

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΗΠΕΙΡΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ ALZHEIMER ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ-ΤΡΙΑΣ



ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ:
ΠΑΠΑΓΙΑΝΝΟΠΟΥΛΟΥ Ε.

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ:
ΣΑΡΙΝΑΚΗ ΕΛΕΝΗ
ΦΑΡΜΑΚΗ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑ

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2011

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	4
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	5
ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ALZHEIMER	8
Η ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΝΟΣΟΥ ALZHEIMER	9
A' ΜΕΡΟΣ	11
1. ΕΓΚΕΦΑΛΟΣ, ΜΑΘΗΣΗ ΚΑΙ ΜΝΗΜΗ	12
2. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ALZHEIMER	18
3. ΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΣΤΗ ΝΟΣΟ ALZHEIMER	22
4. ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ALZHEIMER	25
5. DSM - I V ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΟΙΑ ΤΥΠΟΥ ALZHEIMER	36
6. ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΣΤΗ ΝΟΣΟ ALZHEIMER	38
7. ΣΤΑΔΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ	40
8. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ	42
9. ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ	52
B' ΜΕΡΟΣ	54
1. ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΑΝΟΪΚΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	55
2. ΑΡΧΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ALZHEIMER	58
3. ΑΝΑΓΚΕΣ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΝΟΪΚΩΝ ΣΤΗΝ ΕΠΙΚΕΙΜΕΝΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΟΥΣ	63
4. ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΝΟΪΚΟΥ ΑΣΘΕΝΗ	69
5. ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΗΣ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΟΤΗΤΑΣ ΤΟΥ ΑΝΟΪΚΟΥ	73
6. ΟΙ ΦΡΟΝΤΙΣΤΕΣ	81
7. ΠΡΟΛΗΨΗ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ & ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΤΟΥ ΑΝΟΪΚΟΥ	85
8. ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ- ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΝΟΗΤΙΚΗΣ ΕΝΔΥΝΑΜΩΣΗΣ	91
ΕΡΕΥΝΑ	100
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	113

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η αύξηση του μέσου όρου ζωής στις αναπτυγμένες, έχει σαν αποτέλεσμα την αύξηση της συχνότητας εμφάνισης των παθήσεων της τρίτης ηλικίας. Σε αυτές περιλαμβάνονται οι άνοιες. Σήμερα, οι άνοιες με συχνότερη τη νόσο Alzheimer (50-60% του συνόλου), αποτελούν μείζον ιατρικό, κοινωνικό και οικονομικό πρόβλημα. Ο αριθμός των ασθενών αυξάνεται αλματωδώς. Είναι μια εκφυλιστική νόσος του εγκεφάλου. Αρχικά της συμπτώματα αποτελούν η ήπια έκπτωση της μνήμης και των άλλων νοητικών λειτουργιών που συχνά περνούν απαρατήρητα τόσο από τον ίδιο τον ασθενή όσο και από τα μέλη της οικογένειάς του. Όσο όμως η νόσος εξελίσσεται, επηρεάζονται σταδιακά και οι δραστηριότητες της καθημερινής ζωής, δηλαδή οι κοινωνικές σχέσεις, η διαχείριση των οικονομικών, η οδήγηση, η φροντίδα του εαυτού. Με την πάροδο του χρόνου, οι δυσκολίες αυτές γίνονται τόσο σοβαρές ώστε ο ασθενής να εξαρτάται ολοκληρωτικά από τους άλλους. Στα παραπάνω προστίθενται ενίοτε και διαταραχές στη συμπεριφορά, απάθεια ή επιθετικότητα, διαταραχές ύπνου και όρεξης, υπερκινητικότητα. Μέχρι στιγμής δεν υπάρχει ριζική θεραπεία για την νόσο Alzheimer. Σήμερα όμως έχουμε στη διάθεσή μας φάρμακα που καθυστερούν σημαντικά την εξέλιξη της νόσου, ιδίως αν χορηγηθούν στα αρχικά στάδια. Οι ασθενείς σε θεραπεία επιδεινώνονται πολύ βραδύτερα από ότι αυτοί που δεν λαμβάνουν θεραπεία, η ποιότητα ζωής τους είναι σαφώς καλύτερη, ενώ ευκολότερη γίνεται η φροντίδα τους και μικρότερο το βάρος για τις οικογένειές τους. Τα τελευταία χρόνια παγκοσμίως χρησιμοποιούνται μη φαρμακευτικές θεραπείες, οι οποίες απευθύνονται κατά κύριο λόγο στους ασθενείς που βρίσκονται στο αρχικό ή μέσο στάδιο της νόσου και εφαρμόζονται σε συνδυασμό με τη φαρμακευτική αγωγή. Κοινός στόχος των μη φαρμακευτικών θεραπειών είναι η κινητοποίηση του ασθενούς, η ενίσχυση της αυτονομίας και της καθημερινής λειτουργικότητάς του και η βελτίωση της ποιότητας ζωής τόσο του ίδιου, όσο και της οικογένειάς του.

Λέξεις κλειδιά: άνοια, Alzheimer, φροντίδα, φροντιστές.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO 2002) η επιμήκυνση του προσδόκιμου ζωής των πληθυσμών παγκόσμια αποτελεί έναν από τους μεγαλύτερους θριάμβους της ανθρωπότητας, αλλά ταυτόχρονα και μία από τις σημαντικότερες προκλήσεις αφού η γήρανση θέτει αυξημένες οικονομικές και κοινωνικές απαιτήσεις πάνω σε όλα τα κράτη. Μέχρι το 2025 ο αριθμός των ατόμων άνω των 60 χρόνων θα αυξηθεί κατά 250% και μέχρι το 2050 ο αριθμός αυτός θα φθάσει τα δύο δισεκατομμύρια, αντικαθιστώντας την τριγωνική πληθυσμιακή πυραμίδα με μια περισσότερο κυλινδρική δομή (WHO, 2000).

Μέχρι αυτή την χρονολογία, το ένα τρίτο του πληθυσμού ορισμένων χωρών, θα αποτελείται από άτομα άνω των 60 ετών κυρίως σε χώρες όπως είναι η Ιταλία, η Γερμανία, η Ιαπωνία και η Ελλάδα και δεδομένων των τρεχουσών δημογραφικών τάσεων, οι διαστάσεις του προβλήματος της δημόσιας υγείας ιδιαίτερα για τις αναπτυσσόμενες κοινωνίες φαίνεται ότι θα αυξηθούν δραματικά τις επόμενες δεκαετίες. Οι Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής και ο Καναδάς βρίσκονται σε παρόμοια κατάσταση, ενώ το φαινόμενο αυτό δεν αποτελεί προνόμιο των ανεπτυγμένων χωρών, διότι ένα μεγάλο ποσοστό ηλικιωμένων ατόμων ήδη ζει σε αναπτυσσόμενες χώρες. Ιδιαίτερο πρόβλημα αντιμετωπίζει η Ευρώπη με το φαινόμενο του «Ευρωγήρατος» που σε συνδυασμό με την υπογεννητικότητα και την αύξηση του χρόνου που αναμένεται να ζήσει ο Ευρωπαίος πολίτης, αποτελεί μείζον κοινωνικό, οικονομικό αλλά και πρόβλημα δημόσιας υγείας (WHO, 2000).

Η ανάπτυξη της επιστήμης και της ιατρικής τεχνολογίας έχει αυξήσει τον αριθμό των ανθρώπων που φθάνουν σε βαθύ γήρας και παρόλο που το γήρας καθαυτό δεν προκαλεί ασθένειες, σχετίζεται με διάφορα προβλήματα υγείας, αναπηρίες και ειδικά άνοιες. Ο μεγαλύτερος αριθμός των λειτουργικά εξαρτημένων ατόμων με άνοια παραμένει στο σπίτι του στην κοινότητα, που είναι και ο προτιμώμενος τόπος διαμονής παρά σε ίδρυμα, με την οικογένεια να παρέχει το μεγαλύτερο όγκο φροντίδας. Εξάλλου η παραμονή στο σπίτι έχει συνδεθεί με μεγαλύτερη μακροβιότητα, καλύτερη ποιότητα ζωής και στοιχίζει λιγότερο. Σύμφωνα με πρόσφατες αναφορές που έχουν γίνει στο

Κογκρέσο (ΗΠΑ) 22 εκατομμύρια άτομα φροντίζουν 14 εκατομμύρια ηλικιωμένους Αμερικανούς και ο αριθμός αυτός αναμένεται να αυξηθεί σε 40 εκατομμύρια οικογενειακούς φροντιστές μέχρι το έτος 2025 ενώ άλλα δημοσιεύματα ανεβάζουν τον αριθμό αυτό σε 52 εκατομμύρια φροντιστές. Στην Ευρώπη η μελέτη EUROFAMCARE που έχει γίνει σε 23 χώρες, έδειξε ότι στην Ελλάδα οι οικογένειες προσφέρουν περίπου 80% της φροντίδας που χρειάζονται τα εξαρτημένα ηλικιωμένα άτομα (Mestheneos et al, 2004).

Ο όρος άνοια χρησιμοποιείται για καταστάσεις οι οποίες χαρακτηρίζονται από χρόνια και προοδευτικά εξελισσόμενη έκπτωση των νοητικών λειτουργιών η οποία περιλαμβάνει τη μνήμη και τον προσανατολισμό στο χώρο και το χρόνο, την κριτική ικανότητα και την ολοκληρωμένη σκέψη, την αντιληπτικότητα και τη νοητική επεξεργασία των έξωθεν ερεθισμάτων καθώς και τη «λογική» ανταπόκριση σε αυτά, την ικανότητα μάθησης, πρόσληψης γνώσεων και την ταχύτητα σκέψης. Τα διαγνωστικά κριτήρια DSM IV για την άνοια τύπου Alzheimer περιλαμβάνουν την ανάπτυξη πολλαπλών νοητικών ελλειμμάτων τα οποία εκδηλώνονται με προβλήματα της μνήμης και διαταραχές του λόγου, απραξία, αγνωσία και διαταραχές στην εκτελεστική λειτουργικότητα. Αυτή η προσβολή των νοητικών διαταραχών οδηγεί σε γενικότερη διαταραχή της συμπεριφοράς του ατόμου και αποδόμηση της προσωπικότητας του.

Οι καθαυτές άνοιες που αποτελούν ιδιαίτερες νοσολογικές οντότητες είναι η νόσος Alzheimer, η νόσος Pick, η γεροντική άνοια και η αρτηριοσκληρυντική ή πολυεμφρακτική άνοια. Δύο επιπλέον ομάδες νοσημάτων είναι δυνατό να παρουσιάσουν παρόμοιες εκδηλώσεις. Στην πρώτη ομάδα κατατάσσονται νευρολογικά νοσήματα όπως η επιληψία, η νόσος του Parkinson, η χορεία Huntington, η σκλήρυνση κατά πλάκας, κраниοεγκεφαλικές κακώσεις, λοιμώξεις όπως η νόσος Jacob-Cretzfeld και άλλα. Η δεύτερη κατηγορία περιλαμβάνει άνοιες που εμφανίζονται σε γενικά νοσήματα με κυριότερα τον υποθυρεοειδισμό, τη στέρηση βιταμίνης B12, το χρόνια αλκοολισμό, την ηπατική ανεπάρκεια, νεοπλάσματα, ουραιμία και νοσήματα του κολλαγόνου. Μια άλλη αιτιολογική ταξινόμηση διακρίνει ανάμεσα σε εκφυλιστικές, αγγειακές, μεταβολικές – τοξικές, λοιμώδεις και φλεγμονώδεις αιτίες της άνοιας, προσθέτοντας τα τραύματα, τα νεοπλάσματα και τον υδροκέφαλο (Τσολάκη & Κάζης, 2005).

Η συχνότερη άνοια είναι η Νόσος Alzheimer (50-80%) και ακολουθεί η άνοια με σωμάτια Lewy, οι μετωποκροταφικές άνοιες και η αγγειακή άνοια. Οποιαδήποτε και αν είναι η αιτία, το κόστος μιας μακρόχρονης θεραπευτικής φροντίδας της άνοιας είναι τεράστιο και έχουν δημοσιευθεί αρκετές οικονομικές μελέτες οι οποίες αποτυπώνουν ανησυχίες για το αυξανόμενο κόστος και την ποιότητα θεραπευτικών προσεγγίσεων ιδιαίτερα στους ασθενείς με ΝΑ. Στις ΗΠΑ έχει υπολογισθεί από την Alzheimer's Association και το National Institute on Aging στα 100 δισεκατομμύρια δολάρια ετησίως σε τιμές του 1994. Περισσότεροι από 7 στους δέκα ασθενείς με ΝΑ ζουν στο σπίτι όπου το 75% περίπου της φροντίδας παρέχεται από την οικογένεια και στενούς φίλους. Το υπόλοιπο της φροντίδας αγοράζεται και πληρώνεται αποκλειστικά από την οικογένεια, ενώ το κόστος ιδρυματικής φροντίδας είναι πολύ ψηλό. Γενικά η μέση τιμή του κόστους φροντίδας για όλα τα χρόνια που θα ζήσει ένας ασθενής με τη ΝΑ στις ΗΠΑ ανέρχεται στις 174,000 δολάρια. Στην Αγγλία, τη Γαλλία, τη Γερμανία, την Ιταλία, η φροντίδα ασθενών πλησιάζει το ύψος του 1 δις. δολάρια το χρόνο. Σε πρόσφατη μελέτη στην Ελλάδα, το κόστος φροντίδας ασθενών με ΝΑ υπολογίστηκε μεταξύ των 341 και 1.267 ευρώ τον μήνα ανάλογα με το στάδιο της νόσου (Τσολάκη & Κάζης, 2005).

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ALZHEIMER

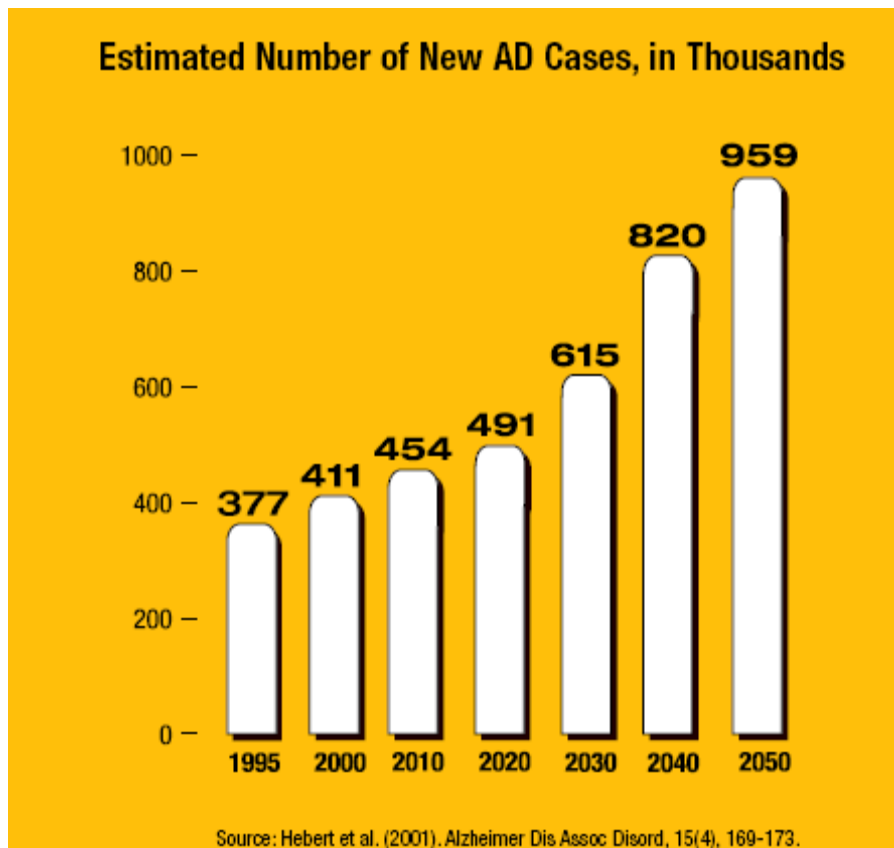
Ο Γερμανός ψυχίατρος Lois Alzheimer ήταν ο πρώτος ο οποίος παρουσίασε το 1907 την περίπτωση γυναίκας ασθενούς 51 ετών η οποία ανέπτυξε παρανοϊκό ιδεασμό και μεταγενέστερα διαταραχές του λόγου. Σε μεταθανάτια εξέταση του εγκεφάλου διαπιστώθηκε ατροφία του εγκεφαλικού φλοιού και σημαντικές αλλαγές τις οποίες περιέγραψε ως γεροντικές πλάκες και νευροϊνδιακές βλάβες. Δύο χρόνια μετά την ανακοίνωση του Alzheimer ο Charles Ladame βοηθός στο ψυχιατρικό νοσοκομείο της Γενεύης, μελέτησε στο μικροσκόπιο 100 περίπου εγκεφάλους ασθενών με άνοια και περιέγραψε συνοπτικά τις φλοιώδεις βλάβες της γεροντικής άνοιας. Η νόσος θεωρήθηκε σπάνια και μέχρι το 1960 περίπου 100 δημοσιεύσεις αναφέρονται στη βιβλιογραφία. Στη δεκαετία του 1960, πρωτοποριακές μελέτες που έγιναν στο Newcastle της Αγγλίας από τους Blessed, Tomlinson και Roth έδειξαν ότι υπάρχει κάποια σχέση ανάμεσα στον αριθμό των γεροντικών πλακών στον εγκεφαλικό φλοιό και τη σοβαρότητα της νοητικής ανεπάρκειας, ενώ δεν υπήρχε διαφορά ανάμεσα σε γεροντικές και προ-γεροντικές περιπτώσεις. Τότε από σπανιότητα, η ΝΑ έχει εντοπισθεί ως η πλέον συνηθισμένη νόσος του ηλικιωμένου πληθυσμού και η τέταρτη αιτία θανάτου. Στο χώρο της νευροψυχολογίας, το αφασο-απρακτο-αγνωσικό σύνδρομο που χαρακτηρίζει τη νόσο Alzheimer, οδήγησε σε ευρύτερη έρευνα του μηχανισμού των αφασικών, αγνωσικών και απρακτικών διαταραχών που παρατηρούνται σε ορισμένες παθήσεις του εγκεφάλου. Αποδείχθηκε ότι η αποδιοργάνωση των ανώτερων νοητικών λειτουργιών που παρατηρείται στη νόσο Alzheimer ακολουθείται από ένα νέο τύπο οργάνωσης σε ένα κατώτερο επίπεδο. Στο χώρο της ψυχολογίας, ο Jean Piaget γνωστός από τις μνημειώδεις μελέτες του στη ψυχοδιανοητική ανάπτυξη του παιδιού, καθόρισε τα στάδια της εξέλιξης των συμβολικών λειτουργιών. Αποτέλεσμα των σχετικών ερευνών ήταν η ανακάλυψη ότι η αποδιοργάνωση των διανοητικών ικανοτήτων στις άνοιες, ακολουθεί παλίνδρομη πορεία, σε αντίστροφη αναλογία με την οργάνωση των λειτουργιών αυτών στο παιδί (Μεντενόπουλος & Μπουράς, 2003).

Η ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΝΟΣΟΥ ALZHEIMER

Οι μελέτες για τη συχνότητα της άνοιας παρουσιάζουν αρκετές διακυμάνσεις οι οποίες οφείλονται σε μία σειρά παραγόντων που εστιάζονται κυρίως σε μεθοδολογικές διαφορές στα σχέδια μελέτης και στα διαγνωστικά κριτήρια που εφαρμόζονται. Η συχνότητα της νόσου σε περιστατικά που υπάρχουν σήμερα αυξάνεται προοδευτικά με την ηλικία, έτσι ώστε το 2% των ατόμων πάνω από 60 ετών πάσχουν με άνοια από την οποία το 70% αφορά τη ΝΑ (Μεντενόπουλος, Μπουράς, 2002).

Στη Γαλλία ο επιπολασμός της νόσου υπολογίζεται σε 400.000 περιστατικά και η ετήσια επίπτωση σε 100.000, ενώ στην Αγγλία αναφέρθηκε ετήσια επίπτωση 3,6% με αυξητική τάση σε μεταγενέστερες μελέτες. Στο Ηνωμένο Βασίλειο υπολογίζεται ότι 750.000 άτομα υποφέρουν από άνοια και ότι υπάρχουν σήμερα περισσότεροι συνταξιούχοι από μαθητές σχολείων (Μεντενόπουλος, Μπουράς, 2002).

Στο σύνολο των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης υπολογίζεται ότι ζουν 6,1 εκ. άνθρωποι που πάσχουν από άνοια. Η επίπτωση της άνοιας προϊόντος του χρόνου αυξάνεται σταδιακά. Στις ηλικίες 60-64 ετών είναι 0,8%, στην ηλικιακή ομάδα 65-69 ετών η επίπτωση είναι 1,6% και διπλασιάζεται ανά 5-6 χρόνια. Στο 20% στις ηλικίες των 80 ετών και στο 30% για τους άνω των 90 ετών. Αξίζει να αναφερθεί, ότι σε πιο ηλικιωμένους, περίπου 95 ετών διαπιστώθηκε μειωμένο ρίσκο για άνοια, ενώ για τους νεώτερης ηλικίας πάσχοντες από ΝΑ η επίπτωση της νόσου διπλασιάζεται ανά 4,2 χρόνια περίπου (Αλεξανδρόπουλος, 2009).



ΣΧΗΜΑ 1. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΕΞΕΛΙΞΗΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Α΄ ΜΕΡΟΣ

1. ΕΓΚΕΦΑΛΟΣ, ΜΑΘΗΣΗ ΚΑΙ ΜΝΗΜΗ

Ο εγκέφαλος του ανθρώπου έχει συχνά χαρακτηριστεί σαν ένα «μαύρο κουτί» (black box), που δέχεται ερεθίσματα από το περιβάλλον και προκαλεί απαντήσεις, με τη μορφή των διαφόρων συμπεριφορών. Η παραγωγή όμως των απαντήσεων δεν είναι μια παθητική διαδικασία αλλά επηρεάζεται τόσο από την εμπειρία, με τη μορφή της μάθησης και της μνήμης, όσο και από διάφορες εσωτερικές ενορμήσεις (π.χ. συναισθηματικές καταστάσεις). Τα διάφορα ερεθίσματα (οπτικά, ακουστικά, απτικά, οσφρητικά και γευστικά) εισέρχονται στον εγκέφαλο μέσω των εξειδικευμένων *αισθητικών συστημάτων* του εγκεφαλικού φλοιού. Τα οπτικά ερεθίσματα, για παράδειγμα, κατευθύνονται από τον αμφιβληστροειδή χιτώνα του οφθαλμού στο πίσω μέρος του ινιακού φλοιού του εγκεφάλου, ενώ τα ακουστικά ερεθίσματα κατευθύνονται από τα αυτιά στο άνω μέρος του κροταφικού φλοιού. Οι απαντήσεις, με τη μορφή των κινητικών απαντήσεων, εκπορεύονται από μια περιοχή του οπίσθιου μετωπιαίου λοβού (*σωματοκινητική περιοχή*), τα κύτταρα της οποίας, μέσω του νωτιαίου μυελού, διεγείρουν τα κινητικά νεύρα που κινούν τους μύες του σώματος. Ανάμεσα στις ειδικές αισθητικές περιοχές και τη σωματοαισθητική περιοχή παρεμβάλλονται διάφορες περιοχές του εγκεφαλικού φλοιού που ονομάζονται *συνειρμικές* (Καφετζόπουλος, 1995).

Μάθηση είναι η διαδικασία με την οποία ο άνθρωπος και τα ζώα αποκτούν γνώσεις για τον κόσμο. *Μνήμη* είναι η συγκράτηση και η αποθήκευση αυτών των γνώσεων. Στον άνθρωπο, στον οποίο αυτές οι ικανότητες είναι εξαιρετικά ανεπτυγμένες, σχεδόν όλες οι συμπεριφορές περιλαμβάνουν κάποια μορφή μάθησης. Ο άνθρωπος, όμως, διαθέτει και το μεγαλύτερο εγκέφαλο από όλα τα ζώα, γι' αυτό είμαστε σχεδόν βέβαιοι ότι η ικανότητα μάθησης και μνήμης σχετίζεται με την ανάπτυξη του εγκεφάλου, εξαρτάται από εκλεπτυσμένα εγκεφαλικά κυκλώματα και εντοπίζεται σε συγκεκριμένες περιοχές του εγκεφάλου. Η τόσο προφανής αυτή άποψη, ωστόσο, άργησε να γίνει αποδεκτή από το σύνολο του επιστημονικού κόσμου. Έως πρόσφατα, υπήρχαν πολλοί επιστήμονες που αρνούνταν να πιστέψουν ότι διάφορες νοητικές λειτουργίες εντοπίζονται σε συγκεκριμένα σημεία του εγκεφάλου και υποστήριζαν ότι η μνήμη κατανέμεται ευρέως σε ολόκληρο τον

εγκέφαλο. Ήταν όμως γνωστό από τα μέσα του περασμένου αιώνα ότι η γλώσσα, η κατεξοχήν ανθρώπινη νοητική ικανότητα, εντοπίζεται σε συγκεκριμένο σημείο του ανθρώπινου εγκεφάλου. Ο γάλλος γιατρός Paul Broca, μελετώντας ασθενείς με αφασία, βρήκε ότι όλοι είχαν μια τυπική περιορισμένη βλάβη στον αριστερό μετωπιαίο λοβό του εγκεφάλου, σε μια περιοχή που έκτοτε αποκαλείται «περιοχή του Broca». Μέχρι τα μέσα του 20ού αιώνα, ωστόσο, ελάχιστοι ήταν εκείνοι που υποστήριζαν έναν παρόμοιο εντοπισμό και για άλλες νοητικές λειτουργίες, περιλαμβανομένης της μνήμης και της μάθησης (Καφετζόπουλος, 1995).

Κατά τη δεκαετία του 1940, ένας νευροχειρουργός στο Νευρολογικό Ινστιτούτο του Μόντρεαλ, ο Wilder Penfield, μετά από υπόδειξη του διάσημου δασκάλου του, του πρωτοπόρου νευροφυσιολόγου Charles Sherrington, αποφάσισε να κάνει ένα τολμηρό πείραμα. Δοκίμασε να ερεθίσει με ηλεκτρικό ρεύμα διάφορες περιοχές του εγκεφάλου σε ασθενείς που υποβάλλονταν σε νευροχειρουργικές επεμβάσεις υπό τοπική αναισθησία. Με τον ίδιο τρόπο ο Sherrington είχε ανακαλύψει τις αισθητικές και κινητικές περιοχές του εγκεφάλου σε γάτες, και ο Penfield επιβεβαίωσε την ύπαρξή τους και στον άνθρωπο. Το εντυπωσιακότερο όμως εύρημα του Penfield ήταν ότι με τον ερεθισμό των κροταφικών λοβών, οι ασθενείς, οι οποίοι λόγω της τοπικής αναισθησίας μπορούσαν να επικοινωνούν, περιέγραφαν αναμνήσεις προηγούμενων εμπειριών τους. Ο ρόλος του κροταφικού λοβού στη μνήμη επιβεβαιώθηκε λίγα χρόνια αργότερα, όταν η συνεργάτιδα του Penfield Brenda Milner μελέτησε έναν ασθενή, τον H.M., ο οποίος είχε υποστεί αμφοτερόπλευρη αφαίρεση των κροταφικών λοβών σε μια προσπάθεια θεραπείας της βαριάς επιληψίας από την οποία έπασχε. Ο H.M., αμέσως μετά την εγχείρηση, παρουσίασε μια τρομακτική απώλεια μνήμης –έχασε την ικανότητα να σχηματίζει νέες μακρόχρονες αναμνήσεις. Ωστόσο, διατηρούσε αναμνήσεις από τα γεγονότα της ζωής του πριν από την εγχείρηση. Θυμόταν το όνομά του, χρησιμοποιούσε πολύ καλά τη γλώσσα και διατηρούσε το δείκτη νοημοσύνης του σε φυσιολογικά επίπεδα. Αυτό που φαινόταν να έχει χάσει ο H.M ήταν η ικανότητά του να μεταφέρει τους περισσότερους τύπους μάθησης από τη βραχύχρονη μνήμη, που διαρκεί μερικά δευτερόλεπτα ή λεπτά, στη μακρόχρονη μνήμη, που διαρκεί ώρες, μέρες, μήνες ή χρόνια. Η Milner θεώρησε αρχικά ότι η απώλεια μνήμης μετά από αμφοτερόπλευρη

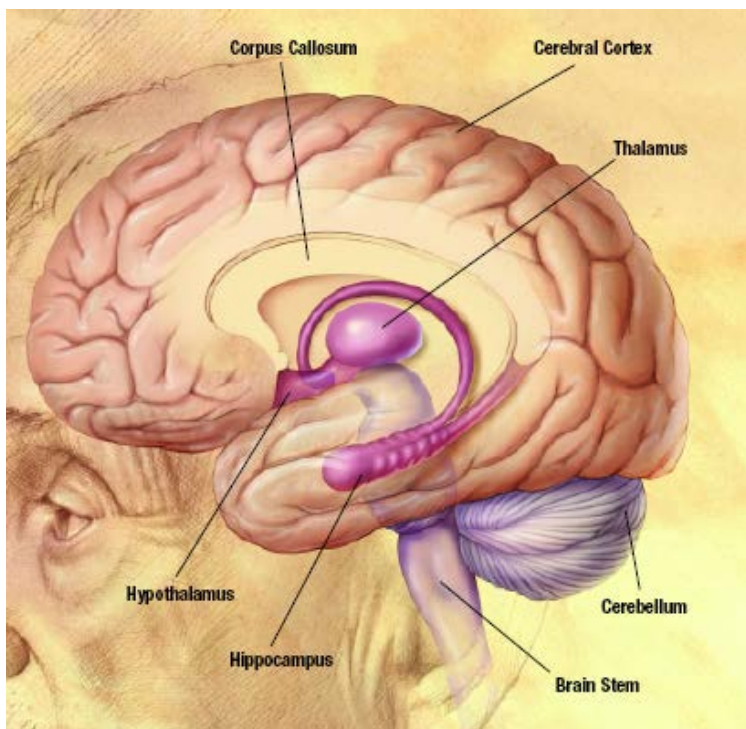
βλάβη στον κροταφικό λοβό αφορούσε εξίσου όλες τις μορφές μάθησης και τη μακρόχρονη μνήμη. Αποδείχτηκε όμως ότι δεν ήταν έτσι. Μολονότι ασθενείς με βλάβες στον κροταφικό λοβό έχουν σοβαρή απώλεια μνήμης, η Milner διαπίστωσε ότι είναι ικανοί να μάθουν και να θυμούνται ορισμένα είδη εργασιών εξίσου καλά με τα φυσιολογικά άτομα επί μεγάλα χρονικά διαστήματα. Μπορούσαν λ.χ. να μάθουν να συναρμολογούν διάφορα αντικείμενα, να μάθουν να κάνουν ποδήλατο, να μάθουν να ζωγραφίζουν, κλπ. Οι εργασίες αυτές έχουν ένα χαρακτήρα αυτοματισμού και δεν απαιτούν συνειδητή ανάκληση στη μνήμη ή σύνθετες γνωστικές ικανότητες, όπως είναι η σύγκριση ή η εκτίμηση. Ο ασθενής δεν χρειάζεται να θυμάται σκοπίμως τίποτα και το μόνο που χρειάζεται είναι να ανταποκριθεί σε ένα ερέθισμα ή μήνυμα. Συχνά μάλιστα απορεί με τις επιδόσεις του και δεν θυμάται ότι έχει ξανακάνει αυτή την εργασία. Οι μελέτες λοιπόν με ασθενείς με βλάβη στον κροταφικό λοβό αποκάλυψαν την ύπαρξη δύο τελείως διαφορετικών τρόπων μάθησης. Μαθαίνουμε τι είναι ο κόσμος αποκτώντας γνώσεις για τα άτομα, θέσεις και πράγματα στον κόσμο, τα οποία είναι προσιτά στη συνείδηση, χρησιμοποιώντας μια μορφή μνήμης που ονομάζουμε **έκδηλη**. Μαθαίνουμε όμως *πώς* να κάνουμε πράγματα, αποκτώντας αντιληπτικές και κινητικές ικανότητες που είναι απρόσιτες στη συνείδηση, χρησιμοποιώντας την **άδηλη** μνήμη (Καφετζόπουλος, 1995).

1.1.Εγκεφαλική εντόπιση της έκδηλης και της άδηλης μνήμης

Η έκδηλη μνήμη κωδικοποιεί πληροφορίες για αυτοβιογραφικά συμβάντα, καθώς και την τεκμηριωμένη γνώση. Ο σχηματισμός της εξαρτάται από γνωστικές διεργασίες, όπως η εκτίμηση, η σύγκριση και η συνεπαγωγή και ανακαλείται με μια σκόπιμη διαδικασία ανάκλησης. Οι έρευνες του Penfield και της Milner απέδειξαν ότι ο κροταφικός λοβός επεμβαίνει άμεσα στις διαδικασίες της έκδηλης μνήμης, ενώ μεταγενέστερες έρευνες έδειξαν ότι η υπεύθυνη εγκεφαλική δομή είναι ο **ιππόκαμπος**, μια μάζα εγκεφαλικού ιστού που βρίσκεται μέσα στον κροταφικό λοβό και ονομάστηκε έτσι επειδή μοιάζει με το ομώνυμο θαλάσσιο πλάσμα. Ο ιππόκαμπος αποτελεί παροδικό μόνο χώρο αποθήκευσης της μακρόχρονης μνήμης και μεταβιβάζει τις πληροφορίες που αποκτήθηκαν στον εγκεφαλικό φλοιό για μόνιμη

αποθήκευση. Επεξεργάζεται τις πληροφορίες που εισέρχονται από τα αισθητικά συστήματα του εγκεφάλου για μια περίοδο εβδομάδων ή μηνών και τις μεταφέρει σε συγκεκριμένες περιοχές του φλοιού. Ας υποθέσουμε, για παράδειγμα, ότι γνωρίζουμε κάποιο νέο πρόσωπο (Καφετζόπουλος, 1995).

Η αισθητική πληροφορία μεταφέρεται από τα μάτια στην οπτική



περιοχή του εγκεφάλου, στο οπίσθιο τμήμα του ινιακού λοβού. Από εκεί μεταβιβάζεται σε μια συνειρμική περιοχή του κάτω κροταφικού λοβού, που είναι υπεύθυνη για την αναγνώριση των προσώπων. Παράλληλα, οι οπτικές αυτές πληροφορίες για το πρόσωπο μεταβιβάζονται στον ιππόκαμπο μέσω μιας

περιοχής που ονομάζεται ενδορρινικός φλοιός. Αφού υποστούν μια επεξεργασία στον ιππόκαμπο, οι πληροφορίες αυτές αποθηκεύονται πιθανώς και πάλι στο συνειρμικό φλοιό του κροταφικού λοβού, απ' όπου είναι διαθέσιμες όποτε χρειαστεί να ανακληθούν, όποτε δηλαδή χρειαστεί να θυμηθούμε το συγκεκριμένο πρόσωπο. Η άδηλη μνήμη για μια συγκεκριμένη εργασία συνδέεται με τη δραστηριότητα ενός ειδικού αισθητικού και του αντίστοιχου κινητικού συστήματος που παρεμβαίνουν στο μαθησιακό έργο και διατηρείται από μηχανισμούς αποθήκευσης που υπάρχουν σε καθένα από αυτά τα συστήματα. Αυτό σημαίνει ότι η μάθηση που στηρίζεται στην άδηλη μνήμη είτε στηρίζεται σε απ' ευθείας σύνδεση αισθητικών και κινητικών συστημάτων, είτε χρησιμοποιεί ενδιάμεσα συνειρμικές περιοχές του φλοιού, που κι αυτές όμως αποτελούν λειτουργικά των αισθητικών και κινητικών περιοχών. Γι' αυτό λοιπόν έχει προταθεί η διάκριση των άδηλων μορφών μάθησης σε *μη συνειρμικές* και *συνειρμικές* (Καφετζόπουλος, 1995).

Η **μη συνειρμική** μάθηση παρατηρείται όταν το άτομο εκτίθεται μία φορά ή επανειλημμένα σε κάποιο ερέθισμα. Ο *εθισμός*, η *ευαισθητοποίηση* ή η *απευαισθητοποίηση* αποτελούν παραδείγματα αυτού του τύπου μάθησης. Φανταστείτε για παράδειγμα το φόβο που αισθανόσαστε όταν την Κυριακή του Πάσχα σκάσει δίπλα σας το πρώτο βεγγαλικό. Μετά από λίγο όμως συνηθίζετε στην ιδέα και αρχίζετε να την απολαμβάνετε. Η αντίδραση του φόβου ελαττώνεται αυτόματα, χωρίς την ανάγκη συνειδητής επεξεργασίας του φαινομένου. Ο εγκέφαλος προκαλεί αυτόματα μια μείωση της αντίδρασης μέσω απ' ευθείας σύνδεσης των αισθητικών συστημάτων και των συστημάτων εξόδου. Σε ένα παρόμοιο σύστημα στηρίζεται και η μιμητική μάθηση, ένα βασικό στοιχείο απόκτησης της γλώσσας στα παιδιά. Υπάρχουν ωστόσο και τύποι μάθησης που στηρίζονται στην άδηλη μνήμη αλλά χρησιμοποιούν πιο πολύπλοκα εγκεφαλικά συστήματα, με την έννοια ότι ανάμεσα στο ερέθισμα και την απάντηση παρεμβάλλονται τοπικά συνειρμικά κυκλώματα του εγκεφάλου. Η μάθηση αυτή ονομάζεται **εξαρτημένη** και διαχωρίζεται στην *κλασική εξαρτημένη μάθηση* και τη *συντελεστική εξαρτημένη μάθηση*. Κλασικό παράδειγμα της κλασικής εξαρτημένης μάθησης είναι τα σκυλιά του ρώσου ψυχολόγου Ivan Pavlov, τα οποία παρουσίαζαν έντονη σιελόρροια σε κάθε ερέθισμα που συνδεόταν με την παρουσία τροφής. Κλασικό παράδειγμα της συντελεστικής εξαρτημένης μάθησης είναι τα ποντίκια του αμερικανού ψυχολόγου B.F. Skinner, τα οποία έμαθαν να παίρνουν την τροφή τους πατώντας διαρκώς ένα μοχλό που βρισκόταν σε μια γωνιά του κλουβιού τους. Και στις δυο περιπτώσεις η μάθηση αποτελεί σύνδεση ενός ερεθίσματος με μια απάντηση. Στην πρώτη το ερέθισμα είναι φυσικό (λ.χ. ένα καμπανάκι που προηγείται της τροφής), στη δεύτερη είναι μια απάντηση (πάτημα του μοχλού). Οι εγκεφαλικοί μηχανισμοί που ελέγχουν τη συνειρμική και τη μη συνειρμική μάθηση είναι εντελώς διαφορετικοί από αυτούς που ελέγχουν τη μάθηση μέσω της έκδηλης μνήμης. Η απευαισθητοποίηση στα ερεθίσματα του φόβου λ.χ. που παρατηρείται στα βεγγαλικά του Πάσχα εξαρτάται από τη δραστηριότητα μιας ομάδας πυρήνων του εγκεφάλου που ονομάζονται πυρήνες της *αμυγδαλής*, ενώ στη συντελεστική εξαρτημένη μάθηση, εκτός των αισθητικών και κινητικών συστημάτων του φλοιού παρεμβαίνει και η *παρεγκεφαλίδα*. Η παρεγκεφαλίδα, που συνιστά ουσιαστικά ένα δεύτερο εγκέφαλο κάτω από τα εγκεφαλικά

ημισφαίρια, επεξεργάζεται αισθητικές και κινητικές πληροφορίες και διαμορφώνει τις κινητικές απαντήσεις ανάλογα με τις συνθήκες του περιβάλλοντος (προσαρμόζει λ.χ. τις διάφορες κινήσεις ανάλογα με τη θέση του σώματος) (Καφετζόπουλος, 1995).

1.2.Η φυσιολογία και η παθοφυσιολογία της μάθησης

Μεγάλο βάρος της έρευνας ρίχτηκε στις γεροντικές και προγεροντικές άνοιες, όπως η νόσος του Alzheimer, για διάφορους λόγους (ένας από τους οποίους ήταν και η προσβολή του πρώην προέδρου των ΗΠΑ Ronald Reagan από τη νόσο του Alzheimer). Κοινή διαπίστωση όλων των σχετικών ερευνών είναι ότι αυτές οι νόσοι οφείλονται σε εγκεφαλικές διαταραχές, γενετικής κυρίως αιτιολογίας, που εκφράζονται με απώλεια εγκεφαλικού ιστού στις συνειρμικές περιοχές του εγκεφάλου, οι οποίες σχετίζονται με τη λειτουργία της έκδηλης μνήμης. Η απώλεια ωστόσο του εγκεφαλικού ιστού είναι αναμενόμενη στους ηλικιωμένους ανθρώπους, επειδή τα νευρικά κύτταρα, σε αντίθεση με άλλα κύτταρα του σώματος, δεν αναγεννιούνται (Καφετζόπουλος, 1995).

2.ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ALZHEIMER

Δεν υπάρχει κάποια ένδειξη ότι κάποια συγκεκριμένη ομάδα ανθρώπων είναι πιθανότερο να αναπτύξει τη νόσο του Alzheimer. Η φυλή, το επάγγελμα, το επίπεδο της μόρφωσης, η γεωγραφική θέση και η κοινωνικο-οικονομική κατάσταση δεν είναι καθοριστικοί παράγοντες της νόσου. Ωστόσο, υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις ότι τα άτομα με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο κινδυνεύουν λιγότερο απ' αυτά με χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο. Συγκρίνοντας μεγάλες ομάδες ατόμων με τη νόσο του Alzheimer με άλλους που δεν έχουν τη νόσο, κάποιοι ερευνητές προτείνουν πιθανούς παράγοντες κινδύνου. Αυτό σημαίνει ότι ορισμένοι άνθρωποι έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα από άλλους να προσβληθούν από τη νόσο. Παρ' όλα αυτά, είναι απίθανο η ασθένεια να οφείλεται σε έναν και μόνο παράγοντα. Είναι πιο πιθανό, ένας συνδυασμός παραγόντων (με διαφορετική για τη νόσο βαρύτητα από άτομο σε άτομο) να οδηγούν στην εμφάνισή της (Gauthier, 2000).

2.1.Η ηλικία

Περίπου ένα στα είκοσι άτομα, πάνω από την ηλικία των 65 ετών, και λιγότερο από ένα στα χίλια άτομα, κάτω από αυτή την ηλικία, πάσχουν από τη νόσο. Παρ' όλο που οι άνθρωποι συνήθως ξεχνούν καθώς περνάει η ηλικία τους, η πλειονότητα των ατόμων ηλικίας άνω των 80 ετών είναι πνευματικά διαυγής. Αυτό σημαίνει ότι, ενώ η πιθανότητα να προσβληθεί κανείς αυξάνεται με την ηλικία, το γήρας από μόνο του δεν προκαλεί τη νόσο. Υπάρχουν πρόσφατες ενδείξεις ότι τα προβλήματα που σχετίζονται με την ηλικία, όπως η αρτηριοσκλήρυνση, μπορεί να συνεισφέρουν σε σημαντικό βαθμό στην ανάπτυξη της νόσου. Καθώς οι άνθρωποι ζουν όλο και περισσότερα χρόνια απ' όσο παλιά, ο αριθμός των ατόμων με νόσο του Alzheimer και άλλες μορφές άνοιας κατά πάσα πιθανότητα θα αυξηθεί.

Αποτελεί τον σημαντικότερο παράγοντα κινδύνου για τη νόσο Alzheimer. Στο παρελθόν είχε θεωρηθεί ότι η νόσος Alzheimer αποτελεί προχωρημένη μορφή γήρατος. Οι αλλαγές οι οποίες ακολουθούν το γήρας έχουν μελετηθεί από πολλούς ερευνητές αλλά δεν έχουν βρεθεί ειδικά

χαρακτηριστικά που να προκαλούν τη νόσο Alzheimer. Ορισμένες θεωρίες του γήρατος υποστηρίζουν ότι αυτό προκαλείται από συσσώρευση βλαβών. Τυχαία γεγονότα αναφέρεται ότι συνήθως πυροδοτούν την έναρξη της νόσου. Οι απόψεις αυτές στηρίζουν συνήθως την έννοια του πολυπαραγοντικού προτύπου της νόσου Alzheimer όπου ένας αριθμός βλαπτικών παραγόντων παίζει καθοριστικό ρόλο. Τέλος, η αύξηση του μέσου όρου ζωής και η μείωση της θνησιμότητας δεν συνεπάγεται και μείωση της νοσηρότητας μιας και έχει διαπιστωθεί ότι τα τελευταία χρόνια δαπανώνται μεγάλα ποσά στην νοσηρότητα από νόσο Alzheimer (Gauthier, 2000).

2.2.Η γενετική

Η νόσος του Alzheimer συνήθως, δεν είναι κληρονομική. Επομένως δεν προκαλείται από γονίδια που παίρνει ένα άτομο από τους γονείς του. Είναι γενικά αποδεκτό πως κάποιοι γενετικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες παίζουν κάποιο ρόλο στην πρόκληση και στην εμφάνιση Alzheimer. Υπάρχουν δυο τύποι γονιδίων που έχουν σχέση με την εμφάνιση Alzheimer, τα γονίδια με τον αυτόσωμο επικρατητικό τύπο που έχουν υποστεί μεταλλάξεις και τα γονίδια που ενεργούν συγχρόνως με άλλους παράγοντες (κυρίως περιβαλλοντικούς) (Gauthier, 2000).

2.3.Το φύλο

Έχει υποστηριχθεί ότι οι γυναίκες προσβάλλονται συχνότερα από νόσο Alzheimer σε σχέση με τους άντρες σε αναλογία 2:1. Αν και έχουν προταθεί διάφορες θεωρίες για να εξηγηθεί το φαινόμενο (μακροβιότητα των γυναικών, μη καθορισμένοι περιβαλλοντικοί και ορμονικοί παράγοντες, ύπαρξη περισσότερων προδιαθετικών γονιδίων στο χρωμόσωμα X) δεν υπάρχει κάποια κοινά αποδεκτή που να εξηγεί την αυξημένη συχνότητα εμφάνισης της ΝΑ στις γυναίκες (Gauthier, 2000).

2.4.Οι κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις

Έχει υποστηριχθεί ότι η ύπαρξη κρανιοεγκεφαλικών κακώσεων (τραυματικές κακώσεις) αποτελούν παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση της νόσου Alzheimer ιδίως όταν αυτές συνοδεύονται από κώμα, χωρίς όμως να υπάρχει σαφής επιβεβαίωση (Gauthier, 2000).

2.5.Ενδοκρινικοί και ορμονικοί παράγοντες

Έχει υποστηριχθεί ότι τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη (NSAIDS) συνδέονται με χαμηλό κίνδυνο εμφάνισης νόσου Alzheimer , χωρίς ωστόσο αυτό να επιβεβαιώνεται από μελέτες. Επίσης αναφέρεται ότι η θεραπεία με οιστρογόνα κατά την κλιμακτηριακή περίοδο είναι δυνατό να μειώνει τον κίνδυνο εμφάνισης της νόσου Alzheimer , πιθανόν διότι τα οιστρογόνα μειώνουν τον κίνδυνο καρδιαγγειακών επεισοδίων και οστεοπόρωσης, καταστάσεων που επηρεάζουν την ΝΑ (Gauthier, 2000).

2.6.Τοξικοί παράγοντες

Επιδημιολογικές και τοξικολογικές μελέτες έχουν εντοπίσει μόνο το αλουμίνιο (και αυτό με επιφυλάξεις) από τις τοξίνες και τις ουσίες του περιβάλλοντος, που μπορεί να συμβάλλει στην εμφάνιση της νόσου Alzheimer (Gauthier, 2000).

2.7.Ο αγγειακός παράγων

Γενικώς ο αγγειακός παράγων παίζει σημαντικό ρόλο στην νόσο Alzheimer . Αναφέρεται ότι το έμφραγμα του μυοκαρδίου αυξάνει τον κίνδυνο, επίσης σε νεκροτομικές μελέτες έχει βρεθεί ότι η στεφανιαία νόσος με ή χωρίς έμφραγμα, αυξάνει την συχνότητα της εμφάνισης της νόσου 6 φορές περισσότερο σε ηλικιωμένους άνδρες που έχουν εναποθέσεις αμυλοειδούς στον εγκέφαλο τους. Το γονίδιο της ApoE4 θεωρείται ότι σχετίζεται με την αρτηριοσκλήρυνση και το κάπνισμα. Η ApoE4 επίσης μπορεί να προκαλέσει απευθείας νόσο Alzheimer, αλλά και μέσω της αρτηριοσκλήρυνση. Άλλοι

αγγειακοί παράγοντες που ενοχοποιούνται στην εμφάνιση άνοιας είναι: ο σακχαρώδης διαβήτης, η κοιλιακή μαρμαρυγή, και το κάπνισμα. Ο κίνδυνος εμφάνισης νόσου Alzheimer είναι διπλάσιος σε διαβητικούς που παίρνουν ινσουλίνη ή αγωγή από το στόμα. Έχει επίσης βρεθεί ότι οι καπνιστές έχουν 2,5 περισσότερες πιθανότητες να προσβληθούν από νόσο Alzheimer. Η αρτηριοσκλήρυνση μεγαλώνει τον κίνδυνο εμφάνισης νόσου Alzheimer ανάλογα με την βαρύτητα της ενώ τέλος έχει ενοχοποιηθεί και η αρτηριακή πίεση για την εμφάνιση της νόσου Alzheimer . Θεωρείται πως άτομα με υπέρταση στην νεανική τους ηλικία έχουν περισσότερες πιθανότητες να προσβληθούν από νόσο Alzheimer όταν γεράσουν (κατά την εμφάνιση της άνοιας η αρτηριακή πίεση έχει πτωτική τάση) (Gauthier, 2000).

3.ΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΣΤΗ ΝΟΣΟ ALZHEIMER

Στη νόσο του Alzheimer, χαρακτηριστική είναι η εκφύλιση και ο θάνατος των νευρώνων του εγκεφαλικού φλοιού και του ιπποκάμπτου. Μακροσκοπικά, παρατηρείται ατροφία, με σμίκρυνση των ελίκων και διεύρυνση των αυλάκων του φλοιού και των κοιλιών του εγκεφάλου. Ο εγκέφαλος είναι καθολικά ατροφικός, με μια υπεροχή της ατροφίας στο επίπεδο του κροταφικού, του μετωπιαίου, ή βρεγματικού λοβού και σε μερικές περιπτώσεις και του ινιακού. Η εγκεφαλική ατροφία είναι γενικά συμμετρική, αλλά παρατηρούνται και περιπτώσεις, με ασυμμετρία. Σπουδαιότερα χαρακτηριστικά, είναι τα μικροσκοπικά παθολογοανατομικά ευρήματα της νόσου, που συνίστανται σε παθολογικές εναποθέσεις αδιάλυτων πρωτεϊνών στον εξωκυττάριο και ενδοκυττάριο χώρο (Καπάκη, Παρασκευάς, 2000).

Οι «**γεροντικές ή νευριτιδικές πλάκες**», οι οποίες αποτελούνται από εξωκυττάρια εναποθέσεις αμυλοειδούς, που κατανέμονται στο φλοιό και τον ιππόκαμπο και παρουσιάζουν διάφορα στάδια εξέλιξης. Αρχικά παρατηρείται μικροσυγκέντρωση αμυλοειδούς, που σταδιακά περιβάλλεται από στεφάνη από αλλοιωμένους νευρίτες, και ακολουθεί αστροκυτταρική αντίδραση και εξαφάνιση του αμυλοειδούς πυρήνα, ενώ διατηρείται η αστρογλοΐωση και τα υπολείμματα των νευρώνων. Θεωρείται εύρημα σχετικά ειδικό για τη νόσο, καθώς λίγες μόνο διάχυτες πλάκες ανευρίσκονται στους εγκεφάλους ατόμων μεγάλης ηλικίας που δεν εμφανίζουν έκπτωση της νοητικής λειτουργίας. Αμυλοειδές εναποτίθεται και στα αγγεία του εγκεφάλου και συνιστά την «κογκόφιλη» αμυλοειδική αγγειοπάθεια. Προσβάλλει κυρίως τα λεπτομηνιγγικά και επιπολής φλοιικά αγγεία, αλλά μπορεί να βρεθεί και σε άλλες περιοχές του εγκεφαλικού φλοιού. Η εντόπιση της εγκεφαλικής αμυλοειδικής αγγειοπάθειας δεν σχετίζεται με την τοπική συγκέντρωση των γεροντικών πλακών (Καπάκη, Παρασκευάς, 2000).

Οι «**νευροϊνιδικές βλάβες**», οι οποίες αποτελούνται από ενδοκυττάρια ζεύγη ελικοειδώς περιελιγμένων ινιδίων, που βρίσκονται στο περικάρυο και χρωματίζονται με χρώσεις αργύρου. Κύριο συστατικό τους είναι η πρωτεΐνη τ (tau), παθολογικά υπερφωσφορυλιωμένη. Το εύρημα αυτό είναι λιγότερο ειδικό, επειδή σημαντικής πυκνότητας «τολύπια», τα αποκαλούμενα

“tangles”, σχηματίζονται κατά το γήρας και σε πολλές άλλες νευροεκφυλιστικές, τοξικές και τραυματικές βλάβες του εγκεφάλου. Ενδονευρωνικά PHF απαντώνται σε απομακρυσμένους δενδρίτες νευρώνων ως νευροπιληματικά νήματα και ως δυστροφικοί νευρίτες στις νευριτικές πλάκες. Η απώλεια και/ή οι παθολογικές μεταβολές των συνάψεων είναι ένα άλλο χαρακτηριστικό της νόσου Alzheimer. Η πυκνότητα των προσυναπτικών απολήξεων είναι ελαττωμένη κατά 45% τη στιγμή της παθολογοανατομικής εξέτασης και η συσχέτιση της συναπτικής απώλειας με τα γνωστικά ελλείμματα της νόσου είναι ισχυρότερη εκείνων που αναφέρονται για τις NIB και τις πλάκες. Η **κοκκιο-κενοτοπιώδης** εκφύλιση είναι ένα μη ειδικό ιστολογικό εύρημα, που συνήθως ανευρίσκεται στη νόσο και σπανίως στο φυσιολογικό γήρας. Τα κενοτόπια εντοπίζονται συνήθως στο κυτταρόπλασμα των πυραμιδικών νευρώνων του ιπποκάμπτου, όπου μπορούν να παρατηρηθούν και *σωμάτια Hirano*. Τα *σωμάτια Lewy*, το κύριο παθολογοανατομικό εύρημα της νόσου Parkinson, συμπληρώνουν την ιστολογική εικόνα της νόσου, όμως η παρουσία τους στο φλοιό χαρακτηρίζει την προσφάτως αναγνωρισθείσα ομώνυμη οντότητα, την άνοια με σωμάτια Lewy (Καπάκη, Παρασκευάς, 2000).

Συγχρόνως με τους προαναφερθέντες τύπους βλαβών συμβαίνει απώλεια των νευρώνων και καταστροφή διαφόρων νευρομεταβιβαστικών συστημάτων, πρωτίστως του χολινεργικού. Δείκτες της χολινεργικής λειτουργίας, όπως η ακετυλοχολίνη και το συνθετικό της ένζυμο ακετυλοτρανσφεράση της χολίνης, είναι ελαττωμένοι και υπάρχει απώλεια ορισμένων υπότυπων των νικοτινικών υποδοχέων. Η απώλεια των νευρώνων είναι μέγιστη στις περιοχές εκείνες του εγκεφάλου που έχουν σχέση με την αρχή των χολινεργικών οδών, δηλαδή (α) από τον πυρήνα του Meynert προς το φλοιό και (β) από τους πυρήνες του διαφράγματος προς τον ιππόκαμπο. Σύμφωνα με την «Χολινεργική υπόθεση» τα συμπτώματα της νόσου Alzheimer είναι αποτέλεσμα - τουλάχιστον εν μέρει – της ελάττωσης της χολινεργικής νευρομεταβίβασης και έτσι παράγοντες ενισχυτικοί της χολινεργικής λειτουργίας θα μπορούσαν να είναι ευεργετικοί για την νόσηση. Στη νόσο Alzheimer παρατηρείται εκφύλιση των χολινεργικών πυρήνων του βασικού διεγκεφάλου. Η εμφάνιση νευροινδιακών βλαβών και νευρωνικής απώλειας στο βασικό πυρήνα του Meynert αποτελεί πρώιμο χαρακτηριστικό

της νόσου και σχετίζεται με το σχηματισμό νευριτιδικών πλακών στις περιοχές του φλοιού, όπου φυσιολογικά προβάλλουν οι ανωτέρω νευρώνες. Παράλληλα, παρατηρείται σημαντικό χολινεργικό έλλειμμα στον φλοιό και στον ιππόκαμπο, όπου διάφοροι «χολινεργικοί δείκτες» όπως η ChAT και η AchE παρουσιάζουν μείωση, μέχρι και κατά 90%, ενώ αντίθετα η BuChE παραμένει αμετάβλητη ή μπορεί να παρουσιάζει και μικρή αύξηση. Το χολινεργικό έλλειμμα του νεοφλοιού φαίνεται ότι εμφανίζεται ήδη από τα πρώτα στάδια της νόσου. Η χολινεργική υπόθεση ενισχύθηκε από τις παρατηρήσεις ότι στους ανθρώπους αντιχολινεργικές ουσίες όπως η σκοπολαμίνη προκαλούν διαταραχή της μνήμης και της μάθησης, ενώ ουσίες που ευοδώνουν την χολινεργική νευρομεταβίβαση, όπως η φυσοστιγμίνη, ενισχύουν τις γνωστικές λειτουργίες (Καπάκη, Παρασκευάς, 2000).

4. ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ALZHEIMER

Η γνώση των κλινικών εκδηλώσεων της Νόσου Alzheimer, η χρήση διαγνωστικών κριτηρίων, η λήψη καλού ιστορικού από αξιόπιστη πηγή καθώς και η τακτή παρακολούθηση του ασθενούς, οδηγούν στη διάγνωση της νόσου με υψηλό βαθμό βεβαιότητας. Η σωστή αξιολόγηση των συμπτωμάτων για την κλινική διάγνωση, εμποδίζεται συνήθως από την ελλιπή γνώση, την υποτίμηση ή τη μεγαλοποίηση τους. Ο τρόπος επίσης που αντιδρά ο ηλικιωμένος ασθενής απέναντι στη νόσο προκαλεί συχνά μια πρόσθετη συμπτωματολογία η οποία θα πρέπει να ελέγχεται ώστε να μην καθυστερούν ή να παίρνουν λανθασμένο δρόμο ορισμένες κλινικές, ανατομικές, βιολογικές ή θεραπευτικές έρευνες (Gauthier, 2000).

Τα κριτήρια NINCDS – ADRDA είναι τα ακόλουθα (Gauthier, 2000) :

Κριτήρια NINCDS – ADRDA για την NA

Βεβαία NA	Κλινικά κριτήρια πιθανής NA Ιστοπαθολογικά ευρήματα της νόσου σε αυτοψία ή βιοψία
Πιθανή NA	Ανοϊκή συνδρομή εκ του ιστορικού και των νευροψυχολογικών δοκιμασιών. Ελλείμματα από τη μνήμη και ένα ακόμη γνωστικό πεδίο. Απουσία διαταραχής της συνείδησης Έναρξη μεταξύ της ηλικίας 40-90 ετών. Απουσία συστηματικής ή άλλης εγκεφαλικής δραστηριότητας που προκαλεί άνοια.
Ενδεχόμενη NA	Ανοϊκή συνδρομή με ατυπία στην έναρξη και πορεία. Παρουσία συστηματικής ή άλλης εγκεφαλικής διαταραχής. Μονήρης, προϊούσα γνωστική διαταραχή

4.1.Αποδιοργάνωση σε ψυχολογικό επίπεδο

Η ικανότητα του ασθενή στις επιδόσεις του μεταβάλλεται ανάλογα με τον βαθμό της εγκεφαλικής διαταραχής. Η ικανότητα αυτή αξιολογείται σε διάφορες αντιληπτικές περιοχές (χώρος, αριθμός, στοιχειώδης λογική, τύχη κτλ). Από κλινικής πλευράς η περιοχή που έχει μελετηθεί περισσότερο είναι η περιοχή των φυσικών ποσοτήτων (ουσία, βάρος, όγκος) από τα οποία αξιολογείται ο βαθμός διατήρησης. Η ρύθμιση των σχέσεων μεταξύ ατόμου και περιβάλλοντος γίνεται διαμέσου σταδίων, μέσα σε ένα σύστημα ισορροπίας. Η νόσος Alzheimer χαρακτηρίζεται από το γεγονός ότι ο ασθενής διέρχεται από στάδια που έχουν σχέση με την οντογένεση των νοητικών λειτουργιών, όπου κάθε ισορροπία στη συμπεριφορά του ατόμου προέρχεται από ένα διαφορετικό σύστημα που στην περίπτωση της νόσου οργανώνεται διαφορετικά (Gauthier, 2000).

4.2.Αποδιοργάνωση σε νευροψυχολογικό επίπεδο

A) ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΜΝΗΜΗΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΠΡΟΣΑΝΑΤΟΛΙΣΜΟΥ

Οι διαταραχές της μνήμης αποτελούν το βασικότερο κλινικό σημείο. Θα πρέπει να έχουμε υπόψη ότι τα όρια μεταξύ της νόσου και του φυσιολογικού γήρατος τουλάχιστον στα αρχικά στάδια της νόσου δεν είναι αρκετά σαφή. Οι διαταραχές των διαφόρων υποσυστημάτων της μνήμης, ακόμη και με εξειδικευμένες δοκιμασίες, όταν αυτές είναι στα αρχικά στάδια δεν διαφοροποιούνται ξεκάθαρα. Στην νόσο Alzheimer διαταράσσεται κυρίως η πρόσφατη μνήμη ενώ η παλινδρόμηση διατηρείται περισσότερο και προσβάλλεται στα τελευταία στάδια της νόσου.

Στην προσπάθεια ανάμνησης γεγονότων οι ασθενείς παρουσιάζουν ποικίλες διαταραχές: Μυθοπλασίες τύπου Korsakov, δηλαδή καλύπτουν κενά μνήμης με φανταστικά γεγονότα που νομίζουν ότι συνέβησαν, επιβεβαιώσεις εσφαλμένες, οι οποίες ενίοτε συνοδεύονται από ιδέες καταδίωξης ή άλλες παραληρηματικού τύπου. Το παρόν κατά την ακμή της νόσου δεν φαίνεται να έχει σημασία για τον ασθενή. Είναι δυνατόν να παρουσιαστεί κάποια δραστηριότητα ορισμένες στιγμές της ημέρας ή να υπάρξει ένα παροδικό

ερέθισμα (συνήθως από το οικογενειακό περιβάλλον) τις υπόλοιπες και περισσότερες στιγμές του όμως βρίσκεται σε μια γαλήνια απομόνωση. Οι ικανότητες του να κινείται σε έναν χώρο ή να ακολουθεί μια καθορισμένη διαδρομή επιδεινώνονται. Επίσης παρατηρείται ότι ο ασθενής εκδηλώνεται ευκολότερα με απλές πράξεις παρά με τον λόγο. Ο τρόπος που προσπαθεί να ελέγξει τον χώρο του είναι αδέξιος και μερικές φορές ερμηνεύεται από το περιβάλλον του σαν προσπάθεια φυγής. Οι περιπτώσεις αυτές εκφράζουν ενίοτε και μια δυσκολία του ασθενή να αποδεχθεί κάποιο περιορισμό (Gauthier, 2000).

B) ΑΦΑΣΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

- Διαταραχές του προφορικού λόγου

Οι αφασικές διαταραχές αποτελούν χαρακτηριστικό γνώρισμα της συμπτωματολογίας στη νόσο Alzheimer. Στα αρχικά στάδια είναι δυνατό να απουσιάζουν ή άλλες φορές να αποτελούν για μήνες ή και για χρόνια ακόμα, το προέχων σύμπτωμα. Κατά κανόνα όμως υπάρχει αναλογία ανάμεσα στις αφασικές διαταραχές και στη βαρύτητα της ανοϊκής συνδρομής. Οι αφασικές διαταραχές εξελίσσονται σε τρεις κυρίως φάσεις:

- Στην πρώτη φάση παρατηρείται η έλλειψη της λέξης η οποία συνοδεύεται από σπάνιες παραφασίες. Ο ασθενής δυσκολεύεται να κατονομάσει το αντικείμενο που του υποδεικνύει ο εξεταστής. Οι φωνητικές και συντακτικές ιδιότητες του λόγου ωστόσο διατηρούνται.
- Στη δεύτερη φάση, τα προηγούμενα συμπτώματα χειροτερεύουν, ενώ εμφανίζονται και διαταραχές στην κατανόηση του λόγου. Στη δοκιμασία επανάληψης λέξεων χωρίς νόημα παρατηρούνται συχνά μεταβολές των συλλαβών της λέξης. Αντίθετα οι συντακτικές και φωνητικές ιδιότητες του λόγου διατηρούνται ακόμη σε σχετικώς ικανοποιητικά επίπεδα.
- Στην τρίτη και τελευταία φάση όλες οι παραπάνω ικανότητες παρουσιάζουν σημαντική επιδείνωση και μόνο οι ικανότητες επανάληψης των λέξεων διατηρούνται σχετικώς, παρουσιάζοντας σε μερικές περιπτώσεις το φαινόμενο της ηχολαλίας.

Σε προχωρημένα στάδια της νόσου παρατηρείται και η λογοκλονία (ακούσια επανάληψη των τελευταίων συλλαβών της λέξης) είτε αυθορμήτως είτε εκούσια στην προσπάθεια της ομιλίας. Η λογοκλονία είναι χαρακτηριστικό γνώρισμα της νόσου και συνοδεύεται συνήθως από διαταραχή της μελωδικότητας του λόγου, της λεγόμενης «δυσπροσωδίας». Από παθογενετικής πλευράς οι παραπάνω “λεκτικό – νοητικές” διαταραχές (lexico – syntagmatics) αποτελούν το κυρίαρχο στοιχείο της αφασίας.

Αναλύονται σε δυο τύπους : έναν λεκτικό όπου το πρόβλημα βρίσκεται στην απώλεια λεξιλογίου και έναν νοητικό κατά τον οποίο διαταράσσεται η εννοιολογική σημασία των λέξεων. Αυτό το τελευταίο είναι σχεδόν παθολογικό στη νόσο Alzheimer. Πρόκειται για καταστροφή της συμβολικής σημασίας των λέξεων που καταλήγει στην απώλεια της έννοιας (Gauthier, 2000).

- Διαταραχές ανεύρεσης λέξεων

Η παραπάνω διαταραχή εμφανίζεται συχνά σε ηλικιωμένους κατά την πορεία του γήρατος αλλά κάνει και την εμφάνισή της στην νόσο Alzheimer στην οποία πολλές φορές αποτελεί την πλέον χαρακτηριστική διαταραχή του αυτόματου λόγου. Μεταξύ των επιδεξιότητων που απαιτούνται για τον αυθόρμητο λόγο οι συντακτικοί κανόνες είναι δυνατόν να διατηρούνται ακόμη και σε προχωρημένα στάδια της νόσου Alzheimer, σε αντίθεση με την δυσεύρεση των λέξεων που παρατηρείται από την έναρξη ακόμη της νόσου. Η δυσεύρεση των λέξεων στη νόσο Alzheimer έχει σχέση με την βαρύτητα της νόσου. Πολλοί ωστόσο παράγοντες επηρεάζουν επηρεάζουν το φαινόμενο, όπως π.χ. διαφορές στην οργάνωση του εγκεφάλου μεταξύ ατόμων πριν νοσήσουν (Gauthier, 2000).

- Διαταραχές του γραπτού λόγου

Στη νόσο Alzheimer παρατηρούνται συχνότερα «επιφανειακές δυσλεξίες» δηλαδή διαταραχές της γραφής που χαρακτηρίζουν μια βλάβη της λεκτικής οδού. Σε αυτές τις περιπτώσεις οι ασθενείς είναι ικανοί να διαβάζουν με δυνατή φωνή «κανονικές» λέξεις (αυτές που η σχέση ήχου- συλλαβής συναντάται συχνότερα στην καθομιλουμένη). Επίσης διαβάζουν καλώς λέξεις χωρίς νόημα ή λέξεις στις οποίες έχει αλλάξει η σειρά των συλλαβών. Αντιθέτως διαβάζουν κακώς λέξεις «μη κανονικές» με δύσκολη προφορά. Η

διαταραχή αυτή αποδίδεται σε βλάβη της λεκτικό – νοητικής οδού της ανάγνωσης, στην οποία η φωνητική οδός χρησιμοποιεί το «σύστημα μετατροπής» του γραφικού λόγου σε φωνητικό (Gauthier, 2000).

Γ) ΑΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Με τον όρο απραξία αναφέρεται διαταραχή στην εκούσια επιτέλεση πράξεων σε άτομα στα οποία ο εκτελεστικός μηχανισμός είναι ανέπαφος, δηλαδή δεν υπάρχει παράλυση, αταξία ή χορειαθέτωση και τα άτομα έχουν πλήρη συνείδηση της πράξης που πρέπει να επιτελεσθεί.

Η απραξία παραδοσιακά υποδιαιρείται στις παρακάτω μορφές:

- Η μελοκινητική απραξία, στην οποία υπάρχει απώλεια των κινητικών μνημονικών εικόνων που αφορούν ένα μέλος. Προκαλείται από ελαφρά βλάβη των ελίκων του εγκεφάλου, η οποία δεν είναι σε βαθμό ώστε να προκαλέσει παράλυση.
- Η αμφοτερόπλευρη ιδεοκινητική απραξία. Προκαλείται από απομόνωση του αριστερού βρεγματικού λοβού από την εκτελεστική περιοχή. Εάν η βλάβη αφορά το μεσολόβιο και απομονώνεται μόνο η δεξιά εκτελεστική περιοχή, τότε υπάρχει ιδεοκινητική απραξία αριστερά.
- Η ιδεακή απραξία. Προκαλείται όταν η διαταραχή των πράξεων είναι εξαρτημένη από τη σκέψη του ατόμου και διαταράσσεται η ιδεακή σύλληψη αυτής. Οφείλεται σε διάχυτη βλάβη της οπίσθιας μοίρας του αριστερού ημισφαιρίου (Gauthier, 2000).

Με το πέρασμα των ετών αναπτύχθηκε και μια ακόμη ταξινόμηση της απραξίας:

- Κατασκευαστική απραξία, η οποία εμφανίζεται ως αδυναμία του ασθενή να σχεδιάσει αυθόρμητα ή με τη χρήση ενός μοντέλου, απλών σχημάτων (ένα τετράγωνο, έναν κύβο κτλ). Όταν η διαταραχή είναι σημαντική εμφανίζεται ένα φαινόμενο που καλείται closing in όπου (δεδομένου ότι χρησιμοποιεί σπιρτόξυλα για την κατασκευή) ο ασθενής προσπαθεί να τοποθετήσει τα σπιρτόξυλα μέσα στο σχήμα – μοντέλο που του δίδεται για την κατασκευή του.
- Ιδεοκινητική απραξία, η οποία χαρακτηρίζεται και ως «δυσκινησία στον χώρο». Η δυσκινησία αυτή είναι περιορισμένη στον χώρο που

επικεντρώνεται στο σώμα. Για το λόγο αυτό η απραξία αυτή είναι ιδιαίτερα εμφανής κατά την εκτέλεση πράξεων που λέγονται κατά συνθήκη «συμβολικές» (στρατιωτικός χαιρετισμός, σημείο του σταυρού κτλ) ή «κινήσεων μίμησης» των κινήσεων των άλλων.

- Η ιδεακή απραξία. Κατά την οποία διαταράσσεται η λογική σειρά των πράξεων που πρέπει να γίνουν κατά την εκτέλεση μιας πολύπλοκης πράξης, ενώ αν επιχειρηθεί μεμονωμένα η κάθε ενέργεια αυτή γίνεται φυσιολογικά. Η διαταραχή εμφανίζεται βαρύτερη όσο οι επιμέρους ενέργειες είναι περισσότερες και χρειάζονται μεγαλύτερο αριθμό διαδοχικών κινήσεων για να φθάσουν στον τελικό σκοπό.
- Η απραξία ένδυσης, κατά την οποία το άτομο δυσκολεύεται να προσανατολιστεί και να φορέσει σωστά τα ενδύματα του. Συχνά τα πιάνει με τρόπο αφύσικο και αν τύχει και τα τοποθετήσει σωστά δεν μπορεί να κάνει τις διορθωτικές κινήσεις για να τα στρώσει σωστά επάνω στο σώμα του (Gauthier, 2000).

Δ) ΑΓΝΩΣΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Από τις αγνωσικές διαταραχές ιδιαίτερο ενδιαφέρον έχουν οι οπτικές. Οι οπτικές αγνωσίες εμφανίζονται πολύ νωρίς στην εμφάνιση και εξέλιξη της νόσου, και αφορούν κυρίως την αναγνώριση εικόνων αντικειμένων στην δοκιμασία Poppelreuter. Πρέπει να τονιστεί πως η αναγνώριση των αντικειμένων αυτών καθ' εαυτών καθώς και η ταξινόμηση των χρωμάτων διατηρούνται για μεγάλο χρονικό διάστημα. Έχει παρατηρηθεί ότι από μορφογνωστική άποψη:

α) Τα συνήθη αντικείμενα απαιτούν μικρότερη διερεύνηση από ότι οι γεωμετρικές μορφές, και ότι σε δοκιμασίες που περιλαμβάνουν την αναγνώριση συνήθων αντικειμένων οι ασθενείς δεν κάνουν λάθη

β) Όταν υπάρχουν τέσσερα διαφορετικά τρισδιάστατα στοιχεί προς εκλογή αυτά αναγνωρίζονται εύκολα. Αντίθετα όταν παρουσιάζονται τρία παρόμοια τρισδιάστατα αντικείμενα με παρόμοια μορφή (όχι σφαιρικά) εμφανίζονται λάθη στο προλειτουργικό στάδιο. Οι μορφές (γενικά) μεγάλου μεγέθους αναγνωρίζονται πάντα, ενώ αυτές με μεσαίο και μικρό μέγεθος συγχέονται

στο 1/3 των περιπτώσεων περίπου. Εξαίρεση αποτελούν οι σφαίρες διαφορετικού μεγέθους, οι οποίες αναγνωρίζονται όλες.

γ) Η αναγνώριση μορφών με δυο διαστάσεις είναι ευκολότερη όταν αυτές είναι ανοικτές παρά κλειστές, ενώ οι τετράγωνες και κυκλικές διακρίνονται ευκολότερα από αυτές που έχουν γωνίες. Υπάρχουν ακόμη πολλές χαρακτηριστικές περιπτώσεις αναγνώρισης ή όχι συγκεκριμένων σχημάτων (Gauthier, 2000).

4.3. Αποδιοργάνωση σε νευρολογικό επίπεδο

Η νευρολογική σημειολογία και η αποδιοργάνωση της λειτουργικότητας περιγράφονται κυρίως σε αντιδιαστολή με τα διάφορα στάδια της ωρίμανσης του ΚΝΣ. Έτσι, στην νόσο Alzheimer περιγράφεται επανεμφάνιση αρχαϊκής συμπεριφοράς, κατά την οποία χάνεται ο εκούσιος χαρακτήρας της κίνησης και εμφανίζονται αρχέγονα ανακλαστικά (π.χ. στοματικό, συλλήψεως κτλ) καθώς και παρασιτικές κινήσεις (π.χ. συγκινησίες) που η εξαφάνιση τους κατά την παιδική ηλικία είναι δείκτης ωρίμανσης του εγκεφάλου. Σε κάποιες άλλες περιπτώσεις, οι κινητικές λειτουργίες, προσεγγίζοντας τις παιδικές συνήθειες, παίρνουν διαφορετικές όψεις (π.χ. στερεοτυπίες).

Περιγράφονται τέσσερα στάδια αποδιοργάνωσης αυτού του τύπου:

- Στο πρώτο στάδιο η νευρολογική εξέταση είναι φυσιολογική, αλλά προοδευτικώς εμφανίζονται ήπιος τρόμος, αραιές συγκινησίες απομίμησης και ορισμένα σημεία αισθητικής απόσβεσης σε ταυτόχρονο ερεθισμό (π.χ. σε κτύπημα με το δάκτυλο από τον εξεταστή συγχρόνως στο χέρι και στο πόδι, ο ασθενής αντιλαμβάνεται μόνο το χτύπημα στο χέρι).
- Στο δεύτερο στάδιο, το πρόσωπο είναι ανέκφραστο αλλά παίρνει εύκολα έκφραση σε μια συζήτηση. Σε όρθια στάση ο κορμός είναι καθηλωμένος περίπου όπως σε παρκινσονικό ασθενή. Οι κινήσεις των άνω άκρων είναι περιορισμένες, χωρίς όμως κάμψη των αντιβραχίων. Κατά τη βόδιση υπάρχει δυσβασία, αλλά όχι μικροβηματισμός. Όταν ο ασθενής κάθεται είναι δύσκαμπτος και δεν γέρνει την πλάτη του στην πλάτη του καθίσματος. Τα χέρια τοποθετημένα επάνω στα γόνατα, κάνουν ενίοτε κινήσεις τριβής ή ελαφρά κτυπήματα, σε συνδυασμό με

άλλες στερεοτυπίες. Η προσοχή είναι διαταραγμένη και αυτό έχει επίπτωση στις διάφορες πράξεις που καλείται να επιτελέσει. Οι πράξεις μένουν ημιτελείς και γίνονται μόνον μετά από επαναλαμβανόμενη παρότρυνση. Επίσης συχνές είναι οι συγκινησίες οι οποίες είναι αμφοτερόπλευρες και ποικίλουν ανάλογα με την προσοχή που δίνει ο ασθενής ή ο εξεταστής στο ακίνητο μέλος. Συχνά προσβάλλεται και η οπτική τονικότητα. Πρόκειται για δυσκολίες της καθήλωσης. Όταν καλείται ο ασθενής να περιγράψει μια εικόνα, τα μάτια του μετά από μερικές ασαφείς κινήσεις, κολλάνε σε ένα τμήμα της εικόνας. Η διατήρηση της καθήλωσης αυτής είναι σημαντική, ο ασθενής δεν μετακινεί το βλέμμα σε άλλα στοιχεία της εικόνας παρά μόνο ύστερα από επίμονη παρότρυνση του εξεταστή. Σημειώνεται ότι το ανακλαστικό συλλήψεως του βλέμματος δεν παρατηρείται ποτέ σε εικόνες μικρών διαστάσεων.

- Στο τρίτο στάδιο της κινητικής αποδιοργάνωσης, εμφανίζονται στερεοτυπίες με τη μορφή μιας μεμονωμένης κίνησης όταν ο ασθενής είναι ξαπλωμένος. Οι στερεοτυπίες αυτές ονομάζονται «εργασία κλινοστρωμνής». Εκλύονται στην αρχή από συγκίνηση ή από τοποθέτηση στο χέρι του ασθενή κάποιου κομματιού χαρτιού ή υφάσματος.
- Στο τέταρτο στάδιο τα παραπάνω συμπτώματα αυξάνουν. Η βάδιση διαταράσσεται και παρατηρείται μικροβηματισμός. Τα ανακλαστικά σύλληψης των χειρών αυξάνουν με μια τάση του ασθενή να συλλάβει το αντικείμενο που πλησιάζει προς αυτόν. Στα κάτω άκρα εμφανίζεται το φαινόμενο του Potzi (παράδοξη σύσπαση του τετρακέφαλου κατά την δοκιμασία Laseque) Άλλες στερεοτυπίες που παρατηρούνται είναι ο συνδυασμός κινήσεως τριβής. Τρίψιμο του αντίχειρα με τον δείκτη, τρίψιμο των χειρών στα γόνατα ή στους μηρούς, πολύμορφες κινήσεις των κάτω άκρων που παρατηρούνται σε ασθενείς με διαταραχές βάδισης. Όλες αυτές οι κινητικές δραστηριότητες είναι ανάμικτες μεταξύ τους και δεν είναι δυνατό να διακριθεί μια εκλεκτική σειρά κατά την πραγματοποίησή τους (Gauthier 2000).

Στο τελευταίο στάδιο ιδιαίτερα εντυπωσιακές εμφανίζονται οι οφθαλμικές διαταραχές. Οι αυτόματες οφθαλμικές κινήσεις είναι μειωμένες, στην

προσπάθεια ανάγνωσης το βλέμμα αναπηδά από γραμμή σε γραμμή χωρίς όμως τάση σύλληψης. Αναφέρεται επίσης ότι η οφθαλμοκινητικότητα δυσχεραίνεται από τις κινήσεις της κεφαλής. Οι διαταραχές της βάδισης στην αρχή τουλάχιστον της νόσου δεν είναι χαρακτηριστικές, προοδευτικώς όμως παρατηρούνται, και φθάνουν σε ποσοστό 30% με 50%. Τέλος, επιληπτικές κρίσεις παρατηρούνται και αναφέρονται σε προχωρημένες μορφές της νόσου σε ποσοστά από 10% μέχρι 30% (Gauthier, 2000).

4.4. Η όραση στη νόσο Alzheimer

Η διαταραχή του οπτικού συστήματος στη νόσο Alzheimer, είναι γνωστή από καιρό, τόσο από κλινικές παρατηρήσεις όσο και από πειραματικά στοιχεία. Αυτές οι οπτικές διαταραχές είναι δυνατόν να εμφανιστούν συγχρόνως με την έναρξη της νόσου. Μέχρι στιγμής όλα τα διαθέσιμα στοιχεία υποδηλώνουν ότι πρόκειται για διαταραχές αυτές έχουν σχέση με ορισμένα σημεία του οπτικού συστήματος. Οι διαταραχές αυτές μάλιστα, είναι πολλές φορές τα πρώτα συμπτώματα της νόσου Alzheimer. Όσον αφορά αυτά τα πρώτα συμπτώματα, πρόκειται κυρίως για διαταραχές προσανατολισμού στην ανάγνωση κειμένων και οι οποίες, στην αρχή της νόσου τουλάχιστον, υποδηλώνουν περισσότερο διαταραχή χώρου παρά λόγου. Στη συνέχεια εμφανίζονται και άλλες διαταραχές. Υπάρχουν διαταραχές στην δοκιμασία αντιγραφής σχεδίων και εικόνων, ενώ αναφέρονται περιπτώσεις που ασθενείς προσκρούουν σε μεγάλο μεγέθους αντικείμενα που βρίσκονται μπροστά τους (π.χ. έπιπλα) δίνοντας την εντύπωση ότι δεν τα βλέπουν. Συχνά είναι επίσης τα παράπονα από ασθενείς για μειωμένη όραση ή για προβλήματα με τα γυαλιά οράσεως, παρόλο που η οπτική τους οξύτητα δεν είναι περισσότερο μειωμένη σε σχέση με άλλους ανθρώπους της ηλικίας τους. Επίσης δεν μπορούν να εντοπίσουν με ακρίβεια αντικείμενα στον χώρο και να καθορίσουν τις τοπογραφικές σχέσεις μεταξύ τους. Τέλος Η αίσθηση της κίνησης, η οποία εξετάζεται με τη μετάθεση κινούμενων στόχων μειώνεται ακόμη περισσότερο στην νόσο Alzheimer σε σχέση με την μείωση που οφείλεται στην ηλικία (και είναι σημαντική) (Μεντενόπουλος & Μπουράς, 2002).

4.5. Ταυτόχρονη και ομοιογενής αποδιοργάνωση των ψυχολογικών, νευροψυχολογικών και νευρολογικών λειτουργιών στη νόσο Alzheimer

Όπως έχει αναφερθεί παραπάνω, η αποδιοργάνωση των ψυχολογικών, νευροψυχολογικών και νευρολογικών λειτουργιών γίνεται στην νόσο Alzheimer με τρόπο ομοιογενή. Δηλαδή μόλις μια διαταραχή εμφανιστεί σε ένα επίπεδο (π.χ. ψυχολογικό) τότε μια ανάλογη διαταραχή εμφανίζεται σε άλλο επίπεδο (νευροψυχολογικό ή νευρολογικό).

Παρακάτω αναφέρονται 4 στάδια της αποδιοργάνωσης αυτής στα τρία επίπεδα (ψυχολογικό, νευροψυχολογικό, νευρολογικό):

1ο Στάδιο

- Έναρξη διαταραχών στο διαχωρισμό μεταξύ βάρους και όγκου
- Έλλειψη λέξης, αρχή κατασκευαστικής απραξίας, δυσκολία αναγνώρισης αντικειμένων σε ατελείς εικόνες και έπειτα τεμαχισμένων ή ανακατωμένων εικόνων, δακτυλική αγνωσία (εντόπιση στο άλλο χέρι των δακτύλων που αγγίζει ο εξεταστής)
- Ήπιος τρόμος, συγκινησίες απομίμησης

2ο Στάδιο

- Διαταραχές στο διαχωρισμό μεταξύ όγκου και βάρους αλλά διατήρηση της έννοιας του όγκου και του βάρους
- Περιφράσεις εκεί που είναι δυνατόν να αναφερθεί ένα αντικείμενο με μια λέξη, απώλεια στην αίσθηση του βάθους στην κατασκευαστική απραξία, δυσκολία μίμησης πολύπλοκων χειρονομιών, σαφής δακτυλική αγνωσία.
- Ανέκφραστο πρόσωπο, απραξία βάδισης, αυτόματα αντανακλαστικά (συλλήψεως κτλ)

3ο Στάδιο

- Διατήρηση μόνο της έννοιας του βάρους
- Μία λέξη αντί άλλης, σχεδιάζει τον κύβο με δυο μόνο πλευρές και αργότερα με μια, δυσαρθρία, ιδεοκινητική απραξία, διαταραχές της στερεογνωσίας και της μίμησης συμβολικών πράξεων.
- Ποικίλες στερεοτυπίες

4ο Στάδιο

- Απώλεια όλων των ικανοτήτων, εκτίμησης, όγκου, βάρους κτλ

- Παραπονημένες λέξεις, φαινόμενο closing in στην αναπαραγωγή του κύβου, απραξίες όλων των τύπων και σωματοαγνωσία.
- Ποικίλα σημεία του μετωπιαίου λοβού (Μεντενόπουλος & Μπουράς, 2002).

5. DSM - IV ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΟΙΑ ΤΥΠΟΥ ALZHEIMER

A. Η ανάπτυξη πολλαπλών γνωστικών ελλειμμάτων, που εκδηλώνεται και με τα δύο

- (1) έκπτωση της μνήμης (έκπτωση στην ικανότητα να μαθαίνει καινούργιες πληροφορίες ή να ανακαλεί στη μνήμη προηγούμενες πληροφορίες που έμαθε)
- (2) μια (ή περισσότερες) από τις παρακάτω γνωστικές διαταραχές:
 - A. αφασία (διαταραχή λόγου)
 - B. απραξία (έκπτωση στην ικανότητα να διεκπεραιώνει κινητικές δραστηριότητες παρά την άθικτη κινητική λειτουργία)
 - C. αγνωσία (αδυναμία να αναγνωρίζει ή να προσδιορίζει αντικείμενα παρά την άθικτη αισθητηριακή λειτουργία)
 - D. διαταραχή στην εκτελεστική λειτουργία (δηλ. να κάνει σχέδια, να οργανώνει, να βάζει στη σειρά, να λειτουργεί αφαιρετικά)

B. Το κάθε ένα από τα γνωστικά ελλείμματα στα Κριτήρια A1 και A2 προκαλεί σημαντική έκπτωση στην κοινωνική ή επαγγελματική λειτουργικότητα και αντιπροσωπεύει σημαντική μείωση από προηγούμενο επίπεδο λειτουργικότητας.

Γ. Η πορεία χαρακτηρίζεται από βαθμιαία έναρξη και συνεχιζόμενη γνωστική έκπτωση.

Δ. Τα γνωστικά ελλείμματα στα Κριτήρια A1 και A2 δεν οφείλονται σε κάποιο από τα παρακάτω:

- (1) άλλες καταστάσεις του κεντρικού νευρικού συστήματος που προκαλούν προοδευτικά ελλείμματα στη μνήμη και στις γνωστικές λειτουργίες (π.χ. αγγειακή νόσος του εγκεφάλου, νόσος του Parkinson, νόσος του Huntington, υποδόρειο αιμάτωμα, υδροκέφαλος φυσιολογικής πίεσης, όγκος του εγκεφάλου)
- (2) συστηματικές καταστάσεις που είναι γνωστό ότι προκαλούν άνοια (π.χ. υποθυρεοειδισμός, ανεπάρκεια βιταμίνης B12 ή φολικού οξέος, ανεπάρκεια νιασίνης, υπερασβεστιαμία, νευροσύφιλη, λοίμωξη από HIV)

(3) καταστάσεις προκαλούμενες από ουσίες

Ε. Τα ελλείμματα δεν συμβαίνουν αποκλειστικά κατά τη διάρκεια της πορείας ενός παραληρήματος

ΣΤ. Η διαταραχή δεν εξηγείται καλύτερα ως κάποια άλλη διαταραχή του Άξονα I (π.χ. Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή, Σχιζοφρένεια) (Diagnostic and statistical manual of mental disorders IV, DSM, 2004).

Κωδικοποιήστε με βάση τον τύπο της έναρξης και τα προεξάρχοντα χαρακτηριστικά:

Με Πρώιμη Έναρξη: εάν η έναρξη είναι στην ηλικία των 65 χρόνων ή πριν

Με Παραλήρημα: εάν παραλήρημα επικάθεται στην άνοια

Με παραληρητικές Ιδέες: εάν παραληρητικές ιδέες είναι το προεξάρχον χαρακτηριστικό

Με Καταθλιπτική Διάθεση: εάν καταθλιπτική διάθεση (συμπεριλαμβανομένων εκδηλώσεων που συμπληρώνουν πλήρη κριτήρια συμπτωμάτων για Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο) είναι το προεξάρχον χαρακτηριστικό. Ξεχωριστή διάγνωση Καταθλιπτική Διαταραχή Οφειλόμενη σε Γενική Ιατρική Κατάσταση δεν δίνεται

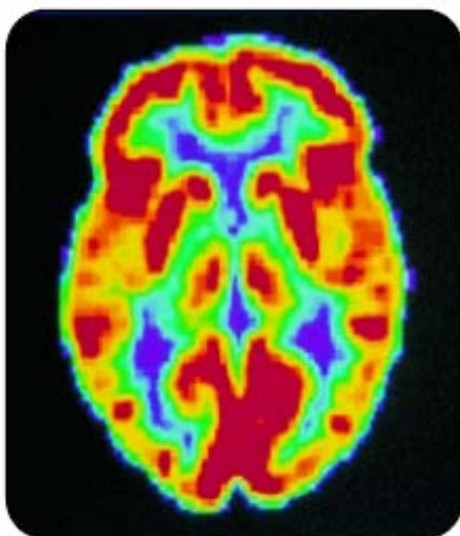
Μη Επιτεπλεγμένη: εάν κανένα από τα παραπάνω δεν προεξάρχει στην τρέχουσα κλινική εικόνα

Με Όψιμη Έναρξη: εάν η έναρξη είναι μετά την ηλικία των 65 χρόνων
Προσδιορίστε αν:

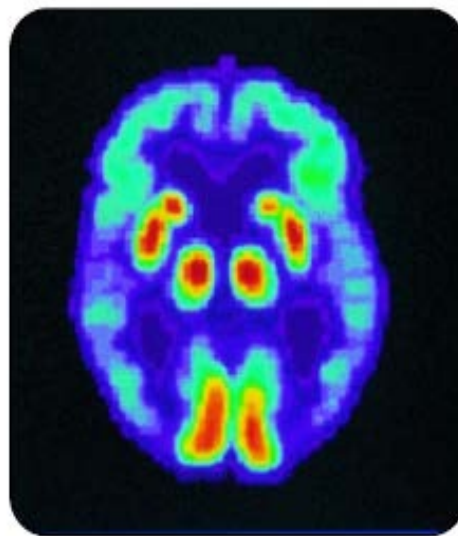
Με Διαταραχή της Συμπεριφοράς (π.χ. περιπλάνηση) Σημείωση κωδικοποίησης: Επίσης κωδικοποιήστε και αναγράψτε νόσος του Alzheimer στον Άξονα III (Diagnostic and statistical manual of mental disorders IV, DSM, 2004).

6.ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΣΤΗ ΝΟΣΟ ALZHEIMER

Οι νευροαπεικονιστικές μέθοδοι συνέβαλαν σημαντικά στην διάγνωση και ιδιαίτερα στην πρώιμη διάγνωση της νόσου Alzheimer. Οι σύγχρονες απεικονιστικές μέθοδοι που χρησιμοποιούνται για τη διάγνωσή της είναι η μαγνητική τομογραφία-magnetic resonance imaging (MRI), η μονοφωτονιακή τομογραφία- single photon emission tomography (SPET) και η ποζιτρονιακή τομογραφία- positron emission tomography (PET). Η βελτιστοποίηση των μηχανημάτων και διαγνωστικών πρωτοκόλλων επιτρέπει την παρατήρηση των λεπτών δομών στη φλοιώδη και υποφλοιώδη μοίρα του εγκεφάλου. Σε πολλές μελέτες έχει αποδειχθεί η καλή ευαισθησία και ειδικότητα των παραπάνω τεχνικών με SPET και PET, για τη διάγνωση της νόσου Alzheimer. Το κλασικό απεικονιστικό εύρημα της ΝΑ είναι η συμμετρική ή ασύμμετρη ελάττωση της αιματικής ροής και του μεταβολισμού στις οπίσθιες κροταφοβρεγματικές περιοχές, στο οπίσθιο τμήμα της έλικας του προσαγωγίου και στην πρόσθια μετωπιαία περιοχή με μικρότερη συμμετοχή του οπτικού φλοιού και του αισθητικοκινητικού φλοιού (Γερασίμου και συν., 2009).



PET Scan of Normal Brain



PET Scan of Alzheimer's Disease Brain

Στη νόσο Alzheimer οι προαναφερθείσες απεικονιστικές τεχνικές συνήθως καταδεικνύουν εγκεφαλική ατροφία, συχνά ασύμμετρη, που αφορά κυρίως τους κροταφικούς λοβούς.

Ελάχιστα απαιτούμενος διαγνωστικός έλεγχος για τη νόσο Alzheimer σε επίπεδο πρωτοβάθμιας περίθαλψης

- Γενική αίματος
- Ταχύτητα καθίζησης ερυθρών αιμοσφαιρίων
- Δείκτες θυρεοειδικής λειτουργίας
- Ηλεκτρολύτες και ασβέστιο ορού
- Γλυκόζη ορού
- Ουρία / κρεατίνη ορού, επίπεδα βιταμίνης B12, ηπατικές δοκιμασίες
- Ορολογικός έλεγχος για σύφιλη

Κριτήρια χρήσης της CT εγκεφάλου στην καθημερινή κλινική πρακτική

Ηλικία κάτω των 60 ετών

- Αντιπηκτική αγωγή ή ιστορικό διαταραχής της πήξης
- Πρόσφατη κάκωση της κεφαλής
- Ιστορικό νεοπλασίας
- Ανεξήγητα νευρολογικά συμπτώματα
- Ταχεία, ανεξηγήτη επιδείνωση σε διάστημα εβδομάδων
- Διάρκεια νόσου μικρότερη των δυο ετών
- Ιστορικό ακράτειας ούρων και διαταραχών βάδισης νωρίς στην πορεία του ανοϊκού συνδρόμου
- Νέα εστιακά σημεία
- Αταξία βάδισης

(Γερασίμου και συν., 2009).

7.ΣΤΑΔΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Η νόσος Alzheimer παρουσιάζει μία προοδευτικά εκπτώτικη πορεία με διάφορα, όμως ακαθόριστα στάδια η εξέταση των οποίων θα βοηθούσε στο σχεδιασμό και τη διαχείριση της φροντίδας. Οι ασθενείς με τη νόσο Alzheimer αναμένεται ότι θα ζήσουν 8 χρόνια κατά μέσο όρο μετά τη διάγνωση με το εύρος επιβίωσης να κυμαίνεται από 3 μέχρι 20 χρόνια και εμφανίζουν μεγάλη ποικιλία συμπτωμάτων τα οποία επέρχονται σε διαφορετικό χρόνο στα διάφορα άτομα, ενώ δεν θα βιώσουν όλοι οι ασθενείς όλα τα συμπτώματα της νόσου (Bradley και συν.,2000)

Ένα πλαίσιο σταδιοποίησης έχει αναπτυχθεί από τον Reisberg (1999) ο οποίος περιγράφει 7 στάδια αρχίζοντας από την ανεπηρέαστη λειτουργία μέχρι τη νοητική έκπτωση ενώ στο ίδιο σχήμα εμπίπτουν και απλούστερα είδη σταδιοποίησης όπως τα αρχικά στάδια, τα μεσαία και τα τελικά στάδια της νόσου Alzheimer (Μεντενόπουλος & Μπουράς ,2002).

Ένας πιο πρακτικός τρόπος σταδιοποίησης χαρακτηρίζει την άνοια σε ήπιας μορφής, σε μέτριας βαρύτητας μορφή και σε βαριάς μορφής άνοια. Σύμφωνα με τη σταδιοποίηση αυτή η πρώτη λειτουργία που διαταράσσεται είναι εκείνη της μνήμης και ιδιαίτερα η διαταραχή της οπτικής μνήμης αποτελεί προγνωστικό παράγοντα για τη νόσο Alzheimer περισσότερο από μια δεκαετία πριν από τη διάγνωση. Στα πρώιμα στάδια της νόσου ο ασθενής ξεχνά τα ραντεβού του, χάνει τα προσωπικά του αντικείμενα, ρωτά συνεχώς τα ίδια πράγματα ή γράφει καταλόγους για αυτά που πρέπει να κάνει ή τα πράγματα που θέλει να αγοράσει. Σε μεταγενέστερα στάδια ξεχνά πρόσωπα γνωστών του και αργότερα των οικείων του, ξεχνά πρόσφατα γεγονότα, δεν μπορεί να χρησιμοποιήσει καταλόγους και αδυνατεί να τηρήσει οποιαδήποτε ραντεβού. Στα τελικά στάδια ζει στο παρελθόν και συγχέει τα πρόσωπα της οικογένειάς του. Όσον αφορά τις διαταραχές του λόγου, στα πρώτα στάδια δυσκολεύεται στην εξεύρεση λέξεων και παρουσιάζει μειωμένη ευφράδεια που τον οδηγεί σε κοινωνική απομόνωση. Σε μεταγενέστερα στάδια δυσκολεύεται στην εξεύρεση των λέξεων ακόμα περισσότερο, παρουσιάζει μια αυξανόμενη τάση για επαναλήψεις, δυσκολεύεται στην παρακολούθηση συζητήσεων και έχει έντονες παρανοήσεις. Η κατάσταση χειροτερεύει με

ασυνέχεια του λόγου και το λεξιλόγιο περιορίζεται συνεχώς, έως ότου ο λόγος χάνεται πλήρως. Με τον ίδιο τρόπο επηρεάζονται οι λειτουργικές δραστηριότητες του ασθενούς, τόσο οι σύνθετες (IADL= instrumental activities of daily living) όσο και οι βασικές (ADL= activities of daily living) οι οποίες σχετίζονται με την αυτοεξυπηρέτηση του ατόμου. Στην αρχή προσβάλλονται οι σύνθετες δραστηριότητες όπως η απόδοση στη δουλειά, η ικανότητα διαχείρισης των οικονομικών, η ικανότητα να χρησιμοποιεί αυτοκίνητο και σιγά- σιγά το άτομο έχει λιγότερο προσεγμένη εμφάνιση, δυσκολεύεται στον προσανατολισμό του και έχει ανάγκη καθοδήγησης και βοήθειας, ενώ στα βαρύτερα στάδια της νόσου εξαρτάται απόλυτα από το φροντιστή του σε όλες του τις δραστηριότητες. Στα τελικά στάδια ο ασθενής δεν μπορεί να διατηρήσει την ισορροπία του καθιστός, αδυνατεί να κρατήσει το κεφάλι του ψηλά και γίνεται κλινήρης (Τσολάκη & Καζής, 2005).

8.ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

8.1.Φαρμακευτική αγωγή

Υπάρχει ένας αριθμός φαρμάκων, που μπορούν να ανακουφίσουν κύρια συμπτώματα, όπως είναι η ταραχή, το άγχος, η κατάθλιψη, οι ψευδαισθήσεις, η σύγχυση και η αϋπνία. Δυστυχώς, τα φάρμακα αυτά έχουν δράση σ' έναν περιορισμένο αριθμό ασθενών, μόνο για ένα σύντομο χρονικό διάστημα και μπορεί να προκαλέσουν ανεπιθύμητες παρενέργειες. Για τους παραπάνω λόγους, γενικά, είναι επιθυμητό να αποφεύγεται η αγωγή, εκτός αν είναι πραγματικά απαραίτητη. Έχει αποδειχθεί ότι τα άτομα που υποφέρουν από τη νόσο έχουν ελαττωμένα επίπεδα ακετυλοχολίνης, ενός νευροδιαβιβαστή (χημική ουσία που είναι υπεύθυνη για τη μεταβίβαση μηνυμάτων από ένα κύτταρο σε άλλο) που παίζει σημαντικό ρόλο στη μνημονική διαδικασία. Έχουν παρασκευαστεί συγκεκριμένα φάρμακα σε ορισμένες χώρες, που μπορούν να αναστείλουν το ένζυμο που αποδομεί την ακετυλοχολίνη. Σε ορισμένους ασθενείς τα φάρμακα αυτά βελτιώνουν τη μνήμη και τη συγκέντρωση. Υπάρχουν επιπρόσθετες ενδείξεις ότι έχουν τη δυνατότητα να επιβραδύνουν την επιδείνωση των συμπτωμάτων προσωρινά. Αλλά δεν υπάρχουν στοιχεία που να αποδεικνύουν ότι σταματούν ή αναστρέφουν τη διαδικασία της κυτταρικής καταστροφής. Τέτοιου είδους φάρμακα θεραπεύουν τα συμπτώματα, αλλά δεν θεραπεύουν τη νόσο (Τσολάκη& Καζής, 2005).

Τα φάρμακα που έχουν εγκριθεί τα τελευταία χρόνια για την άνοια τύπου Alzheimer είναι η τακρίνη (cognex), η δονεπεζίλη, μια πιπερίνη (aricept), η ριβαστιγμίνη, μια φαινυλ-καρβαμάτη (exelon), η γκαλανταμίνη, ένα αλκαλοειδές της φαινανθρένης (reminyl) και η μεμαντίνη (eбixα). Σύμφωνα με μελέτες Σκανδιναβών η δονεπεζίλη μειώνει την έκπτωση της νοητικής λειτουργίας σημαντικά. Χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα ADAS-COG μια αναλυτική ψυχομετρική δοκιμασία αναφοράς, η οποία μπορεί να εφαρμοστεί μόνο στις μελέτες και όχι στο καθημερινό κλινικό ιατρείο, λόγω της πολυπλοκότητας της και του μεγέθους της. Διαφαίνεται βελτίωση στις διαταραχές συμπεριφοράς και σε περιστατικά με σοβαρή άνοια. Οι

διαταραχές που βελτιώθηκαν σημαντικά ήταν το άγχος, η κατάθλιψη, η δυσφορία και η απάθεια» (Πολίτης, 2000).

Σε μακροχρόνια χορήγηση η ριβαστιγμίνη καθυστερεί την επιδείνωση των συμπτωμάτων της άνοιας. Πέρα από την βελτίωση της μνήμης, βελτιώνεται και η λειτουργικότητα των ασθενών με άνοια και η ικανότητα τους να εκτελούν τις καθημερινές τους δραστηριότητες. Είναι φανερό για τους ειδικούς ότι όσο νωρίτερα αρχίσει η θεραπεία τόσο καλύτερα είναι τα αποτελέσματα» (Τσολάκη & Καζής, 2005).

Έχει μελετηθεί ότι η χρήση της γκαλανταμίνης μαζί με την χρήση δυο διαφορετικών κλιμάκων αξιολόγησης της ADCS-ADL καταγράφεται στατιστικά σημαντική διαφορά στην λειτουργικότητα. Η διαφορά αυτή αφορά στις βασικές όσο και τις σύνθετες καθημερινές δραστηριότητες. Σε ανεξάρτητη μελέτη αξιολόγησης της επίδρασης της γκαλανταμίνης στην κατάθλιψη οι ασθενείς παρουσίασαν μείωση των καταθλιπτικών επεισοδίων κατά 63% στην κλίμακα NPI-D και κατά 59% στην κλίμακα TFDD. Θετική επίδραση της γκαλανταμίνης σημειώνεται και σε ασθενείς με αγγειακή άνοια και μεικτού τύπου άνοια, ενώ τα θετικά αποτελέσματα φαίνεται να μεγιστοποιούνται στους ασθενείς που βρίσκονται στο μέτριο στάδιο της νόσου. Η μεμαντίνη χρησιμοποιείται στην Γερμανία τις τελευταίες δυο δεκαετίες με ένδειξη τον παρκινσονισμό, την εγκεφαλική και περιφερική σπαστικότητα και τις νοητικές διαταραχές» (Τσολάκη & Καζής, 2005).

Οι στόχοι θεραπείας με αυτά τα φάρμακα αναμένονται από τους ειδικούς στους πρώτους έξι μήνες θεραπείας, στη συνέχεια αναμένεται η σταθεροποίηση και ως τελική προσδοκία η καθυστέρηση του ρυθμού εξέλιξης της νόσου. Κάποιες φορές υπάρχουν και ανεπιθύμητες ενέργειες σε οποιαδήποτε δόση των φαρμάκων. Σε αυτές τις περιπτώσεις χρησιμοποιείται μικρότερη δόση και εάν συνεχίζουν οι ανεπιθύμητες ενέργειες γίνεται αλλαγή αναστολέα. Όταν οι συγγενείς αναφέρουν ότι δεν υπάρχει καμιά βοήθεια από τα φάρμακα, τότε ενημερώνονται ότι μπορεί να παρατηρηθεί επιδείνωση και διακόπτεται η θεραπεία (Τσολάκη & Καζής, 2005).

8.2.Μη φαρμακευτικές θεραπευτικές προσεγγίσεις

Η πολυπλοκότητα των συμπτωμάτων του ανοϊκού συνδρόμου δεν επηρεάζει μόνο τον ασθενή, αλλά και τα άτομα που έχουν αναλάβει τη φροντίδα του, δηλαδή τους φροντιστές, που είναι συνήθως τα μέλη της οικογένειάς του (σύζυγοι, παιδιά, αδέρφια ή άλλοι). Οι φροντιστές υφίστανται σημαντική σωματική, οικονομική και ψυχολογική επιβάρυνση, προκειμένου να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις της φροντίδας του ασθενούς (Τσολάκη & Καζής, 2005).

8.3.Ατομική ψυχοθεραπεία

Η ατομική ψυχοθεραπεία μπορεί να οριστεί ως μια σχεδιασμένη εφαρμογή, όπου μέσα από εξειδικευμένες ψυχολογικές τεχνικές μπορούμε να βοηθήσουμε τον ασθενή να μειώσει την ψυχολογική του ανεπάρκεια και να λειτουργήσει πιο αποτελεσματικά, ιδίως στα αρχικά στάδια της νόσου. Ο στόχος της θεραπείας είναι να προσαρμόσει τα ερεθίσματα του περιβάλλοντος στη γνωστική ικανότητα του ασθενούς και να τα επεξεργαστεί μέσα στα πλαίσια των δυνατοτήτων που παρέχει το περιβάλλον αυτό. Η βελτίωση των ανώτερων νοητικών λειτουργιών είναι δυνατό να πραγματοποιηθεί και μέσα από τη ψυχοθεραπεία. Η θεραπεία πρέπει να στοχεύει στην αντιμετώπιση της γνωστικής διαταραχής και του άγχους, το οποίο μπορεί να σχετίζεται είτε με τη συναισθηματική κατάσταση του ατόμου είτε με τη δυσπροσαρμοστικότητα του ως προς το χειρισμό προβλημάτων. Η εξατομίκευση της θεραπείας είναι απαραίτητη προϋπόθεση στα πλαίσια μιας ολιστικής προσέγγισης. Παρά το αυξανόμενο ενδιαφέρον που παρατηρείται για την ψυχοθεραπεία των ηλικιωμένων, υπάρχουν λίγα στοιχεία σχετικά με την εφαρμογή της ατομικής ψυχοθεραπείας στους ανοϊκούς ασθενείς, λόγω της γνωστικής ανεπάρκειας και της διαταραχής στην επικοινωνία που εμφανίζουν. Η κλινική έκφραση της άνοιας δεν εξαρτάται μόνο από τη φύση και την έκταση της εγκεφαλικής βλάβης, αλλά και από το εκπαιδευτικό επίπεδο, τη συναισθηματική ωριμότητα, την προνοσηρή προσωπικότητα, τους κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες, καθώς και την ηλικία που εκδηλώνεται, καθότι η ηλικία επηρεάζει σοβαρά τις αυτόνομες λειτουργίες του

εγώ και τους μηχανισμούς άμυνας. Οι παράγοντες αυτοί θα πρέπει να ληφθούν σοβαρά υπόψη στη ψυχοθεραπευτική διεργασία. Η συνειδητοποίηση της γνωστικής διαταραχής στα αρχικά στάδια προκαλεί έντονο άγχος και κινητοποιεί συγκεκριμένους μηχανισμούς άμυνας. Οι μηχανισμοί άμυνας που παρατηρούνται συνήθως σ' έναν ασθενή με άνοια είναι (α) μηχανισμοί που στοχεύουν στον έλεγχο και στη διατήρηση της αυτονομίας και που εκδηλώνονται με ψυχαναγκαστική συμπεριφορά και υπερανάπληρωση, (β) μηχανισμοί που στοχεύουν στον αποκλεισμό της απειλής ή της σημασίας της από το συνειδητό, όπως απώθηση, άρνηση, προβολή και εκλογίκευση, και (γ) μηχανισμοί της ενεργητικότητας, όπως παλινδρόμηση και απόσυρση. Η ψυχοθεραπεία στον ανοϊκό ασθενή θα πρέπει να εστιαστεί στα εξής σημεία:

- Πρώιμη αναγνώριση και διόρθωση των ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων που επιδεινώνουν τη γνωστική κατάσταση και την επιδείνωση της γενικής υγείας.
- Προσαρμογή του περιβάλλοντος στον ασθενή και όχι προσαρμογή του ασθενούς στο περιβάλλον. Όταν το περιβάλλον προσαρμόζεται στις ανάγκες του ασθενούς, παρέχοντάς του τα ανάλογα αισθητηριακά, ποιοτικά και ποσοτικά ερεθίσματα, τότε ο ασθενής μπορεί να νιώσει ασφαλής και λειτουργικός σε επίπεδο τόσο γνωστικό όσο και συναισθηματικό.
- Αποκατάσταση, στο μέτρο του δυνατού, των διαταραγμένων ικανοτήτων.
- Διατήρηση και χρήση των υπάρχουσών άθικτων λειτουργιών. Η διατήρηση των λειτουργιών αυτών εμποδίζει την παλινδρόμηση και συντηρεί την ενεργητικότητα.
- Μείωση των απαιτήσεων από τον ασθενή και προσαρμογή στις διαταραγμένες του ικανότητες. Ο στόχος αυτός μπορεί να πραγματοποιηθεί με την τροποποίηση της συμπεριφοράς, έτσι ώστε να δημιουργείται μια διορθωτική ανατροφοδότηση (Corrective feedback) και να αναπλαισιώνονται οι λειτουργίες αυτές, προκειμένου να νιώθει ο ασθενής πιο ικανοποιημένος και λειτουργικός.

Ψυχοθεραπευτική αντιμετώπιση του άγχους, της κατάθλιψης και των συναισθηματικών αντιδράσεων που συνοδεύουν τις διαταραχές αυτές

(απάθεια, ντροπή, θυμός, ευερεθιστότητα, επιθετικότητα κ.ά.) (Τσολάκη & Καζής, 2005).

8.4.Γνωστική θεραπεία

Η γνωστική θεραπεία έχει ως στόχο τη βελτίωση και διατήρηση των γνωστικών λειτουργιών των ασθενών και κυρίως τη βελτίωση και διατήρηση της μνημονικής λειτουργίας, δίνοντας κυρίως έμφαση στην κωδικοποίηση, στην ανάκληση και στην εκμάθηση νέου υλικού. Η χρήση συγκεκριμένων τεχνικών γνωστικής εξάσκησης έχει πράγματι θετική επίδραση στη μνημονική λειτουργία. Οι βασικές αυτές τεχνικές είναι η τεχνική της «περιοδικής-τμηματικής ανάκλησης» (spaced retrieval), η υποβοηθούμενη ανάκληση στη φάση της κωδικοποίησης και στη φάση της ανάκλησης και η χρήση εξωτερικών μνημονικών βοηθημάτων. Η τεχνική της «περιοδικής-τμηματικής ανάκλησης» (spaced retrieval) περιλαμβάνει την ανάκληση της ίδιας πληροφορίας σε βαθμιαία αυξανόμενα χρονικά διαστήματα. Εάν η ανάκληση αποτύχει, το υποκείμενο δέχεται την ανάλογη επανατροφοδότηση και το διάστημα διατήρησης της πληροφορίας μειώνεται στο αμέσως προηγούμενο, όπου η ανάκληση ήταν επιτυχής. Η «περιοδική ανάκληση» βασίζεται σ' ένα βαθμό σε αυτόματες διεργασίες ανάκλησης, πράγμα που υποδηλώνει τη χρήση διεργασιών της «ασυνείδητης μνήμης» (implicit memory). Η εξάσκηση με τη μέθοδο αυτή έχει δείξει ότι βελτιώνει την επίδοση των ανοϊκών ασθενών στην κατονομασία αντικειμένων και στη σύνδεση προσώπου-ονόματος και αντικειμένου και ανάλογης θέσης του (Τσολάκη & Καζής, 2005).

8.5.Θεραπεία συμπεριφοράς

Η θεραπεία συμπεριφοράς, η οποία σ' ένα βαθμό περιλαμβάνεται στις προηγούμενες προσεγγίσεις, έχει ως στόχο να αλλάξει ή να βελτιώσει μια ποικιλία συμπεριφορών, όπως η ομιλία, η φροντίδα του εαυτού, οι δραστηριότητες της καθημερινής ζωής. Ένα σημαντικό μέρος των συμπεριφορικών παρεμβάσεων για τη βελτίωση της λειτουργικότητας της καθημερινής ζωής αποτελεί η βαθμιαία βοήθεια, που υποστηρίζεται από πρακτικές ασκήσεις και θετική ενίσχυση. Η παρέμβαση αυτή περιλαμβάνει

φραστική παρακίνηση έως φυσική επίδειξη και καθοδήγηση ή και σωματική βοήθεια στις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής (διατροφή, ντύσιμο, υγιεινή). Η τροποποίηση της συμπεριφοράς, η προγραμματισμένη χρήση της τουαλέτας και η παρακινούμενη κένωση της κύστης ή του ορθού (prompted voiding) αποτελούν σημαντικούς παράγοντες που μπορούν να μειώσουν σημαντικά την ακράτεια. Μια από τις γνωστότερες συμπεριφορικές τεχνικές για τους ασθενείς με Alzheimer αποτελεί η τεχνική προσανατολισμού στην πραγματικότητα (reality orientation technique). Το περιεχόμενο της τεχνικής βασίζεται στην άποψη ότι ο προσανατολισμός αποτελεί βασικό στοιχείο της λειτουργικότητας του ατόμου και για το λόγο αυτό δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στην εκμάθηση της ημέρας, της ημερομηνίας, της εποχής, του χρόνου και της χρήσης των ονομάτων (Τσολάκη & Καζής, 2005).

8.6. Ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις

Μια σημαντική παράμετρος των μη φαρμακευτικών θεραπειών για τον ανοϊκό ασθενή αποτελούν οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις, που αφορούν κυρίως την τροποποίηση του περιβάλλοντος του ασθενούς, ώστε να καταστεί πιο «θεραπευτικό». Οι περιβαλλοντικές τροποποιήσεις και ο κατάλληλος αρχιτεκτονικός σχεδιασμός μπορούν να βοηθήσουν σημαντικά τον ασθενή να προσανατολιστεί μέσα στο χώρο όπου ζει. Η εγκατάσταση οικείων και βολικών αντικειμένων, ο τονισμός κάποιων ενδεικτικών σημάτων, ρολογιών ή άλλων αντικειμένων, που έχουν και τον ανάλογο φωτισμό, και η αποφυγή αντικειμένων που μπορεί να λειτουργήσουν ως εμπόδια και να προκαλέσουν ατύχημα, είναι κάποιες από τις αλλαγές που διευκολύνουν τις δραστηριότητες των ασθενών, π.χ. οι πόρτες της κουζίνας ή του μπάνιου θα μπορούσαν να είναι ανοικτές για να διευκολύνεται ο προσανατολισμός του ασθενούς και η πόρτα της εισόδου του σπιτιού να είναι ασφαλισμένη, για να αποφευχθεί η φυγή και η περιπλάνηση. Αν υπάρχουν διαταραχές στο ντύσιμο, ο φροντιστής μπορεί να αφήσει τα ρούχα που θα φορέσει ο ασθενής, τοποθετώντας τα με τη σειρά που θα φορεθούν. Γενικότερα όμως, ο χώρος στον οποίο διαβιώνει ο ασθενής θα πρέπει να φωτίζεται καλά. Το ζωηρό φως (bright light), όπως και ο συνδυασμός ζωηρού φωτός και «λευκού θορύβου» (white noise), θορύβου δηλαδή που περιέχει πολλές συχνότητες με περίπου ισοδύναμη ενέργεια,

μειώνει την επιθετικότητα, την ανησυχία και τις διαταραχές συμπεριφοράς (Τσολάκη & Καζής, 2005).

8.7.Θεραπείες μέσα από την τέχνη

Αναπτύχθηκαν ως ξεχωριστοί επιστημονικοί ξεχωριστοί κλάδοι τα τελευταία πενήντα χρόνια στην Αγγλία και στις Η.Π.Α. Κοινό σημείο αναφοράς τους είναι ότι αφετηρία της τέχνης υπήρξε η ανάγκη του ανθρώπου για έκφραση, καθώς και ότι όλοι οι άνθρωποι χωρίς καμιά προεργασία έχουν την ικανότητα να εκφράζονται δημιουργικά. Ο τρόπος που χρησιμοποιείται το «μέσον» έκφρασης (κίνηση, εικόνα, ρόλος κ.α) φανερώνει τον τρόπο που ο άνθρωπος σκέφτεται και αισθάνεται. Η δημιουργική εμπειρία οδηγεί σε μια ευρύτερη αίσθηση του εαυτού και του άλλου μέσα από την εξής διαδικασία: έκφραση συνειδητών και ασυνείδητων συναισθημάτων, εξερεύνηση και κατανόηση των προσωπικών συμβολικών μεταφορών, αναγνώριση και ανάπτυξη του τρόπου με τον οποίο ο άνθρωπος δρα, αντιδρά και σχετίζεται και αποδοχή της εμπειρίας της αλλαγής του εαυτού (Βαρσαμοπούλου, 2005).

8.8.Εικαστική τέχνη (Art - Therapy)

Η θεραπεία μέσω εικαστικών είναι η τριαδική σχέση θεραπευτή-θεραπευόμενου και εικαστικής διαδικασίας, στόχος της οποίας είναι η ανακάλυψη του εαυτού. Στη θεραπεία μέσω εικαστικών κάποιος έχει την δυνατότητα να έρθει σε επαφή με διαφορετικά υλικά διευρύνοντας τη δημιουργική και εκφραστική του δυνατότητα και ανακαλύπτοντας νέα ενδιαφέροντα που θα του παρέχουν νέα γνώση, με συνέπεια την καταπολέμηση ή καταστολή της άνοιας (Βαρσαμοπούλου, 2005).

Εικαστική Θεραπεία είναι η αξιοποίηση της καλλιτεχνικής δημιουργίας του ατόμου, ώστε να προωθηθεί η ικανότητα του να εκφράζει συναισθήματα, σκέψεις, εσωτερικές συγκρούσεις και να τις μεταβιβάζει στο περιβάλλον του. Υπάρχει συναλλαγή του θεραπευόμενου με το μέσον και με τα αποτελέσματα που το «έργο τέχνης» δημιουργεί. Οι θεραπευόμενοι προσπαθούν να συγκροτήσουν κάποια αντιφατικά στοιχεία της ζωής τους. Συχνά παλινδρομούν στη θεραπεία και καταφεύγουν σε ζωγραφιές με χαοτικές και

ανακατεμένες φιγούρες. Ο θεραπευτής ενθαρρύνει με την παρεμβατική του στάση η σιωπώντας, την καλλιτεχνική έκφραση του θεραπευόμενου. Θα πρέπει να υπάρχει υπεύθυνη, έντιμη και άμεση επικοινωνία ανάμεσα στον ασθενή και τον θεραπευτή και συνεργασία μεταξύ των δύο για να κατανοήσουν τη διαδικασία και το τελικό προϊόν της κάθε συνεδρίας που υλοποιείται σε έργο τέχνης. Ο ίδιος ο θεραπευόμενος κάνει ανακαλύψεις ως προς το νόημα των εικόνων του (Βαρσαμοπούλου, 2005).

8.9.Μουσικοθεραπεία

Η μουσική και οι ήχοι μπορούν να χρησιμοποιηθούν και για θεραπευτικούς σκοπούς επειδή έχουν θετική επίδραση στον άνθρωπο. Η μουσική είναι αποτελεσματικό, ευαίσθητο μέσο για την προσέγγιση του ψυχικού κόσμου του ανθρώπου, ιδιαίτερα και στις περιπτώσεις που το άτομο πάσχει από άνοια και διαπιστώνεται ότι λόγω του προβλήματος υγείας που αντιμετωπίζει υπάρχει έντονη συναισθηματική διαταραχή. Παράλληλα η μουσική κατευνάζει συναισθήματα, ενεργοποιεί το άτομο στα ερεθίσματα που λαμβάνει από το περιβάλλον του και αυξάνει την αντιληπτική του ικανότητα. Η μουσικοθεραπεία μπορεί να λειτουργεί ως τρόπος επικοινωνίας είτε με το γέλιο, είτε με το τραγούδι- μουσική. Στοχεύει στο να μειώσει το άγχος και την καταθλιπτική συμπεριφορά και να αυξήσει την προσοχή και την επαγρύπνηση. Μέσω επιμονής-εμμονής και υπομονής ενθαρρύνει και εμψυχώνει τους φροντιστές και τους πάσχοντες διαμέσου των ατομικών και ομαδικών τραγουδιών σ' επίπεδο ατομικής–οικογενειακής και κοινωνικής επικοινωνίας (Βαρσαμοπούλου, 2005).

Με την μουσικοθεραπεία, ο άνθρωπος μπορεί να βελτιώσει ή να διατηρήσει την καρδιοαναπνευστική λειτουργία, την κίνηση, τη δύναμη και την γενική αντοχή του. Επιπλέον μπορεί να βελτιώσει τη γενική εγρήγορση μέσα από κινητικούς ερεθισμούς, οι οποίοι παρέχουν στους ασθενείς την ευκαιρία της ευχαρίστησης της κίνησης και της φυσικής επαφής με τους άλλους. Επίσης μέσω καλά δομημένων προγραμμάτων δίνεται διέξοδος στην εγκλωβισμένη ενέργεια των ασθενών και δυνατότητα αυτοέκφρασης μέσω της κίνησης. Τέλος η συμμετοχή σε κάποιες δραστηριότητες συντελεί στη διατήρηση του προσανατολισμού στην πραγματικότητα, στον χρόνο, στην

ημέρα, στην ώρα, στην κοινωνικότητα και στην οριοθέτηση και επίτευξη των στόχων (Βαρσαμοπούλου, 2005).

8.10.Λογοθεραπευτική παρέμβαση

Ο λογοθεραπευτής καταγράφει το ιστορικό του ασθενή, την εξέταση οργάνων ομιλίας και την ικανότητα γλώσσας και ομιλίας που αξιολογείται με λεκτικές και μη λεκτικές δοκιμασίες. Η λογοθεραπευτική παρέμβαση στηρίζεται σε τρεις βασικές αρχές: στην ολιστική θεώρηση της επικοινωνίας, στη επιλεκτική πρόταση στη θεραπεία και στην καθημερινή αγωγή. Η αγωγή στοχεύει στην καθημερινή επικοινωνία, ενθαρρύνοντας θέματα προς συζήτηση και αναπτύσσοντας σχέσεις με άλλους ανθρώπους, που βρίσκονται δίπλα στον ασθενή. Κυρίως σε έναν ανοϊκό ασθενή η λογοθεραπευτική παρέμβαση μπορεί να είναι πολύ χρήσιμη, αφού διατηρεί τη λεκτική επικοινωνία και την ενισχύει. Στοχεύει επίσης στην αξιοποίηση των δυνατοτήτων επικοινωνίας του ατόμου, στην ενίσχυση της αυτοεκτίμησης, στη συντήρηση και σε ορισμένες περιπτώσεις στην επαναφορά των ικανοτήτων και κατανόησης και έκφρασης λόγου (Βαρσαμοπούλου, 2005).

8.11.Εργοθεραπευτική παρέμβαση

Η εργοθεραπεία είναι ένα επάγγελμα υγείας που παρέχει υπηρεσίες πρόληψης, θεραπείας, αποκατάστασης σε άτομα που παρουσιάζουν νοητικές, συναισθηματικές, μαθησιακές, κινητικές διαταραχές. *Στόχος της εργοθεραπείας* είναι η αποκατάσταση του ατόμου στο μέγιστο βαθμό των ικανοτήτων του, μέσα στα πλαίσια του προβλήματος ή της αναπηρίας του, ώστε να έχει ανεξάρτητη, παραγωγική, ικανοποιητική ζωή. Ο ρόλος του εργοθεραπευτή στην αντιμετώπιση του ανοϊκού ασθενούς αναφέρεται σε προγράμματα ενεργοποίησης–δραστηριοποίησης αυτοϋπηρέτησης σε δραστηριότητες καθημερινής ζωής, εργονομικής παρέμβασης στον χώρο που ζει ο ασθενής, συναισθηματικής υποστήριξης ασθενούς – φροντιστών. Οι στόχοι της εργοθεραπευτικής παρέμβασης είναι η βελτίωση της ικανότητας και της λειτουργικότητας του ατόμου, η εκπαίδευση και διευκόλυνση του ασθενούς σε δραστηριότητες καθημερινής ζωής και η μελέτη και εκπαίδευση στα μαθήματα. Τέλος οι στόχοι της εργοθεραπείας στα τελευταία στάδια της

νόσου είναι η βελτίωση κάποιων ειδικών περιορισμών από συγκεκριμένα προβλήματα στη μάσηση, κατάποση, ενυδάτωση και η εξασφάλιση του ασθενούς (Βαρσαμοπούλου, 2005).

9. ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Η νόσος Alzheimer είναι πάντοτε προοδευτική. Διάφορες μελέτες έχουν αναφέρει ότι η νόσος Alzheimer εξελίσσεται από 2 ως 25 χρόνια με τις περισσότερες περιπτώσεις να εξελίσσονται από 8 ως 15 χρόνια. Παρ' όλα αυτά, καθορίζοντας πότε νόσος Alzheimer ξεκινά, ιδίως εκ των υστέρων, μπορεί να είναι πολύ δύσκολο να καθοριστεί η εξέλιξη της νόσου. Οι ασθενείς συνήθως δεν πεθαίνουν άμεσα από τη νόσο του Alzheimer. Πεθαίνουν επειδή έχουν δυσκολία στην κατάποση ή παρουσιάζουν περιορισμούς στην κινητικότητα και οι αλλαγές αυτές καθιστούν εύκολες τις ευκαιριακές λοιμώξεις, όπως πνευμονία, οι οποίες συχνά αποδεικνύονται θανάσιμες. Τα περισσότερα άτομα με τη νόσο του Alzheimer μπορεί να παραμείνουν στο σπίτι για όσο διάστημα τους παρέχεται κάποια βοήθεια. Εξάλλου, σε μεγάλο μέρος της εξέλιξης της ασθένειας, μπορεί τα άτομα να διατηρούν την ικανότητα για παροχή και λήψη συναισθημάτων αγάπης, επιμερισμού, διαπροσωπικών σχέσεων, και να συμμετέχουν σε μια ποικιλία από ουσιαστικές δραστηριότητες με την οικογένεια και τους φίλους (Τσολάκη, 2006).

Ένα άτομο με νόσο Alzheimer μπορεί να μην είναι πλέον σε θέση να κάνει τα μαθηματικά, αλλά ακόμα μπορεί να είναι σε θέση να διαβάσει ένα περιοδικό με ευχαρίστηση. Η σκακιέρα μπορεί να είναι κάτι μακρινό και δύσκολο, αλλά το τένις μπορεί να εξακολουθεί να είναι απολαυστικό. Έτσι, παρά τις πολλές στιγμές εκνευρισμού και δυσκολίας για τη ζωή των ασθενών με νόσο Alzheimer και τις οικογένειές τους, υπάρχουν πολλές ευκαιρίες για θετικές αλληλεπιδράσεις. Πρόκληση, ματαιώση, εγγύτητα, ζεστασιά, θλίψη, και ικανοποίηση μπορεί να είναι όλα τα συναισθήματα που απαιτούνται από τα άτομα που εργάζονται κοντά σε άτομο με νόσο του Alzheimer. Η αντίδραση του ασθενή στη νόσο του Alzheimer και η ικανότητά του να αντιμετωπίσει τη νόσο ποικίλλουν και να εξαρτάται από παράγοντες όπως οι δια βίου συνήθειες, η προσωπικότητα, ο χαρακτήρας, η σοβαρότητα του στρες στο άμεσο περιβάλλον, η κατάθλιψη, η παράνοια, οι παραληρητικές ιδέες, που μπορεί να συνοδεύουν ή να προκύψουν από την ασθένεια, αλλά οι όροι αυτοί μπορούν συχνά να βελτιωθούν με κατάλληλες θεραπείες. Μολονότι δεν υπάρχει θεραπεία για τη νόσο του Alzheimer, οι θεραπείες που

είναι διαθέσιμες, έχουν περισσότερο ανακουφιστικό χαρακτήρα, για ορισμένα από τα συμπτώματα που συνοδεύουν τη νόσο (Τσολάκη, 2006).

Β' ΜΕΡΟΣ

1. ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΑΝΟΪΚΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Η ανοϊκή συνδρομή μπορεί να έχει βραδεία εξέλιξη, με τον ασθενή να έχει 2 ή και 3 χρόνια ήπια συμπτωματολογία πριν διαγνωστεί, ή μπορεί να γίνει αντιληπτό το πρόβλημα αιφνιδίως π.χ. μετά από μία νάρκωση, όπου ο ασθενής αργεί να επανέλθει και πιθανόν να έχει συμπτώματα ψυχικά όπως ντελίριο, επιθετικότητα, διαταραχές προσανατολισμού στον χώρο και το χρόνο ή αμνησία. Η οικογένεια του ασθενούς μπορεί επίσης να παρατηρήσει ότι στη διάρκεια μίας λοίμωξης, ο ασθενής, δεν ανταποκρίνεται ικανοποιητικά και το ίδιο γρήγορα στη θεραπευτική αγωγή όπως ανταποκρινόταν πριν από δύο τρία χρόνια. Αναλόγως του τρόπου που γίνεται αντιληπτό το πρόβλημα, το πνευματικό επίπεδο του ασθενούς, την προσωπικότητα του και το οικογενειακό του περιβάλλον θα πρέπει να διαμορφωθεί ένα σχέδιο δράσης από τη θεραπευτική ομάδα, για τη συνολική αντιμετώπιση του προβλήματος, τις ανάγκες του ασθενούς και κατά πάσα πιθανότητα και τις ανάγκες της οικογένειας. Στις περιπτώσεις αργής εισόδου της άνοιας στο πρώιμο στάδιο, τα συμπτώματα είναι σχετικά ήπια και μοιάζουν με τα σημάδια της “φυσικής γήρανσης”, όπως: επαναλαμβανόμενες δηλώσεις, λανθασμένες τοποθετήσεις, δυσχέρεια εύρεσης του ονόματος οικείων αντικειμένων, χάνεται σε γνωστές διαδρομές, μικρές αλλαγές της προσωπικότητας, απώλεια ενδιαφέροντος για πράγματα που ενδιαφερόταν άλλοτε, δυσχέρεια στην εκτέλεση στόχων που προϋποθέτουν κάποια σκέψη (Αλεξανδρόπουλος, 2009).

Σε ποιο προχωρημένο στάδιο τα συμπτώματα είναι περισσότερο εμφανή: ξεχνά τις λεπτομέρειες από επίκαιρα γεγονότα, ξεχνά γεγονότα από τη ζωή του, έχει δυσκολία να διαλέξει τα κατάλληλα ρούχα, παρουσιάζει ψευδαισθήσεις, γκρίνια, και επιθετική συμπεριφορά, έχει διαταραχές της σκέψης, κατάθλιψη και ευερεθιστότητα, παρουσιάζει δυσκολία στην εκτέλεση βασικών εργασιών της καθημερινότητας, όπως να μαγειρέψει ή να οδηγήσει. Στο τελικό στάδιο της άνοιας έχει συνεχή ανάγκη από τη φροντίδα “φροντιστή”. Οι ασθενείς στο στάδιο αυτό δεν δύνανται πλέον να κατανοήσουν το λόγο, να γνωρίσουν τα μέλη της οικογένειάς τους και να πραγματοποιήσουν βασικές ατομικές δραστηριότητες, όπως να φάνε να ντυθούν και να κάνουν μπάνιο. Το πρώτο βήμα που επιβάλλεται να γίνει είναι να δοθεί μετά βεβαιότητας η

διάγνωση ότι ο ασθενής έχει άνοια. Κατόπιν πρέπει να διευκρινιστεί ο τύπος της άνοιας. Να ληφθεί λεπτομερές ιατρικό ιστορικό στο οποίο από τον ίδιο αλλά και διάφορα άτομα του οικογενειακού περιβάλλοντος που γνωρίζουν καλά τον ασθενή, πρέπει να αντληθούν πληροφορίες για το πότε άρχισε το κάθε σύμπτωμα, η πορεία του και αν έχει σχέση με κάποιο από τα ερεθίσματα του περιβάλλοντος του ασθενούς. Θα ακολουθήσει προσεκτική φυσική και νευρολογική εξέταση του ασθενούς και τέλος θα γίνει εξέταση της ψυχικής κατάστασής του (Αλεξανδρόπουλος, 2009).

Ακολουθούν εργαστηριακές εξετάσεις προκειμένου να αποκλειστεί η πιθανότητα να πρόκειται για μία αναστρέψιμη κατάσταση ικανή να προκαλέσει άνοια ή να περιπλέξει την ανοϊκή συνδρομή. Τέτοιες παθήσεις είναι: νόσοι του θυρεοειδούς, αβιταμινώσεις, όγκοι εγκεφάλου, έκθεση σε τοξικές και φαρμακευτικές ουσίες, χρόνιες φλεγμονές, αναιμία και η σοβαρή ψυχωσική κατάθλιψη. Η άνοια έχει σταθερά χαρακτηριστικά και ένας έμπειρος κλινικός γιατρός μπορεί να κάνει εύκολα τη διάγνωση, λαμβάνοντας υπόψη του το ιστορικό και τα στοιχεία από την εξέταση του ασθενούς. Αν χρειαστεί μπορεί να χρησιμοποιήσει A/T ή MPI εγκεφάλου για να επιβεβαιώσει ή να απορρίψει την διάγνωση της άνοιας, όπως επίσης και πλήρη αιματολογικό και βιοχημικό έλεγχο για τον εντοπισμό κάποιου από τα νοσήματα που προκαλούν αναστρέψιμη άνοια. Κατά την έναρξη της ανοϊκής διεργασίας πιθανόν οι εξετάσεις με CT Scan και MRI εγκεφάλου να μη διαπιστώσουν παθολογικά ευρήματα. Αργότερα στο MRI μπορεί να φανεί η μείωση του όγκου του φλοιού ή η σμίκρυνση της περιοχής του ιππόκαμπου που είναι υπεύθυνη για τη μνήμη (Αλεξανδρόπουλος, 2009).

Μετά την εκτίμηση της κατάστασης και τη διάγνωση, ο γιατρός πρέπει να διαπιστώσει αν οι διαταραχές της συμπεριφοράς του ασθενούς εντάσσονται σε κάποιο κλινικό σύνδρομο. Σε ορισμένες περιπτώσεις, ο γιατρός μπορεί να αναγνωρίσει ένα ψυχικό σύνδρομο και να συνδέσει ολόκληρη τη διαταραχή με αυτό. Σε άλλες περιπτώσεις μπορεί να διαπιστώσει ότι τα συμπτώματα εμφανίζονται ως αποτέλεσμα δυσκολίας ελέγχου της συμπεριφοράς λόγω βλάβης του εγκεφάλου από τη νόσο που προκαλεί την άνοια. Ο γιατρός πρέπει προσδιορίσει αν η κλινική συμπτωματολογία μοιάζει με κάποιο συγκεκριμένο κλινικό σύνδρομο. Π.χ. μοιάζει η διαταραχή με ένα σύνδρομο, όπως το ντελίριο, η μείζων κατάθλιψη, η απάθεια, ή η μανία;

Πρόκειται για διάσπαση μιας από τις μείζονες ορμές όπως π.χ. ο ύπνος, η πείνα για τροφή ή η σεξουαλικότητα; έχει η διαταραχή το χαρακτήρα μιας καταστροφικής αντίδρασης όπως ένα υπερβολικό ξέσπασμα συναισθήματος η αφορμή του οποίου είναι η αντιμετώπιση μιας νοητικής βλάβης, όπως η ανικανότητα να βρει μια λέξη;

Όταν περιγραφεί και ταξινομηθεί η διαταραχή πρέπει να αποκωδικοποιηθεί. Δηλαδή να βρεθούν οι αιτίες που μπορεί να συμβάλουν στην έναρξη αυτής της διαταραχής ή να τη διατηρούν. Οι αιτίες αυτές μπορεί να είναι: φάρμακα, ιατρική κατάσταση, ψυχιατρική διαταραχή (καινούρια ή υποτροπιάζουσα), νοητική διαταραχή, αναγνωρίσιμο ψυχικό ή συμπεριφεριολογικό σύνδρομο, το περιβάλλον, η προσέγγιση του παρέχοντος φροντίδα ή έλλειμμα φροντίδα. Μετά την αποκωδικοποίηση της διαταραχής της συμπεριφοράς πρέπει να διαμορφωθεί ο τρόπος παρέμβασης για τη θεραπεία.

Πρώτον, *οι προληπτικές παρεμβάσεις* αφορούν την ανάπτυξη και τη διατήρηση των καθημερινών δραστηριοτήτων, την προσοχή στη διατήρηση των συνηθειών του ύπνου, τη διατροφή του, τα μέτρα φύλαξής του και τη σύνδεση με έμπειρους ειδικούς που θα βοηθήσουν στη λύση προβλημάτων όπως είναι η αντιμετώπιση και η θεραπεία μιας διαταραχής της συμπεριφοράς.

Δεύτερον, *οι αφαιρετικές παρεμβάσεις* που αφαιρούν την αιτία των διαταραχών της συμπεριφοράς, .χ. αφαιρείται ένα φάρμακο που δημιουργεί ένταση στον ασθενή.

Τρίτον, *η διαχείριση της συμπεριφεριολογικής διαταραχής* μέσω τεχνικών διαχείρισης της συμπεριφοράς ή μέσω ειδικών προγραμμάτων για ανοϊκούς με δύσκολη συμπεριφορά, που εφαρμόζονται στα γηροκομεία.

Είναι πιθανό να απαιτηθούν αλλαγές και στο περιβάλλον του ασθενούς. Αν π.χ. γίνεται συγχυτικός το βράδυ, πρέπει ο φροντιστής του να του οργανώσει καλλίτερα τις βραδινές ώρες. Αν το πρόβλημα συνδέεται με το ημερήσιο πρόγραμμα του ασθενούς, πρέπει να αναδιοργανωθεί το ημερήσιο πρόγραμμά του (Αλεξανδρόπουλος, 2009).

2.ΑΡΧΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ALZHEIMER

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις που διέπουν τη φροντίδα του ασθενούς που πάσχει από τη νόσο Alzheimer είναι δύσκολο να περιγραφούν. Και τούτο γιατί οι νοσηλευτές αντιμετωπίζουν ένα μακροχρόνιο νόσημα με ποικιλία συμπτωμάτων τα οποία διαφοροποιούνται από άτομο σε άτομο και μεταβάλλονται με την πάροδο του χρόνου.

Το σχέδιο της νοσηλευτικής φροντίδας του ασθενούς περιλαμβάνει:

1. τη χορήγηση κατάλληλων φαρμάκων για τη μείωση του άγχους, τη βελτίωση του ύπνου, την ανακούφιση από τα καταθλιπτικά συμπτώματα ή την επιθετικότητα,
2. τη φυσική άσκηση, την κοινωνική δραστηριότητα, την κατάλληλη διατροφή, τον έλεγχο του εντέρου και της κύστεως και την εξασφάλιση ήρεμου και άνετου περιβάλλοντος.

Ειδικότερα οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις στρέφονται προς τις ακόλουθες κατευθύνσεις:

Πρώτον: Επικοινωνία με τον ασθενή και τους οικείους του.

Δεύτερον: Προαγωγή της ανεξαρτησίας του σε κάποια δυνητικώς εξαρτημένη κατάσταση.

Τρίτον: Παρότρυνση της οικογένειας να συμμετέχει στη φροντίδα, την ασφάλεια από ατυχήματα και την τάση φυγής από την οποία συνήθως τα άτομα αυτά κατέχονται (Πλάτη, 2004).

Τα προβλήματα επικοινωνίας που παρουσιάζουν οι ανοϊκοί ασθενείς είναι κοινά. Η ομιλία είναι αόριστη, κενή νοήματος και συνήθως αυτόματη, ενώ στην τελική φάση της νόσου το άτομο μπορεί να μην μιλάει καθόλου. Η ανάγκη επικοινωνίας με τους άλλους είναι τόσο αναγκαία όσο η τροφή και το νερό. Σε μελέτη με θέμα την επικοινωνία των ανοϊκών ασθενών – νοσηλευτών αναφέρεται ότι οι νοσηλευτές δαπανούν μόνον το 10% του χρόνου τους για επικοινωνία με τους ανοϊκούς ασθενείς, ενώ διαθέτουν πολύ περισσότερο χρόνο για συζητήσεις μεταξύ τους. Τα επίπεδα απομονώσεως στους ανοϊκούς ασθενείς είναι προφανή σε σχέση με άλλους ηλικιωμένους. Η μειωμένη κοινωνική αντίδραση αυξάνει την εξάρτηση του ασθενούς και επιδεινώνει την ψυχοκοινωνική και τη φυσική του κατάσταση (Πλάτη, 2004).

Οι νοσηλευτές στην προσπάθειά τους να επικοινωνήσουν με τους ασθενείς προβαίνουν σε δημιουργικές παρεμβάσεις, όπως γραπτά μηνύματα, σχήματα, σχέδια, κ.α. Για να γίνει αποτελεσματικότερη η επικοινωνία με τους ασθενείς αυτούς είναι ανάγκη να ακολουθούνται οι οδηγίες:

- Να μιλάτε σε κανονικό ρυθμό και τόνο.
- Να χρησιμοποιείτε γνωστές λέξεις και απλές προτάσεις.
- Να προτιμάτε περισσότερο τις κλειστές από τις ανοιχτές ερωτήσεις.
- Να αποφεύγετε το απογορευτικό «μη» και να δίνετε θετικές οδηγίες.
- Να αποφεύγετε συζητήσεις που απαιτούν σκέψη, μνήμη και πολλές λέξεις.
- Να δίνετε απλές οδηγίες, που δεν χρειάζεται να θυμάται ο ασθενής περισσότερες από μία πράξεις.
- Να είστε βέβαιοι ότι ο ασθενής σας ακούει και σας παρακολουθεί.
- Να περιμένετε να απαντήσει στην ερώτηση που του κάνατε ή να ανταποκριθεί στις οδηγίες που του δώσατε.
- Αν ο ασθενής δεν ανταποκριθεί, τότε να επαναλάβετε την ερώτηση ή τη οδηγία με τον ίδιο τρόπο, διαφορετικά θα του αυξήσετε τη σύγχυση.
- Αν ο ασθενής αρνείται να συνεργαστεί μαζί σας, τότε μην τον πιέζετε. Αν προσπαθήσετε ξανά με πιο απλές ερωτήσεις ίσως να ανταποκριθεί καλύτερα.
- Να προσπαθείτε να παρασύρετε τον ασθενή σε συζητήσεις που κάνετε με άλλους ανθρώπους.
- Να αποφεύγετε χαμηλόφωνες συζητήσεις και ψιθυρίσματα μπροστά στον ασθενή, διαφορετικά θα ζημιώσετε τη συμπεριφορά του απέναντί σας
- Ο καλός τρόπος και η ήρεμη φωνή εξασφαλίζουν καλή επικοινωνία με τον ασθενή (Πλάτη, 2004).

Οι αναμνήσεις είναι ανακουφιστικό μέσο για τον ασθενή. Η υπενθύμιση γεγονότων που έχουν αποθηκευτεί στη μνήμη του λειτουργούν με δύο τρόπους:

- α) διαπιστώνουμε τι μπορεί να θυμηθεί ο ασθενής και
- β) πως αντιλαμβάνεται τη φάση του κύκλου της ζωής του.

Η μουσική που συνήθιζε να ακούει το άτομο έχει αποδειχτεί ότι ηρεμεί, αλλάζει τη διάθεση και τον ανακουφίζει από το άγχος και τον εκνευρισμό. Το

άγγιγμα με την αφή είναι προωθημένο μέσο επικοινωνίας και χαρακτηρίζεται ως δυναμική θεραπευτική παρέμβαση που μπορεί να μεταφέρει θετικά μηνύματα και να αυξήσει τη λεκτική ικανότητα του ασθενή. Μπορεί ακόμα να συνοδεύεται με κινήσεις και θωπείες, όπως ένα χάδι, ένα απαλό κτύπημα στην πλάτη, ένα θερμό σφίξιμο του χεριού και τόσες άλλες μικρές αλλά τόσο σημαντικές πράξεις, που όμως προϋποθέτουν εμπιστοσύνη για να είναι αποτελεσματικές. Σύμφωνα με καλά τεκμηριωμένες μελέτες, το βάρος της φροντίδας του ηλικιωμένου ανοϊκού ασθενή το σηκώνει η οικογένεια. Με την πάροδο του χρόνου η νοσηλεία του ασθενή γίνεται περισσότερο σύνθετη και τούτο γιατί η επικοινωνία με τους οικείους του επιδεινώνεται ενώ αυξάνεται η εξάρτηση. Τα άτομα που εμπλέκονται στην φροντίδα του, σύζυγοι, αδέρφια, στην προσπάθειά τους να του παρέχουν άνεση και ασφάλεια, υφίστανται φυσική και συναισθηματική εξουθένωση.

Γι' αυτό καθήκον του νοσηλευτή είναι:

- Να ενημερώνει τον συγγενή του ασθενή για τα χαρακτηριστικά και την πορεία της νόσου
 - Να παρέχει οδηγίες για την αποφυγή του καθημερινού άγχους
 - Να παρέχει βοήθεια—όπου είναι ανάγκη— για την κάλυψη των αναγκών του ασθενή.
 - Να συνεργαστεί μαζί του στο σχεδιασμό ενός προγράμματος κοινωνικοποίησης του ασθενή
 - Να παρέχει οδηγίες σχετικά με την πρόληψη των ατυχημάτων.
 - Να προτείνει να γραφτεί τα στοιχεία του ασθενή ή δεξίωση και το τηλέφωνο, ώστε αν χαθεί να ειδοποιηθεί η οικογένεια.
 - Να δώσει οδηγίες σχετικά με το δακτύλιο του ασθενή. Ο δακτύλιος τοποθετούν την απώλεια βάρους ως σύμπτωμα της νόσου του Alzheimer.
- Να συστήσει ειδικό έντυπο εκτιμήσεως της διατροφικής καταστάσεως του ασθενούς (Mini – Nutritional Assesment –MNA).
- Να ευχαριστεί τον συγγενή να συνεχίσουν το εθνοκοπιώδες αλλά και τόσο σημαντικό έργο της νοσηλείας του ασθενή.
 - Να παρέχει ψυχολογική υποστήριξη, με σκοπό τη μείωση της συγκινησιακής και της σωματικής έντασης (Πλάτη, 2004).

Last name:		First name:		
Sex:	Age:	Weight, kg:	Height, cm:	Date:

Complete the screen by filling in the boxes with the appropriate numbers. Total the numbers for the final screening score.

Screening	
A Has food intake declined over the past 3 months due to loss of appetite, digestive problems, chewing or swallowing difficulties? 0 = severe decrease in food intake 1 = moderate decrease in food intake 2 = no decrease in food intake	<input type="checkbox"/>
B Weight loss during the last 3 months 0 = weight loss greater than 3 kg (6.6 lbs) 1 = does not know 2 = weight loss between 1 and 3 kg (2.2 and 6.6 lbs) 3 = no weight loss	<input type="checkbox"/>
C Mobility 0 = bed or chair bound 1 = able to get out of bed / chair but does not go out 2 = goes out	<input type="checkbox"/>
D Has suffered psychological stress or acute disease in the past 3 months? 0 = yes 2 = no	<input type="checkbox"/>
E Neuropsychological problems 0 = severe dementia or depression 1 = mild dementia 2 = no psychological problems	<input type="checkbox"/>
F1 Body Mass Index (BMI) (weight in kg) / (height in m²) 0 = BMI less than 19 1 = BMI 19 to less than 21 2 = BMI 21 to less than 23 3 = BMI 23 or greater	<input type="checkbox"/>
IF BMI IS NOT AVAILABLE, REPLACE QUESTION F1 WITH QUESTION F2. DO NOT ANSWER QUESTION F2 IF QUESTION F1 IS ALREADY COMPLETED.	
F2 Calf circumference (CC) in cm 0 = CC less than 31 3 = CC 31 or greater	<input type="checkbox"/>
Screening score (max. 14 points)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12-14 points: Normal nutritional status 8-11 points: At risk of malnutrition 0-7 points: Malnourished	

For a more in-depth assessment, complete the full MNA® which is available at www.mna-elderly.com

Τα άτομα που εμπλέκονται στη φροντίδα των θυμάτων της νόσου του Alzheimer είναι αναγκαίο να διαθέτουν ψυχικό σθένος και ηρωισμό. Και τούτο γιατί πολλές φορές δοκιμάζουν βαθιά οδύνη όταν βλέπουν ανθρώπινα πλάσματα να παλινδρομούν και χωρίς αναστολές να συμπεριφέρονται με τρόπο που ποτέ δεν θα τον ενέκριναν. Επομένως στο σχέδιο της νοσηλευτικής φροντίδας των ασθενών αυτών πρέπει να περιληφθεί ειδική μέριμνα για εκείνους που παρέχουν την φροντίδα. Η αξιολόγηση πρέπει να γίνεται σε τακτά χρονικά διαστήματα και να καλύπτει όλες τις βιοψυχοκοινωνικές πνευματικές και οικονομικές παραμέτρους της ζωής, να εξατομικεύεται και να προσαρμόζεται σύμφωνα με το στάδιο της εξέλιξης της νόσου, με σκοπό να βελτιώνεται η ποιότητα της ζωής τους και να ανακουφίζονται αυτοί που σηκώνουν το βάρος της φροντίδας τους.

Ανάμεσα στις τόσες απώλειες που υφίστανται τα θύματα της νόσου του Alzheimer η απώλεια της επικοινωνίας με τους άλλους είναι ίσως η μεγαλύτερη. Πολύ χαρακτηριστικά λέγεται : «φαντάσου να ζεις σε έναν κόσμο που κάθε λεπτό της ζωής σου σβήνεται από τη μνήμη σου καθώς το λεπτό αυτό περνάει. Φαντάσου πως η μνήμη σου σβήνεται τελείως ώστε να αρχίζεις να ξεχνάς πώς να μιλάς, πώς να φέρεσαι δημόσια, πώς να ντύνεσαι, ακόμα και πώς να τρώς. Φαντάσου πως θα ήταν η ζωή σου αν, ότι έμαθες κατά τη διάρκεια της εξασθενούσε στη μνήμη σου». Οι τελευταίες ερευνητικές προσπάθειες φαίνονται περισσότερο ελπιδοφόρες, σε σχέση με την κατανόηση των μηχανισμών και των παραγόντων που ευθύνονται για την καταστρεπτική διεργασία του εγκεφαλικού φλοιού. Ας ελπίσουμε η πλήρης κατανόηση να είναι πολύ κοντά (Πλάτη, 2004).

3.ΑΝΑΓΚΕΣ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΝΟΪΚΩΝ ΣΤΗΝ ΕΠΙΚΕΙΜΕΝΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΟΥΣ

Οι ασθενείς με άνοια, βιώνουν μία σταδιακή έκπτωση των δεξιοτήτων τους καθώς εξελίσσεται η νόσος τους. Η έκπτωση αυτή επηρεάζει ολοένα και περισσότερους τομείς της καθημερινής ζωής για να μετουσιωθεί σε πλήρη αδυναμία αυτόνομης διαβίωσης. Κατά συνέπεια, θεωρείται αναμενόμενο, ότι τα ανοϊκά άτομα χρειάζονται ιδιαίτερη φροντίδα, λόγω των αναγκών και προβλημάτων που βιώνουν ή τείνουν να αντιμετωπίσουν ή στο μέλλον. Το είδος της φροντίδας που παρέχεται, συνίσταται κυρίως στην κάλυψη των καθημερινών τους αναγκών (καθαριότητα, ψώνια και προετοιμασία φαγητού, μετακίνηση εντός ή εκτός σπιτιού, ατομική υγιεινή), βοήθεια όσο αφορά στις οικονομικές τους ανάγκες (εξόφληση λογαριασμών, λήψη σύνταξης, αγορά φαρμάκων κλπ.) και κάλυψη συναισθηματικών αναγκών (επικοινωνία, θετική ενίσχυση και υποστήριξη) (Τσολάκη & Καζής, 2005).

3.1.Ανάγκη για επικοινωνία

Όσον αφορά στις συναισθηματικές ανάγκες των ανοϊκών ατόμων, ολοένα αυξάνει η ανάγκη τους για σιγουριά, συναισθηματική ασφάλεια και επικοινωνία. Οι πάσχοντες από άνοια παρουσιάζουν προβλήματα επικοινωνίας, τα οποία γίνονται περισσότερο σοβαρά με την πάροδο του χρόνου. Ο όρος «αφασία» χρησιμοποιείται μερικές φορές για να περιγράψει τη δυσκολία ή την απώλεια της ικανότητας για κατανόηση του προφορικού ή του γραπτού λόγου, η οποία είναι αποτέλεσμα βλάβης αντίστοιχου νευρικού κέντρου. Παράλληλα, λόγω της σταδιακής εξέλιξης των γλωσσικών διαταραχών, δημιουργούνται προβλήματα λεκτικής επικοινωνίας, που μπορούν να οδηγήσουν σε απογοήτευση, σύγχυση ή και θυμό. Οι ανάγκες και επιθυμίες του ατόμου με άνοια μπορεί να μην εκπληρωθούν, η συμπεριφορά του είναι δυνατόν να παρεξηγηθεί από τους άλλους και έτσι, αρχίζει σταδιακά να απομονώνεται. Η αδυναμία σωστής επικοινωνίας μπορεί να δημιουργήσει αμηχανία, ειδικά αν επισύρεται η προσοχή στα λάθη. Τα πάσχοντα από γνωστικές διαταραχές άτομα έχουν σε αυτή τη φάση ανάγκη από θετική προσέγγιση και από θετική ενίσχυση και ενθάρρυνση του συνομιλητή τους

προκειμένου να ξεκινήσουν ένα μικρό διάλογο ή ακόμα μία συζήτηση (Μιχαλέρης & Λαμπίδης, 1999).

Οι περιθάλποντες, θα πρέπει να κατανοήσουν τα συναισθήματα και τις σκέψεις που εκφράζονται, να προσφέρουν στήριξη αλλά και να σιγουρευτούν ότι δεν υπάρχουν σωματικά προβλήματα που επηρεάζουν την επικοινωνία. Πολλές φορές, επικοινωνιακή επικοινωνία παράγεται και με μη λεκτικό τρόπο (ένα χέδι, κατάλληλη στάση του σώματος, οπτική επαφή). Εφόσον πολλά από τα προβλήματα επικοινωνίας που αντιμετωπίζουν τα άτομα με άνοια συνδέονται, κατά κάποιο τρόπο, με την απώλεια μνήμης το άτομο μπορεί να χρειάζεται την υπενθύμιση και ανακεφαλαίωση δεδομένων που έχουν ειπωθεί με απλό τρόπο αλλά και περισσότερο χρόνο προκειμένου να τα επεξεργαστεί και να απαντήσει» (Μιχαλέρης & Λαμπίδης, 1999).

3.2.Ανάγκη για κατανόηση και παραδοχή από τους άλλους

Πολλές φορές τα ανοϊκά άτομα, ενδέχεται να αισθανθούν ότι οι σχέσεις τους με σημαντικά άτομα από το περιβάλλον τους έχουν αλλάξει. Από την άλλη πλευρά και οι φροντιστές των ατόμων αυτών ενδεχομένως να νιώθουν ότι η ουσία της σχέσης έχει χαθεί και ότι ο ασθενής δεν είναι ο άνθρωπος που ήξεραν. Αλλαγές στη συμπεριφορά, όπως καχυποψία, άδικες κατηγορίες, παραληρητικές ιδέες και επιθετική συμπεριφορά, μπορούν να προκαλέσουν σημαντική πίεση σε κάθε είδους σχέση. Στη συγκεκριμένη φάση, οι ασθενείς έχουν ανάγκη από κατανόηση και αποδοχή προκειμένου να εναρμονιστούν οι ίδιοι αλλά και το περιβάλλον τους στις επερχόμενες αλλαγές (Τσολάκη 2006).

Η απώλεια των δεξιοτήτων και η εξάρτηση από τους άλλους, οδηγεί όχι μόνο σε απογοήτευση, αλλά και σε απώλεια της αξιοπρέπειας και του αυτοσεβασμού και τελικά σε μία κατάσταση ανικανότητας. Ένα άτομο με άνοια, πιθανόν να νιώθει λιγότερο την απογοήτευση, όσο διάστημα αισθάνεται ότι μπορεί να κάνει πράγματα χωρίς τη βοήθεια των άλλων. Σε αυτή τη φάση, όποτε είναι δυνατό, θα πρέπει να δίνονται στο άτομο από τους περιθάλποντες δύο ή τρεις εναλλακτικές επιλογές τις οποίες θα είναι σε θέση να χειριστεί. Κάτι τέτοιο είναι πιθανόν να βοηθήσει στην αποφυγή ενδεχόμενων καταστάσεων που του προκαλούν αρνητικά συναισθήματα (ντροπή, θλίψη,

θυμό, απογοήτευση) και να το βοηθήσει προκειμένου να διατηρήσει σε ορισμένους τομείς της ζωής του τη λειτουργικότητά του» (Τσολάκη, 2006).

Όταν ξεκινά η σταδιακή έκπτωση της μνήμης και των γνωστικών λειτουργιών ο ασθενής έχει ανάγκη επιβεβαίωσης και θετικής στάσης από το οικείο του περιβάλλον. Εντούτοις, μία εσωτερικευμένη ανάγκη των ανοϊκών ατόμων είναι και η ανάγκη για σταθερότητα τόσο στη συμπεριφορά και στάση των συγγενών και των φίλων τους, όσο και στο εξωτερικό περιβάλλον στο οποίο ζουν και κινούνται. Παράλληλα, λόγω του ότι οι περισσότερες γνωστικές διαταραχές χαρακτηρίζονται κυρίως από έκπτωση της βραχύχρονης και όχι τόσο της μακρόχρονης μνήμης, πιθανόν το ανοϊκό άτομο να χρειάζεται συνεχή υπενθύμιση καταστάσεων και προσώπων που σχετίζονται με την καθημερινότητά του από τους φροντιστές του. Δηλαδή, ο περιθάλπων θα πρέπει να λειτουργεί ανατροφοδοτικά, διατηρώντας μία σταθερότητα και ηρεμία στη στάση του (Τσολάκη, 2006).

3.3.Βοήθεια στην καθημερινή ζωή

Άτομα που πάσχουν από άνοια είναι επόμενο να χρειάζονται ολοένα και περισσότερη βοήθεια στην προσωπική τους υγιεινή. Καθώς η ασθένεια εξελίσσεται, μπορεί να χάσουν την ικανότητα χειρισμού αντικειμένων, όπως χτένες και οδοντόβουρτσες. Μπορεί επίσης να ξεχάσουν τι είναι αυτά τα αντικείμενα, σε τι χρησιμεύουν, να ξεχάσουν ότι κάποια δουλειά πρέπει να γίνει, ή να χάσουν το ενδιαφέρον τους για καθαριότητα και περιποίηση. Το γεγονός όμως ότι χρειάζονται περισσότερη βοήθεια, δε σημαίνει απαραίτητα ότι η βοήθεια θα εκτιμηθεί όταν θα τους δοθεί. Κάποιες φορές, μπορεί να προβάλλουν ισχυρή αντίσταση. Μπορεί να τους κακοφαίνεται όταν εξαρτώνται από τους άλλους και να αισθάνονται ότι διαταράσσεται η προσωπική τους ησυχία και γαλήνη. Επιπλέον μπορεί να μη θεωρούν σημαντικό το να πλένονται τακτικά ή να προσέχουν την εμφάνισή τους. Σε αυτό το συγκεκριμένο σημείο, οι περιθάλποντες αναλαμβάνουν την ευθύνη να παρέχουν το σωστό βαθμό βοήθειας, για τις μεταβαλλόμενες ανάγκες του ατόμου και ταυτόχρονα να σέβονται την ανάγκη του για ιδιωτική ζωή και ανεξαρτησία (Τσολάκη, 2006).

Οι φροντιστές ανοϊκών ατόμων οφείλουν να ενθαρρύνουν την αυτοτέλεια των ασθενών τους. Υπάρχουν διάφοροι τρόποι παροχής βοήθειας, ανάλογα με το επίπεδο κατανόησης και ικανότητας του πάσχοντα. Αν είναι εφικτό το ίδιο το άτομο να φέρνει εις πέρας ορισμένες καθημερινές εργασίες μόνο του, τότε θα ήταν καλό ο φροντιστής να το αφήνει να διατηρεί το βαθμό αυτοεξυπηρέτησής του. Βεβαίως ο περιθάλπων θα έχει τη δυνατότητα να το βοηθά εφόσον κάτι τέτοιο όμως είναι απαραίτητο. Από την άλλη πλευρά, διατηρώντας μία υπερπροστατευτική στάση προς τον ασθενή, πιθανόν να συμβάλει στην αποδυνάμωση των ικανοτήτων και λειτουργιών του, αφού ο πάσχων θα επαφίεται στις φροντίδες των άλλων. Παρόλη την επιδείνωση της κατάστασης της υγείας του ατόμου θα πρέπει κανείς να προσπαθεί να του συμπεριφέρεται όπως ακριβώς και πριν την εκδήλωση της νόσου (Μιχαλέρης & Λαμπτίδης, 1999).

Ακόμη, ένα ανοϊκό άτομο, ίσως μερικές φορές παραμένει άπραγο για μεγάλο χρονικό διάστημα, μη θέλοντας να ασχοληθεί με κάτι. Ίσως πάψει να μιλά στους γύρω του και αποσυρθεί, πιθανότατα ως συνέπεια της αδυναμίας του να επικοινωνήσει επί της ουσίας με το περιβάλλον του. Παρά το γεγονός, ότι μία τέτοια κατάσταση είναι απίθανο να δημιουργήσει πρόβλημα, ωστόσο είναι φυσιολογικό να δημιουργήσει αρνητικά συναισθήματα στον κοινωνικό και συγγενικό του περίγυρο, καθώς επίσης και ανησυχία για την κατάσταση της υγείας του. Σε μία τέτοια περίπτωση ο πάσχων πιθανόν να μοιάζει θλιμμένος ή ακόμη να φαίνεται ότι έχει χάσει το ενδιαφέρον του για τη ζωή. Η αιτία αυτής της συμπεριφοράς είναι άγνωστη. Παρόλα αυτά ο φροντιστής χρειάζεται να διαθέτει υπομονή και επιμονή, καθώς με αυτόν τον τρόπο ίσως καταφέρει να ενθαρρύνει τον περιθάλπόμενο να συμμετέχει στα καθημερινά δρώμενα. Από την άλλη πλευρά το ίδιο το άτομο δεν θα πρέπει να εξαναγκάζεται να κάνει κάτι χωρίς τη θέλησή του και ταυτόχρονα να ενθαρρύνεται σε δράσεις για τις οποίες δείχνει ενδιαφέρον και καταφέρνει να φέρει εις πέρας. Εποικοδομητική θεωρείται η ενίσχυση δράσεων τις οποίες το άτομο μπορεί να χειριστεί και ασκούν το μυαλό και το σώμα (καθημερινές οικιακές εργασίες, απλές χειρονακτικές εργασίες κ.λ.π.) (Μιχαλέρης & Λαμπτίδης, 1999).

3.4.Ανταπόκριση στα συναισθήματα άγχους-φόβου του πάσχοντα

Τα άτομα με άνοια μερικές φορές νιώθουν φοβισμένα ή έχουν άγχος. Υπάρχουν πολλοί πιθανοί λόγοι που συμβαίνει αυτό. Το άγχος μερικών ατόμων με άνοια, είναι αποτέλεσμα του ότι συγχέουν πράγματα του παρελθόντος με πράγματα του παρόντος (για παράδειγμα μπορεί να ανησυχούν για την ασφαλή επιστροφή των παιδιών τους από το σχολείο). Το άγχος και ο φόβος ενδέχεται να είναι και αποτέλεσμα των ψευδαισθήσεων ή των παραληρητικών ιδεασμών ή να αποτελεί αντίδραση στη γενική διάθεση για νοικοκυριό. Θα μπορούσε να είναι και αποτέλεσμα της σκέψης ότι ζουν σε ένα κόσμο που συνεχώς μεταβάλλεται (για τους ίδιους). Ενδέχεται επίσης να εμφανίζονται ανησυχίες παρόμοιες με αυτές που όλοι έχουμε σχετικά με το μέλλον» (Μιχαλέρης & Λαμπίδης, 1999).

Δυστυχώς δεν είναι πάντα εύκολο να καθοριστεί η ακριβής αιτία του άγχους ή του φόβου. Σε τέτοιες περιπτώσεις ο φροντιστής του ατόμου θα πρέπει να λειτουργήσει καθησυχαστικά ως προς το άτομο, να ενισχύσει τη μελεκτική επικοινωνία (άγγιγμα, εφησυχαστικό βλέμμα), ανταποκρινόμενος έτσι στα συναισθήματα και τις σκέψη του πάσχοντα. Παράλληλα, και εφόσον κάτι τέτοιο είναι δυνατόν, καλό θα ήταν να δοθεί κάποιο ερέθισμα στο ανοϊκό άτομο για την απόσπαση της προσοχής του, από την πηγή του άγχους ή ακόμα απομάκρυνση της αιτίας ή του αντικειμένου που του προκαλεί το αρνητικό συναίσθημα. Εάν το πρόβλημα είναι έντονο σε σημείο που να υποβαθμίζεται η ποιότητα ζωής του ασθενούς αλλά και των περιθαλπόντων, χρήσιμη θα ήταν και η επίσκεψη σε κάποιο γιατρό. Για την αποφυγή εμφάνισης άγχους και φόβου, καλή θα ήταν η δημιουργία και διατήρηση ενός σταθερού περιβάλλοντος (συγκεκριμένο καθημερινό πρόγραμμα). Άλλωστε και όπως έχει ήδη αναφερθεί οι πάσχοντες από άνοια, τις περισσότερες φορές έχουν ανάγκη από μία ήρεμη διαβίωση σε συνθήκες καθημερινής ρουτίνας (Μιχαλέρης & Λαμπίδης, 1999).

Επίσης, ένα χαρακτηριστικό της άνοιας είναι ο αποπροσανατολισμός. Τα άτομα με άνοια συχνά αποπροσανατολίζονται σε χρόνο και χώρο. Αυτό μπορεί να είναι αποτέλεσμα της σύγχυσης που προκαλείται λόγω των αλλαγών στον εγκέφαλο, απώλειας μνήμης ή πιθανόν εξαιτίας της δυσκολίας αναγνώρισης ατόμων και αντικειμένων. Το 'εσωτερικό ρολόι' που επιτρέπει

στο άτομο να ξέρει περίπου πότε πρέπει να φάει ή να κοιμηθεί, τείνει επίσης να διαταραχθεί. Για το άτομο με άνοια, το κύριο πρόβλημα σε αυτή τη φάση δεν είναι τόσο ότι δεν ξέρει τι ώρα είναι ή ότι δεν αναγνωρίζει ένα μέρος, όσο το άγχος που του προκαλούν όλα αυτά. Ακόμα και αν το άτομο με άνοια δεν έχει πλήρη συνείδηση του αποπροσανατολισμού του σε χώρο και χρόνο, μπορεί να είναι αγχωμένο, λόγω του ότι του φαίνεται ότι η μέρα δεν είναι σωστά οργανωμένη ή μπορεί να νιώθει ανήσυχο σε ένα 'παράξενο' περιβάλλον, όπου οτιδήποτε μπορεί να συμβεί» (Τσολάκη, 2006).

Συμπερασματικά, τα προβλήματα που συνδέονται με την παροχή φροντίδας σε εξαρτημένα ηλικιωμένα άτομα ποικίλουν ανάλογα με τη μορφή και το βαθμό εξάρτησης. Η ειδική αξιολόγηση της λειτουργικής ικανότητας ενός ηλικιωμένου προσώπου έχει μεγάλη σημασία στην εκτίμηση του είδους της απαιτούμενης βοήθειας. Υπάρχουν διάφορες κλίμακες που χρησιμοποιούνται από γηριάτρους για παρόμοιες εκτιμήσεις βασισμένες στην ικανότητα του ατόμου να φέρει εις πέρας μία σειρά συνηθισμένων καθημερινών ή αναγκαίων ενεργειών. Σε μία κοινωνία οικογενειοκεντρική όπως η ελληνική, οι φροντιστές έχουν να αντιμετωπίσουν υψηλές και παρατεταμένες απαιτήσεις φροντίδας, οι οποίες επιδρούν στην υγεία τους και επηρεάζουν τη συμμετοχή τους σε κοινωνικές ή επαγγελματικές δραστηριότητες. (Τσολάκη, 2006).

4. ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΝΟΪΚΟΥ ΑΣΘΕΝΗ

Η φροντίδα ενός ανοϊκού ασθενούς μπορεί κάποιες φορές να είναι πολύ δύσκολη. Ωστόσο, πάντα υπάρχουν τρόποι αντιμετώπισης της κατάστασης. Βασικές αρχές που μπορεί να εφαρμοστούν στη ζωή του ανοϊκού είναι:

- **Καθιερώστε ορισμένες συνήθειες, αλλά συνεχίστε τη ζωή φυσιολογικά**

Η ύπαρξη ρουτίνας μπορεί να οργανώσει μία κατά τα άλλα δύσκολη και πολύπλοκη καθημερινή ζωή. Η ύπαρξη ρουτίνας δημιουργεί μια αίσθηση ασφάλειας στο άτομο με νόσο Alzheimer. Είναι σημαντικό η ζωή του ανοϊκού ασθενούς και της οικογένειάς του να συνεχίζεται όσο πιο φυσιολογικά γίνεται. Στο βαθμό που το επιτρέπουν οι μεταβαλλόμενες συνθήκες, προσπαθήστε να φροντίζετε τον ασθενή όπως και πριν την εμφάνιση της νόσου (Σακκά και συν, 2007).

- **Υποστηρίξτε την ανεξαρτησία του ασθενούς**

Είναι απαραίτητο να παραμένει ο ασθενής ανεξάρτητος για όσο το δυνατόν μεγαλύτερο διάστημα. Εμπιστευθείτε τον και αναθέστε του απλές εργασίες και καθήκοντα. Δεν είναι απαραίτητο να τις εκτελέσει απόλυτα σωστά. Αυτό τον βοηθά να διατηρήσει τον αυτοσεβασμό του και μειώνει το δικό σας φορτίο (Σακκά και συν, 2007).

- **Αποφύγετε τις συγκρούσεις**

Οποιοδήποτε τύπου σύγκρουση προκαλεί περιττό στρες σε σας και στο άτομο με νόσο Alzheimer. Αποφεύγετε να εστιάζετε την προσοχή στις αποτυχίες, μην έχετε κριτική διάθεση και διατηρήστε ήρεμη στάση. Το να θυμώνετε απλά χειροτερεύει την κατάσταση. Θυμηθείτε ότι φταίει η νόσος και όχι το άτομο (Σακκά και συν, 2007).

- **Κάνετε τα πράγματα απλά**

Προσπαθήστε να απλοποιήσετε τα πράγματα για τον ασθενή με νόσο Alzheimer. Συγκεκριμένες εντολές και οδηγίες βήμα-βήμα διευκολύνουν την ανταπόκρισή του. Μην χρησιμοποιείτε μακρές προτάσεις, μην προσφέρετε πολλές επιλογές (Σακκά και συν, 2007).

- **Διατηρήστε την αίσθηση του χιούμορ**

Γελάστε μαζί με τον ασθενή, αλλά όχι εις βάρος του. Το χιούμορ μπορεί να αμβλύνει θεαματικά τις εντάσεις (Σακκά και συν, 2007).

- **Δημιουργήστε ένα ασφαλές περιβάλλον**

Η απώλεια ελέγχου των κινήσεων και η απώλεια μνήμης αυξάνουν τις πιθανότητες τραυματισμού. Κάντε το σπίτι όσο πιο ασφαλές γίνεται (Σακκά και συν, 2007).

- **Ενθαρρύνετε την καλή φυσική κατάσταση και την άσκηση**

Σε πολλές περιπτώσεις αυτό βοηθά στο να διατηρηθούν οι υπάρχουσες σωματικές και νοητικές ικανότητες του ασθενούς επί μακρόν. Το ποια άσκηση είναι κατάλληλη εξαρτάται από την κατάσταση του (Σακκά και συν, 2007).

- **Βοηθήστε τον ασθενή να εκμεταλλευτεί στο έπακρο τις υπάρχουσες ικανότητές του**

Ορισμένες απλές δραστηριότητες μπορούν να ενισχύσουν το αίσθημα αξιοπρέπειας και αυτοεκτίμησης του ασθενούς, δίνοντας στόχο και νόημα στη ζωή του. Ένας άνθρωπος που κάποτε ήταν οικοδόμος, κηπουρός, επιχειρηματίας μπορεί να αντλήσει ικανοποίηση από τη χρησιμοποίηση ικανοτήτων που σχετίζονταν με το αντικείμενο εργασίας του. Θυμηθείτε, ωστόσο, ότι επειδή η νόσος Alzheimer είναι εξελισσόμενη νόσος, οι

ικανότητες και τα πράγματα που αρέσουν ή δεν αρέσουν στον ασθενή μπορεί να αλλάξουν με τον καιρό. Αυτό απαιτεί να είστε παρατηρητικοί και ευέλικτοι στον προγραμματισμό των δραστηριοτήτων (Σακκά και συν, 2007).

- **Διατηρήστε την επικοινωνία**

Καθώς η νόσος εξελίσσεται, η επικοινωνία ανάμεσα στο φροντιστή και τον ασθενή γίνεται όλο και πιο δύσκολη .

- Βεβαιωθείτε ότι ο ασθενής σας προσέχει πριν του μιλήσετε
- Βεβαιωθείτε ότι η όραση και η ακοή του ασθενούς δεν έχουν πρόβλημα (π.χ. μπορεί να χρειάζεται καινούργια γυαλιά ή το ακουστικό μπορεί να μην λειτουργεί σωστά)
- Μιλάτε καθαρά, αργά, πρόσωπο με πρόσωπο και κοιτώντας τον ασθενή στα μάτια
- Εκφράζετε αγάπη και ενθάρρυνση, στοργή με χειρονομίες, αγκαλιές, χάρδια εφόσον ο ασθενής αισθάνεται άνετα με αυτό
- Δίνετε προσοχή στη στάση του σώματος και στην έκφραση του προσώπου του ασθενούς – οι ασθενείς με προχωρημένη άνοια επικοινωνούν με μη λεκτικά μηνύματα
- Προσέξτε τη στάση του σώματος σας, τον τόνο της φωνής σας κ.ο.κ : πολλές φορές εκφράζουν ασυναίσθητα επιθετικότητα και εκνευρισμό
- Ανακαλύψτε και επαναλαμβάνετε συγκεκριμένους συνδυασμούς λέξεων, λέξεις – κλειδιά, ειδικούς χειρισμούς που διευκολύνουν την επικοινωνία με τον ασθενή (Σακκά και συν, 2007).

- **Χρησιμοποιήστε βοηθήματα μνήμης**

Στα πρώιμα στάδια της νόσου, τα βοηθήματα μνήμης διευκολύνουν τον ασθενή να θυμηθεί, οργανώνουν τις δραστηριότητες του και προλαμβάνουν τη σύγχυση. Παρακάτω δίνονται μερικά παραδείγματα:

- λίστες κάθε είδους (ψώνια, δουλειές, επέτειοι)
- φωτογραφίες των συγγενών με τα ονόματά τους γραμμένα εμφανώς, ώστε να μπορεί να θυμάται ποιος είναι ποιος

- χρωματιστές ταμπέλες με ονόματα χώρων ή οδηγίες χρήσης αντικειμένων
- απλοί χάρτες (Σακκά και συν, 2007).

5.ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΗΣ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΟΤΗΤΑΣ ΤΟΥ ΑΝΟΪΚΟΥ

Πλύσιμο και προσωπική υγιεινή

Το άτομο που πάσχει από νόσο Alzheimer μπορεί να ξεχνά να πλυθεί ή να μην αναγνωρίζει πλέον την ανάγκη να το κάνει ή μπορεί να έχει ξεχάσει πώς να το κάνει. Σε μια τέτοια κατάσταση είναι σημαντικό να σέβαστε την αξιοπρέπειά του όταν τον βοηθάτε.

- Διατηρήστε τις προηγούμενες συνήθειες του σε σχέση με το πλύσιμο, όσο περισσότερο γίνεται
- Προσπαθήστε να κάνετε το μπάνιο μια ευχάριστη και χαλαρωτική διαδικασία
- Απλοποιείτε όσο το δυνατόν περισσότερο τα πράγματα
- Αν ο ασθενής αρνείται να κάνει μπάνιο, δοκιμάστε ξανά λίγο αργότερα, που πιθανόν να έχει αλλάξει διάθεση
- Αφήστε τον να κάνει όσο το δυνατόν περισσότερα χωρίς βοήθεια
- Αν δείξει ότι ντρέπεται, ίσως είναι καλό να παραμείνουν καλυμμένα κάποια τμήματα του σώματος κατά τη διάρκεια του μπάνιου
- Να θυμάστε την ασφάλεια – είναι χρήσιμο να υπάρχει μια λαβή από την οποία μπορεί ο ασθενής να κρατηθεί, ένα μη ολισθηρό πλαστικό χαλάκι στη μπανιέρα ή έξτρα κάθισμα
- Αν το μπάνιο θεωρείται δύσκολο και προκαλεί συγκρούσεις, το ντους μπορεί να αποδειχθεί ευκολότερη λύση
- Αν έχετε μονίμως προβλήματα με το μπάνιο, μπορεί να βοηθήσει αν τη συγκεκριμένη δραστηριότητα αναλάβει κάποιος άλλος (Σακκά και συν, 2007).

Ντύσιμο

Ο ανοϊκός ασθενής συχνά δεν ξέρει πώς να ντυθεί ή δεν αναγνωρίζει την ανάγκη να αλλάξει ρούχα. Ορισμένες φορές εμφανίζεται δημόσια με ατημέλητο ή ακατάλληλο ντύσιμο.

- Ενθαρρύνετε την ανεξαρτησία του ασθενούς στο ντύσιμο
- Τοποθετήστε τα ρούχα με τη σειρά που πρέπει να φορεθούν
- Αποφύγετε τα ρούχα που κουμπώνουν δύσκολα, τα παπούτσια με κορδόνια κ.ο.κ.

- Επαναλαμβάνετε πολλές φορές τις οδηγίες, αν είναι απαραίτητο
- Αφήστε του αρκετό χρόνο για να ντυθεί (Σακκά και συν, 2007).

Τουαλέτα και ακράτεια

Το άτομο που πάσχει από νόσο Alzheimer μπορεί να χάσει την ικανότητα να αναγνωρίζει πότε πρέπει να πάει στην τουαλέτα, πού είναι η τουαλέτα ή τι πρέπει να κάνει εκεί.

- Αναπτύξτε ένα πρόγραμμα χρήσης της τουαλέτας
- Βάλτε στην πόρτα της τουαλέτας μια ταμπέλα με έντονα χρώματα και μεγάλα γράμματα
- Αφήνετε την πόρτα της τουαλέτας ανοιχτή ώστε να είναι εύκολο να τη βρει
- Φροντίστε ώστε τα ρούχα που φοράει να βγαίνουν εύκολα
- Περιορίστε σε λογικά πλαίσια την κατανάλωση υγρών πριν τον ύπνο
- Ενίστε βοήθα η χρήση δοχείου νυκτός (Σακκά και συν, 2007).

Μαγείρεμα

Τα άτομα με νόσο Alzheimer χάνουν νωρίς την ικανότητα να μαγειρεύουν. Η ενασχόληση με το μαγείρεμα εμπεριέχει αυξημένο κίνδυνο ατυχημάτων και αυτοτραυματισμού.

- Αξιολογήστε πόσο καλά μπορεί ο ασθενής να μαγειρέψει μόνος του
- Απολαύστε το μαγείρεμα σαν μια δραστηριότητα από κοινού
- Εγκαταστήστε ασφαλείς συσκευές
- Απομακρύνετε τα αιχμηρά αντικείμενα
- Προσφέρετε έτοιμα γεύματα, οργανώστε υπηρεσίες παροχής γευμάτων και βεβαιωθείτε ότι ο ασθενής καταναλώνει αρκετή ποσότητα θρεπτικής τροφής (Σακκά και συν, 2007).

Διατροφή

Οι ασθενείς που πάσχουν από άνοια συχνά ξεχνούν εάν έχουν φάει ή πώς να χρησιμοποιήσουν το πιρούνι και το κουτάλι. Στα προχωρημένα στάδια της νόσου, μπορεί να χρειάζονται κάποιον να τους ταΐσει. Μπορεί

επίσης να δυσκολεύονται να μασήσουν σωστά ή να καταπιούν. Ας σημειωθεί τέλος ότι καθώς το αίσθημα της δίψας αμβλύνεται στους ηλικιωμένους, χρειάζεται η τακτή υπενθύμιση λήψης υγρών επίσης.

- Μπορεί να χρειαστεί να θυμίσετε στον ασθενή πώς να τρώει
 - Χρησιμοποιήστε τροφή που μπορεί να τρώγεται με τα δάχτυλα – είναι ευκολότερο και δεν δημιουργεί ακαταστασία
 - Μοιράστε το φαγητό σε μικρές μπουκιές ώστε να μην πνιγεί ο ασθενής. Στα προχωρημένα στάδια της νόσου, μπορεί να είναι απαραίτητο να πολτοποιείτε ή να διαλύετε την τροφή
 - Θυμίστε στον ασθενή να τρώει αργά
 - Έχετε πάντα υπόψη σας ότι ο ασθενής μπορεί να μην είναι σε θέση να διακρίνει το ζεστό ή το κρύο και μπορεί να καεί από τροφές ή υγρά υψηλής θερμοκρασίας
- Εάν ο ασθενής δυσκολεύεται να καταπιεί, ζητήστε από το γιατρό σας να σας δείξει μια τεχνική προκειμένου να διευκολύνετε την κατάποση
- Σερβίρετε μια μερίδα τροφής κάθε φορά (Σακκά και συν, 2007).

Οδήγηση

Μπορεί να είναι επικίνδυνο για τον ασθενή με νόσο Alzheimer να οδηγεί, δεδομένου ότι η κρίση του είναι ανεπαρκής και οι αντιδράσεις του αργές.

- Συζητήστε μαζί του το θέμα ευγενικά
- Προτείνετέ του να χρησιμοποιεί τα μέσα μαζικής μεταφοράς, όταν αυτό είναι δυνατόν
- Εάν δεν μπορείτε να πείσετε τον ασθενή να μην οδηγεί, τότε είναι απαραίτητο να συμβουλευθείτε κάποιον ειδικό (Σακκά και συν, 2007).

Αλκοόλ και κάπνισμα

Η κατανάλωση αλκοόλ σε μικρές ποσότητες γενικώς επιτρέπεται. Το κάπνισμα απαιτεί μεγαλύτερη προσοχή, κυρίως λόγω της πιθανότητας πρόκλησης ατυχημάτων (π.χ. εγκαύματα, πυρκαγιές).

- Επιβλέπετε τον ασθενή όταν καπνίζει ή αποθαρρύνετε τον από το κάπνισμα – ίσως με εντολή γιατρού
- Ρωτήστε τον γιατρό για τυχόν αλληλεπιδράσεις των φαρμάκων του ασθενούς με μικρές ποσότητες αλκοόλ (Σακκά και συν, 2007).

Δυσκολίες στον ύπνο

Ο ασθενής που πάσχει από τη νόσο Alzheimer μπορεί να είναι ανήσυχος το βράδυ και να ενοχλεί την υπόλοιπη οικογένεια. Αυτό μπορεί να είναι το πιο κουραστικό πρόβλημα στο ρόλο σας ως φροντιστή.

- Προσπαθήστε να τον εμποδίσετε να κοιμάται κατά τη διάρκεια της ημέρας
- Προσθέστε περισσότερη σωματική δραστηριότητα κατά τη διάρκεια της ημέρας
- Προσπαθήστε να τον κάνετε να αισθάνεται όσο πιο άνετα γίνεται την ώρα του ύπνου
- Συζητείστε με το γιατρό σας το πρόβλημα αυτό. Υπάρχουν νεότερα φάρμακά που εξασφαλίζουν την καλή ποιότητα του ύπνου (Σακκά και συν, 2007).

Επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές

Ο ανοϊκός ασθενής μπορεί να ξεχνά από τη μια στιγμή στην άλλη τι έχει ειπωθεί, με αποτέλεσμα να επαναλαμβάνει τις ίδιες ερωτήσεις και πράξεις πολλές φορές.

- Προσπαθήστε να αποσπάσετε την προσοχή του δίνοντας του κάτι άλλο να ασχοληθεί
- Γράψτε σε ένα χαρτί τις απαντήσεις στις ερωτήσεις που επαναλαμβάνει συχνά
- Οπλιστείτε με υπομονή και απαντήστε όσες περισσότερες φορές μπορείτε (Σακκά και συν, 2007).

Προσκόλληση

Ο ασθενής με νόσο Alzheimer μπορεί να εξαρτηθεί υπερβολικά από σας και να σας ακολουθεί παντού. Αυτό μπορεί να είναι ενοχλητικό, αντιμετωπίζεται δύσκολα και σας στερεί την ιδιωτική σας ζωή. Ο ασθενής μπορεί να συμπεριφέρεται έτσι λόγω της ανασφάλειας και του φόβου που τον διακατέχει.

- Δώστε του κάτι που να του τραβά την προσοχή την ώρα που φεύγετε
- Μοιραστείτε τη φροντίδα του με άλλα μέλη της οικογένειάς σας ώστε να έχετε προσωπικό χρόνο και ευκαιρίες για ξεκούραση και διασκέδαση (Σακκά και συν, 2007).

Απώλεια αντικειμένων και κατηγορίες για κλοπή

Ο ασθενής με νόσο Alzheimer συχνά ξεχνά που είναι τοποθετημένα διάφορα αντικείμενα. Σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να κατηγορήσει εσάς και άλλους ότι τα έχετε πάρει. Οι συμπεριφορές αυτές προκαλούνται από ανασφάλεια σε συνδυασμό με την αίσθηση απώλειας του ελέγχου και της μνήμης.

- Ανακαλύψτε αν έχει κάποια αγαπημένη κρυψώνα
- Κρατάτε εφεδρικά αντικείμενα ή αντίγραφα για ότι είναι σημαντικό, π.χ. αντικλείδια, ταυτότητες, συμβολαιογραφικές πράξεις
- Ελέγχετε τη σακούλα των σκουπιδιών πριν την πετάξετε
- Απαντήστε ευγενικά στις κατηγορίες του ασθενούς χωρίς να προσπαθείτε να τον πείσετε
- Συμφωνείτε μαζί του ότι το αντικείμενο έχει χαθεί και βοηθήστε τον να το βρει (Σακκά και συν, 2007).

Παραλήρημα και ψευδαισθήσεις

Δεν είναι ασυνήθιστο ένα άτομο που πάσχει από άνοια να έχει παραλήρημα και ψευδαισθήσεις. Το παραλήρημα είναι μια εμφανώς λανθασμένη, επίμονη πεποίθηση. Για παράδειγμα, ο ασθενής μπορεί να πιστεύει ότι απειλείται από τον φροντιστή, τους γείτονες κ.ο.κ. .Για τον ασθενή,

το παραλήρημα είναι πραγματικό, του προκαλεί φόβο και μπορεί να οδηγήσει σε ενοχλητικές συμπεριφορές αυτοπροστασίας. Αν ο ασθενής έχει ψευδαισθήσεις τότε μπορεί να βλέπει ή να ακούει πράγματα που δεν υπάρχουν, όπως για παράδειγμα μορφές στα πόδια του κρεβατιού ή ανθρώπους να του μιλάνε.

- Μην επιχειρηματολογείτε στον ασθενή σχετικά με την εγκυρότητα αυτών που βλέπει ή ακούει, είναι μάταιο

- Όταν ο ασθενής νιώσει φόβο, προσπαθήστε να τον καθησυχάσετε.

Το να του μιλήσετε με ήρεμη φωνή και να του κρατήσετε το χέρι μπορεί να τον ανακουφίσει.

- Τραβήξτε του την προσοχή σε κάτι που υπάρχει ή συμβαίνει πραγματικά γύρω

- Ελέγξτε με το γιατρό σας μήπως κάποια από τα φάρμακα που λαμβάνει συμβάλλουν σε αυτό το πρόβλημα

- Υπάρχουν νεότερα φάρμακα που βοηθούν στην εξάλειψη τέτοιων φαινομένων (Σακκά και συν, 2007).

Σεξουαλικές σχέσεις

Η νόσος Alzheimer δεν επηρεάζει συνήθως τις σεξουαλικές σχέσεις, η στάση εντούτοις του ασθενούς απέναντι στο σεξ μπορεί να αλλάξει. Οι τρυφερές χειρονομίες και οι αγκαλιές μπορούν να προσφέρουν αμοιβαία ικανοποίηση και να σας δείξουν αν το άτομο είναι ικανό ή έχει διάθεση να προχωρήσει σε περαιτέρω οικειότητες. Θα πρέπει να είστε υπομονετικός /ή. Ο ασθενής μπορεί να μην ανταποκρίνεται όπως πριν την εμφάνιση της νόσου ή μπορεί να φαίνεται ότι έχει χάσει το ενδιαφέρον του /της. Για ορισμένα ζευγάρια, η σεξουαλική επαφή συνεχίζει να αποτελεί ικανοποιητικό μέρος της σχέσης. Μπορεί ωστόσο να συμβεί και το αντίθετο. Ο ασθενής μπορεί να έχει υπερβολικές απαιτήσεις για σεξουαλική επαφή ή να συμπεριφέρεται με τρόπο που να σας κάνει να μην αισθάνεστε άνετα.

- Μιλήστε σχετικά και συμβουλευτείτε άλλους φροντιστές

- Μην διστάζετε να συζητήσετε τα ζητήματα αυτού του είδους με έναν επαγγελματία υγείας που είναι ειδικευμένος στο να κατανοεί και να βοηθά στην επίλυση σχετικών προβλημάτων (Σακκά και συν, 2007).

Ανάρμοστη σεξουαλική συμπεριφορά

Το άτομο που πάσχει από νόσο Alzheimer μπορεί σπανίως να εμφανίζει προκλητική σεξουαλική συμπεριφορά. Για παράδειγμα, μπορεί να βγάλει τα ρούχα του δημοσίως ή να προβαίνει σε ανάρμοστες πράξεις.

- Προσπαθήστε να μην αντιδράσετε υπερβολικά στη συμπεριφορά του – θυμηθείτε ότι υπεύθυνη είναι η νόσος
- Προσπαθήστε να τραβήξετε την προσοχή του σε άλλη δραστηριότητα
- Αποθαρρύνετε ευγενικά αλλά επίμονα παρόμοιες συμπεριφορές (Σακκά και συν, 2007).

Περιπλάνηση

Αυτό μπορεί να είναι ένα ανησυχητικό πρόβλημα που πρέπει να αντιμετωπίσετε. Ο ασθενής μπορεί να τριγυρνά μέσα στο σπίτι ή να φεύγει και να περιπλανιέται στη γειτονιά. Κινδυνεύει και να χαθεί. Η ασφάλεια είναι σημαντικό ζήτημα για τον ασθενή με νόσο Alzheimer όταν βρίσκεται μόνος του εκτός σπιτιού.

- Βεβαιωθείτε ότι ο ασθενής φέρει πάντοτε πάνω του κάποιο χαρτί που να υποδηλώνει την ταυτότητά του όπως και τηλέφωνα ή διεύθυνση επικοινωνίας
- Βεβαιωθείτε ότι το σπίτι είναι ασφαλές, ότι ο ασθενής αισθάνεται καλά εκεί και δεν μπορεί να φύγει χωρίς να το γνωρίζετε
- Όταν ο ασθενής χαθεί και στη συνέχεια βρεθεί και πάλι, αποφύγετε να δείξετε θυμό – μιλήστε του ήρεμα, με αποδοχή και αγάπη
- Είναι χρήσιμο να έχετε μια πρόσφατη φωτογραφία του για την περίπτωση που χαθεί και χρειαστεί να τον αναζητήσετε (Σακκά και συν, 2007).

Βία και επιθετικότητα

Από καιρό σε καιρό, ο ασθενής με νόσο Alzheimer θυμώνει και γίνεται επιθετικός ή βίαιος. Αυτό μπορεί να συμβεί για πολλούς λόγους, όπως για παράδειγμα λόγω της απώλειας της κοινωνικής χάρης, της κρίσης, της αδυναμίας να εκφράζει τα αρνητικά συναισθήματα με ασφαλή τρόπο και της αδυναμίας να κατανοεί τις πράξεις και τις προθέσεις των άλλων. Αυτό είναι

ένα από τα πιο δύσκολα προβλήματα που καλείται να αντιμετωπίσει ο φροντιστής.

- Διατηρείστε την ψυχραιμία σας, προσπαθήστε να μην δείξετε φόβο
- Προσπαθήστε να τραβήξετε την προσοχή του ασθενούς σε κάποια χαλαρωτική δραστηριότητα
- Δώστε του περισσότερο χώρο
- Βρείτε τι ήταν αυτό που προκάλεσε αυτή την αντίδραση – και προσπαθήστε να το αποφύγετε στο μέλλον
- Αν εμφανίζονται συχνά επεισόδια βίας, θα πρέπει να ζητήσετε βοήθεια. Συζητήστε με το γιατρό σχετικά με τον τρόπο αντιμετώπισης τους. Τα νεότερα φάρμακα μπορεί να βοηθήσουν σημαντικά (Σακκά και συν, 2007).

Κατάθλιψη και άγχος

Ο ασθενής με νόσο Alzheimer μπορεί να έχει κατάθλιψη, να είναι αποσυρμένος και δυστυχής, να μιλά, να ενεργεί και να σκέφτεται αργά. Αυτό μπορεί να επηρεάσει την καθημερινή ρουτίνα, τον ύπνο και την όρεξη του.

- Δώστε περισσότερη προσοχή και υποστήριξη στον ασθενή
- Μιλήστε με το γιατρό σας, ο οποίος μπορεί να είναι σε θέση να σας βοηθήσει ή να προτείνει την παραπομπή του ασθενούς σε ψυχολόγο ή ψυχίατρο
- Τα νεότερα αντικαταθλιπτικά φάρμακα μπορεί να βοηθήσουν και σε αυτό το πρόβλημα
- Μην περιμένετε ότι ο ασθενής θα ξεφύγει από την κατάθλιψη αμέσως (Σακκά και συν, 2007).

6.ΟΙ ΦΡΟΝΤΙΣΤΕΣ

Οι φροντιστές των ανοϊκών ασθενών είναι συνήθως μέλη της οικογένειας, σπανιότερα φίλοι, γείτονες και επαγγελματίες (οικιακοί βοηθοί, συνοδοί ή προσωπικό των οίκων ευγηρίας). Ιδιαίτερα στην Ελλάδα, οι οικογένειες συνήθως συνεχίζουν να φροντίζουν τους ηλικιωμένους συγγενείς τους στο σπίτι. Μόνο το 1% των ατόμων άνω των 65 ετών ζουν σε οίκους ευγηρίας ή άλλα ιδρύματα. Το γεγονός αυτό, μεταφράζεται σε σημαντική επιβάρυνση των φροντιστών.

Οι φροντιστές - συγγενείς αναφέρουν αισθήματα απόγνωσης σε τριπλάσια συχνότητα συγκριτικά με το γενικό πληθυσμό. Επίσης, κάνουν μεγαλύτερη χρήση ηρεμιστικών και αντικαταθλιπτικών φαρμάκων. Συχνά βιώνουν μοναξιά, κοινωνική απομόνωση, ματαίωση, θυμό, σωματική εξασθένηση και χάνουν εύκολα την υπομονή τους. Ακόμη, αναφέρουν αϋπνία και μειωμένη ενεργητικότητα (Αβεντισιάν-Παγοροπούλου, 2003).

Στην αρχή, κάποια μέλη της οικογένειας μπορεί να δυσκολευθούν να δεχθούν τη διάγνωση της νόσου Alzheimer ή άλλου ανοϊκού συνδρόμου. Αρνούμενοι να δεχτούν ότι ο δικός τους άνθρωπος έχει άνοια, παραβλέπουν τα σημάδια της νόσου, αλλάζουν θεράποντες και ασχολούνται με εναλλακτικές ή "θαυματουργές" θεραπείες. Στα προχωρημένα στάδια της άνοιας, η οικογένεια συνήθως προσπαθεί να προσφέρει το καλύτερο δυνατό επίπεδο φροντίδας στον πάσχοντα, έχοντας συγχρόνως να αντιμετωπίσει τα δικά της συναισθήματα πόνου και πένθους για το αγαπημένο πρόσωπο. Οι φροντιστές πρέπει συστηματικά να επιλύουν σειρά καθημερινών προβλημάτων που αφορούν ζητήματα απλά όπως οι δυσκολίες στο ντύσιμο, μέχρι πιο σύνθετα όπως εκείνα της χρήσης της τουαλέτας, της ασφαλούς μετακίνησης και των δυσκολιών της συμπεριφοράς. Για την καλύτερη αντιμετώπιση όλων αυτών των προβλημάτων οι φροντιστές καλούνται να αναλάβουν καινούργιους ρόλους, π.χ. οι άντρες πρέπει να μάθουν "γυναικείες" δουλειές - να μαγειρεύουν ή να φροντίζουν το νοικοκυριό - και οι γυναίκες "αντρικές" δουλειές, όπως η διαχείριση των οικονομικών, η οδήγηση κ.ά.

Το σημαντικότερο για τους φροντιστές είναι η συνειδητοποίηση ότι για να τα καταφέρουν πρέπει να μην παραμελήσουν τον εαυτό τους. Αξίζει ιδιαίτερα να τονισθεί η ανάγκη να ξεπεραστούν οι δισταγμοί να ζητήσει

κάποιος βοήθεια. Η επιτυχής φροντίδα σε αυτές τις περιπτώσεις είναι κάτι που ξεπερνά τις δυνατότητες ενός προσώπου και έτσι θα πρέπει να αξιοποιηθεί η συνδρομή του συγγενικού - φιλικού περιβάλλοντος και των ειδικών της υγείας. Ευτυχώς, υπάρχουν πλέον και στην Ελλάδα αρκετά συστήματα υποστήριξης στην κοινότητα, όπως ειδικά Ιατρεία Μνήμης κ.λπ. Και μόνο το να μοιραστεί κανείς τα οδυνηρά συναισθήματά του, είναι συχνά ανακουφιστικό. Η συμμετοχή σε ομάδες υποστήριξης βοηθά πραγματικά στο να στηριχθούν οι φροντιστές για να μπορούν να τα βγάλουν πέρα. Είναι σημαντικό να χτίσει και να ενισχύσει κανείς φιλικές και συγγενικές σχέσεις νωρίς στην ασθένεια. Η οικογένεια και οι φίλοι μπορεί να είναι μία πηγή άνεσης, βοήθειας και ευχαρίστησης. Μία ομάδα υποστήριξης μπορεί να βοηθήσει τις οικογένειες των πασχόντων από την νόσο Alzheimer και να αποτελέσει μία τεράστια πηγή κατανόησης πόρων και πληροφοριών (Αβεντισιάν-Παγοροπούλου, 2003).

Στην Ελλάδα η οικογένεια διατηρεί την ευθύνη της φροντίδας των ασθενών ακόμη και όταν υπάρχουν επαγγελματίες βοηθοί ή νοσηλεύονται σε ιδρύματα. Οι υψηλές απαιτήσεις φροντίδας των ανοϊκών ασθενών επιδρούν στην υγεία των φροντιστών, επηρεάζουν τη συμμετοχή τους σε κοινωνικές και επαγγελματικές δραστηριότητες, περιορίζουν τον ελεύθερο χρόνο τους, κλονίζουν την κοινωνική τους θέση και απειλούν την οικονομική τους ασφάλεια.

Η επιβάρυνση από τη φροντίδα ενός ανοϊκού ασθενή μπορεί να είναι ψυχική, σωματική και οικονομική. Η ψυχική είναι σαφώς η σημαντικότερη και η πιο εξατομικευμένη. Οι φροντιστές κάνουν αυξημένη χρήση ψυχοτρόπων ενώ διατρέχουν σοβαρό κίνδυνο να αρρωστήσουν από κατάθλιψη. Η στενή επαφή με έναν ανοϊκό ασθενή κινητοποιεί ενοχές και φόβο θανάτου. Ιδιαίτερα ψυχοφόρο είναι και το διαρκές αίσθημα άγχους, η «έγνοια» για τον ασθενή, την ασφάλεια του, τα πιθανά καθημερινά απρόοπτα. Ορισμένα από τα συναισθήματα που μπορεί να νιώσει ο φροντιστής είναι λύπη, ενοχή, θυμό, ντροπή, μοναξιά. Πρόκειται για φυσιολογικές αντιδράσεις σε μια οδυνηρή, άδικη στην ουσία της πραγματικότητα. Η κατανόηση και αποδοχή των συναισθημάτων του διευκολύνει σημαντικά το δύσκολο έργο του (Αβεντισιάν-Παγοροπούλου, 2003).

Πένθος

Είναι η ψυχική αντίδραση αυτού που βιώνει μίαν απώλεια, πραγματική ή συμβολική. Εξαιτίας της νόσου ο φροντιστής αισθάνεται ότι έχει χάσει τον σύντροφο, τον γονέα ή έναν φίλο. Βασανιστικές επανέρχονται οι αναμνήσεις και γίνονται οι συγκρίσεις με το παρελθόν. Και όταν κανείς νομίζει ότι έχει προσαρμοστεί, η νόσος εξελίσσεται και πάλι. Στα πιο προχωρημένα στάδια όταν ο ασθενής δεν αναγνωρίζει ενίοτε ούτε το φροντιστή του, τα συναισθήματα οδύνης γίνονται συντριπτικά. Η διεθνής εμπειρία έχει δείξει ότι η συμμετοχή των φροντιστών σε μια ομάδα υποστήριξης είναι ο καλύτερος τρόπος αντιμετώπισης αυτής της κατάστασης (Αβεντισιάν-Παγοροπούλου, 2003).

Ενοχή

Είναι λογικό να αισθάνεστε ενοχές όταν ντρέπεστε για την ανάρμοστη συμπεριφορά του ασθενούς, όταν θυμώνετε μαζί του ή νιώθετε ότι δεν αντέχετε άλλο και εξετάζετε την πιθανότητα να τον βάλετε σε ίδρυμα. Το να μοιραστεί κάποιος αυτά τα δύσκολα συναισθήματα με άλλους φροντιστές ή με οικεία πρόσωπα μπορεί να τον ανακουφίσει σημαντικά (Αβεντισιάν-Παγοροπούλου, 2003).

Θυμός

Ο θυμός σας μπορεί να έχει πολλούς αποδέκτες. Μπορεί να απευθύνεται στον ασθενή, στον εαυτό σας, στο γιατρό, στο Θεό ή στην όλη κατάσταση, αναλόγως. Είναι σημαντικό να θυμάστε ότι το θυμό σας τον προκαλεί η νόσος και οι δυσκολίες που συνεπάγεται και όχι ο ασθενής σαν πρόσωπο. Ορισμένες φορές, οι φροντιστές νιώθουν τόσο θυμωμένοι που κινδυνεύουν να κάνουν κακό στο άτομο που φροντίζουν. Αν αισθάνεστε έτσι, θα πρέπει να ζητήσετε άμεσα τη βοήθεια ειδικού (Αβεντισιάν-Παγοροπούλου, 2003).

Ντροπή

Μπορεί να αισθάνεστε ντροπή όταν ο ασθενής συμπεριφέρεται κατά τρόπο που σας εκθέτει δημόσια. Αυτό το συναίσθημα μπορεί να αμβλυθθεί αν μιλήσετε για αυτό με άλλους φροντιστές που αντιμετωπίζουν ανάλογα προβλήματα. Επίσης, βοηθά να ενημερώσετε σχετικά με τη νόσο φίλους και γείτονες, έτσι ώστε να κατανοούν τη συμπεριφορά του ασθενούς (Αβεντισιάν-Παγοροπούλου, 2003).

Μοναξιά

Πολλοί φροντιστές αποσύρονται κοινωνικά και περιορίζονται στο σπίτι τους με τον ασθενή που φροντίζουν. Το να παρέχει τέτοιου είδους φροντίδα κανείς καταλήγει να είναι μια πολύ μοναχική δραστηριότητα η πρότερη συντροφική σχέση με τον ασθενή χαλαρώνει ενώ περιορίζονται και οι άλλες κοινωνικές επαφές λόγω των αυξημένων απαιτήσεων στο σπίτι. Η μοναξιά δυσχεραίνει την αντιμετώπιση των προβλημάτων. Είναι χρήσιμο να δώσετε προτεραιότητα στο να διατηρήσετε τις φιλίες σας και τις κοινωνικές σας επαφές (Αβεντισιάν-Παγοροπούλου, 2003).

7.ΠΡΟΛΗΨΗ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ & ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΤΟΥ ΑΝΟΪΚΟΥ

Τα προβλήματα μνήμης, αστάθειας, κινητικότητας, όρασης και ακοής που εμφανίζονται στα άτομα της Γ' Ηλικίας προκαλούν δυσκολίες στη λειτουργικότητά τους και δημιουργούν κινδύνους που περιλαμβάνουν πτώσεις, τραυματισμούς, εγκαύματα, δηλητηριάσεις. Όσο πιο καλά οργανωμένο είναι το περιβάλλον διαβίωσης, τόσο ενισχύεται η ανεξαρτησία και η ασφάλεια των ηλικιωμένων και βελτιώνονται οι ενδοοικογενειακές σχέσεις. Η άρση των περιβαλλοντικών περιορισμών, η καλύτερη οργάνωση του χώρου και η προσαρμογή των δραστηριοτήτων αφορούν σε απλές και σε σύνθετες παρεμβάσεις (Καραμπέτσου & Καραμήτρου, 2009).

7.1.Γενικοί κανόνες ασφάλειας για το σπίτι

- Οι μοκέτες και τα χαλιά να είναι κολλημένα στο πάτωμα με ταινία διπλής όψεως.
- Στο δάπεδο να τοποθετηθούν αντιολισθητικές επιφάνειες, ανθεκτικές και εύκολα πλενόμενες.
- Όλα τα καλώδια των ηλεκτρικών συσκευών να είναι στερεωμένα κατά μήκος των τοίχων.
- Στα διαφορετικά επίπεδα του σπιτιού να υπάρχει διαφορά χρώματος και να τοποθετηθούν ευδιάκριτα τελειώματα στα σκαλοπάτια.
- Τα μικρόπιπλα να τακτοποιηθούν σε σημεία που δεν εμποδίζουν την ελεύθερη διέλευση.
- Ο φωτισμός να είναι επαρκής σε όλους τους χώρους, διαφορετικά να ενισχύεται, ώστε να αποφεύγονται ατυχήματα λόγω κακής ορατότητας.
- Στις εξωτερικές ή/και εσωτερικές σκάλες του σπιτιού, κιγκλιδώματα προδιαγραφής να τοποθετηθούν για πιο εύκολη άνοδο και κάθοδο.
- Προστατευτικές μπάρες να τοποθετηθούν στους χώρους που κινείται ο ηλικιωμένος, εφόσον κρίνεται απαραίτητο.
- Τα βοηθήματα μετακίνησης να βρίσκονται πάντα σε απόσταση τέτοια που να μπορεί ο ηλικιωμένος να τα πιάσει.

- Σύστημα πυρασφάλειας να τοποθετηθεί, ιδιαίτερα σε χώρους υψηλού κινδύνου.
- Κουδούνι κινδύνου να εγκατασταθεί, ώστε να ειδοποιείται άμεσα ο φροντιστής σε περίπτωση ανάγκης. Οι κλειδαριές, ιδιαίτερα του μπάνιου, να ακινητοποιηθούν σε θέση ανοιχτή, με ταινίες, για να εξασφαλίζεται η πρόσβαση του φροντιστή σε περίπτωση ατυχήματος (Καραμπέτσου & Καραμήτρου, 2009).

7.2.Ασφάλεια στο μπάνιο

Το μπάνιο συχνά αποδεικνύεται ο πιο επικίνδυνος χώρος του σπιτιού. Προτεινόμενα μέτρα:

- Λαβές ασφαλείας στην μπανιέρα.
- Αντιολισθητικό πατάκι στο εσωτερικό της μπανιέρας, αλλά και στο δάπεδο μπροστά από αυτήν.
- Σανίδα μπάνιου ή αναδιπλούμενο σκαμνί τοίχου για το ντους.
- Μπάρες στήριξης στα πλαϊνά της λεκάνης ή πλαίσιο τουαλέτας.
- Ανυψωτικό κάθισμα λεκάνης, ώστε το άτομο να κάθεται και να σηκώνεται με ασφάλεια.
- Επιπλέον, ο θερμοστάτης στο θερμοσίφωνα να είναι σε χαμηλούς βαθμούς, ώστε το νερό να μην είναι αρκετά ζεστό να κάψει τον ηλικιωμένο που θα επιχειρήσει να ανοίξει μόνος του τη βρύση (Καραμπέτσου & Καραμήτρου, 2009).

7.3.Ασφάλεια στην κουζίνα και το υπνοδωμάτιο

Προτείνονται:

- Η τοποθέτηση χρονοδιακόπτη στην ηλεκτρική κουζίνα για την αποφυγή κινδύνου πυρκαγιάς, αν ξεχάσει ο ηλικιωμένος το ρεύμα ανοιχτό.
- Η τοποθέτηση όλων των αντικειμένων που τακτικά χρησιμοποιεί (κατσαρόλες, πιάτα, τρόφιμα κ.λπ.) σε χαμηλά ράφια και ντουλάπια, αφού συχνά τα άτομα της Γ' Ηλικίας ανεβαίνουν σε σκαμνί για να τα φτάσουν, με σοβαρό κίνδυνο να πέσουν και να τραυματιστούν.

- Η χρήση κυλιόμενου τραπεζιού για την ασφαλή μεταφορά του φαγητού, σκευών ή άλλων αντικειμένων.
- Η τοποθέτηση λαβής στο κρεβάτι, ώστε ο ηλικιωμένος να γυρνάει με ευκολία το βράδυ και να σηκώνεται με ασφάλεια το πρωί. Η ρύθμιση του κρεβατιού σε κατάλληλο ύψος και φροντίδα ώστε αυτό, όπως και οι καρέκλες, να είναι σταθερά για την ασφαλή χρήση τους (Καραμπέτσου & Καραμήτρου, 2009).

7.4.Για την ένδυση – υπόδυση

- Προτιμώμενα είναι ρούχα άνετα και ευκολοφόρετα που δε χρειάζονται σιδέρωμα. Ενδύματα εφαρμοστά, με στενό λαιμό να αποφεύγονται και αν υπάρχουν κουμπιά να είναι μεγάλα και να βρίσκονται στο μπροστινό μέρος των ρούχων. Προτιμότερη είναι η χρήση φερμουάρ ή Velcro.
- Τα παπούτσια να είναι κλειστά, χωρίς τακούνι και χωρίς κορδόνια για ασφαλές περπάτημα.
- Η διαδικασία της ένδυσης να πραγματοποιείται στην καθιστή θέση με τα πόδια σε διάσταση για καλύτερη ισορροπία ή σε άλλη θέση που εξασφαλίζει καλή ισορροπία.
- Η διαδικασία διευκολύνεται όταν πρώτα ενδύεται η αδύναμη πλευρά του ατόμου και κατά την απόδυση όταν πρώτα αφαιρούνται τα ρούχα από την ισχυρή πλευρά.
- Βοηθήματα, όπως ο καλτσοφορετής και το ειδικό κόκαλο παπουτσιών με μακριά λαβή, επιτρέπουν στον ηλικιωμένο που δυσκολεύεται να σκύβει, να ντυθεί ανεξάρτητα και με ασφάλεια. Σε ιδιαίτερες περιπτώσεις, όπως σε άτομα που πάσχουν από ρευματοειδή αρθρίτιδα, προτείνονται βοηθήματα που διευκολύνουν τη δραστηριότητα π.χ. γάντζοι κουμπιών, φερμουάρ κ.λπ. (Καραμπέτσου & Καραμήτρου, 2009).

7.5.Για την προσωπική υγιεινή και φροντίδα εαυτού

- Ένα δοχείο νυχτός μπορεί να φανεί χρήσιμο όταν προκύπτει ανάγκη χρήσης της τουαλέτας το βράδυ.
- Ένα σφουγγάρι με μακριά λαβή αποτρέπει το άτομο να σκύβει, με κίνδυνο να χάσει την ισορροπία του στο μπάνιο.

- Οι σπόγγοι με θήκες είναι επίσης χρήσιμοι για να μην πέφτει το σαπούνι.
- Το μπουρνούζι προσφέρει ένα αποτελεσματικό και ασφαλές σκούπισμα.
- Η χρήση ξυριστικής μηχανής είναι πιο ασφαλής για το ξύρισμα.
- Η εφαρμογή ενός κορδονιού για να κρεμά στο λαιμό τα γυαλιά του ή ο τακτικός έλεγχος της μπαταρίας των ακουστικών είναι διαδικασίες απαραίτητες για την αποτελεσματική φροντίδα των βοηθημάτων του και, κατά συνέπεια, την καλύτερη δυνατή όραση και ακοή (Καραμπέτσου & Καραμήτρου, 2009).

7.6.Για τη σίτιση και προετοιμασία φαγητού

- Ένας μεγεθυντικός φακός επιτρέπει στον ηλικιωμένο να διακρίνει λεπτομέρειες που αναγράφονται στα προϊόντα, σημαντικές για την υγεία του, όπως η ημερομηνία λήξης ή συστατικά που δεν επιτρέπεται να καταναλώσει.
- Κομψά πλαστικά πιάτα και ποτήρια που δε σπάνε είναι ασφαλέστερα για τη χρήση από ηλικιωμένα άτομα.
- Κονσέρβες που υπάρχουν στο σπίτι δίνουν τη δυνατότητα στο άτομο να γευματίζει όταν δεν αισθάνεται αρκετά καλά για να μαγειρέψει.
- Ένα «βοηθητικό χέρι» (reacher) επιτρέπει στον ηλικιωμένο να προσεγγίσει αντικείμενα που βρίσκονται σε μεγάλο ύψος ή έχουν πέσει και δυσκολεύεται να σκύψει για να τα πιάσει.
- Τα υγρά ή άλλες ουσίες που χύνονται στο πάτωμα πρέπει αμέσως να καθαρίζονται, για να μην προκληθεί ατύχημα αργότερα.
- Η εφαρμογή προγραμματισμού δράσης, π.χ. συγκέντρωση στον πάγκο όλων των απαραίτητων υλικών για την προετοιμασία του φαγητού, απλοποιεί τη δραστηριότητα και την κάνει πιο ασφαλή.
- Η σταθεροποίηση των αγκώνων στο τραπέζι κατά τη σίτιση επιτρέπει πιο επιδέξια χρήση των μαχαιροπήρουνων από τον ηλικιωμένο, ειδικά σε περιπτώσεις όπου υπάρχει τρόμος (Καραμπέτσου & Καραμήτρου, 2009).

7.7.Για τα ψώνια και φροντίδα του σπιτιού

- Η χρήση καροτσιού λαϊκής για τη μεταφορά των αγαθών είναι προτιμότερη για τα ηλικιωμένα άτομα που αντιμετωπίζουν προβλήματα αστάθειας. Ο

περιπατητήρας με ρόδες (rollator) είναι κατάλληλος για κάποιον που πρέπει να χρησιμοποιεί βοήθημα βάδισης και παράλληλα να μεταφέρει αντικείμενα.

- Η κατανομή του νοικοκυριού σε όλες τις ημέρες της εβδομάδας και η οργάνωση της εργασίας με ενδιάμεσα διαλείμματα επιτρέπουν τη διάθεση αρκετού χρόνου για ανάπαυση.
- Ένα υπερυψωμένο σκαμπό χρησιμεύει για την εκτέλεση δραστηριοτήτων από πιο άνετη και ασφαλή καθιστή θέση (Καραμπέτσου & Καραμήτρου, 2009).

7.8.Για την επικοινωνία

- Η τηλεφωνική συσκευή με μεγάλα κουμπιά είναι πιο εύχρηστη για τους ηλικιωμένους.
- Η ρύθμιση ταχείας κλήσης προς νούμερα έκτακτης ανάγκης διευκολύνει τον ηλικιωμένο να αναζητήσει βοήθεια σε στιγμές όπου μπορεί να υπάρχει σύγχυση.
- Ένας κατάλογος με χρήσιμα τηλέφωνα (φροντιστή, γιατρού κ.λπ.) με ευδιάκριτα, μεγάλα γράμματα δίπλα στην τηλεφωνική συσκευή εξυπηρετεί επίσης.
- Η αυξημένη ένταση στο κουδούνι ή μια συσκευή με φως που ανάβει όταν χτυπά το τηλέφωνο ή η εξώπορτα βοηθά το άτομο με μειωμένη ακοή να είναι αυτόνομο και συνεπές στην επικοινωνία του (Καραμπέτσου & Καραμήτρου, 2009).

7.9.Για τη μετακίνηση

- Το βοήθημα βάδισης που πιθανώς χρησιμοποιεί ο ηλικιωμένος να είναι σε κατάλληλο ύψος, ανάλογο με τη σωματική του διάπλαση και να έχει οπωσδήποτε λαστιχένιο παπουτσάκι για την ασφάλειά του.
- Είναι πολύ σημαντικό το άτομο που έχει ανάγκη από βοήθημα βάδισης για τη μετακίνησή του να εκπαιδεύεται από θεραπευτή για την πιο κατάλληλη και ασφαλή χρήση του. Για παράδειγμα, ο ηλικιωμένος που χρησιμοποιεί μπαστούνι, στις σκάλες να ανεβαίνει με το πιο γερό πόδι πρώτα, το βοήθημα μετά και τελευταίο το αδύναμο πόδι, ενώ όταν κατεβαίνει, πρώτα να κατεβάζει

το βοήθημα, μετά το αδύναμο πόδι και τελευταίο το γερό (Καραμπέτσου & Καραμήτρου, 2009).

8. ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ- ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΝΟΗΤΙΚΗΣ ΕΝΔΥΝΑΜΩΣΗΣ

Αναμφίβολα, η φαρμακευτική θεραπεία αποτελεί την πλέον ενδεδειγμένη και ευρέως χρησιμοποιούμενη μέθοδο αντιμετώπισης της νόσου Alzheimer. Παρόλα αυτά, πρόσφατες έρευνες αποκαλύπτουν ότι η χορήγηση φαρμάκων δεν αποτελεί τη μόνη θεραπευτική επιλογή. Τα προγράμματα νοητικής ενδυνάμωσης αποτελούν μία νέα, μη φαρμακευτική θεραπευτική προσέγγιση της νόσου Alzheimer, η οποία τα τελευταία χρόνια προσελκύει την προσοχή των επαγγελματιών υγείας που ασχολούνται με την άνοια. Ενδεικτικό του ενδιαφέροντος των ειδικών είναι ο αυξανόμενος αριθμός των σχετικών με το θέμα εργασιών που δημοσιεύονται σε έγκυρα επιστημονικά περιοδικά και παρουσιάζονται σε διεθνή συνέδρια (Λυμπεροπούλου & Σακκά, 2006).

Όπως είναι γνωστό, η αποδυνάμωση των γνωστικών λειτουργιών όπως είναι η μνήμη, ο λόγος, η προσοχή και η κρίση, είναι ένα από τα αρχικά συμπτώματα που εμφανίζουν οι ασθενείς με νόσο Alzheimer. Η αποδυνάμωση αυτή γίνεται σταδιακά, με τις σύνθετες λειτουργίες να βλάπτονται πρώτες. Τα προγράμματα νοητικής ενδυνάμωσης στοχεύουν στην αξιοποίηση των γνωστικών λειτουργιών του ανοϊκού ασθενούς που παραμένουν σε ικανοποιητικό επίπεδο. Με αυτό τον τρόπο επιδιώκεται η σταθεροποίηση ή ακόμα και η μείωση της γνωστικής έκπτωσης του ασθενούς. Απώτερος στόχος βέβαια είναι η βελτίωση της ποιότητας ζωής τόσο του ασθενούς, όσο και της οικογένειάς του (Λυμπεροπούλου & Σακκά, 2006).

Τα προγράμματα νοητικής ενδυνάμωσης είναι κατάλληλα κυρίως για ασθενείς με ήπιας έως μέτριας βαρύτητας νόσο Alzheimer, καθώς σε αυτή τη φάση της νόσου οι ασθενείς διατηρούν αρκετά γνωστικά αποθέματα που μπορούν να αξιοποιηθούν προς όφελός τους. Η θεραπεία νοητικής ενδυνάμωσης χρησιμοποιεί μία μεγάλη ποικιλία ερεθισμάτων και εξειδικευμένων μεθόδων ώστε να επιτύχει το επιθυμητό αποτέλεσμα. Ανάλογα με τις ικανότητες, τις ανάγκες και τις ιδιαιτερότητες του κάθε ασθενούς, σχεδιάζεται ένα πρόγραμμα στο οποίο περιλαμβάνονται δραστηριότητες όπως:

- προσανατολισμός στο χώρο και το χρόνο
- συζήτηση για θέματα της επικαιρότητας

- εκμάθηση ή επανεκμάθηση υλικού με την εφαρμογή κατάλληλων μεθόδων
- εκπαίδευση στη χρήση εξωτερικών μνημονικών βοηθημάτων
- ασκήσεις που ασκούν τη μνήμη, την προσοχή, το λόγο, την κριτική σκέψη κ.λ.π.
- θεραπείες τέχνης
- θεραπεία δι' αναμνήσεων
- επιτραπέζια παιχνίδια (Λυμπεροπούλου & Σακκά, 2006).

Το μεγαλύτερο ίσως πλεονέκτημα των προγραμμάτων νοητικής ενδυνάμωσης είναι η ευελιξία που διαθέτουν: αποτελούν μια θεραπευτική προσέγγιση απόλυτα προσαρμοσμένη στις ανάγκες του κάθε ασθενούς, πραγματοποιούνται είτε σε ατομικές συνεδρίες, είτε ομαδικά και μπορούν να αναπροσαρμοστούν καθώς η ασθένεια εξελίσσεται και η κατάσταση του ασθενούς, γνωστική και συναισθηματική, μεταβάλλεται.

Επιπλέον, ιδιαίτερη σημασία έχει το γεγονός ότι μέσα στα πλαίσια της συγκεκριμένης θεραπείας, ο ασθενής ενθαρρύνεται να καταβάλλει συνειδητή προσπάθεια, ώστε να βοηθήσει ο ίδιος τον εαυτό του. Κατά συνέπεια, δεν αναγκάζεται να εναποθέσει τις ελπίδες του αποκλειστικά στη δυσνόητη ή «μαγική» δράση ενός φαρμάκου, αλλά συμμετέχει ενεργά στην προσπάθεια αντιμετώπισης της νόσου και νιώθει να αποκτά ξανά τον έλεγχο της ζωής του. Η θεραπεία νοητικής ενδυνάμωσης δεν έρχεται να αντικαταστήσει τη φαρμακευτική θεραπεία της νόσου Alzheimer, τα οφέλη της οποίας είναι ανεκτίμητα και αδιαμφισβήτητα. Στόχος της είναι η συνδυαστική δράση, η οποία φαίνεται ότι μπορεί να ενισχύσει τη δράση των φαρμάκων, βελτιώνοντας θεαματικά το θεραπευτικό αποτέλεσμα.

Τον ενθουσιασμό και την αισιοδοξία των ειδικών σχετικά με τα προγράμματα νοητικής ενδυνάμωσης δικαιώνουν έρευνες που έρχονται καθημερινά στο φως της δημοσιότητας. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα πρόσφατων ερευνών, η συμμετοχή ασθενών με νόσο Alzheimer σε τέτοιου είδους προγράμματα βελτίωσε σημαντικά τόσο τις γνωστικές τους λειτουργίες, όσο και την ικανότητά τους να ανταποκρίνονται ικανοποιητικά στις απαιτήσεις της καθημερινής ζωής. Επίσης, συνέβαλε σε μεγάλο βαθμό στην καταπολέμηση της απάθειας, της απόσυρσης και των καταθλιπτικών

συμπτωμάτων, τα οποία εμφανίζονται σε μεγάλο αριθμό ανοϊκών ασθενών (Λυμπεροπούλου & Σακκά, 2006).

ΑΣΚΗΣΕΙΣ ΝΟΗΤΙΚΗΣ ΕΝΔΥΝΑΜΩΣΗΣ

ΒΑΘΜΟΣ ΔΥΣΚΟΛΙΑΣ 1

Άσκηση 1

Ποια από τις τρεις λέξεις **δεν** ανήκει στη συγκεκριμένη κατηγορία;
Παράδειγμα:

▶ ζώα α) ελέφαντας	<input checked="" type="radio"/> β) συρτάρι	γ) αλιπού
▶ γλυκά α) τούρτα	β) σοκολάτα	γ) αχλάδι
▶ αθλήματα α) στίβος	β) θέατρο	γ) μπάσκετ
▶ εποχές του χρόνου α) άνοιξη	β) καλοκαίρι	γ) πρωτομαγιά
▶ έντυπα α) εφημερίδα	β) ραδιόφωνο	γ) περιοδικό
▶ καλοκαιρινά φρούτα α) καρπούζι	β) βερίκοκο	γ) μήλο
▶ ηλεκτρικές συσκευές α) πετσέτα	β) ψυγείο	γ) πλυντήριο
▶ πόλεις της Ελλάδας α) Αθήνα	β) Ρέθυμνο	γ) Λονδίνο
▶ λαχανικά α) καρότο	β) πορτοκάλη	γ) μαρούλι

Άσκηση 2

Επιλέξτε τη λέξη που **αντιστοιχεί** στην εικόνα.
Παράδειγμα:



α) λιοντάρι

β) αρκούδα

γ) γάτα



α) βάρκα

β) πατίνι

γ) ποδήλατο



α) βιβλίο

β) εφημερίδα

γ) κουτί



α) πόδι

β) χέρι

γ) μανίκα



α) ακίδα

β) τόπι

γ) μήλο



α) γόμα

β) βελόνα

γ) μολύβι



α) βέλος

β) ελικόπτερο

γ) αεροπλάνο



α) ψυγείο

β) ρολόι

γ) πιάτο



α) ποτήρι

β) γλάστρα

γ) φλιτζάνι

Άσκηση 3

Διαγράψτε το γράμμα **Δ** κάθε φορά που εμφανίζεται. Προσοχή: πρέπει να διαγράψετε όλα τα Δ, κεφαλαία και πεζά (Δ, δ).

Α ~~Δ~~ γ Δ Α δ Ν Ξ Δ η

σ Ι Δ Φ Δ Α Λ υ Ρ Θ

Χ Κ ñ Φ Δ Ξ Α τ Ο Μ

Δ Θ Δ Ρ Κ Λ η Ρ Τ Α

Δ Κ δ Π Λ σ δ Ζ Θ Η

ε Ρ Μ Ξ ο Δ Α δ Χ Λ

δ Ο Κ Δ Σ ε Χ Π μ Ο

Σ ι Δ ξ Δ Α δ Υ ρ Θ

Χ κ λ φ Δ Ξ Α Τ Ο Μ

ΑΣΚΗΣΕΙΣ ΝΟΗΤΙΚΗΣ ΕΝΔΥΝΑΜΩΣΗΣ

ΒΑΘΜΟΣ ΔΥΣΚΟΛΙΑΣ 2

Άσκηση 1

Γράψτε όσες το δυνατόν περισσότερες λέξεις σας έρχονται στο μυαλό που να ανήκουν σε κάθε μία από τις παρακάτω κατηγορίες.

Παράδειγμα:

χρώματα

κόκκινο, πράσινο, μπλε, κίτρινο, άσπρο, ροζ

κατοικίδια ζώα

.....
.....
.....

έπιπλα

.....
.....
.....

μουσικά όργανα

.....
.....
.....

ηλεκτρικές συσκευές

.....
.....
.....

επαγγέλματα

.....
.....
.....

γυναικεία ονόματα

.....
.....
.....

Άσκηση 2

Συμπληρώστε κάθε μία από τις παρακάτω προτάσεις με την κατάλληλη λέξη.
Παράδειγμα:

Διάβασα ένα πολύ ωραίο *βιβλίο*

- Αυτός ο πίνακας είναι πολύ ακριβός. Κοστίζει πάρα πολλά
- Πριν κοιμηθείς, μην ξεχάσεις να πλύνεις τα σου.
- Έχουν λυθεί τα των παπουτσιών σου.
- Κοίτα έξω από το, χιονίζει!
- Η γιαγιά έχει πρεσβυωπία και δεν μπορεί να δει χωρίς τα της.
- Σταμάτα να μιλάς τόσο Προσπαθώ να διαβάσω.
- Εάν δεν αισθάνεσαι καλά, πρέπει να πας στον
- Σήμερα έχει συνεφιά. Καλό θα ήταν να πάρεις μαζί σου μία γιατί μπορεί να βρέξει.
- την εξώπορτα πριν φύγεις από το σπίτι.
- το τηλέφωνο, μπορείς να το σκώσεις;
- Μπορείς να ανάψεις το; Είναι πολύ σκοτεινά.
- Η έπιασε τους κακοποιούς που επιχείρησαν χθες να ληστέψουν την Εθνική Τράπεζα.
- Το είναι η πιο ζεστή εποχή του χρόνου.

ΑΣΚΗΣΕΙΣ ΝΟΗΤΙΚΗΣ ΕΝΔΥΝΑΜΩΣΗΣ

ΒΑΘΜΟΣ ΔΥΣΚΟΛΙΑΣ 3

Άσκηση 1

Χρησιμοποιήστε τη λέξη που σας δίνεται για να φτιάξετε **μία ολοκληρωμένη πρόταση**.

Παράδειγμα:

▶ **βιβλίο**

Δανείστηκα από τον συνάδελφό μου ένα βιβλίο.

▶ **γυαλιά**

.....
.....

▶ **κοιμάμαι**

.....
.....

▶ **ταξίδι**

.....
.....

▶ **απεργία**

.....
.....

▶ **ελευθερία**

.....
.....

Άσκηση 2

Βάλτε τις παρακάτω λέξεις στη **σωστή σειρά** ώστε να σχηματίσουν προτάσεις.
Παράδειγμα:

ΘΑ ΔΟΥΛΕΙΑ ΔΕΝ ΠΑΩ ΣΤΗ ΣΗΜΕΡΑ
Δεν θα πάω στη δουλειά σήμερα

• ΡΟΥΧΑ ΘΑ ΑΥΡΙΟ ΠΡΩΙ ΤΟ ΑΓΟΡΑΣΩ
.....

• ΦΑΡΜΑΚΟ ΝΑ ΠΑΡΩ ΠΡΕΠΕΙ ΤΟ ΜΟΥ
.....

• ΦΕΡΕΙΣ ΝΑ ΤΟ ΜΠΟΡΕΙΣ ΜΟΥ ΠΑΛΤΟ;
.....

• ΣΗΜΕΡΑ ΠΟΛΥ ΕΙΝΑΙ ΘΑΛΑΣΣΑ Η ΖΕΣΤΗ
.....

• ΦΩΝΑΖΕΙΣ ΕΧΩ ΓΙΑΤΙ ΜΗΝ ΠΟΝΟΚΕΦΑΛΟ
.....

• Η ΦΡΟΝΤΙΖΕΙ ΓΙΑΓΙΑ ΕΓΓΟΝΙΑ ΤΑ ΤΗΣ
.....

EPEYNA

Altern Med Rev. 2010 Sep;15(3):223-44.

Alzheimer's disease: the pros and cons of pharmaceutical, nutritional, botanical, and stimulatory therapies, with a discussion of treatment strategies from the perspective of patients and practitioners.

Wollen KA.

Abstract

Alzheimer's disease (AD) is characterized by dysfunctional intracellular and extracellular biochemical processes that result in neuron death. This article summarizes hypotheses regarding cell dysfunction in AD and discusses the effectiveness of, and problems with, different therapies. Pharmaceutical therapies discussed include cholinesterase inhibitors, memantine, antihypertensive drugs, anti-inflammatory drugs, secretase inhibitors, insulin resistance drugs, etanercept, brain-derived neurotrophic factor, and immunization. Nutritional and botanical therapies included are huperzine A, polyphenols, Ginkgo, Panax ginseng, Withania somnifera, phosphatidylserine, alpha-lipoic acid, omega-3 fatty acids, acetyl L-carnitine, coenzyme Q10, various vitamins and minerals, and melatonin. Stimulatory therapies discussed are physical exercise, cognitive training, music, and socialization. Finally, treatment strategies are discussed in light of the benefits and drawbacks of different therapeutic approaches. It is concluded that potential risks of both approved and non-approved therapies should be weighed against the potential benefits and certain consequences of disease progression. Approaches that target several dysfunctions simultaneously and that emphasize nutritional, botanical, and stimulatory therapies may offer the most benefit at this time.

Νόσος του Αλτσχάιμερ: τα υπέρ και τα κατά των φαρμακευτικών, διατροφικών, βοτανολογικών, και διεγερτικών θεραπειών, με μια συζήτηση των στρατηγικών θεραπείας από τη σκοπιά των ασθενών και των επαγγελματιών.

Η νόσος του Alzheimer (AD) χαρακτηρίζεται από ενδοκυττάρια και εξωκυττάρια δυσλειτουργία των βιοχημικών διεργασιών που έχουν ως αποτέλεσμα το θάνατο του νευρώνα. Αυτό το άρθρο συνοψίζει υποθέσεις σχετικά με δυσλειτουργία των κυττάρων στην νόσο του Alzheimer και εξετάζεται η αποτελεσματικότητα καθώς και προβλήματα με διαφορετικές θεραπείες. Φαρμακευτικές θεραπείες που συζητήθηκαν περιλαμβάνουν αναστολείς χολινεστεράσης, memantine, αντιυπερτασικά φάρμακα, αντιφλεγμονώδη φάρμακα, αναστολείς σεκρετάσης, τα φάρμακα αντίσταση στην ινσουλίνη, την ετανερσέπτη, τον εγκεφαλικής προέλευσης νευροτροπο παράγοντα, και την ανοσοποίηση. Διατροφικές και βοτανολογικές θεραπείες περιλαμβάνουν την huperzine A, τις πολυφαινόλες, το Ginkgo, το Panax ginseng, τη Withania τη somnifera, τη φωσφατιδυλσερίνη, το άλφα-λιποϊκό οξύ, τα ωμέγα-3 λιπαρά οξέα, τη ακετυλο L-καρνιτίνη, το συνένζυμο Q10, διάφορες βιταμίνες και μέταλλα, καθώς και η μελατονίνη. Διεγερτική θεραπείες που συζητώνται είναι η σωματική άσκηση, η γνωστική κατάρτιση, η μουσική,

και η κοινωνικοποίηση. Τέλος, οι στρατηγικές θεραπείας συζητούνται υπό το πρίσμα των πλεονεκτημάτων και των μειονεκτημάτων των διαφορετικών θεραπευτικών προσεγγίσεων. Το συμπέρασμα είναι ότι προβάλλονται δυνητικοί κίνδυνοι τόσο σε εγκεκριμένες και σε μη εγκεκριμένες θεραπείες και θα πρέπει να σταθμίζονται έναντι των πιθανών οφελών και συνεπειών της εξέλιξης της νόσου. Προσεγγίσεις που στοχεύουν σε αρκετές δυσλειτουργίες ταυτόχρονα και που δίνουν έμφαση σε θέματα διατροφής, βοτανικής, και διεγερτικής θεραπείες μπορεί να προσφέρουν μεγαλύτερο όφελος αυτή τη στιγμή.

Actas Esp Psiquiatr. 2010 Jul;38(4):212-22. Epub 2010 Jul 1.

[Neuropsychiatric and behavioral symptomatology in Alzheimer disease].

[Article in Spanish]

García-Alberca JM, Lara Muñoz JP, Berthier Torres M.

Abstract

Patients with Alzheimer's disease (AD) show high incidence of behavioral and psychological symptoms (BPS). The occurrence of BPS has a great impact on the patients and caregiver's quality of life, increases caregiver's burden, and in many cases precipitates admission of the patients to a geriatric center. On the other hand, the importance of the BPS is increasing because most of them are susceptible to being treated effectively, mainly thanks to the use of drug measures and behaviour modification techniques. This study describes the pathophysiological mechanisms of BPS in AD and its relationship with cognitive and functional impairment of patient and caregiver's burden and current therapies.

Νευροψυχιατρική και συμπεριφορική συμπτωματολογία στη νόσο Αλτσχάιμερ

Οι ασθενείς με νόσο του Alzheimer (AD) παρουσιάζουν υψηλή συχνότητα συμπεριφορικών και ψυχολογικών συμπτωμάτων (BPS). Η εμφάνιση των συμπτωμάτων αυτών έχει μεγάλο αντίκτυπο στους ασθενείς και την ποιότητας ζωής του φροντιστή, αυξάνουν το βάρος του φροντιστή, και σε πολλές περιπτώσεις επισπεύδει την εισαγωγή των ασθενών σε ένα γηριατρικό κέντρο. Από την άλλη πλευρά, η σημασία των συμπτωμάτων αυτών αυξάνεται επειδή τα περισσότερα από αυτά είναι δυνατόν να αντιμετωπιστούν αποτελεσματικά, κυρίως χάρη στη χρήση φαρμακευτικών μέτρων και τεχνικών τροποποίησης της συμπεριφοράς. Η μελέτη αυτή περιγράφει τους παθοφυσιολογικούς μηχανισμούς των συμπεριφορικών και ψυχολογικών συμπτωμάτων στη νόσο του Alzheimer και τη σχέση της με τη γνωστική και λειτουργική ανεπάρκεια των ασθενών και την επιβάρυνση των φροντιστών και τις σημερινές θεραπείες.

Clin Interv Aging. 2010 Oct 11;5:307-11.

Late onset Alzheimer's disease in older people.

Isik AT.

Abstract

Dementia has become a common diagnosis in aging populations, and the numbers will increase in the forthcoming years. Alzheimer's disease (AD) is the most common form of dementia in the elderly, accounting for 50%-56% of cases at autopsy and in clinical series. Nowadays, the number of people affected by AD is rapidly increasing, and more than 35 million people worldwide have AD, a condition characterized by deterioration of memory and other cognitive domains, and leading to death 3-9 years after diagnosis. The number of patients with AD, the most common cause of disability in the elderly, is set to rise dramatically. Therefore, it is important for clinicians to recognize early signs and symptoms of dementia and to note potentially modifiable risk factors and early disease markers.

Καθυστερημένη εκδήλωση της νόσου Αλτσχάιμερ σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας.

Η άνοια αποτελεί μια κοινή διάγνωση στο γηρασμένο πληθυσμού και οι αριθμοί θα αυξηθούν τα επόμενα χρόνια. Η νόσος του Alzheimer (AD) είναι η πιο κοινή μορφή άνοιας στους ηλικιωμένους, αντιπροσωπεύοντας το 50% - 56% των περιπτώσεων, κατά τη νεκροψία και σε κλινική σειρά. Σήμερα, ο αριθμός των ατόμων που έχουν προσβληθεί από τη νόσο αυξάνεται γρήγορα, και πάνω από 35 εκατομμύρια άνθρωποι σε όλο τον κόσμο έχουν νόσο του Alzheimer, μια κατάσταση που χαρακτηρίζεται από την επιδείνωση της μνήμης και άλλων γνωστικών πεδίων, και οδηγούν στο θάνατο 3-9 χρόνια μετά τη διάγνωση. Ο αριθμός των ασθενών με AD, η πιο κοινή αιτία αναπηρίας στους ηλικιωμένους, αναμένεται να αυξηθεί δραματικά. Ως εκ τούτου, είναι σημαντικό για τους κλινικούς ιατρούς να αναγνωρίζουν πρώιμα σημεία και συμπτώματα της άνοιας και να σημειωθούν ενδεχομένως τροποποιήσιμοι παράγοντες κινδύνου και έγκαιρης δείκτες της νόσου.

Arch Pharm Res. 2010 Oct;33(10):1589-609. Epub 2010 Oct 30.

Potential therapeutic agents against Alzheimer's disease from natural sources.

Park SY.

Abstract

The average human life span in developed countries has increased to more than 80 years following rapid breakthrough and developments in modern medicine and science, resulting in prolonged life expectancy and increase in the population counts of the geriatric age group. This translates into a dramatic increase in disease burden of elderly patients suffering from senile disorders including neurodegenerative diseases, particularly Alzheimer's disease (AD). AD is characterized by the death of nerve cells in the cerebral cortex and is the most common subtype of dementia that affected 25 million people worldwide in 2000 and is expected to increase to 114 million by 2050. Despite the exponential growth in the number of AD patients, only acetylcholinesterase (AChE) inhibitors are being currently used to treat AD. It is well known that AChE inhibitors can alleviate the symptoms of AD but not halt the disease progression. Consequently, therapeutic agents against AD acting at various pathologic levels are needed. In the recent decade, natural products with anti-AD properties have attracted much attention. But very few natural products have been investigated in a scientifically justifiable method for these biological activities. Following a detailed research process, it is certain that natural products have a strong potential to develop biologically active compounds with new chemical structures. Many studies have been carried out to identify the naturally occurring anti-AD agents. In addition, this paper summarizes the potential of some of the natural products that might inhibit specific molecular targets and slow the progression of this disease.

Πιθανοί θεραπευτικοί παράγοντες κατά της νόσου του Αλτσχάιμερ από φυσικές πηγές.

Ο μέσος όρος της ανθρώπινης ζωής στις αναπτυγμένες χώρες αυξήθηκε κατά περισσότερο από 80 έτη μετά την ταχεία πρόοδο και τις εξελίξεις στη σύγχρονη ιατρική και την επιστήμη, με αποτέλεσμα την παρατεταμένη διάρκεια ζωής και την αύξηση του πληθυσμού της ηλικιακής ομάδας των υπέρηγων. Αυτό μεταφράζεται σε μια δραματική αύξηση της επιβάρυνσης της υγείας των ηλικιωμένων ασθενών που πάσχουν από γεροντική διαταραχές συμπεριλαμβανομένων νευροεκφυλιστικών νόσων, ιδίως της νόσου του Alzheimer. Η νόσος του Alzheimer χαρακτηρίζεται από το θάνατο των νευρικών κυττάρων στον εγκεφαλικό φλοιό και είναι ο πιο κοινός υπότυπος του άνοιας που έπληξε 25 εκατομμύρια ανθρώπους σε όλο τον κόσμο το 2000 και αναμένεται να αυξηθεί σε 114 εκατομμύρια έως το 2050. Παρά την εκθετική αύξηση του αριθμού των ασθενών με νόσο του Alzheimer, μόνο οι αναστολείς της ακετυλοχολινεστεράσης (AChE) χρησιμοποιούνται σήμερα για τη θεραπεία της νόσου. Είναι γνωστό ότι οι αναστολείς της AChE μπορεί να ανακουφίσουν τα συμπτώματα της νόσου του Alzheimer αλλά δεν σταματήσουν την εξέλιξη της νόσου. Κατά συνέπεια, χρειάζονται θεραπευτικοί παράγοντες και δράσεις σε διάφορα επίπεδα. Κατά

την τελευταία δεκαετία, τα φυσικά προϊόντα με αντι-AD ιδιότητες έχουν προσελκύσει πολλή προσοχή. Αλλά πολύ λίγα φυσικά προϊόντα έχουν ερευνηθεί με επιστημονικώς τεκμηριωμένες μεθόδους σχετικά με αυτές τις βιολογικές δράσεις. Μετά από μια λεπτομερή διαδικασία έρευνας, είναι βέβαιο ότι τα φυσικά προϊόντα έχουν μεγάλες δυνατότητες να αναπτύξουν βιολογικά δραστικές ενώσεις, με νέες χημικές δομές. Πολλές μελέτες έχουν πραγματοποιηθεί για τον προσδιορισμό των φυσικών αντι-AD. Αυτό το άρθρο περιγράφει αναθεώρηση των μοριακών στόχων με στόχο. Επιπλέον, το παρόν έγγραφο συνοψίζει τις δυνατότητες ορισμένων από τα φυσικά προϊόντα που θα μπορούσαν να συσχετιστούν με ειδικούς μοριακούς στόχους και να επιβραδύνουν την εξέλιξη της ασθένειας αυτής.

Arch Pharm Res. 2010 Oct;33(10):1539-56. Epub 2010 Oct 30.

Inflammation and Alzheimer's disease.

Lee YJ, Han SB, Nam SY, Oh KW, Hong JT.

Abstract

Alzheimer's disease (AD) is the most common form of dementia. It is characterized by extracellular deposition of a specific protein, beta-amyloid peptide fibrils, and is accompanied by extensive loss of neurons in the brains of affected individuals. Although the pathophysiologic mechanism is not fully established, inflammation appears to be involved. Neuroinflammation has been known to play a critical role in the pathogenesis of chronic neurodegenerative disease in general, and in AD in particular. Numerous studies show the presence of a number of markers of inflammation in the AD brain: elevated inflammatory cytokines and chemokines, and accumulation of activated microglia in the damaged regions. Epidemiological studies have shown that long-term use of non-steroidal anti-inflammatory drugs suppresses the progression of AD and delays its onset, suggesting that there is a close correlation between neuroinflammation and AD pathogenesis. The aim of this review is (1) to assess the association between neuroinflammation and AD through discussion of a variety of experimental and clinical studies on AD and (2) to review treatment strategies designed to treat or prevent AD.

Φλεγμονή και νόσος του Αλτσχάιμερ

Η νόσος του Alzheimer (AD) είναι η πιο συχνή μορφή άνοιας. Χαρακτηρίζεται από εξωκυττάρια εναπόθεση μιας συγκεκριμένης πρωτεΐνης, πεπτιδία β-αμυλοειδούς και συνοδεύεται από εκτεταμένη απώλεια νευρώνων στους εγκεφάλους των προσβεβλημένων ατόμων. Αν και ο παθοφυσιολογικός μηχανισμός δεν έχει πλήρως υλοποιηθεί, η φλεγμονή φαίνεται να εμπλέκεται. Η νευρο-φλεγμονή ήταν γνωστό ότι διαδραματίζει έναν κρίσιμο ρόλο στην παθογένεια των χρόνιων νευροεκφυλιστικών ασθενειών εν γένει, και στην νόσο του Alzheimer ειδικότερα. Πολυάριθμες μελέτες δείχνουν την παρουσία μιας σειράς δεικτών φλεγμονής στον εγκέφαλο των ασθενών με νόσο του Alzheimer: αυξημένα επίπεδα φλεγμονωδών κυτταροκινών και χημειοκινών, και συσσώρευσης ενεργοποιημένης μικρογλοίας στις κατεστραμμένες περιοχές. Επιδημιολογικές μελέτες έχουν δείξει ότι η μακροχρόνια χρήση των μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών φαρμάκων καταστέλλει την εξέλιξη της νόσου και καθυστερεί την εμφάνισή της, γεγονός που υποδηλώνει ότι υπάρχει στενή συσχέτιση μεταξύ φλεγμονής και νόσου του Alzheimer. Ο στόχος αυτής της ανασκόπησης είναι (1) να εκτιμήσει τη σχέση μεταξύ φλεγμονής και νόσου του Alzheimer μέσω της συζήτησης μιας ποικιλίας πειραματικών και κλινικών μελετών για τη νόσο του Alzheimer και (2) να ανασκοπήσει τις στρατηγικές θεραπείας με σκοπό τη θεραπεία ή την πρόληψη της νόσου.

Brain Nerve. 2010 Jul;62(7):797-802.

[Caring for patients with Alzheimer's disease].

Hirono N.

The term "caring" refers to the process aimed at enabling people with disabilities to achieve and maintain optimal functioning. According to the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) proposed by the World Health Organization in 2001, the functioning involves all aspects of daily life and applies to 3 levels: body functions and structures, activities, and participation. Caring is of 2 types; (1) therapeutic care, which restores and maintains the body functions; and (2) compensatory care, which compensates for the impairment of body functions and thus enhances and maintains the level of activity and participation. Alzheimer disease impairs multiple domains, including cognitive function and behaviors; therefore, it is very important to systematically and individually assess these impairments in each domain. Because there is inadequate data on the efficacy of cognitive training, compensatory care is principally used to overcome cognitive dysfunction. Caregivers should be equipped with skills required to cope with behavioral problems so that they can compensate for and even reduce these problems. Further, caregivers should not be overburdened, as this is reported to be a significant predictor for the poor outcome of patients with Alzheimer disease. Therefore, appropriate information regarding the disease, the impairments caused by it, the skills required to cope with these impairments, and social support services should be provided to the caregivers.

ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ALZHEIMER

Ο όρος " φροντίδα» αναφέρεται στη διαδικασία που στοχεύει στη διευκόλυνση των ανθρώπων με αναπηρία, για να επιτύχει και να διατηρήσει τη βέλτιστη λειτουργία. Σύμφωνα με τη διεθνή ταξινόμηση της λειτουργίας, της ανικανότητας και της υγείας (ICF) που προτείνονται από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας το 2001, η λειτουργικότητα περιλαμβάνει όλες τις πτυχές της καθημερινής ζωής και ισχύει για 3 επίπεδα: σωματικές λειτουργίες και δομές, δραστηριότητες, και συμμετοχή. Η φροντίδα είναι 2 τύπων: (1) η θεραπευτική φροντίδα, που αποκαθιστά και διατηρεί τη σωματική λειτουργικότητα και (2) η αντισταθμιστική φροντίδα, που αντισταθμίζει την εξασθένηση του σώματος, ενισχύει και διατηρεί το επίπεδο δραστηριότητας και συμμετοχής. Η ασθένεια του Alzheimer εξασθενίζει πολλαπλές περιοχές, συμπεριλαμβανομένης της γνωστικών λειτουργίας και των συμπεριφορών και επομένως είναι πολύ σημαντικό συστηματικά και με ιδιαιτερότητα να ενισχύονται όλες οι εξασθενημένες περιοχές. Επειδή υπάρχουν ανεπαρκή στοιχεία όσον αφορά την αποτελεσματικότητα της γνωστικής κατάρτισης, η αντισταθμιστική φροντίδα χρησιμοποιείται κυρίως για να υπερνικήσει τη γνωστική δυσλειτουργία. Οι φροντιστές πρέπει να εξοπλιστούν με τις δεξιότητες που απαιτούνται για να αντιμετωπίσουν τα συμπεριφοριστικά προβλήματα, να τα αντισταθμίσουν και να τα περιορίσουν. Περαιτέρω, οι φροντιστές δεν πρέπει να επιβαρυνθούν, καθώς αυτή η επιβάρυνση αποτελεί σημαντικό προάγγελο για τη φτωχή έκβαση των ασθενών με την ασθένεια του

Alzheimer. Επομένως, οι σωστές πληροφορίες σχετικά με την ασθένεια, οι βλάβες που προκαλούνται από τη νόσο, οι δεξιότητες που απαιτούνται για να αντιμετωπίσουν οι φροντιστές αυτές τις βλάβες και οι κοινωνικές υπηρεσίες υποστήριξης πρέπει να παρέχονται σε όλους τους φροντιστές.

J Nutr Health Aging. 2010 Mar;14(3):203-6.

Non-pharmacologic management of sleep disturbance in Alzheimer's disease.

David R, Zeitzer J, Friedman L, Noda A, O'Hara R, Robert P, Yesavage JA.

Sleep and wake in Alzheimer's disease (AD) are often fragmented as manifested by bouts of wakefulness at night and napping during the day. Management of sleep disturbances in AD is important because of their negative impact on both patients and caregivers. Pharmacological treatments, mainly sedative-hypnotics and antipsychotics, are often used but can be associated with significant adverse effects. Non-pharmacological treatments represent a beneficial alternative approach to the management of sleep disturbances in AD since they are associated with fewer adverse effects and their efficacy can be sustained after treatment has been completed. The aim of this article is to review non-pharmacological treatments, such as sleep hygiene, sleep restriction therapy (SRT), cognitive behavioral therapy (CBT), light therapy, and continuous positive airway pressure (CPAP), for the management of sleep/wake disturbances in AD.

ΜΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΤΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΥΠΝΟΥ ΣΤΗ ΝΟΣΟ ΤΟΥ ALZHEIMER

Ο ύπνος και η έγερση στην νόσο Alzheimer είναι συχνά κατακερματισμένα λόγω των περιόδων αϋπνίας κατά τη διάρκεια της νύχτας και των σύντομων ύπνων κατά τη διάρκεια της ημέρας. Η διαχείριση των διαταραχών ύπνου στην νόσο είναι σημαντική λόγω του αρνητικού αντίκτυπού τους στους ασθενείς και στους φροντιστές. . Οι φαρμακολογικές θεραπείες κυρίως τα υπνωτικά χάπια και τα αντιψυχωτικά φάρμακα, χρησιμοποιούνται συχνά αλλά μπορούν να συνδεθούν με σημαντικά δυσμενή αποτελέσματα. Οι μη-φαρμακολογικές παρεμβάσεις αντιπροσωπεύουν μια ευεργετική εναλλακτική προσέγγιση στη διαχείριση των διαταραχών ύπνου στην νόσο αυτή, δεδομένου ότι συνδέονται με λιγότερο δυσμενή αποτελέσματα. Ο στόχος αυτού του άρθρου είναι να γίνει ανασκόπηση των μη-φαρμακολογικών παρεμβάσεων, όπως η υγιεινή του ύπνου, η θεραπεία περιορισμού του ύπνου (SRT), η γνωστική συμπεριφοριστική θεραπεία (CBT), η ελαφριά θεραπεία, και η συνεχής θετική πίεση των αεραγωγών (CPAP), για τη διαχείριση των διαταραχών ύπνου/έγερσης στη νόσο Alzheimer.

Curr Alzheimer Res. 2010 Jun 1;7(4):368-73.

**Oral health in Alzheimer's disease: a review.
Mancini M, Grappasonni I, Scuri S, Amenta F.**

The main data on oral health and dental pathologies affecting Alzheimer's disease (AD) patients were reviewed. Oral health declines and dental pathologies increase with progression of AD. Poor oral hygiene, difficulty in wearing dentures, and the inability to self-care, including carrying out oral hygiene procedures are the most probable cause of impaired oral health in AD. Collection of information on oral/dental conditions from AD patients or their caregivers/relatives is often difficult and scientific literature on the topic is sparse. The majority of data on the subject consist in retrospective studies affected to some extent by subjective views of dental professionals involved. Appropriate dental interventions in adult-onset dementia disorders will decrease pain and oral pathology and consequently could contribute to maintain enough oral and nutritional health in these patients. Dental treatment in early stages of the disease is important and should be finalized at producing a stable oral condition. This could improve the quality of life and contribute to decrease worsening of oral situations in the later stages of the disease when dental treatment may be difficult. The problem of awareness of good oral health for keeping quality of life more acceptable in adult-onset dementia disorders is discussed.

ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΗ ΝΟΣΟ ΤΟΥ ALZHEIMER:ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Ανασκοπήθηκαν τα κύρια στοιχεία όσον αφορά τη στοματική υγιεινή υγεία και τις οδοντικές παθολογίες των ασθενών με Alzheimer. Η στοματική υγιεινή μειώνεται και οι οδοντικές παθολογίες αυξάνονται με την πρόοδο της νόσου. Η κακή στοματική υγιεινή, η δυσκολία στην εφαρμογή τεχνητών οδοντοστοιχιών και η ανικανότητα αυτοφροντίδας, συμπεριλαμβανομένης της πραγματοποίησης των στοματικών διαδικασιών υγιεινής είναι οι συνήθεις αιτίες εξασθενημένης στοματικής υγιεινής. Η συλλογή πληροφοριών για τη στοματική/ οδοντική υγιεινή από τους ασθενείς ή από τους φροντιστές/ συγγενείς τους είναι συχνά δύσκολη και η επιστημονική βιβλιογραφία στο θέμα είναι περιορισμένη. Η πλειοψηφία των στοιχείων όσον αφορά το θέμα συνίσταται στις αναδρομικές μελέτες που επηρεάζονται ως ένα ορισμένο βαθμό από τις υποκειμενικές απόψεις των σχετικών επαγγελματιών. Οι κατάλληλες οδοντικές επεμβάσεις σε ενήλικες με διαταραχές άνοιας θα μειώσουν τον πόνο και τη στοματική παθολογία και θα μπορούσαν συνεπώς να συμβάλουν για να διατηρήσουν τη στοματική υγιεινή και το θρεπτικό ισοζύγιο σε αυτούς τους ασθενείς. Η οδοντική θεραπεία στα πρώτα στάδια της ασθένειας είναι σημαντική και πρέπει να οριστικοποιηθεί ώστε να εξασφαλιστεί μια σταθερή στοματική υγιεινή. Αυτό θα μπορούσε να βελτιώσει τη ποιότητα ζωής και να συμβάλει στη μείωση των στοματικών διαταραχών στα προχωρημένα στάδια της ασθένειας όταν η στοματική υγιεινή θα είναι δύσκολη. Το πρόβλημα της συνειδητοποίησης της καλής στοματικής υγείας για τη διατήρηση της ποιότητας ζωής στις διαταραχές άνοιας πρέπει να συζητείται.

Geriatrics. 2010;64(2):22-6.

***Non-pharmacologic treatment of insomnia in persons with dementia.
Shub D, Darvishi R, Kunik ME.***

The prevalence of insomnia increases with age and affects up to 35% of community-dwelling adults with dementia. Sleep disturbances and associated cognitive and behavioral symptoms in this patient population can be a significant contributor to morbidity, mortality, and caregiver burden. Despite the frequency with which sleep disorders are encountered in primary care, few evidence-based guidelines are available to guide physician treatment plans. Sedative-hypnotic medications are commonly prescribed but are associated with significant adverse effects and have limited efficacy data. Non-pharmacologic treatments can be safe and effective adjuncts or alternatives to medications but are often underused in clinical practice. This article reviews practical applications of modalities such as light therapy, exercise, and sleep-hygiene modification in treating insomnia in persons with dementia.

ΜΗ ΦΑΡΜΑΚΟΛΟΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΑΥΠΝΙΑΣ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΑΝΟΙΑ

Η επίπτωση της αϋπνίας αυξάνεται με την ηλικία και έχει επιπτώσεις σε περισσότερο από το 35% των ενηλίκων με την άνοια. Οι διαταραχές ύπνου και τα σχετιζόμενα γνωστικά και συμπεριφοριστικά συμπτώματα, σε αυτή την ειδική κατηγορία ασθενών, μπορεί να έχουν σημαντική συνεισφορά στη νοσηρότητα, τη θνησιμότητα, και στο φορτίο των φροντιστών. Παρά τη συχνότητα με την οποία οι διαταραχές ύπνου αντιμετωπίζονται στη πρωτοβάθμια περίθαλψη, λίγες κατευθυντήριες οδηγίες, βασισμένες με μελέτες, είναι διαθέσιμες στα σχέδια θεραπείας. Τα κατασταλτικά-υπνωτικά φάρμακα συνταγογραφούνται συνήθως, αλλά συνδέονται με τα σημαντικά δυσμενή αποτελέσματα. Οι μη-φαρμακολογικές παρεμβάσεις μπορούν να είναι ασφαλείς και αποτελεσματικές παρεμβάσεις ή εναλλακτικές λύσεις αντί των φαρμάκων, αλλά είναι σπάνια χρησιμοποιούμενες στην κλινική πρακτική. Αυτό το άρθρο εξετάζει πρακτικές εφαρμογές μεθόδων, όπως η φωτοθεραπεία, η άσκηση, και η τροποποίηση της υγιεινής του ύπνου στη διαχείριση της αϋπνίας στα άτομα με άνοια.

Dialogues Clin Neurosci. 2009;11(2):111-28.

Epidemiology of Alzheimer's disease: occurrence, determinants, and strategies toward intervention.

Qiu C, Kivipelto M, von Strauss E.

More than 25 million people in the world today are affected by dementia, most suffering from Alzheimer's disease. In both developed and developing nations, Alzheimer's disease has had tremendous impact on the affected individuals, caregivers, and society. The etiological factors, other than older age and genetic susceptibility, remain to be determined. Nevertheless, increasing evidence strongly points to the potential risk roles of vascular risk factors and disorders (eg, cigarette smoking, midlife high blood pressure and obesity, diabetes, and cerebrovascular lesions) and the possible beneficial roles of psychosocial factors (eg, high education, active social engagement, physical exercise, and mentally stimulating activity) in the pathogenetic process and clinical manifestation of the dementing disorders. The long-term multidomain interventions toward the optimal control of multiple vascular risk factors and the maintenance of socially integrated lifestyles and mentally stimulating activities are expected to reduce the risk or postpone the clinical onset of dementia, including Alzheimer's disease.

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ALZHEIMER:ΕΠΙΠΤΩΣΗ, ΟΡΙΣΜΟΙ ΚΑΙ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ

Περισσότεροι από 25 εκατομμύρια άνθρωποι στον κόσμο σήμερα επηρεάζονται από την άνοια, οι περισσότεροι δε πάσχουν από τη νόσο του Alzheimer. Και στα αναπτυσσόμενα και αναπτυσσόμενα έθνη, η ασθένεια έχει ασκήσει τεράστια επίδραση στα νοσούντα άτομα, στους φροντιστές και την κοινωνία. Οι αιτιολογικοί παράγοντες, εκτός από τα γηρατειά και τη γενετική ευαισθησία, παραμένουν υπό καθορισμό. Εντούτοις, τα αυξανόμενα στοιχεία δείχνουν έντονα τους πιθανούς παράγοντες κινδύνου των αγγειακών παραγόντων κινδύνου και των διαταραχών (π.χ., κάπνισμα τσιγάρων, υψηλή πίεση αίματος και παχυσαρκία, διαβήτης, και αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια) και τους πιθανούς ευεργετικούς ρόλους των ψυχοκοινωνικών παραγόντων (π.χ., τριτοβάθμια εκπαίδευση, ενεργός κοινωνική δέσμευση, σωματική άσκηση, και διανοητικά διεγερτική δραστηριότητα) στην παθογενετική διαδικασία και την κλινική εκδήλωση των ανοιακών διαταραχών. Οι μακροπρόθεσμες επεμβάσεις προς τον καλύτερο έλεγχο των αγγειακών παραγόντων κινδύνου και τη συντήρηση των κοινωνικά ενσωματωμένων τρόπων ζωής και διανοητικά διεγερτικές δραστηριότητες, αναμένεται να μειώσουν τον κίνδυνο ή να αναβάλουν την κλινική έναρξη της άνοιας, συμπεριλαμβανομένου και της ασθένειας του Alzheimer.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αβεντισιάν-Παγοροπούλου Α. (2003). *Ψυχολογία της τρίτης ηλικίας*. Αθήνα
- Αλεξανδρόπουλος Κ. (2009). *Προσέγγιση και αντιμετώπιση του ανοϊκού ασθενούς*. *Νοσοκομειακά Χρονικά*, 71, Συμπλήρωμα, 43-50, 2009.
- Βαρσαμοπούλου Μ. (2006), *Άνοια: οδηγός για τους φροντιστές*. Αθήνα, Εκδόσεις Βαγιονάκης
- Γερασίμου Γ., Μποσταντζοπούλου Σ., Γκοτζαμάνη- Ψαρράκου Α. (2009). Η μοριακή απεικόνιση με τομογραφία εκπομπής φωτονίου και με κάμερα ποζιτρονίων της αιματικής εγκεφαλικής ροής και του μεταβολισμού του εγκεφάλου στις κυριότερες άνοιες. *Hell J Nucl Med*; 12(1): 79-83
- Gauthier S. (2000). *Νόσος του Alzheimer και πρωτοβάθμια περίθαλψη*. Βαγιονάκης-ιατρικές εκδόσεις Β΄ έκδοση, Αθήνα
- Καραμπέτσου Μ., Καραμήτρου Μ. (2009). Εργοθεραπευτικές οδηγίες για πρόληψη ατυχημάτων στο σπίτι ατόμων Γ' ηλικίας. *Εργοθεραπεία*, 37(1):27-33
- Καπάκη Ε. Παρασκευάς Γ. (2000). *Σύγχρονη θεραπευτική θεώρηση της νόσου Alzheimer & άλλων ανοϊκών διαταραχών*. Εκδόσεις ΒΗΤΑ medical arts. Αθήνα
- Καφετζόπουλος Ε. (1995) *Εγκέφαλος, συνείδηση και συμπεριφορά*, Εκδόσεις Εξάντας, Αθήνα.
- Λυμπεράκης σ. (1997). *Εγκέφαλος και ψυχολογία – εισαγωγή στη Νευρολογία*. Εκδόσεις Ελληνικά γράμματα Αθήνα
- Λυμπεροπούλου Ο., Σακκά Π. (2006). *Νοητική ενδυνάμωση ασθενών με Alzheimer*. Έκδοση Εταιρεία Νόσου Alzheimer και Συναφών Διαταραχών Αθηνών
- Μάνος Ν. (1997). *Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής*. Θεσσαλονίκη: University Studio Press
- Μεντενόπουλος Γ., Μπουράς Κ.(2002). *Η νόσος του Alzheimer*. Γ έκδοση, University Studio Press, Θεσσαλονίκη
- Πολίτης Α. (2000) *Ψυχικές διαταραχές των Ηλικιωμένων, Εκλογή*, Αθήνα
- Σακκά Π., Λυμπεροπούλου Ο., Νικολάου Κ. (2007). *Εγχειρίδιο φροντιστών*. Έκδοση Εταιρεία Νόσου Alzheimer και Συναφών Διαταραχών Αθηνών
- Τσολάκη Μ., Καζής Α., (2005). *Φαρμακευτική αντιμετώπιση της άνοιας*. Θεσσαλονίκη: University Studio Press

Πλάτη Χ. (2004). *Γεροντολογική Νοσηλευτική*. Έκδοση ΣΤ' αναθεωρημένη, Αθήνα 2004.

ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

American Psychiatric Association. *DSM- IV:Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 2000

Bradley W., Daroff R., Fenichel G., Marsden C.D. (2000). *Neurology in Clinical Practice*, Third Edition, volume II, Butterworth, Heinemann.

David R, Zeitzer J, Friedman L, Noda A, O'Hara R, Robert P, Yesavage JA. (2010). Non-pharmacologic management of sleep disturbance in Alzheimer's disease. *J Nutr Health Aging.*;14(3):203-6.

Diagnostic and statistical manual of mental disorders IV (DSM) (Vol. IV) (2004). Washington DC: American Psychiatric Press, Inc.

Gwyther L. (2005). Family car and Alzheimer's disease. What do we know? What can we do? *NC Med Journal*. Vol. 66, no 1.

Hirono N. (2010). Caring for patients with Alzheimer's disease. *Brain Nerve.* ;62(7):797-802.

Kaplan and Saddock's. *Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry (Synopsis of psychiatry)*. 2007 Tenth Edition. Lippincott Williams & Wilkins

Mancini M, Grappasonni I, Scuri S, Amenta F. (2010). Oral health in Alzheimer's disease: a review. *Curr Alzheimer Res.*;7(4):368-73.

Mestheneos E., Triantafillou J., Kountouka (2004). *EUROFAM CARE: National Report for Greece*. Sextant Group

Shub D, Darvishi R, Kunik ME. (2010). Non-pharmacologic treatment of insomnia in persons with dementia. *Geriatrics*. 2010;64(2):22-6.

Qiu C, Kivipelto M, von Strauss E. (2009). Epidemiology of Alzheimer's disease: occurrence, determinants, and strategies toward intervention. *Dialogues Clin Neurosci.*;11(2):111-28.

World Health Organization (WHO) (2002). *Active Aging: A policy framework*, WHO/NMH/NPH/02.8, DIST. GENERAL, ORIG.ENGLISH

