

ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ  
ΊΔΡΥΜΑ ΗΠΕΙΡΟΥ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**Αρχές και Μέθοδοι Λογοθεραπευτικής Παρέμβασης  
σε ασθενείς με άνοια.**



Υπεύθυνος Καθηγητής: Γρηγόριος Νάσιος

Όνομα φοιτητή: Κανέλλου Ευαγγελία

Αρ. Μητρώου: 10516

Εξάμηνο: 10<sup>ο</sup>

Ημερομηνία: 29/06/12



## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Ο Γκόρντον ήταν 74 ετών όταν η σύζυγός του, η Λιζ, άρχισε να παρατηρεί ότι κάτι δεν πάει καλά. Θυμούμενη την περίοδο εκείνη, η Λιζ αναφέρει ότι παρατήρησε για πρώτη φορά πως ο Γκόρντον δεν φρόντιζε σωστά τον κήπο του. Ήταν πάντα ένας πολύ ενθουσιώδης κηπουρός και συχνά κέρδιζε βραβεία για τα λαχανικά του. Παρόλα αυτά, τον τελευταίο καιρό ο Γκόρντον έκανε λάθη: φύτευε τους σπόρους σε ακατάλληλη εποχή, ξεχνούσε να ποτίσει τα φυτά και άφηγε τα αγριόχορτα να ξεφεύγουν εκτός ελέγχου. Οι γείτονες σχολίαζαν την αναστάτωση που επικρατούσε στον κήπο.

Στην αρχή, η Λιζ πίστευε ότι ο Γκόρντον είχε βαρεθεί την κηπουρική, όμως αργότερα συνέβησαν κι άλλα που την ανησύχησαν. Μια μέρα, ο Γκόρντον οδηγούσε, επιστρέφοντας από το σούπερ μάρκετ, όταν ξαφνικά έστριψε σε λάθος στροφή και κατεύθυνε το αυτοκίνητο αντίθετα σε μονόδρομο.

Μετά από μερικές εβδομάδες, μπερδεύτηκε με το εκκαθαριστικό του τραπεζικού του λογαριασμού και ξέσπασε, έξαλλος από θυμό- κάτι που δεν ταίριαζε με την προσωπικότητα του. Η Λιζ προσπάθησε να πείσει τον Γκόρντον να επισκεφτεί γιατρό, όμως αυτός ήταν πεπεισμένος ότι δεν έχει τίποτα. Τελικά, η Λιζ κάλεσε η ίδια τον δρ. Μπλαντ, ο οποίος όμως της είπε ότι μάλλον φταίει η ηλικία και την συμβούλευσε να μην ανυσηχεί.

Κατά τη διάρκεια του επόμενου έτους, τα πράγματα χειροτέρεψαν. Ο Γκόρντον ντύνονταν ατημέλητα, μερικές φορές φορώντας συνεχώς τα ίδια ρούχα, μέχρι να του θυμίζει η Λιζ να αλλάξει. Ξεκίνησε επίσης να επαναλαμβάνει συζητήσεις και πολλές φορές έκανε στη Λιζ την ίδια ερώτηση, ξανά και ξανά.

Εγκατέλειψε τον κήπο του και συνήθιζε να κάθεται ώρες πολλές, χωρίς να κάνει τίποτα. Η Λιζ επέμενε να επισκεφθούν γιατρό και αυτή τη φορά τον συνόδευσε στο ιατρείο, όπου ο γιατρός συνέταξε με προσοχή το ιστορικό των προβλημάτων του Γκόρντον και τον παρέπεμψε στις τοπικές υπηρεσίες υγείας για έλεγχο μνήμης.

Ο ιατρικός σύμβουλος, αφού επισκέφθηκε τον Γκόρντον και την Λιζ στο σπίτι και έκανε διαγνωστικούς ελέγχους, διέγνωσε τον Γκόρντον με νόσο Alzheimer.

(Μάθετε για τη νόσο Alzheimer και άλλες μορφές άνοιας, σελ. 9-10)

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στην παρούσα εργασία γίνεται προσπάθεια να περιγραφούν και να κατανοηθούν όσο το δυνατόν καλύτερα η άνοια και οι δυσκολίες που αντιμετωπίζουν στο λόγο οι ασθενείς με την άνοια, καθώς και να αναλυθούν διάφορες αρχές και μέθοδοι λογοθεραπευτικής παρέμβασεις για την αντιμετώπισή της.

Αρχίζοντας να μιλάμε για την άνοια θα πρέπει να γνωρίζουμε ότι είναι μια διαταραχή προοδευτικής εγκατάστασης και εξέλιξης της μνήμης και άλλων ανώτερων νοητικών λειτουργιών που προκαλούν σοβαρή και επιδεινούμενη δυσκολία στην καθημερινή ζωή του ανθρώπου. Δεν οφείλεται σε αντιστρεπτές αιτίες (π.χ. μεταβολικά αίτια, συστηματικές νόσους) και οι ασθενείς δεν έχουν διαταραχές του επιπέδου συνείδησης.

Η άνοια είναι μια νόσος ιδιαίτερα συχνή, κυρίως στις ανεπτυγμένες χώρες, ενώ η συχνότητα της αυξάνεται εκθετικά με την πάροδο της ηλικίας.

Η γνωστική επιδείνωση είναι μια σφραγίδα της άνοιας. Αλλαγές στη μνήμη, στην προσοχή και στη γλώσσα γίνονται πιο αξιοπρόσεχτες με την πάροδο του χρόνου. Καθώς η διαταραχή επιδεινώνεται, οι γνωστικές-γλωσσικές και διανοητικές αλλαγές που βιώνονται από το άτομο με άνοια εμποδίζουν την ικανότητά του να επικοινωνεί και να λειτουργεί αποτελεσματικά. Συλλογικά, τα ελλείμματα που προκαλούνται από αυτές τις αλλαγές αναφέρονται ως γνωστικές-επικοινωνιακές εξασθενήσεις και χωρίζονται σε 3 στάδια : το πρώιμο, το μεσαίο και το προχωρημένο.

Όσον αφορά την αντιμετώπιση της άνοιας, υπάρχουν θεραπευτικές παρεμβάσεις οι οποίες είναι προσανατολισμένες στον ασθενή (είτε είναι ατομικές, είτε ομαδικές) και θεραπευτικές παρεμβάσεις οι οποίες είναι προσανατολισμένες στον φροντιστή. Πρέπει να τονίσουμε ότι όλες αυτές οι παρεμβάσεις, με ξεχωριστό τρόπο η καθεμία επιτυγχάνουν πολύ καλά αποτελέσματα σε άτομα με άνοια.

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

1. Εισαγωγή στην άνοια.....	7
1.1 Ορισμός άνοιας.....	9
1.2 Συχνότητα της νόσου.....	10
1.3 Ταξινόμηση.....	12
1.4 Νόσος του Alzheimer.....	14
1.5 Αγγειακές άνοιες.....	16
1.6 Μετωποκροταφική άνοια.....	18
1.7 Η άνοια με σωματίδια Lewy.....	20
1.8 Πρωτοπαθής προϊούσα αφασία (PPA).....	22
1.9 Διάγνωση.....	25
1.10 Διαφοροδιάγνωση.....	27
2. Επικοινωνιακές δεξιότητες σε άτομα με άνοια.....	33
2.1 Εξασθένιση του λόγου.....	35
2.2 Πραγματολογία.....	36
2.3 Λεξιλογική-Σημασιολογία.....	37
2.4 Σύνταξη.....	38
2.5 Φωνολογία.....	38
2.6 Ο ρόλος του Λογοθεραπευτή.....	42
3 Αρχές και μέθοδοι λογοθεραπευτικής παρέμβασης σε ασθενής με άνοια.....	44
3.1 Ατομικές θεραπείες προσανατολισμένες στον ασθενή.....	44

3.2 Ομαδικές θεραπείες προσανατολισμένες στον ασθενή.....	51
3.3 Ατομικές και Ομαδικές θεραπείες προσανατολισμένες στον ασθενή.....	55
3.4 Ατομικές θεραπείες προσανατολισμένες στον ασθενή και στον φροντιστή .....	58
3.5 Ομαδικές θεραπείες προσανατολισμένες στον ασθενή και στον φροντιστή.....	60
3.6 Θεραπείες προσανατολισμένες στον φροντιστή.....	63
Συμπεράσματα.....	70
Βιβλιογραφία.....	71

## 1. Εισαγωγή στην άνοια

Άνοια είναι ο γενικός όρος που χρησιμοποιείται για την περιγραφή μιας μεγάλης ομάδας διαταραχών του εγκεφάλου, με διαφορετικά και δυσδιάκριτα μεταξύ τους συμπτώματα. Το συχνότερο είδος άνοιας είναι η νόσος Alzheimer, αν και υπάρχουν πολλοί άλλοι τύποι. Τα περισσότερα είδη άνοιας εμφανίζουν κοινά συμπτώματα και περιλαμβάνουν:

- Απώλεια μνήμης
- Προβλήματα στην σκέψη και τον προγραμματισμό (σύγχυση)
- Προβλήματα στο λόγο
- Ανικανότητα αναγνώρισης προσώπων και αντικειμένων
- Απώλεια ικανότητας εκτέλεσης καθημερινών εργασιών
- Μείωση των πρωτοβουλιών
- Αλλαγές στην προσωπικότητα (θυμός, κατάθλιψη, απάθεια)

Αυτές οι διαταραχές δημιουργούν δυσκολίες στην καθημερινή ζωή του ανθρώπου με άνοια και επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό τη συμπεριφορά, την επικοινωνία και την κοινωνικότητα του.

Τα περισσότερα άτομα με άνοια είναι προχωρημένης ηλικίας, αλλά είναι σημαντικό να γνωρίζουμε ότι η άνοια δεν αποτελεί μια φυσιολογική εξέλιξη των γηρατειών. Άνοια μπορεί να συμβεί σε οποιοδήποτε άτομο, αλλά είναι συνηθέστερη μετά την ηλικία των 65 χρονών. Ακόμα και άτομα στα σαράντα και στα πενήντα τους μπορεί να πάσχουν από άνοια.

Με την πάροδο του χρόνου η διαταραχή επιδεινώνεται και οι επιπτώσεις της άνοιας στο λόγο, στους τομείς της φωνολογίας, της πραγματολογίας, της σύνταξης και της σημασιολογίας, καθώς και οι γνωστικές και διανοητικές αλλαγές που βιώνονται από το άτομο με άνοια, εμποδίζουν την ικανότητά του να επικοινωνεί και να λειτουργεί αποτελεσματικά.

Είναι πολύ σημαντικό να μπορούμε να καταλάβουμε πότε κάποιος πάσχει από άνοια. Η έγκαιρη διάγνωση της άνοιας και η έγκυρη διαφοροδιάγνωση των τύπων της παίζουν καθοριστικό ρόλο για το σχεδιασμό και την οργάνωση μιας λειτουργικής θεραπείας.

Ο λογοθεραπευτής παίζει σπουδαίο ρόλο στη διαδικασία της διαφορικής διάγνωσης και αντιμετώπισης της άνοιας. Παρέχει πληροφορίες, συμβουλές, μεθόδους αποκατάστασης και εκπαίδευσης τόσο των ασθενών με άνοια, όσο και των φροντιστών τους για μια καλύτερη ποιότητα ζωής.

## 1.1 Ορισμός άνοιας

- Άνοια είναι η προοδευτικής εγκατάστασης και εξέλιξης διαταραχή της μνήμης και άλλων ανώτερων νοητικών λειτουργιών που προκαλούν σοβαρή και επιδεινούμενη δυσκολία στην καθημερινή ζωή του ανθρώπου, μη οφειλόμενη σε αντιστρεπτές αιτίες (π.χ. μεταβολικά αίτια, συστηματικές νόσους) σε ασθενείς χωρίς διαταραχές του επιπέδου συνείδησης.

(Σημειώσεις Συμπεριφορικής Νευρολογίας)

- Αν και η «άνοια» δεν αποτελεί έναν ακριβή ορισμό, έχει αποκτήσει μεγάλη ευχρηστία και έχει πλέον παγιωθεί στην ιατρική ορολογία.
- Χρησιμοποιούμε τον όρο άνοια για να περιγράψουμε μια χρόνια και συνήθως εξελικτική έκπτωση της διάνοιας και/ή της συμπεριφοράς που προκαλεί έναν σταδιακό περιορισμό της συνήθους καθημερινής δραστηριότητας, μη σχετιζόμενης με μεταβολές στην εγρήγορση, στην κινητικότητα ή στα κέντρα αισθητικότητας.
- Για να πληροί την περιγραφή της άνοιας, η μεταβολή στη νοητική κατάσταση δε θα πρέπει να είναι δευτερογενής μια σωματικής δυσφορίας, άγχους που προκαλούν κάποιες καταστάσεις, ή ψυχιατρικών συμπτωμάτων όπως είναι το άγχος, η κατάθλιψη και η παράνοια.
- Οξέως επίκτητα και ακολούθως στατικά ελλείμματα, όπως είναι αυτά που προκύπτουν από ένα μεμονωμένο αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, εγκεφαλίτιδα, ή κάκωση κεφαλής συνήθως δεν ταιριάζουν σε αυτόν τον ορισμό.

(Αρχές Συμπεριφορικής και Γνωσιακής Νευρολογίας, σελ. 457)

## 1.2 Συχνότητα της νόσου

- Η νόσος της άνοιας παλιότερα θεωρούνταν σχετικά σπάνια και περιορισμένη σε ανθρώπους κάτω των 65 ετών. Μάλιστα στο πρώτο μισό του 20<sup>ου</sup> αιώνα είχαν περιγραφεί μόλις 100 περιπτώσεις της νόσου.
- Σήμερα γνωρίζουμε πως ισχύει ακριβώς το αντίθετο : η άνοια είναι ιδιαίτερα συχνή, ιδίως στις ανεπτυγμένες χώρες, ενώ η συχνότητα της αυξάνεται εκθετικά με την πάροδο της ηλικίας.
- Μάλιστα η ηλικία αποτελεί τον σπουδαιότερο παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση της άνοιας.

(Σημειώσεις Συμπεριφορικής Νευρολογίας)

- Η άνοια είναι ένα σύμπτωμα μιας ποικιλίας ασθενειών που έχει επίπτωση στο 1,5% του πληθυσμού, άνω των 65 ετών. Καθώς ο αριθμός των ατόμων αυτής της ηλικιακής ομάδας αυξάνεται σταθερά (Hobbs & Damon, 1996), εκείνοι που είναι 85 ετών και άνω έχουν γίνει η μερίδα του πληθυσμού με την ταχύτερη ανάπτυξη. (Day, 1996).

(Medical speech-language pathology, σελ. 110)

- Επιπλέον, ο αριθμός μεγαλύτερων ενηλίκων με την ασθένεια της άνοιας αυξάνεται. Πιο συγκεκριμένα μεταξύ των ηλικιών 65 και 85 ο επιπολασμός της άνοιας διπλασιάζεται κάθε 5 χρόνια, φτάνοντας στην ηλικία των 85 ετών το εντυπωσιακό ποσοστό 35-40%.

(Σημειώσεις Συμπεριφορικής Νευρολογίας)

- Για παράδειγμα, η νόσος του Alzheimer, η οποία λογαριάζει για πάνω από το 50% όλων των περιπτώσεων της άνοιας (Daffner, 1996), είναι η όγδοη κύρια αιτία θανάτου στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής και είναι η έκτη κύρια αιτία θανάτου για τα άτομα 85 ετών και άνω (Anderson, 2001).

(Medical speech-language pathology, σελ. 110)

- Επίσης άλλοι παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση της άνοιας είναι το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, η ύπαρξη αυξημένου αριθμού αλληλίων της απολιποπρωτεΐνης E4 στο χρωμόσωμα 19, το οικογενειακό ιστορικό για νόσο του Alzheimer, η στεφανιάια νόσος και προηγούμενη σοβαρή κρανιοεγκεφαλική κάκωση.

(Σημειώσεις Συμπεριφορικής Νευρολογίας)

- Ο αυξανόμενος αριθμός των ατόμων που επηρεάζονται από την άνοια, το κάνει επιτακτικό για τους λογοθεραπευτές, οι οποίοι είναι «χρεωμένοι» με το στόχο της θεραπείας των επικοινωνιακών διαταραχών, να γίνουν πιο οικείοι με τις επικοινωνιακές αλλαγές που εμφανίζονται σε αυτόν τον πληθυσμό στα ποικίλα στάδια.

(Medical speech-language pathology, σελ. 110)

**Table 1 Percentages of Dementia by Age**

<b>Age</b>	<b>Percentage of Dementia Syndromes</b>
60	1%
65 - 70	2%
71 - 74	4%
75 - 79	8%
80 - 84	16%
85 and older	30 – 40%

### 1.3 Ταξινόμηση

- Η νόσος Alzheimer είναι η πιο συχνή μορφή άνοιας, αντιπροσωπεύοντας τα 2/3 όλων των ανοιών.
- Άλλες ανοϊκές διαταραχές είναι η αγγειακή άνοια (η 2<sup>η</sup> πιο συχνή μορφή άνοιας)
- Η νόσος του Pick
- Οι λοβώδεις ατροφίες
- Οι κληρονομικές tau-πάθειες
- Η διάχυτη νόσος με σωμάτια του Lewy
- Οι νόσοι από prion
- Η μετωποκροταφική άνοια
- Η πρωτοπαθής προϊούσα αφασία αφασία

(Σημειώσεις Συμπεριφορικής Νευρολογίας)

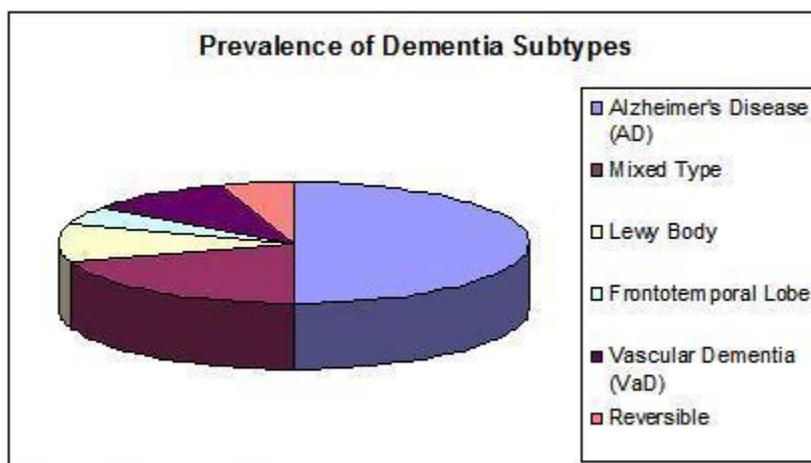


Figure 3: Prevalence of Dementia Subtypes [4]

Υπάρχουν αντιστρέψιμες και μη αντιστρέψιμες άνοιες.

- Οι μη αντιστρέψιμες άνοιες είναι ευρέως ταξινομημένες ως άνοια του Alzheimer, αγγειακή άνοια, μετωποκροταφική άνοια και άνοια με σωματίδια Lewy ( Knopman, DeKosky, Cummings, Chui, Corey- Bloom, Relkin et al., 2001).
- Ο Daffner (1996) υπολόγισε ότι το 10-15% των ανοιών έχουν μία αντιστρέψιμη αιτιολογία, τονίζοντας κατά συνέπεια τη σημασία της έγκαιρης και ακριβής διάγνωσης. Παραδείγματος χάριν, η γνωστική πτώση που συνδέεται με την κατάθλιψη, ή «ψευδοάνοια», είναι ταξινομημένη ως αντιστρέψιμη άνοια.
- Σημαντικά, η κατάθλιψη είναι παρούσα περίπου στις μισές από όλες τις άνοιες και η διαφορική διάγνωση μεταξύ της άνοιας και της ψευδοάνοιας μπορεί να είναι δύσκολη.
- Περιληπτικά, οι ταξινομήσεις που συνδέονται με τις ανοϊκές ασθένειες έχουν αλλάξει, όπως έχουν πραγματοποιηθεί επιστημονικές πρόοδοι.
- Η ηλικία ( πριν ή μετά την ηλικία των 65) δεν αποτελεί πια το οριστικό κριτήριο.
- Η (μη) αντιστρεψιμότητα της υποκείμενης κατάστασης είναι σημαντική για τους κλινικούς νευρολόγους και τους λογοθεραπευτές λαμβάνοντας υπόψη την πρωταρχική μέριμνά μας, εάν δηλαδή μπορούμε ή όχι να κάνουμε τίποτα που βοηθά ή που να βελτιώνει τις ενδείξεις και τα συμπτώματα της άνοιας, για τους ασθενείς μας.

(Medical speech-language pathology, σελ. 95)

## 1.4 Νόσος του Alzheimer

Η νόσος Alzheimer αποτελεί την πιο συνηθισμένη μορφή άνοιας. Περίπου τα 2/3 των ατόμων με άνοια εμφανίζουν άνοια τύπου Alzheimer. Η νόσος αυτή περιγράφηκε για πρώτη φορά πριν από 100 χρόνια από τον Alois Alzheimer, ο οποίος ανέφερε την περίπτωση μιας γυναίκας στα 50 της. Η περιγραφή του δείχνει το εύρος των συμπτωμάτων που χαρακτηρίζουν τη νόσο:



*Ένα από τα πρώτα συμπτώματα της νόσου αυτής της γυναίκας 51 ετών ήταν η έντονη αίσθηση ζήλιας που έτρεφε για τον σύζυγό της. Μετά από ένα πολύ σύντομο χρονικό διάστημα, εμφάνισε ταχύτατη έκπτωση της μνήμης. Έχανε τον προσανατολισμό της μέσα στο σπίτι, έσερνε μαζί της πράγματα όπου και αν πήγαινε, κρύβονταν από τους άλλους ή ορισμένες φορές νόμιζε πως κάποιοι προσπαθούν να τη σκοτώσουν. Σε αυτές τις περιπτώσεις ξεκινούσε να ουρλιάζει. Ανά διαστήματα βρισκονταν σε παραλήρημα, τραβώντας από εδώ και από εκεί τα σεντόνια και τις κουβέρτες της, φωνάζοντας το όνομα του συζύγου και της κόρης της, δείχνοντας να εμφανίζει ακουστικές ψευδαισθήσεις. Συχνά, φώναζε για πολλές ώρες με τρομαχτική φωνή.*

Alois Alzheimer

Η νόσος Alzheimer ξεκινά συνήθως αργά και με πολύ ήπια συμπτώματα. Τα αρχικά συμπτώματα συχνά περιλαμβάνουν ήπια απώλεια μνήμης, κάτι που δύσκολα διαχωρίζεται από τη φυσιολογική λησμοσύνη που προκύπτει από τη φυσιολογική γήρανση.

Η ήπια σύγχυση και τα προβλήματα στη χρήση της γλώσσας μπορεί επίσης να αποτελούν έντονα συμπτώματα στα πρώτα στάδια της νόσου. Σπάνιες είναι οι περιπτώσεις όπου η εκδήλωση της νόσου μπορεί να προσδιορισθεί σε συγκεκριμένη χρονική περίοδο στη ζωή του ατόμου, όπως επίσης κάποιος είναι δυνατόν να πάσχει από τη νόσο για ένα με δύο χρόνια, προτού τεθεί η διάγνωση.

(Μάθετε για τη νόσο Alzheimer και άλλες μορφές άνοιας, σελ.10-12)

Η γλωσσική πτώση είναι εμφανής ακόμη και στο πρώτο στάδιο της ασθένειας. Όλοι οι ασθενείς με τη νόσο του Alzheimer έχουν αφασία. Η δριμύτητά της συσχετίζεται με την αυξανόμενη δριμύτητα της άνοιας. Η νόσος του Alzheimer επιταχύνει αυτήν την πτώση ανεξάρτητα από την ηλικία των ασθενών, σε σχέση με τη μείωσή της στην κανονική γήρανση ή στην ήπια γνωστική εξασθένηση. Το μοτίβο της διαταραχής της γλώσσας είναι διαφορετικό από ότι στην αγγειακή άνοια ή στην μετωποκροταφική άνοια.

Σε μια πρόσφατη μελέτη ο Karrash και λοιποί έδειξαν ότι μια περιστασιακή τροποποίηση της μνήμης στο Boston Naming Test, θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί σε κλινικό περιβάλλον για τη διαφοροδιάγνωση ανάμεσα στη φυσιολογική γήρανση και τη νόσο του Alzheimer. Ο Golden Z και λοιποί διεξήγαγαν μια μελέτη σε δύο ομάδες ατόμων, με τη νόσο του Alzheimer και με αγγειακή άνοια, για να εξετάσουν τις διαφορές που είχαν στην απόδοση σε νευροψυχολογικά τεστ. Έδειξαν ότι οι δύο ομάδες διέφεραν σε πιο βασικές δοκιμές, καθώς και σε όλα τα τεστ μνήμης, αλλά όχι στις πιο πολύπλοκες εξετάσεις.

Σε μια διαχρονική μελέτη της γλωσσικής πτώσης στη νόσο του Alzheimer και τη μετωποκροταφική άνοια, ο Blair και λοιποί έδειξαν ότι στη μετωπιαία μορφή μετωποκροταφικής άνοιας και στην πρωτοπαθή προϊούσα αφασία, οι ασθενείς έδειξαν πιο γρήγορη γλωσσική πτώση από τους ασθενείς με τη νόσο του Alzheimer.

Ένα γενικό συμπέρασμα ήταν ότι η διαχρονική αξιολόγηση της γλώσσας, παρέχει μια μοναδική κατανόηση της εξέλιξης και της προόδου της γλωσσικής επιδείνωσης στις διάφορες άνοιες.

(Communication, language and speech deficits in dementia)

Παράγοντες που αυξάνουν τον κίνδυνο της νόσου Alzheimer

- Γήρανση
- Φύλο (κυρίως γυναίκες)
- Γενετικοί παράγοντες (κληρονομικότητα)
- Τραυματισμός στο κεφάλι
- Χαμηλό μορφωτικό επίπεδο
- Υψηλή πίεση αίματος
- Υψηλά επίπεδα χοληστερίνης
- Διαβήτης
- Παχυσαρκία

(Μάθετε για τη νόσο Alzheimer και άλλες μορφές άνοιας, σελ.15)

## **1.5 Αγγειακές άνοιες**

Η δεύτερη συνηθέστερη αιτία άνοιας, είναι η αγγειακή άνοια. Περίπου ένας στους τέσσερις ανοϊκούς έχει τον συγκεκριμένο τύπο άνοιας, είτε μόνη της, είτε σε συνδυασμό με τη νόσο Alzheimer (ορισμένες φορές ονομάζεται συνδυαστική άνοια). Είναι ελαφρώς συχνότερη στους άνδρες από ότι στις γυναίκες.

Η αγγειακή άνοια (γνωστή και ως πολυεμφρακτική άνοια ή αγγειακή γνωστική) αναφέρεται στην άνοια που προκαλείται εξαιτίας του ότι ο εφοδιασμός του

εγκεφάλου με αίμα δεν είναι τόσο καλός, όσο θα έπρεπε, ή εξαιτίας του ότι έχει διακοπή.

(Μάθετε για τη νόσο Alzheimer και άλλες μορφές άνοιας, σελ.18)

Τα συμπτώματα της αγγειακής άνοιας μπορεί να ποικίλλουν, ανάλογα με το ποιες περιοχές του εγκεφάλου έχουν επηρεασθεί από την πτωχή τροφοδοσία του εγκεφάλου με αίμα. Τεχνικές απεικόνισης του εγκεφάλου μπορούν να δείξουν ποιες περιοχές έχουν επηρεασθεί.

Συχνά, η μνήμη και ο λόγος επηρεάζονται πρώτα, ενώ η προσωπικότητα μπορεί να αλλάξει αργότερα, κατά την πορεία της νόσου (για παράδειγμα, το άτομο μπορεί να γίνει πιο ευερέθιστο ή χωρίς κίνητρα).

Ο ασθενής με αγγειακή άνοια συγκριτικά με τον ασθενή με νόσο Alzheimer, είναι πιθανότερο να έχει συνείδηση της νόσου που τον ταλαιπωρεί. Το κύριο εύρημα στον εγκέφαλο ασθενών με αγγειακή άνοια είναι ενδείξεις μειωμένης τροφοδοσίας σε αίμα- συχνά, συνοδεύεται από μικρά εγκεφαλικά επεισόδια, τα οποία είναι εμφανή στην αξονική εγκεφάλου. Η αγγειακή άνοια έχει συνήθως απότομη έναρξη και χειροτερεύει κλιμακωτά.

(Μάθετε για τη νόσο Alzheimer και άλλες μορφές άνοιας, σελ.20-21)

Οι αγγειακές άνοιες αντιπροσωπεύουν μια ετερογενή ομάδα ανοιών που συνδέονται με εγκεφαλοαγγειακή καταστροφή. Η αγγειακή άνοια μπορεί να εξελιχθεί λόγω πολλαπλών φλοιωδών ή υποφλοιωδών χτυπημάτων, εγκεφαλικής υποξαιμίας, ανευρύσματος, ισχαιμικής ασθένειας μικρών αγγείων και γενετικής εγκεφαλοαγγειακής ασθένειας. Η φαινοτυπική ετερογένεια αυξάνεται περαιτέρω από το γεγονός ότι σχεδόν οι μισοί ασθενείς με αγγειακή άνοια έχουν αναμίξει αγγειακές παθολογίες και παθολογίες της νόσου Alzheimer .Το ICD-10 προσδιορίζει τις ακόλουθες παραλλαγές της αγγειακής άνοιας:

- 1) οξεία αγγειακή άνοια
- 2) πολυεμφρακτική άνοια

- 3) υποφλοιώδης αγγειακή άνοια
- 4) μικτή υπογλοιώδης και φλοιώδης αγγειακή άνοια
- 5) άλλη αγγειακή άνοια
- 6) αγγειακή άνοια απροσδιόριστου τύπου

(Communication, language and speech deficits in dementia)

Παράγοντες που αυξάνουν τον κίνδυνο της αγγειακής άνοιας

- Κάπνισμα
- Διαβήτης
- Υπέρταση
- Παχυσαρκία

(Μάθετε για τη νόσο Alzheimer και άλλες μορφές άνοιας, σελ.21)

## **1.6 Μετωποκροταφική άνοια**

Η μετωποκροταφική άνοια είναι η δεύτερη πιο κοινή άνοια μετά από τη νόσο του Alzheimer κάτω από την ηλικία των 65 ετών και χαρακτηρίζεται αρχικά από την προοδευτική ατροφία των περιοχών του μετωπικού και κροταφικού φλοιού. Υπάρχουν τουλάχιστον τρεις ευδιάκριτοι φαινότυποι μετωποκροταφικής άνοιας, όπου κάθε ένας έχει μια ιδιαίτερη κατανομή της ζημίας στους φλοιούς :

- α) προοδευτική μη ρέουσα αφασία (PNFA)

β) σημασιολογική άνοια (SD)

γ) μετωπιαία μορφή μετωποκροταφικής άνοιας (FvFTD)

Η προοδευτική μη ρέουσα αφασία χαρακτηρίζεται από μη ρέουσα ομιλία, που συνδυάζεται με αγραμματισμό, φωνημικές παραφασίες και ανομία, με σχετικά διατηρημένη την επεισοδιακή μνήμη, την οπτικοχωρική λειτουργία και το χρονικό προσανατολισμό. Η προοδευτική μη ρέουσα αφασία απεικονίζει ασύμμετρη ζημία στον αριστερό οπίσθιο κατώτερο μετωπικό φλοιό, συμπεριλαμβανομένης της πρόσθιας έλικας, τα βασικά γάγγλια, την αριστερή κατώτερη και μεσαία μετωπική έλικα, τη ράχη, τον προκινητικό και συμπληρωματικό κινητικό φλοιό. Η κατανομή της ζημίας στο αριστερό ημισφαίριο στην προοδευτική μη ρέουσα αφασία αντιστοιχεί στη ζημιά που βλέπουμε συνήθως στη μη ρέουσα αφασία λόγω εγκεφαλικού επεισοδίου (π.χ., αφασία Broca). Η άμεση σύγκριση μεταξύ της μη ρέουσας αφασίας λόγω εγκεφαλικού επεισοδίου και της προοδευτικής μη ρέουσας αφασίας έδειξε ότι η έκταση της συντακτικής απώλειας στην παραγωγή (δηλ., αγραμματισμός) ήταν χειρότερη στην ομάδα με αφασία λόγω εγκεφαλικού επεισοδίου σε σχέση με την προοδευτική μη ρέουσα αφασία.

Στη σημασιολογική άνοια η απώλεια του νοήματος είναι ένα διαγνωστικό χαρακτηριστικό γνώρισμα που επηρεάζει και τη γλωσσική παραγωγή και την κατανόηση. Άλλα κύρια χαρακτηριστικά της σημασιολογικής άνοιας περιλαμβάνουν τον κενό αυθόρμητο λόγο, τις σημασιολογικές παραφασίες, και μια αντιληπτική διαταραχή που χαρακτηρίζεται από προσωποαγνωσία ή/ και συνειρμική οπτική αγνωσία. Για μια διάγνωση της σημασιολογικής άνοιας, οι ασθενείς πρέπει επίσης να παρουσιάσουν σχετικά διατηρημένες αντιληπτικές ικανότητες ταιριάσματος (π.χ., σε ήχους, εικόνες από διαφορετικούς ανθρώπους, αντικείμενα), άθικτη επανάληψη μεμονωμένης λέξης και τη δυνατότητα να διαβάζουν φωναχτά ορθογραφημένες κανονικές λέξεις. Οι ασθενείς με σημασιολογική άνοια παρουσιάζουν έντονη επικοινωνιακή ανεπάρκεια. Στις διαρθρωτικές απεικονίσεις παρουσιάζουν δέσμια ατροφία που έχει επιπτώσεις στις πρόσθιες, πλάγιες και κοιλιακές δομές του κροταφικού λοβού με τη σχετική διάσωση του μέσου κροταφικού λοβού.

Η μετωπιαία μορφή μετωποκροταφικής άνοιας, χαρακτηρίζεται από μειωμένη λεκτική παραγωγή, μειωμένη έναρξη σε συνομιλίες, ηχολαλία και αλλαγές στην πραγματολογία των συνομιλιών. Στην μετωπιαία μορφή μετωποκροταφικής άνοιας,

η φλοιώδης ατροφία έχει επιπτώσεις στις κατώτερες και πρόσθιες περιοχές του μετωπιαίου λοβού. Αντίθετα από την προοδευτική μη ρέουσα αφασία και τη σημασιολογική άνοια, τα άτομα με τη μετωπιαία μορφή μετωποκροταφικής άνοιας, εκθέτουν τις πρώτες αλλαγές στην προσωπικότητα, την οργάνωση και την προσοχή. Τα βασικά διαγνωστικά κριτήρια για τη μετωπιαία μορφή μετωποκροταφικής άνοιας, περιλαμβάνουν μια βαθμιαία πτώση στην κοινωνική συμπεριφορά (δηλ., ακατάλληλα αστεία, άρση ρίσκου, υπερσεξουαλικότητα), με την απώλεια διορατικότητας και πρόωρης συναισθηματικής άμβλυνσης.

Η σημασιολογική άνοια διακρίνεται από άλλες παρουσιάσεις της μετωποκροταφικής άνοιας και της νόσου του Alzheimer, όχι μόνο από τη ρέουσα ομιλία και την εξασθενημένη κατανόηση, χωρίς την απώλεια επεισοδιακής μνήμης, σύνταξης, και φωνολογίας, αλλά επίσης από την κενή ομιλία με θεματική διατήρηση, τις σημασιολογικές παραφασίες και την ευφράδεια φτωχής κατηγορίας. Η αμφισβήτηση της έννοιας των λέξεων είναι μια σημαντική διαγνωστική ένδειξη που δεν παρατηρείται σε άλλες ομάδες και επικρατεί η αλλαγή της συμπεριφοράς.

(Communication, language and speech deficits in dementia)

## **1.7 Η άνοια με σωμάτια Lewy**

Η άνοια με σωμάτια Lewy (LBD) είναι μια σχετικά νέα ταξινόμηση άνοιας με εκτιμήσεις επικράτησης που κυμαίνονται από 15% έως 35% όλων των περιπτώσεων άνοιας. Η διάγνωση με σωμάτια Lewy είναι βασισμένη στην παρουσία άνοιας καθώς επίσης και στην παρουσία δύο από τα ακόλουθα τρία χαρακτηριστικά γνωρίσματα: κυμαινόμενες γνωσιακές λειτουργίες, οπτικές παραισθήσεις και διαταραχή της κίνησης.. Η γλωσσική διαταραχή στην ασθένεια με σωμάτια Lewy χαρακτηρίζεται από μυθοπλασίες, ασυναρτησία, εμμονές κατά τη διάρκεια της συνομιλίας, δυσκολία στην ονομασία κοινών αντικειμένων και μια μείωση της λεκτικής άνεσης.

(Communication, language and speech deficits in dementia)

Η άνοια με σωματία Lewy ευθύνεται για μία στις 20 περιπτώσεις άνοιας, Διαφέρει πολύ από τη νόσο Alzheimer και την αγγειακή άνοια. Στα πρώτα στάδια ακόμα, το άτομο που πάσχει από άνοια με σωματία Lewy συνήθως εμφανίζει συμπτώματα της νόσου του Parkinson (τρόμο, κυρίως στα χέρια, δυσκαμψία και περιορισμό στην κινητικότητα). Εμφανίζει επίσης παραισθήσεις και συχνά βλέπει πράγματα, τα οποία δεν υπάρχουν (όπως ανθρώπους ή ζώα).

Οι δυσκολίες στην σκέψη και τη μνήμη είναι παρόμοιες με αυτές στη νόσο Alzheimer, όμως μπορεί να ποικίλλουν από στιγμή σε στιγμή. Τα άτομα με άνοια με σωματία Lewy είναι επιρρεπή στις πτώσεις και μπορεί να έχουν ανήσυχη νύχτα, διότι κινούνται συνεχώς, ενώ ονειρεύονται.

Τα άτομα που πάσχουν πολλά χρόνια από τη νόσο Parkinson, φαίνεται να έχουν υψηλότερο κίνδυνο να προσβληθούν από άνοια που μοιάζει με άνοια με σωματία Lewy.

Όπως συμβαίνει και σε άλλους τύπους άνοιας, η φυσιολογική γήρανση αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση άνοιας με σωματία Lewy. Άλλοι παράγοντες κινδύνου είναι το φύλο (οι άνδρες προσβάλλονται συχνότερα) και η ύπαρξη οικογενειακού ιστορικού της νόσου.

Πολύ λίγα είναι γνωστά σχετικά με το τι προκαλεί άνοια με σωματία Lewy. Όταν οι επιστήμονες μελετούν τον εγκέφαλο των ασθενών που πάσχουν από άνοια με σωματία Lewy, ανακαλύπτουν μικροσκοπικά εξογκώματα πρωτεϊνών στα νευρικά κύτταρα του εγκεφάλου. Αυτά τα πρωτεϊνικά αποθέματα διαταράσσουν τη φυσιολογική λειτουργία των νευρικών κυττάρων.

(Μάθετε για τη νόσο Alzheimer και άλλες μορφές άνοιας, σελ.22-24)

## 1.8 Πρωτοπαθής προϊούσα αφασία (PPA)

Ο Mesulam (1982) πρότεινε αυτόν τον όρο για να περιγράψει μια αργά προοδευτική γλωσσική εξασθένηση που εμμένει για μια περίοδο τουλάχιστον δύο ετών χωρίς άνοια. Τα περαιτέρω διαγνωστικά κριτήρια για την πρωτοπαθή προϊούσα αφασία περιλαμβάνουν μια δόλια αρχή και μια βαθμιαία επιδείνωση της γλώσσας (σύνταξη, κατονομασία, εύρεση λέξης, κατανόηση λέξης) ελλείψει άλλων αιτιών της αφασίας. Η πρωτοπαθής προϊούσα αφασία έχει περιγραφεί ως «γλώσσα βασισμένη στην άνοια» και ως «αργή προοδευτική αφασία χωρίς τη γενικευμένη άνοια» με ελλείμματα αμνησιακά, προσωπικότητας, ή εκτελεστικά που βλάπτουν τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής. Οι ασθενείς με PPA χωρίζονται σε 3 κύριες παραλλαγές που βασίζονται στα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά γνωρίσματα της ομιλίας και της γλώσσας που χαρακτηρίζουν κάθε υποκατηγορία :

α) μη ρέουσα (nfvPPA)

β) σημασιολογική (svPPA)

γ) λογοπενική (lvPPA)

### Μη ρέουσα PPA (nfvPPA)

Αρχικά σχεδόν όλα τα άτομα παρουσιάζουν αυξημένη ανομία και δυσκολίες στην εύρεση των κατάλληλων λέξεων. Στο πλαίσιο αυτό οι ασθενείς δεν είναι πολύ διαφορετικοί από τους αφασικούς με τη νόσο Alzheimer, εκτός αν έχουν σχετικά διατηρημένη μνήμη και μη λεκτική κατανόηση. Καθώς η ασθένεια προχωράει, η ροή του λόγου μειώνεται. Άτομα αντιμετωπίζουν προοδευτικά προβλήματα με την κατασκευή και τη σύνταξη προτάσεων και η ομιλία τους είναι χωρίς γραμματική και είναι δύσκολο να την καταλάβουμε. Ο αγραμματισμός είναι ένα από τα κύρια χαρακτηριστικά γνωρίσματα της μη ρέουσας PPA και μπορεί να μοιάσει με την αφασία Broca, αλλά είναι συνήθως λιγότερο σοβαρός από αυτόν που παρατηρείται

μετά από ένα εγκεφαλικό επεισόδιο. Πολλοί ασθενείς με τη μη ρέουσα PPA μπορούν να ταξινομηθούν σαν να έχουν αφασία αγωγιμότητας, λόγω της φτωχής επανάληψής τους με άθικτη την ακουστική κατανόηση και της ρευστής, όμως παραφασικής ομιλίας.

### Σημασιολογική PPA (svPPA)

Η σημασιολογική PPA είναι η δεύτερη πιο εκτενέστερα περιγεγραμμένη ποικιλία της προοδευτικής αφασίας. Αυτός ο όρος συνήθως χαρακτηρίζεται από μια προοδευτική και πολύμορφη απώλεια σημασιολογικής γνώσης. Οι ασθενείς χάνουν σταδιακά την έννοια των λέξεων, αλλά ο λόγος τους έχει καλή ροή και επαναλαμβάνουν καλά, μοιάζοντας με τη «διαφλοιική αισθητηριακή αφασία». Καθώς η ασθένεια προχωράει, ο λόγος τους θεωρείται ακόμα ρευστός, αλλά χαρακτηρίζεται από σημασιολογικές ζαργκοναφασίες και είναι συχνά άσχετος από τις ερωτήσεις που υποβάλλονται ή το θέμα που συζητείται. Η σοβαρή προοδευτική ανομία και η εμφανώς εξασθενημένη κατανόηση των μεμονωμένων λέξεων και οι ίδιοι οι ασθενείς που ρωτούν συχνά την έννοια των λέξεων (συνήθως τα ουσιαστικά), είναι η σφραγίδα της σημασιολογικής PPA. Η σημασιολογική PPA συνδέεται έντονα με τη μετωπιαία μορφή μετωποκροταφικής άνοιας και σχεδόν πάντα συναντώνται στους ασθενείς με τη σημασιολογική PPA οι τόσο πρόωρες αλλαγές συμπεριφοράς και προσωπικότητας.

### PPA – logopenic variant (lvPPA or PPA-L)

Η λογοπενική PPA ή λογοπενική αρχική προοδευτική αφασία έχει περιγραφεί πρόσφατα ως ευδιάκριτη μορφή της PPA. Αν και η λεκτική παραγωγή και της μη ρέουσας PPA και της lvPPA επιβραδύνεται, με συχνές παύσεις για την εύρεση λέξεων και φωνημικές παραφασίες, οι ασθενείς με τον λογοπενικό τύπο δεν παρουσιάζουν αγραμματισμό, διαταραχή του κινητικού ελέγχου της ομιλίας και απροσωδία. Δεδομένου ότι οι ασθενείς έχουν χαρακτηριστικά σοβαρή δυσκολία να επαναλαμβάνουν προτάσεις και μακροσκελείς φράσεις, ενώ η παραγωγή των σύντομων, μεμονωμένων λέξεων παραμένει ανέπαφη, η βασική ανεπάρκεια που

κρύβεται πίσω από τα περισσότερα γλωσσικά προβλήματα στη λογοπενική PPA έχει προταθεί να είναι ένα φωνολογικό βραχυπρόθεσμο έλλειμμα μνήμης. Καθώς η λογοπενική PPA προχωράει, προκύπτουν προβλήματα στην κατανόηση και ελλείμματα στην γραμματική σε επίπεδο προτάσεων. Οι ασθενείς με τη λογοπενική PPA έχουν συχνά επεισοδιακή εξασθένηση μνήμης και φτωχές αριθμητικές δυνατότητες και έτσι η κλινική εικόνα τους μοιάζει με τη νόσο Alzheimer. Μπορεί να είναι παρούσες συμπεριφοριστικές ανωμαλίες, με απάθεια, ανησυχία, ευερεθιστότητα και ταραχή.

Ο Rogalski και λοιποί, διερεύνησαν την πορεία της γλωσσικής απόκλισης και της φλοιώδους ατροφίας στις υποκατηγορίες της προϊούσας προοδευτικής αφασίας. Τα νευροψυχολογικά πρότυπα της γλωσσικής απόδοσης έχασαν τις αιχμηρές διακρίσεις που διαφοροποιούσαν μια παραλλαγή της PPA από μια άλλη. Περιοχές ατροφίας που εξαπλώθηκαν πέρα από τις αρχικές διακριτικές θέσεις που χαρακτήρισαν κάθε μιας από τις 3 υποκατηγορίες επέδειξαν μια πιο συγκλίνουσα διανομή που καλύπτει και τα 3 σημαντικά συστατικά του γλωσσικού δικτύου: την κάτω μετωπιαία έλικα, την κροταφοβρεγματική διασταύρωση και τον πλάγιο κροταφικό φλοιό.

(Communication, language and speech deficits in dementia)

## 1.9 Διάγνωση

Το να αναγνωριστούν τα συμπτώματα της άνοιας είναι το πρώτο βήμα για να γίνει σωστή διάγνωση και να δοθεί ιατρική βοήθεια.

Η πρώιμη και ακριβής διάγνωση είναι βοηθητική για τους εξής λόγους:

- Παρέχει ερμηνεία των συμπτωμάτων και της παράξενης συμπεριφοράς και βοηθά τα άτομα με άνοια, όπως και αυτούς που προσφέρουν φροντίδα, να αντιμετωπίσουν τη νόσο και να ξέρουν τι να περιμένουν με το πέρασ του χρόνου.
- Επιτρέπει στα άτομα να κατανοήσουν τι τους συμβαίνει και να έχουν τη δυνατότητα να ασκήσουν κάποιο έλεγχο στη ζωή τους.
- Ορίζονται κατάλληλες υπηρεσίες υποστήριξης και οικονομικής βοήθειας, γεγονός που βοηθάει το άτομο να σχεδιάσει το μέλλον του.
- Μπορεί να διασφαλίσει ότι άλλα προβλήματα, τα οποία μπορεί να οδηγήσουν σε απώλεια μνήμης, όπως η κατάθλιψη, θα αντιμετωπιστούν κατάλληλα.
- Για πολλούς που πάσχουν από άνοια και δεν είναι ακόμα δυνατό να προβλέψουμε ποιοι ακριβώς είναι, συγκεκριμένες φαρμακευτικές ουσίες μπορούν να προσφέρουν σημαντική επιβράδυνση της νόσου. Είναι επομένως προφανές ότι αν, για οποιοδήποτε λόγο, το άτομο δεν λάβει διάγνωση, τότε η ευκαιρία φαρμακευτικής θεραπείας δεν προσφέρεται.

(Μάθετε για τη νόσο Alzheimer και άλλες μορφές άνοιας, σελ.39-40)

- Η διάγνωση της άνοιας μπορεί να επιτευχθεί μέσω κλινικής εξέτασης.
- Καμία ακτινολογική, νευροφυσιολογική ή άλλη εργαστηριακή διερεύνηση μπορεί να μειώσει την ανάγκη εξέτασης της νοητικής κατάστασης του ασθενή.
- Η προχωρημένη άνοια μπορεί να διαγνωσθεί με ευκολία, ενώ η διάγνωση της πρώιμης άνοιας βάζει σε δοκιμασία ακόμα και τον πιο καταρτισμένο ιατρό

- Ιδίως σε πολύ επιτυχημένα άτομα για παράδειγμα, τα αποτελέσματα των τεστ που τοποθετούνται εντός του προσαρμοσμένου για την ηλικία εύρους, ενδεχομένως να αντιπροσωπεύουν μια μείζονα εξασθένηση από τα προηγούμενα επίπεδα απόδοσης.
- Σε τέτοια άτομα, το πρώτο σημάδι της άνοιας πιθανός να είναι μια αύξηση στην προσπάθεια και στο χρόνο που απαιτείται για να έλθουν σε πέρας οι συνήθεις δραστηριότητες.
- Για παράδειγμα, ένας καθηγητής πανεπιστημίου με μια αρχόμενη ανοϊκή νόσο, παραπονέθηκε ότι χρειαζόταν περισσότερο χρόνο για την προετοιμασία των διαλέξεων του.
- Σε ορισμένες περιστάσεις, η διάγνωση δεν μπορεί να επιτευχθεί από την πρώτη επίσκεψη και το μέγεθος της μεταβολής από τη μία εξέταση μέχρι την επόμενη καθίσταται το πιο σημαντικό επιβεβαιωτικό τεκμήριο. Η διάγνωση της άνοιας υποστηρίζεται από την παρουσία ενός ή περισσοτέρων από τους ακόλουθους τρεις παράγοντες:

(1) ιστορικό επιμένουσας και εξελικτικής έκπτωσης της γνωσιακής λειτουργίας, της συμπεριφοράς, της προσωπικότητας ή των καθημερινών δραστηριοτήτων, κατά προτίμηση εξακριβωμένων από έναν ανεξάρτητο παρατηρητή.

(2) αποτελέσματα που τοποθετούνται εκτός του ορίου δύο τυπικών αποκλίσεων από το προσαρμοσμένο ηλικιακό και εκπαιδευτικό εύρος σε ένα ή περισσότερα νευροψυχολογικά τεστ ή σε μια τυποποιημένη δοκιμασία ελέγχου διαλογής, όπως είναι το Mini Mental State Examination (MMSE), Blessed Dementia Scale ή την Clinical Dementia Rating Scale (CDR).

(3) μια μεταβολή στα αποτελέσματα σε οποιαδήποτε περιοχή που υπερβαίνει τη 1 SD εντός της 6-12μηνιας περιόδου εξέτασης-επανεξέτασης, ακόμη και αν τα αρχικά αποτελέσματα είναι εντός του φυσιολογικού εύρους.

(Αρχές Συμπεριφορικής και Γνωσιακής Νευρολογίας, σελ. 458)

## 1.10 Διαφοροδιάγνωση

Οι κύριες νευροεκφυλιστικές άνοιες είναι:

- Η άνοια του Alzheimer
- Η αγγειακή άνοια
- Η διάχυτη νόσος με σωμάτια του Lewy
- Η μετωποκροταφική άνοια

Για να διευκρινίσει τις διακρίσεις μεταξύ της «ίσως», «πιθανής» και «καθορισμένης» διάγνωσης, ο πίνακας 1 συνοψίζει τα σημαντικότερα συμπεράσματα των διάφορων κοινοπραξιών.

(Medical speech-language pathology, σελ. 96)

Πίνακας 1: Διαγνωστικά κριτήρια για επιλεγόμενη νευροεκφυλιστική άνοια.

	Άνοια του Alzheimer	Αγγειακή Άνοια	Ασθένεια σωμάτων Lewy
Ίσως	Απώλεια μνήμης και ελλείμματα σε δύο ή περισσότερους τομείς της γνώσης, συμπεριλαμβανομένης της εκτελεστικής λειτουργίας που προσκρούουν στην καθημερινή λειτουργία, προοδευτική επιδείνωση, καμία διαταραχή της συνείδησης, δόλια αρχή με αργή πρόοδο.	Απώλεια της μνήμης και απώλεια τουλάχιστον σε δύο άλλους τομείς της γνώσης, πτώση από την προηγούμενη λειτουργία, εστιακά νευρολογικά σημάδια, επικυρωτική εγκεφαλική απεικόνιση: η άνοια πρέπει να παρουσιαστεί μέσα σε 3 μήνες μετά από το αγγειακό γεγονός, μπορεί να είναι	Προοδευτική γνωστική πτώση, αντίκτυπος στη λειτουργία, η εξασθένιση μνήμης δεν είναι υποχρεωτική, τουλάχιστον δύο χαρακτηριστικά γνωρίσματα πυρήνων πρέπει να είναι παρόντα: κυμαινόμενη προσοχή, επαναλαμβανόμενες παραισθήσεις, ή/και χαρακτηριστικά

		σταθερή, βελτιούμενη ή επιδεινούμενη.	γνώρισμα του παρκινσονισμού.
Πιθανής	Τα ίδια με τα παραπάνω, εκτός από το ότι η παρουσίαση ή η σειρά μαθημάτων μπορεί να είναι διαφορετική από τα κριτήρια για την πιθανή άνοια του Alzheimer, αλλά η διάγνωση μπορεί ακόμα να αποκλειστεί.	Τα ίδια με τα παραπάνω, εκτός από ότι η επικυρωτική εγκεφαλική απεικόνιση μπορεί να είναι απών, ή η αρχή και η σειρά μαθημάτων μπορεί να άτυπες.	Τουλάχιστον ένα χαρακτηριστικό γνώρισμα πυρήνων πρέπει να είναι παρών.
Καθορισμένη	Ιστοπαθολογική επιβεβαίωση από τις άφθονες αμυλοειδείς και τις νευροϊνιδιακές πλάκες. Η πυκνότητα είναι μεγαλύτερη από ότι στους κανονικούς εγκεφάλους της ίδιας ηλικίας.	Το κριτήριο για την πιθανή αγγειακή άνοια δεν ικανοποιεί κανένα παθολογικό χαρακτηριστικό γνώρισμα εκτός από την εγκεφαλοαγγειακή ασθένεια και είναι παρόντες οι αιτιολογίες που περιλαμβάνουν πολυεμφρακτική, ασθένεια του μυοκαρδίου, υποαιμάτωμα και αιμορραγία.	Ο αποκλεισμός του εγκεφαλικού ή άλλων αιτιών, πολλαπλασιασμός των σωμάτων Lewy στην αυτοψία.

Ο πίνακας 2 συνοψίζει τα σημαντικότερα χαρακτηριστικά γνωρίσματα κάθε κατηγορίας σχετικά με την αρχή και τη σειρά ανοιών, τις υποκατηγορίες, το γνωστικό σχεδιάγραμμα, την επικοινωνία, τη σχετική συμπεριφορά, τα φυσικά σημάδια, τη γενετική, την απεικόνιση και την οριστική διάγνωση.

Πίνακας 2 : Διαφορική διάγνωση των κύριων τύπων των νευροεκφυλιστικών ανοιών

	Άνοια του Alzheimer	Αγγειακή άνοια	Ασθένεια των σωμάτων Lewy	Μετωποκροταφική άνοια
αρχή και σειρά μαθημάτων	Δόλια αρχή, πιθανότερη μετά από την ηλικία των 65, προοδευτική σειρά μαθημάτων, αργή σειρά μαθημάτων με πλατιασμούς.	Απότομη επιδείνωση μέσα σε 3 μήνες μετά από το εγκεφαλικό, η σειρά μαθημάτων μπορεί να είναι σταθερή, βελτιούμενη ή επιδεινούμενη.	Οι περίοδοι κανονικής γνώσης εναλλάσσονται με την ανώμαλη γνώση στα πρώτα στάδια, η σειρά μαθημάτων είναι προοδευτική, συχνά ραγδαία (1-5 έτη).	Δόλια αρχή, πιθανότερη πριν από την ηλικία των 65, προοδευτική σειρά μαθημάτων, συχνά αργή.
Υπο-τύποι	Μη οικογενειακό ή οικογενειακό περιστατικό, αρχή πριν ή μετά από την ηλικία των 65, ή συνύπαρξη άλλων όρων όπως η ασθένεια Πάρκινσον.	Εξαρτάται από την περιοχή, τον τύπο και την έκταση της εγκεφαλοαγγειακής βλάβης.	Δεν περιγράφονται.	Τα εστιακά σύνδρομα ατροφίας περιλαμβάνουν τη μετωπική παραλλαγή ftd, χρόνια παραλλαγή ftd και παραλλαγή ftd μη ρέουσας αφασίας.
γνωστικό σχεδιάγραμμα	Ελλείμματα στη μνήμη και τη γνώση, καμία	Ελλείμματα στη μνήμη και τη γνώση, καμία διαταραχή της	Τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα πυρήνων	Εκτελεστική δυσλειτουργία συχνά στο μετωπιαίο λοβό,

	διαταραχή της συνείδησης, εξασθενημένη λειτουργία στη καθημερινή ζωή.	συνείδησης, εξασθενημένη λειτουργία στην καθημερινή ζωή.	περιλαμβάνουν την κυμαινόμενη προσοχή, τις οπτικές παραισθήσεις και τον παρκινσονισμό.	σημασιολογικά ελλείμματα και μη ρέουσα προοδευτική αφασία.
Επικοινωνία	Η αφασία είναι κοινή, ξεκινώντας είτε ως ρέουσα, είτε ως μη ρέουσα, ο σημασιολογικός τομέας είναι ο πιο επηρεασμένος, η σύνταξη και η φωνολογία επηρεάζονται αργότερα, βαθμιαία πρόοδος στην αλαλία.	Διαταραχή του μηχανισμού της ομιλίας, απλοποίηση της γραμματικής και εξασθενημένη γραφή, βραδύτητα και μειωμένη έναρξη, οι ασθενείς γίνονται αβουλητικοί στο τελικό στάδιο.	Χαρακτηριστικά γνωρίσματα παρκινσονικής δυσαρθρίας.	Η αρχική προοδευτική αφασία είναι συνηθισμένη, η δυσαρθρία είναι ασυνήθιστη, η πρόοδος μπορεί να είναι πολύ αργή.
Σχετική συμπεριφορά	Κατάθλιψη, αϋπνία, ακράτεια, παραισθήσεις, αναταραχή.	Κατάθλιψη και εναλλαγές στη διάθεση.	Περίοδοι παραληρήματος (σύγχυση) συνηθισμένες καθώς επίσης και «κενά» επεισόδια πρωινής υπνηλίας και παροδικής σύγχυσης επάνω στο ξύπνημα.	Ευρύ φάσμα των σχετικών συμπεριφορών, το πιο ξεχωριστό στη μετωπική παραλλαγή λοβών.
Φυσικά σημεία	Σε προχωρημένη ασθένεια, αυξανόμενος τόνος, διαταραχή	Διαταραχή βηματισμού ή συχνά πεσίματα, ημιπάρεση, μηχανικές και αισθητηριακές	Συχνά χαρακτηριστικά γνωρίσματα παρκινσονισμού.	Δεν είναι σημαντικό χαρακτηριστικό γνώρισμα της ftd.

	βηματισμού.	αλλαγές,οπτικά ελλείμματα, ψευδοπρομηκικά σημάδια, δυσαρθρία.		
Γενετικά	Οικογενειακή άνοια Alzheimer που συνδέεται με τα χρωμοσώματα 1, 14 και 21 (5- 10% όλων των περιπτώσεων), σποραδική άνοια Alzheimer που συνδέεται με το αλληλόμορφο γονίδιο ApoE E4 στο χρωμόσωμα 19 στο 30% πιθανής άνοιας Alzheimer, επηρεάζονται οι αμυλοειδείς πρωτεΐνες.	Γενετικές ανωμαλίες που συνδέονται με τους παράγοντες κινδύνου του εγκεφαλικού π.χ. υπέρταση	Ανωμαλίες που συνδέονται με την ασθένεια σωμάτων Lewy, ασθένεια Πάρκινσον και ατροφία πολλαπλών συστημάτων.	Μεταλλαγές στο χρωμόσωμα 17 και 3, πρωτεΐνη TAU μη φυσιολογική.
Απεικό- νιση	Διμερής ατροφία, διάμεσος χρονικός λοβός, επηρεάζονται ιππόκαμπος και θάλαμος.	Ενιαία ή πολλαπλάσια τραύματα στη διανομή είτε μεγάλων,είτε μικρών αγγείων.	Διμερής μετωπική και χρονική ατροφία, σχετικά συντηρημένος ο διάμεσος των λοβών, ο ιππόκαμπος και η αμυγδαλή του εγκεφάλου.	Εστιακή ατροφία, μετωπική υποαιμάτωση.
Οριστική	Κλινική διάγνωση	Η κλινική διάγνωση από	Η οριστική	Η κλινική διάγνωση

διάγνωση	από τον αποκλεισμό, άνοια μη αποδοτέα σε άλλη συστημική διαταραχή ή ασθένεια εγκεφάλου, οριστική εξέταση μόνο από τη μεταθανάτια εξέταση.	το συνυπολογισμό του θετικού ιστορικού για cnd, η οριστική διάγνωση πρέπει να αποκλείσει όλες τις άλλες αιτίες με τη μεταθανάτια εξέταση, την κλινική παρουσίαση, τη νευρολογική εξέταση και τη νευρολογική απεικόνιση.	διάγνωση εξαρτάται από την παρουσία σωμάτων Lewy χαρακτηριστικά φλοιώδης, υποφλοιώδης στο εγκεφαλικό στέλεχος, αλλαγές του Alzheimer μπορεί να εμφανιστούν, αλλά η παρουσία των πλακών και η απώλεια των νευρώνων δεν είναι ουσιαστική.	εξαρτάται από την απομονωμένη γνωστική εξασθένηση (μη σφαιρική άνοια), η οριστική διάγνωση εξαρτάται από τη μεταθανάτια ανάλυση του εγκεφαλικού ιστού.
----------	---	---	---	--

(Medical speech-language pathology, σελ. 98)

## 2 Επικοινωνιακές δεξιότητες σε άτομα με άνοια

### Γνωστικές- Επικοινωνιακές Εξασθενήσεις.

Η γνωστική επιδείνωση είναι μια σφραγίδα της άνοιας. Τέτοιες αλλαγές στη μνήμη, στην προσοχή και στη γλώσσα γίνονται πιο αξιοπρόσεχτες με την πάροδο του χρόνου. Καθώς η διαταραχή επιδεινώνεται, οι γνωστικές-γλωσσικές και διανοητικές αλλαγές που βιώνονται από το άτομο με άνοια εμποδίζουν την ικανότητά του να επικοινωνεί και να λειτουργεί αποτελεσματικά. Συλλογικά, τα ελλείμματα που προκαλούνται από αυτές τις αλλαγές αναφέρονται ως *γνωστικές-επικοινωνιακές εξασθενήσεις*. Η χρήση αυτού του όρου ενημερώνει, ότι υπάρχουν μη γλωσσικά καθώς επίσης και γλωσσικά γνωστικά ελλείμματα που εξασθενίζουν την επικοινωνία.

(Medical speech-language pathology, σελ. 110)

### Πρώμο Στάδιο

Η αρχή της νόσου Alzheimer είναι βαθμιαία και είναι συχνά δύσκολο να καθοριστεί πότε οι αλλαγές αρχίζουν να εμφανίζονται. Συνήθως, οι μικρές αλλαγές στη διάθεση και η περιστασιακή απώλεια μνήμης αποδίδονται «στο γήρας». Εντούτοις, οι αλλαγές που εμφανίζονται σε μια νευρολογικά βασισμένη διαδικασία ασθενειών όπως η ασθένεια του Alzheimer τείνουν να εμφανίζονται συχνότερα και είναι σοβαρότερες. Στα πρώτα στάδια, οι γλωσσικές αλλαγές μπορούν να είναι λεπτοί δείκτες της πιθανής άνοιας. Κατά τη διάρκεια αυτού του σταδίου, η άνοια είναι ταξινομημένη ως ήπια, και οι συντακτικές και φωνολογικές διαδικασίες διατίθενται χαρακτηριστικά. Η μνήμη είναι εξασθενημένη και εμφανίζονται μερικές αλλαγές προσωπικότητας, καθώς επίσης και γνωστικές-γλωσσικές αλλαγές (Bayles & Kaszniak, 1987; Cummings & Benson, 1983, Kempler, 1995). Μερικές φορές εμφανίζονται εχθρότητα, οξυθυμία ή απογοήτευση (Cummings & Benson, 1983). Επίσης, άτομα με άνοια καταδεικνύουν δυσκολία στην ονομασία και την εύρεση λέξης. Αν και είναι σε θέση να διατηρήσουν τις συνομιλίες, μένοντας στο θέμα και οργανώνοντας τις

ιδέες, η συνοχή κατά τη διάρκεια της ομιλίας ίσως είναι δύσκολη (Bayles & Kaszniak, 1987; Kempler, 1995). Γενικά, η αθροιστική επίδραση αυτών των άτυπων συμπεριφορών, προτρέπει πολλούς ανθρώπους να επιδιώξουν την προσοχή.

(Medical speech-language pathology, σελ. 110)

#### Μεσαίο Στάδιο

Καθώς η ασθένεια προχωράει, διαφορές στην απόδοση γίνονται προφανέστερες. Η ανάκληση μνήμης είναι σοβαρά εξασθενημένη και οι αλλαγές προσωπικότητας είναι πιο προεξέχουσες. Οι γλωσσικές δεξιότητες έχουν γίνει φτωχότερες, καθιστώντας το δυσκολότερο για τον ασθενή να επικοινωνήσει (Bayles & Kaszniak, 1987; Kempler, 1995). Αν και τα πρόσωπα με την άνοια αποκρίνονται στις ερωτήσεις και ξέρουν πότε πρέπει να μιλήσουν, η ομιλία τους είναι συχνά κενή και γεμάτη με στερεότυπες απαντήσεις, όπως «Είμαι καλά, εσύ πως είσαι;». Κατά τη διάρκεια αυτού του σταδίου, χρειάζονται συνήθως βοήθεια με τους στόχους που κάποτε απέδιδαν με ευκολία και γίνονται όλο και πιο εξαρτώμενοι από τα άτομα που τους φροντίζουν, για να ολοκληρώνουν τις καθημερινές τους δραστηριότητες.

(Medical speech-language pathology, σελ. 111)

#### Προχωρημένο Στάδιο

Στο προχωρημένο στάδιο της νόσου, τα γνωστικά και επικοινωνιακά ελλείμματα όλο και σοβαρεύουν. Τελικά, οι ασθενείς εξαρτώνται εντελώς από τα άτομα που τους φροντίζουν και βιώνουν μυριάδες προβλήματα. Τα άτομα σε αυτό το στάδιο κάνουν λιγότερες συνομιλίες και μπορούν συχνά να μείνουν βουβά (Bayles & Kaszniak, 1987; Kempler, 1995). Αν και η γραμματική δείχνει να συντηρείται, η κατανόηση είναι φτωχή και οι λεκτικές εκφράσεις αποτελούνται συνήθως από ομιλία χωρίς νόημα (Bayles & Kaszniak, 1987; Kempler, 1995).

(Medical speech-language pathology, σελ. 111)

## 2.1 Εξασθένηση του λόγου

Η εξασθένηση του λόγου είναι μια από τις γνωστικές διαταραχές που αποδεικνύονται στην άνοια και το συμπέρασμά της ως ένα από τα διαγνωστικά κριτήρια για τις διάφορες άνοιες καταδεικνύει τη σημασία του (American Psychiatric Association, 1994; McKhann, Drachman, Folstein, et al, 1984; Neary, Snowden, Gostafson, et al, 1998; Roman, Tatemichi, Erkinjuntti, et al, 1993). Η εκφυλιστική φύση των ανοϊκών ασθενειών, καθιστά δύσκολη την ταξινόμηση των εξασθενήσεων του λόγου που καταδεικνύονται. Μερικές έρευνες ( Cummings, Benson, Hill, & Read 1985; Faber-Langendoen, Morris, Knesevich, et al, 1988) περιέγραψαν τις γλωσσικές διαταραχές που έχουν αντιμετωπίσει στα άτομα με άνοια ως αφασία και έντονα συνηγόρησαν για τη χρήση του όρου. Πιο πρόσφατες έρευνες ( Emery, 2000; Vuorinen, Laine, & Rinne, 2000; Ripich, Carpenter, & Zioli, 1997; Ripich, Petrill, Whitehouse, & Zioli, 1995) έχουν περιγράψει τη φύση της εξασθένησης του λόγου, χωρίς αναφορά σε οποιεσδήποτε προϋπάρχουσες ταξινομήσεις. Ανεξάρτητα από την ορολογία, η διαφορική διάγνωση μπορεί να γίνει μέσω της αξιολόγησης της μνήμης, των λεκτικών και μη λεκτικών δεξιοτήτων, και της συμπεριφοράς, μαζί με ένα λεπτομερές ιστορικό. Ο νοσοκομειακός γιατρός θα το βρει πιο ευεργετικό να αξιολογήσει και να περιγράψει τα γνωστικά-γλωσσικά ελλείμματα στα άτομα με άνοια, από το να καθορίσει εάν οι διαταραχές ταιριάζουν με τις προϋπάρχουσες ταξινομήσεις. Εάν ο νοσοκομειακός γιατρός εστιάζει σε μια συγκεκριμένη ταξινόμηση, μπορεί να επιλεγεί μια ακατάλληλη παρέμβαση, όταν αναπτύσσεται το σχέδιο για τη διαχείριση της κατάστασης.

Οι γλωσσικές δυνατότητες των ατόμων με άνοια επιτρέπουν στους νοσοκομειακούς γιατρούς (1) να προσδιορίσουν την άνοια ως διάγνωση (Bayles & Boone, 1982), (2) να διαφοροποιήσουν την άνοια από άλλες νευρογενείς επικοινωνιακές διαταραχές ( Bayles, 1986; Deal, Wertz, & Spring, 1981; Halpern, Darley, & Brown, 1973; Holland, McBurnery, Moossy, et al, 1985; Horner & Heyman, 1981; Watson & Records, 1978), και (3) να είναι περιγραφικοί για τα μοναδικά χαρακτηριστικά

γνωρίσματα της γλώσσας των ατόμων με άνοια (Appell, Kertesz, & Fisman, 1982; Barker & Lawson, 1968; Opler, 1983; Schwartz, Marin, & Saffran, 1979; Whitaker, 1976). Σημειώνονται διαφορές στα ποικίλα γλωσσικά θέματα για τα οποία μιλάνε τα άτομα με άνοια. Αν και η επιδείνωση στη φωνολογία, τη σύνταξη και τη σημασιολογία είναι καλά τεκμηριωμένες (Bayles, 1982; Bayles, Boone, Tomoeda, et al, 1989; Murdoch, Chenery, Wilks, et al, 1987; Schwartz et al, 1979), ο βαθμός πτώσης στις *δυνατότητες επικοινωνίας* φαίνεται να υπερβαίνει την πτώση σε οποιοδήποτε άλλο συγκεκριμένο γλωσσικό τομέα (Fromm & Holland, 1987; Ripich & Terrell, 1988; Ulatowska, Haynes, Donnell, et al, 1986). Επομένως είναι απαραίτητη μια πλήρης περιγραφή της ικανότητας επικοινωνίας, εκτός από τη γλωσσική γνώση. Οι περιγραφές πρέπει να περιλάβουν τις πληροφορίες σχετικά με τις δυνατότητες και τα ελλείμματα που είναι εμφανείς σε κάθε γλωσσικό τομέα και ειδικά στην *πραγματολογία*, η οποία είναι συνήθως η προφανέστερη.

(Medical speech-language pathology, σελ. 111)

## 2.2 Πραγματολογία

Η λειτουργική χρήση της γλώσσας ή η *πραγματολογία*, είναι ίσως ο κρισιμότερος τομέας της αξιολόγησης και της παρέμβασης. Αν και αυτός ο τομέας εμφανίζεται να συμβάλλει πιο πολύ στο επικοινωνιακό έλλειμμα στην άνοια και τα μέτρα της *πραγματολογίας* εμφανίζονται να είναι τα πιο ευαίσθητα στη διάκριση μεταξύ των αιτιολογιών (Deal et al, 1991), η τεκμηρίωση στα πραγματικά ελλείμματα είναι περιορισμένη (Kempler, 1995). Μερικά από τα πραγματικά ελλείμματα που μπορούν να αναμένονται είναι η φτωχή συντήρηση θέματος, η σύντομη αλλά συχνή αλλαγή θεμάτων συζήτησης, η ζήτηση περισσότερων οδηγιών, διακοπές στην ομιλία και ομιλία με ασάφειες, ομιλία χωρίς συνοχή, δυσκολία στη διατήρηση της οπτικής επαφής και δυσκολία για να δοθεί ο λόγος σε άλλους στις συζητήσεις (Hutchinson & Jensen, 1980; Irigaray, 1973; Ripich & Terrell, 1988; Ripich, Terrell & Snipelli, 1983; Ripich, Vertes, Whitehouse, et al, 1988). Αυτά τα ελλείμματα ποικίλλουν στη δριμύτητα σύμφωνα με το στάδιο της ασθένειας. Τα πραγματικά ελλείμματα που σημειώνονται στους ασθενείς με τη νόσο του Alzheimer μπορούν να εξαρτηθούν από τη φύση του ύφους και του στόχου της ομιλίας (Kimbarow & Ripich, 1989). Η ομιλία

σε αυτόν τον πληθυσμό περιγράφεται με λιγότερη συνοχή (Ripich & Terrell, 1988), διαταραγμένο και μειωμένο περιεχόμενο (Bayles, 1982; Kirshner, Webb, & Kelly, 1984) και μεγάλη χρήση αόριστων αναφορών (Irigaray, 1973; Kempler, 1988; Obler, 1983; Ripich & Terrell, 1988). Ο Bayles (1984) αναφέρει ότι τα αιτήματα λείπουν συχνά, εντούτοις τα αιτήματα επιβεβαίωσης και διευκρίνισης εμφανίζονται συχνότερα σε σύγκριση με τους κανονικούς ηλικιωμένους (Ripich et al, 1988).

(Medical speech-language pathology, σελ. 111)

### **2.3 Λεξιλογική – Σημασιολογία**

Τα ελλείμματα στη λεξιλογική – σημασιολογία στη νόσο του Alzheimer χαρακτηρίζονται από περιορισμένο λεξιλόγιο ( De Ajuriaguerra & Tissot, 1975; Ernest, Dalby, & Dalby, 1970) και δυσκολία στην κατονομασία (Bayles & Tomoeda, 1991; Huff, Corkin & Growdon, 1986; Kaszniak & Wilson, 1985; Neils, Boller, & Cole, et al, 1987), τα οποία πιθανόν προκλήθηκαν από μια διακοπή στη γνωστική επεξεργασία, ίσως στο προ-λεκτικό επίπεδο (Allison, 1962; Appell et al, 1982; Grossman, 1978; Irigaray, 1967; Obler, 1981; Schwartz et al, 1979; Warrington, 1975). Στην πραγματικότητα η λεξικολογική δυσκολία είναι ένα από τα πιο πρόωρα ελλείμματα που παρατηρούνται στα άτομα με άνοια (Kempler, 1995). Η ανομία ή η δυσκολία εύρεσης της λέξης είναι το θέμα των πιο πολλών ερευνών στη γλώσσα και την άνοια (Appell et al, 1982; Bayles & Boone, 1982; Bayles, Tomoeda, & Caffrey, 1983; Kirshner et al, 1984, Skelton-Robinson & Jones, 1984). Ακόμα κι έτσι, η φύση της ανομικής διαταραχής στη νόσο του Alzheimer και η σχετική συμβολή των αντιληπτικών, εννοιολογικών και γλωσσικών παραγόντων παραμένουν αμφισβητούμενες (Hart, 1988). Η πλειοψηφία των ερευνητών φαίνεται να υποστηρίζει την άποψη ότι η αρχική διακοπή στην ανάκτηση λέξης είναι γνωστικά βασισμένη σε αντιαστολή της αντίληψης. Εντούτοις, μια διαφωνία παραμένει σχετικά με τη φύση του γνωστικού ελλείμματος, είτε ως ένας περιορισμός επεξεργασίας, είτε ως αποτυχία της λεξιλογικής αντιπροσώπευσης (Grober, Buschke, & Kawas, 1985; Schwartz et al, 1979).

(Medical speech-language pathology, σελ. 111)

## 2.4 Σύνταξη

Πολλοί ερευνητές εκθέτουν τη σχετικά άθικτη σύνταξη στην άνοια (Appell et al, 1982; Bayles & Boone, 1982; Opler, 1981; Schwartz et al, 1979; Whitaker, 1976). Εντούτοις, έχουν αναφερθεί συντακτικά λάθη, όπως η απώλεια φράσεων και προτάσεων, καθώς επίσης και η διακοπή των φράσεων και η γραμματική ασυμφωνία (Constantinidis, 1978). Επίσης, ο Irigaray (1967) περιέγραψε τη φτωχή επιλογή ουσιαστικού και τον ανακριβή χρόνο ρήματος σε ασθενείς με τη νόσο του Alzheimer. Εκτός από αυτά τα προβλήματα, φαίνεται ότι η κατανόηση της σύνταξης είναι σχετικά πιο εξασθετισμένη από την παραγωγή (Emery, 1988; Linebarger, Schwartz, & Saffran, 1983). Μια θεωρία για τις διαφορές στην αναφερόμενη συντακτική απόδοση είναι ότι η αυτόματη φύση των συντακτικών δομών δεν απαιτεί πολλή προσοχή από τον ομιλητή και διατηρείται. Με άλλα λόγια, η σύνταξη μπορεί να είναι μια σχετικά αυτόματη γνωστική λειτουργία που συντηρείται στη μέση μιας γενικότερης γνωστικής πτώσης (Kempler, Curtiss, & Jackson, 1987). Ενισχύοντας αυτήν την άποψη, ο Whitaker (1976) παρουσίασε μια περίπτωση μελέτης μιας γυναίκας με σοβαρή άνοια (όχι νόσο του Alzheimer) που διόρθωσε αυθόρμητα τα λάθη της σύνταξης και της φωνολογίας κατά την επανάληψη των προτάσεων, ακόμα κι αν η γλώσσα της περιορίστηκε στην ηχολαλία και ήταν αδιάφορη στις εντολές.

(Medical speech-language pathology, σελ. 112)

## 2.5 Φωνολογία

Φωνολογικά ελλείμματα σε άτομα με άνοια εμφανίζονται σπάνια. Αν και τα λάθη φωνήματος έχουν αναφερθεί σε διάφορες έρευνες, αυτά εμφανίζονται να είναι ενδεικτικά ενός «υψηλότερου» σημασιολογικού ή συντακτικού προβλήματος, και όχι ένα πρόβλημα με μεμονωμένους «λεκτικούς ήχους» ή μορφο-φωνήματα (μεμονωμένες γλωσσικές μονάδες που επισημαίνουν μια αλλαγή στη σημασία).

Εντούτοις, δεν έχει υπάρξει κανένα σταθερό συμπέρασμα για να υποστηρίξει αυτή την πιθανότητα. Ο πίνακας 1 παρέχει μια σύνοψη της γλώσσας και των επικοινωνιακών εξασθενειών που αποδεικνύονται κατά τη διάρκεια κάθε σταδίου της νόσου του Alzheimer.

(Medical speech-language pathology, σελ. 112)

Πίνακας 1 : Αλλαγές στη Γλώσσα και στην Επικοινωνία που εμφανίζονται στη νόσο του Alzheimer.

Αλλαγές	Πρώιμο Στάδιο (Ηπιο)	Μεσαίο Στάδιο (Συγκρατημένο)	Προχωρημένο Στάδιο (Αυστηρό σε βαθύ)
Πραγματολογία	Ο ασθενής έχει δυσκολία να χρησιμοποιεί ονομαστικές αναφορές, να είναι συνεκτικός, να δίνει οδηγίες, να λέει ιστορίες, να κατανοεί το χιούμορ, τον σαρκασμό και τις αναλογίες, να κατανοεί αφηρημένες εκφράσεις και επαγωγικές έννοιες, να κάνει έναρξη συνομιλίας και να διατηρεί το θέμα της	Ο ασθενής καταδεικνύει τη φτωχή χρήση της ονομαστικής αναφοράς, συνοχής, συντήρησης θέματος, ευαισθησία στους συνομιλητικούς συνεργάτες. Εκφράζει λιγότερες ιδέες. Επαναλαμβάνει συχνά ιδέες. Στηρίζεται σε στερεοτυπικές	Έλλειψη συνοχής. Δυσκολία για τη διατήρηση οπτικής επαφής. Έκφραση λίγων έως άσχετων με το θέμα ιδεών. Επιμονή. Η παραγωγή μπορεί να είναι χωρίς νόημα ή παράξενη. Μπορεί να γίνει βουβός.

	<p>συζήτησης.</p> <p>Ασαφής χρήση της γλώσσας.</p> <p>Συχνά αιτήματα για διευκρινήσεις/ επιβεβαίωση.</p>	<p>εκφράσεις.</p>	
Σημασιολογία	<p>Παρουσιάζει δυσκολία στην εύρεση των λέξεων, παραγωγική ονομασία και τις αφηρημένες/ σύνθετες έννοιες.</p> <p>Χρησιμοποιεί πιο συχνά περιφράσεις ή χειρονομίες.</p>	<p>Καταδεικνύει φτωχή ροή λέξεων.</p> <p>Έχει μειωμένο λεξιλόγιο.</p> <p>Αυξάνει τη χρήση των περιφράσεων και χρησιμοποιεί άσχετες αντικαταστάσεις λέξεων.</p> <p>Συχνά χρησιμοποιεί κενό λόγο.</p>	<p>Καταδεικνύει παραφασία, ηχολαλία, φτωχή κατανόηση, σοβαρά εξασθενημένη ονομασία.</p> <p>Χρησιμοποιεί ζαργκοναφασίες και μη νοήμονα λόγο.</p>
Σύνταξη	<p>Κανένα λάθος γενικά.</p>	<p>Περιστασιακά γραμματικά λάθη.</p> <p>Δυσκολία με την κατανόηση των σύνθετων δομών.</p>	<p>Η γραμματική συντηρείται γενικά.</p> <p>Μερικές χρήσεις ελλειπτικών προτάσεων.</p> <p>Μπορεί να χρησιμοποιήσει τμηματικές</p>

			προτάσεις.  Φτωχή κατανόηση των γραμματικών δομών.
Φωνολογία	Κανένα λάθος γενικά.	Κανένα λάθος γενικά.	Πιο συχνά λάθη, αλλά κανένας μη ιθαγενής γλωσσικός συνδυασμός.

(Medical speech-language pathology, σελ. 112)

## Ο ρόλος του Λογοθεραπευτή

Ο ρόλος του λογοθεραπευτή μπορεί να περιλαμβάνει:

- αξιολόγηση και περιγραφή των δεξιοτήτων και των δυσκολιών όσον αφορά την επικοινωνία.
- συμβολή στη διαδικασία της διαφορικής διάγνωσης του συνδρόμου της άνοιας.
- εξακρίβωση στο εάν οι δυσκολίες επικοινωνίας προσκρούουν στο επίπεδο ενός ατόμου με συμπεριφοριστική διαταραχή.
- συμβουλή για τη σίτιση και την κατάποση.
- συμβουλευοντας ή/ και παρέχοντας στον ασθενή εξωτερικές βοήθειες για να τον βοηθήσει στην εύρεση λέξεων και τη μνήμη, παραδείγματος χάριν, βιβλία, ημερολόγια, σημειωματάρια και ρολόγια.
- πληροφορίες και εκπαίδευση για τους ασθενείς και τους φροντιστές για τη νόσο του Alzheimer και πως επιδρά στην επικοινωνία.
- υποστήριξη και συμβουλευτική για τον ασθενή και το φροντιστή.
- συγκεκριμένες συμβουλές στους φροντιστές σχετικά με τις στρατηγικές για τη διευκόλυνση της επικοινωνίας.
- πληροφορίες ή / και παροχή εξωτερικών βοηθειών στην επικοινωνία, όπως οι ιστορίες ζωής, αναπαράσταση ή συμβουλές με κατάλληλες δραστηριότητες για να την ενθάρρυνση της επικοινωνίας.
- συμβουλή για τους τρόπους να προσαρμοστεί η καθημερινή ρουτίνα, έτσι ώστε να ενθαρρύνει την επικοινωνία.
- βοηθώντας το σχέδιο για το μέλλον, παραδείγματος χάριν, όσον αφορά νομικό και οικονομικό σχεδιασμό.

- παραπέμποντας τους φροντιστές και τους ασθενείς προς άλλες αρμόδιες αντιπροσωπείες, και νομικές και εθελοντικές για περαιτέρω υποστήριξη και συμβουλές.
- συμβουλές για τους φροντιστές, παραδείγματος χάριν, για ημερήσια φροντίδα, για οικιακή φροντίδα και για φροντίδα ιδιωτικών κλινικών σχετικά με την επικοινωνία.
- πραγματοποίηση συνεδριών ομαδικής θεραπείας για τους ασθενείς ή / και τους φροντιστές, παραδείγματος χάριν, ομάδες δραστηριοτήτων, ενημέρωσης και στήριξης.
- εκπαίδευση των φροντιστών σχετικά με την επικοινωνία, τη σίτιση και την κατάποση.
- διευκόλυνση των ασθενών και των φροντιστών με τα προβλήματα επικοινωνίας για να εκφράσουν τις απόψεις τους σχετικά με την τρέχουσα ή μελλοντική θεραπεία ή την περίθαλψή τους.

(Communication disability in the dementias)

### 3 Αρχές και Μέθοδοι Λογοθεραπευτικής Παρέμβασης

#### σε ασθενείς με Άνοια

Όσον αφορά την αντιμετώπιση της άνοιας, υπάρχουν θεραπευτικές παρεμβάσεις οι οποίες είναι προσανατολισμένες στον ασθενή (είτε είναι ατομικές, είτε ομαδικές),θεραπευτικές παρεμβάσεις οι οποίες είναι προσανατολισμένες στον φροντιστή, και συνδυαστικές θεραπευτικές παρεμβάσεις οι οποίες είναι προσανατολισμένες και στον ασθενή και στον φροντιστή.

#### 3.1 Ατομικές θεραπευτικές παρεμβάσεις προσανατολισμένες στον ασθενή

##### Χωρισμένη κατά διαστήματα κατάρτιση ανάκτησης (spaced-retrieval training/srt )

Η χωρισμένη κατά διαστήματα κατάρτιση ανάκτησης (SRT) είναι μια τεχνική που χρησιμοποιείται για να διδάξει νέες και ξεχασμένες πληροφορίες και συμπεριφορές σε ασθενείς με άνοια. Στην SRT, δίνεται στον ασθενή ένα μέρος μιας πληροφορίας και μετά του ζητείται να ανακαλέσει εκείνη την πληροφορία, επαναλαμβανόμενα και συστηματικά με την πάροδο του χρόνου. Τα διαστήματα χειρίζονται για να διευκολύνουν την παραγωγή ενός μεγάλου αριθμού των σωστών απαντήσεων στην ερώτηση ερεθισμάτων και τη διατήρηση των πληροφοριών κατά τη διάρκεια των όλο και περισσότερο μακρύτερων χρονικών περιόδων. Η SRT θεωρείται ότι απαιτεί λίγη γνωστική προσπάθεια (Schacter, Rich & Stamp, 1985) και μπορεί να εμφανιστεί χωρίς ο ασθενής να έχει ρητή ανάκληση της κατάστασης κατάρτισης. Επίσης, επειδή η δύναμη της ένωσης μεταξύ των εννοιών στη σημασιολογική μνήμη εξαρτάται από το πόσο συχνά ενεργοποιούνται, με το να τις φέρνουμε επανειλημμένα στη συνείδηση, αυτές οι ενώσεις θα οδηγήσουν στην αυξανόμενη δυνατότητα πρόσβασής τους (Bayles & Tomoeda, 1997). Επομένως, η SRT περιλαμβάνει την ενίσχυση των ενώσεων, την αύξηση της εμπιστοσύνης στην υπονοούμενη έκφραση μνήμης(Camp, Foss, O'Hanlon & Stevens, 1996) και τη μείωση των απαιτήσεων στην επεισοδιακή και λειτουργική μνήμη.

(Language intervention strategies in aphasia and related neurogenic communication disorders, σελ.996)

Οι κλινικοί γιατροί μπορούν να χρησιμοποιήσουν την SRT για να διδάξουν στα άτομα με άνοια νέες πληροφορίες και χρήσιμες συμπεριφορές. Ο Camp και οι συνάδελφοί του (1996) αξιολόγησαν την αποτελεσματικότητα της SRT για να διδάξουν την ημερολογιακή χρήση, για τη βελτίωση της ενδεχόμενης απόδοσης μνήμης. Επίσης ενδιαφέρων σε αυτούς τους ερευνητές ήταν εάν τα αποτελέσματα της ημερολογιακής επέμβασης θα διατηρούνταν τουλάχιστον 6 μήνες μετά από την εκπαίδευση. Οι θεραπευτικές συνεδρίες διάρκεσαν περίπου 30 λεπτά και συνεχίστηκαν για 10 εβδομάδες. Κάθε συνεδρία άρχιζε με τη γρήγορη ερώτηση «Πως θα θυμάστε τι να κάνετε κάθε μέρα;» Ο συμμετέχων έπρεπε να απαντήσει «Θα δω στο ημερολόγιό μου.» για να είναι σωστός. Εάν η απάντηση ήταν σωστή, μια καθυστέρηση ακολουθούσε από μια άλλη δοκιμή ανάκλησης. Εάν η απάντηση ήταν λάθος σε οποιαδήποτε δοκιμασία, ο πειραματιστής έδινε τη σωστή απάντηση και έπειτα αμέσως επαναλάμβανε τη γρήγορη ερώτηση. Όταν ο συμμετέχων μπορούσε να θυμηθεί τη στρατηγική μετά από μιας εβδομάδας παρέμβαση, η SRT τερματιζόταν.

Μόλις η ημερολογιακή κατάρτιση ήταν επιτυχής, παραχωρούνταν 5 εβδομάδες πρόσθετης θεραπείας, με μια συνεδρία την εβδομάδα, για να διδάξουν στον κάθε ασθενή να ολοκληρώνει δύο υποχρεώσεις σε κάθε σελίδα του καθημερινού του ημερολογίου. Κατά αυτόν τον τρόπο, οι ερευνητές ήταν σε θέση να διδάξουν την εφαρμογή της ικανότητας του ημερολογίου και να αξιολογήσουν τη χρησιμότητά του στη βοήθεια της απόδοσης των ενδεχόμενων στόχων μνήμης στην καθημερινή ζωή.

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα άτομα με ήπια, μέτρια και βαριά άνοια ήταν σε θέση να ανακαλέσουν την ημερολογιακή στρατηγική κατά τη διάρκεια της περιόδου μιας εβδομάδας και μερικοί συμμετέχοντες χρησιμοποίησαν το ημερολόγιο για να θυμηθούν να εκτελέσουν τους καθημερινούς στόχους. Αν και οι συμμετέχοντες δεν εκτέλεσαν με συνέπεια τους στόχους κάθε ημέρα, παρουσίασαν βελτίωση στη χρήση του ημερολογίου για να εκτελέσουν την πλειοψηφία των σημειωμένων στόχων. Οι εξαμηνιαίες επισκέψεις που ακολούθησαν έδειξαν ότι η ημερολογιακή χρήση συνεχίστηκε καλά μετά το πέρας της μελέτης.

Οι McKittrick, Camp και Black (1992) πραγματοποίησαν επίσης μια μελέτη στην οποία στόχος ήταν η ενδεχόμενη μνήμη. Συμμετείχαν τέσσερα άτομα με ήπια προς

μέτρια άνοια. Οι συνεδρίες γίνονταν μια φορά εβδομαδιαία και περιελάμβαναν λεκτικά θέματα διδασκαλίας και μηχανικές απαντήσεις απαραίτητες για να εξαγοράσουν οι συμμετέχοντες ένα δελτίο για χρήματα. Η SRT χρησιμοποιήθηκε για να διδάξει αρχικά στους συμμετέχοντες μια λεκτική απάντηση στη γρήγορη ερώτηση «Τι θα κάνετε όταν έρθω την επόμενη εβδομάδα;» («Θα σας δώσω το [ροζ] κουπόνι»). Η μηχανική απάντηση συνοδευόταν από το να διάλεγε ο εξεταζόμενος το σωστό δελτίο και να το έδινε στον εξεταστή. Για να ήταν η δοκιμασία επιτυχής, ο συμμετέχων έπρεπε να δώσει το δελτίο στον εξεταστή στην έναρξη της συνεδρίας της επόμενης εβδομάδας. Σε αντάλλαγμα, στο συμμετέχοντα δίνονταν ένα δολάριο. Ως κριτήριο για τις επιτυχίες εκπαίδευσης υπήρχαν διαφορετικά χρωματισμένα δελτία.

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι άτομα με τη νόσο του Alzheimer θα μπορούσαν να μάθουν να εκτελούν έναν στόχο μετά από εντατική κατάρτιση. Τρεις από τους συμμετέχοντες χρειάστηκαν μόνο μια συνεδρία θεραπείας, ενώ ένας από τους συμμετέχοντες χρειάστηκε πέντε συνεδρίες εξάσκησης. Δύο από τους συμμετέχοντες, που είχαν τα χαμηλότερα γνωστικά λειτουργικά αποτελέσματα, απέδωσαν πραγματικά καλύτερα στο στόχο από τους δύο με τα υψηλότερα αποτελέσματα. Αυτή η εύρεση προτείνει ότι το επίπεδο γνωστικής λειτουργίας μπορεί να μην είναι ο μόνος προάγγελος της απόδοσης στο στόχο της SRT και ότι η αυστηρότερη δυσλειτουργία μνήμης δεν αποτρέπει την εκμάθηση μερικών τύπων πραγματικών και διαδικαστικών πληροφοριών.

Επίσης και άλλες λειτουργικές πληροφορίες έχουν διδαχτεί σε άτομα με άνοια, χρησιμοποιώντας την SRT. Οι Vanhalle, Van der Linden, Belleville και Gilbert (1998) χρησιμοποίησαν την SRT για να διδάξουν την αντιστοιχία προσώπου-ονόματος σε έναν ασθενή με άνοια. Αν και διαπίστωσαν ότι ο ασθενής επηρεάστηκε από τη δυναμική παρέμβαση, η τεχνική SRT ήταν επιτυχής στο να διδάξει τον ασθενή να ανακαλεί νέα ονόματα.

Η SRT μπορεί να εφαρμοστεί στα πλαίσια άλλων δραστηριοτήτων, όπως οι συνεδρίες λογοθεραπείας. Για να καταδείξουν τη χρησιμότητα της SRT σε αυτό το πλαίσιο, ο Brush και ο Camp (1998) πραγματοποίησαν μια μελέτη με εννέα συμμετέχοντες: επτά ασθενείς με ελλείμματα μνήμης ως αποτέλεσμα της άνοιας και δύο ασθενείς με διαταραχές μνήμης ως αποτέλεσμα εγκεφαλικού επεισοδίου. Ο στόχος ήταν να αξιολογηθεί η επίδραση της SRT στους ασθενείς με τη διαταραγμένη μνήμη

διαφορετικών αιτιολογιών και να εξεταστεί η εφαρμογή της SRT μέσα σε λογοθεραπευτική συνεδρία.

Δίδαξαν τρεις πληροφορίες σε κάθε συμμετέχοντα: το όνομα του θεραπευτή, ένα προσωπικό γεγονός που θεωρήθηκε σημαντικό στο άτομο (π.χ. γενέθλια της συζύγου) και μια αντισταθμιστική τεχνική που ασκούταν στις συνεδρίες λογοθεραπείας (π.χ. η χρήση δυνατότερης φωνής, η περιγραφή ενός αντικειμένου που δεν είμαστε σε θέση να το ονομάσουμε). Η επιτυχής ανάκληση των πληροφοριών στην αρχή δύο διαδοχικών συνεδριών ήταν το κριτήριο για την ολοκλήρωση της SRT για κάθε πληροφορία. Οι τρεις πληροφορίες διδάχτηκαν διαδοχικά.

Πέντε από τους συμμετέχοντες με την άνοια ολοκλήρωσαν τη μελέτη. Όλοι έμαθαν τις τρεις πληροφορίες αλλά είχαν ποικίλα επίπεδα ανάκλησης των πληροφοριών σε 4 εβδομάδες μετά τη θεραπεία. Οι δύο ασθενείς που είχαν υποστεί τα εγκεφαλικά επεισόδια επίσης επιτυχώς ολοκλήρωσαν τη μελέτη και κατέδειξαν τη συνεπή ανάκληση των πληροφοριών στον τεσσάρων εβδομάδων ακόλουθο έλεγχο.

Οι προαναφερθείσες μελέτες περιλήφθηκαν σε μια συστηματική αναθεώρηση της βιβλιογραφίας της SRT που διευθύνθηκε από τον Hopper και τους συναδέλφους (2005). Οι ερευνητές αναθεώρησαν 15 μελέτες που κρίθηκαν για να παρέχουν τα ερευνητικά στοιχεία κατηγορίας II και III για την SRT με τους ανθρώπους που έχουν τη νόσο του Alzheimer ή μια σχετική άνοια. Συμπερασματικά, η χρήση της SRT για να διδάξει τις αντισταθμιστικές στρατηγικές που ενισχύουν την επικοινωνία είναι μια ελπιδοφόρος τεχνική για τους λογοθεραπευτές. Αν και οι ασθενείς δεν μπορούν να θυμηθούν τα συγκεκριμένα επεισόδια της εκμάθησης, μπορούν να παρουσιάσουν μια αύξηση στον αριθμό σωστών απαντήσεων και να εκθέσουν μια αλλαγή στην εκπαιδευόμενη συμπεριφορά.

(Language intervention strategies in aphasia and related neurogenic communication disorders, σελ.997)

**✚ Χρήση αισθητήριας υποκίνησης που προκαλεί θετική μνήμη, δράση και συγκίνηση ενός γεγονότος.**

Η παροχή αισθητήριας υποκίνησης που προκαλεί θετική μνήμη, δράση και συγκίνηση ενός γεγονότος είναι μια σημαντική αρχή στη διαχείριση των ατόμων με άνοια. Συχνά, στους ανθρώπους με τη νόσο του Alzheimer στο μέτριο έως προχωρημένο στάδιο, δίνονται λούτρινα ζωάκια ως συντροφιά ή διακόσμηση στα δωμάτιά τους. Τα αποτελέσματα διάφορων περιπτωσιολογικών μελετών και εκθέσεων υποστηρίζουν τη χρήση τέτοιων ερεθισμάτων για να βελτιώσουν τον επικοινωνιακό ρόλο των ατόμων με τη νόσο του Alzheimer. Οι Bailey, Gilbert και Herweyer (1992) παρατήρησαν βελτίωση στα επίπεδα επαγρύπνησης, αύξηση του γέλιου και μείωση της διαταραχής όταν δόθηκαν σε τέσσερις ασθενείς με τη νόσο του Alzheimer κούκλες και λούτρινα ζωάκια. Άλλοι ερευνητές έχουν σημειώσει παρόμοιες εκβάσεις (Francis & Baly, 1986 Milton & MacPhail, 1985).

Σε ένα ενιαίο υπαγόμενο πείραμα, οι Hopper, Bayles και Tomoeda (1998) έδειξαν ότι η χρήση των ερεθισμάτων των παιχνιδιών βελτίωσε την ποσότητα και την ποιότητα της γλώσσας που παράχθηκε από τέσσερις γυναίκες με μέτρια προς συγκρατημένα αυστηρή άνοια. Σε απάντηση στα ερωτήματα, οι γυναίκες παρήγαγαν περισσότερες μονάδες πληροφοριών, όταν τα ερεθίσματα των παιχνιδιών ήταν παρόντα από όταν ήταν απόντα. Τα αποτελέσματα προσφέρουν υποστήριξη στη χρήση των απτών ερεθισμάτων, που εξατομικεύεται σύμφωνα με τις προτιμήσεις του καθενός, για την προσπάθεια να βελτιωθεί η συνομιλία και η κοινωνική αλληλεπίδραση.

(Language intervention strategies in aphasia and related neurogenic communication disorders, σελ. 999)

### **Η αποτελεσματικότητα εξατομικευμένων αναμνήσεων βίντεο και φωτογραφιών στα άτομα με άνοια.**

Η παρέμβαση αναμνήσεων είναι αποτελεσματική για την αύξηση του αυτοσεβασμού και τη μείωση των συμπεριφοριστικών διαταραχών στα άτομα με άνοια. Αυτό το έγγραφο εισάγει την έννοια ενός «εξατομικευμένου βίντεο αναμνήσεων και φωτογραφιών» ως κατάλληλη μέθοδο για την επέμβαση αναμνήσεων. Χρησιμοποιείται ένα βίντεο slideshow προσωπικών φωτογραφιών με αφήγηση, μουσικό υπόβαθρο και οπτικά αποτελέσματα ζουμ. Μια ομάδα 15 ατόμων με άνοια παρακολούθησαν προσωποποιημένες αναμνήσεις βίντεο και φωτογραφιών, καθώς επίσης και δύο τύπους TV show: ένα show με διάφορα θέματα και ένα δελτίο ειδήσεων. Ογδόντα τοις εκατό των ατόμων (12 από τους 15) παρουσίασαν περισσότερη προσοχή στο εξατομικευμένο βίντεο αναμνήσεων και φωτογραφιών απ' ό,τι στους άλλους δύο τύπους των TV show, προτείνοντας κατά συνέπεια την αποτελεσματικότητα των εξατομικευμένων βίντεο αναμνήσεων και φωτογραφιών για την αναμνήστικη παρέμβαση.

### **Αποτελέσματα τεσσάρων ετών άσκησης, γλώσσας, και κοινωνικών επεμβάσεων στην ομιλία των ατόμων με Alzheimer.**

Αυτή η έρευνα αναφέρεται σε ένα άρθρο που περιγράφει ένα σημαντικό γνωστικό και γλωσσικό πρόγραμμα παρέμβασης για ασθενείς με ήπια προς μέτρια ασθένεια του Alzheimer. Στους ασθενείς αυτούς παρέχονταν εξασκημένες δεξιότητες επικοινωνίας στα πλαίσια της ενίσχυσης της υγείας και της εκτίμησης και οικοδόμησης σε κοινοτικό επίπεδο δραστηριοτήτων: ικανότητα φυσικής εξάσκησης και εποπτευμένη εθελοντική εργασία. Οι παρεμβάσεις αντιμετωπίστηκαν από προπτυχιακούς σπουδαστές που ολοκλήρωσαν ακαδημαϊκή εργασία, έλαβαν την επίβλεψη της σχολής και κέρδισαν τρεις πιστώσεις για ένα εξάμηνο συμμετοχής. Τα αποτελέσματα των παρεμβάσεων στην ομιλία τεσσάρων συμμετεχόντων που συμπλήρωσαν και τα 4 έτη του προγράμματος αναφέρονται λεπτομερώς στο άρθρο. Η διατηρημένη ή

βελτιωμένη απόδοση στα πολλαπλάσια μέτρα έκβασης της ομιλίας παρέχει ισχυρή λογική για να κάνει τέτοιες παρεμβάσεις ευρύτερα διαθέσιμες και παρέχει προκαταρκτική υποστήριξη για την αποτελεσματικότητά τους στη συντήρηση της επικοινωνιακής λειτουργίας. Προτείνεται ένας πρόσθετος ρόλος για τους λογοθεραπευτές, σαν εκπαιδευτές και επόπτες των μη επαγγελματιών συνεργατών για τα άτομα με άνοια. Εκβάσεις μάθησης: Από αυτό το άρθρο, οι συμμετέχοντες θα είναι σε θέση (1) να κατατάξουν τους συγκεκριμένους γλωσσικούς στόχους που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να αξιολογήσουν την ομιλία στα άτομα με τη νόσο του Alzheimer (2) να προσδιορίσουν διάφορες γνωστικές και γλωσσικές παρεμβάσεις κατάλληλες για τη χρήση σε ασθενείς που έχουν τη νόσο του Alzheimer και (3) να καταλάβουν πως οι μακροπρόθεσμες γνωστικές και γλωσσικές παρεμβάσεις μπορούν να έχουν επιπτώσεις στη γλωσσική απόδοση των ατόμων με τη νόσο του Alzheimer.

## 3.2 Ομαδικές θεραπευτικές παρεμβάσεις προσανατολισμένες στον ασθενή

### Προγράμματα συστατικής θεραπείας (Montessori, Breakfast Club)

Ένα πρόγραμμα που είναι βασισμένο σε αρκετές από τις προαναφερθείσες αρχές επεξεργασίας και που κεφαλαιοποιεί την εμπειρία ζωής των ατόμων με τη νόσο του Alzheimer είναι το Montessori, που βασίζεται στην παρέμβαση που αναπτύσσεται και που περιγράφεται από τον Camp και τους συναδέλφους του (1997). Οι δραστηριότητες Montessori αναπτύχθηκαν αρχικά για τα παιδιά και περιλαμβάνουν υλικά και στόχους που απαιτούν την ενεργό συμμετοχή. Η χρήση του προγράμματος Montessori προωθεί την εκμάθηση μέσω διαδικαστικών διαδικασιών μνήμης, χρησιμοποιεί συγκεκριμένα καθημερινά ερεθίσματα για να διευκολύνει τη δράση και τη μνήμη και μειώνει τις απαιτήσεις στην επεισοδιακή και λειτουργική μνήμη με τη χρήση των δομημένων στόχων και της επανάληψης.

Ο Camp και οι συνάδελφοί του (1997) περιέγραψαν το πρόγραμμα Montessori μεταξύ γενεών, δηλαδή μεταξύ των ατόμων με άνοια και παιδιών και των θετικών αποτελεσμάτων από μια πειραματική μελέτη. Στη μελέτη, οι ενήλικοι και τα παιδιά αντιστοιχήθηκαν σύμφωνα με το γνωστικό επίπεδο, με τον ενήλικα να είναι πιο προηγμένος γνωστικά από το παιδί. Αυτή η ένωση επέτρεψε στον ενήλικα να ενεργήσει ως σύμβουλος και δάσκαλος στο παιδί κατά τη διάρκεια των δραστηριοτήτων Montessori (π.χ. ταίριασμα, ταξινόμηση, ανάγνωση με δυνατή φωνή). Το αρχικό μέτρο ενδιαφέροντος ήταν η «αποδέσμευση». Η αποδέσμευση ορίστηκε ως ξόδεμα χρόνου στο διάστημα τουλάχιστον 10 δευτερολέπτων (Camp & Brush, 1998). Χρησιμοποιήθηκαν πέντε μικρά διαστήματα παρατήρησης στα στοιχεία αρχείων για να καταγράψουν τον χρόνο που τα άτομα με τη νόσο του Alzheimer αποσυνδέθηκαν. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι όταν συνεργάζονταν οι ενήλικοι με τα παιδιά, δεν παρατηρήθηκε καμία περίπτωση αποδέσμευσης, σε αντίθεση με τις φορές που δεν συνεργάζονταν οι ενήλικοι με τα παιδιά και τα επεισόδια της αποδέσμευσης ήταν συχνά.

Ο Camp και ο Brush (1998) υπέβαλαν έκθεση επίσης σχετικά με τη χρήση των στόχων των τύπων του Montessori στις δραστηριότητες ομάδας για τα άτομα με άνοια σε εγκαταστάσεις ειδικευμένες στην περιποίησης. Σε αυτές τις δραστηριότητες ομάδας, η δέσμευση ήταν ένα αρχικό μέτρο έκβασης επεξεργασίας. Οι ερευνητές συνέλεξαν τα στοιχεία του χρόνου που ξόδεψαν τα άτομα στην ενεργό δέσμευση (που ορίστηκαν ως η λεκτική ή η μηχανική δραστηριότητα που εστίασε στο περιβάλλον) και την παθητική δέσμευση (που ορίζεται ως η παθητική παρατήρηση του τι γίνεται στο περιβάλλον) κατά τη διάρκεια των δραστηριοτήτων Montessori και σύγκριναν εκείνες τις περιπτώσεις με το χρόνο που ξοδεύτηκε ενεργά και παθητικά κατά τη διάρκεια των κανονικών δραστηριοτήτων ημερήσιας φροντίδας των ενηλίκων. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα άτομα που συμμετέχουν στο Montessori ομαδοποιούσαν τις δραστηριότητες και ήταν πιο ενεργά δεσμευμένα από εκείνοι που συμμετείχαν στον κανονικό προγραμματισμό.

Οι Mahendra, Hopper, Bayles, Azuma, Cleary και Kim (2006) διεύθυναν μια συστηματική αναθεώρηση των τεχνικών Montessori που διεύθυνε ατομικά και σε ομάδες άτομα με άνοια. Πέντε μελέτες ικανοποίησαν τα κριτήρια για το συνυπολογισμό στην αναθεώρηση και κρίθηκαν κατάλληλα για να παρέχουν τα στοιχεία κατηγορίας II και III για τη χρήση του προγράμματος Montessori στα άτομα με τη νόσο του Alzheimer ή σχετική άνοια.

Σε έναν άλλο τύπο προγράμματος συστατικής θεραπείας, οι Santo Pietro και Boczko (1998) σύγκριναν την αποτελεσματικότητα της διαφορετικής θεραπείας ομάδων για άτομα με τη νόσο του Alzheimer. Οι εκβάσεις μιας ομάδας επικοινωνιακής θεραπείας αποκαλούμενης «Breakfast Club» συγκρίθηκαν με εκείνους της «τυποποιημένης» ομάδας συνομιλητικής θεραπείας. Τέσσερις ομάδες των ατόμων με μέτρια νόσο του Alzheimer συμμετείχαν στο Breakfast Club, 5 ημέρες την εβδομάδα για 12 εβδομάδες και τέσσερις αντιστοιχημένες ομάδες ελέγχου συμμετείχαν στις ομάδες συνομιλίας στην ίδια συχνότητα και διάρκεια.

Οι δραστηριότητες στο Breakfast Club βασίστηκαν στη διευκόλυνση της διαδικαστικής μνήμης, την υποκίνηση των θετικών συγκινήσεων και την ενίσχυση των ενώσεων και περιέλαβαν ένα πρωτόκολλο 10 βημάτων για να διευκολύνουν την επικοινωνία. Τα θέματα σχετικά με το πρωινό εισήχθησαν και τα μέλη ομάδας ασχολήθηκαν με το γνωστό στόχο να διαλέξουν και να ετοιμάσουν ένα πρόγευμα.

Ένας νοσοκομειακός γιατρός «διευκόλυνε» τη συνομιλία χρησιμοποιώντας οπτικά συνθήματα, σημασιολογικές ενώσεις και ερωτήσεις «ζευγαρώνω την επιλογή» κατά τη διάρκεια της προετοιμασίας γεύματος, την ώρα που έτρωγαν και την ώρα που συμμάζευαν.

Τα άτομα στην ομάδα συνομιλίας ελέγχου κάθισαν σε ένα τραπέζι με έναν νοσοκομειακό γιατρό που διευκόλυνε τη συνομιλία, εισάγοντας ένα θέμα για τη συζήτηση. Η γλώσσα αποσπάστηκε χρησιμοποιώντας ανοιχτές ερωτήσεις, ταξινομημένες κατά ζεύγος επιλογές και οπτικές υπαγορεύσεις μιας λέξης κλειδί. Η κοινωνική συνομιλία ενθαρρύνθηκε κατά τη διάρκεια του χαιρετισμού και όταν κάποιος άφηνε τη συζήτηση.

Οι διαφορές των ομάδων συγκρίθηκαν πριν και μετά τη θεραπεία χρησιμοποιώντας αποτελέσματα από το Arizona Battery for Communication Disorders of Dementia (Bayles & Tomoeda, 1993) και από το Communication Outcome of Communicative and Functional Independence Scale (COMFI Santo Pietro & Boczko, 1997). Μια κλίμακα εκτίμησης με 20 στοιχεία αφορούσε τη γνώση, την ψυχολογική συμπεριφορά, την επικοινωνία και τη συνομιλία και τη χρονική ανεξαρτησία γεύματος. Επίσης, συγκρίθηκε ο αριθμός γεγονότων «της διαγώνιας συνομιλίας» μεταξύ των μελών μέσα σε μια ομάδα. Η διαγώνια συνομιλία ορίστηκε ως οποιαδήποτε έκφραση μεταξύ ενός μέλους ομάδας και άλλου και χρησιμοποιήθηκε ως μέτρο της κοινωνικής συνειδητοποίησης και της επικοινωνιακής δυνατότητας. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα άτομα στο Breakfast Club εξέθεσαν σημαντικά βελτιωμένες γλωσσικές δεξιότητες, βελτιωμένη λειτουργική ανεξαρτησία και αύξησαν τη χρήση της διαγώνιας συνομιλίας σε σύγκριση με τα μέλη στις τυποποιημένες ομάδες συνομιλίας που δεν παρουσίασαν καμία βελτίωση σε οποιοδήποτε μέτρο. Σημειώθηκαν διάφορες άλλες βελτιώσεις για τους συμμετέχοντες του Breakfast Club, συμπεριλαμβανομένου του αυξανόμενου ενδιαφέροντος και της συμμετοχής στις χρονικές δραστηριότητες γεύματος.

Οι πολύπλευρες προσεγγίσεις που κρύβονται κάτω από τις δραστηριότητες της ομάδας Montessori και του Breakfast Club ήταν αποτελεσματικές στην προώθηση της σημαντικής αλλαγής στις γνωστικές και επικοινωνιακές δυνατότητες των ατόμων με ήπια έως μέτρια νόσο του Alzheimer. Οι περισσότεροι ερευνητές έχουν ευνοήσει τις διαδικασίες και τα προγράμματα που εστιάζουν στις σχετικά συντηρημένες

δεξιότητες και δεν έχουν προσπαθήσει να υποκινήσουν άμεσα τις γνωστικές διαδικασίες που εξασθενίζουν οι ασθένειες της άνοιας. Εντούτοις, κάποια πρόσφατη έρευνα παρέχει ενθάρρυνση για προγράμματα γνωστικής-υποκίνησης.

(Language intervention strategies in aphasia and related neurogenic communication disorders, σελ.999-1000)

### **Η επίδραση της μουσικοθεραπείας στη λειτουργία της γλώσσας στην άνοια.**

Άνοιες όπως η νόσος του Alzheimer περιλαμβάνουν μια προοδευτική επιδείνωση της γλωσσικής λειτουργίας. Ενώ κάποιοι ερευνητές αναφέρουνε μια αύξηση στην αυτοέκφραση των ασθενών που ακολουθούν μουσικοθεραπεία, δεν είναι εμφανές αν αυτές οι αλλαγές συγκεκριμένα αντανακλούν βελτιωμένες γλωσσικές δεξιότητες ή αν η απλή διαπροσωπική αλληλεπίδραση με τον θεραπευτή είναι υπεύθυνη για τη βελτίωση. Στη μελέτη αυτή, οι επιδράσεις της μουσικοθεραπείας συγκρίθηκαν με τις συνεδρίες συζήτησης στις γλωσσικές λειτουργίες των ασθενών με άνοια. Οι συμμετέχοντες επιλέχθηκαν σύμφωνα με τα ακόλουθα κριτήρια: α) να κατοικούν σε μία εγκατάσταση ειδικευμένη στο Alzheimer και άλλες δυσλειτουργίες, β) να κατέχουν επαρκή λεκτική ικανότητα για να απαντούν σε απλές ερωτήσεις και να συμμορφώνονται με τα αιτήματα για να μιλήσουν, να συμμετάσχουν ή να καθίσουν κάτω και γ) να επιτύχουν τη γραπτή συναίνεση του κηδεμόνα ή του εκπροσώπου του ασθενούς. Όλοι οι συμμετέχοντες παρακολούθησαν μουσικοθεραπεία 2 φορές την εβδομάδα για τουλάχιστον 3 μήνες πριν από την έναρξη της μελέτης. Μια εβδομάδα πριν από την έναρξη της μελέτης, οι συμμετέχοντες αξιολογήθηκαν για τις γνωστικές λειτουργίες τους χρησιμοποιώντας το Mini-Mental State Examination (MMSE) και για τη γλωσσική τους ικανότητα το Western Aphasia Battery (WAB). Χρησιμοποιήθηκε ένας σχεδιασμός με σειρά κατάστασης (ομάδα μουσικής ή διαλόγου πρώτα) που αντισταθμίστηκε μεταξύ των συμμετεχόντων. Οι συμμετέχοντες ήταν σε ομάδες των 2 έως 4 ατόμων, 2 φορές την εβδομάδα για 20-30 λεπτά για ένα σύνολο 8 συνεδριάσεων (4 συνεδρίες μουσικοθεραπείας και 4 συζήτησης ή ανάποδα) και ξανακάνανε το τεστ WAB στο τέλος κάθε δεύτερης

εβδομάδας (4 συνεδρίες). Τα αποτελέσματα των 20 συμμετεχόντων αποκάλυψαν ότι η μουσικοθεραπεία βελτίωσε σημαντικά την απόδοση σε γλωσσικό περιεχόμενο, αλλά και την ευχέρεια του αυθόρμητου λόγου υπό κλίμακα του WAB ( $p = .01$ ). Ενώ η διαφορά σε συνολικό πηλίκιο αφασίας (AQ) για τη μουσικοθεραπεία και τη συνεδρία συζήτησης (AQ=76 έναντι 70 αντίστοιχα) δεν έφτασε σε κάποια στατιστική σημασία, πληροφορίες ήταν διαθέσιμες για 10 συμμετέχοντες (5 για κάθε κατάσταση). Ελπίζουμε πως αυτά τα ευρήματα θα προωθήσουν περαιτέρω έρευνα για τη χρήση μουσικοθεραπευτικών παρεμβάσεων στους ασθενείς με άνοια, αφού μπορεί να προσφέρει μη επεμβατικό μηχανισμό για να ενισχύσει την επικοινωνία μεταξύ των ασθενών και των ατόμων που τους φροντίζουν.

#### **Κεφαλαιοποίηση στις διαδικασίες διαχωρισμού της μνήμης κατά διαστήματα**

Οι προσεγγίσεις επεξεργασίας που επισύρουν την προσοχή στις διατεθειμένες δυνατότητες, συγκεκριμένα στις διαδικαστικές δεξιότητες μνήμης, έχουν αποδειχθεί ότι είναι αποτελεσματικές, όταν χρησιμοποιούνται σε άτομα με τη νόσο του Alzheimer. Οι Zanetti, Binetti, Magni, Rozzini, Bianchetti και Trabucchi (1997) αξιολόγησαν τα αποτελέσματα της διαδικαστικής μνήμης στην απόδοση των καθημερινών δραστηριοτήτων της ζωής των ατόμων με ήπια προς μέτρια νόσο του Alzheimer. Δέκα άτομα με τη νόσο του Alzheimer εκπαιδεύθηκαν για να εκτελέσουν διαφορετικές βασικές και οργανικές δραστηριότητες που κάνουν καθημερινά στη ζωή τους, όπως το να πλύνουν το πρόσωπό τους και να χρησιμοποιήσουν το τηλέφωνο. Επιλέχθηκαν είκοσι δραστηριότητες για τη θεραπεία και τα άτομα χωρίστηκαν σε δύο σύνολα. Για πάνω από 3 εβδομάδες, πέντε ασθενείς εκπαιδεύθηκαν στο πρώτο σύνολο των 10 δραστηριοτήτων, και οι άλλοι πέντε ασθενείς εκπαιδεύθηκαν στις δραστηριότητες στο δεύτερο σύνολο. Οι περίοδοι άσκησης ήταν δομημένες έτσι ώστε η απόδοση να εξαρτιόνταν από τις διαδικασίες παρά τις επεισοδιακές διαδικασίες της μνήμης (Zanetti et al., 1997). Συγκεκριμένα, λεκτικά συνθήματα και υπαγορεύσεις παρήχθησαν κατά τη διάρκεια των στόχων και οι ασθενείς δεν κλήθηκαν να θυμηθούν πώς να εκτελέσουν οποιοδήποτε στόχο. Καταγράφηκε ο χρόνος που λήφθηκε για τους ασθενείς και τις ομάδες, για να εκτελέσουν τις εκπαιδευμένες και

ανεκπαιδευτες δραστηριότητες. Άλλα μέτρα έκβασης περιέλαβαν την απόδοση στις νευροψυχολογικές εκτιμήσεις, συμπεριλαμβανομένων των δοκιμών της ικανότητας εκμάθησης, της ολοκλήρωσης λέξης και της εκμάθησης «ταιριάζω τα ζεύγη» (μια δοκιμή της επεισοδιακής μνήμης). Αυτά τα μέτρα δόθηκαν στην αρχή και στο τέλος του θεραπευτικού προγράμματος.

Μετά από 3 εβδομάδες της κατάρτισης, οι ασθενείς εκτέλεσαν τους εκπαιδευόμενους στόχους σε σημαντικά λιγότερο χρόνο από ότι έκαναν στη βασική δοκιμή. Παρουσίασαν επίσης σημαντική βελτίωση στο χρόνο που λήφθηκε για να εκτελέσουν ανεκπαιδευτους στόχους. Δεν λήφθηκε καμία σημαντική διαφορά μεταξύ των αποτελεσμάτων στις νευροψυχολογικές δοκιμές που αντιμετωπίστηκαν πριν και μετά από την επεξεργασία, αν και αναφέρθηκε μια στατιστική τάση για τη βελτίωση των ασθενών στις λεξικολογικές δοκιμές για τις ρίζες των λέξεων. Αν και περιορίζονται από την απουσία μιας ομάδας ελέγχου, αυτά τα προκαταρκτικά αποτελέσματα παρέχουν τα στοιχεία ότι η εκπαίδευση των καθημερινών δραστηριοτήτων που στρέφεται στις μηχανικές ή τις διαδικαστικές πτυχές των στόχων μπορεί να είναι μια αποτελεσματική τεχνική για την απόδοση των ατόμων με τη νόσο του Alzheimer. Η βελτίωση στους ανεκπαιδευτους στόχους μπορεί να είχε προκύψει από τη γενίκευση από τις εκπαιδευμένες δραστηριότητες, αν και τα αποτελέσματα της πρακτικής μπορεί να είχαν συμβάλει για να βελτιώσουν την απόδοση.

Μια άλλη τεχνική που κεφαλαιοποιεί τα διατιθέμενα συστήματα μνήμης και μπορεί να είναι ευεργετική για την προώθηση της νέας εκμάθησης στα άτομα με τη νόσο του Alzheimer είναι η εκμάθηση χωρίς λάθη. Η εκμάθηση χωρίς λάθη περιλαμβάνει την ελαχιστοποίηση του αριθμού των λαθών που επιτρέπονται να εμφανιστούν κατά τη διάρκεια των δοκιμών εκμάθησης. Αυτή η προσέγγιση διαφέρει από τα συνηθισμένα πρωτόκολλα για την αποκατάσταση των γλωσσικών προβλημάτων μνήμης στο ότι δεν περιλαμβάνει τις τεχνικές «δοκιμής και λάθους» για να προωθηθεί η εκμάθηση. Οι Baddeley και Wilson (1994) πρότειναν ότι τα άτομα με επεισοδιακή εξασθένιση μνήμης έχουν δυσκολία στο να εξαλείφουν τα λάθη που γίνονται κατά τη διάρκεια των δοκιμών εκμάθησης, επειδή δεν μπορούν να ανακαλέσουν ρητά την εμπειρία εκμάθησης. Επομένως, αυτά τα άτομα συνεχίζουν να κάνουν τα ίδια λάθη στις επόμενες δοκιμές, παρά να μαθαίνουν από αυτά και να κάνουν διορθώσεις.

Η τεχνική εκπαίδευσης χωρίς λάθη χρησιμοποιείται επιτυχώς σε ασθενείς που έχουν αμνησία ( Baddeley & Wilson, 1994 Wilson, Baddeley, Evans & Shiel, 1994), και πρόσφατα η τεχνική αυτή έχει εφαρμοστεί στην αποκατάσταση μνήμης σε άτομα με τη νόσο του Alzheimer. Οι Clare, Wilson, Breen και Hodges (1999) χρησιμοποίησαν τις αρχές της εκμάθησης χωρίς λάθη, από κοινού με διάφορες άλλες τεχνικές για να διδάξουν ένα άτομο 72 χρονών με πρόωρη νόσο του Alzheimer να μάθει τα ονόματα και τα πρόσωπα των μελών της κοινωνικής λέσχης του. Έμαθε να συνδέει τα ονόματα με τα πρόσωπα, κατέδειξε κάποια γενίκευση από τις εικόνες στα πραγματικά πρόσωπα του περιβάλλοντος και διατήρησε τις πληροφορίες για 9 μήνες. Αν και το σχέδιο της μελέτης καθιστά δύσκολο να αποδώσει τη βελτιωμένη απόδοση για να μειώσει απλώς τα λάθη κατά τη διάρκεια των δοκιμών εκμάθησης, οι αρχές της εκμάθησης χωρίς λάθη ήταν το τμήμα πυρήνων της οδηγίας και συνέβαλαν σαφώς στην εκμάθηση και τη διατήρηση των νέων πληροφοριών ( Clare, Wilson, Carter, Breen, Gosses & Hodges, 2000 Winter & Hunkin, 1999).

Ο όρος «εκμάθηση χωρίς λάθη» δεν σημαίνει ένα τυποποιημένο πρόγραμμα επεξεργασίας, αλλά μια πρακτική που επιτυγχάνεται μέσω του χειρισμού των χαρακτηριστικών ερεθισμάτων και των απρόβλεπτων εξόδων απάντησης. Παραδείγματος χάριν, η χωρισμένη κατά διαστήματα κατάρτιση ανάκτησης (SRT) μπορεί να περιορίσει τα λάθη μέσω της πρακτικής της σωστής απάντησης πέρα από διάφορες δοκιμές. Επίσης, τα βιβλία μνήμης για τα άτομα με άνοια περιέχουν έντυπα και εικονογραφικά υλικά για να μειώσουν την προσπάθεια και τα λάθη που συνδέονται με την ελεύθερη ανάκληση της προσωπικής σχετικής πληροφορίας.

(Language intervention strategies in aphasia and related neurogenic communication disorders, σελ.997-998)

### 3.4 Ατομικές θεραπευτικές παρεμβάσεις προσανατολισμένες στον ασθενή και στον φροντιστή

#### ✚ Μείωση των απαιτήσεων στα συστήματα επεισοδιακής και λειτουργικής μνήμης: χρήση της μνήμης αναγνώρισης

Η Bourgeois (1990, 1992) βελτίωσε τη λειτουργία των ατόμων με άνοια με το να κεφαλαιοποιήσει τη διατεθειμένη μνήμη αναγνώρισης και να μειώσει τις απαιτήσεις στα εξασθενημένα συστήματα επεισοδιακής και λειτουργικής μνήμης. Το 1990, μελέτησε την επίδραση στη συνομιλητική δυνατότητα της παροχής των υλικών ερεθισμάτων υπό μορφή πορτοφολιών με φωτογραφίες. Τρεις άνθρωποι και οι σύζυγοί τους συμμετείχαν στη μελέτη. Ένα εξατομικευμένο πορτοφόλι μνήμης συγκεντρώθηκε για κάθε άτομο με τη νόσο του Alzheimer, που αποτελούνταν από εικόνες γεγονότων και προσώπων που ο ασθενής δεν μπορούσε να θυμηθεί. Τα άτομα που φρόντιζαν τους ασθενείς εκπαιδεύθηκαν για να χρησιμοποιούν τα πορτοφόλια μνήμης στις συνομιλίες τους με τους ασθενείς. Τα στοιχεία συλλέχθηκαν στις επικοινωνιακές συμπεριφορές που εμφανίστηκαν, όταν χρησιμοποιήθηκαν τα πορτοφόλια στη συνομιλία. Όταν τα άτομα που φρόντιζαν τους ασθενείς χρησιμοποίησαν τα πορτοφόλια μνήμης στη συνομιλία, οι ασθενείς έκαναν σημαντικά περισσότερες δηλώσεις του γεγονότος και χρησιμοποίησαν λιγότερο διαφορετικές εκφράσεις.

Σε μια δεύτερη μελέτη, η Bourgeois (1992) επιδίωξε να ξανατεστάρει τα αποτελέσματα επεξεργασίας της πρώτης μελέτης και να ερευνήσει εάν η κατάρτιση της χρήσης των πορτοφολιών ήταν απαραίτητη για τους ασθενείς, για να τα χρησιμοποιήσουν αποτελεσματικά. Αρχικά, έξι ασθενείς με τη νόσο του Alzheimer και τα άτομα που τους φρόντιζαν εκπαιδεύθηκαν για να χρησιμοποιήσουν τα πορτοφόλια μνήμης στη συνομιλία. Τα θετικά αποτελέσματα θεραπείας λήφθηκαν, με τους ασθενείς να κάνουν νέες δηλώσεις στα θέματα και λιγότερο διαφορετικές δηλώσεις όταν χρησιμοποιήθηκαν τα πορτοφόλια στη συνομιλία. Έπειτα, σε τρεις πρόσθετους συμμετέχοντες με τη νόσο του Alzheimer δόθηκαν πορτοφόλια μνήμης χωρίς οποιαδήποτε συγκεκριμένη κατάρτιση. Ο πειραματιστής χρησίμευε ως

συνεργάτης επικοινωνίας κατά τη διάρκεια αυτής της φάσης της μελέτης. Δύο από τους συμμετέχοντες παρήγαγαν πιο πολύ λόγο στο θέμα όταν χρησιμοποιήθηκαν τα πορτοφόλια στη συνομιλία, αν και η συμπεριφορά του τρίτου συμμετέχοντος ήταν πιο μεταβλητή. Γενικά, τα αποτελέσματα ήταν θετικά, προτείνοντας ότι η χρήση των πορτοφολιών μνήμης βελτίωσε την επικοινωνία ακόμα και όταν οι συμμετέχοντες δεν είχαν εκπαιδευθεί στη χρήση τους.

Τα θετικά αποτελέσματα έχουν αναφερθεί σε επόμενες μελέτες από την Bourgeois και άλλους ερευνητές ( Hoerster, Hickey & Bourgeois, 2001). Τα πορτοφόλια μνήμης που χρησιμοποιήθηκαν από τα άτομα με τη νόσο του Alzheimer και τους επικοινωνιακούς συνεργάτες ενέργησαν ως απτά ερεθίσματα που παρέμειναν ορατά σε μια συνομιλία, που ανακουφίζει τις απαιτήσεις που η συνομιλία τοποθετεί χαρακτηριστικά στη λειτουργική μνήμη. Επιπλέον, οι φωτογραφίες υποκίνησαν την αναγνώριση των επεισοδίων και των ανθρώπων στη ζωή του ασθενή, μειώνοντας την εμπιστοσύνη στην ελεύθερη ανάκληση που εμφανίζεται συνήθως κατά τη διάρκεια των συνομιλιών για μακρινά και πρόσφατα γεγονότα (επεισοδιακή μνήμη). Η χρήση των εικόνων και των προτάσεων για τα οικεία πρόσωπα και τα μέρη στη ζωή του ασθενούς, κεφαλαιοποιεί συχνά μια διατεθειμένη ικανότητα αναγνώρισης και μπορεί να προωθήσει τη θετική ανάμνηση και τη συγκίνηση.

(Language intervention strategies in aphasia and related neurogenic communication disorders,σελ.998-999)

### 3.5 Ομαδικές θεραπευτικές παρεμβάσεις προσανατολισμένες στον ασθενή και στον φροντιστή

#### ✚ Ενίσχυση των ενώσεων μέσω γνωστικής υποκίνησης

Οι Quayhagen, Corbeil, Roth και Rodgers (1995) προσκόμισαν τα προκαταρκτικά στοιχεία ότι η εντατική γνωστική θεραπεία μπορεί να επιβραδύνει τη γενική γνωστική και συμπεριφοριστική πτώση που συνδέεται με την άνοια. Αυτοί οι ερευνητές επιδίωξαν να καθορίσουν τον αντίκτυπο στα άτομα με τη νόσο του Alzheimer με ένα κατ' οίκον πρόγραμμα βασισμένο στην επέμβαση της ενεργού γνωστικής υποκίνησης, που παραχωρήθηκε από τα οικογενειακά άτομα που φρόντιζαν τον ασθενή. Τα ζευγάρια των ατόμων με τη νόσο του Alzheimer και τα αρχικά άτομα που τους φρόντιζαν διορίστηκαν στις πειραματικές ομάδες, στις ομάδες ψευτοφάρμακων και στις ομάδες ελέγχου. Οι οικογένειες στην πειραματική ομάδα εκπαιδεύθηκαν για να παρέχουν 60 λεπτά «ενεργούς» γνωστικής υποκίνησης. Το γνωστικό πρόγραμμα υποκίνησης περιείχε ασκήσεις μνήμης, επίλυσης προβλήματος και δραστηριότητες συνομιλίας στις οποίες ο ασθενής έπρεπε να συμμετέχει ενεργά. Οι τεχνικές μνήμης χαρακτηρίστηκαν από την ανάκληση και τη γνώση των λεκτικών και οπτικών πληροφοριών. Η ομάδα ψευτοφάρμακου συμμετείχε στις «παθητικές» επεμβάσεις που είχαν ως σκοπό να ταιριάζουν με τις πειραματικές επεμβάσεις και όμως να μην απαιτήσουν το την ενεργό συμμετοχή τους ασθενούς. Παραδείγματος χάριν, οι ασθενείς μπορεί να παρακολουθούσαν τον «Τροχό της Τύχης» στην ομάδα του ψευτοφάρμακου, αντί να έπαιζαν το παιχνίδι «Κρεμάλα» όπως στην πειραματική ομάδα. Οι οικογένειες της ομάδας ελέγχου τοποθετήθηκαν σε έναν κατάλογο αναμονής για τις συνόδους θεραπείας, αφού ολοκληρώθηκε η μελέτη. Χρησιμοποιήθηκαν πολλαπλά συμπεριφοριστικά και γνωστικά μέτρα για να αξιολογήσουν τα αποτελέσματα επέμβασης στη μνήμη, τη λεκτική άνεση, την επίλυση προβλήματος και την προσοχή. Οι ασθενείς και στις τρεις ομάδες εξετάστηκαν σε τρία χρονικά σημεία: στην είσοδο τους στη μελέτη, μετά από 12 εβδομάδες της θεραπείας και 6 μήνες μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας (Quayhagen et al., 1995).

Τα άτομα με τη νόσο του Alzheimer που έλαβαν την ενεργό γνωστική υποκίνηση δεν παρουσίασαν καμία πτώση στη δοκιμή στα μέτρα της σφαιρικής γνωστικής λειτουργίας, ενώ η ομάδα ελέγχου παρουσίασε μείωση σε όλα τα μέτρα. Η ομάδα του ψευτοφάρμακου παρουσίασε μείωση σε μερικά μέτρα και παρέμεινε σταθερή σε άλλα. Κατά έναν ενδιαφέρον τρόπο, η πειραματική ομάδα βελτιώθηκε σε μερικά μέτρα σε όλη την θεραπεία και για μια περίοδο μετά από τη θεραπεία και διατήρησε το επίπεδο της προγενέστερης θεραπείας στη γνωστική λειτουργία, αν και η απόδοσή των ατόμων αυτής της ομάδας επέστρεψε στο βασικό επίπεδο, στον έλεγχο που έγινε στους 9 μήνες.

Οι Bach, Bohmer, Fruhwald και Grilc (1995) σύγκριναν επίσης τα αποτελέσματα δύο θεραπειών στη λειτουργία 44 ατόμων με ήπια έως μέτρια άνοια. Τα άτομα διορίστηκαν τυχαία σε μια ομάδα ελέγχου ή σε μια ομάδα θεραπείας. Η ομάδα ελέγχου έλαβε 24 εβδομάδες της «λειτουργικής» αποκατάστασης, συμπεριλαμβανομένης της θεραπείας από λογοθεραπευτές. Η ομάδα θεραπείας έλαβε την ίδια λειτουργική θεραπεία, με επιπλέον δύο φορές την εβδομάδα μία μικρή ομάδα θεραπείας που περιείχε εκπαίδευση μνήμης, χειρωνακτικές/δημιουργικές δραστηριότητες και θέματα αυτοδιαχείρισης. Χρησιμοποιήθηκαν διάφορα μέτρα για να αξιολογήσουν την αλλαγή ως αποτέλεσμα της θεραπείας, συμπεριλαμβανομένων των γνωστικών δοκιμών, της ψυχοκοινωνικής λειτουργίας και της κατάθλιψης. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι και οι δύο ομάδες είχαν σημαντικά πιο υψηλά επίπεδα γνωστικής απόδοσης και υπήρχε μείωση στα καταθλιπτικά συμπτώματα μετά από 24 εβδομάδες της θεραπείας. Εντούτοις, οι ασθενείς στην ομάδα θεραπείας είχαν σημαντικά καλύτερα αποτελέσματα από τους ανθρώπους στη λειτουργική ομάδα σχετικά με τα μέτρα της γνώσης, της ψυχοκοινωνικής λειτουργίας, της υποκειμενικής ευημερίας και της κατάθλιψης (Bach et al., 1995).

Η αναγνώριση ότι τα γνωστικά προγράμματα υποκίνησης έχουν ευεργετικά αποτελέσματα για άτομα με τη νόσο του Alzheimer έχουν οδηγήσει τους ερευνητές να ερευνήσουν τα συνδυασμένα αποτελέσματα αυτών των προγραμμάτων από κοινού με τα συνήθως ορισμένα φάρμακα, για να αντιμετωπιστεί η νόσος του Alzheimer. Οι Chapman, Weiner, Rackley, Hynan και Zientz (2004) στρατολόγησαν 54 ασθενείς με ήπια προς μέτρια νόσο του Alzheimer για να συμμετάσχουν σε μια μελέτη και να αξιολογηθούν τα αποτελέσματα του συνδυασμού της γνωστικής υποκίνησης επικοινωνίας με το donepezil, που είναι ένας ανασταλτικός παράγοντας

ακετυλοχολίνης που προορίζεται για άτομα με τη νόσο του Alzheimer. Οι συμμετέχοντες διορίστηκαν τυχαία σε μια ομάδα ελέγχου (donepezil μόνο n=28) και σε μια ομάδα θεραπείας (donepezil συν την ομάδα υποκίνησης n=26). Το γνωστικό πρόγραμμα υποκίνησης επικοινωνίας αποτελέστηκε από δραστηριότητες που εφαρμόστηκαν με έναν σχηματισμό ομάδας για 12 ώρες κατά τη διάρκεια μιας περιόδου δύο μηνών. Οι στόχοι περιέλαβαν συζητήσεις για τα επίκαιρα γεγονότα, πληροφορίες για τη νόσο του Alzheimer, ιστορίες ζωής και θέματα ενδιαφέροντα για τη ζωή.

Οι ερευνητές παρακολούθησαν τους συμμετέχοντες για 1 χρόνο και μέτρησαν τις πτυχές της γνώσης, της επικοινωνίας, των συναισθηματικών συμπτωμάτων και της ποιότητας ζωής στη βασική γραμμή, 4 μήνες (1 μήνα μετά από το τέλος του προγράμματος υποκίνησης των 2 μηνών), 8 μήνες και 12 μήνες. Οι συμμετέχοντες στην ομάδα θεραπείας κατέδειξαν ένα πιο αργό ποσοστό πτώσης από τους συμμετέχοντες στην ομάδα ελέγχου, σχετικά με τη συνέντευξη των ατόμων που τους φροντίζουν και τα τυποποιημένα μέτρα των δυνατοτήτων ομιλίας, τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής και της γενικής λειτουργίας.

(Language intervention strategies in aphasia and related neurogenic communication disorders, σελ.1000-1001)

### 3.6 Θεραπευτικές παρεμβάσεις προσανατολισμένες στον φροντιστή

#### Το πρόγραμμα focused

Για να βελτιώσουν την επικοινωνία των ατόμων με άνοια, οι Ripich και Wykle (1990) ανέπτυξαν τον Οδηγό Επικοινωνίας της νόσου Alzheimer : Το πρόγραμμα FOCUSED για τους φροντιστές (Ripich, 1996; Ripich & Wykle, 1990). Το ακρωνύμιο FOCUSED οργάνωνε στρατηγικές βασισμένες στα επτά σημαντικά στοιχεία για τη διατήρηση της επικοινωνίας για την εύκολη ανάκληση : πρόσωπο με πρόσωπο (**f**ace-to-**f**ace), προσανατολισμός (**o**rient), συνέχεια (**c**ontinue), ξεκόλλημα (**u**nstick), δομή (**s**tructure), ανταλλαγή (**e**xchange) και ευθύτητα (**d**irect).

Αυτό το πρόγραμμα περιέχει διδαχτικά υλικά για να προετοιμάσει καλύτερα την οικογένεια και τους επαγγελματίες φροντιστές για να επικοινωνούν με τα άτομα με τη νόσο Alzheimer. Αυτό το πρόγραμμα βασίστηκε σε ένα διαλογικό πρότυπο ομιλίας των συνομιλητικών ανταλλαγών. Τα σημεία κλειδιά του προγράμματος είναι υποδειγμένα παρακάτω.

#### Επικοινωνιακές Στρατηγικές FOCUSED

**F** = Face-to-face communication / Επικοινωνία πρόσωπο με πρόσωπο

Αντικρίστε άμεσα το άτομο με τη νόσο του Alzheimer.

Καλέστε τον με το όνομά του / της.

Αγγίζετε το άτομο.

**O** = Orient to topic of conversation / Προσανατολιστείτε στο θέμα της συζήτησης.

Προσανατολίστε το άτομο με τη νόσο του Alzheimer στο θέμα με το να επαναλαμβάνετε λέξεις κλειδιά αρκετές φορές.

Επαναλάβετε και διαμορφώστε εκ νέου τις προτάσεις.

Χρησιμοποιείτε ουσιαστικά και συγκεκριμένα ονόματα.

**C** = Continue to topic of conversation/ Διατηρείστε το θέμα της συζήτησης

Διατηρείστε το ίδιο θέμα της συζήτησης για όσο το δυνατό περισσότερο.

Επαναδιατυπώστε το θέμα καθ' όλη τη συνομιλία.

Αναφέρατε στο άτομο με τη νόσο Alzheimer ότι εισάγεται ένα νέο θέμα.

**U** = Unstick communication blocks/ Ξεκολλήστε τα επικοινωνιακά μπλοκαρίσματα.

Βοηθήστε το άτομο με τη νόσο Alzheimer να «ξεκολλήσει», όταν χρησιμοποιεί μια λανθασμένη έκφραση, προτείνοντάς του τη σωστή λέξη ή έκφραση.

Επαναλάβετε την πρόταση που είπε το άτομο, χρησιμοποιώντας τη σωστή λέξη.

Ρωτήστε, «Μήπως εννοείται ..... ; ».

**S** = Structure with yes/no and choice questions/ Δομή με ναι/όχι και ερωτήσεις επιλογής.

Δομείστε τις ερωτήσεις σας, έτσι ώστε το άτομο με τη νόσο Alzheimer να είναι ικανό να αναγνωρίζει και να επαναλαμβάνει τις απαντήσεις.

Παρέχετε κάθε φορά δύο απλές επιλογές.

Χρησιμοποιείτε ερωτήσεις που απαντώνται με ναι / όχι

**E** = Exchange conversation / Ανταλλαγή συνομιλίας

Συνεχίστε τις συνηθείς ανταλλαγές ιδεών που χρησιμοποιούμε στις καθημερινές συνομιλίες.

Κρατείστε τις συνομιλίες με σχόλια, όπως «Ααα τι ωραία» ή «Αυτό είναι υπέροχο».

Μην κάνετε ερωτήσεις σε στυλ «τεστ».

Δώστε στο άτομο με τη νόσο Alzheimer στοιχεία για το πως να απαντήσει στις ερωτήσεις σας.

**D** = Direct,short,simpe sentences/ άμεσες, σύντομες, απλές προτάσεις.

Κρατήστε τις προτάσεις σύντομες, απλές και άμεσες.

Ορίστε πρώτα το θέμα των προτάσεων.

Χρησιμοποιείτε και επαναλάβετε πιο πολύ τα ουσιαστικά, παρά τις αντωνυμίες.

Χρησιμοποιείτε χειρονομίες, εικόνες και εκφράσεις προσώπου.

Το πρόγραμμα εκπαίδευσης είναι χωρισμένο σε πέντε δίωρες ενότητες για την οικογένεια ή για τους επαγγελματίες φροντιστές, με μια προαιρετική ενότητα για τους επαγγελματίες φροντιστές, που αφορά τις πολιτιστικές διαφορές.

1<sup>η</sup> ενότητα: Η νόσος Alzheimer, η σύνδεση της επικοινωνίας και η μείωση της γλώσσας.

Αυτή η ενότητα μιλάει για τα χαρακτηριστικά, την παθολογία και την επίπτωση της νόσου Alzheimer. Παρουσιάζονται τα στοιχεία και οι διεργασίες στη γλώσσα. Οι συμμετέχοντες μαθαίνουν πως οι γιατροί κάνουν διάγνωση σε πιθανή νόσο του Alzheimer και πως διαφέρει η γλώσσα στην αφασία και στη νόσο Alzheimer.

2<sup>η</sup> ενότητα: Οι διαφορές ανάμεσα στην έκπτωση της μνήμης, στην κανονική γήρανση και στη νόσο Alzheimer και οι επιδράσεις της κατάθλιψης στο άτομο με τη νόσο Alzheimer.

Σε αυτή την ενότητα ο φροντιστής διδάσκεται να κατανοεί τις αλλαγές στη μνήμη που γίνονται στην κανονική γήρανση, να αναγνωρίζει τα συμπτώματα της κατάθλιψης και να διαφοροποιεί αυτά τα συμπτώματα από εκείνα των ανοιών. Η συζήτηση για την επίδραση της κατάθλιψης στους ασθενείς με τη νόσο Alzheimer περιλαμβάνει ήδη τη μειωμένη δυνατότητα να επικοινωνήσει με άλλους.

3<sup>η</sup> ενότητα: Οι διαπροσωπικές ικανότητες και η αξία των αποτελεσματικών επικοινωνιακών δεξιοτήτων στη φροντίδα των ατόμων με τη νόσο Alzheimer.

Συζητείται η ζωτική σημασία της κοινωνικής επικοινωνίας για το άτομο με τη νόσο Alzheimer, για να αποφευχθεί η υπερβολική λειτουργική μείωση και να διατηρηθούν οι ικανότητες. Οι συμμετέχοντες μαθαίνουν λεκτικές και μη λεκτικές προσεγγίσεις για καλή επικοινωνία. Μια συζήτηση της ενσυναίσθησης παρέχει τη βάση για την προώθηση ευαίσθητων διαπροσωπικών ανταλλαγών που επιδεικνύουν σεβασμό προς το άτομο με την άνοια και υποστηρίζουν την αυτοεκτίμηση και του φροντιστή και του ατόμου με τη νόσο Alzheimer.

4<sup>η</sup> ενότητα: Οι στρατηγικές του προγράμματος FOCUSED για την προώθηση αποτελεσματικής επικοινωνίας στα άτομα με τη νόσο Alzheimer.

Αυτή είναι μια κρίσιμη ενότητα που περιγράφει τα επτά σημεία του προγράμματος. Το πρόγραμμα ενσωματώνει πολυάριθμες στρατηγικές σε ένα πλαίσιο που είναι εύκολο να το θυμηθούμε και να το εφαρμόσουμε. Μια σειρά από παιχνίδια ρόλων και βιντεοσκοπημένες ασκήσεις χρησιμοποιούνται για να υποδείξουν τα επτά σημεία αυτού του προγράμματος βελτίωσης της επικοινωνίας.

5<sup>η</sup> ενότητα: Τα στάδια της νόσου Alzheimer και τα χαρακτηριστικά της επικοινωνίας, συμπεριλαμβανομένου του πώς να αξιολογούνται και να αναγνωρίζονται τα άτομα με τη νόσο Alzheimer σε κάθε στάδιο και πώς να μεγιστοποιείται η επικοινωνία τους.

Αν και η πλήρη επίγνωση της ετερογένειας της προόδου της νόσου Alzheimer και το γεγονός ότι η διαίρεση της εξέλιξης της νόσου σε στάδια είναι κάτι αυθαίρετο, η βιβλιογραφία αναφέρει επανειλημμένα τρία κύρια επίπεδα επιδείνωσης της γλώσσας που έχουν οριστεί ως ήπιο, μέτριο και σοβαρό. Σε αυτή την ενότητα περιγράφονται αυτά τα στάδια, αναθεωρούνται τα επτά σημεία του προγράμματος FOCUSED και συζητάτε η εφαρμογή των στρατηγικών και οι στόχοι της επικοινωνίας σε κάθε στάδιο.

Προαιρετική ενότητα για του επαγγελματίες φροντιστές: Ο πολιτιστικός χαρακτήρας στην επικοινωνία με τα άτομα με νόσο Alzheimer.

Οι πολιτιστικές εκτιμήσεις είναι εξαιρετικά σημαντικές και βοηθούν τους επαγγελματίες φροντιστές να φροντίζουν τα άτομα με τη νόσο του Alzheimer. Οι συγκρούσεις που προκύπτουν σε μια κατάσταση φροντίδας, μπορεί να περιπλακούν ακόμη περισσότερο από τις διαφορές στα πολιτιστικά και κοινωνικοοικονομικά υπόβαθρα των ασθενών εκτεταμένης φροντίδας και του βοηθητικού νοσηλευτικού προσωπικού. Η προκύπτουσα διαφορά στις αξίες και τις διαπροσωπικές δυναμικές εντείνει τις επικοινωνιακές δυσκολίες που είναι χαρακτηριστικές στα άτομα με τη νόσο του Alzheimer. Επομένως, παρουσιάζεται διδακτικό και εμπειρικό περιεχόμενο

που ενισχύει την κατανόηση των φροντιστών στις πολιτιστικές εκτιμήσεις, που έχουν επιπτώσεις στη διαδικασία της διαπροσωπικής επικοινωνίας. Έχουν ολοκληρωθεί διάφορες έρευνες που εξετάζουν την αποτελεσματικότητα του προγράμματος FOCUSED και τα αποτελέσματα δείχνουν διάφορες θετικές εκβάσεις.

(Medical speech-language pathology, σελ. 119-120)

## Συμπεράσματα

Όπως αναφέραμε η άνοια είναι μια ιδιαίτερα συχνή νόσος. Η συχνότητά της αυξάνεται εκθετικά με την πάροδο της ηλικίας. Μάλιστα η ηλικία αποτελεί τον σπουδαιότερο παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση της άνοιας.

Η άνοια επηρεάζει το άτομο με πολλαπλούς τρόπους. Αυτό συμβαίνει επειδή τα συμπτώματα και ο τρόπος με τον οποίο αναπτύσσονται, αντικατοπτρίζουν την προσωπικότητα, τον τρόπο ζωής, την ποιότητα των σχέσεων, την ψυχική και σωματική υγεία.

Υπάρχουν διάφοροι τύποι άνοιας. Η νόσος Alzheimer είναι η πιο συχνή μορφή άνοιας, αντιπροσωπεύοντας τα 2/3 όλων των ανοιών. Η 2<sup>η</sup> πιο συχνή μορφή άνοιας είναι η αγγειακή άνοια.

Το να αναγνωριστούν τα συμπτώματα της άνοιας είναι το πρώτο βήμα για να γίνει η σωστή διάγνωση και να δοθεί ιατρική βοήθεια. Η ακριβής και πρόωμη διάγνωση εξασφαλίζει έγκαιρη παρέμβαση, ομαλότερο πέρασμα των σταδίων της νόσου και καλύτερη ποιότητα ζωής επί μακρύτερο χρονικό διάστημα.

Γνωρίζουμε ότι η γνωστική επιδείνωση είναι η σφραγίδα της άνοιας. Η διαχρονική αξιολόγηση της γλώσσας, παρέχει μια μοναδική κατανόηση της εξέλιξης και της προόδου της γλωσσικής επιδείνωσης στις διάφορες άνοιες. Για αυτό το λόγο οι λογοθεραπευτές παίζουν σπουδαίο ρόλο, καθώς αξιολογούν τους ασθενείς και βοηθούν στη βελτίωση και αποκατάσταση της επικοινωνίας τους. Επίσης σημαντικό ρόλο στη ζωή των ασθενών με άνοια παίζουν και οι φροντιστές.

Υπάρχουν θεραπευτικές παρεμβάσεις οι οποίες είναι προσανατολισμένες στον ασθενή (είτε είναι ατομικές, είτε ομαδικές) και θεραπευτικές παρεμβάσεις οι οποίες είναι προσανατολισμένες στον φροντιστή. Όλες αυτές οι παρεμβάσεις, με ξεχωριστό τρόπο η καθεμία επιτυγχάνουν πολύ καλά αποτελέσματα στα άτομα με άνοια.

Τα τελευταία χρόνια, η ποιοτικότερη φροντίδα των ατόμων με τη νόσο, όπως και η κατανόηση των μηχανισμών της νόσου, έχουν οδηγήσει σε γενικές γραμμές σε αύξηση του προσδόκιμου ζωής και βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών με άνοια.

## Βιβλιογραφία

### Ελληνική

- M. Marsel Mesulam, Αρχές Συμπεριφορικής και Γνωσιακής Νευρολογίας, εκδόσεις Π.Χ. Παχαλίδης, πρώτη ελληνική έκδοση
- Γρηγόριος Νάσιος, 2010, Σημειώσεις Συμπεριφορικής Νευρολογίας, Ιωάννινα
- Dr Nori Graham, Dr James Warner, 2008, Μάθετε για τη νόσο Alzheimer και άλλες μορφές άνοιας, εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα

### Ξένη

- Alex F. Johnson, Barbara H. Jacobson, Medical speech-language pathology: A practitioner's guide theme, second edition
- Nasios G, MD, PhD, Communication, language and speech deficits in dementia
- Roberta Chapey, Language Intervention Strategies in Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders, fifth edition
- Karen Bryan, Jane Maxim, 2006, Communication disability in the dementias, Whurr Publishers London and Philadelphia
- Yasuda K, Kuwabara K, Kuwahara N, Abe S, Tetsutani N, 2009, Effectiveness of personalised reminiscence photo videos for individuals with dementia., Department of Rehabilitation, Chiba Rosai Hospital, Ichiharashi, Chiba, Japan, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19235628>
- Mahendra N, Arkin SJ Commun Disord., 2003, Effects of four years of exercise, language, and social interventions on Alzheimer discourse Department of Communicative Sciences & Disorders, California

StateUniversity, Hayward, CA, USA, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12927946>

- Brotons M, Koger SM, J Music Ther. ,2000 , The impact of music therapy on language functioning in dementia, Psychology Department, Willamette University, Salem, usa, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10990596>

#### Εικόνες

- <http://www.grin.com/en/doc/260097/repeatable-battery-for-the-assessment-of-neuropsychological-status-rbans>
- [http://www.genderandhealth.ca/en/modules/dementia/Epi2\\_Dementia-03.jsp](http://www.genderandhealth.ca/en/modules/dementia/Epi2_Dementia-03.jsp)
- <http://www.nia.nih.gov/alzheimers/features/celebration-black-history-month-african-american-left-indelible-mark-both>