

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ

**ANOIA: ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΛΟΓΟΥ ΚΑΙ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ**



**ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ: ΓΚΟΥΒΑ ΑΘΑΝΑΣΙΑ (Α.Μ 16222)**

ΕΠΟΠΤΗΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: κ. ΓΡΗΓΟΡΙΟΣ ΝΑΣΙΟΣ

**ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2018**

**ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ**

ΕΙΣΑΓΩΓΗ…………………………………………………………………………………………………………………………4

ΠΡΟΛΟΓΟΣ……………………………………………………………………………………………………………………….6

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο «Άνοια»**

* 1. Ιστορική αναδρομή της άνοιας…....................................................................................7

1.1.1 Ορισμός άνοιας..............................................................................................7

1.1.2 Επιδημιολογία……………………………………………………………….8

* 1. Μηχανισμός της μνήμης…………………………………………………………11

1.2.1 Η θεωρία των μνημονικών σταδίων…………………………………………14

1.3 Σημαντικότεροι τύποι άνοιας…………………………………………………….15

1.4 Νόσος του Αλτσχάιμερ (Alzheimer’s Dementia)………………………………..16

1.4.1 Ορισμός……………………………………………………………………..16

1.4.2 Παράγοντες κινδύνου-αιτιολογία……………………………………………16

1.4.3 Νευροανατομία και παθολογία……………………………………………...17

1.4.4 Διάγνωση…………………………………………………………………….18

1.5 Αγγειακή άνοια (VaD’s)…………………………………………………………22

1.5.1 Ορισμός ……………………………………………………………………..22

1.5.2 Παράγοντες κινδύνου-αιτιολογία…………………………………………....23

1.5.3 Νευροανατομία και παθολογία……………………………………………...24

1.5.4 Διάγνωση……………………………………………………………………25

1.6 Μετωποκροταφικές άνοιες (FTD)………………………………………………27

1.6.1 Ορισμός …………………………………………………………………….27

1.6.2 Παράγοντες κινδύνου-αιτιολογία……………………………………………28

1.6.3 Νευροανατομία και παθολογία……………………………………………..28

1.6.4 Διάγνωση……………………………………………………………………29

1.7 Πρωτοπαθής προοδευτική αφασία (ΡΡΑ)……………………………………….30

1.7.1 Ορισμός……………………………………………………………………..30

1.7.2 Παράγοντες κινδύνου-αιτιολογία……………………………………………31

1.7.3 Διάγνωση……………………………………………………………………31

1.8 Άνοια της νόσου Parkinson………………………………………………………32

1.8.1 Ορισμός………………………………………………………………………32

1.8.2 Παράγοντες κινδύνου-αιτιολογία…………………………………………….33

1.8.3 Νευροανατομία και παθολογία………………………………………………34

1.8.4 Διάγνωση……………………………………………………………………..35

1.9 Άνοια με σωμάτια Lewy (ASL)………………………………………………….36

1.9.1 Ορισμός………………………………………………………………………36

1.9.2 Παράγοντες κινδύνου-αιτιολογία…………………………………………….37

1.9.3 Νευροανατομία και παθολογία………………………………………………37

1.9.4 Διάγνωση……………………………………………………………………..38

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο**

2.1 « ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΛΟΓΟΥ & ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΣΤΙΣ ΑΝΟΙΕΣ »…………….38

2.1.1 Συμπτώματα της νόσου Alzheimer………………………………………….40

2.1.2 Συμπτώματα αγγειακής άνοιας (VaD’s)…………………………………….41

2.1.3 Συμπτώματα μετωποκροταφικής άνοιας (FTD)…………………………….43

2.1.4 Συμπτώματα πρωτοπαθούς προοδευτικής αφασίας (ΡΡΑ)………………….44

2.1.5 Συμπτώματα άνοιας της νόσου Parkinson…………………………………..45

2.1.6 Συμπτώματα άνοιας με σωμάτια Lewy (ASL)………………………………46

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο**

* 1. « Ο ρόλος του λογοθεραπευτή στην άνοια »…………………………………….47

3.1.1Αντιμετώπιση της άνοιας – Θεραπευτική προσέγγιση……………………….47

3.1.2 Τεχνικές μνήμης……………………………………………………………...50

3.2 Ο ρόλος του λογοθεραπευτή στην άνοια………………………………………...51

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο «Επιστημονικές έρευνες για την άνοια»**………………………..59

**ΕΠΙΛΟΓΟΣ**…………………………………………………………………………72

**ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**……………………………………………………………………73

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Η άνοια είναι μία από τις μεγαλύτερες προκλήσεις για τη Δημόσια Υγεία. Με βάση υπολογισμούς της Alzheimer Disease International, στις μέρες μας 44 εκατομμύρια άνθρωποι ζουν με άνοια παγκοσμίως, αριθμός που θα διπλασιαστεί μέχρι το 2030 και θα υπερτριπλασιαστεί μέχρι το 2050. Στην Ευρώπη υπάρχουν 10.000.000 και στη χώρα μας 200.000 άτομα με άνοια και ο αριθμός αυτός μέχρι το 2050 αναμένεται να ξεπεράσει τις 600.000. Παρά τις επιστημονικές προόδους των τελευταίων 25 ετών η αντιμετώπιση της άνοιας αποτελεί μείζον ζήτημα τόσο σε εθνικό όσο και σε διεθνές επίπεδο. Το στίγμα, η άρνηση και η έλλειψη οικονομικών πόρων αποτελούν τα κύρια εμπόδια για την ολοκληρωμένη φροντίδα των ατόμων με άνοια.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, η Ευρωπαϊκή Κοινότητα και οι διεθνείς οργανώσεις Alzheimer έχουν επανειλημμένα ασχοληθεί με την ανάπτυξη οδηγιών και τη συγγραφή εκθέσεων σχετικά με τις πολιτικές διαχείρισης της άνοιας και των συνεπειών της. Στην πρόσφατη Σύνοδο Κορυφής για την άνοια των G8 στο Λονδίνο το Δεκέμβριο του 2013, διεθνείς οικονομικοί εμπειρογνώμονες, γιατροί και πολιτικοί έκαναν έκκληση στις κυβερνήσεις όλων των χωρών να καταστήσουν την πρόληψη της άνοιας μείζονα στόχο της δημόσιας υγείας τα επόμενα χρόνια. Έντεκα χώρες υλοποιούν αυτή τη στιγμή Εθνικά Σχέδια Δράσης για την άνοια που καθορίζουν πολιτικές, τομείς παρέμβασης, προτεραιότητες και δράσεις, σηματοδοτώντας ταυτόχρονα την αναγκαιότητα και τη σπουδαιότητα ανάληψης συντονισμένων μέτρων για την ικανοποίηση των αναγκών των ατόμων με άνοια.

Η επιλογή του θέματος της πτυχιακής εργασίας για την απόκτηση του πτυχίου λογοθεραπείας δεν είναι τυχαία. Η παρούσα εργασία με θέμα «Άνοια και διαταραχές λόγου και επικοινωνίας» στόχο έχει να αποτελέσει έναν οδηγό ιατρικής ενημέρωσης, πρόληψης και αντιμετώπισης της άνοιας. Επιπρόσθετα να κινητοποιήσει και να ευαισθητοποιήσει τους αναγνώστες τόσο απέναντι στους ανθρώπους με άνοια όσο και στις οικογένειές τους. Οι άνθρωποι με άνοια και οι οικογένειές τους έχουν ιδιαίτερες ανάγκες τις οποίες συχνά και οι ίδιοι δυσκολεύονται να αναγνωρίσουν και οι οποίες πολλές φορές δεν εντοπίζονται ούτε από τους επαγγελματίες υγείας που δραστηριοποιούνται στο χώρο.

Στη συγκεκριμένη πτυχιακή εργασία που περιλαμβάνει τέσσερα κεφάλαια διερευνάται όπως προκύπτει και από το θέμα της εργασίας η άνοια και οι διαταραχές του λόγου και της επικοινωνίας στην άνοια. Στο πρώτο κεφάλαιο με θέμα *« Άνοια »* γίνεται μια ιστορική αναδρομή και καταγραφή του ορισμού της άνοιας ενώ επισημαίνονται και κάποια επιδημιολογικά στοιχεία για την άνοια. Στη συνέχεια του κεφαλαίου, γίνεται λόγος για το μηχανισμό της μνήμης και τις θεωρίες των μνημονικών σταδίων που σχετίζονται με την άνοια ενώ επισημαίνονται έξι σημαντικοί τύποι άνοιας.

Ειδικότερα καταγράφονται ο ορισμός του κάθε τύπου άνοιας, η αιτιολογία και οι παράγοντες κινδύνου, η νευροανατομία-παθολογία καθώς και η διάγνωση. Στο δεύτερο κεφάλαιο της εργασίας, με θέμα *«Διαταραχές του λόγου και της επικοινωνίας»* διερευνώνται και αναλύονται τα συμπτώματα του κάθε τύπου άνοιας που παρουσιάστηκαν στο προηγούμενο κεφάλαιο. Στο τρίτο κεφάλαιο της εργασίας καταγράφεται η θεραπευτική προσέγγιση της άνοιας και εκθέτονται οι θεωρίες των μνημονικών στρατηγικών ενώ παράλληλα προβάλλεται ο ρόλος του λογοθεραπευτή στην άνοια και η συμβολή του τόσο στον ασθενή όσο και στο οικογενειακό του περιβάλλον. Τέλος στο 4ο κεφάλαιο η πτυχιακή εργασία ολοκληρώνεται με την παράθεση ορισμένων δημοσιευμένων επιστημονικών ερευνών σχετικά με την άνοια.

**ΠΡΟΛΟΓΟΣ**

*«Οι περισσότεροι από εμάς έχουν ταυτίσει στο μυαλό τους την άνοια με την απώλεια μνήμης, ωστόσο το στερεότυπο αυτό συνεπάγεται ότι παραμένουν αδιάγνωστα περιστατικά στα οποία δεν απαντάται το εν λόγω σύμπτωμα*», προειδοποιούν επιστήμονες από το πανεπιστήμιο Νορθουέστερν των ΗΠΑ ([www.iatropedia](http://www.iatropedia).gr)

Η αύξηση του μέσου όρου ζωής στις ανεπτυγμένες χώρες της Δύσης έχει σαν αποτέλεσμα και την αύξηση της συχνότητας παθήσεων της τρίτης ηλικίας, όπως η υπέρταση, η στεφανιαία νόσος, η καρδιακή ανεπάρκεια, τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια και η άνοια. Πράγματι απαριθμούνται αρκετές παθήσεις της τρίτης ηλικίας ωστόσο σημείο αναφοράς και αναζήτησης θα αποτελέσει η πάθηση της άνοιας όπως προκύπτει και από το θέμα της πτυχιακής εργασίας. Κάποτε η Ιατρική θεωρούσε την άνοια αναπόφευκτη και τυπικά «γεροντική» πάθηση. Σήμερα, αντίθετα, θεωρείται βέβαιο ότι δεν είναι ούτε «φυσική» ούτε «αναπόφευκτη» συνέπεια της γήρανσης, αλλά ότι εξαρτάται, σε μεγάλο βαθμό, από την καλή φυσική και πνευματική κατάσταση του οργανισμού.

Ο ανθρώπινος εγκέφαλος αποτελείται από δισεκατομμύρια νευρικά κύτταρα. Κάπου μετά την εφηβεία τα νευρικά κύτταρα και τα κύτταρα που τα υποστηρίζουν αρχίζουν να ατροφούν και οι συνδέσεις που σχημάτιζαν να αποκόπτονται. Μέχρι την ηλικία των 70 ή των 80 ο εγκέφαλος έχει χάσει το 10% της αρχικής του μάζας. Η συχνότητα της άνοιας έχει σχέση με την ηλικία. Σε ηλικίες κάτω των 65 ετών αφορά 1-2% του πληθυσμού. Για τις μεγαλύτερες ηλικίες η συχνότητα διπλασιάζεται για κάθε πενταετία. Έτσι στις ηλικίες των 85-90 ετών το 32% εμφανίζει άνοια.

Ο όρος «άνοια» αναφέρεται σε μια σειρά συμπτωμάτων που παρουσιάζουν άτομα με νοσήματα που προσβάλλουν τον εγκέφαλο. Τα συμπτώματα αφορούν τις νοητικές λειτουργίες και έχουν ως αποτέλεσμα τη σταδιακή και αργή επιδείνωση της ικανότητας του ατόμου να λειτουργεί ικανοποιητικά στην καθημερινή του ζωή. Ο ασθενής πρέπει να εμφανίζει διαταραχή σε μια ή και περισσότερες νοητικές λειτουργίες όπως προκύπτει από κλινική εξέταση.

Έτσι, μπορεί να υπάρχει διαταραχή μνήμης, διαταραχή στο λόγο, στη γραφή και την ανάγνωση, διαταραχή στον προγραμματισμό, την προσοχή και την κρίση ή και διαταραχή στην οπτικοχωρική ικανότητα: αναγνώριση αντικειμένων, του χώρου, δυσκολία στο χειρισμό των αντικειμένων ή στο ντύσιμο. Τέλος, μπορεί να υπάρχει γενικότερη διαταραχή στην προσωπικότητα και στη συμπεριφορά.

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο « ΑΝΟΙΑ »**

**1.1 Ιστορική αναδρομή της άνοιας**

Το 1906 ο Alois Alzheimer , γερμανός γιατρός προσδιόρισε μια κατηγορία άνοιας, δηλαδή αμετάκλητης απώλειας των νοητικών ικανοτήτων. Η άνοια αυτού του τύπου εμφανιζόταν προοδευτικά σε άτομα που ήταν ακόμη νέα σε ηλικία και συνοδεύονταν από βλάβες τις οποίες ο Alzheimer θεωρούσε ειδικές, που εντοπίζονταν κατά την αυτοψία των ασθενών σε σχετικά ασαφείς περιοχές του εγκεφάλου.

Μέχρι τη δεκαετία του 1970, μια αποδεκτή πρακτική των Γάλλων και άλλων Ευρωπαίων γιατρών ήταν η περιγραφή με το γενικό όρο «προγεροντικές άνοιες» κάποιων εκφυλιστικών παθήσεων του κεντρικού νευρικού συστήματος. Οι παθήσεις αυτές χαρακτηρίζονταν από έκπτωση της μνήμης, είχαν συχνά ύπουλη έναρξη και προσέβαλλαν νέα σε ηλικία άτομα(περίπου 50 ετών). Υπήρχαν και άλλες τέτοιες παθήσεις με ανάλογη συμπτωματολογία, για παράδειγμα η νόσος του Pick, η οποία οφείλει το όνομα της σε ένα γιατρό, είναι ακόμη πιο σπάνια, σε αυτήν οι ανατομικές βλάβες φαίνονται να εντοπίζονται κυρίως στις μετωπιαίες περιοχές του εγκεφάλου.

Εκτός αυτού μέχρι πριν από είκοσι χρόνια, οι ειδικοί αναφέρονταν πιο συχνά στις «γεροντικές άνοιες» που εμφανίζονταν σαφώς σε άτομα πιο ηλικιωμένα( από 75 έως 85 ετών) και θεωρούνταν αποδεκτή μορφή γήρατος-αλλιώς γνωστή και ως μαλάκυνση.

Μετά τη δεκαετία του 1960 όμως όλα αυτά άρχισαν να αλλάζουν , όταν οι αγγλοσάξονες επιστήμονες παρατήρησαν κάποιες κοινές ιστολογικές αλλοιώσεις στους διάφορους τύπους άνοιας. Τις συγκέντρωσαν και με βάση αυτές δημιούργησαν μια ξεχωριστή ενότητα, την άνοια τύπου Αλτσχάιμερ.(σελ.25-26, *Η νόσος του Αλτσχάιμερ*).

**1.1.1 Ορισμός άνοιας**

|  |
| --- |
| **Άνοια = α (στερητικό) + νους = απώλεια του νου**  **Ορισμός: Προοδευτική μείωση των νοητικών λειτουργιών του ατόμου** |

Η λέξη ***άνοια*** προέρχεται από το στερητικό - α (άλφα) και τη λέξη νους. Δεν πρόκειται για μια συγκεκριμένη ασθένεια, είναι περισσότερο μια ομάδα συμπτωμάτων που προέρχονται από δεκάδες αιτίες. Τα συμπτώματα της άνοιας περιλαμβάνουν σοβαρή έλλειψη μνήμης, σύγχυση, αποπροσανατολισμό, παραισθήσεις, αλλαγές στην προσωπικότητα και δυσκολίες στη γλώσσα, τους υπολογισμούς και στη σχέση χώρου-χρόνου.(σελ.323,*Οδηγός φροντίδας ηλικιωμένων* *γονιών*).

Ωστόσο ένας άλλος ορισμός για την άνοια αναφέρει πως **άνοια** είναι η έκπτωση της μνήμης και των άλλων γνωστικών λειτουργιών σε σχέση με το προηγούμενο επίπεδο του ασθενούς, η οποία προκύπτει από το ιστορικό, την κλινική εξέταση και τις νευροψυχολογικές δοκιμασίες και η διάρκεια αυτών των συμπτωμάτων είναι μεγαλύτερη των 6 μηνών.

Δεν παρατηρούνται μόνο διαταραχές των νοητικών-γνωστικών λειτουργιών αλλά παρατηρούνται και λειτουργικές διαταραχές, διαταραχές συμπεριφοράς, διαταραχές του συναισθήματος καθώς και ποικίλες μορφές παραληρήματος. Σύμφωνα με το DSM-IV η άνοια χαρακτηρίζεται από διαταραχές της μνήμης και είτε και από άλλες γνωστικές διαταραχές είτε από διαταραχές προσωπικότητας. Αυτές οι διαταραχές είναι αρκετές για να επηρεάσουν τις συνήθεις καθημερινές δραστηριότητες και τις κοινωνικές σχέσεις των ασθενών.(σελ.318, *Θέματα γεροψυχολογίας και γεροντολογίας*).

**1.1.2 Επιδημιολογία**

Το 2005, 24,2 εκατομμύρια άνθρωποι παγκοσμίως είχαν άνοια και 4,6 εκατομμύρια νέα περιστατικά της πάθησης αυτής εμφανίζονταν κάθε έτος. Ως προς τη γεωγραφική κατανομή, σε πληθυσμούς άνω των 60 ετών, ο υψηλότερος επιπολασμός άνοιας παρατηρείται στη Βόρειο Αμερική και τη Δυτική Ευρώπη (6,4% και 5,4% αντίστοιχα) ακολουθούμενος από τη Λατινική Αμερική (4,9%), την Κίνα και τις περιοχές του Δυτικού Ειρηνικού (4,0%). Η ετήσια επίπτωση (νέα περιστατικά ανά πληθυσμό 1000 ατόμων) ανά γεωγραφική περιοχή εκτιμάται σε 10,5 για τη Βόρειο Αμερική, 8,8 για τη Δυτική Ευρώπη, 9,2 για τη Λατινική Αμερική και 8,0 για την Κίνα και τις περιοχές του Δυτικού Ειρηνικού. Για όλους αυτούς τους πληθυσμούς, ο κίνδυνος για ανάπτυξη άνοιας και νόσου Alzheimer, της συχνότερης αιτίας άνοιας, αυξάνεται εκθετικά με τη γήρανση και η νόσος είναι εξαιρετικά συχνή στις μεγάλες ηλικίες: 2% του πληθυσμού ηλικίας 65-74 έχει άνοια, ποσοστό που ανεβαίνει στο 19% για τις ηλικίες 75-84 και στο 42% για τους μεγαλύτερους των 85 ετών . Αυτή τη στιγμή στις ΗΠΑ πάνω από 5 εκατομμύρια άτομα πάσχουν από νόσο Alzheimer, νούμερο που αναμένεται να ανέλθει σε πάνω από 13 εκατομμύρια το 2050 (Alzheimer's, Disease International. 2011 Alzheimer's disease Facts and Figures. 2011, Available from: http://www.alz.org/downloads/Facts\_Figures\_2011.pdf)

Επιπλέον, η νόσος Alzheimer και οι άλλες άνοιες καταλαμβάνουν την δεύτερη θέση στο σύνολο των εγκεφαλικών νόσων σε ό,τι αφορά την απώλεια λειτουργικών ετών ζωής εξαιτίας της αναπηρίας (Olesen J & Leonardi M. 2003. The burden of brain diseases in Europe. European Journal of Neurology, 10, 471–477) και είναι η 6η αιτία θανάτου στις ΗΠΑ (Heron M. 2013. Deaths: leading causes for 2010. Natl Vital Stat Rep., 62(6), 1-97). Το κόστος της άνοιας παγκοσμίως το 2010 ανήλθε σε 604 δισεκατομμύρια $ ενώ στην Ευρώπη το 2006 υπερέβη τα 170 δις €, αποτελεί περίπου το 1% του παγκόσμιου Α.Ε.Π. (Jonsson L &Berr C. 2005. Cost of dementia in Europe. European Journal of Neurology, 12, 50–53) , χωρίς να περιλαμβάνονται έμμεσα κόστη και κόστη νεαρών ασθενών με άνοια, ενώ το μεγαλύτερο μέρος των χρημάτων ξοδεύεται για την φροντίδα σε ιδρύματα. H πρώτη ελληνική μελέτη (Ωρολογάς Α., Καλπατσανίδης Α. &Λίτσα Δ. 2005. Το κόστος της Άνοιας τύπου Alzheimer. Στο Βιβλίο των: Μάγδα Τσολάκη και Αριστείδη Κάζη, Άνοια: Ιατρική και Κοινωνική Πρόκληση (σελ. 619-624).Θεσσαλονίκη: University Studio Press) έχει δείξει ότι το ετήσιο κόστος της άνοιας ανά ασθενή φτάνει τα 20.966,40 €. Μια άλλη μελέτη [Κυριόπουλος Ι., Βανδώρου Χ., Ζάβρας Α., Δανιηλίδου Ν. με την ομάδα ειδικών: Καπάκη Ε., Κωδούνης Α., Παπαγεωργίου Σ., Πολίτης Α., Τζήμος Α., Τσολάκη Μ., Φιτσιώρης Ξ., Φόρτος Α. & Δόλγερας Α. 2005. Το κόστος της Άνοιας τύπου Alzheimer Στην Ελλάδα. Στο Βιβλίο των: Μάγδα Τσολάκη και Αριστείδη Κάζη, Άνοια: Ιατρική και Κοινωνική Πρόκληση (σελ. 625-633). Θεσσαλονίκη: University Studio Press) τονίζει πως σε διαφορετικά στάδια της νόσου, υπάρχει και διαφορετικό κόστος: Στο στάδιο αυτονομίας το μηνιαίο κόστος είναι 341 €, στο στάδιο εξάρτησης στο σπίτι είναι 957 € και στο στάδιο εξάρτησης στο ίδρυμα είναι 1,267€. Από την ίδια μελέτη φαίνεται ότι η εξέλιξη της νόσου και η μετάβαση προς τα βαρύτερα στάδια αυξάνει σημαντικά το κόστος και επιβαρύνει τα συστήματα υγείας. Επομένως κρίνεται αναγκαία η αντιμετώπιση της νόσου στα αρχικά της στάδια και η κατά το δυνατό επιβράδυνση της εξέλιξής της και χρειάζεται μεγαλύτερη ευαισθητοποίηση της κοινωνίας αλλά και των επαγγελματιών υγείας στην κατεύθυνση της έγκαιρης διάγνωσης της νόσου. Τέλος, πρόσφατη μελέτη έδειξε ότι στο ήπιο στάδιο το κόστος είναι 12.140±6.555,9, στο μέτριο στάδιο το κόστος είναι 13.735±7.858,7 και στο σοβαρό στάδιο το κόστος ανέρχεται στο ποσό 22.666±8.467,2 (Καϊταλίδου Δ. 2013. Κοινωνικοοικονομικές επιπτώσεις της Νόσου Alzheimer στην Ελλάδα: Πιλοτική μελέτη. Νοσηλεία και Έρευνα, Απρ. 2013)

H νόσος Alzheimer είναι η συχνότερη μορφή άνοιας. Περίπου 70% (65-85%) της κλινικής διάγνωσης άνοιας αποδίδεται σε νόσο Alzheimer και 70-80% των παθολογοανατομικών δειγμάτων (νεκροψίες-νεκροτομές) έχουν στοιχεία οριστικής νόσου Alzheimer. Επιπλέον, τα μισά εκ των ανωτέρω έχουν συνυπάρχουσες βλάβες τύπου σωματίων Lewy ή αγγειακές βλάβες. Η μετωποκροταφική και η αγγειακή άνοια ακολουθούν ως προς τη συχνότητα. Η μετωποκροταφική άνοια ανιχνεύεται συχνότερα σε νεότερες ηλικίες, 50-60 ετών, και είναι υπεύθυνη για περίπου 5-10% των ανοιών. Αγγειακές βλάβες – έμφρακτα εγκεφάλου είναι αρκετά συχνά στους ηλικιωμένους και συναντώνται σε περίπου 1/3 των παθολογοανατομικών εγκεφαλικών δειγμάτων ατόμων με άνοια. Ωστόσο αμιγής αγγειακή άνοια χωρίς συνυπάρχουσες παθολογοανατομικές βλάβες νόσου Alzheimer ή σωματίων Lewy είναι σχετικά σπάνια με εκτιμώμενη συχνότητα 2-10%. Άλλες παθήσεις που δύνανται να είναι υπεύθυνες για άνοια (π.χ. υδροκέφαλος φυσιολογικής πίεσης, νόσος Jakob-Creutzfeldt, νόσος Huntington, άνοια λόγω HIV, άνοια λόγω λοιμωδών ή μεταβολικών αιτιών κλπ) είναι αρκετά πιο σπάνιες και αθροιστικά ευθύνονται για 5-10% των ανοιών.

Οι ακριβείς αιτίες της νόσου Alzheimer δεν είναι γνωστές, ενώ παρατηρείται ότι γενετικοί παράγοντες δύναται να έχουν καθοριστικό ρόλο και να επηρεάζουν άμεσα την πιθανότητα εμφάνισης της νόσου (NIH. NIH consensus development conference statement on preventing Alzheimer's disease and cognitive decline. 2010. Available from: http://consensus.nih.gov/2010/docs/alz/ALZ\_Final\_Statement.pdf). Οι παράγοντες αυτοί περιλαμβάνουν 3 γονίδια που μεταφέρονται από τους γονείς στα παιδιά, με πιθανότητα 50%. Ωστόσο, τα γονίδια αυτά αφορούν στη σπάνια «οικογενή» μορφή της νόσου (2-3%), τα συμπτώματα της οποίας εμφανίζονται σε πολύ νεαρή ηλικία (π.χ. ηλικία 50, 40 ή και 30 ετών). Γενετικοί παράγοντες φαίνεται να επηρεάζουν σε μικρότερο βαθμό τη συχνή «σποραδική» μορφή της νόσου από την οποία πάσχει το 97-98% των ατόμων με άνοια. Ωστόσο, στην παρούσα χρονική στιγμή αλλά και βραχυπρόθεσμα, οι γενετικοί αυτοί παράγοντες δεν είναι ούτε πλήρως γνωστοί ούτε τροποποιήσιμοι.

Ταυτόχρονα, μη γενετικοί - περιβαλλοντικοί παράγοντες φαίνεται να επηρεάζουν την πιθανότητα ανάπτυξης της νόσου. Οι παράγοντες αυτοί είναι:

* ηλικία
* φύλο
* καρδιαγγειακοί παράγοντες (διαβήτης, υπέρταση, δυσλιπιδαιμία, παχυσαρκία)
* κάπνισμα
* διατροφικές συνήθειες
* τραυματικές κακώσεις κεφαλής
* κατάθλιψη
* παράγοντες οι οποίοι επηρεάζουν το νοητικό απόθεμα (IQ, εκπαίδευση, επάγγελμα, πνευματικές, κοινωνικές δραστηριότητες, φυσική άσκηση κλπ).

Συνοψίζοντας, οι διαπιστωμένοι παράγοντες κινδύνου για νόσο Alzheimer είναι η γενετική προδιάθεση και η αύξηση της ηλικίας, οι οποίοι όμως είναι μη τροποποιήσιμοι. Ο ρόλος των τροποποιήσιμων παραγόντων παραμένει ασαφής αν και τελευταία πληθαίνουν οι μελέτες που υποστηρίζουν τη σημασία τους στην πρόληψη της άνοιας.

( ΠΗΓΗ : «*Άνοια, παρέμβαση στην κοινότητα*»

Εγχειρίδιο για επαγγελματίες Υγείας: Βασικές αρχές για την άνοια )

**1.2 Μηχανισμός της μνήμης**

« *Εάν κάποιο χάρισμα της φύσης μας μπορεί να θεωρηθεί ως πιο θαυμάσιο από τα υπόλοιπα, πραγματικά πιστεύω πως αυτό είναι η μνήμη. Φαίνεται κάτι το πιο ρητά ακατανόητο στις δυνάμεις, τις αδυναμίες, τις ανισότητες της μνήμης από ότι σε οποιαδήποτε άλλη νοητική λειτουργία. Η μνήμη είναι μερικές φορές τόσο ισχυρή, τόσο χρήσιμη, τόσο υπάκουη-σε άλλους τόσο περίπλοκη και τόσο αδύναμη-και σε άλλους πάλι, τόσο τυραννική, τόσο ανεξέλεγκτη! Είμαστε σίγουροι για ένα καθημερινό θαύμα-αλλά οι δυνατότητες μας να θυμόμαστε και να ξεχνάμε φαίνεται να είναι ιδιαίτερα πέραν του να τις ανακαλύψουμε*».(σελ.41, *Νευροψυχολογική εκτίμηση*)

Η μνήμη είναι μια από τις πιο θεμελιώδεις γνωστικές λειτουργίες, η οποία αποτελεί προϋπόθεση για την προσαρμογή στη ζωή. Βρίσκεται στην καρδιά των νοητικών και συμβολικών λειτουργιών της προσωπικότητας.

Η πιο συνήθης διάκριση διαφοροποιεί τη βραχύχρονη από τη μακρόχρονη μνήμη και περιγράφει μια χρονική αλυσίδα τριών σταδίων. Η βραχύχρονη μνήμη αφορά τις περιπτώσεις που απαιτείται η συγκράτηση πληροφοριών για μερικά μόνο δευτερόλεπτα. Αναφέρεται σε εκείνο το μικρό κομμάτι από το τεράστιο σώμα πληροφοριών της μνήμης που βρίσκεται ενεργό σε μία δεδομένη στιγμή.

Η **βραχύχρονη μνήμη** διακρίνεται στις εξής κατηγορίες:

* ***Αισθητήρια ή υπερβραχεία ή αντιληπτική μνήμη:*** επιτρέπει την επανάληψη αυτού που ακούσαμε ή είδαμε. Ο χρόνος πρόσληψης είναι πολύ σύντομος και ο χρόνος διατήρησης πολύ περιορισμένος.
* ***Άμεση ή προσωρινή ή εργαζόμενη ή πρωτογενής μνήμη:*** αντιστοιχεί στην ιδιότητα της άμεσης αναπαραγωγής των νευρώνων μόλις διεγερθούν από ηχητικό/ οπτικό/ αισθητηριακό ερέθισμα. Διατηρούμε μια πληροφορία για 1-2 λεπτά. Η απουσία καινούργιων ερεθισμάτων είναι απαραίτητη για να λειτουργήσει. Στην άμεση μνήμη περιγράφεται το φαινόμενο της εγγύτητας σύμφωνα με το οποίο όταν θέλουμε να ανακαλέσουμε έναν κατάλογο λέξεων, θυμόμαστε αρχικά τις τελευταίες. (σελ.56-59, *Η νόσος του Αλτσχάιμερ*)

Το εύρος της πρόσληψης είναι διαφορετικό για κάθε άτομο. Η ποσότητα των στοιχείων που ο εγκέφαλος μπορεί να προσλάβει και να συγκρατήσει αυθόρμητα είναι περιορισμένη και ονομάζεται μνημονικό εύρος. Το μνημονικό εύρος χαρακτηρίζει την ικανότητα της άμεσης μνήμης και μπορεί να συμπεριλάβει από πέντε έως επτά στοιχεία.

Γι’ αυτό το λόγο, μία από τις αποτελεσματικές τεχνικές που θα βοηθούσε στην απομνημόνευση θα ήταν η αντιστοίχηση σε κάθε στοιχείο πολυάριθμων πληροφοριών. Έτσι αναπτύσσονται διακλαδώσεις μέσω συνδέσεων, οι οποίες όμως δεν υπερβαίνουν τα όρια του μνημονικού εύρους των ανθρώπων. Αν ο αριθμός των στοιχείων που πρέπει να απομνημονευθούν είναι μεγάλος τότε το όγδοο στοιχείο θα σβήσει την πρώτη καταγραφή.(σελ.56-59, *Η νόσος του Αλτσχάιμερ*)

Η μακρόχρονη μνήμη, η οποία ονομάζεται επίσης και μόνιμη, αφορά όλα όσα θυμόμαστε είτε μετά από μερικά λεπτά είτε μετά από πολλά χρόνια.(σελ.56-59, *Η νόσος του Αλτσχάιμερ*)

Η **μακρόχρονη μνήμη** διακρίνεται στις εξής κατηγορίες:

* ***Επεισοδιακή μνήμη:*** συνδέεται με προσωπικές εμπειρίες. Καταγράφει και διαχειρίζεται τις αναμνήσεις εμπειριών και γεγονότων της ζωής μας. Είναι εγγεγραμμένη στο εσωτερικό της κουλτούρας μας και της γνώσης μας για τον κόσμο.
* ***Σημασιολογική μνήμη***: αντιπροσωπεύει μια μορφή συνολικής γνώσης του κόσμου που μας περιβάλλει. Αφορά την ποσότητα των γνώσεων μας, τη γενική μας καλλιέργεια και την παιδεία. Όλα όσα μάθαμε κατά τη διάρκεια των σπουδών μας. Δεν επηρεάζεται από τον τόπο και το χρόνο. Δημιουργείται από τις συνήθειες. Η σημασιολογική μνήμη δεν επηρεάζεται σημαντικά με την αύξηση της ηλικίας και μπορεί να βοηθά στην κατανόηση και κωδικοποίηση των νέων πληροφοριών.(σελ.92, *Θέματα γηροψυχολογίας και γεροντολογίας*)
* ***Διαδικαστική μνήμη:*** έχει να κάνει με τη διατήρηση των ικανοτήτων μας, του τρόπου ύπαρξης μας μέσα στον κόσμο, των σωματικών και νοητικών μας δεξιοτήτων αναφορικά με την πρόσληψη των πληροφοριών, τη μνήμη των κινήσεων και των γνωστικών διεργασιών.(σελ.63, *Η νόσος του Αλτσχάιμερ*)

Η ***διαδικαστική μνήμη*** χωρίζεται σε δύο υποκατηγορίες:

* Άδηλη μνήμη: το άτομο εκτελεί ενέργειες χωρίς να τις παρακολουθεί συνειδητά π.χ. το περπάτημα. Η ύπαρξη της άδηλης μνήμης έχει τεκμηριωθεί τόσο σε αμνησικά άτομα (Conen 1984, Squire 1987, Light 1991, Light & Singn 1987) όσο και σε ασθενείς με νόσο Αλτσχάιμερ (Fleischman & Gabrieli 1998, Monti, Gabrieli, Wilson & Reminger 1994). Επιπλέον έχει βρεθεί ότι παραμένει ανέπαφη σε πλήθος διαφορετικών έργων στους ηλικιωμένους. .(σελ.265-267, *Θέματα γηροψυχολογίας και γεροντολογίας*)
* Έκδηλη μνήμη: προϋποθέτει συνειδητή και εκούσια ανάκτηση και οργάνωση των πληροφοριών (Baddeley 1997) (σελ.265-267, *Θέματα γηροψυχολογίας και γεροντολογίας*).
  + 1. **Η θεωρία των μνημονικών σταδίων**

Η θεωρία των μνημονικών σταδίων διαχωρίζει τη μνημονική διαδικασία σε τρία στάδια: την ***κωδικοποίηση***, την ***αποθήκευση*** και την ***ανάκτηση*** (σελ.256, *Θέματα γηροψυχολογίας και γεροντολογίας*). Σε ό,τι αφορά τη μακρόχρονη μνήμη έχουν διατυπωθεί πολλά θεωρητικά μοντέλα για την κατανόηση της διαμόρφωσης και της ανάκλησης των αναμνήσεων. Το κλασικό μοντέλο περιγράφει τρεις φάσεις που εξελίσσονται προοδευτικά: ***απομνημόνευση***, ***διατήρηση*** και ***ανάκτηση*** (σελ. 59, *Η νόσος του Αλτσχάιμερ*).

Η απομνημόνευση διενεργείται με τρόπο συνειδητό ή ασυνείδητο, ανάλογα με την περίπτωση. Μέσω αυτής της λειτουργίας συντελείται η επεξεργασία της πληροφορίας η οποία μετασχηματίζεται σε πραγματική ανάμνηση: αυτό γίνεται με τη διεργασία της πρόσληψης. Σε πρώτο στάδιο γίνεται η κωδικοποίηση, η οποία αποσκοπεί στην απόδοση νοήματος στη νέα πληροφορία μέσω της σχετικής από κάθε άποψη επεξεργασίας ανάλογα με το υπάρχον περιεχόμενο της μνήμης. Η κωδικοποίηση γίνεται καταρχάς σε επίπεδο νοήματος και περιλαμβάνει την προσκτηθείσα έννοια σε όλες τις διαστάσεις, είτε λογικές είτε συναισθηματικές. Κατά την κωδικοποίηση το επίπεδο του νοήματος, παρόλο που θεωρείται το πλέον σημαντικό, δεν είναι το μόνο που έχει σημασία, καθώς μεσολαβούνε επίσης διαστάσεις οπτικές, ηχητικές, αισθητές, μουσικές κτλ.(σελ.59-60, *Η νόσος του Αλτσχάιμερ*).

Στο επόμενο επίπεδο γίνεται η οργάνωση και δόμηση των δεδομένων. Κάθε άτομο διαθέτει τις δικές του νοητικές διεργασίες οι οποίες είναι άμεσα συνυφασμένες με το επίπεδό του και τη νοημοσύνη του.

Η διατήρηση, η επόμενη φάση, θέτει σε λειτουργία τις διεργασίες της παγίωσης και της ανακατασκευής. Αυτό που τοποθετήθηκε στη μνήμη θα φυλαχτεί εκεί. Οι πληροφορίες που έχουν αποθηκευτεί στη μνήμη δεν διατηρούνται με τρόπο παθητικό. Η αναθεώρηση των αναμνήσεων συντελείται ασυνείδητα στη διάρκεια του ύπνου. Υπάρχει έντονη εγκεφαλική δραστηριότητα και τα στοιχεία μετασχηματίζονται ανάλογα και με τις νέες πληροφορίες. Οι αναμνήσεις μας ανακατασκευάζονται οι πιο παλιές είναι οι καλύτερα παγιωμένες, οι πιο πρόσφατες είναι οι πιο άστατες (σελ.60-61, *Η νόσος του Αλτσχάιμερ*).

Η ανάκτηση πληροφοριών και αναμνήσεων επέρχεται μετά την ενεργοποίηση τους. Είναι παρούσες στη μνήμη αλλά παίζουν ρόλο οι ανάγκες, οι συνθήκες και οι νέες πληροφορίες που καταφτάνουν. Όταν μιλάμε για ανάκληση έχουμε δύο τύπους από γεγονότα α) εκείνα των οποίων η καταγραφή και η ανάκτηση γίνονται χωρίς προσπάθεια και β) εκείνα τα οποία ξέρουμε ότι γνωρίζουμε, αλλά η ανάκληση τους απαιτεί ιδιαίτερη προσπάθεια.

Πάνω σε αυτές τις βάσεις ο καθένας μας σχηματίζει τη δική του ιδέα για τη μνήμη του, τη διαχειρίζεται με το δικό του τρόπο και χρησιμοποιεί το δικό του σύστημα αυτοελέγχου. Αυτή η γνώση που έχουν οι άνθρωποι για τις μνημονικές τους ικανότητες ονομάζεται *μεταμνήμη* (σελ.61-62, *Η νόσος του Αλτσχάιμερ*).

* 1. **Σημαντικότεροι τύποι άνοιας**

Υπάρχουν αναστρέψιμες και μη αναστρέψιμες άνοιες. Επισήμως έχουν διαγνωστεί ιατρικά και έχουν ονομαστεί 13 τύποι ανοιών. Αυτές είναι: **1)** η νόσος του Alzheimer, **2)** η αγγειακή άνοια (VaD’s), **3)** οι μετωποκροταφικές άνοιες (FTD) (η νόσος του Pick),**4)** η πρωτοπαθής προοδευτική αφασία (PPA), **5)** η άνοια της νόσου Parkinson, **6)** η άνοια με σωμάτια Lewy (ASL), **7)** η άνοια μικτού τύπου, **8)** η πολλαπλή σκλήρυνση, **9)** η προοδευτική υπερπυρηνική παράλυση, **10)** η νόσος Jakob-Creudtzfeld, **11)** η νόσος Wilson, **12)** η νόσος Huntington, **13)** σύνδρομο Korsakoff.

Ωστόσο για τη συγκεκριμένη πτυχιακή εργασία έχουν επιλεχθεί να διερευνηθούν οι πρώτοι έξι τύποι άνοιας. Στη συνέχεια της εργασίας αναλύεται κάθε τύπος άνοιας ξεχωριστά. Ειδικότερα επισημαίνονται: ο ορισμός της άνοιας, η αιτιολογία-παράγοντες κινδύνου, η νευροανατομία και παθολογία καθώς και η διάγνωση της νόσου.

**1.4 Νόσος του Αλτσχάιμερ (Alzheimer’s Dementia)**

**1.4.1 Ορισμός**

Η Νόσος του Αλτσχάιμερ είναι μια προοδευτική νευροεκφυλιστική διαταραχή με χαρακτηριστικά κλινικά και νευροπαθολογικά ευρήματα, με ύπουλη έναρξη και βαθμιαία αποδιοργάνωση των γνωστικών και λειτουργικών ικανοτήτων του ανθρώπου με αποτέλεσμα τη διαταραχή των επαγγελματικών και κοινωνικών υποχρεώσεων του. Απαραίτητη προϋπόθεση είναι να μην ενοχοποιείται άλλη νοσολογική οντότητα που θα μπορούσε να προκαλέσει άνοια. (σελ.318, *Θέματα γηροψυχολογίας και γεροντολογίας*). Με βάση κριτήρια βαρύτητος, σύμφωνα με το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών του Αμερικανικού Ψυχιατρικού Συλλόγου (3η έκδοση), μπορεί να διακρίνει κανείς τη νόσο Αλτσχάιμερ σε ήπια, όταν παρατηρείται διαταραχή στην εργασία και στις κοινωνικές υποχρεώσεις, αλλά παραμένει η δυνατότητα για ανεξάρτητη ζωή, με σχετικά ανέπαφη κρίση και επαρκή προσωπική υγιεινή, σε μέσης βαρύτητος, όταν απαιτείται κάποια επίβλεψη και η ανεξαρτησία είναι προβληματική, και σοβαρή , όπου απαιτείται συνεχής επίβλεψη, διότι υπάρχει αδυναμία για διατήρηση έστω και ελάχιστης προσωπικής υγιεινής και ο ασθενής ή είναι ασυνάρτητος ή παρατηρείται βωβότης (σελ.323, *Θέματα γηροψυχολογίας και γεροντολογίας*).

**1.4.2 Παράγοντες κινδύνου-αιτιολογία**

Τα αίτια της νόσου Αλτσχάιμερ δεν είναι ακόμη πλήρως γνωστά και σαφή, παρόλα αυτά όμως γνωρίζουμε παράγοντες οι οποίοι συμμετέχουν στην εξέλιξη αυτής της άνοιας. Στις περισσότερες περιπτώσεις η νόσος Αλτσχάιμερ είναι σποραδική. Το οικογενειακό ιστορικό πολλών προσβεβλημένων πρώτου βαθμού συγγενών τετραπλασιάζει τον κίνδυνο. Σε ορισμένες οικογένειες, στις οποίες εμφανίζεται πρώιμα και κληρονομείται με τον αυτοσωματικό επικρατούντα χαρακτήρα, φαίνεται να έχουν ταυτοποιηθεί τρεις μεταλλάξεις: το γονίδιο πρεσενίλης-1 στο χρωμόσωμα 14, το γονίδιο πρεσενίλης-2 στο χρωμόσωμα 1 και η πρόδρομος πρωτεΐνη του αμυλοειδούς στο χρωμόσωμα 21. Επιπλέον έχουν ταυτοποιηθεί διάφορα προδιαθεσιακά γονίδια. Το ε4 αλληλόμορφο γονίδιο της απολιποπρωτείνης Ε (APOE) αποτελεί παράγοντα κινδύνου και για την σποραδική και για την οικογενή όψιμη νόσο Αλτσχάιμερ. Ωστόσο το γονίδιο ε4 δεν είναι ούτε απαραίτητο ούτε επαρκές για να προκαλέσει τη νόσο Αλτσχάιμερ (σελ.320, *Θέματα γηροψυχολογίας και γεροντολογίας -* σελ.249, *Νευροψυχολογική εκτίμηση*).

Η συχνότητα της νόσου αυξάνεται με την ηλικία τόσο ώστε τα ποσοστά των πασχόντων από τη νόσο Αλτσχάιμερ σε ηλικία πάνω από 85 ετών φτάνουν το 28-47%. Η προγεροντική και η γεροντική νόσος Αλτσχάιμερ έχουν την ίδια κλινική και νευροπαθολογική εικόνα με τη διαφορά που η πρώτη αρχίζει την 5η και 6η δεκαετία της ζωής ενώ η γεροντική αρχίζει την 7η και 8η δεκαετία, μερικές φορές νωρίτερα σπανίως όμως αργότερα (σελ.320, *Θέματα γηροψυχολογίας και γεροντολογίας*).

Επίσης η νόσος Αλτσχάιμερ έχει συνδεθεί και με το σύνδρομο Down. Όπως και στη νόσο Αλτσχάιμερ έτσι και στο σύνδρομο Down οι πρώιμες οικογενείς μορφές έχουν εντοπιστεί στο χρωμόσωμα 21(Andreasen, 2001. Jarvik, 1988. Pirrozolo, Inbody et al, 1989). Σχεδόν όλοι οι ασθενείς με σύνδρομο Down που επιβιώνουν πάνω από τα 30 ή 40 έτη παρουσιάζουν τα νοητικά και παθολογοανατομικά χαρακτηριστικά της νόσου Αλτσχάιμερ (σελ.250, *Νευροψυχολογική εκτίμηση*).

Το χαμηλό εκπαιδευτικό και επαγγελματικό επίπεδο έχουν συσχετιστεί με αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης της νόσου (Bonti, Salmon & Kaszniak, 1996. Schmand, Smit et al, 1997. Y.Stern, Gurl et al, 1994). Μία κοινή εξήγηση για τη συγκεκριμένη διαπίστωση είναι ότι οι άνθρωποι που έχουν υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης έχουν περισσότερα γνωστικά αποθέματα για να αντισταθμίσουν τις νευροπαθολογικές μεταβολές που προκύπτουν από τη νόσο και να καθυστερήσουν την έναρξη της κλινικής εικόνας της νόσου (Y.Stern, 2002) (σελ.250, *Νευροψυχολογική εκτίμηση*).

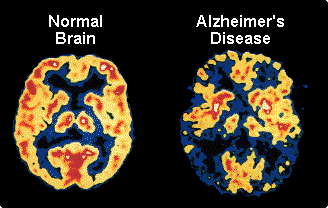
Ακόμη ένας παράγοντας που φαίνεται να επηρεάζει στην εμφάνιση της νόσου είναι η κρανιοεγκεφαλική κάκωση. Ο κίνδυνος ανάπτυξης της νόσου Αλτσχάιμερ μετά από σοβαρή κρανιοεγκεφαλική κάκωση είναι μέγιστος για άτομα που στερούνται το αλληλόμορφο γονίδιο ApoE4 (σελ.250, *Νευροψυχολογική εκτίμηση*).

**1.4.3 Νευροανατομία και παθολογία**

Η νευροπαθολογοανατομική σφραγίδα της νόσου Αλτσχάιμερ είναι η παρουσία νευροινιδιακών τολυπίων και γεροντικών πλακών (W. Samuel et al, 2002. Zubenko, 1997).

Τα νευροινιδιακά τολύπια αναπτύσσονται όταν συστρέφονται οι μικροσωλινίσκοι που μεταφέρουν ουσίες από το σώμα του νευρικού κυττάρου στο τέλος του νευράξονα. Εμφανίζονται νωρίς στην πορεία της νόσου στον ενδορρινικό φλοιό, τον ιππόκαμπο και άλλες περιοχές του κροταφικού λοβού (Boller & Duyckaerts, 2003. Delacourte et al, 1999. Human & Gomez-Isla, 1998). Ο αριθμός των τολυπίων είναι πολύ μεγαλύτερος σε άτομα με νόσο Αλτσχάιμερ (σελ.251, *Νευροψυχολογική εκτίμηση*).

Οι γεροντικές πλάκες δημιουργούνται από μια αμυλοειδή εναπόθεση στο εξωτερικό των νευρώνων, περιβάλλονται ή όχι από ανώμαλες νευρωνικές αποφυάδες, έδρα ινιδιακής εκφύλισης. Οι πλάκες αυτές είναι πολυάριθμες στο επίπεδο των ιπποκάμπων , μεταβλητού αριθμού και πιο διάχυτες μέσα στον εγκεφαλικό φλοιό. Το κέντρο των γεροντικών πλακών συνίσταται από την πρωτεΐνη Α4, της οποίας ο σχηματισμός θα μπορούσε να είναι αποτέλεσμα μιας ανωμαλίας του μεταβολισμού της προδρόμου πρωτεΐνης preA4. Η εν λόγω πρωτεΐνη είναι παρούσα σε όλο τον οργανισμό και η παραγωγή της αυξάνεται κατά μη ομαλό τρόπο στην τρισωμία 21 (σελ. 41, *Η νόσος του Αλτσχάιμερ*)

****

**1.4.4 Διάγνωση**

Για τη διάγνωση του Αλτσχάιμερ οι γιατροί μπορούν να χρησιμοποιήσουν αρκετά διαθέσιμα εργαλεία για να επαληθεύσουν ή να απορρίψουν τη νόσο. Το ιστορικό της νόσου, το ατομικό και οικογενειακό ιστορικό, το ερωτηματολόγιο, η κλινική και νευρολογική εξέταση και οι νευροψυχολογικές δοκιμασίες επιτρέπουν στο θεράποντα ιατρό να διαμορφώσει μια σχετικά αξιόπιστη ιδέα για τη φύση και την αιτιολογία εμφάνισης της νόσου. Δεν αποτελούν όμως και αξιόπιστα εργαλεία για μια ορθή διάγνωση. Είναι συχνά ανεπαρκή όταν πρέπει να αξιολογηθεί επακριβώς η κατάσταση του ασθενή και κυρίως όταν χρειάζεται να ανιχνευθούν δευτερογενείς αιτιοπαθογένειες. Επιπρόσθετα, ο γιατρός έχει το καθήκον, ανάλογα με τις αλλαγές στην κατάσταση της υγείας του ασθενή, να ανταποκρίνεται στις ανάγκες του. Ένας γιατρός, όσο ικανός και αν είναι, κινδυνεύει να θεωρηθεί παλαιολιθικός, κομπογιαννίτης ή ανεύθυνος αν περιορίζεται στη χρήση των κλινικών του γνώσεων, του στηθοσκοπίου και του νευρολογικού σφυριού του για αντανακλαστικά και δεν ζητά μια σειρά άλλων παρακλινικών εξετάσεων. Είτε εγκρίνουμε είτε απορρίπτουμε αυτή την όλο και πιο έντονα τεχνοκρατική εξέλιξη της ιατρικής πρακτικής, χωρίς αμφιβολία πρόκειται για ένα μη αναστρέψιμο γεγονός και σαφώς δεν είναι άχρηστη. Στο επίπεδο αυστηρά της ιατρικής ευθύνης θα ήταν απαράδεκτο ένας γιατρός ηθελημένα ή για λόγους οικονομίας να αμελήσει να ζητήσει όλες τις διαθέσιμες επιστημονικές διαδικασίες, οι οποίες είναι σήμερα απαραίτητες για την άσκηση του λειτουργήματός του.

Ανάμεσα σε όλα αυτά τα εργαλεία που χρησιμοποιούνται για τη διερεύνηση της κατάστασης του εγκεφάλου διακρίνονται: **α)** ***οι μορφολογικές εξετάσεις*** και **β)** ***οι λειτουργικές εξετάσεις***. Ειδικότερα οι μορφολογικές εξετάσεις αποσκοπούν στην παροχή σταθερών εικόνων των εγκεφαλικών τομών πάνω στις οποίες μπορεί να δει ο γιατρός πιθανές ανωμαλίες. Το *σπινθηρογράφημα*, η *μαγνητική τομογραφία*,το *ντόπλερ* και *αγγειακό υπερηχογράφημα* ανήκουν στις μορφολογικές εξετάσεις. Στη συνέχεια της εργασίας γίνεται ξεχωριστά λεπτομερή αναφορά στην κάθε εξέταση. Όπως αναφέρθηκε εκτός από τις μορφολογικές εξετάσεις οι γιατροί χρησιμοποιούν και τις λειτουργικές εξετάσεις για τη διάγνωση την νόσου. Στις λειτουργικές εξετάσεις ανήκουν: το *ηλεκτροεγκεφαλογράφημα*, τα *προκλητά δυναμικά* και οι *μετρήσεις της ροής του αίματος και του εγκεφαλικού μεταβολισμού*. Οι λειτουργικές εξετάσεις δείχνουν πώς λειτουργούν οι δομές του εγκεφάλου. (σελ.129-130 *Η νόσος του Αλτσχάιμερ*). Μετά την ανάλυση των μορφολογικών εξετάσεων ακολουθεί εκτενή, λεπτομερή αναφορά και στις λειτουργικές εξετάσεις.

Α) ΜΟΡΦΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

* ***Σπινθηρογράφημα***

Το σπινθηρογράφημα του εγκεφάλου (το οποίο ονομάζεται επίσης τομοπυκνομετρία) χρησιμοποιεί ακτίνες Χ και επιτρέπει, χάρη στην επεξεργασία του σήματος μέσω υπολογιστή, τη λήψη εικόνων από τις ανατομικές τομές του εγκεφάλου. Διακρίνονται σαφώς η πυκνότητα του εγκεφαλικού ιστού και η μορφολογία των ημισφαιρίων, αλλά δε διακρίνονται λεπτομέρειες μεγέθους κατώτερου από τρία χιλιοστά. Σε περίπτωση που υπάρχουν προβλήματα μνήμης η εξέταση αυτή σπάνια δείχνει συγκεκριμένες αλλοιώσεις, εκτός από ορισμένες φορές - στη νόσο του Αλτσχάιμερ – που μπορεί να δείξει μια ίσως ασυμμετρική απλή διάχυτη εγκεφαλική ατροφία. (σελ.131 *Η νόσος του Αλτσχάιμερ*)

* ***Μαγνητική τομογραφία***

Η απεικόνιση με μαγνητική τομογραφία είναι μια πρόσφατη και πιο αποτελεσματική τεχνική. Δεν υπάρχει ακτινοβολία από ακτίνες Χ. Ο εγκεφαλικός ιστός, ο οποίος υποβάλλεται σε ένα μαγνητικό πεδίο, εκπέμπει κύματα που μετά από επεξεργασία στον υπολογιστή επιτρέπουν την αναδόμηση εικόνων εξαιρετικής διαύγειας και την τέλεια διάκριση της λευκής ουσίας από τη φαιά. Ούτε εδώ υπάρχουν ειδικές εικόνες της νόσου Αλτσχάιμερ. Η μαγνητική τομογραφία είναι κυρίως χρήσιμη για τη διαφορική διάγνωση της νόσου: για παράδειγμα, προκειμένου να φανούν αγγειακές ανωμαλίες, όπως οι συνέπειες πολλαπλών μικροεμφράκτων ή ανωμαλίες στη λευκή ουσία που δείχνουν τον αντίκτυπο της αρτηριακής πίεσης στον εγκέφαλο και οι οποίες μερικές φορές δεν έχουν ληφθεί υπόψη.(σελ 131 *Η νόσος του Αλτσχάιμερ*).

* ***Ντόπλερ και αγγειακό υπερηχογράφημα***

Πρόκειται για αξιόπιστες, απλές και ανώδυνες εξετάσεις. Στην πραγματικότητα το ντόπλερ και το αγγειακό υπερηχογράφημα έχουν διπλό ενδιαφέρον: μορφολογικό και λειτουργικό (σελ. 130, *Η νόσος του Αλτσχάιμερ*). Χρησιμοποιούνται υπέρηχοι για να μελετηθεί η εγκεφαλική κυκλοφορία. Κατά την εξέταση απεικονίζονται τα τοιχώματα των μεγάλων αγγείων που τροφοδοτούν τον εγκέφαλο (καρωτίδες και σπονδυλικές αρτηρίες) και αποκαλύπτονται πιθανά εμπόδια στη ροή του αίματος (πλάκες, αθηρωματοσκλήρυνσης, έλξη, στενώσεις, αποφράξεις). Η ανάλυση της διαπερατότητας των ενδοκρανιακών αγγείων ανήκει στη σφαίρα των δραστηριοτήτων του διακρανιακού ντόπλερ. Σε περίπτωση προβλημάτων μνήμης απεικονίζονται κυκλοφοριακές ανωμαλίες μεγάλης διαγνωστικής αξίας, οι οποίες παρουσιάζονται σε έναν ασθενή με αρτηριακή υπέρταση ή υψηλή χοληστερίνη. (σελ 132, *Η νόσος του Αλτσχάιμερ*).

Β) ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

* ***Ηλεκτροεγκεφαλογράφημα***

Είναι η καταγραφή της ηλεκτρικής δραστηριότητας των εγκεφαλικών νευρώνων μέσω ηλεκτροδίων που τοποθετούνται στο τριχωτό της κεφαλής μας επιτρέπει να δούμε αν η ηλεκτρική δραστηριότητα είναι φυσιολογική για την ηλικία του ατόμου ή αν υπάρχουν παθολογικά ευρήματα και ποια είναι αυτά: σημεία άγχους, υπερβολικό φαρμακευτικό φορτίο, κακή εγκεφαλική κυκλοφορία, αύξηση των βραδέων κυμάτων κ.λπ. Όταν έχουμε να αντιμετωπίσουμε ένα μεμονωμένο πρόβλημα μνήμης, η διαπίστωση βραδέων κυμάτων μπορεί να έχει προγνωστική αξία. Στην περίπτωση της νόσου του Αλτσχάιμερ υπάρχει σημαντική αύξηση των κυμάτων θήτα και δέλτα και ελάττωση του άλφα και βήτα ρυθμού. Η εγκεφαλική χαρτογράφηση έχει το πλεονέκτημα της μεγαλύτερης εξειδίκευσης των δεδομένων του τυπικού ηλεκτροεγκεφαλογραφήματος (σελ.131-132, *Η νόσος του Αλτσχάιμερ*).

* ***Προκλητά δυναμικά***

Τα προκλητά δυναμικά του φλοιού τα οποία αντιπροσωπεύουν την υποχρεωτική ηλεκτρική ανταπόκριση του εγκεφάλου σε ένα εξωτερικό ερέθισμα, επιτρέπουν την ποσοτικοποίηση μιας πιθανής νοητικής εξασθένησης και την επαλήθευση της έντασης ενός μνημονικού παραπόνου. Για να συμβεί κάτι τέτοιο, υπολογίζουμε το χρόνο που περνά από τη στιγμή του ερεθίσματος μέχρι την εμφάνιση των βραδέων κυμάτων, δηλαδή τα γνωστικά δυναμικά που έχουν σχέση με τις λειτουργίες της σύνθεσης, της προσοχής, της συγκέντρωσης και της μνήμης. Αυτά τα δυναμικά παρουσιάζουν μεγαλύτερη επιβράδυνση και μικρότερο εύρος όσο πιο σημαντική είναι η έκπτωση των νοητικών ικανοτήτων. Σε περιπτώσεις κατάθλιψης και ελαφράς αμνησίας που έχουν σχέση με την ηλικία τα γνωστικά προκλητά δυναμικά είναι φυσιολογικά ή δείχνουν ελάχιστες αλλοιώσεις. Αντίθετα παρουσιάζουν αρκετή επιβράδυνση όταν υπάρχουν οργανικά προβλήματα μνήμης, όπως η νόσος Αλτσχάιμερ (σελ.133, *Η νόσος του Αλτσχάιμερ*).

* ***Μετρήσεις της ροής του αίματος και του εγκεφαλικού μεταβολισμού***

Η άμεση μέτρησης της ροής του αίματος στις διάφορες περιοχές πραγματοποιείται με τη μελέτη της κατανομής μιας ανιχνευόμενης ουσίας η οποία αφού χορηγηθεί, κυκλοφορεί στα εγκεφαλικά αγγεία, διαχέεται στους ιστούς και εξαφανίζεται. Η ταχύτητα της εξαφάνισης αντανακλά το επίπεδο της ενδοεγκεφαλικής ροής του αίματος. Μπορούμε έτσι να παρατηρήσουμε σημαντική ελάττωση της ροής του αίματος στις παθολογικές περιπτώσεις νοητικής έκπτωσης και να διαφοροποιήσουμε μια εκφυλιστική βλάβη από μία αγγειακή αλλοίωση. Σε περίπτωση αρχόμενης μνημονικής έκπτωσης η εν λόγω εξέταση έχει μεγάλη προγνωστική αξία, δεδομένου ότι κάποιες μελέτες που πραγματοποιήθηκαν στην Αμερική έδειξαν ότι η ροή του αίματος συχνά αλλάζει δύο χρόνια πριν την εμφάνιση των πρώτων σαφών ενδείξεων αγγειακής εγκεφαλικής γήρανσης.

**1.5 Αγγειακή άνοια (VaD’s)**

**1.5.1 Ορισμός**

Είναι η εξασθένιση των γνωστικών λειτουργιών που προκύπτει από ένα οποιοδήποτε πλήθος αγγειακών αιτιών. Για τις αγγειακές άνοιες χρησιμοποιούνται διάφορα ονόματα, χωρίς όμως να υφίσταται ένας σαφής διαχωρισμός των διάφορων κλινικών εικόνων (σελ.172, *Νευρολογία για λογοθεραπευτές*):

* ***Υποφλοιώδης αρτηριοσκληρωτική εγκεφαλοπάθεια*** (υποφλοιώδης αγγειακή άνοια): παραπέμπει σε μια κλινική εικόνα η οποία, στα πλαίσια μιας μικροαγγειοπάθειας, χαρακτηρίζεται από πολλά μικρά βαθιά έμφρακτα με ταυτόχρονη απώλεια μικρών κυττάρων και την παρουσία μικρών ισχαιμικών εγκεφαλικών βλαβών της λευκής ουσίας, ιδιαίτερα στην βαθύτερα κάτω από τον εγκεφαλικό φλοιό ευρισκόμενη περιοχή του εγκεφάλου (σελ.172, *Νευρολογία για λογοθεραπευτές*).
* ***Πολυεμφρακτική άνοια*** : είναι ένας γενικός όρος για καταστάσεις στις οποίες εκτεταμένες γνωστικές διαταραχές λαμβάνουν χώρα ως αποτέλεσμα επαναλαμβανόμενων εμφράκτων, συνήθως σε πολλά διαφορετικά σημεία (Chui,1989. Chui, Victoroff et al,1992. Metter & Wilson,1993.J.S Meyer, Shirai & Akiyama,1997).
* ***Νόσος Binswanger*** : διαφέρει από την σπηλαιωτή κατάσταση στο ότι η έναρξή της είναι αργή και λανθάνουσα (Cummings & Mahler, 1991. Stuss & Cummings, 1990). Επιπλέον, τα πολλαπλά έμφρακτα ανευρίσκονται κυρίως στις περικοιλιακές περιοχές και στην εγκεφαλική λευκή ουσία με συνοδό *απομυελίνωση* (απώλεια του λιπώδους περιβλήματος γύρω από τις νευρικές ίνες ταχείας αγωγής)(Filley,1995,2001). Η εξέταση με CT σε αυτούς τους ασθενείς αποκαλύπτει φλοιική ατροφία με διαυγείς περιοχές, ή περιοχές αυξημένης έντασης στη λευκή ουσία (*λευκοαραίωση*) γύρω από τις διετεταμένες κοιλίες. Η MRI είναι πιο ευαίσθητη από την CT στην αποκάλυψη περιοχών αυξημένου σήματος και ανωμαλιών όπως η μικρή περικοιλιακή άλως, αν και πολλά από τα τελευταία αυτά ευρήματα που σχετίζονται μόνο με την ηλικία. Συνεπώς, η νόσος του Binswanger μπορεί να υπερ-διαγνωστεί όταν στηριζόμαστε σε ακτινολογικά κριτήρια (Nichols & Mohr, 1986). Οι διαταραχές βάδισης. η δυσαρθρία και η ακράτεια είναι συνηθισμένα προβλήματα αυτών των ασθενών. Οι γνωστικές και εκτελεστικές δυσλειτουργίες, που τυπικά συσχετίζονται με μετωπιαίες βλάβες χαρακτηρίζουν την άνοια της νόσου του Binswanger (Filley, 2001) (σελ. 243 *Νευροψυχολογική Εκτίμηση*).

**1.5.2 Παράγοντες κινδύνου-αιτιολογία**

Οι παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση αγγειακής άνοιας διαχωρίζονται σε αναστρέψιμους και μη αναστρέψιμους. Στους μη αναστρέψιμους περιλαμβάνονται: η μεγάλη ηλικία (ο πιο ισχυρός υποκείμενος παράγοντας για εμφάνιση αγγειακής άνοιας, με σημαντική αύξηση της επίπτωσής της μετά την ηλικία των 65 ετών), το άρρεν φύλο, η γενετική προδιάθεση [Cerebral Autosomal Dominant Arteriopathy with Subcortical Infarcts and Leukoencephalopathy (CADASIL), ApoE ε4 πολυμορφισμός], η φυλή (Ασιάτες, Αφρο-αμερικανοί), προηγούμενο ιστορικό αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων (ΑΕΕ), οικογενειακό ιστορικό άνοιας καθώς και το χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης. Το υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης αν και δεν επηρεάζει τον ρυθμό εξέλιξης της άνοιας σχετίζεται με λιγότερα γνωσιακά ελλείμματα. Μεταξύ των σημαντικότερων αναστρέψιμων παραγόντων κινδύνου συμπεριλαμβάνονται: η υπέρταση (αλλά και η υπόταση μέσω υποάρδευσης του εγκεφάλου), το κάπνισμα, η κατάχρηση αλκοόλ, η παχυσαρκία και ο καθιστικός τρόπος ζωής, η αντίσταση στην ινσουλίνη, ο σακχαρώδης διαβήτης, τα υπογλυκαιμικά επεισόδια, η δυσλιπιδαιμία, η στεφανιαία νόσος, η κολπική μαρμαρυγή και η ομοκυστεϊναιμία. Οι κλασικοί παράγοντες κινδύνου για αγγειακή νόσο (αρτηριακή υπέρταση, σακχαρώδης διαβήτης, δυσλιπιδαιμία, παχυσαρκία) προκαλούν ενδοθηλιακή δυσλειτουργία, μειωμένη παραγωγή μονοξειδίου του αζώτου (της πιο ισχυρής ενδογενούς αγγειοδιασταλτικής ουσίας), διαταραχή της αυτορρύθμισης της αιμάτωσης του εγκεφάλου, οξειδωτικό stress καθώς και φλεγμονή του αγγειακού τοιχώματος με αποτέλεσμα εγκεφαλική υποαιμάτωση.

**1.5.3 Νευροανατομία και παθολογία**

Η απουσία ενεργειακών εφεδρειών καθιστά την απρόσκοπτη παροχή αίματος ως ζωτικής σημασίας για τη δομική και λειτουργική ακεραιότητα του εγκεφάλου. Η απώλεια εγκεφαλικού ιστού που οδηγεί δυνητικά σε αγγειακή άνοια μπορεί να οφείλεται σε μεγάλα ισχαιμικά έμφρακτα, σε κενοτοπιώδη έμφρακτα ή σε αιμορραγίες. Ωστόσο, ιδιαίτερα συχνή είναι η εμφάνιση αγγειακής άνοιας εξαιτίας διάχυτης βλάβης της λευκής ουσίας ακόμη και επί απουσίας εμφανούς αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου (ΑΕΕ). Η εν τω βάθει λευκή ουσία αντιπροσωπεύει περιοχή οριακής αιμάτωσης ακόμη και υπό φυσιολογικές συνθήκες καθιστώντας την ιδιαίτερα ευάλωτη σε συνθήκες υποάρδευσης του εγκεφάλου. Η προκύπτουσα απομυελίνωση και απώλεια νευραξόνων αποτελούν το υπόστρωμα της γνωσιακής εξασθένησης αφού είναι γνωστό ότι διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στη μετάδοση των νευρικών ερεθισμάτων και στη μείωση των ενεργειακών αναγκών των νευρικών κυττάρων.

Οι κλινικές εκδηλώσεις της αγγειακής άνοιας ποικίλλουν και γενικά ταξινομούνται σε 2 κατηγορίες: το φλοιώδες και το υποφλοιώδες σύνδρομο. Στο φλοιώδες σύνδρομο οι εκδηλώσεις άνοιας είναι ανάλογες της προσβεβλημένης περιοχής. Όταν η βλάβη αφορά τον μετωπιαίο λοβό, ο ασθενής εμφανίζει εκτελεστική δυσλειτουργία, αβουλία ή απάθεια και άτυπη κατάθλιψη. Σε εντόπιση της βλάβης στον αριστερό βρεγματικό λοβό εμφανίζεται αφασία, απραξία και αγνωσία, ενώ σε εντόπιση στον δεξιό βρεγματικό λοβό εμφανίζεται νοσοσωματοαγνωσία, σύγχυση, αναστάτωση, οπτικοχωρική και κατασκευαστική δυσχέρεια. Η εντόπιση στον κροταφικό λοβό συσχετίζεται με πρώιμη αμνησία. Τέλος, εκδήλωση του φλοιώδους συνδρόμου μπορεί να είναι η εμφάνιση επιληπτικών κρίσεων. Στο υποφλοιώδες σύνδρομο η κλινική εικόνα περιλαμβάνει: εστιακά κινητικά σημεία, πρώιμη εμφάνιση διαταραχών βάδισης (μικρά βήματα, «κολλώδης», παρκινσονική βάδιση), αστάθεια βάδισης, αναίτιες πτώσεις και διαταραχές ούρησης. Διαταραχές της προσωπικότητας και της διάθεσης (αβουλία, απάθεια, κατάθλιψη, συναισθηματική αστάθεια) καθώς και γνωσιακές διαταραχές (ήπια έκπτωση μνήμης, ψυχοκινητική καθυστέρηση, ανώμαλη εκτελεστική λειτουργία) μπορεί επίσης να παρατηρηθούν. Η παρουσία γνωσιακών διαταραχών στην αγγειακή άνοια μπορεί να είναι εντελώς διακριτή από τη νόσο Αlzheimer, ιδίως στα πρώιμα στάδια, με κύρια εκδήλωση την εκτελεστική δυσλειτουργία που προκαλεί σημαντική ανικανότητα, ακόμη κι όταν η απώλεια μνήμης είναι ήπια και πριν ο ασθενής εκπληρώσει τα κριτήρια για άνοια. Αντίθετα, στη νόσο Αlzheimer η νοητική έκπτωση αφορά την πρόσφατη μνήμη ως πρώιμη εκδήλωση. Στην αγγειακή άνοια η έναρξη των συμπτωμάτων είναι συχνά αιφνίδια (μετά από ένα ΑΕΕ), ακολουθεί φάση σταθεροποίησης και πιθανά νέας επιδείνωσης (μετά από νέο ΑΕΕ). Έτσι, χαρακτηριστική είναι η επιδείνωση κατά βαθμίδες και η διακυμαινόμενη πορεία. Αντίθετα στη νόσο Alzheimer η επιδείνωση των συμπτωμάτων είναι μάλλον προοδευτική. Αξίζει να αναφερθεί ότι η θνητότητα της αγγειακής άνοιας είναι υψηλότερη από τη θνητότητα της νόσου Alzheimer πιθανότατα εξαιτίας του αυξημένου καρδιαγγειακού κινδύνου που διατρέχουν οι ασθενείς με αγγειακή άνοια.

**1.5.4** **Διάγνωση**

Οι μέθοδοι είναι ουσιαστικά αντίστοιχες των μεθόδων που χρησιμοποιούνται για τη διάγνωση την νόσου Alzheimer ή άλλων ανοιών. Λόγω της εμφάνισης συμπτωμάτων τύπου Parkinson κατά την έναρξη της αγγειακής άνοιας, είναι απαραίτητο μέσω της διενέργειας μιας διαφορικής διάγνωσης, να γίνει η απαιτούμενη οριοθέτηση και αναλόγως να αποκλειστεί η νόσος του Parkinson για την οποία θα γίνει αναφορά στη συνέχεια της εργασίας.

Η υποψία για αγγειακή άνοια τίθεται σε έναν ασθενή στον οποίο υπάρχουν αγγειακοί παράγοντες κινδύνου (υπέρταση, διαβήτης, εγκεφαλικό/ παροδικό ισχαιμικό επεισόδιο, στεφανιαία νόσος κ.ά.), ο οποίος εμφανίζει κατά περιοχές γνωσιακά ελλείμματα, εκτελεστική δυσλειτουργία, διαταραχές συμπεριφοράς, εστιακά νευρολογικά συμπτώματα ή σημεία καθώς και ευρήματα αγγειακής βλάβης στην CT ή/και MRI του εγκεφάλου.

Για τη διάγνωση της αγγειακής άνοιας έχουν χρησιμοποιηθεί διάφορα διαγνωστικά κριτήρια, όπως: DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), ADDTC (State of California Alzheimer's Disease Diagnostic and Treatment Centers), NINDS-AIREN (National Institute for Neurological Disorders and Stroke-Association Internationale pour la Recherche et l'Enseignement en Neurosciences) και ICD-10 (International Classification of Diseases, tenth edition). Τα κριτήρια NINDSAIREN θεωρούνται τα πιο αναλυτικά και ευρέως χρησιμοποιούμενα (Πίν.2). Θα πρέπει να τονισθεί ότι όλα τα προαναφερόμενα διαγνωστικά κριτήρια στερούνται ικανοποιητικής ευαισθησίας και ειδικότητας για τη διάκριση της αγγειακής άνοιας από τις άλλες μορφές άνοιας και ιδιαίτερα τη νόσο Alzheimer. Ωστόσο, στην κλινική πράξη κατά την προσέγγιση ενός ασθενούς με άνοια φαίνεται ότι έχει μεγαλύτερη αξία η ανάδειξη της παρουσίας ή όχι αγγειακής εγκεφαλικής νόσου παρά να τεθεί η σφραγίδα της αγγειακής άνοιας. Για αυτό τον σκοπό ιδιαίτερα χρήσιμη είναι η κλίμακα ισχαιμίας Hachinski (Hachinski Ischemic Score) (Πίν.3). Έτσι, ενδείξεις κυρίως εκτελεστικής δυσλειτουργίας, ιστορικό ΑΕΕ, αγγειακοί παράγοντες κινδύνου και υψηλό Hachinski Ischemic Score (Score ≥ 7) υποστηρίζουν τη διάγνωση της ΑΑ ή της μικτής άνοιας και παραπέμπουν σε νευροαπεικόνιση με διενέργεια CT ή MRI εγκεφάλου.

***Πίνακας 2. Κριτήρια Αγγειακής Άνοιας κατά NINDS-AIREN I.***

|  |
| --- |
| Άνοια με διαταραχή μνήμης και άλλων 2 ή περισσότερων γνωσιακών τομέων (προσανατολισμός, προσοχή, λόγος, οπτικοχωρικές λειτουργίες, εκτελεστικές λειτουργίες, ορθοπραξία) |
| Αγγειακή εγκεφαλοπάθεια, που ορίζεται από την παρουσία εστιακής νευρολογικής σημειολογίας (ασχέτως αν αναφέρεται ή όχι ιστορικό ΑΕΕ) και την απεικονιστική επιβεβαίωση |
| Κριτήρια αποκλεισμού: οξεία συγχυτική κατάσταση, αφασία, ψύχωση, άλλες νόσοι ΚΝΣ (όπως άνοια Alzheimer) που μπορούν από μόνες να είναι υπεύθυνες για τη συμπτωματολογία |

**Πίνακας 3. *Κλίμακα ισχαιμίας Hachinski*** (Hachinsk iIschemic Score)

|  |  |
| --- | --- |
| **Κλίμακα ισχαιμίας Hachinski** | **score** |
| Αιφνίδια προσβολή | **2** |
| Κλιμακωτή επιδείνωση | **1** |
| Κυμαινόμενη πορεία | **2** |
| Νυκτερινή σύγχυση | **1** |
| Σχετική διατήρηση προσωπικότητας | **1** |
| Κατάθλιψη | **1** |
| Συναισθηματική ακράτεια | **1** |
| Ιστορικό υπέρτασης | **1** |
| Συνυπάρχουσα αθηρωμάτωση | **1** |
| Εστιακά νευρολογικά συμπτώματα | **2** |
| Εστιακά νευρολογικά σημεία | **1** |
| Σωματικά ενοχλήματα | **1** |

(ΠΗΓΗ: *Ελληνικά Διαβητολογικά Χρονικά* 27, 4: 221-226, 2014)

**1.6 Μετωποκροταφικές άνοιες (FTD)**

Η μετωποκροταφική άνοια και η νόσος Alzheimer συγχέονται εύκολα, επειδή έχουν παρόμοια χαρακτηριστικά και στα τελικά τους στάδια μπορεί να είναι αδιάκριτες μεταξύ τους.

**1.6.1 Ορισμός**

Πρόκειται για εκφυλιστικά νοσήματα με λανθάνουσα έναρξη και αργή εξέλιξη, που προσβάλλουν τους μετωπιαίους και κροταφικούς λοβούς, ενώ δεν επηρεάζεται σχετικά ο οπίσθιος εγκέφαλος (Askin-Edgar, White & Cummings, 2002). Η αιτιολογία τους είναι άγνωστη. Τείνουν να εμφανίζονται μεταξύ των ηλικιών 40 και 65. Ο αριθμός των γυναικών που προσβάλλονται δεν είναι δυσανάλογα υψηλός (Neary & Snowden, 1991). Ευθύνονται περίπου για το 20% των προϊούσων ανοϊκών περιστατικών (M. Grossman, 2001). Οι πρώιμες μελέτες χαρακτήρισαν τις μετωποκροταφικές άνοιες γενικά ως νόσο του Pick, αν και η νόσος του Pick διακρίνεται πλέον ως υποκατηγορία της μετωποκροταφικής άνοιας (Kaufer & Cummings, 2003)

**1.6.2 Παράγοντες κινδύνου-αιτιολογία**

Περίπου το 40% με 50% των περιπτώσεων κληρονομούνται γενετικά με αυτοσωματικό επικρατή τρόπο (Bird,1998, Higgins & Mendez, 2000). Οι περισσότερες περιπτώσεις εμφανίζουν tau παθολογία και ένα μικρό ποσοστό έχει ένα μεταλλαγμένο tau γονίδιο στο χρωμόσωμα 17 (Higgins & Mendez, 2000). Η ανεύρεση μεγαλύτερης από τη συνήθη επίπτωσης εγκεφαλικού τραύματος, που έχει συμβεί εντός τεσσάρων ετών από την έναρξη του μετωποκροταφικού εκφυλισμού, υποδεικνύει ότι το εγκεφαλικό τραύμα μπορεί να είναι ένας επικουρικός παράγοντας, αλλά η αναφορά προηγούμενου εγκεφαλικού τραύματος είναι σχετικά ασυνήθης (12% σε μια σειρά 60 ασθενών) και μπορεί έτσι να αποτελεί έναν ισχνό μόνο αιτιολογικό παράγοντα και ίσως να μην αποτελεί καθόλου (Mortimer & Pirozzolo.1985) (σελ.263-264, *Νευροψυχολογική Εκτίμηση*).

**1.6.3 Νευροανατομία και παθολογία**

Το πιο χαρακτηριστικό γνώρισμα της μετωποκροταφικής άνοιας είναι η εμφανής μεταβολή στην κοινωνική συμπεριφορά και την προσωπικότητα που μερικές φορές εμφανίζεται χρόνια πριν τη διάγνωση (Askin-Edgar, White & Cummings, 2002). Η έλλειψη οξύνοιας που είναι αναπόφευκτη (McGlynn & Kaszniak, 1991. Sungaila & Crockett, 1993) μαζί με τη «στερεότυπη συμπεριφορά και τις διατροφικές συνήθειες», διαφοροποίησαν αποτελεσματικά τους μετωποκροταφικούς ανοϊκούς ασθενείς από εκείνους με νόσο Alzheimer (Bozeat et al.,2000). Άλλα κοινά χαρακτηριστικά του συνδρόμου είναι οι αλλαγές στο λόγο και τη γλώσσα, τα εξωπυραμιδικά σημεία (ακινησία, δυσκαμψία και τρόμος), η ακράτεια και τα πρωτόγονα αντανακλαστικά (Neary, Snowden, Gustafson et al., 1998).

Οι βρεγματικοί και ινιακοί λοβοί παραμένουν ανεπηρέαστοι στις περισσότερες περιπτώσεις, με την ατροφία να επικεντρώνεται στον κροταφικό και μετωπιαίο νεοφλοιό, με εξαίρεση το οπίσθιο μισό με δύο-τρίτα της άνω κροταφικής έλικας, που επίσης τυπικά δεν προσβάλλονται. Η φλοιική ατροφία μπορεί να συμβεί ασύμμετρα. Σε μερικές περιπτώσεις, διακρίνεται ένα όριο «λεπίδας μαχαιριού» που διαχωρίζει τους μετωπιαίους και πρόσθιους κροταφικούς λοβούς από το μη πάσχων οπίσθιο εγκέφαλο (Neary & Snowden, 1996). Όσον αφορά τις υποφλοιικές δομές, το μεταιχμιακό σύστημα και το ραβδωτό σώμα προσβάλλονται, αλλά πολύ λιγότερο από το νεοφλοιό. Η έκταση της συμμετοχής του ιππόκαμπου και της αμυγδαλής ποικίλει από περίπτωση σε περίπτωση (Snowden,Neary, Mann & Benson, 1996, σελ.117-118). Ο βασικός πυρήνας του Meynert μπορεί να μειώνεται σε μέγεθος, αλλά όχι όσο στους ασθενείς με Alzheimer και σημαντική χολινεργική ανεπάρκεια είναι ασυνήθης (Rossor, 1987). Τα δύο κύρια κυτταρικά ευρήματα είναι η προέχουσα μικρο-αγγειακή μεταβολή και/ή η σοβαρή αστροκυτταρική γλοίωση με ή χωρίς σωμάτια του Pick (Neary,Snowden, Gustafson et al., 1998). Σε αμιγώς μετωποκροταφικά περιστατικά τα τολύπια και οι πλάκες της νόσου Alzheimer είναι απόντα. Η αιματική ροή και ο μεταβολισμός στο μετωπιαία λοβό μειώνονται σημαντικά, αλλά το ΗΕΓ παραμένει φυσιολογικό (Neary,Snowden, Northen & Goulding, 1998). (σελ.263-264, *Νευροψυχολογική Εκτίμηση*)

**1.6.4** **Διάγνωση**

Το κύριο διαγνωστικό πρόβλημα είναι η διαφορική διάγνωση του εκφυλισμού των μετωπιαίων λοβών από τη νόσο Alzheimer, καθώς πολλά από τα λεκτικά ελλείμματα είναι παρόμοια και η απάθεια, η φτωχή κρίση και η ευερεθιστότητα ή η συναισθηματική επιπέδωση εμφανίζονται κα στις δύο καταστάσεις. Επιπλέον η νευροπαθολογία της Alzheimer μπορεί να επεκταθεί στους μετωπιαίους λοβούς ή στις οδούς των μετωπιαίων προβολών, παράγοντας μια μικτή διαγνωστική εικόνα (Sungaila & Crockett 1993). Χρησιμοποιώντας σύγχρονα κλινικά κριτήρια για τη διαφορική διάγνωση της μετωποκροταφικής άνοιας από τη νόσο Alzheimer (Neary,Snowden, Gustafson et al., 1998), το 77% των ασθενών με μετωποκροταφική άνοια στην επιβεβαιωμένη νεκροτομική ανάλυση πληρεί τα διαγνωστικά κριτήρια και για τις δύο νόσους (Varma et al.1999). Ωστόσο, στα αρχικά στάδια η φτωχή νόηση και οι κοινωνικά απρεπείς, μέχρι άξεστες συμπεριφορές, με σχετικά άθικτες τις γνωστικές λειτουργίες, συμπεριλαμβανομένης της μνήμης, μπορεί να βοηθήσουν στη διάκριση αυτών των νόσων είναι παρόμοια. Έχουν προταθεί διάφορες συμπεριφορικές κλίμακες αξιολόγησης για να συμπεριλάβουν τα χαρακτηριστικά που τις διαφοροποιούν από τη νόσο Alzheimer (Kertesz, Nadkarni et al., 2000, Lebert et al.,1998. Mendez, Perryman et al.,1998. J.R. Swartz et al.,1997).

H νευροαπεικόνιση δείχνει εκφύλιση των μετωπιαίων και κροταφικών λοβών (π.χ., Lenzi & Padovani,1994. σελ.104,105,Askin-Edgar, White & Cummings.2002). Παρομοίως, τα σημεία μειωμένης αιμάτωσης στις SPECT σαρώσεις είναι σοβαρότερα στις πρόσθιες μετωπιαίες ή κροταφικές περιοχές από τις οπίσθιες περιοχές (Elfgren et al.,1993. B.L. Miller et al.,1997). Ωστόσο, η απεικόνιση μπορεί να είναι φυσιολογική πρώιμα στην πορεία της νόσου (C.A. Gregory et al.,1999) (σελ. 264-265, *Νευροψυχολογική Εκτίμηση*).

**1.7 Πρωτοπαθής προοδευτική αφασία (ΡΡΑ)**

**1.7.1 Ορισμός**

Η άμεση προοδευτική αφασία (Obler & Albert,1996) είναι ένα κλινικό σύνδρομο στο οποίο εμφανίζεται προοδευτική χειροτέρευση της γλωσσικής λειτουργίας χωρίς να υπάρχει γενικευμένη άνοια. Δηλαδή η χειροτέρευση της γλωσσικής λειτουργίας δεν είναι απόρροια των άλλων γνωστικών βλαβών, ούτε υπάρχει διαταραχή στις άλλες δραστηριότητες της καθημερινής ζωής. Το συγκεκριμένο σύνδρομο χαρακτηρίζεται πρωτίστως από τη σταδιακή απώλεια της γλωσσικής λειτουργίας. Οι γλωσσικές βλάβες που παρατηρούνται είναι ποικίλες, αν και οι πιο συνήθεις είναι τύπου μη ρέουσας αφασίας, ανάλογης με αυτή του Broca. Αξίζει να σημειωθεί ότι αυτή η διαταραχή ξεχωρίζει από τις γλωσσικές βλάβες στην περίπτωση της νόσου του Αλτσχάιμερ, όπου συνήθως υπάρχει ρέουσα αφασία (σελ.281, *Θέματα γηροψυχολογίας και γεροντολογίας*).

Η πρωτοπαθής προοδευτική αφασία ανήκει δηλαδή σε μια ευρύτερη κατηγορία άνοιας που ονομάζεται μετωπιαία άνοια και παρουσιάζει σημαντική κλινική και παθολογική αλληλοεπικάλυψη με το Alzheimer. Προκαλείται όπως αναφέρθηκε από εκφύλιση των περιοχών του εγκεφάλου που ελέγχουν την ομιλία και τις γλωσσικές ικανότητες.

**1.7.2 Παράγοντες κινδύνου-αιτιολογία**

Οι παράγοντες κινδύνου για πρωτογενή προοδευτική αφασία περιλαμβάνουν:

* **Έχοντας μαθησιακές δυσκολίες.** Άτομα με μαθησιακές δυσκολίες, ιδιαίτερα δυσλεξία, μπορεί να διατρέχουν υψηλότερο κίνδυνο πρωτογενή προοδευτική αφασία, ίσως επειδή και οι δύο προϋποθέσεις, να περιλαμβάνει τη χρήση και κατανόηση της γλώσσας.
* **Έχοντας ορισμένες μεταλλάξεις του γονιδίου.** Σπάνιες μεταλλάξεις του γονιδίου έχουν συνδεθεί με τη διαταραχή. Εάν πολλά άλλα μέλη της οικογένειάς σας είχαν πρωτογενή προοδευτική αφασία, μπορεί να είναι πιο πιθανό να αναπτύξουν.

**1.7.3** **Διάγνωση**

Η διάγνωση της πρωτοπαθούς προοδευτικής αφασίας γίνεται σε ενήλικα άτομα κάτω των 65 ετών. Για τη διάγνωση πρωτοπαθής προοδευτική αφασία, ο γιατρός σας θα εξετάσει τα συμπτώματά σας και να παραγγείλετε διάφορες δοκιμές. Επειδή δεν υπάρχει καμία ειδική εξέταση για τη διάγνωση πρωτογενή προοδευτική αφασία, ο γιατρός σας θα πρέπει να ζητήσει εξετάσεις για τη διάγνωση της κατάστασης σας και να αποκλείσει άλλες πιθανές αιτίες των συμπτωμάτων σας.

***Νευρολογική εξέταση*** Οι γιατροί μπορούν να διεξάγουν μια νευρολογική εξέταση, καθώς και ένα λογοθεραπευτή αξιολόγησης και νευροψυχολογική αξιολόγηση. Οι δοκιμές θα πρέπει να διεξάγονται για να μετρήσει την ομιλία σας, κατανόηση γλώσσας και των δεξιοτήτων, την αναγνώριση και την ονομασία των αντικειμένων, ανάκληση, και άλλους παράγοντες.

***Οι εξετάσεις αίματος***Ο γιατρός μπορεί να ζητήσει εξετάσεις αίματος για να ελέγξει για τις μολύνσεις, επίπεδα φαρμάκων μέτρο ή τεστ για άλλες παθήσεις. Μπορείτε επίσης να έχετε γενετικές δοκιμές για να διαπιστωθεί αν έχουν γενετικές μεταλλάξεις που σχετίζονται με πρωτογενή προοδευτική αφασία ή άλλες νευρολογικές παθήσεις.

***Τομογραφίες του εγκεφάλου***

Μαγνητική τομογραφία (MRI) μπορεί να βοηθήσει στη διάγνωση πρωτογενή προοδευτική αφασία, τον εντοπισμό συρρίκνωση ορισμένων περιοχών του εγκεφάλου και δείχνουν ποια περιοχή του εγκεφάλου μπορεί να επηρεαστεί. Μαγνητικές τομογραφίες μπορεί επίσης να ανιχνεύσει εγκεφαλικά επεισόδια, όγκους ή άλλες συνθήκες που μπορεί να επηρεάσουν τη λειτουργία του εγκεφάλου.

Ενιαία εκπομπής φωτονίων αξονική τομογραφία ή τομογραφία με εκπομπή ποζιτρονίων μπορεί να δείξει τη ροή του αίματος ή ανωμαλίες του μεταβολισμού της γλυκόζης σε περιοχές του εγκεφάλου σας.

**1.8 Άνοια της νόσου Parkinson**

Το 1817 ο James Parkinson περιέγραψε ένα σύνδρομο σε ασθενείς του, το οποίο στην αρχή ονόμασε τρομώδη παράλυση (αγγλ.shaking palsy) και το οποίο αργότερα πήρε το όνομά του (σελ.178, *Νευρολογία για λογοθεραπευτές*). Πολλοί συγχέουν τη νόσο με την παράλυση, ωστόσο η αλήθεια είναι ότι πρόκειται για μια νόσο που επιφέρει βραδύτητα και δυσκολία κατά την εκτέλεση των κινήσεων. Υπάρχει δηλαδή μείωση της κινητικότητας ενώ το σύμπτωμα του τρέμουλου μπορεί να απουσιάζει. Ακολουθεί ο ορισμός του Parkinson, όπου δίνονται και επιστημονικοί όροι της νόσου.

**1.8.1 Ορισμός**

Η νόσος Parkinson είναι τυπικά μια ιδιοπαθής διαταραχή, ένα ιδιοπαθές σύνδρομο που συνδέεται με τη μείωση της ντοπαμίνης (DA) στα βασικά γάγγλια και στις συνδέσεις τους με τη μέλαινα ουσία, που είναι ένας μικρός πυρήνας δίπλα στον κερκοφόρο (βλ. Hurley et al., 2002. Stacy & Jankovic, 1992 για την MRI απεικόνιση αυτών των δομών). Επειδή τα συμπτώματα αυτά την νόσου Parkinson μπορεί επίσης να παρουσιάζονται σε μη –ιδιοπαθείς καταστάσεις, όπως στην τοξική έκθεση, την αιμορραγία στο κέλυφος του φακοειδούς πυρήνα ή την εγκεφαλίτιδα, ο όρος *παρκινσονισμός* χρησιμοποιείται συχνά όταν αναφερόμαστε συχνά στα κοινά χαρακτηριστικά γνωρίσματα της νόσου, χωρίς αναφορά στην αιτιολογία. (σελ.269 *Νευροψυχολογική Εκτίμηση*).

**1.8.2 Παράγοντες κινδύνου-αιτιολογία**

Η αιτιολογία της νόσου του Parkinson είναι άγνωστη. Δεδομένου ότι ο παρκινσονισμός είναι ένα σύνδρομο παρά μια νόσος, έχει έναν αριθμό αιτιολογικών παραγόντων, που μερικοί είναι γνωστοί ή υπάρχει υποψία για αυτούς και μερικοί είναι άγνωστοι (Malaspina et al.,2002). Μεταξύ των γνωστών είναι η ιογενής εγκεφαλίτιδα και πιθανώς άλλες μετα-ιοικές καταστάσεις, φάρμακα με DA ανταγωνιστικές ιδιότητες όπως τα νευροληπτικά, τοξικές ουσίες (Hammerstad & Carter, 1995) και σπάνια, ίσως ως αποτέλεσμα των καλύτερων διαγνωστικών κριτηρίων, η αγγειακή νόσος (Evatt et al., 2002. Koller, Langston et al.,1991. Nutt, Hammerstad & Gancher,1992).

Μερικές οικογένειες παρουσιάζουν ένα κληρονομικό πρότυπο, που τυπικά εμφανίζεται ως αυτοσωμικά επικρατές με μειωμένη διεισδυτικότητα (B.A. Maher et al.,2002. Mahurin, Feher et al.,1993. Muenter et al.,1998). O Muhammad Ali, διάσημος πυγμάχος που ανέπτυξε μια παρκινσονική κατάσταση, φανερώνει με δραματικό τρόπο το ενδεχόμενο οι πολλαπλές τραυματικές εγκεφαλικές κακώσεις να αποτελούν παράγοντα κινδύνου για αυτή τη νόσο. Η ιστορία του Michael J.Fox ενός ακόμη ατόμου που ανέπτυξε τη νόσο του Parkinson αποδίδει την απόκτηση της νόσου σε έναν περιβαλλοντικό μολυσματικό παράγοντα, μια υπόθεση που έκανε για έκθεση σε περιβαλλοντική τοξίνη (σελ 270, *Νευροψυχολογική Εκτίμηση*).

Όταν η νόσος αναγνωρίστηκε αρχικά στην Αγγλία στο ξεκίνημα της βιομηχανικής επανάστασης είχε προταθεί ένας περιβαλλοντικός παράγοντας, καθώς είχαν ενοχοποιηθεί τοξικά βιομηχανικά παραπροϊόντα για την ανάπτυξη της νόσου Parkinson (Hammerstad & Carter,1995. Koller. Langston et al., 1991.Malaspina.2002. Tanner & Langston, 1990). O Tanner (1989) παρατήρησε ότι οι νεότεροι ασθενείς ήταν πιθανότερο να κατάγονταν από αγροτική περιοχή, αυξάνοντας την πιθανότητα έκθεσης σε τοξίνες από νερό πηγαδιού ή από το ράντισμα. Μια ανανέωση του ενδιαφέροντος για τις περιβαλλοντικές τοξίνες ως αιτία την νόσου του Parkinson, ήρθε από την ανακάλυψη ότι η MPTP (1-μεθυλ-4φενυλ-1,2,3,6-τετραϋδροπυριδίνη), μια νευροτοξίνη με προτίμηση στους νευρώνες της μέλαινας ουσίας, προκαλεί κινσονισμό(Raiput,1992). H τοξική έκθεση, οι μετα-ιοικές καταστάσεις και η κρανιοεγκεφαλική κάκωση ταιριάζουν όλα σε ένα πρότυπο βραδείας προκλινικής νευρωνικής εκφύλισης (Koller. Langston et al. 1991.Strange, 1992. Tanner & Langston, 1990). Παρά την αυξανόμενη γνώση γύρω από αυτή τη νόσο, περισσότερες από το 80% των περιπτώσεων είναι ιδιοπαθείς, π.χ. η αιτιολογία τους παραμένει άγνωστη (Lerner & Whitehouse.2002. Nutt, Hammerstad & Gancher, 1992).

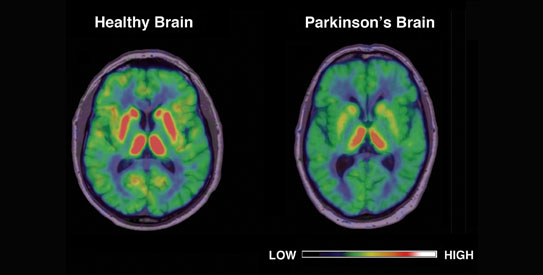
Οι επιδημιολογικές μελέτες έχουν σταθερά καταδείξει το κάπνισμα ως έναν αντίστροφο παράγοντα κινδύνου, δεδομένου ότι οι καπνιστές έχουν τις μισές πιθανότητες να αναπτύξουν νόσο του Parkinson από τους μη καπνίζοντες (Fratiglioni & Wang. 2000). Για αυτό το φαινόμενο έχει προταθεί ένας γενετικός σύνδεσμος (Checkoway et al.,1998). Ο Benedetti και οι συνεργάτες του (2000) σημειώνουν ότι οι λιγότεροι ασθενείς από τους μάρτυρες ελέγχου καταναλώνουν καφέ, αλλά προειδοποιούν ενάντια στην υπόθεση ότι ο καφές είναι προστατευτικός για τη νόσο του Parkinson (σελ. 270-271, *Νευροψυχολογική Εκτίμηση*).

**1.8.3 Νευροανατομία και παθολογία**

Η παθολογοανατομική φροντίδα της νόσου του Parkinson είναι η απώλεια των ντοπαμινικών νευρώνων που περιέχουν μελανίνη στη συμπαγή ζώνη(pars compacta) της μέλαινας ουσίας, ένα ζευγάρι μικρών, μελαχρωματικών σωματίων που συνθέτουν τη ντοπαμίνη (DA). H απώλεια των DA νευρώνων στη μέλαινα ουσία συνοδεύεται από μείωση της DA στον κερκοφόρο πυρήνα και το κέλυφος των βασικών γαγγλίων. Τα βασικά γάγγλια εμφανίζουν επιδράσεις που εκτείνονται στο θάλαμο, μέχρι και το νεοφλοιό, ιδιαίτερα στις προμετωπιαίες περιοχές. Αυτή η απώλεια DA μπορεί να οδηγήσει σε μετωπιαίες αποσυνδέσεις και φαίνεται ότι σχετίζεται άμεσα με την παρουσία και τη σοβαρότητα των κινητικών συμπτωμάτων (Dubois και Pillon,1992). Όταν τα επίπεδα της DA μειώνονται κάτω από το 30% του φυσιολογικού, εκδηλώνονται τα κινητικά και τα άλλα συμπτώματα της νόσου του Parkinson. Η κυτταρική απώλεια εμφανίζεται επίσης και σε άλλους πυρήνες του εγκεφαλικού στελέχους όπως ο υπομέλαινας τόπος και ο βασικός πυρήνας του Meynert, ο σημαντικότερος χολινεργικός τροφοδότης του εγκεφαλικού φλοιού. Η σύγχρονη μείωση των μη ντοπαμινεργικών νευροδιαβιβαστών συμβάλλει πιθανώς στην συμπτωματική εικόνα. Βλάβες ανευρίσκονται συχνά και σε άλλους κυτταρικούς πληθυσμούς, συμπεριλαμβανομένου του υπομέλαινα τόπου, της ανώνυμης ουσίας, του υποθάλαμου, των μαστικών σωματίων, του μεσεγκεφαλικού δικτυωτού σχηματισμού και του ραχιαίου πυρήνα της ραφής. Έτσι, αν και η νόσος του Parkinson πιστεύεται ότι είναι μια νόσος της ντοπαμίνης, εμπεριέχει πολλά συστήματα και νευροδιαβιβαστές.(Arciniegas & Beresford, 2001).

Η συμμετοχή του φλοιού καταδεικνύεται από τη μειωμένη τοπική εγκεφαλική αιματική ροή (rCBF) σε πολυάριθμες φλοιικές περιοχές (Bissessur et al.,1997, Weder et al.,2000). Μεγαλύτερης εντοπιστικής ακρίβειας μελέτες συσχέτισαν τη μειωμένη αιματική ροή στις μετωπιαίες και βρεγματικές περιοχές με τα χαρακτηριστικά των μετωπιαίων λοβών, δηλαδή αντιδράσεις εμμονής και μειωμένη λεκτική ευχέρεια. (Goldenberg, Podreka et al.,1989), στις μετωπιαίες περιοχές και τα βασικά γάγγλια με κινητικές εικόνες και εκτελεστικές ενέργειες (M. Samuel et al.,2001) και στη δεξιά ωχρά σφαίρα με το σχεδιασμό και τη συγκράτηση της λύσης των προβλημάτων.

Παθολογικά βραδέα προκλητά ακουστικά δυναμικά διαφοροποιούν τους ασθενείς με Parkinson από τους ασθενείς με άλλους τύπους προϊούσων ανοιών, καθώς επίσης και από τους υγιείς μάρτυρες ελέγχου, αν και ο βαθμός επιβράδυνσης είναι μεγαλύτερος σε ηλικιωμένους παρκινσονικούς ασθενείς συγκρινόμενους με ηλικιακά εξισωμένους μάρτυρες, οι οποίοι μπορεί να μη διαφέρουν από τους μάρτυρες (Stanzione et al.,1998. Tachibana, Aragane. Kawabata & Sugita.,1997). Οι παθολογικά παρατεταμένοι λανθάνοντες χρόνοι των προκλητών δυναμικών έχουν συνδεθεί με μειωμένες επιδόσεις σε δοκιμασίες άμεσης λεκτικής ανάκλησης και οπτικοαντιληπτικής διάκρισης (S.Pang et al., 1990).



**1.8.4** **Διάγνωση**

Ο παρκινσονισμός μπορεί να προσβάλλει τους άνδρες περισσότερο από τις γυναίκες (S.G. Diamond et al. 1990), αν και υπάρχουν μελέτες που δε δείχνουν καμία διαφορά ανάμεσα στα φύλα (Tanner,1992). Η τυπική ηλικία έναρξης είναι στη δεκαετία 50 με 60 και σπάνια παρατηρείται πριν από την ηλικία των 30 (Martilla,1987. Rajput et al.,1984). H ηλικία ασφαλώς και είναι ένας σημαντικός προγνωστικός παράγοντας. Η διάγνωση την νόσου είναι κλινική, βασιζόμενη στη βραδυκινησία, στη δυσκαμψία, τον τρόμο και την αστάθεια, αν και δε χρειάζεται και τα τέσσερα συμπτώματα να είναι παρόντα (Nutt, Hammerstad & Gancher,1992).

Επειδή δεν υπάρχει ειδική διαγνωστική δοκιμασία για τη νόσο του Parkinson, η διάγνωσή της μπορεί να είναι εσφαλμένη στο περίπου ένα τέταρτο των ασθενών που εξετάζονται νεκροτομικά (A.J. Hughes et al., 1992). Συνήθη διαγνωστικά σφάλματα περιλαμβάνουν την προϊούσα υπερπυρηνική παράλυση (ΠΥΠ) και την ατροφία πολλαπλών συστημάτων. Χαρακτηριστικά που συνήθως δεν συνδέονται με τη νόσο του Parkinson είναι η πρώιμη σοβαρή άνοια, η πρώιμη σοβαρή δυσλειτουργία του αυτόνομου, οι δυσχέρειες των οφθαλμικών κινήσεων (ειδικά η προς τα κάτω) και τα εστιακά σημεία ανώτερου κινητικού νευρώνα ή παρεγκεφαλίδας (Arciniegas & Beresford, 2001. Nutt, Hammerstad & Gancher, 1992).

**1.9 Άνοια με σωμάτια Lewy (ASL)**

**1.9.1 Ορισμός**

Μία ακόμη πρωτοπαθής εκφυλιστική άνοια, είναι η άνοια με σωμάτια Lewy. Η ASL τυπικά συνδέεται με προϊούσα άνοια, εξωπυραμιδικά συμπτώματα, οπτικές ψευδαισθήσεις και απάτες και σημαντικότερα, σοβαρές διακυμάνσεις στη γνωστική λειτουργία (McKeith,2002), αν και άλλοι αναφέρουν μικρότερη μεταβλητότητα (Papka, Rubio, Schiffer & Cox,1998).

**1.9.2 Παράγοντες κινδύνου-αιτιολογία**

Οι ασθενείς με ASL έχουν μια υψηλή συχνότητα αλληλόμορφων γονιδίων ApoE4 (C.F. Lippa et al,1995). Η ΑSL είναι πιο συχνή στους άνδρες με έναρξη της νόσου τυπικά μετά την ηλικία των 50 (McKeith,2002). Οι ασθενείς με ASL εμφανίζουν ταχύτερη επιδείνωση από εκείνους με τη νόσο Αλτσχάιμερ ή άλλες εκφυλιστικές άνοιες (McKeith,Perry et al,1992. Olichney et al,1998).

**1.9.3 Νευροανατομία και παθολογία**

Οι περισσότεροι ασθενείς με ASL παρουσιάζουν νευροπαθολογοανατομικά ευρήματα που παρατηρούνται τόσο στη νόσο του Πάρκινσον όσο και στην Αλτσχάιμερ (McKeith,2002. McKeith,Perry et al,1992). Το καθοριστικό νευροπαθολογοανατομικό χαρακτηριστικό είναι τα σωμάτια Lewy, πρωτεϊνικές εναποθέσεις που ανευρίσκονται κατά μήκος του φλοιού και στις παραμεταιχμιακές περιοχές και στη μέλαινα ουσία, όπως και στη νόσο Πάρκινσον. Επιπλέον, είναι συχνή και ανεύρεση γεροντικών πλακών, αν και τα νευροινιδιακά τολύπια είναι λιγότερα συχνά (M.F. Weiner,1999). Όταν τα σωμάτια του Lewy συνυπάρχουν με νευροϊνιδιακά τολύπια και αμυλοειδικές πλάκες, θεωρείται ότι πρόκειται για μια παραλλαγή με σωμάτια του Lewy της νόσου Αλτσχάιμερ. Η νευρωνική εκφύλιση είναι προέχουσα στις μετωπιαίες, πρόσθιες του προσαγωγίου, νησιδιακές και κροταφικές περιοχές (McKeith & Burn,2000).

Το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα είναι παθολογικό, με μεγαλύτερες επιβραδύνσεις στον κροταφικό λοβό και συχνότερες παροδικές δραστηριότητες βραδέων κυμάτων από εκείνες που παρατηρούνται στη νόσο Αλτσχάιμερ (Briel et al,1999). Η γενικευμένη ατροφία μπορεί να αναδειχθεί με την MRI, αλλά με μικρότερη ατροφία του μέσου κροταφικού λοβού από εκείνη που χαρακτηρίζει τη νόσο Alzheimer (Barber, Ballard et al., 2000. G.T. Harvey et al.,1999), το οποίο μπορεί να εξηγήσει γιατί οι ασθενείς με ASL έχουν τυπικά ηπιότερες διαταραχές μνήμης από αυτούς με νόσο Alzheimer, κατά τα πρώιμα στάδια της νόσου. Η λειτουργική απεικόνιση (SPECT) έχει δείξει μειωμένη ντοπαμινεργική δραστηριότητα (Z.Walker, Costa, Ince et al.,1999. Z.Walker, Costa, Walker et al., 2002) και συχνότερη εμφάνιση μειωμένης ινιακής αιμάτωσης σε σχέση με τη νόσο Alzheimer (Lobotesis et al., 2001).

**1.9.4** **Διάγνωση**

Όπως αναφέρθηκε σε προηγούμενη ενότητα τα σωμάτια Lewy είναι πρωτεϊνούχα ενδοκυτταρικά σωμάτια, έγκλειστα μέσα σε νευρικά κύτταρα του εγκεφαλικού στελέχους και του εγκεφαλικού φλοιού, έτσι όπως αυτά αρχικά εντοπίστηκαν μετά από αυτοψίες και εξετάσεις του εγκεφάλου ασθενών, οι οποίοι νοσούσαν από τη νόσο του Parkinson. Οι ανοϊκές ασθένειες στις οποίες εντοπίζονται τέτοια ενδοκυτταρικά σωμάτια χαρακτηρίζονται ως αμιγείς άνοιες με σωμάτια Lewy, παραλλαγές της νόσου Alzheimer όπου εμφανίζονται σωμάτια Lewy στα νευρικά κύτταρα και άνοιες συνδεόμενες με τη νόσο του Parkinson.

Για το λόγο αυτό, η διάγνωση της άνοιας με σώματα Lewy είναι δύσκολη και όχι ακόμη επαρκώς σαφής διότι αναμιγνύονται και τα συμπτώματα των νόσων Parkinson και Alzheimer. Η κλινική διάγνωση πιθανής ASL βασίζεται στην παρουσία δύο τουλάχιστον από τα ακόλουθα χαρακτηριστικά: α) διακυμαινόμενα επίπεδα γνωστικής λειτουργίας, β) επαναλαμβανόμενες οπτικές ψευδαισθήσεις, που εμφανίζονται πρώιμα στην πορεία της νόσου και που τυπικά είναι καλά διαμορφωμένες και λεπτομερείς, γ) αυτόματα παρκινσονικά συμπτώματα. Στις γνωστικές δοκιμασίες, οι ασθενείς με διάγνωση της ΑSL εμφανίζουν συνήθως προέχοντα οπτικοχωρικά ελλείματα (Ballard et al., 1999.Lambon Ralph, Powell et

al.,2001) αλλά αποδίδουν καλύτερα από τους ασθενείς με Alzheimer σε δοκιμασίες μνήμης (Ballard et al., 1999. Heyman, Fillenbaum et al., 1999). Μπορεί επίσης να εμφανίζουν ελλείμματα που συνδέονται με μετωπο-υποφλοιική δυσλειτουργία (McKeith,2002).

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο**

**2.1 « ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΛΟΓΟΥ & ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΣΤΙΣ ΑΝΟΙΕΣ »**

Συνήθως η άνοια προσβάλλει πρώτα την πρόσφατη[μνήμη](http://www.onmed.gr/tags/tag/34/mnhmh), με αποτέλεσμα οι ασθενείς να επαναλαμβάνουν την ίδια ερώτηση ξανά και ξανά, να χάνουν πράγματα και να κατηγορούν τους άλλους ότι τους τα πήραν. Ένα άλλο συχνό πρώτο σύμπτωμα είναι η δυσκολία στην εύρεση της σωστής λέξης και η διαταραχή τηςσυγκέντρωσης, η οποία δεν γίνεται εύκολα αντιληπτή από το οικογενειακό περιβάλλον. Τα παραπάνω συμπτώματα τα συναντούμε συχνότερα στη νόσο Αλτσχάιμερ. Σε άλλες μορφές άνοιας ψυχιατρικά και νευρολογικά συμπτώματα μπορεί να εμφανιστούν στα πρώτα στάδια της νόσου.

Η ανάγκη βοήθειας στις καθημερινές δραστηριότητες είναι εμφανής. Το άτομο με μέτριας μορφής άνοια δεν μπορεί να ανταπεξέλθει πάντοτε μόνο του σε δραστηριότητες που μέχρι πρότινος του ήταν εφικτές, όπως ψώνια, διαχείριση τωνοικονομικών του συναλλαγών, λήψη φαρμάκων, οικιακές εργασίες. Στο στάδιο αυτό εμφανίζονται και τα προβλήματα του ελέγχου των σφιγκτήρων, καθώς και των ψυχωτικών διαταραχών, όπως ψευδαισθήσεις, παραλήρημα. Ακόμη, τα προβλήματα στη συγκέντρωση, στην κατονομασία των λέξεων, γίνονται πλέον εμφανή και απότοοικογενειακό περιβάλλον. Επίσης, τα άτομα με μέτριας μορφής άνοια παρουσιάζουν μειωμένη γνώση τρεχόντων και πρόσφατων γεγονότων, καθώς και κενά μνήμης της προσωπικής τους ιστορίας. Τέλος, η άρνηση και η μη αποδοχή των δυσκολιών τους είναι βασικός μηχανισμός άμυνας πια.

Τα άτομα με άνοια προχωρημένου σταδίου δεν μπορούν πλέον να επιζήσουνχωρίς βοήθεια. Είναι πλέον ανίκανα να εκτελέσουν βασικές λειτουργίες, όπως το πλύσιμο, το ντύσιμο, το φαγητό, τη χρήση της τουαλέτας. Ακόμη, παρουσιάζουν παντελή αδυναμία αναγνώρισης του περιβάλλοντός τους, τουχρόνου, της εποχής, της κατονομασίας αντικειμένων, αλλά και οικείων τουςπροσώπων. Τέλος, οι διαταραχές στον χαρακτήρα και η παρουσία ψυχωτικών συμπεριφορών είναι πιο έκδηλες, όπως ακόμη και η απώλεια βασικών ψυχοκινητικών λειτουργιών (π.χ. αδυναμία βάδισης).

Το κέντρο Νευρολογίας και Νόσου Αλτσχάιμερ του Πανεπιστημίου Νορθουέστερν πραγματοποίησε μια νέα έρευνα με στόχο να ενημερώσει και να ευαισθητοποιήσει το ευρύ κοινό σχετικά με τα λιγότερα γνωστά συμπτώματα της άνοιας. Η επιστήμονας Δρ. Έμιλι Ρογκάλσκι που συμμετείχε στην παραπάνω έρευνα αναφέρει: « *Τα συμπτώματα που εκδηλώνει ένας ασθενής και ο τύπος της άνοιας από την οποία πάσχει καθορίζονται από την περιοχή του εγκεφάλου στην οποία εντοπίζονται οι βλάβες. Ο γιατρός δεν είναι σε θέση να γνωρίζει με βεβαιότητα σε ποια περιοχή έχει τις ρίζες της η νόσος όσο ο ασθενής είναι ζωντανός, καθώς η τελική διάγνωση είναι δυνατή μόνο μετά θάνατον, βάση των ευρημάτων της νεκροτομής*».

Στη συνέχεια του κεφαλαίου, διερευνώνται τα συμπτώματα στους έξι τύπους άνοιας που έχουν αναλυθεί διεξοδικά σε προηγούμενο κεφάλαιο.

**2.1.1 Συμπτώματα της νόσου Alzheimer**

Παρόλο που οι ασθενείς έχουν μοναδικές αντιδράσεις στην ασθένεια και ακολουθούν απρόβλεπτη πορεία, οι ειδικοί έχουν βρει κάποια κοινά συμπτώματα. Η εξέλιξη της ασθένειας διαρκεί 8-10 χρόνια και ακολουθεί τρία στάδια. Ειδικότερα:

1ο ΣΤΑΔΙΟ

Στα πρώιμα στάδια της νόσου πολλά άτομα παρουσιάζουν μια αυξημένη δυσκολία στην πρόσβαση των λέξεων σε έργα κατονομασίας και κατά την επικοινωνία (σελ.281 *Θέματα Φροντίδας Ηλικιωμένων Γονιών*). Η βραχεία μνήμη αρχίζει να εξασθενεί. Το άτομο δεν μπορεί να θυμηθεί εύκολα πρόσφατα γεγονότα, να μάθει καινούργια πράγματα και να συγκρατήσει πληροφορίες για να αυτοσυγκεντρωθεί. Επίσης χαλάει ο τρόπος ομιλίας. Το άτομο αρχίζει να μπερδεύει τις λέξεις ή δεν μπορεί να βρει τις σωστές(σελ. 335, *Θέματα Φροντίδας Ηλικιωμένων Γονιών*). Σε μικρό αριθμό ασθενών βρέθηκε ότι η αναγνώριση των λέξεων και η κατονομασία έχουν την αξία τους στην ακριβή διάγνωση στα πρώτα στάδια της νόσου (Artzi and Yaretzki, 1991).

Στη νόσο Alzheimer το πιο συχνό σύμπτωμα είναι η δυσκολία στην ανεύρεση των λέξεων (σελ.327, *Θέματα Φροντίδας Ηλικιωμένων Γονιών*). Τα πρώτα σημεία δηλαδή είναι η περιστασιακή δυσκολία στην ανεύρεση των λέξεων, η δυσκολία στην άρθρωση και η ελαττωματική ευφράδεια. Στη συνέχεια παρατηρείται όπως αναφέρθηκε δυσκολία στην ανεύρεση λέξεων σε κανονική συζήτηση ενώ αυξάνεται ο αριθμός των επαναλήψεων. Το σύνολο του λόγου διαταράσσεται καθόσον ο λόγος επαναλαμβάνεται και είναι ασυνάρτητος. Υπάρχει δυσκολία στη συμμετοχή σύνθετων συζητήσεων και γίνεται μεγαλύτερη η δυσκολία στην κατανόηση. Εκτός από αυτές τις εκφραστικές δυσκολίες στο λόγο, παρατηρούνται διαταραχές και στην αντίληψη του λόγου (σελ.328, *Θέματα Φροντίδας Ηλικιωμένων Γονιών*). Ορισμένοι ασθενείς με νόσο Alzheimer παραμελούν την προσωπική υγιεινή και οι συναισθηματικές τους αντιδράσεις γίνονται υπερβολικές.

2ο ΣΤΑΔΙΟ

Το στάδιο αυτό χαρακτηρίζεται από συνεχείς επαναλήψεις. Το άτομο επαναλαμβάνει συνεχώς τις ίδιες και ίδιες ιστορίες και πράξεις ενώ δεν μπορεί να μάθει τίποτε καινούργιο καθώς η βραχεία μνήμη έχει χαθεί τελείως. Τα προβλήματα στη γλώσσα και την επικοινωνία επιδεινώνονται ενώ η ικανότητα υπολογισμών έχει χαθεί τελείως. Επιπλέον σύγχυση προκαλούν περίπλοκα πράγματα και η αναστάτωση και οι περιπλανήσεις είναι συχνά προβλήματα καθώς ο προσανατολισμός του ασθενούς είναι προβληματικός. Τέλος κυριαρχεί μια έντονη κυκλοθυμία, οι διαθέσεις δηλαδή του ατόμου αλλάζουν ακόμη πιο γρήγορα και γίνονται υπερβολικές.

Στο μεσαίο στάδιο ο λόγος γίνεται κενός, καθώς το άτομο χάνει από τις λέξεις το νόημα τους. Υπάρχει, παρόλα αυτά συνεχής ροή του λόγου και μάλιστα είναι δύσκολο να διακόψεις τον/την ασθενή καθώς μιλά. Η ικανότητα για φωναχτή ανάγνωση διατηρείται(εκτός από τις λέξεις μικρής συχνότητας και μη ομαλής ορθογραφίας). Η σύνταξη, σε όποιο βαθμό χρησιμοποιείται, διατηρείται. Η φωνολογία επίσης διατηρείται καλά και ο λόγος που αρθρώνει ο ασθενής είναι κενός ή άσχετος προς τα συμφραζόμενα.

Από τα μέσα προς τα τελευταία στάδια της νόσου αρχίζουν να εμφανίζονται και νεολογισμοί. Αλλά και ορισμένες πραγματολογικές πλευρές της γλωσσικής λειτουργίας διατηρούνται σε πολύ καλό επίπεδο, όπως η βλεμματική επαφή, η απάντηση σε ερωτήσεις και οι διακοπές και παρεμβάσεις όπου αυτό απαιτείται (σελ.282, *Θέματα Φροντίδας Ηλικιωμένων* *Γονιών*).

3ο ΣΤΑΔΙΟ

Όσο προχωράμε προς το τελευταίο στάδιο, παρόλο που οι ασθενείς ανταποκρίνονται σε ερωτήσεις που τους απευθύνονται, μειώνονται τόσο η πρωτοβουλία όσο και η δυνατότητα έναρξης επικοινωνίας σε νέα θέματα. Έτσι, μειώνεται η παρακολούθηση της συζήτησης με το συνομιλητή . Πιο λεπτές πραγματολογικές πλευρές τις γλώσσας, όπως το χιούμορ και η διάκριση γεγονότος-συμπεράσματος χάνονται.

Στο τελευταίο στάδιο της νόσου, ο ασθενής δεν επικοινωνεί πλέον καθόλου. Μαζί με τη βραχεία μνήμη έχει χαθεί και το μεγαλύτερο μέρος της μακρόχρονης μνήμης. Μπορεί να παραμείνει κάποια πραγματολογική πλευρά της γλώσσας, όπως η βλεμματική επαφή ή η στερεότυπη ανταπόκριση με φράσεις του τύπου «είμαι καλά», αλλά δεν υπάρχει πλέον ούτε ανάγνωση ούτε γραφή. Ορισμένοι ασθενείς δεν μπορούν ούτε να μιλήσουν (σελ.282, *Θέματα Φροντίδας Ηλικιωμένων Γονιών*).

Όπως προκύπτει από την καταγραφή των συμπτωμάτων της νόσου Alzheimer, ο διαχωρισμός των σταδίων καταδεικνύει την κλιμακούμενη ένταση της νόσου και την πορεία του ασθενή. Βέβαια θα πρέπει να θυμόμαστε ότι η παραπάνω εικόνα της γλώσσας ισχύει για τη πλειοψηφία των ασθενών με νόσο Alzheimer. Υπάρχουν όμως και ασθενείς στους οποίους τα γλωσσικά προβλήματα είναι ελαφριάς μορφής και περιορίζονται κυρίως στην κατονομασία, μέχρι που να χαθεί τελείως η επικοινωνία (σελ.282, *Θέματα Φροντίδας Ηλικιωμένων Γονιών*).

**2.1.2 Συμπτώματα αγγειακής άνοιας (VaD’s)**

Στο 1ο και στο μεσαίο στάδιο της αγγειακής άνοιας, η ασθένεια έχει πολλές ομοιότητες με τη νόσο Alzheimer εμφανίζει όμως και σημαντικές διαφορές. Τα χαρακτηριστικά αυτά συνοψίζονται ως εξής:

* σε γενικές γραμμές μια μάλλον κλιμακωτή, με εξάρσεις εξελισσόμενη επιδείνωση των συμπτωμάτων
* κατά την έναρξη της νόσου κινητικά προβλήματα με δυσκολίες βάδισης, επιπλέον δε συμπτώματα τύπου Parkinson, σχετικά πρώιμη εμφάνιση συμπτωμάτων δυσαρθρίας
* διαταραχές στον τομέα της βραχυπρόθεσμης μνήμης, της παρατηρητικότητας καθώς και της ικανότητας συγκέντρωσης της προσοχής
* δυσκολίες εύρεσης της κατάλληλης λέξης, επιβράδυνση των νοητικών διεργασιών (σκέψης)
* η ικανότητα προς αφαιρετική σκέψη καθώς και η μακροπρόθεσμη μνήμη διατηρούνται άθικτες για πολύ μεγάλο χρονικό διάστημα
* η διεκπεραίωση εργασιών ρουτίνας παρουσιάζει ελάχιστα μόνο προβλήματα
* συχνά φαινόμενα απάθειας, εναλλαγών της συναισθηματικής διάθεσης και κοινωνικής απόσυρσης
* συχνή ούρηση, ακράτεια ούρων

Σε προχωρημένο στάδιο οι διακυμάνσεις της διάθεσης του ασθενούς εντείνονται σε μεγάλο βαθμό. Οι ασθενείς εμφανίζουν καταθλιπτική διάθεση, κλαίνε συχνά, γίνονται πείσμονες, τσιγκούνηδες, αυταρχικοί και υποχόνδριοι. Στο τελικό στάδιο παρουσιάζονται παραισθήσεις, σύγχυση καθώς και απώλεια του προσανατολισμού και της γλώσσας.

**2.1.3 Συμπτώματα μετωποκροταφικής άνοιας (FTD)**

Η μετωποκροταφική άνοια, όπως αναφέρθηκε και σε προηγούμενο κεφάλαιο, προκύπτει ως αποτέλεσμα της καταστροφής των νευρώνων (νευρικών κυττάρων) σε περιοχές του εγκεφάλου που ονομάζονται μετωπιαίοι και κροταφικοί λοβοί. Καθώς οι νευρώνες πεθαίνουν στις μετωπιαίες και κροταφικές περιοχές οι λοβοί αυτοί ατροφούν ή αλλιώς συρρικνώνονται. Σταδιακά η καταστροφή των νευρώνων προκαλεί δυσκολίες στη σκέψη και σε συμπεριφορές που ελέγχονται από αυτές τις περιοχές του εγκεφάλου. Μπορούν να εμφανιστούν διάφορα συμπτώματα, όπως παράξενη συμπεριφορά, συναισθηματικά προβλήματα. Προβλήματα στην επικοινωνία ή δυσκολία στη βάδιση και σε άλλες βασικές κινήσεις.

Τα συμπτώματα της μετωποκροταφικής άνοιας διαφέρουν από άνθρωπο σε άνθρωπο και από το ένα στάδιο της ασθένειας στο επόμενο, καθώς επηρεάζονται διαφορετικά μέρη των μετωπιαίων και κροταφικών λοβών. Σε γενικές γραμμές οι αλλοιώσεις στο μετωπιαίο λοβό σχετίζονται με συμπεριφορικά συμπτώματα ενώ οι αλλοιώσεις στον κροταφικό λοβό οδηγούν σε διαταραχές στη γλώσσα (γλωσσικά συμπτώματα) και στο συναίσθημα. Παρακάτω αναλύονται τόσο τα συμπεριφορικά όσο και τα γλωσσικά συμπτώματα.

ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

* *Προβλήματα στις επιτελικές λειτουργίες*: Προβλήματα στο σχεδιασμό και την αλληλουχία δράσης (να μπορεί κανείς να σκέφτεται ποια κίνηση είναι πρώτη και ποια δεύτερη κτλ), τοποθέτηση προτεραιοτήτων (να κάνει κάποιος τις πιο σημαντικές δραστηριότητες πρώτες και τις λιγότερο σημαντικές τελευταίες), άσκηση πολλαπλών δραστηριοτήτων (μετάβαση από τη μια δραστηριότητα στην άλλη ανάλογα με τις ανάγκες), η παρακολούθηση και η διόρθωση λαθών.
* *Εμμονές*: Τάση για επανάληψη της ίδιας δραστηριότητας ή επανάληψη της ίδιας λέξης ξανά και ξανά, ακόμα και όταν δεν έχει νόημα.
* *Άρση αναστολών*: Δρουν παρορμητικά χωρίς να υπολογίζουν πως οι άλλοι αντιλαμβάνονται τη συμπεριφορά τους. Για παράδειγμα, ένας άνθρωπος μπορεί να μουρμουρίζει σε μια επαγγελματική συνάντηση ή να γελάει σε μια κηδεία.
* *Καταναγκαστική κατανάλωση υπερβολικής τροφής*: Καταβροχθίζουν μεγάλες ποσότητες φαγητού, ειδικά αμυλώδη τρόφιμα όπως ψωμί και μπισκότα. Μπορεί να παίρνουν φαγητό από τα πιάτα των άλλων.
* *Συμπεριφορά χρησιμοποίησης*: Δυσκολία να αντισταθούν στην παρόρμηση να χρησιμοποιήσουν ή να αγγίξουν αντικείμενα που μπορούν να δουν ή να προσεγγίσουν. Για παράδειγμα κάποιος μπορεί να σηκώσει το ακουστικό του τηλεφώνου καθώς περνάει μπροστά του χωρίς το τηλέφωνο να χτυπά ή χωρίς να θέλει να τηλεφωνήσει.

ΓΛΩΣΣΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

* *Αφασία*: Μια διαταραχή του λόγου στην οποία υπάρχουν δυσκολίες στη χρήση και κατανόηση λέξεων. Η ικανότητα για σωστή εκφορά και άρθρωση του λόγου παραμένει άθικτη.
* *Δυσαρθρία*: Μια διαταραχή του λόγου στην οποία υπάρχουν προβλήματα στην άρθρωση του λόγου (π.χ. μπέρδεμα στα λόγια) ενώ το περιεχόμενο είναι σωστό.

**2.1.4 Συμπτώματα πρωτοπαθούς προοδευτικής αφασίας (ΡΡΑ)**

Οι άνθρωποι με πρωτοπαθή προοδευτική αφασία μπορεί να αντιμετωπίζουν προβλήματα μόνο στο να χρησιμοποιούν και να κατανοούν λέξεις ή και προβλήματα στην άρθρωση. Οι άνθρωποι που έχουν και τα δύο είδη προβλημάτων έχουν δυσκολίες στην ομιλία και τη γραφή και μπορεί με την πάροδο του χρόνου να παρουσιάσουν πλήρη αλαλία ή πολύ μεγάλες δυσκολίες στο λόγο. Τα γλωσσικά προβλήματα συνήθως επιδεινώνονται για τουλάχιστον δύο χρόνια μετά την εμφάνισή τους. Άλλες λειτουργίες, όπως η σκέψη και οι κοινωνικές δεξιότητες παραμένουν φυσιολογικές για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα πριν επιδεινωθούν.

ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

* *Απάθεια:* Έλλειψη ενδιαφέροντος, κινήτρων ή πρωτοβουλιών. Η απάθεια συχνά συγχέεται με κατάθλιψη, ωστόσο οι άνθρωποι με απάθεια μπορεί να μην είναι θλιμμένοι. Συχνά έχουν δυσκολία να ξεκινήσουν μια δραστηριότητα αλλά μπορούν να συμμετάσχουν αν τις οργανώσουν άλλοι.

* *Συναισθηματικές αλλαγές:* Το συναίσθημα γίνεται επιπεδωμένο, υπερβολικό ή ακατάλληλο. Τα συναισθήματα μπορεί να φαίνονται τελείως αποσυνδεδεμένα από μία κατάσταση ή να εκφράζονται σε λάθος στιγμές και καταστάσεις. Για παράδειγμα κάποιος άνθρωπος μπορεί να γελά με δυσάρεστα νέα.
* *Κοινωνικές-διαπροσωπικές αλλαγές:* Δυσκολία στην «ανάγνωση» κοινωνικών σημάτων, όπως εκφράσεις του προσώπου και κατανόηση των διαπροσωπικών σχέσεων. Μπορεί να μην έχουν ενσυναίσθηση την ικανότητα να κατανοούν τα συναισθήματα των άλλων κάνοντας τους να φαίνονται αδιάφοροι ή εγωιστές. Για παράδειγμα μπορεί να μη δείξουν καμία συναισθηματική απόκριση σε ασθένειες ή ατυχήματα που μπορεί να συμβαίνουν σε μέλη της οικογένειας.
* *Έλλειψη ευαισθησίας:* Ανικανότητα να κατανοήσουν τις αλλαγές που τους συμβαίνουν και τις επιπτώσεις τους στους άλλους. Αυτή η έλλειψη ενημερότητας μπορεί να προκαλέσει δυσκολίες στους φροντιστές γιατί το άτομο δεν είναι συνεργάσιμο στο να δεχτεί βοήθεια.

**2.1.5 Συμπτώματα άνοιας της νόσου Parkinson**

Οι ασθενείς με νόσοParkinson διακρίνονται από την υποκινητική δυσαρθρία, μια διαταραχή των μηχανικών πτυχών του λόγου, την οποία ο E M.R Critchley (1987) απέδωσε σε αποτυχία ενσωμάτωσης της φώνησης, της άρθρωσης και της γλώσσας, ως πτυχές της λεκτικής παραγωγής. Αυτό εμφανίζεται ως δυσαρθρία, απώλεια του μελωδικού τόνου, που επιφέρει μια μονότονη ποιότητα στο λόγο, χαμηλή ένταση και ποικιλία στην ταχύτητα παραγωγής, έτσι ώστε οι λέξεις να βγαίνουν βιαστικές τη μια φορά και πολύ αργές την άλλη.

Η δυσαρθρία και η δυσφωνία είναι δηλαδή χαρακτηριστικά συμπτώματα της νόσου. Κατά την έναρξη μιας φράσης η εμφάνιση τραυλισμού μπορεί να εμποδίσει τη ροή της ομιλίας. Κατά τη διάρκεια της ομιλίας ο ασθενής «τρώει» φθόγγους ή συλλαβές. Η φωνή γίνεται ασθενική ενίοτε και βραχνή, ενώ η αναπνοή όλο και πιο ρηχή. Ειδικά προς το τέλος των προτάσεων η ομιλία γίνεται πιο χαμηλόφωνη και μονότονη (σελ.182, *Νευρολογία για Λογοθεραπευτές*). Παρατηρούνται ελλείμματα στην ευφράδεια, στην κατανόηση, στον αφηγηματικό λόγο, στην κατονομασία και στη σημασιολογία. Παράλληλα η νόσος χαρακτηρίζεται από ύπαρξη ανομίας, στερεοτυπίες και ελλείμματα στην κατανόηση μεταφορών και στη συναισθηματική προσωδία. Ειδικότερα, ευρήματα που συνδέουν την εξασθενημένη κατονομασία με τη σοβαρότητα των γνωστικών ελλειμμάτων υποστηρίζουν ότι η διαταραχή της κατονομασίας προκύπτει αργότερα από τις άλλες λεκτικές δυσλειτουργίες, ειδικότερα την έλλειψη λεκτικής ευχέρειας που σχετίζεται με την έλλειψη ντοπαμίνης.

Στη νόσο του Parkinson, η βραχυπρόθεσμη μνήμη είναι διαταραγμένη όπως και η ανάκληση μη σχετιζόμενου λεκτικού υλικού. Οι ασθενείς με Parkinson παρουσιάζουν δυσκολίες στην ανεύρεση και ανάκτηση λέξεων καθώς και στην παραγωγή λέξεων για σημασιολογικές κατηγορίες. Το μήκος των φράσεων όσο και η συνολική παραγωγή τείνουν να είναι μειωμένα. Το λεξιλόγιο, η γραμματική και η σύνταξη παραμένουν ουσιαστικά άθικτα. Τα προβλήματα γραφής τείνουν να παραλληλίζουν τις μεταβολές στην παραγωγή ομιλίας ενώ η προφορική ανάγνωση επιβραδύνεται (σελ.275-276, *Νευροψυχολογική Εκτίμηση*).

**2.1.6 Συμπτώματα άνοιας με σωμάτια Lewy (ASL)**

Τα συμπτώματα της άνοιας με σωμάτια του Lewy περιλαμβάνουν αλλαγές στη συλλογιστική διαδικασία, τη διαδικασία επίλυσης προβλημάτων, καθώς και μεταβολές στη μνήμη και την κίνηση.

Δεν έχει εντοπιστεί κάποια μεμονωμένη πρώιμη ένδειξη για τη νόσο. Τα άτομα με άνοια με σωμάτια του Lewy εκδηλώνουν διάφορους συνδυασμούς συμπτωμάτων διαφορετικής έντασης.

Τυπικά συμπτώματα της νόσου είναι η δυσκολία αφηρημένης ή αναλυτικής σκέψης και η δυσκολία στην επίλυση προβλημάτων. Στην αρχή, ο πάσχων διατηρεί τις αναμνήσεις του και συνήθως δεν παρατηρεί σοβαρά προβλήματα με τη μνήμη του, αντιμετωπίζει όμως δυσκολίες σε επίπεδο συγκέντρωσης και εγρήγορσης.

Χαρακτηριστική ένδειξη της νόσου είναι οι οπτικές παραισθήσεις και μεταβολές στην κίνηση όμοιες με αυτές που παρατηρούνται στη νόσο Πάρκινσον. Σταδιακά, ο πάσχων χάνει την ελευθερία των κινήσεών του και οι μύες γίνονται δύσκαμπτοι, με αποτέλεσμα να επηρεάζεται η βάδιση. Παράλληλα, οι εκφράσεις του προσώπου γίνονται σταδιακά λιγότερο έντονες.

Αλλαγές παρατηρούνται και στον ύπνο, καθώς οι πάσχοντες εκδηλώνουν έντονη υπνηλία και συχνά παρουσιάζουν έντονη κινητικότητα στον ύπνο τους, αντιδρώντας με κινήσεις των άκρων στα όνειρα που βλέπουν. Οι παραισθήσεις σε συνδυασμό με τις διαταραχές του ύπνου βοηθούν τους ειδικούς να διακρίνουν την άνοια με σωμάτια του Lewy από το Αλτσχάιμερ.

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο « Ο ρόλος του λογοθεραπευτή στην άνοια »**

**3.1 Αντιμετώπιση της άνοιας – Θεραπευτική προσέγγιση**

Για να μπορέσουμε να αντιμετωπίσουμε κατάλληλα και αποτελεσματικά την άνοια προκειμένου να βελτιώσουμε την ποιότητα ζωής του πάσχοντα, θα πρέπει αρχικά εμείς, το οικογενειακό δηλαδή ή συγγενικό περιβάλλον να διαγνώσουμε τη νόσο. Η έγκαιρη και ακριβής διάγνωση αποτελεί προϋπόθεση μιας αποτελεσματικής θεραπείας και βοηθά τον ασθενή να περάσει ομαλά τα διάφορα στάδια της νόσου. Σε αντίθετη περίπτωση, η άνοια μπορεί να θέσει τον πάσχοντα σε πολλούς κινδύνους.

Η άνοια είναι μια νόσος που προοδευτικά εξελίσσεται. Αν και οι έρευνες σε παγκόσμιο επίπεδο είναι εντατικές και συνεχώς προκύπτουν καινούρια δεδομένα, δεν υπάρχει «ολοκληρωτική» θεραπεία της νόσου. Εντούτοις, τα φάρμακα και οι άλλες παρεμβάσεις, μπορεί να επιβραδύνουν την εξέλιξη της νόσου, να προσφέρουν καλύτερη ποιότητα ζωής στους ασθενείς και να ελαττώσουν το βάρος φροντίδας για την οικογένεια.

Μόλις υπάρξει υποψία άνοιας, θα πρέπει να ακολουθήσει πλήρες ιατρικό ιστορικό, σωματική εξέταση και εργαστηριακές εξετάσεις. Εάν ο άρρωστος πάσχει από θεραπεύσιμης αιτιολογίας άνοια, η θεραπεία κατευθύνεται προς την αντιμετώπιση της υποκείμενης διαταραχής.

Η γενική θεραπευτική προσέγγιση των ανθρώπων που πάσχουν από άνοια αφορά στη χορήγηση υποστηρικτικής σωματικής φροντίδας, ψυχολογικής υποστήριξης των αρρώστων και των οικογενειών τους και φαρμακολογική φροντίδα των ειδικών συμπτωμάτων, που περιλαμβάνουν και την διαταραγμένη συμπεριφορά.

Πρέπει να υπογραμμίσουμε ότι το κλειδί είναι η έγκαιρη, πρώιμη χορήγηση αγωγής. Αν η θεραπεία ξεκινήσει όταν ακόμα τα συμπτώματα είναι σχετικά ήπια, ο ασθενής θα μπορεί να έχει καλύτερη λειτουργικότητα για μεγαλύτερο διάστημα.



* + 1. **Η θεωρία των μνημονικών στρατηγικών**

Οι μνημονικές στρατηγικές είναι τεχνικές που χρησιμοποιούνται για να αυξηθεί η πιθανότητα ανάμνησης γεγονότων από το παρελθόν ή μνήμης γεγονότων που πρέπει να λάβουν χώρα στο μέλλον. Η χρήση μνημονικών στρατηγικών προϋποθέτει διαδικαστική γνώση αλλά και μεταμνημονική γνώση δηλαδή ιδέες και γνώσεις για το τι είναι η μνήμη και πως λειτουργεί. Η μεταμνημονική γνώση είναι μέρος της γενικότερης μεταγνώσης*,* δηλαδή των ιδεών και των εμπειριών που έχουν οι άνθρωποι σε σχέση με τη γνωστική του λειτουργία (σελ.268, *Θέματα γηροψυχολογίας και γεροντολογίας*), *(Flavell 1976,1979. Flavell and Wellman 1977).*

Οι τύποι μνημονικών στρατηγικών απορρέουν από το θεωρητικό πλαίσιο το οποίο υιοθετεί κανείς για την ερμηνεία της μνήμης, για παράδειγμα η επανάληψη, βασικός μηχανισμός για να περάσουν οι πληροφορίες από τη βραχύχρονη στη μακρόχρονη μνήμη. Επίσης, η σε βάθος επεξεργασία του υλικού θεωρείται βασική για το τρίτο στάδιο της μνήμης, μια και βοηθά στην ανάκτηση των πληροφοριών αλλά και γιατί η σημασιολογική επεξεργασία βοηθά στην καλύτερη συγκράτηση σε σχέση με την πιο ρηχή και επιφανειακή επεξεργασία σε φωνημικό επίπεδο. (σελ.270, *Θέματα γηροψυχολογίας και γεροντολογίας*).

Α) ΤΥΠΙΚΕΣ ΜΝΗΜΟΝΙΚΕΣ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ/ΜΝΗΜΟΤΕΧΝΙΚΗ

Έχουν εφευρεθεί για να βοηθούν τη μνήμη να εντοπίσει πληροφορίες ή για να παρέχουν στήριγμα στην οργάνωση των στοιχείων. Η μέθοδος των λέξεων-κλειδιών καθώς και των λέξεων-αριθμών χρησιμοποιείται για να στηρίξει την ανάκληση μιας λέξης από την ανάκληση μιας άλλης γνωστής.

Β) ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΠΟΥ ΒΑΣΙΖΟΝΤΑΙ ΣΕ ΝΟΕΡΕΣ ΕΙΚΟΝΕΣ

Αποσκοπούν να συνδυάσουν μεταξύ τους τα στοιχεία που μας ενδιαφέρουν φτιάχνοντας περίεργες εικόνες ή μορφές.

Γ) ΓΕΝΙΚΕΣ ΕΣΩΤΕΡΙΚΕΣ ΜΝΗΜΟΝΙΚΕΣ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ

Είναι πιο αυθόρμητες και χρησιμοποιούνται συχνά από τους ανθρώπους, τουλάχιστον τους μορφωμένους. Εσωτερικές στρατηγικές είναι η επανάληψη, η οργάνωση, η ομαδοποίηση και κατηγοριοποίηση, η σε βάθος επεξεργασία του υλικού και άλλες.

Δ) ΕΞΩΤΕΡΙΚΕΣ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ

Είναι οι κατάλογοι και τα σημειώματα που γράφουμε για να θυμηθούμε τις δουλειές που έχουμε να κάνουμε, τι θέλουμε να ψωνίσουμε, κ.λπ. Στην πραγματικότητα, τα εξωτερικά μέσα που χρησιμοποιούμε είναι βοηθήματα της μνήμης και όχι στρατηγικές. Στρατηγική στην περίπτωση αυτή είναι η συστηματική χρήση των βοηθημάτων. Εξωτερικά βοηθήματα είναι το βιβλίο των διευθύνσεων, η διατήρηση προσωπικού ημερολογίου, η καταγραφή των συναντήσεων και των σημαντικών εορτών, η υπενθύμιση που ζητάμε να μας κάνουν άλλοι άνθρωποι, η καταγραφή στο μαγνητόφωνο ή το video, η καταγραφή συνταγών, η χρήση σελιδοδείκτη και άλλα ευρηματικά βοηθήματα μνήμης. Μπορεί να είναι χρήσιμα και να χρησιμοποιούνται συχνά από τους ηλικιωμένους, ωστόσο η εκτεταμένη χρήση τους θεωρείται ταυτοχρόνως ένδειξη ότι η μνήμη έχει εξασθενήσει.



**3.1.2 Τεχνικές μνήμης**

Οι τεχνικές μνήμης βοηθούν όταν συνδυάζονται με τη φαρμακευτική αγωγή. Παρακάτω θα βρείτε μερικές πρακτικές συμβουλές. Μιλήστε επίσης με το γιατρό σας, ο οποίος μπορεί να σας δώσει επιπλέον πληροφορίες.

* Διατηρήστε μια σταθερή καθημερινή ρουτίνα. Είναι ένας από τους καλύτερους τρόπους να κρατάτε σε εγρήγορση τη μνήμη σας.
* Χρησιμοποιείστε μια ατζέντα ή ένα σημειωματάριο. Μπορείτε να σημειώνετε σε ένα ημερήσιο ημερολόγιο τις καθημερινές δουλειές, υποχρεώσεις και δραστηριότητες που έχετε προγραμματίσει ή θέλετε να κάνετε.
* Χρησιμοποιήστε πίνακες ανακοινώσεων. Μπορείτε να καρφιτσώσετε εκεί σημειώματα, χρονοδιαγράμματα, ιδέες κλπ. και αυτό μπορεί να χρησιμοποιηθεί εναλλακτικά ή παράλληλα με την ατζέντα. Οι πίνακες ανακοινώσεων αποτελούν πολύ καλό οπτικό μέσο υπενθύμισης. Τα πρόσωπα που φροντίζουν τον ασθενή μπορούν επίσης να τοποθετούν εκεί υπενθυμίσεις για δραστηριότητες ή την ημερομηνία.
* Βάλτε ετικέτες στα πράγματα. Οι ετικέτες μπορούν να σας βοηθήσουν να αναγνωρίζετε τα πράγματα σας. Σας υπενθυμίζουν πού είναι το καθετί ή σας θυμίζουν να κλειδώσετε την πόρτα και τα παράθυρα το βράδυ. Οι ετικέτες αποτελούν επίσης σημαντική βοήθεια για την υπενθύμιση της λήψης των φαρμάκων σας.
* Τηλεφωνικοί κατάλογοι και αριθμοί τηλεφώνου. Κρατάτε τον τηλεφωνικό σας κατάλογο δίπλα στο τηλέφωνο. Γράψτε όλα τα σημαντικά τηλέφωνα σε μία σελίδα, σε εμφανές σημείο.
* Συγκεντρώστε τα σημαντικά αντικείμενα σε κεντρικά σημεία. Συνηθίστε να βάζετε πάντοτε τα κλειδιά, τα χρήματα, τα γυαλιά και τα χάπια σας στο ίδιο μέρος.
* Ρολόγια με ένδειξη ημερομηνίας. Τα ρολόγια με ένδειξη ημερομηνίας σε όλα τα δωμάτια του σπιτιού σας βοηθούν να θυμάστε, να ξέρετε τι μέρα και ώρα είναι, και τα πράγματα που πρέπει να γίνουν σε συγκεκριμένα χρονικά πλαίσια.
* Καθημερινές εφημερίδες. Οι εφημερίδες σας κρατούν σε επαφή με τα πράγματα, αλλά λειτουργούν και ως μέσο υπενθύμισης της ημερομηνίας.

(πηγή: [www.medamed.gr](http://www.medamed.gr))

Ένας έμπειρος κλινικός γιατρός μπορεί να διαγνώσει την άνοια, συνδυάζοντας τα διαγνωστικά μέσα που έχει στη διάθεσή του. Παράλληλα, ο ασθενής υποβάλλεται σε παρακλινικές εξετάσεις και εξειδικευμένες νευροψυχολογικές δοκιμασίες. Στη συνέχεια της εργασίας καταγράφονται αναλυτικά μερικές από τις παρακλινικές εξετάσεις και δοκιμασίες διάγνωσης και αντιμετώπισης.

**3.2 Ο ρόλος του λογοθεραπευτή στην άνοια**

Λόγω της δυσοίωνης πρόγνωσης για επιδείνωση του λόγου και της νόησης με την πάροδο του χρόνου μπορεί να αμφισβητηθεί η ύπαρξη ενός άμεσου ρόλου για το λογοθεραπευτή. Ωστόσο είναι φανερό ότι οι λογοθεραπευτές μπορούν να βοηθήσουν για να ενδυναμώσουν τον εναπομείναντα λόγο σε αυτά τα άτομα. Άλλωστε, όπως αναφέρθηκε, γλωσσικές διαταραχές παρουσιάζονται και σε καταστάσεις άνοιας, όπως η νόσος Alzheimer και η πολυεμφρακτική άνοια. Αυτές οι άνοιες ανήκουν σε μια μεγαλύτερη ομάδα σχετικών με την ηλικία εξασθενήσεων, οι οποίες επιφέρουν πολλές μη αναστρέψιμες αλλαγές σε όλες τις πλευρές της νόησης, συμπεριλαμβανομένου και του λόγου.

Γενικά, ο ρόλος του λογοθεραπευτή ξεκινά με την αξιολόγηση και την περιγραφή των δεξιοτήτων και των δυσκολιών του ασθενή όσον αφορά στην επικοινωνία. Ο στόχος της λογοθεραπείας για τους ανοϊκούς ασθενείς είναι να διατηρήσουν την επικοινωνία για όσο δυνατόν περισσότερο. Οι θεραπευτικές αρχές περιλαμβάνουν την αντιμετώπιση της εξέλιξης της υποκείμενης νόσου και θέσπισης ενός προγράμματος αποκατάστασης που εκμεταλλεύεται τις σχετικά διατηρημένες συμπεριφορές και διδάσκει στον φροντιστή απλούς και συγκεκριμένους τρόπους επικοινωνίας. Επιπλέον συμβουλεύει και παρέχει στον πάσχοντα εξωτερικά βοηθήματα για να βοηθήσει τη μνήμη, την εύρεση λέξεων και κατ’ επέκταση και την επικοινωνία και ασχολείται με τα προβλήματα σίτισης και κατάποσης που μπορεί να προκύψουν. Ταυτόχρονα, ο λογοθεραπευτής οφείλει να ενημερώσει τους φροντιστές για τα προβλήματα επικοινωνίας των ασθενών, να συμβουλέψει παρέχοντας στρατηγικές για τη διευκόλυνση της επικοινωνίας, να τους εκπαιδεύσει ώστε να μπορούν να χειριστούν πιθανές δυσκολίες σίτισης και κατάποσης.

Η βοήθεια που παρέχεται στον ασθενή από έναν λογοθεραπευτή εστιάζεται κυρίως στη μετατροπή και καθυστέρηση της προόδου της νόσου, στην παραμονή ανεξαρτησίας για όσο το δυνατόν περισσότερο και στη στήριξη των φροντιστών. Η αγωγή πρέπει να στοχεύει γενικότερα στη καθημερινή επικοινωνία, αναπτύσσοντας κι ενθαρρύνοντας θέματα προς συζήτηση και κοινωνικές σχέσεις με άλλους ανθρώπους. Στοχεύει επίσης στην αξιοποίηση των δυνατοτήτων επικοινωνίας του ατόμου, στην ενίσχυση της αυτοεκτίμησης και στη συντήρηση των ικανοτήτων κατανόησης κι έκφρασης του λόγου. η αντιμετώπιση των ασθενών με άνοια από τον λογοθεραπευτή θα πρέπει να στοχεύει στη διατήρηση και ανάπτυξη λειτουργικής επικοινωνίας.

Όπως καταγράφτηκε στα συμπτώματα της άνοιας, στις μια δηλαδή από τις πιο συχνές πρώιμες ενδείξεις είναι η αλλαγή στο λόγο, πρόσθετα στις δυσκολίες με τη μνήμη. Η κατάσταση του να χάνει κανείς τη γνωστική και εκφραστική του ικανότητα είναι τρομακτική και αποθαρρυντική για έναν άνθρωπο με άνοια. Η στοχευμένη λογοθεραπεία κατευθυνόμενη άμεσα προς την αποκατάσταση του ανοϊκού ασθενή συχνά αποτυγχάνει εξαιτίας της προοδευτικής γνωστικής έκπτωσης. Σε πολλές περιπτώσεις, η κατάσταση επιβαρύνεται από την περιορισμένη προσοχή, τις διαταραχές μνήμης, την περιορισμένη οξυδέρκεια και την έλλειψη κινήτρου που συνοδεύουν πολλές νόσους που σχετίζονται με άνοια.

Αντίθετα από τη λογοθεραπεία σε ασθενείς με αφασία (από εγκεφαλικό επεισόδιο ή κάκωση), όπου το πρόγραμμα γίνεται πιο σύνθετο και απαιτητικό όσο βελτιώνεται η γλώσσα, η θεραπεία στους ασθενείς με άνοια πρέπει να απλοποιείται καθώς εξελίσσεται η διανοητική έκπτωση. Για αυτούς τους ασθενείς πρέπει να δίνεται έμφαση στην ενίσχυση της χρήσης των διατηρούμενων λειτουργιών και να περιορίζεται ο αριθμός των περιβαλλοντικών περισπασμών, παρά να παρουσιάζονται νέες μέθοδοι επικοινωνίας.

Τα μέλη της οικογένειας που συνήθως ονομάζονται φροντιστές, παίζουν καθοριστικό ρόλο στο συντονισμό της φροντίδας της υγείας των πολυαγαπημένων τους ανθρώπων που πάσχουν από άνοια. Μια από τις πρωτίστως αξιοσημείωτες πτυχές είναι η διευκόλυνση της επικοινωνίας. Συμπτώματα όπως απώλεια μνήμης και δυσκολία ανεύρεσης λέξης δυσχεραίνουν την ανταλλαγή πληροφοριών μεταξύ ασθενών- άλλων ατόμων είτε είναι οι φροντιστές είτε είναι οι θεραπευτές. Αυτή η κατάσταση, εμπόδιση της επικοινωνίας έχει αρνητικά αποτελέσματα στο σύνολο της περίθαλψης

Ο λογοθεραπευτής προσπαθεί να βελτιώσει την επικοινωνία των φροντιστών και να διαχειριστεί το περιβάλλον τους προκειμένου ο ασθενής να ανταποκρίνεται στις επικοινωνιακές ανάγκες. Ο τρόπος επικοινωνίας με έναν ασθενή με άνοια είναι πολύ δύσκολος και χρειάζεται μεγάλο αγώνα, ενημέρωση και υπομονή για να επιτευχθεί. Ως παράδειγμα αναφέρεται ότι η πολυλογία των φροντιστών, λόγω άγνοιας, προκαλεί σύγχυση καθώς λαμβάνουν πίσω ελάχιστη ανατροφοδότηση, προξενώντας απογοήτευση και ανησυχία στους ασθενείς (Hallberg & Norberg, 1990) (Norberg & Asplund, 1990) ( Sheldon, 1994) (Shulman & Mandel, 1993).

Το 1991, οι Ekman, Norberg, Viitanen & Winblad ανακάλυψαν ότι η ανικανότητα επικοινωνίας οδηγεί σε απόγνωση και σε συναισθήματα χωρίς νόημα στους φροντιστές, τα οποία μπορεί να μειώσουν ή να αποφύγουν με περισσότερη αποτελεσματική επικοινωνία. Προτείνεται λοιπόν να χρησιμοποιούν απλούστερο λεξιλόγιο και δομή πρότασης και να αποφεύγουν τη χρήση αντωνυμιών ή αφηρημένο περιεχόμενο. Ακόμη, μπορούν να μειώσουν το μακροπερίοδο λόγο τους, διατηρώντας ευχάριστο τόνο φωνής και να χρησιμοποιούν ερωτήσεις κλειστού τύπου (απάντηση ναι/όχι) (Bayles, Kaszniak, 1987) (Frank, 1994) (Tappen, 1991).

Ειδικότερα στο σημείο αυτό της πτυχιακής εργασίας αξίζει να αναφερθεί αναλυτικότερα ο ρόλος του λογοθεραπευτή στην άνοια. Ο ρόλος του λογοθεραπευτή στην άνοια περιλαμβάνει τα εξής:

ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ-ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

Ο ρόλος του λογοθεραπευτή ως προς τη διάγνωση μπορεί να αφορά τις εξής «περιοχές» αξιολόγησης: τη σημασιολογική μνήμη, τους τομείς της πραγματολογίας, της σημασιολογίας, της σύνταξης και της φωνολογίας, την κατανόηση του προφορικού λόγου, την προφορική έκφραση, την κατανόηση κι έκφραση του γραπτού λόγου (ανάγνωση και γραφή), τις γνωστικές λειτουργίες, τη μη λεκτική επικοινωνία (μορφασμούς, χειρονομίες, βλεμματική επαφή), γενικά την επικοινωνία (χρήση του λόγου) όπως και την κατάποση. Ο λογοθεραπευτής αναγνωρίζει και ανιχνεύει τα άτομα που κινδυνεύουν από την άνοια, λαμβάνοντας υπόψη την πρόσπτωση και την επικράτηση της άνοιας. Παράλληλα ο λογοθεραπευτής επιλέγει και παρέχει κλινικά μορφωτικά και γλωσσικά κατάλληλες προσεγγίσεις για τη διάγνωση και αξιολόγηση των γνωστικών διαταραχών επικοινωνίας της άνοιας σύμφωνα με την πορεία της νόσου.

ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Η παρέμβασηξεκινά πρωταρχικά, με τη δημιουργία μιας καλής θεραπευτικής σχέσης (θεραπευτής- ασθενής), έτσι ώστε να υπάρχει ένα οικείο κλίμα, ο ασθενής να μην τρομάζει ή φοβάται αλλά και ο θεραπευτής κερδίζει από όλο αυτό και λειτουργεί καλύτερα και αποτελεσματικότερα. Η λογοθεραπευτική παρέμβαση αρχίζει με τη διάγνωση των διαταραχών επικοινωνίας του ασθενή. Ο λογοθεραπευτής οργανώνει την καρτέλα του κάθε ασθενή, στην οποία καταγράφονται το ιστορικό του, η εξέταση των οργάνων ομιλίας και η ικανότητα γλώσσας και ομιλίας.

Η λογοθεραπευτική παρέμβαση στηρίζεται σε 3 βασικές αρχές:

* Ολιστική θεώρηση της επικοινωνίας
* Επιλεκτική πρόταση στη θεραπεία
* Καθημερινή αγωγή

Η λογοθεραπευτική παρέμβασηστην άνοια γίνεται ε*ξατομικευμένα*, ανάλογα με τα γνωστικά ελλείμματα, το στάδιο της νόσου όπου βρίσκεται ο ασθενής, τις προσδοκίες και τη διάθεση του ασθενή για συνεργασία καθώς και τη συμμετοχή ή όχι των φροντιστών. Στην άνοια θεραπευτικοί στόχοι δεν εφαρμόζονται μόνο στον ίδιο τον ασθενή αλλά και στα μέλη της οικογένειας ή/ και στους επαγγελματίες φροντιστές του.

Η λογοθεραπευτική παρέμβαση τις περισσότερες φορές παρέχεται στο σπίτι του ασθενή, σε κέντρα ημέρας ή σε ιδρύματα όπου φιλοξενούνται. Η λογοθεραπευτική αξιολόγηση και παρέμβαση είναι εξίσου σημαντική όσο και αυτές άλλων ειδικοτήτων που απαρτίζουν ένα Κέντρο Ημέρας. Ο λογοθεραπευτής πρέπει να είναι αναπόσπαστο μέλος τόσο της ομάδας διάγνωσης όσο και της ομάδας παρέμβασης, κάνοντας διάγνωση σε μεμονωμένα προβλήματα και προσφέροντας την κλινική του άποψη. Η θέση του λογοθεραπευτή στη διεπιστημονική ομάδα είναι σταθερή κι αναντικατάστατη.

Γενικά ο λογοθεραπευτής επιλέγει και παρέχει κλινικά και γλωσσικά κατάλληλες τεχνικές εξάσκησης βάσει δεδομένων με στόχο την άμεση παρέμβαση στα άτομα με άνοια και την έμμεση παρέμβαση μέσω των φροντιστών και των περιβαλλοντικών αλλαγών. Επειδή οι παρεμβάσεις είναι βραχύχρονες και μη παλινορθωτικές από τη φύση τους, οι λογοθεραπευτές πρέπει να έχουν υπόψη τις εξής παραδοχές για την άνοια:

*- Οι στόχοι παρέμβασης υπάρχουν για να εμποδίσουν περαιτέρω επιδείνωση της επικοινωνίας και για να διατηρήσουν στο υψηλότερο επίπεδο την ικανότητα αυτή*

*- Οι παρεμβατικές διαδικασίες πρέπει να εστιάζουν σε στρατηγικές παρά σε δοκιμασίες και επαναλαμβανόμενες ασκήσεις.*

*- Τα πρωτόκολλα παρέμβασης μπορεί να εκτελεστούν από κάποιον άλλο εκτός του λογοθεραπευτή*

*- Δε θα ωφεληθούν όλοι οι ασθενείς με άνοια από τη λογοθεραπεία*

*- Οι λογοθεραπευτές σε συνεργασία με τους υπεύθυνους φροντιστές πρέπει να επιχειρήσουν να αναπτύξουν απλές, πρακτικές λύσεις για το χειρισμό των καθημερινών προβλημάτων που σχετίζονται με την άνοια*

*- Οι λογοθεραπευτές μπορεί να χρειαστεί να συμβουλέψουν για το πρόγραμμα ή τις διαταραχές άλλους επαγγελματίες υγείας*

Ενδεικτικά **εργαλεία παρέμβασης** μπορεί να είναι :

Α) Οι πίνακες επικοινωνίας: αποτελούνται από εικόνες ή τυπωμένες λέξεις ή άλλα οπτικά ερεθίσματα μέσω των οποίων ο ασθενής μπορεί να μαθαίνει και να εκφράζει τις ανάγκες του, τις σκέψεις του, να εμπλουτίζει και να οργανώνει το λεξιλόγιό του. Ακόμη, η εκμάθηση συντακτικών, γραμματικών κανόνων και εννοιών καθώς ο ασθενείς καθίσταται ικανός να συνδιαλέγεται με τον κοινωνικό περίγυρο. Μερικοί πίνακες διαθέτουν ειδικά σύμβολα ή γραφικά συστήματα που αντιπροσωπεύουν έννοιες (π.χ. Bliss, Rebus κ.α.), με στόχο να γίνουν διεθνείς γλώσσες.

Β) Μίμηση- Role Play: η κοινωνική αυτή θεραπεία χρησιμοποιείται τόσο σε ενήλικες όσο και σε παιδιά. Αν και δεν μεταβάλλεται η γλωσσική δομή, έχει καταλυτικό ρόλο ως θεραπεία- παιχνίδι με αποτέλεσμα την τόνωση της αυτοπεποίθησης και ανακούφισης του άγχους.

Γ) Άλλα εναλλακτικά προγράμματα επικοινωνίας: όπως π.χ. το ΜΑΚΑΤΟΝ με τη χρήση 3 παράλληλων οδών επικοινωνίας, οπτικό (σύμβολα), ακουστικό (λέξη) και κιναισθητικό (νόημα).

Δυο στρατηγικές υποστήριξης της μνήμης και της επικοινωνίας που χρησιμοποιούνται στη θεραπευτική παρέμβαση είναι ***α) RECAPS*** και ***β) MESSAGE.***

**α) RECAPS:**

**R-REMINDERS**

1) ομιλούμενες προτροπές

2) υπενθύμιση με γραπτές λέξεις και εικόνες

**Ε-ENVIROMENT**

1) μόνιμη θέση τοποθέτησης αντικειμένων

2) όχι αλλαγές περιβάλλοντος

**C-CONSISTENT**

1) συνέχεια οικείας ρουτίνας

2) δημιουργία ρουτίνας

**A-ATTENTION**

1) αποφυγή απόσπασης προσοχής

2) εστίαση της προσοχής

**P-PRACTICE**

1) διατήρηση ικανοτήτων μέσω της χρήσης

2) προπόνηση νέων ικανοτήτων

**S-SIMPLE STEPS**

1) τερματισμός σε απλά βήματα

2) χορήγηση επιπλέον χρονικού περιθωρίου

**β) MESSAGE:**

**M-MAXIMIZE ATTENTION**

1) ενίσχυση προσοχής

2) αποφυγή απόσπασης

3) ένα βήμα κάθε φορά

**E-EXRESSION AND BODY LANGUAGE**

1) χαλάρωση και ηρεμία

2) ένδειξη ενδιαφέροντος

**S-SIMPLYCITY**

1) μικρές, οικείες, απλές προτάσεις

2) ξεκάθαρες επιλογές

**S-SUPPORT THEIR CONCERSATION**

1) χρόνος

2) ανεύρεση λέξης

3) επανάληψη και επαναδιατύπωση

4) υπενθύμιση του θέματος

**A-ASSIST WITH VISUAL AIDS**

1) χειρονομίες και πράξεις

2) αντικείμενα και εικόνες

**G-GET THEIR MESSAGE**

1) ακοή, όραση, προπόνηση

2) συμπεριφορά και μη λεκτικά μηνύματα

**E-ENCOURAGE AND ENGAGE IN COMMUNICATION**

1) ενδιαφέροντα και οικεία θέματα συζήτησης

2)οικογενειακός και φιλικός περίγυρος

Ο θεραπευτής έχει ως μακροπρόθεσμο στόχο ένα σφαιρικό πρόγραμμα αποκατάστασης της επικοινωνίας και της καθομιλουμένης γλώσσας των ασθενών στα ιδιαίτερά τους γλωσσικά και κοινωνικά περιβάλλοντα. Δεδομένου ότι ο κάθε ασθενής είναι διαφορετικός με πολλά μοναδικά χαρακτηριστικά, η όποια παρέμβαση είναι ειδικά διαμορφωμένη και προσαρμοσμένη στα δικά του παθολογικά συμπτώματα. Οι διαταραχές του λόγου διαφέρουν τόσο από άνοια σε άνοια όσο και από ασθενή σε ασθενή. Έτσι λοιπόν ο ασθενής με διαταραχή στη σημασιολογία χρήζει θεραπείας με στόχο την αποσαφήνιση του νοήματος των λέξεων και παραγωγή λεπτότερων διακρίσεων ανάμεσα στις λέξεις και στις παρεμφερείς με αυτές λέξεις. Ο ασθενής με διαταραχή στη φωνολογία χρειάζεται συνεχείς επαναλήψεις για να συνδέσει τις λέξεις της σημασιολογίας με τις αντίστοιχες φωνολογικές. Για τους ασθενείς με δυσκολία στη φωνημική συναρμολόγηση η καλύτερη στρατηγική είναι η μείωση της συνθετότητας με τεμαχισμό τον λέξεων σε συλλαβές, οι οποίες αντιμετωπίζονται αρχικά μεμονωμένες και αργότερα να συναρμολογηθούν.

Η χρήση ερεθισμάτων σε συνδυασμό με το παρεμβατικό υλικό, είναι πολύ βοηθητικά ειδικά όταν το ερέθισμα είναι οπτικό (π.χ. εικόνα). Ο ασθενής σχετίζει την εικόνα με τη λέξη που ακούει κι έτσι πραγματοποιείται καλύτερη πρόσληψη των πληροφοριών. Αν ο ασθενής διατηρεί την ικανότητα ανάγνωσης, τότε αρκετά βοηθητικές μπορεί να φανούν οι καρτέλες με εγγεγραμμένες τις λέξεις καθώς ο ασθενής κατανοεί πλήρως την έννοια (Μουντούρης & Μυλωνίδης, 2000).

ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ-ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Ο λογοθεραπευτής συνεργάζεται με τα άτομα με άνοια και με τους προσωπικούς τους και τους επαγγελματίες φροντιστές για την ανάπτυξη πλάνων παρέμβασης για τη διατήρηση των γνωστικών-επικοινωνιακών και λειτουργικών ικανοτήτων στο μέγιστο βαθμό κατά την εξέλιξη της άνοιας. Υπηρετεί ως διαχειριστής, συντονιστής ή επικεφαλής ομάδας ώστε να εγγυηθεί την έγκαιρη παράδοση ενός περιεκτικού σχεδίου διαχείρισης.

Ο λογοθεραπευτής μπορεί να εργάζεται με τους ασθενείς τόσο σε ατομικό όσο και σε ομαδικό επίπεδο, ανάλογα με τις επικοινωνιακές ανάγκες του κάθε ασθενή και σύμφωνα πάντα με τους συνολικούς στόχους της διεπιστημονικής ομάδας. Έτσι, ο λογοθεραπευτής, σε συνεργασία με τα υπόλοιπα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας θέτει στόχους (βραχυπρόθεσμους/μακροπρόθεσμους) και ακολουθεί ένα πρόγραμμα αγωγής μέσω ομαδικών ή και ατομικών συνεδριών.

Πέρα όμως από τις γενικές συμβουλές και βοήθεια που παρέχει ο λογοθεραπευτής σε ασθενείς με άνοια, είναι απαραίτητο η αγωγή να προσαρμόζεται και να γίνεται σύμφωνα με τις δυσκολίες και τις αδυναμίες του κάθε ασθενή ξεχωριστά αλλά και λαμβάνοντας υπόψη τα αιτήματα του φροντιστή του ασθενή, όπου και ο ίδιος «πλήττεται» από τη νόσο.

Εξίσου σημαντική είναι και η συνεργασία με τους φροντιστές των ασθενών, με σκοπό τη δημιουργία βιβλίων μνήμης/ημερολογίων, τα οποία διευκολύνουν την καθημερινότητα των ασθενών τόσο στην προσωπική τους ζωή όσο και στον χώρο του Κέντρου. Επίσης, πολύ σημαντικός είναι ο ρόλος του λογοθεραπευτή στη διευκόλυνση της επικοινωνίας μέσα στο Κέντρο, τοποθετώντας σύμβολα/οπτικά ερεθίσματα σε αντικείμενα και στους χώρους του που παραπέμπουν στη χρήση τους.

ΣΥΝΗΓΟΡΙΑ-ΕΡΕΥΝΑ

Ο λογοθεραπευτής συνηγορεί σε υπηρεσίες για άτομα με άνοια. Όπως αναφέρθηκε στο κομμάτι της συνεργασίας, εξυπηρετεί ως ειδικός μάρτυρας και ανήκει στη θεραπευτική ομάδα. Παράλληλα προάγει τη γνώση των γνωστικών-επικοινωνιακών προβλημάτων στην άνοια και τη θεραπεία τους μέσα από την έρευνα.

ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

Ο λογοθεραπευτής αναπτύσσει μαθήματα και διδάσκει, εποπτεύει και καθοδηγεί μελλοντικούς λογοθεραπευτές στην έρευνα, αξιολόγηση, διάγνωση και θεραπεία των γνωστικών-επικοινωνιακών προβλημάτων που σχετίζονται με την άνοια. Εκπαιδεύει οικογένειες, φροντιστές, άλλους επαγγελματίες και το κοινό σχετικά με τις ανάγκες επικοινωνίας των ατόμων με άνοια.

ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ-ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ

Η συμβουλευτική αποτελεί ένα πολύ σημαντικό μέρος της θεραπείας γενικότερα αλλά και της λογοθεραπείας. Ο ρόλος του λογοθεραπευτή περιλαμβάνει και το κομμάτι της συμβουλευτικής.Η συμβουλευτική παρέμβαση του λογοθεραπευτή είναι απαραίτητη και προσοδοφόρα κυρίως στο πρώτο στάδιο στη νόσου, έτσι ώστε να μπορέσουν οι οικείοι του ασθενή να κατανοήσουν τη φύση της διαταραχής αλλά και τα μελλοντικά βήματα για την επίτευξη ενός καλύτερου τρόπου ζωής. Έτσι ο συμβουλευτικός ρόλος του λογοθεραπευτή περιέχει στοιχεία πρόληψης κι έγκαιρης ενημέρωσης καθώς και πληροφόρησης των ασθενών. Παράλληλα δίνει και συμβουλές σχετικά με την ασφάλεια του ασθενή, τόσο μέσα στον οικείο χώρο του σπιτιού όσο και στο εξωτερικό περιβάλλον.

Σε ένα περιβάλλον στο οποίο υπάρχει διαταραχή, διαταραγμένο θα είναι και το ίδιο το περιβάλλον που αποτελείται από την οικογένεια και τους φροντιστές. Η συμβουλευτική παρέμβαση λοιπόν θεωρείται αναγκαία και να πραγματοποιείται στο πρώιμο στάδιο της παρέμβασης, έτσι ώστε ο κοινωνικός περίγυρος του ασθενούς να κατανοήσει τη φύση της νόσου και να συμβάλει στα μελλοντικά βήματα για την αντιμετώπισή της. Άρα λοιπόν, η έγκαιρη ενημέρωση και η παροχή πληροφοριών στην οικογένεια κρίνονται απαραίτητα. Τελευταίο αλλά εξίσου σημαντικό είναι ότι ο λογοθεραπευτής έχει συντονιστικό ρόλο προς τους συγγενείς καθώς τους αφυπνίζει να μην αποποιούνται το «ευθυνών» τους με το να παρατηρούν, αλλά να συμμετέχουν ενεργά στην όλη διαδικασία.

Τέλος, ένα πολύ σημαντικό κομμάτι της «θεραπείας» των ασθενών με άνοια είναι αυτό της ψυχολογικής υποστήριξης, γιατί οι ασθενείς αυτοί νιώθουν ξένοι σε ένα κόσμο που μέχρι χθες ήταν γνωστός και φιλικός και ξαφνικά άλλαξε και τους έσπρωξε στο περιθώριο. Έχουν την ανάγκη να νιώσουν ζεστασιά, ασφάλεια, κατανόηση και σιγουριά ώστε να μπορέσουν και πάλι να κάνουν «τα πρώτα τους βήματα» σε αυτόν τον νέο κόσμο. Τα άτομα χρειάζονται υποστήριξη, ενθάρρυνση, εμψύχωση, ενίσχυση της αυτοεκτίμησης και παροχή εντατικής βοήθειας τόσο από τους θεραπευτές όσο και από τους φροντιστές.

Συμπερασματικά, οι θεραπευτές και οι φροντιστές παραμένουν ενεργοί και συντονίζουν τη λεκτική συμμετοχή στις πρώτες επισκέψεις καθώς οι ασθενείς συμμετέχουν λιγότερο. Άρα, συνιστάται οι φροντιστές να ενθαρρύνουν τη λεκτική συμμετοχή των ασθενών έτσι ίσως αυξηθεί το ποσοστό ενεργητικότητας σε πρώτες επισκέψεις περίθαλψης.

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο «Επιστημονικές έρευνες για την άνοια»**

**Έρευνα για τον θάνατο των εγκεφαλικών κυττάρων στην άνοια**



Η απομάκρυνση ενός ρυθμιστικού **γονιδίου** που ονομάζεται LSD1 σε ενήλικα ποντίκια προκαλεί αλλαγές στη**γονιδιακή**  δραστηριότητα που εκδηλώνονται **απροσδόκητα**   κατά τρόπο που προσομοιάζει με τη νόσο **Αλτσχάιμερ**. Οι ερευνητές ανακάλυψαν επίσης ότι η πρωτεΐνη LSD1 είναι διαταραγμένη σε δείγματα εγκεφάλου από άτομα με νόσο Αλτσχάιμερ και μετωποκροταφική άνοια (FTD).

Με βάση τα ευρήματά τους σε ασθενείς και ποντίκια , η ερευνητική ομάδα προτείνει το LSD1 ως κεντρικό παράγοντα σε αυτές τις νευροεκφυλιστικές νόσους και δυνητικό στόχο φαρμακευτικών παρεμβάσεων. Τα αποτελέσματα δημοσιεύθηκαν στην επιστημονική επιθεώρηση Nature Communications .

Στον εγκέφαλο, η LSD1 (ειδική για την λυσίνη ιστόνη απομεθυλάση 1) αποσιωπεί την έκφραση γονιδίων που υποτίθεται ότι έχουν απενεργοποιηθεί. Όταν οι ερευνητές επεξεργάστηκαν γονιδιακά ενήλικα ποντίκια στο να μην φέρουν το γονίδιο LSD1, τα ποντίκια εμφάνισαν γνωστική έκπτωση και παράλυση.

Αρκετοί νευρώνες πέθαιναν στους εγκεφάλους ποντικών όπου είχε διαγραφεί η LSD1, αν και τα λοιπά όργανά τους φαίνονταν ανέπαφα. Ωστόσο, δεν είχαν συσσωρευμένη πρωτεΐνη στον εγκέφαλό τους, όπως αυτή που πιστεύεται ότι οδηγεί σε νόσο Αλτσχάιμερ και FTD. *«Σε αυτά τα ποντίκια, παρακάμπτουμε τις συσσωρευμένες πρωτεΐνες, οι οποίες συνήθως θεωρούνται ως οι αιτίες της άνοιας και* *πηγαίνουμε κατευθείαν στα επακόλουθα αποτελέσματα»,* λέει ο David Katz, PhD, επίκουρος καθηγητής της κυτταρικής βιολογίας στην Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Emory.

Το εργαστήριο του Katz δεν στόχευσε να δημιουργήσει ποντίκια με νευροεκφυλιστική νόσο. Η LSD1 ήταν γνωστό ότι είναι κρίσιμη στα αρχικά στάδια της εμβρυϊκής ανάπτυξης και αυτός και οι συνεργάτες του ενδιαφέρονταν για το ρόλο της LSD1 στην παραγωγή σπέρματος . Οι μεταπτυχιακοί φοιτητές Michael Christopher (Γενετική και Μοριακή Βιολογία) και ο Dexter Myrick (Νευροεπιστήμονας) είναι μαζί οι πρώτοι συγγραφείς του άρθρου. Όταν οι ερευνητές εξέτασαν τα πρότυπα γονιδιακής δραστηριότητας που άλλαζαν στα ποντίκια όπου είχε διαγραφεί η LSD1, παρατηρούσαν σημεία φλεγμονής και άλλες μεταβολές στον μεταβολισμό και σηματοδότηση των κυττάρων.

Αυτές οι αλλαγές μοιάζουν με εκείνες που παρατηρήθηκαν προηγουμένως σε άτομα με νόσο Αλτσχάιμερ και μερικούς τύπους FTD, αλλά όχι σε ασθενείς με νόσο Πάρκινσον ή πλαγία αμυοτροφική σκλήρυνση (ALS). Ένα πιο εκπληκτικό εύρημα ήρθε όταν εξέταζαν δείγματα εγκεφαλικού ιστού από ασθενείς με Αλτσχάιμερ και FTD, σε συνεργασία με τον Allan Levey, MD, PhD, διευθυντή του Ερευνητικού Κέντρου Νόσου Αλτσχάιμερ στο Emory. *«Είδαμε συσσώρευση LSD1 σε πεπλατυσμένα νευροϊνίδια σημεία σε Αλτσχάιμερ και σε FTD»*, λέει ο Levey.

*«Σε αμφότερες τις ασθένειες, η πρωτεΐνη LSD1 εντοπίστηκε κατά παρεκκλίνοντα τρόπο στο κυτταρόπλασμα, καθώς η LSD1 βρίσκεται κανονικά στον πυρήνα. Τα ευρήματα αυτά παρείχαν ενδείξεις για το πώς μπορεί να συνδεθεί με τον μαζικό αλλά επιλεκτικό νευροεκφυλισμό που παρατηρήσαμε στα LSD1-ελλειμματικά ποντίκια, στις ίδιες περιοχές του φλοιού και του ιππόκαμπου που είναι γνωστό ότι είναι ευάλωτες σε αυτές τις δύο ξεχωριστές νευροεκφυλιστικές νόσους του ανθρώπου».*

Πηγή: www.healthweb.gr

Δημοσίευση: 10/10/2017

ΗΠΑ

**Έρευνα: Οι 40άρες με υπέρταση κινδυνεύουν περισσότερο από άνοια**

### Διαπιστώθηκε ότι η υπέρταση στην ηλικία των 30 έως 35 ετών δεν σχετιζόταν με κατοπινό αυξημένο κίνδυνο άνοιας

### Οι γυναίκες που έχουν υψηλή αρτηριακή πίεση στα 40 τους, κινδυνεύουν περισσότερο να εμφανίσουν άνοια μετά από χρόνια, σύμφωνα με μια νέα αμερικανική επιστημονική έρευνα.

Οι ερευνητές, με επικεφαλής τη Ρέιτσερ Γουίτμερ του ιατρικού κέντρου Kaiser Permanente της Καλιφόρνια, που έκαναν τη σχετική δημοσίευση στο περιοδικό «Neurology» της Αμερικανικής Ακαδημίας Νευρολογίας, ανέλυσαν στοιχεία για 7.238 άτομα και των δύο φύλων.  
Διαπιστώθηκε ότι η υπέρταση στην ηλικία των 30 έως 35 ετών δεν σχετιζόταν με κατοπινό αυξημένο κίνδυνο άνοιας. Όμως, στις γυναίκες που σε ηλικία 40 - 45 ετών είχαν εμφανίσει υπέρταση, ο κίνδυνος άνοιας ήταν αυξημένος κατά 73%, σε σχέση με τις συνομήλικές τους που είχαν σταθερά φυσιολογική πίεση στα 30 και στα 40 τους.   
«Παρόλο που η υπέρταση είναι συχνότερη στους άνδρες, δεν υπάρχουν ενδείξεις ότι η αυξημένη αρτηριακή πίεση στα 30 ή στα 40 αυξάνει τον κίνδυνο άνοιας αργότερα. Αντίθετα, στις γυναίκες ο κίνδυνος αυξάνεται», δήλωσε η Γουίτμερ.

Δεν είναι ακόμη σαφές γιατί υπάρχει αυτή η διαφορά ανάμεσα στα δύο φύλα και το θέμα χρειάζεται περαιτέρω διερεύνηση.

Πηγή: Εφημερίδα PROTOTHEMA Υγεία

Δημοσίευση: 05/10/2017

## Έρευνα: « Όπλο » κατά της άνοιας η μεσογειακή διατροφή

Τα γεύματα που καταναλώνονται στην ηλιόλουστη Μεσόγειο έχουν συνδεθεί με ισχυρότερα οστά, υγιέστερη καρδιά και αυξημένο προσδόκιμο ζωής, ενώ έχει παρατηρηθεί μειωμένος κίνδυνος για διαβήτη και υψηλή αρτηριακή πίεση.

Πλέον, μπορείτε να προσθέσετε στη συνεχώς επεκτεινόμενη λίστα με τους λόγους για τους οποίους πρέπει να ακολουθήσετε τη μεσογειακή διατροφή και τη μείωση του κινδύνου εμφάνισης άνοιας.

Σε νέα έρευνα, που παρουσιάστηκε στο συνέδριο της Διεθνούς Ένωσης για τη Νόσο Αλτσχάιμερ, στο Λονδίνο, αναφέρεται ότι οι ηλικιωμένοι που ακολούθησαν τη Μεσογειακή διατροφή, μείωσαν τον κίνδυνο εμφάνισης άνοιας, κατά το ένα τρίτο.

«Η διατροφή που βασίζεται στην κατανάλωση φυτικών προϊόντων, έχει συνδεθεί με καλύτερη γνωστική λειτουργία και μείωση του κινδύνου γνωστικής εξασθένησης, κατά τη διάρκεια της γήρανσης, σε ποσοστό 30% με 35%», δήλωσε η συγγραφέας Claire McEvoy, του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου της Καλιφόρνιας, στο Σαν Φρανσίσκο.

Η McEvoy τόνισε ότι επειδή η μελέτη διεξήχθη σε ένα εθνικά αντιπροσωπευτικό δείγμα του πληθυσμού μεγαλύτερης ηλικίας, «τα ευρήματα είναι σημαντικά και για τον γενικό πληθυσμό». «Η δραστηριότητα των γονιδίων μας εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τέσσερις κύριους παράγοντες: τη διατροφή, την άσκηση, τον ύπνο και τη διαχείριση του άγχους», δήλωσε η Rudolph Tanzi, μια από τους επιστήμονες που συμμετείχαν στην έρευνα. «Ίσως η διατροφή να είναι ο πιο σημαντικός από αυτούς τους παράγοντες», πρόσθεσε.

Η μελέτη της McEvoy ερεύνησε τις διατροφικές συνήθειες περίπου 6.000 ηλικιωμένων κατοίκων των ΗΠΑ, με μέσο όρο ηλικίας τα 68 έτη. Λαμβάνοντας υπόψη την ηλικία, το φύλο, τη φυλή, το μορφωτικό επίπεδο, τον τρόπο ζωής και τα προβλήματα υγείας - όπως την παχυσαρκία, την υπέρταση, τον διαβήτη, την κατάθλιψη, το κάπνισμα και την σωματική αδράνεια – οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι αυτοί που ακολούθησαν τη μεσογειακή διατροφή, είχαν 30% με 35% χαμηλότερο κίνδυνο γνωστικής διαταραχής.

Για όσο περισσότερο είχαν οι άνθρωποι αυτές τις διατροφικές συνήθειες, τόσο καλύτερη γνωστική λειτουργία παρουσίαζαν, είπε η McEvoy. Ενώ συνέχισε λέγοντας ότι ακόμα και αυτοί που δεν ήταν απόλυτα πιστοί στη Μεσογειακή διατροφή παρουσίασαν οφέλη, αλλά σε πολύ μικρότερο ποσοστό και έδειξαν λιγότερες πιθανότητες εμφάνισης συμπτωμάτων γνωστικής έκπτωσης, κατά 18%.

Πηγή: CNN Health Yγεία-Επικαιρότητα

Δημοσίευση: 18/7/2017

**Έρευνα: Ο πολύς ύπνος των ηλικιωμένων μπορεί να αποτελεί πρώιμη ένδειξη άνοιας**

### Από εννέα ώρες και πάνω... απαγορεύεται!

Αν ένας ηλικιωμένος αρχίζει να κοιμάται πάνω από εννέα ώρες τα βράδια, κάτι που δεν έκανε έως τότε, αντιμετωπίζει υπερδιπλάσιο κίνδυνο να διαγνωσθεί με άνοια μετά από μία δεκαετία, σύμφωνα με μια νέα αμερικανική επιστημονική έρευνα.  
Η μελέτη δείχνει ότι πολύς ύπνος μπορεί να αποτελεί μια πρόωρη ένδειξη ή προειδοποιητικό σημάδι για την επερχόμενη άνοια. Όμως το ίδιο δεν ισχύει για όσους ανέκαθεν -για τουλάχιστον δέκα χρόνια- κοιμούνταν πάνω από εννέα ώρες.

Οι ερευνητές, με επικεφαλής την καθηγήτρια νευρολογίας Σούντα Σεσάντρι της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου της Βοστώνης, που έκαναν τη σχετική δημοσίευση στο περιοδικό "Neurology" της Αμερικανικής Ακαδημίας Νευρολογίας, μελέτησαν στοιχεία για περίπου 2.500 άνδρες με μέση ηλικία 72 ετών. Σε διάστημα δεκαετίας, περίπου το 10% διαγνώσθηκαν με άνοια, οι περισσότεροι λόγω Αλτσχάιμερ.

Διαπιστώθηκε ότι όσοι ξαφνικά αποκτούν τη συνήθεια να κοιμούνται πολύ, έχουν περίπου δυόμιση φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να διαγνωσθούν με άνοια και Αλτσχάιμερ μέσα στα επόμενα χρόνια. Αν μάλιστα κάποιος έχει χαμηλό μορφωτικό επίπεδο (δημοτικού), τότε ο κίνδυνος άνοιας είναι εξαπλάσιος, πράγμα που πιθανώς εξηγείται από το ότι η εκπαίδευση παίζει ρόλο «ασπίδας» για τον εγκέφαλο.

Μία πιθανή εξήγηση για τη σχέση ύπνου-άνοιας είναι ότι, καθώς συσσωρεύεται η τοξική πρωτεΐνη βήτα αμυλοειδές στον εγκέφαλο, ο τελευταίος προσπαθεί να απομακρύνει μέσω του παρατεταμένου ύπνου την πρωτεΐνη αυτή που σχηματίζει εγκεφαλικές πλάκες, αν και αυτό προς το παρόν είναι μία υπόθεση που χρειάζεται επιβεβαίωση. Μία άλλη πιθανή εξήγηση είναι ότι η άνοια κουράζει τους ηλικιωμένους και τους φέρνει υπνηλία, πιθανώς λόγω χημικών αλλαγών που επιφέρει στον εγκέφαλό τους.

Από την άλλη, πολλοί άνθρωποι με άνοια υποφέρουν από διαταραγμένο ύπνο, αλλά συχνά δεν είναι σαφές τι προηγείται: η άνοια ή ο άσχημος ύπνος.

Πηγή: Εφημερίδα PROTOTHEMA Υγεία

Δημοσίευση: 23/02/2017

**ΕΡΕΥΝΑ: Οι «κομπάρσοι» του εγκεφάλου παίζουν πρωταγωνιστικό ρόλο σε Αλτσχάιμερ και άνοια**



Εδώ και πολλά χρόνια, η επιστημονική έρευνα για τη νόσο Αλτσχάιμερ και την άνοια έχει επικεντρωθεί στα βασικά εγκεφαλικά κύτταρα, τους «νευρώνες».

Όμως μια νέα βρετανική επιστημονική έρευνα δείχνει ότι οι μελέτες πρέπει πλέον να εστιάσουν και στους «κομπάρσους», στα γλοιακά κύτταρα, που αποτελούν τα βοηθητικά-υποστηρικτικά κύτταρα των νευρώνων.

Οι Βρετανοί ερευνητές ανακάλυψαν ότι, καθώς οι άνθρωποι γερνάνε, οι σημαντικότερες αλλαγές στον εγκέφαλο αφορούν τα βοηθητικά κύτταρα και μάλιστα σε εκείνες κυρίως τις περιοχές του εγκεφάλου που προσβάλλονται κατ’ εξοχήν από τις νευροεκφυλιστικές παθήσεις (Αλτσχάιμερ, Πάρκινσον κ.α.).

Οι επιστήμονες του νέου μεγάλου βρετανικού Ινστιτούτου Φράνσις Κρικ και του Ινστιτούτου Νευρολογίας του University College του Λονδίνου, με επικεφαλής τον καθηγητή Γιερνέι Ούλε, οι οποίοι έκαναν τη σχετική δημοσίευση στο περιοδικό βιολογίας «Cell Reports», μελέτησαν δείγματα εγκεφαλικού ιστού από 480 υγιείς ανθρώπους, που είχαν πεθάνει σε ηλικία 16 έως 106 ετών.

Η βασική διαπίστωση είναι ότι, καθώς ο υγιής ανθρώπινος εγκέφαλος γερνάει, τις περισσότερες μεταβολές δεν υφίστανται οι νευρώνες, αλλά οι «βοηθοί» τους. Αυτό σημαίνει ότι στο μέλλον οι αλληλεπιδράσεις μεταξύ νευρώνων και γλοιακών κυττάρων θα αποτελέσουν το νέο «καυτό» πεδίο επιστημονικών ερευνών σχετικά με τη νευροεκφύλιση και την άνοια.

*«Αποτέλεσε έκπληξη για μας να βρούμε ότι τα γονίδια που είναι υπεύθυνα για τα γλοιακά κύτταρα των εγκεφάλων μας, είναι αυτά που εμφανίζουν τις πιο δραματικές αλλαγές στην έκφρασή τους, καθώς γερνάμε. Έως τώρα είχαμε επικεντρωθεί στους νευρώνες, καθώς αυτά τα κύτταρα εμπλέκονται στη νόηση και τη μνήμη, αλλά τώρα πλέον πρέπει να αλλάξουμε την εστίασή μας»*, δήλωσε ο δρ Ούλε.

Πηγή: ethnos.gr

Δημοσίευση 21/1/2017

**Έρευνα: Ποιοι είναι οι περιβαλλοντικοί παράγοντες κινδύνου για την άνοια**



Η ρύπανση του αέρα, η έλλειψη βιταμίνης D λόγω ανεπαρκούς ηλιοφάνειας ή παρατεταμένης διαμονής σε κλειστούς χώρους, η διαβίωση κάτω από καλώδια ηλεκτρικού ρεύματος και η έκθεση σε ορισμένα παρασιτοκτόνα-εντομοκτόνα είναι ανάμεσα στους περιβαλλοντικούς παράγοντες που αυξάνουν τον κίνδυνο για την εμφάνιση άνοιας, σύμφωνα με μια νέα βρετανική επιστημονική μελέτη, που αξιολόγησε τα έως τώρα δεδομένα άλλων ερευνών.

Οι ερευνητές, με επικεφαλής τον δρα Τομ Ρας του Κέντρου Ερευνών για την Άνοια του Πανεπιστημίου του Εδιμβούργου, που έκαναν τη σχετική δημοσίευση στο περιοδικό γηριατρικής "BMC Geriatrics", σύμφωνα με τη βρετανική «Τέλεγκραφ», αξιολόγησαν πάνω από 4.000 μελέτες πάνω στο ζήτημα.

Οι επιστήμονες εκτιμούν ότι περίπου κατά τα δύο τρίτα η άνοια οφείλεται στον τρόπο ζωής (κάπνισμα, παχυσαρκία, διαβήτης κ.α.) και σε γενετικά αίτια, ενώ κατά το υπόλοιπο ένα τρίτο σε περιβαλλοντικούς παράγοντες. Η ατμοσφαιρική ρύπανση -λόγω των μικροσκοπικών σωματιδίων π.χ. από τις μηχανές και τα φρένα των οχημάτων, που εισχωρούν στο ανθρώπινο σώμα- θεωρείται ότι αυξάνει την πιθανότητα οξειδωτικού στρες και χρόνιας φλεγμονής όχι μόνο στο καρδιαγγειακό σύστημα, αλλά και στον εγκέφαλο. Άλλοι πιο σπάνιοι παράγοντες, όπως οι υψηλής ισχύος γραμμές του ηλεκτρικού ρεύματος και η υψηλή περιεκτικότητα του νερού στο μέταλλο σελήνιο μπορεί επίσης να επιβαρύνουν τον εγκέφαλο.

Πηγή: newsbomb

Δημοσίευση: 1/1/201

**Άνοια: Χαμόγελα αισιοδοξίας για εκατομμύρια ανθρώπους – Τι έδειξε νέα έρευνα**



Το ποσοστό των ανθρώπων με άνοια εμφανίζει πτωτική τάση μετά το 2000 μεταξύ των ηλικιωμένων στις ΗΠΑ, σύμφωνα με μια νέα αμερικανική επιστημονική έρευνα. Η διαπίστωση αυτή για την [άνοια](http://www.iatropedia.gr/tag/ania/) δημιουργεί ελπίδες ότι πιθανώς πρόκειται για μια μονιμότερη και ευρύτερη τάση διεθνώς, που σηματοδοτεί επιτέλους μια σταθεροποίηση στην εξάπλωση της ασθένειας.

Οι ερευνητές, με επικεφαλής τον καθηγητή Κένεθ Λάνγκα του Πανεπιστημίου του Μίσιγκαν, που έκαναν τη σχετική [δημοσίευση στο αμερικανικό ιατρικό περιοδικό "JAMA Internal Medicine"](http://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/2587084), ανέλυσαν στοιχεία για πάνω από 21.000 άτομα άνω των 65 ετών. Το ποσοστό αυτών με άνοια υποχώρησε από 11,6% το 2000 σε 8,8% το 2012.

Είχαν προηγηθεί παρόμοιες μελέτες για την Ευρώπη, που δημοσιεύθηκαν στο περιοδικό νευρολογίας "The Lancet Neurology", οι οποίες έδειχναν επίσης πτωτική τάση της άνοιας στη Βρετανία και στην Ισπανία, καθώς επίσης σταθεροποίηση σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες.

«Τα ευρήματά μας έρχονται να προστεθούν στις αυξανόμενες ενδείξεις ότι η μείωση του κινδύνου για άνοια αποτελεί πραγματικό φαινόμενο και ότι η μελλοντική αναμενόμενη αύξηση της άνοιας μπορεί να είναι μην είναι τελικά τόσο μεγάλη όσο νομίζαμε αρχικά» δήλωσε ο Δρ Λάνγκα.

Το γιατί μπορεί να «φρενάρεται» σταδιακά η νόσος -για την οποία δεν υπάρχουν φάρμακα ακόμη- παραμένει ασαφές. Το ανώτερο μορφωτικό επίπεδο είναι ένας παράγων που λειτουργεί προστατευτικά για τον εγκέφαλο, όπως επίσης η σωματική άσκηση, η εξάσκηση του μυαλού, η διακοπή του [καπνίσματος](http://www.iatropedia.gr/tag/kapnisma/) κ.α.

Αν και τα ποσοστά της άνοιας μπορεί να πέσουν, παρόλα αυτά σε απόλυτους αριθμούς οι ασθενείς με άνοια θα συνεχίσουν να αυξάνονται, καθώς ο παγκόσμιος πληθυσμός ολοένα περισσότερο γερνάει, δηλαδή διευρύνεται το ποσοστό των ηλικιωμένων στο σύνολο των ανθρώπων. Η σταδιακή επιμήκυνση του [προσδόκιμου ζωής](http://www.iatropedia.gr/tag/prosdokimo-zois/) παίζει σημαντικό ρόλο γι' αυτό. O αριθμός των ανθρώπων με άνοια αναμένεται να τριπλασιασθεί έως το 2050, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας.

Πηγή: iatropedia

Δημοσίευση: 24/11/2016

## Έρευνα για την άνοια με ένα παιχνίδι στο κινητό



Ένα παιχνίδι στο κινητό θα συνεισφέρει σε μεγάλη ευρωπαϊκή έρευνα κατά της άνοιας. Όπως λένε οι ειδικοί, πρόκειται για το πρώτο παιχνίδι που έγινε για καλό σκοπό σε παγκόσμιο επίπεδο, καθώς βοηθάει τους επιστήμονες να κατανοήσουν πώς πλοηγείται ο ανθρώπινος εγκέφαλος στον χώρο και θα τους οδηγήσει ένα βήμα πιο κοντά στην ανάπτυξη νέων διαγνωστικών εξετάσεων για την άνοια.

Η ονομασία του είναι “[SeaHeroQuest](http://www.seaheroquest.gr/)” και έγινε από τη συνεργασία του Ομίλου Deutsche Telekom με τον βρετανικό κοινωφελή οργανισμό Alzheimer’s Research, το University College του Λονδίνου (UCL), το University of East Anglia (UEA) και σχεδιαστές βιντεοπαιχνιδιών.

Το παιχνίδι δείχνει τις πρώτες επιπτώσεις που βιώνουν οι άνθρωποι που ζουν με άνοια, όπως είναι η απώλεια του χωροταξικού προσανατολισμού, ακόμα και σε γνωστά μέρη και περιβάλλοντα. Οι παίκτες  βρίσκουν τον δρόμο τους μέσα από λαβύρινθους νησιών και παγόβουνων, ενώ τα στοιχεία πλοήγησης καταγράφονται δημιουργώντας έτσι μεγαλύτερο σύνολο δεδομένων σε παγκόσμιο επίπεδο.

Το εντυπωσιακό, όπως λένε οι επιστήμονες, είναι ότι αν ένα άτομο παίξει για 2 λεπτά αυτό το παιχνίδι στο κινητό ή στο tablet του, αυτοί θα συγκεντρώσουν δεδομένα για την άνοια που ισοδυναμούν με 5 ώρες επιστημονικής έρευνας. Εάν 100.000 άτομα παίξουν για 2 λεπτά ο καθένας, αυτό ισοδυναμεί με περισσότερα από 50 χρόνια έρευνας.

*«Με αυτό το παιχνίδι για καλό σκοπό, αξιοποιούμε την τεχνολογία και την καινοτομία για να συνεισφέρουμε καθοριστικά στην επιστήμη»,* δήλωσε ο κ. Κώστας Νεμπής, Executive Director Οικιακών Πελατών Ομίλου ΟΤΕ, που έχει φτιάξει το παιχνίδι.

Παράλληλα, η κ. Μάγδα Τσολάκη, Πρόεδρος της Πανελλήνιας Ομοσπονδίας Νόσου Alzheimer, Νευρολόγος-Ψυχίατρος, Καθηγήτρια στο Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, επισημαίνει ότι παίζοντας ένα παιχνίδι ανοίγουν νέοι ορίζοντες σε μια πολύ σοβαρή ασθένεια.

Αξίζει να σημειωθεί ότι, σύμφωνα με την έκθεση “The Global ImpactofDementia” (2013-2050), η άνοια αναμένεται να επηρεάσει 135 εκατ. ανθρώπους σε όλο τον κόσμο μέχρι το 2050. Στην Ελλάδα, όπως αναφέρουν τα στοιχεία της Παγκόσμιας Εταιρείας Νόσου Alzheimer (ADI), 197.000 άνθρωποι είχαν άνοια το 2015, ενώ προβλέπεται ο αριθμός αυτός να φτάσει στις 354.000 το 2050.

*«Η άνοια απασχολεί εκατομμύρια συνανθρώπους μας στην Ελλάδα και σε όλο τον κόσμο. Αλλάζει ριζικά την καθημερινότητα τόσο των ίδιων των ανθρώπων που ζουν με αυτή, όσο και των οικείων τους, της οικογένειάς τους. Η τεχνολογία μπορεί να κάνει τη διαφορά, ανοίγοντας νέους δρόμους στην επιστημονική έρευνα»* σημειώνει η κ. Τσολάκη.

Το “Sea Hero Quest” είναι διαθέσιμο δωρεάν σε [AppStore](https://itunes.apple.com/us/app/sea-hero-quest/id1111510131?ls=1&mt=8) και [GooglePlay](https://play.google.com/store/apps/details?id=com.glitchers.seaheroquestgreece), για να μπορούν όλοι, ανεξαρτήτως φύλου και ηλικίας, παίζοντας ένα συναρπαστικό παιχνίδι μέσα από το smartphone ή το tablet τους, να συνεισφέρουν στην επιστημονική έρευνα κατά της άνοιας.

Πηγή: Εφημερίδα naftemporiki Υγεία

Δημοσίευση: 22/06/2016

**ΕΠΙΛΟΓΟΣ**

Η άνοια είναι μια σοβαρή απώλεια των γνωστικών λειτουργιών. Ενδέχεται να είναι στάσιμη, ως αποτέλεσμα εγκεφαλικής βλάβης ή προοδευτική, ως αποτέλεσμα μακροχρόνιας έκπτωσης εξαιτίας κάποιας νόσου ή βλάβης στο σώμα. Έτσι μπορεί να υπάρχει διαταραχή μνήμης, διαταραχή στο λόγο, στη γραφή και την ανάγνωση, διαταραχή στον προγραμματισμό, την προσοχή και την κρίση ή και διαταραχή στην οπτικοχωρική ικανότητα: αναγνώριση αντικειμένων (σε τι χρησιμεύουν), του χώρου, δυσκολία στο χειρισμό αντικειμένων ή στο ντύσιμο. Τέλος μπορεί να υπάρχει γενικότερη διαταραχή στην προσωπικότητα και στην συμπεριφορά.

Δεδομένου ότι η άνοια και οι εκφυλιστικές παθήσεις γενικότερα δεν μπορούν να θεραπευτούν, η μόνη λύση για να εξασφαλιστεί η ποιότητα ζωής των ασθενών σε βάθος χρόνου είναι η έγκαιρη διάγνωση, ώστε να εφαρμοστούν το συντομότερο δυνατό στρατηγικές και φαρμακευτικές παρεμβάσεις που θα αναχαιτίζουν την εξέλιξή τους.

Η εκτίμηση της ποιότητας ζωής ενός ασθενούς οφείλει να είναι ολική, να καλύπτει όλα τα επίπεδα, τα οποία διαμορφώνουν ένα ευρύ και βαθύ φάσμα ζωής, από την πιο υποκειμενική έως την πιο αντικειμενική της διάσταση. Για αυτό η καθημερινή κλινική πράξη πέρα από οποιεσδήποτε παρεμβάσεις, στάσεις, συμπεριφορές ή ηθικά και δεοντολογικά προβλήματα, που σχετίζονται ή απορρέουν από αυτήν, απαιτεί κάτι περισσότερο από εκείνα που ορίζει ο νόμος. Αυτό το κάτι έχει τις ρίζες του στην περιοχή των ηθικών διατάξεων και υπαγορεύεται από το νόμο της αγάπης, ο οποίος στρέφεται με δέος προς την αξία και την αξιοπρέπεια της ανθρώπινης ύπαρξης και εκδηλώνεται με σεβασμό προς το δώρο της ζωής, άσχετα από την ηλικία που διανύει, το φύλο ή τη φυλή που ανήκει.

**ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

1. Roman GC, Tatemichi ΤΚ, Erkinjuntti Τ, et al. Vascular dementia: diagnostic criteria for research studies. Report of the NINDS-AIREN International Workshop. Neurology 1993; 43: 250-60.

2. Erkinjuntti T. Vascular dementia: challenge of clinical diagnosis. Int Psychogeriatr 1997; 9 Suppl 1: 51-8; discussion 77-83.

3. Erkinjuntti T. Diagnosis and management of vascular cognitive impairment and dementia. J Neural Transm Suppl 2002: 91-109.

4. Matthews FE, Arthur Α, Barnes LE, et al. A two-decade comparison of prevalence of dementia in individuals aged 65 years and older from three geographical areas of England: results of the Cognitive Function and Ageing Study I and II. Lancet 2013; 382: 1405-12.

5. Hurd MD, Martorell P, Langa KM. Monetary costs of dementia in the United States. N Engl J Med 2013; 369: 489-90.

6. Moorhouse P, Rockwood K. Vascular cognitive impairment: current concepts and clinical developments. Lancet Neurol 2008; 7: 246-55.

7. Iadecola C. The pathobiology of vascular dementia. Neuron 2013; 80: 844-66.

8. Snowdon, DA. Aging and Alzheimer's disease: lessons from the Nun Study. Gerontologist 1997; 37: 150-6.

9. Snowdon DA, Greiner LH, Mortimer JA, Riley KP, Greiner PA, Markesbery WR. Brain infarction and the clinical expression of Alzheimer disease. The Nun Study. JAMA 1997; 277: 813-7.

10. Jellinger KA. Prevalence of vascular lesions in dementia with Lewy bodies. A postmortem study. J Neural Transm 2003; 110: 771-8.

11. Jellinger KA, Attems J. Is there pure vascular dementia in old age? J Neurol Sci 2010; 299: 150-4.

12. Jellinger KA. Morphologic diagnosis of "vascular dementia" – a critical update. J Neurol Sci 2008; 270: 1-12.

13. Gorelick PB, Scuteri A, Black SE, et al. Vascular contributions to cognitive impairment and dementia: a statement for healthcare professionals from the American heart association/american stroke association. Stroke 2011; 42: 2672-713.

14. Pendlebury ST, Rothwell PM. Risk of recurrent stroke, other vascular events and dementia after transient ischaemic attack and stroke. Cerebrovasc Dis 2009; 27 Suppl 3: 1-11.

15. Sahathevan R, Brodtmann A, Donnan GA. Dementia, stroke, and vascular risk factors; a review. Int J Stroke 2012; 7: 61-73.

16. Kaffashian S, Dugravot A, Elbaz A, et al. Predicting cognitive decline: a dementia risk score vs. the Framingham vascular risk scores. Neurology 2013Q 80: 1300-6.

17. Iemolo F, Duro G, Rizzo C, Castiglia L, Hachinski V, Caruso C. Pathophysiology of vascular dementia. Immun Ageing 2009; 6:13.

18. Erkinjuntti T. Cognitive decline and treatment options for patients with vascular dementia. Acta Neurol Scand Suppl 2002; 178: 15-8.

19. Knopman DS, DeKosky ST, Cummings GL, et al. Practice parameter: diagnosis of dementia (an evidence-based review). Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. Neurology 2001; 56: 1143-53. 20. Moran JA, Rafii MS, Keller SM, et al. The National Task

20. Jachen Schindelmeiser, (2013), Νερολογία για λογοθεραπευτές, εκδόσεις ρόδων (2013), Μετάφραση: Γιωργος Πατσικαθεοδώρου

21. HENRI RUBISTEIN, (2000), Η ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ ΑΛΤΣΧΆΙΜΕΡ Σειρά: Μάθε για την υγεία, εκδόσεις Ελληνικά γράμματα (2000), Μετάφραση: Φωτεινή Μεγαλούδη

22. Αναστασία Κωσταρίδου-Ευκλείδη, ΘΕΜΑΤΑ ΓΗΡΟΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΙ ΓΕΡΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ, Σειρά: ΒΑΣΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ, εκδόσεις; Πεδίο (2011)

23 Αναστασία Κωσταρίδου-Ευκλείδη,(1999), ΘΕΜΑΤΑ ΓΗΡΟΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΙ ΓΕΡΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ, έ έκδοση;ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ(1999)

24. ΒΑΛΙΑ ΚΑΛΑΙΤΖΗ, (2004), ΟΔΗΓΟΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΓΟΝΙΩΝ Το βιβλίο που απαντάει σε όλες τις απορίες για την αντιμετώπιση των αναγκών και τη φροντίδα των ηλικιωμένων γονιών, εκδόσεις; Mendor (2004)

25. MURIEL D.LEZAK, DIANE B.HOWIESON, DAVID W.LORING, ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΉ ΕΚΤΊΜΗΣΗ, GOTSIS ΕΚΔΌΣΕΙΣ, ΤΕΤΑΡΤΗ ΈΚΔΟΣΗ (πρώτη έκδιση 2012), Μετάφραση- επιμέλεια ελληνικής έκδοσης Λάμπρος Μεσσήνης, Μαίρη Κοσμίδου, Παναγιώτης Παπαθανασόπουλος

26. Noma B. Anderson/George H. Shames (2013), Εισαγωγή στις διαταραχές επικοινωνίας, εκδόσεις: Π.Χ ΠΑΣΧΑΛΊΔΗΣ, (2013), Μετάφραση Γεωργία Λινάρδου

27.Kenneth G. Shipley, Julie G. McAfee, Διαγνωστικές Προσεγγίσεις στη Λογοπαθολογία 4η Έκδοση/1η Ελληνική έκδοση, εκδόσεις GOTSIS (2013), Mετάφραση- Επιμέλεια: Ελεάννα Στ. Βιρβιδάκη M.Sc, Διονύσης Χρ. Ταφιάδης M. Sc

28.G. Albyn Davis, (2011), ΑΦΑΣΙΟΛΟΓΙΑ-ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΚΤΙΚΗ, εκδόσεις: ΠΧ ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ (2011), Επιμέλεια ελληνικής έκδοσης Γρηγόριος Νάσιος

29. Ε. Καπάκη- Γ.Π. Παρασκευάς ,(2003), ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΘΕΩΡΗΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ Αlzheimer ΚΑΙ ΑΛΛΩΝ ΑΝΟΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ, εκδόσεις ΒΗΤΑ medical arts

30. M. Marsel Mesulam «Αρχές Συμπεριφορικής και Γνωσιακής Νευρολογίας» , εκδόσεις: Π.Χ. Πασχαλίδης 2011, Επιμέλεια Ελληνικής έκδοσης Γρηγόριος Νάσιος

31. MICHAEL W. EYSENCK, (2010), ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΓΝΩΣΤΙΚΗΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ, ΕΚΔΌΣΕΙΣ GUTENBERG (2010), Επιμέλεια ελληνικής έκδοσης Ελένη Βασιλάκη