмерове болести, је значајна. Управо због значаја који психолог има, у чланку су приказани послови које он може да обавља у тиму за борбу против Алцхајмерове болести. У приказивању ових задатака ослањали смо се, не само на актуелну литературу, већ и на личну комуникацију с иностраним експертима, који се овим проблемима баве у оквиру своје свакодневне праксе.

### **Улога психолога у превенцији, дијагнози и третману Алцхајмерове болести**

Због сложености ових болести, лијечењу Алцхајмера и деменције потребно је приступити тимски. Тим (идеално) треба да чине медицинска сестра, љекар опште праксе, геријатриста, неуролог неуропсихијатар и/или геријатријски психијатар, социјални радник, психолог, фармацеут, физиотерапеут, нутрициониста, члан породице или старатељ (Gitlin&Vause-Earland, 2009). У процесу третмана нагласак је стављен на ублажавање симптома и побољшање квалитета живота (Gitlin&Vause-Earland, 2009; Prince, 2009). У контексту побољшавања квалитета живота, могуће је и потребно помагати како обољелим тако и њиховим породицама и/или особама које им пружају неформалну бригу јер су и оне под повећаним ризиком за јављање већег броја психолошких потешкоћа (Sørensen, Duberstein, Gill, & Piquart, 2006; Piquart & Sorensen, 2003).

Допринос психолога може бити посебно важан у сљедећим областима дјеловања: (а) проучавању Алцхајмерове болести, изради и примјени дијагностичких инструмената, (б) раду с обољелим лицима у почетним стадијумима болести, (ц) раду са породицама обољелих, и (д) превенцији.

## Проучавање Алцхајмерове болести, израда и примјена дијагностичких инструмената

Психолози имају значајну улогу у истраживачким тимовима Алцхајмерове болести, посебно када је ријеч о (а) истраживању популације која има деменцију,<sup>3</sup>(б) унапређивању постојећих тестова, (в) превођењу тестова са других језика, (г) прилагођавању тестова људима с деменцијом (D. Moraitou, лична комуникација, 13. децембар, 2013).

За Алцхајмерову болест још увијек не постоје високо поуздани и јефтини лабораторијски тестови (нпр. анализа крви) који потврђују постојање ове болести. Истовремено, дијагноза подразумијева и утврђивање степена когнитивног пропадања и потешкоћа које из тога произилазе, због чега је у дијагностици и процјени ризика неопходна примјена психолошких тестова (Ballard & Gauthier, 2009; Prince, 2009). Како би психолози адекватно обављали своју функцију, важно је да су кориштени психолошки тестови високопоуздани и предиктивно валидни.

У пракси се често користе тестови са других говорних подручја (типично: тестови са енглеских на не-енглеским говорним подручјима). Проблем који се тада јавља јесте адаптација, валидација и нормирање тестова након превода (Manly & Mayeux, 2004). Наиме, разлике у језицима и културама могу довести до тога да одређени тестовни задаци након превода на неки језик постану лакши или тежи (или сасвим неприкладни).<sup>4</sup> Такође, значајни психометријски проблеми се јављају и у психодијагностичком раду са припадницима мањина, билингвалним или ниско образованим особама (Manly & Mayeux, 2004), пошто психолог може доћи у ситуацију да пацијент не разумије питања. Стога, психолози могу/требају да раде на валидацији, прилагођавању и нормирању преведених тестова, превођењу (по потреби, у сарадњи са професионалним преводиоцима), као и изради што једноставнијих и краћих тестова (јер тестирања могу бити јако заморна и дуга) којима, при томе, психометријске карактеристике нису нарушене.

---

<sup>3</sup> Истраживања везана за људе који имају деменцију могу подразумијевати како испитивања специфичних проблема карактеристичних за ову групу људи тако и компаративна истраживања у односу на узорке људи из популације без ове болести. Такође, могуће је вршити компарацију људи са различитим облицима деменције, као и компарацију људи с деменцијом с људима који болују од неких других, али за поређење релевантних болести (нпр. испитивање разлика у вербалној флуентности код људи с Алцхајмером, Паркинсоновом болести и депресијом; Aгаџоет ал., 2011).

<sup>4</sup> На примјер, задаци који мјере вербалну флуентност, попут именована што већег броја животиња у јединици времена, могу довести у неравноправну позицију испитанике који говоре језике у којима је већина имена животиња вишесложна (нпр. шпански), у односу на језике у којима је већина једносложна (нпр. вијетнамски) (Kempler, Teng, Dick, Taussig, & Davis, 1998).

Велике проблеме у вези са Алцхајмером представља то што је дијагностички недовољно препознат и што је дијагностиковање често отежано и закашњело (Alzheimer's Association, 2015; Bondet al., 2005). Због два честа лажна увјерења: да је деменција нормална фаза старења и да ништа не може бити учињено поводом тога (Prince, 2009), постоји велика инертност и у тражењу и у пружању помоћи. Илустрације ради, 70% људи који брину о особама с деменцијом у развијеним европским земљама је рекло да нису били свјесни симптома Алцхајмера прије дијагнозе (Bondet al., 2005), а 58% (Bondet al., 2005), односно 36% (Jones, Mackell, Berthet, & Кнох, 2010) је вјеровало да су ти симптоми нормалан дио старења. Због ових и сличних разлога, просјечно вријеме које протекне од опажања симптома до њиховог пријављивања љекару је готово годину дана (Bondet al., 2005; Jones et al., 2010), а просјечно вријеме од првог опажања симптома до дијагнозе обично се догађа са закашњењем од непуних годину дана (Jones et al., 2010) до 20 мјесеци (Bondet al., 2005). Процјењује се да је у САД-у дијагностиковано само пола од укупног процијењеног броја људи који болују од Алцхајмера (Alzheimer's Association, 2015), а бројке за развијене земље се у просјеку крећу између једне четвртине и половине (Prince, Bruce, & Ferri, 2011).

Рана дијагноза је од велике важности (Hamilton, 2001; Prince et al., 2011) јер омогућава да се многи симптоми третирају на вријеме, што повећава шансу да пацијент дуже одржи нормалан живот. Она елиминише неизвјесност и омогућава пацијенту више времена да донесе кључне одлуке о свом животу и лијечењу. Упркос томе што мали процент свих облика деменције отпочне прије 65. године (Prince, 2009), постоје назнаке да Алцхајмеру претходе суптилне когнитивне промјене које се јављају много раније (Sperling et al., 2011; Weissberger, Salmon, Bondi, & Gollan, 2013). Због овог би, са аспекта ране детекције, психолошки тестови могли бити непроцјењиви, иако су истраживања „преклиничког Алцхајмера“ још увијек у повоју (Sperling et al., 2011), а развој прикладних психолошких мјерних инструмената за ове потребе тек предстоји.

Клинички психодијагностички преглед особе с (могућом) деменцијом или Алцхајмером је сличан прегледу било које особе која има когнитивне сметње. Пожељно је да се узму додатне информације од особе која се брине о пацијенту (супружник, дијете, пријатељ, сарадник...), пошто су истраживања показала да су информације о проблемима у памћењу које пријави особа која се брине о пацијенту предиктивне за исход дијагностичког прегледа (Carr, Gray, Baty, & Morris, 2000).

Као исход АЛЦОВЕ (енг. ALzheimer's COoperative Valuation in Europe – ALCOVE, иницијативе коју је покренуо Европски комитет), формирана су четири принципа дијагнозе деменције/Алцхајмера (Brooker, La Fontaine, Evans, Bray, & Saad, 2014): 1) дијагноза треба бити правовремена и доступна свима; 2) умањење страха и стигме о деменцији су нужни предуслови за масовније дијагностиковање; 3) права и жеље особа с деменцијом требају бити на првом мјесту, и 4) давање и примање дијагнозе је кључна интервенција у комплексном процесу прилагођавања на живот с деменцијом.

Када је ријеч о конкретним дијагностичким корацима за успостављање дијагнозе деменције, према ДСМ-5 приручнику (American Psychiatric Association, 2013), потребно је утврдити да ли је ријеч о лакшем или тежем виду неурокогнитивног поремећаја, као и шта је највјероватнији узрочник (нпр. Алцхајмерова болест, ХИВ инфекција, Прионова болест, Паркинсонова болест, Хантингтонова болест итд.). За испуњавање услова за тежи неурокогнитивни поремећај, особа мора испољавати значајно когнитивно пропадање и оно мора нарушавати независност у обављању свакодневних активности; за испуњавање услова за блажи неурокогнитивни поремећај, морају бити присутни трагови блажег когнитивног пропадања, при чему оно не нарушава независност у обављању свакодневних активности (односно, особа их може обављати самостално, али то захтијева веће менталне напоре).

У сврху оваквих процјена, психолозима на располагању стоји велики број различитих тестова који мјере:

- 1) глобално когнитивно функционисање; на примјер: *Mini-mental state examination – MMSE* (Folstein, Folstein, &McHugh, 1975), *Montreal cognitive assessment – MOCA* (Nasreddine et al., 2005), *Cambridge mental disorders of the elderly examination – CAMDEX* (Roth et al., 1986) итд.
- 2) памћење; на примјер: *Rey auditory verbal learning test – RAVLT* (Rey, 1958), *Rivermead behavioural memory test – RBMT* (Wilson et al., 2008) итд.
- 3) језичке способности; на примјер: *Boston naming test – BNT* (Kaplan, Goodglass, & Weintraub, 1983), *Boston diagnostic aphasia examination – BDAE* (Goodglass& Kaplan, 1983); разноврсни задаци вербалне флуентности, нарочито семантичке (Araujo et al., 2011; Gomez& White, 2006; Henry, Crawford, & Phillips, 2004; Jones, Laukka, & Bäckman, 2006) итд.
- 4) пажњу; на примјер: *Test of everyday attention – TEA* (Robertson, Ward, Ridgeway, & Nimmo-Smith, 1996), *STROOP test* (Ben-David, Tewari, Shakuf, & Van Lieshout, 2014; Stroop, 1935), *Wisconsin card sorting test – WCST* (Berg, 1948), *WAIS* (Wechsler

- Adult Intelligence Scale*) суштествови: *Digit span* и *Digit symbol test* (Wechsler, 1981), *Clock drawing test* (Brodaty & Moore, 1997; Esteban-Santillan, Praditsuwan, Veda, & Geldmacher, 1998) итд.
- 5) визуелно-конструкцијске способности; на примјер: *Rey-Osterrieth complex figure test – ROCFT* (Osterrieth, 1944; Rey, 1941) итд.
  - 6) способности функционисања; на примјер: *Functional cognitive assessment scale – FUCAS* (Kounti, Tsolaki, & Kiosseoglou, 2006), *Functional Rating Scale of Symptoms of Dementia – FRSSD* (Hutton, Dippel, & Loewenson, 1988), *Instrumental activities of Daily living scale – IADL* (Lawton & Brody, 1969) итд.
  - 7) депресију/анксиозност/понашајне симптоме; на примјер: *Neuropsychiatric Inventory – NPI* (Cummings et al., 1994), *Geriatric Depression Scale – GDS* (Yesavage, et al., 1983), *Beck Anxiety Inventory – BAI* (Beck & Steer, 1990), *Beck Depression Inventory – BDI* (Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961).
  - 8) фазе деменције; на примјер: *Clinical Dementia Rating – CDR* (Morris, 1993).

### **Рад с обољелим од Алцхајмерове болести у почетним стадијумима болести**

Живот с Алцхајмером и другим облицима деменције подразумева сложено психолошко и емоционално прилагођавање на болест и њену прогресивну природу (Brooker et al., 2014), што је само по себи дистресно и праћено великим бројем ризика за јављање психолошких проблема (Ballard & Gauthier, 2009; Ferri & Ames, 2004; Prince, 2009; Sörensen et al., 2006; World Health Organization, 2012). Нарочито је деликатна последња фаза деменције јер тражи константну његу (Ballard & Gauthier, 2009; World Health Organization, 2012).

Истраживања показују да су бихејвиорални и психолошки симптоми деменције (БПСД) главни узрочници погоршања квалитета живота обољеле особе и представљају највећи извор потешкоћа за оне који брину о тој особи (Ferri & Ames, 2004), а емоционална реакција, тј. резултантни дистрес пружалаца бриге на БПСД, представља основне узроке смјештања обољелих у институције (Vugt et al., 2005), пошто пружаоци бриге престају да буду у стању да се с овим проблемима носе.

Психолог може да допринесе у раду с обољелима у, практично, свим фазама и фацетама болести. Када је ријеч о третманима који су усмјерени на емоционално функционисање пацијента, суочавање с болешћу, боље подношење промјена које наступају и побољшање БПСД, генерално, психолог на располагању има бројне



психотерапијско-савјетодавне технике (Chancellor, Duncan, & Chatterjee, 2014; Junaid & Hegde, 2007; Kasl-Godley & Gatz, 2000; Livingston, Johnston, Katona, Paton, & Lyketsos, 2005; Matsuda, 2007; Prince, 2009; Sadowsky & Galvin, 2012; Scott & Clare, 2003; Spector, Gardner, & Orrell, 2011; Tripathi & Tiwari, 2009; за врло детаљан преглед широког спектра терапијских техника намијењених раду са особама с деменцијом погледати и: National Collaborating Centre for Mental Health, 2007). Главни проблем у вези с њиховом употребом јесте још увијек недовољна потврђеност, иако неки постојећи налази дјелују обећавајуће (Prince, 2009).

Постоје мишљења да и најосновнији вид супортивне психотерапије може бити врло практичан начин за помагање људима с деменцијом да се боље прилагоде животу с овом болешћу (Junaid & Hegde, 2007; Tripathi & Tiwari, 2009). Премда не постоје налази који ово негирају, неопходна је боља емпиријска провјера таквих тврдњи, имајући у виду да два позната на емоције усмјерена приступа (Tripathi & Tiwari, 2009) – валидациона терапија<sup>5</sup> и терапија присјећања<sup>6</sup>, не показују готово никакву (валидациона терапија), односно не велику (терапија присјећања) ефикасност у раду са особама с деменцијом (Livingston et al., 2005; Tripathi & Tiwari, 2009). Сугестија за психологе јесте да је, због неефикасности, валидациону терапију, као и све технике и приступе који се на њој заснивају, пожељно избјегавати у раду с особама које болују од Алцхајмера/деменције. Терапију присјећања требало би примјењивати уз одређену дозу резерве и без превеликих очекивања.

Терапија оријентације на реалност (енг. Reality Orientation Therapy), која је заснована на когнитивном приступу, такође спада у групу неефикасних психолошких третмана које треба избјегавати (Livingston et al., 2005). Заснива се на идеји да ометеност у распознавању оријентационих информација, какве су дан, датум, вријеме, временске прилике, имена и сл. онемогућава пацијента у нормалном функционисању и да подсјећање на ове информације може бити благотворно (Livingston et al., 2005). Терапија когнитивне оријентације представља дериват терапије оријентације на

---

<sup>5</sup> Валидациона терапија охрабрује и валидира испољавање емоција (Livingston et al., 2005). У контексту рада с особама које болују од деменције, терапеут покушава да емпатише с осјећањима и значењем скривеним иза конфузног говора и понашања, при чему је емоционални садржај изреченог важнији од оријентације на садашњост (Tripathi & Tiwari, 2009).

<sup>6</sup> Терапија присјећања покушава да стимулише сјећања и расположење у контексту пацијентове животне историје (Tripathi & Tiwari, 2009). Терапеут помаже пацијенту с деменцијом да евоцира и поново проживи позитивна искуства из ранијег живота. За ове потребе могу се, нпр. користити старе новине или предмети из кућанства (Livingston et al., 2005).

реалност,<sup>7</sup> али остварује већи ниво ефикасности (Livingston et al., 2005; Spector et al., 2011), посебно у комбинацији са лековима (донепезил), када је ефикасност у умањењу когнитивног пропадања висока (Matsuda, 2007).

Психолог с обољелима може примјењивати и различите видове арт терапије (Chancellor et al., 2014; Livingston et al., 2005). Један новији преглед литературе (Chancellor et al., 2014) сугерише да људи с деменцијом, уз адекватну структуру, могу продуковати завидна дјела визуелне умјетности и да им учешће у оваквим активностима причињава задовољство и побољшава неуропсихијатријске симптоме, социјално понашање и самопоштовање. Ипак, још увијек није јасно да ли се и у којој мјери ови бенефити генерализују изван умјетничког студија. Слични позитивни ефекти добијају се и као резултат музичке терапије и неких облика сензорне стимулације, али ефекти трају само за вријеме сеансе и немају дугорочни трансфер (Livingston et al., 2005).

У групу најефикаснијих терапијских приступа које психолог може примјењивати у раду с особама које болују од деменције/Алцхајмера спадају класичне бихејвиоралне технике усмјерене на индивидуално понашање (Livingston et al., 2005; Tripathi & Tiwari, 2009). Овај приступ је генерално ефикасан за редукцију неуропсихијатријских симптома и његови ефекти се дуго задржавају (Livingston et al., 2005; Tripathi & Tiwari, 2009). Бихејвиорална терапија подразумијева пажљиву анализу конкретног понашања и утврђивање када, гдје и колико често се јавља, уз процјену конкретних стимулуса и реакција за свако проблематично понашање. Активности/стимулусе који конзистентно претходе нежељеном понашању треба избјегавати кад год је могуће. Ако је ријеч о активностима које су нужне (нпр. купање) могуће је умањити њихову фреквенцију или бар промијенити околину како би се умањиле могуће нежељене последице (Tripathi & Tiwari, 2009). Постоје назнаке да се у категорију врло успјешних терапија, под одређеним околностима (нпр. рана фаза болести), може сврстати и когнитивно-бихејвиорална терапија (Sadowsky & Galvin, 2012).

У раду који је усмјерен на когнитивне вјежбе могуће је користити и модерне информационе и мултимедијалне технологије, укључујући видео материјале (M. Gialaouzidis, лична комуникација, 17. децембар, 2013) и компјутерске програме (Barnes et al., 2009; Cipriani, Bianchetti, & Trabucchi, 2006; Hofmann et al., 2003) и сл. Предности

---

<sup>7</sup> Терапија когнитивне оријентације се заснива на процесирању информација, а не на чињеничном знању (као терапија оријентације на реалност) и подразумијева сет стандардних задатака (као што су читање наглас, аритметичке калкулације и сл.) који се односе на одређену когнитивну функцију (нпр. меморију или извршне функције) (Livingston et al., 2005; Matsuda, 2007; Tripathi & Tiwari, 2009).

оваквог приступа су лакше задавање задатака и праћење скорова, убрзан рад и могућност индивидуализованог рада, што значи да пацијенти могу добијати задатке у складу са својим стадијумом деменције. Међутим, треба бити свјестан могућих проблема који се могу јавити при самом руковању компјутерском опремом јер је реалистично да ће (бар у ближој будућности) значајан број пацијената долазити из редова људи који нису упознати за актуелним компјутерским технологијама због чега би могли испољавати потешкоће или отпор према оваквим модалитетима рада.

Когнитивни тренинзи, као облик нефармаколошке терапије за особе с Алцхајмером/деменцијом, све се учесталије примјењују и изучавају и својеврстан су „хит“, добрим дијелом захваљујући све увјерљивијим потврдама ефикасности (Hosseini, Kramer, & Kesler, 2014; Li et al., 2011; Rodakowski, Saghafi, Butters, & Skidmore, 2015). Суштина свих ових техника огледа се у томе да пред пацијенте бивају постављени одређени когнитивно-интелектуално стимулишући/захтјевни задаци, које треба да рјешавају. Међутим, велика је вјероватноћа да су многи пацијенти, посебно они нижег формалног образовања, врло ријетко или никада имали прилику да раде овакве задатке. Због тога је веома важно избјећи могућност да пацијенти стекну дојам да су „сами криви“, тј. да су обољели због тога што раније нису „вјежбали мозак“ (Gatz, 2005).

Проблем са којим се психолози, такође, могу редовно сретати јесте да многе особе не желе да долазе на третмане јер не препознају свој проблем или имају превише обавеза (M. Gialaouzidis, лична комуникација, 17. децембар, 2013).

Треба нагласити и то да су још увијек отворена питања да ли су третмани ефикаснији када се спроводе групно или индивидуално; који су ефикаснији у ком модалитету и под којим околностима (Scott & Clare, 2003). Сличне дилеме су отворене и када је ријеч о потенцијалној ефикасности група подршке (енг. Support groups) за рад са особама које болују од Алцхајмера/деменције (Kasl-Godley & Gatz, 2000).

### **Рад са породицама обољелих**

Психолози морају бити осјетљиви на страхове и проблеме обољелих од деменције, али и на страхове и проблеме њихових ближњих. Није лако прихватити да драга особа болује од неизлечиве болести (McCurry & Teri, 2006), нити је лако о њој бринути, без посљедица по властито психичко здравље (McCurry & Teri, 2006; Ferri & Ames, 2004; Pinguart & Sorensen, 2003; Prince, 2009; Sörensen et al., 2006; Vugtet al., 2005). Ово је врло неповољно, посебно због бројних бенефита које члан породице –

пружалац бриге може имати по обољелу особу (McCurry & Teri, 2006; Sörensen et al., 2006). Зато је психолошка помоћ члановима породица од непроцјењиве важности како због њих самих тако и због тога да би могли да наставе да се брину о обољелима (Hamill & Mahony, 2011).

Рад са породицама обољелих особа може укључивати различите активности психолога, од којих су најчешће (М. Egkiazarova, лична комуникација, 13. децембар, 2013):

- помагање члановима породице да упознају и боље разумију болест,
- рад на разумијевању емоција како личних тако и обољеле особе,
- припремање чланова породице на оно што долази,
- вођење групне или породичне терапије,
- пружање савјетодавне подршке породици,
- пружање информација о томе како водити рачуна о особи с деменцијом итд.

Један од првих задатака психолога јесте да породицу обољеле особе детаљно упозна са Алцхајмеровом болешћу и деменцијом, што доприноси да породица боље разумије обољелу особу и њено понашање.

Кроз разговоре са психологом, чланови породице дијеле своја осјећања и бриге. Разговор о сопственим емоцијама доприноси емоционалном растерећењу и смањењу анксиозности. Задатак психолога је, исто тако, да чланове породице припреми на прогресивну природу болести. Посебно је важно да психолог нагласи да је сваки случај различит, да дијагноза не значи да ће и њихова драга особа доћи у последњу, најтежу, фазу. Психолог се труди да породици смањи анксиозност због нечега што ће се (можда) догодити за 6-7 година; фокусира их на оно што се тренутно догађа и указује им на начине на који они могу помоћи, наглашавајући да је веома важно да воде рачуна о себи и о свом слободном времену (М. Egkiazarova, лична комуникација, 13. децембар, 2013).

Психологу је, у раду са члановима породица обољелих, на располагању врло широк дијапазон задовољавајуће ефикасних индивидуалних и групних психотерапијских и савјетодавних праваца и техника, као и психоедукативних и мултикомпонентних интервенција (Aboulafia-Brakha, Suchecki, Gouveia-Paulino, Nitri, & Ptak, 2014; Elvish, Lever, Johnstone, Cawley, & Keady, 2013; Hamill & Mahony, 2011; National Collaborating Centre for Mental Health, 2007; Prince, 2009; Sadowsky & Galvin, 2012). По ефикасности и потенцијалној практичној употребљивости истичу се групни когнитивно-бихејвиорални психотерапијски приступи (Aboulafia-Brakha et al., 2014).

Улога психолога може бити и информативна – да пружа информације о томе на који начин се неко може најбоље бринути о свом члану породице, а да то не угрожава његов лични интегритет. Може помоћи и у утврђивању који од савјета (који се наводе у едукативним материјалима – брошурама) највише одговарају датој ситуацији и како их примијенити (М. Egkiazarova, лична комуникација, 17. децембар, 2013).

Циљ ових задатака јесте да се побољша квалитет живота како пацијента тако и његове породице. Ипак, примарни циљ јесте побољшање комуникације у породици зато што без добре комуникације, породица неће бити у стању да помогне пацијенту (М. Egkiazarova, лична комуникација, 17. децембар, 2013).

### **Превенција појаве Алцхајмерове болести**

Први корак у превенцији јесте подизање нивоа свијести о Алцхајмеровој болести и другим деменцијама и умањење стигме (World Health Organization, 2012). Истовремено, потребно је указивати на важност саме превенције и у томе потенцирати контролабилне, тј. факторе који су у великој мјери под утицајем сваке индивидуе. Вјероватно најважнији међу овим факторима су пушење, образовање и физичка активност (Barnes & Yaffe, 2011). Посебно треба истаћи важност физичке активности (Barnes & Yaffe, 2011; Tortosa-Martínez & Clow, 2012) због чињенице да је физичка неактивност повезана и с другим ризико-факторима за Алцхајмер и деменцију, као што су депресија, гојазност, повишен крвни притисак и дијабетес. Стога би „иницијативе за повећање нивоа физичке активности током живота могле имати потенцијално драматичне ефекте на преваленцију АД [Алцхајмерове болести] и деменције током времена“ (Barnes & Yaffe, 2011, p. 826).

Сугеришемо да су психолози у врло повољном положају за реализацију успјешних стратегија превенције Алцхајмера и деменције, кроз промоцију здравог начина живота и образовања. Због чињенице да многи психолози раде у школама и да би требали бити на располагању ученицима за њихове емоционалне и друге проблеме, оваква упућеност ученика на психологе омогућава психолозима да се наметну као узор и особе од повјерења. То их аутоматски поставља у позицију да личним примјером промовишу образовање, физички активан начин живота и непушење, као и да о тим стварима информишу ученике и њихове родитеље. Слично се може констатовати и за психологе који раде у свим другим институцијама, у којима су у

позицији да остваре присан однос с клијентима, дјецом/адолесцентима или одраслима, што укључује центре за ментално здравље, савјетовалишта, педијатријске клинике итд.

Када савјетује пацијенте, чланове породице или људе који су забринути због генетског наслеђа (и у контексту превенције и у контексту успоравања напредовања болести), психолог се може руководити фразом: „Користи или изгуби“ (енг. „Use it or lose it.”) (M. Gialaouzidis, лична комуникација, 17. децембар, 2013). Ово се односи на схватање да, чак и када постоји генетска предиспозиција за болест, човјек разноврсним интелектуалним активностима, које спадају у контролабилне факторе, може тренирати свој мозак да не оболи или бар да што дуже остане здрав, а на исти начин се могу успоравати симптоми болести, ако су се већ јавили. Иако, као што смо већ навели, за оваква схватања постоји већи број потврда (Hosseini et al., 2014; Li et al., 2011; Rodakowski et al., 2015), нагласили смо и да треба бити опрезан приликом таквих констатација, како би се избјегао ризик да се људи почну самоокривљавати због евентуалне недовољне употребе таквих активности током живота (Gatz, 2005). Ово се дијелом може превенирати и истицањем других контролабилних фактора, поред когнитивних (нпр. физичка активност или вођење рачуна о исхрани), посебно у случају када је особа којој се психолог обраћа, евидентно, склонија неком од њих. Важно је нагласити да су ово само савјети и да представљају слободан избор особе, као и да се те активности могу извршавати онако како њима највише одговара (самостално, са партнером или пријатељима итд.) (M. Gialaouzidis, лична комуникација, 17. децембар, 2013).

Упркос чињеницама које иду у прилог хипотезе „Користи или изгуби“ (Hosseini et al., 2014; Li et al., 2011; Rodakowski et al., 2015), треба нагласити да ситуација у вези са проактивном превенцијом болести путем когнитивно-интелектуалних активности није разјашњена (Gatz, 2005). Оно што се са великом сигурношћу може констатовати јесте да овакви налази сугеришу да је већа „когнитивна резерва“ у вези са редукованим ризиком за Алцхајмер и да когнитивни тренинзи побољшавају перформансе, функционисање мозга и слику о себи код обољелих (Gatz, 2005). Међутим, ово аутоматски не значи да интензивније когнитивно-интелектуалне активности (што укључује и образовање) активно превенирају Ајцхајмер и деменцију (Gatz, 2005). Могуће је да особе са већим когнитивним резервама, најпросто, чешће бирају интелектуално стимулативније активности и послове, што води у „кокош или јаје“ дилему приликом интерпретације везе између обављања ментално стимулативних активности и нижег ризика за деменцију (Gatz, 2005). Из ових разлога могуће је да ће

се, с бољим разумијевањем ове проблематике, „Користи или изгуби“, односно препоруке о превентивним бенефитима образовања, временом промијенити. Психолози би, стога, требали активно да прате релевантну литературу из области у сврху давања ажурних и на релевантним сазнањима заснованих превентивних препорука.

Ипак, код особа код којих психолог жели да уради превенцију даљег напредовања болести, извјесно треба инсистирати на идеји когнитивног тренинга и понудити у томе јасну и стриктну структуру. Психолог чини сљедеће кораке: 1) задаје особи тестове који се користе приликом дијагностиковања Алцхајмерове болести; 2) након што је особа урадила тестове, детаљно проучава њихове резултате и уочава које су слабости особе, тачније на којим скалама је постигла најниже скорове, и 3) у складу с тим одређује интервенције, тј. прописује вјежбе (M. Gialaouzidis, лична комуникација, 17. децембар, 2013).

На крају, један од аспеката превенције јесте и рана детекција болести, о чему је већ било ријечи. Психолог-дијагностичар, употребом стандардизованих тестова, иако још увијек не може поуздано детектовати врло суптилне ране когнитивне промјене, које се јављају значајно прије Алцхајмерове болести (Sperling et al., 2011; Weissberger, Salmon, Bondi, & Gollan, 2013), може закључивати о назнакама когнитивног пропадања код старијих људи-клијената и тиме доприносити правовременој дијагнози.

## Закључак

Број људи који живе с неким обликом деменције у будућности ће значајно расти, нарочито у сиромашним земљама и земљама у развоју. У тим земљама овом питању се не посвећује пажња коју оно заслужује. Психолози нису довољно активни у рјешавању овог проблема нити (довољно) раде са особама с Алцхајмером/деменцијом, иако постоји велики број послова које могу да обављају у дијагностици, третману и превенцији, кроз које могу допринијети у борби против ове болести. У свјетлу тога, овај текст је иницијални информатор и ресурс за, надамо се, бољи третман обољелих од деменције и Алцхајмерове болести на овим просторима, али и позив колегама из струке за ангажовање, прије свега, на превенцији овог и других обољења, истицањем и промоцијом контролабилних фактора који су у великој мјери под утицајем сваке индивидуе.

## Литература

- Aboulafia-Brakha, T., Suchecki, D., Gouveia-Paulino, F., Nitrini, R., & Ptak, R. (2014). Cognitive-behavioural group therapy improves a psychophysiological marker of stress in caregivers of patients with Alzheimer's disease. *Aging & Mental Health, 18*(6), 801-808.
- Alzheimer Europe. (2013, May 06). *Prevalence of dementia in Europe*. Retrieved from <http://goo.gl/zwn44P>
- Alzheimer Europe. (2014). *Improving continence care for people with dementia living at home*. Rue Dicks, LU: Author.
- Alzheimer's Association. (2015). Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimer's & Dementia, 11*(3), 332+.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5<sup>th</sup> ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4<sup>th</sup> ed., text rev.). Washington, DC: Author.
- Araujo, N. B. D., Barca, M. L., Engedal, K., Coutinho, E. S. F., Deslandes, A. C., & Laks, J. (2011). Verbal fluency in Alzheimer's disease, Parkinson's disease, and major depression. *Clinics, 66*(4), 623-627.
- Ballard, C., & Gauthier, S. (2009). *Management of Dementia*, (2<sup>nd</sup> ed.). New York, NY: Informa Healthcare USA, Inc.
- Barnes, D. E., & Yaffe, K. (2011). The projected effect of risk factor reduction on Alzheimer's disease prevalence. *The Lancet Neurology, 10*(9), 819-828.
- Barnes, D. E., Yaffe, K., Belfor, N., Jagust, W. J., DeCarli, C., Reed, B. R., & Kramer, J. H. (2009). Computer-based cognitive training for mild cognitive impairment: Results from a pilot randomized, controlled trial. *Alzheimer Disease and Associated Disorders, 23*(3), 205-210.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry, 4*, 561-571.
- Ben-David, B. M., Tewari, A., Shakuf, V., & Van Lieshout, P. H. (2014). Stroop effects in Alzheimer's disease: Selective attention speed of processing, or color-naming? A Meta-Analysis. *Journal of Alzheimer's Disease, 38*(4), 923-938.
- Berg, E. A. (1948). A simple objective technique for measuring flexibility in thinking. *Journal of General Psychology, 39*(1), 15-22.
- Bond, J., Stave, C., Sganga, A., Vincenzino, O., O'Connell, B., & Stanley, R. L. (2005). Inequalities in dementia care across Europe: Key findings of the Facing Dementia Survey. *International Journal of Clinical Practice, 59*, 8-14.
- Brodsky, H., & Moore, C. M. (1997). The clock drawing test for dementia of the Alzheimer's type: A comparison of three scoring methods in a memory disorders clinic. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 12*(6), 619-627.
- Brodsky, H., Green, A., & Koschera, A. (2003). Meta-analysis of psychosocial interventions for caregivers of people with dementia. *Journal of the American Geriatrics Society, 51*(5), 657-664.
- Brooker, D., La Fontaine, J., Evans, S., Bray, J., & Saad, K. (2014). Public health guidance to facilitate timely diagnosis of dementia: Alzheimer's COoperative Valuation in Europe recommendations. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 29*(7), 682-693.
- Carr, D. B., Gray, S., Baty, J., Morris, J. C. (2000). The value of informant versus individual's complaints of memory impairment in early dementia. *Neurology, 55*, 1724-1726.



- Chancellor, B., Duncan, A., & Chatterjee, A. (2014). Art therapy for Alzheimer's disease and other dementias. *Journal of Alzheimer's Disease*, 39(1), 1-11.
- Cipriani, G., Bianchetti, A., & Trabucchi, M. (2006). Outcomes of a computer-based cognitive rehabilitation program on Alzheimer's disease patients compared with those on patients affected by mild cognitive impairment. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 43(3), 327-335.
- Cummings, J. L., Mega, M., Gray, K., Rosenberg-Thompson, S., Carusi, D. A., Gornbein, J. (1994). The neuropsychiatric inventory: Comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology*, 44, 2308-2314.
- Ebly, E. M., Parhad, I. M., Hogan, D. B., & Fung, T. S. (1994). Prevalence and types of dementia in the very old: Results from the Canadian study of health and aging. *Neurology*, 44, 1593-1600.
- Elvish, R., Lever, S., Johnstone, J., Cawley, R., & Keady, J. (2013). Psychological interventions for carers of people with dementia: A systematic review of quantitative and qualitative evidence. *Counselling & Psychotherapy Research*, 13(2), 106-125.
- Esteban-Santillan, C., Praditsuwan, R., Veda, H., & Geldmacher, D. S. (1998). Clock drawing test in very mild Alzheimer's disease. *Journal of the American Geriatrics Society*, 46(10), 1266-1269.
- Ferri, C. P., & Ames, D. (2004). Behavioral and psychological symptoms of dementia in developing countries. *International Psychogeriatrics*, 16(04), 441-459.
- Ferri, C. P., Prince, M., Brayne, C., Brodaty, H., Fratiglioni, L., Ganguli, M., ... Sczufca, M. (2006). Global prevalence of dementia: A Delphi consensus study. *The Lancet*, 366(9503), 2112-2117.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3): 189-198.
- Ganguli, M., Blacker, D., Blazer, D. G., Grant, I., Jeste, D. V., Paulsen, J. S., ... Sachdev, P. S. (2011). Classification of neurocognitive disorders in DSM-5: A work in progress. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 19(3), 205-210.
- Gatz, M. (2005). Educating the brain to avoid dementia: Can mental exercise prevent Alzheimer disease? *PLoS Medicine*, 2(1), e7.
- Gitlin, L. N. & Vause-Earland, T. (2009). Improving Quality of Life in Individuals with Dementia: The Role of Nonpharmacologic Approaches in Rehabilitation. In J. H. Stone, & M. Blouin (Eds.), *International encyclopedia of rehabilitation*. Retrieved from <http://goo.gl/5pTeK7>
- Gomez, R. G., & White, D. A. (2006). Using verbal fluency to detect very mild dementia of the Alzheimer type. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 21(8), 771-775.
- Goodglass, H., & Kaplan, E. (1983). *The assessment of aphasia and related disorders* (2<sup>nd</sup> ed.). Philadelphia, PA: Lea & Febiger.
- Hamill, M., & Mahony, K. (2011). 'The long goodbye': Cognitive analytic therapy with carers of people with dementia. *British Journal of Psychotherapy*, 27(3), 292-304.
- Hamilton, L. (2001). Dementia: Early diagnosis is vital for best care. *Nursing Times*, 97(9), 41-42.
- Henry, J. D., Crawford, J. R., & Phillips, L. H. (2004). Verbal fluency performance in dementia of the Alzheimer's type: A meta-analysis. *Neuropsychologia*, 42(9), 1212-1222.
- Hofmann, M., Rösler, A., Schwarz, W., Müller-Spahn, F., Kräuchi, K., Hock, C., & Seifritz, E. (2003). Interactive computer-training as a therapeutic tool in Alzheimer's disease. *Comprehensive Psychiatry*, 44(3), 213-219.

- Hosseini, S. H., Kramer, J. H., & Kesler, S. R. (2014). Neural correlates of cognitive intervention in persons at risk of developing Alzheimer's disease. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 6. Retrieved from <http://goo.gl/om5ua4>
- Hutton, J. T., Dippel, R. L., & Loewenson, R. B. (1988). Functional rating scale for the symptoms of dementia. In J.J. Gallo, W. Reichel & L. Andersen (Eds.), *Handbook of geriatric assessment* (pp. 77-80). Rockville, MD: Aspen Publishers.
- Jones, R. W., Mackell, J., Berthet, K., & Knox, S. (2010). Assessing attitudes and behaviours surrounding Alzheimer's disease in Europe: Key findings of the Important Perspectives on Alzheimer's Care and Treatment (IMPACT) survey. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 14(7), 525-530.
- Jones, S., Laukka, E. J., & Bäckman, L. (2006). Differential verbal fluency deficits in the preclinical stages of Alzheimer's disease and vascular dementia. *Cortex*, 42(3), 347-355.
- Junaid, O., & Hegde, S. (2007). Supportive psychotherapy in dementia. *Advances in Psychiatric Treatment*, 13(1), 17-23.
- Kaplan, E., Goodglass, H., & Weintraub, S. (1983). *Boston Naming Test*. Philadelphia, PA: Lea & Febiger.
- Kasl-Godley, J., & Gatz, M. (2000). Psychosocial interventions for individuals with dementia: An integration of theory, therapy, and a clinical understanding of dementia. *Clinical Psychology Review*, 20(6), 755-782.
- Kempler, D., Teng, E. L., Dick, M., Taussig, I., & Davis, D. S. (1998). The effects of age, education, and ethnicity on verbal fluency. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 4(6), 531-538.
- Kounti, F., Tsolaki, M., & Kiosseoglou, G. (2006). Functional cognitive assessment scale (FUCAS): A new scale to assess executive cognitive function in daily life activities in patients with dementia and mild cognitive impairment. *Human Psychopharmacology*, 21(5), 305-311.
- Lawton, M. P., & Brody, E. M. (1969). Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*, 9, 179-189.
- Li, H., Li, J., Li, N., Li, B., Wang, P., & Zhou, T. (2011). Cognitive intervention for persons with mild cognitive impairment: A meta-analysis. *Ageing Research Reviews*, 10(2), 285-296.
- Livingston, G., Johnston, K., Katona, C., Paton, J., & Lyketsos, C. G. (2005). Systematic review of psychological approaches to the management of neuropsychiatric symptoms of dementia. *American Journal of Psychiatry*, 162(11), 1996-2021.
- Manly, J. J., & Mayeux, R. (2004). Ethnic differences in dementia and Alzheimer's disease. In N. B. Anderson, R. A. Bulatao, & B. Cohen (Eds.), *Critical perspectives on racial and ethnic differentials in health in late life* (pp. 95-141). Washington, DC: National Academies Press.
- Matsuda, O. (2007). Cognitive stimulation therapy for Alzheimer's disease: The effect of cognitive stimulation therapy on the progression of mild Alzheimer's disease in patients treated with donepezil. *International Psychogeriatrics*, 19(02), 241-252.
- McCurry, S., & Teri, L. (2006). *When a family member has dementia: Steps to becoming a resilient caregiver*. Westport, UK: Greenwood Publishing Group.
- MetLife Foundation. (2011). What America thinks: MetLife Foundation Alzheimer's survey. Retrieved from <https://goo.gl/OFzlyP>
- Morris, J. C. (1993). The clinical dementia rating (CDR): Current version and scoring rules. *Neurology*, 43, 2412-2414.
- Morris, J., & Kopelman, M. D. (1986). The memory deficits in Alzheimer-type dementia: A review. *The Quarterly Journal of Experimental Psychology*, 38, 575-602.

- Nasreddine, Z. S., Phillips, N. A., Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., Cummings, J. L., & Chertkow, H. (2005). The Montreal cognitive assessment (MoCA): A brief screening tool for mild cognitive impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53, 695-699.
- National Collaborating Centre for Mental Health. (2007). *Dementia: A NICE-SCIE guideline on supporting people with dementia and their carers in health and social care*. London, UK: British Psychological Society. Retrieved from <http://goo.gl/OpCFD8>
- Osterrieth, P. A. (1944). Filetest de copied'une figure complex: Contribution al'etude de la perception et de la memoire [The test of copying a complex figure: A contribution to the study of perception and memory]. *Archives de Psychologie*, 30, 286-356.
- Pinquart, M., & Sorensen, S. (2003). Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: A meta-analysis. *Psychology and Aging*, 18(2), 250-267.
- Pinquart, M., & Sörensen, S. (2006). Helping caregivers of persons with dementia: Which interventions work and how large are their effects? *International Psychogeriatrics*, 18(4), 577-595.
- Prince, M. (2009). *World Alzheimer report*. London, UK: Alzheimer Disease International.
- Prince, M., Bryce, R., Albanese, E., Wimo, A., Ribeiro, W., & Ferri, C. P. (2013). The global prevalence of dementia: A systematic review and metaanalysis. *Alzheimer's & Dementia*, 9(1), 63-75.
- Prince, M., Bryce, R., Ferri, C. (2011). *World Alzheimer report 2011: The benefits of early diagnosis and intervention*. London, UK: Alzheimer's Disease International.
- Rey, A. (1941). L'examen psychologique dans les cas d'encéphalopathie traumatique. (Les problems.).[The psychological examination in cases of traumatic encephalopathy.Problems.]. *Archives de Psychologie*, 28, 215-285.
- Rey, A. (1958). Mémorisation d'une série de 15 mots en 5 répétitions. In A. Rey (Ed.), *L'examen clinique en psychologie*. (pp. 139-193), Paris, FR: Presses Universitaires de France.
- Robertson, I. H., Ward, T., Ridgeway, V., & Nimmo-Smith, I. (1996). The structure of normal human attention: The test of everyday attention. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 2(6), 525-534.
- Rodakowski, J., Saghafi, E., Butters, M. A., & Skidmore, E. R. (2015). Non-pharmacological interventions for adults with mild cognitive impairment and early stage dementia: An updated scoping review. *Molecular Aspects of Medicine*. Advance online publication.
- Roth, M., Tym, E., Mountjoy, C. Q., Huppert, F.A., Hendrie, H., Verma S, Goddard, R. (1986). CAMDEX. A standardised instrument for the diagnosis of mental disorder in the elderly with special reference to the early detection of dementia. *British Journal of Psychiatry*, 149, 698-709.
- Sadowsky, C. H., & Galvin, J. E. (2012). Guidelines for the management of cognitive and behavioral problems in dementia. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 25(3), 350-366.
- Scott, J., & Clare, L. (2003). Do people with dementia benefit from psychological interventions offered on a group basis? *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 10(3), 186-196.
- Smits, C. M., De Lange, J., Dröes, R., Meiland, F., Vernooij-Dassen, M., & Pot, A. M. (2007). Effects of combined intervention programmes for people with dementia living at home and their caregivers: A systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(12), 1181-1193.

- Sörensen, S., Duberstein, P., Gill, D., & Pinquart, M. (2006). Dementia care: Mental health effects, intervention strategies, and clinical implications. *The Lancet Neurology*, 5(11), 961-973.
- Spector, A., Gardner, C., & Orrell, M. (2011). The impact of Cognitive Stimulation Therapy groups on people with dementia: Views from participants, their carers and group facilitators. *Aging & Mental Health*, 15(8), 945-949.
- Sperling, R. A., Aisen, P. S., Beckett, L. A., Bennett, D. A., Craft, S., Fagan, A. M., ... Phelps, C. H. (2011). Toward defining the preclinical stages of Alzheimer's disease: Recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimer's & Dementia*, 7(3), 280-292.
- Spijker, A., Vernooij-Dassen, M., Vasse, E., Adang, E., Wollersheim, H., Grol, R., & Verhey, F. (2008). Effectiveness of nonpharmacological interventions in delaying the institutionalization of patients with dementia: A meta-analysis. *Journal of the American Geriatrics Society*, 56(6), 1116-1128.
- Stroop, J. R. (1935). Studies of interference in serial verbal reactions. *Journal of Experimental Psychology*, 18(6), 643-662.
- Tortosa-Martínez, J., & Clow, A. (2012). Does physical activity reduce risk for Alzheimer's disease through interaction with the stress neuroendocrine system? *Stress*, 15(3), 243-261.
- Tripathi, R. K., & Tiwari, S. C. (2009). Psychotherapeutic approaches in the management of elderly with dementia: An overview. *Delhi Psychiatry Journal*, 12(1), 31-41.
- Vugt, M. E. D., Stevens, F., Aalten, P., Lousberg, R., Jaspers, N., & Verhey, F. R. (2005). A prospective study of the effects of behavioral symptoms on the institutionalization of patients with dementia. *International Psychogeriatrics*, 17(04), 577-589.
- Wechsler, D. (1981) Manual for the Wechsler adult intelligence scale – revised. New York, NY: Psychological Corporation.
- Weissberger, G. H., Salmon, D. P., Bondi, M. W., & Gollan, T. H. (2013). Which neuropsychological tests predict progression to Alzheimer's disease in Hispanics? *Neuropsychology*, 27(3), 343-355.
- Wilson, B. A., Greenfield, E., Clare, L., Baddeley, A., Cockburn, J., Watson, P., ... Crawford, J. (2008). *The Rivermead behavioral memory test – third edition*. London, UK: Pearson Assessment.
- World Health Organization. (2012). *Dementia: A public health priority*. Geneva, CH: Author.
- Yesavage, J.A., Brink, T.L., Rose, T.L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V.O. (1983). Development and validation of a Geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17, 37-49.

**Andrijana Radukić  
Strahinja Dimitrijević  
Siniša Subotić**

## **A ROLE OF PSYCHOLOGIST IN PREVENTION, DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF ALZHEIMER'S DISEASE**

**Summary:** This paper presents an overview of tasks that may be performed by a psychologist who works with people suffering from Alzheimer's disease. We thoroughly explained tasks in which the role of psychologists is particularly significant: (a) the study of Alzheimer's disease, development, and application of diagnostic instruments, (b) work with patients in the early stages of the disease, (c) work with families of patients, (d) prevention. This overview was made on the basis of relevant literature and personal communication with foreign experts. Special emphasis was put on a possible preventive role of the psychologists who do not work directly with the Alzheimer's patients (e.g. psychologists who work in schools).

**Key words:** Alzheimer's disease, dementia, prevention, diagnosis, treatment, (professional)role of psychologist