



ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«ΑΝΟΙΑ ΚΑΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΟ ΑΤΟΜΟ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ – ΦΡΟΝΤΙΣΤΕΣ»

Φοιτήτριες: Ζαρκαδή Σουλτάνα (16560)

Μαντζιάρα Κυριακή (16564)

Χριστοφορίδου Δήμητρα (16631)

Επιβλέπουσα: Αναστασία Νούσια, MSc, PhD

Ιωάννινα, 2019

**«DEMENTIA AND EFFECTS IN INDIVIDUALS AND IN
THEIR FAMILY – CARERS»**

Εγκρίθηκε από τριμελή εξεταστική επιτροπή

Ιωάννινα, Ημερομηνία

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ

1. Επιβλέπων καθηγητής

2. Μέλος επιτροπής

3. Μέλος επιτροπής

Ο/Η Προϊστάμενος/η του Τμήματος

Υπογραφή

© Ζαρκαδή Σουλτάνα, Μαντζιάρα Κυριακή, Χριστοφορίδου Δήμητρα, 2019

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Δήλωση μη λογοκλοπής Δηλώνω υπεύθυνα και γνωρίζοντας τις κυρώσεις του Ν. 2121/1993 περί Πνευματικής Ιδιοκτησίας, ότι η παρούσα πτυχιακή εργασία είναι εξ ολοκλήρου αποτέλεσμα δικής μου ερευνητικής εργασίας, δεν αποτελεί προϊόν αντιγραφής ούτε προέρχεται από ανάθεση σε τρίτους. Όλες οι πηγές που χρησιμοποιήθηκαν (κάθε είδους, μορφής και προέλευσης) για τη συγγραφή της περιλαμβάνονται στη βιβλιογραφία.

Ζαρκαδή Σουλτάνα

Υπογραφή

Μαντζιάρα Κυριακή

Υπογραφή

Χριστοφορίδου Δήμητρα

Υπογραφή

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η παρούσα εργασία θα ήταν αδύνατο να ολοκληρωθεί χωρίς την πολύτιμη βοήθεια και τις στοχευόμενες παρατηρήσεις της επιβλέπουσας καθηγήτριας, λογοθεραπεύτριας Αναστασίας Νούσια.

Προσωπικά θα ήθελα να ευχαριστήσω τις συμφοιτήτριες μου Δήμητρα και Σουλτάνα για την άψογη συνεργασία μας και την κατανόησή τους.

Αφιερώνω την εργασία αυτή στην αγαπημένη μου γιαγιά που έπασχε από άνοια.

Μαντζιάρα Κυριακή

Με την σειρά μου, θα ήθελα να ευχαριστήσω τις φίλες και συμφοιτήτριές μου για την συνεργασία μας σε αυτή την εργασία και την συνεχή τους διάθεση και προσπάθεια να έχουμε το καλύτερο αποτέλεσμα!

Ακόμη, θα ήθελα να ευχαριστήσω την κυρία Νούσια για την καθοδήγησή της και την βιβλιοθήκη του ΤΕΙ Ηπείρου για το διαθέσιμο υλικό που προσφέρεται στους φοιτητές και μας βοηθάει να βρούμε τις πληροφορίες που χρειαζόμαστε.

Ζαρκαδή Σουλτάνα

Αισθάνομαι την ανάγκη να εκφράσω τις θερμές μου και ειλικρινείς ευχαριστίες στα κορίτσια που συνέβαλλαν αρκετά για την διεκπεραίωση της πτυχιακής εργασίας, χωρίς την βοήθεια τους δεν θα υπήρχε το επιθυμητό αποτέλεσμα. Τους γονείς μου για την συνεχή κατανόησή τους ως προς όλη αυτή την πολύμηνη προσπάθεια.

Έπειτα, την επιβλέπουσα καθηγήτρια για την συνεχή επικοινωνία μεταξύ μας την υπομονή, την υποστήριξη που έδειξε προς εμάς και τις ουσιώδεις συμβουλές για να μπορέσει να εκπληρωθεί ο στόχος όσο το δυνατόν καλύτερα.

Αφιερώνω την πτυχιακή εργασία στην γιαγιάκα που μου έχει φύγει εδώ και 6 χρόνια από την ζωή μας και έπασχε από άνοια.

Χριστοφορίδου Δήμητρα

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στόχος της παρούσας πτυχιακής εργασίας είναι η ευαισθητοποίηση και η ενημέρωση του κοινού σχετικά με την άνοια και τις επιπτώσεις της τόσο στο άτομο, όσο στην οικογένεια και στους φροντιστές. Ακόμη, τονίζεται η σημαντικότητα της έγκυρης και έγκαιρης διάγνωσης της άνοιας, καθώς και ο ρόλος που διαδραματίζει ένας λογοθεραπευτής σε αυτή. Ειδικότερα, κατά την βιβλιογραφική μας ανασκόπηση αναζητήσαμε πληροφορίες μέσα από επιστημονικά περιοδικά, άρθρα και βιβλία για τις επιπτώσεις των πιο συχνών τύπων άνοιας στον ασθενή και το οικείο περιβάλλον του. Από την βιβλιογραφική έρευνα προκύπτει πως κάθε τύπος άνοιας έχει κάποια ιδιαίτερα χαρακτηριστικά που βοηθούν να πραγματοποιηθεί η διαφοροδιάγνωση, αλλά ταυτόχρονα σε κάποιους τύπους άνοιας υπάρχουν πολλά κοινά χαρακτηριστικά. Γι' αυτό, η αξιολόγηση και η διάγνωση θα πρέπει να γίνονται με ιδιαίτερη προσοχή και από καταρτισμένους επιστήμονες υγείας. Ο κάθε τύπος άνοιας που αναλύθηκε στην παρούσα εργασία μπορεί να έχει διαφορετικές επιπτώσεις στο άτομο, όπως αλλαγές στην συμπεριφορά και την προσωπικότητα, γνωστική έκπτωση, δυσκολίες βαδίσματος, καρδιαγγειακά προβλήματα, διαταραχές ύπνου, σίτισης, συναισθηματικές κ.α., όμως για την οικογένεια και τους φροντιστές το φορτίο είναι το ίδιο για κάθε τύπο άνοιας που έχει ο ασθενής. Συγκεκριμένα, οι φροντιστές επηρεάζονται σωματικά, συναισθηματικά, ψυχικά ή οικονομικά, μπορεί να αντιμετωπίσουν προβλήματα υγείας ακόμα και να βιώσουν την κοινωνική απομόνωση. Τέλος, ο ρόλος του λογοθεραπευτή στην άνοια έχει αποδειχθεί καίριας σημασίας διότι είναι υπεύθυνος για πολλούς τομείς της αποκατάστασης. Ο λογοθεραπευτής μπορεί να παραπέμψει ασθενείς σε επιστήμονες άλλης ειδικότητας (αν χρειαστεί), να δημιουργήσει πλάνο παρέμβασης για τα γλωσσικά και γνωστικά ελλείμματα του ασθενούς, να συμβουλέψει τους φροντιστές για τα προβλήματα σίτισης και κατάποσης που μπορεί να προκύψουν και να δώσει βοήθεια σε προβλήματα επικοινωνίας. Άρα, η ύπαρξη λογοθεραπευτή στην αντιμετώπιση της άνοιας είναι απαραίτητη.

Λέξεις κλειδιά: άνοια, επιπτώσεις, φροντιστές, οικογένεια, λογοθεραπεία

ABSTRACT

The purpose of this thesis is to raise public sensitization and awareness of dementia to the public and its impact on the individual as well as on family and carers. We are also, referring to the importance of valid and on time diagnosis of dementia as well as the role that a speech therapist plays in it. In particular, during our bibliographic review we have acquired information through scientific journals, articles and books on the effects of the most common types of dementia on the patient and his familiar environment. From the bibliographic research is deduced that every type of dementia has some specific features that help in the differential diagnosis, but at the same time there are many common features between some types of dementia. Therefore, assessment and diagnosis should be treated with special care by qualified health scientists. All the types of dementia analyzed in this thesis may have different effects on the individual with dementia, such as behavioral and personality changes, cognitive decline, walking disorders, cardiovascular problems, sleep disorders, feeding disorders and emotional disorders etc., but for the family and carers the load is the same for every type of dementia that the patient suffers from. Specifically, carers are physically, emotionally, mentally or financially affected and it's possible to face health problems and experience social isolation. Finally, the role of the speech therapist in dementia has proven to be very important, because it can affect many aspects of the treatment. The SLP can refer patients to other specialist (if necessary), create an intervention plan for cognitive and linguistic deficits, advise caregivers on nutrition and swallowing problems that can arise and help with communication problems. Therefore, the existence of a speech therapist in the treatment of dementia is necessary.

Key- words: dementia, impacts, carers, family, logotherapy.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	5
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	6
ABSTRACT.....	7
ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ	10
ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	11
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	12
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 – ΑΝΟΙΑ.....	13
1.1. ΟΡΙΣΜΟΣ	13
1.2. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ.....	13
1.3. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ.....	14
1.4 .ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ – ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ.....	14
1.5. ΣΤΑΔΙΑ ΑΝΟΙΑΣ	15
1.6 ΕΙΔΗ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ	17
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 - ΕΚΦΥΛΙΣΤΙΚΕΣ ΝΟΣΟΙ ΚΑΙ ΑΓΓΕΙΑΚΗ ΑΝΟΙΑ.....	18
2.1. ALZHEIMER.....	18
2.2. ΑΝΟΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ PARKINSON.....	22
2.3. ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ HUNTINGTON	24
2.4. ΑΝΟΙΑ ΜΕ ΣΩΜΑΤΙΑ LEWY - ΛΟΥΙ (ΑΣΛ ή DLB).....	25
2.5. ΦΛΟΙΟΒΑΣΙΚΗ ΕΚΦΥΛΙΣΗ (ΦΒΕ).....	27
2.6. ΠΡΟΪΟΥΣΑ ΥΠΕΡΠΥΡΗΝΙΚΗ ΠΑΡΑΛΥΣΗ (ΠΥΠ)	29
2.7. ΜΕΤΩΠΟΚΡΟΤΑΦΙΚΗ ΑΝΟΙΑ.....	31
2.8. ΑΓΓΕΙΑΚΗ ΑΝΟΙΑ	36
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 - ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΩΝ ΑΝΟΙΩΝ ΣΤΟ ΑΤΟΜΟ	40
3.1. ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ALZHEIMER ΣΤΟ ΑΤΟΜΟ	40
3.2. ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ ΝΟΣΟΥ PARKINSON ΣΤΟ ΑΤΟΜΟ.....	42
3.3. ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ ΝΟΣΟΥ ΤΟΥ HUNTINGTON ΣΤΟ ΑΤΟΜΟ	44
3.4. ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ ΜΕ ΣΩΜΑΤΙΑ LEWY ΣΤΟ ΑΤΟΜΟ	45
3.5. ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΦΛΟΙΟΒΑΣΙΚΗΣ ΕΚΦΥΛΙΣΗΣ ΣΤΟ ΑΤΟΜΟ	46
3.6. ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΠΡΟΪΟΥΣΑΣ ΥΠΕΡΠΥΡΗΝΙΚΗΣ ΠΑΡΑΛΥΣΗΣ (ΠΥΠ) ΣΤΟ ΑΤΟΜΟ	47
3.7. ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΑΝΟΙΑΣ(ΑΑ) ΣΤΟ ΑΤΟΜΟ	48
3.8. ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΜΕΤΩΠΟΚΡΟΤΑΦΙΚΗΣ ΑΝΟΙΑΣ ΣΤΟ ΑΤΟΜΟ	50

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 – ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΩΝ ΔΙΑΦΟΡΩΝ ΤΥΠΩΝ ΑΝΟΙΩΝ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ /ΦΡΟΝΤΙΣΤΕΣ	55
4.1. ΓΕΝΙΚΑ	55
4.2. ΠΡΟΣΦΕΡΟΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ	57
4.3. Η ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΟΤΗΤΑ	57
4.4. ΤΟ «ΦΟΡΤΙΟ ΤΟΥ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗ/ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ»	60
4.5. ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ – ΦΡΟΝΤΙΣΤΕΣ	61
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 – ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΕΡΕΥΝΩΝ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΤΩΝ ΦΡΟΝΤΙΣΤΩΝ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΑΝΟΙΑ	64
5.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ	64
5.2. ΣΩΜΑΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ / ΕΠΙΠΕΔΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΦΥΣΙΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ	65
5.3. ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ	66
5.4. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ–ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ	67
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 – Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΕΞΟΜΑΛΥΝΣΗ ΤΩΝ ΕΠΙΠΤΩΣΕΩΝ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ	71
6.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ	71
6.2. ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΟΜΑΔΑ	71
6.3. ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗ	72
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	75

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

ΑΓΓΑ ή ΑΑ= Αγγειακή Άνοια

ΑΕΕ= Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο

ΑΣΛ= Άνοια με Σωματίδια Λούι

ΑΤΑ= Άνοια Τύπου Αλτσχάιμερ

ΚΝΣ= Κεντρικό Νευρικό Σύστημα

ΜΚΑ= Μετωποκροταφική Άνοια

ΝΑ= Νόσος Αλτσχάιμερ

ΝΠ= Νόσος Πάρκινσον

ΝΧ= Νόσος Χάντινγκτον

ΠΥΠ= Προϊούσα Υπερπυρηνική Παράλυση

ΦΒΕ= Φλοιοβασική Εκφύλιση

ΧΑΠ= Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια

AD= Alzheimer Disease

CBD= Corticobasal Degeneration

DLB= Dementia with Lewy Bodies

FTD= Frontotemporal Dementia

HD= Huntington Disease

PD= Parkinson Disease

PD-D= Parkinson Disease – Dementia

PSP= Progressive Supranuclear Palsy

VaD= Vascular Dementia

WHO= World Health Organization

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Πριν κάποιους μήνες, ξεκίνησε αυτή η ομαδική προσπάθεια διεξαγωγής της παρούσας εργασίας με πολύ όρεξη και ζήλο, με σκοπό την καλύτερη βιβλιογραφική μας ενημέρωση πάνω στο θέμα της άνοιας, καθώς και στον τρόπο που αυτή μπορεί να επηρεάσει τις ζωές των ανθρώπων που ζούνε με αυτή και των συντρόφων – φροντιστών τους.

Από τον οργανισμό «Alzheimer 's Association» έχουμε τις πληροφορίες ότι πάνω από 50 εκατομμύρια άνθρωποι σε όλο τον κόσμο ζούνε με νόσο Alzheimer και άλλους τύπους άνοιας. Η άνοια δεν είναι κάποια συγκεκριμένη διαταραχή, αλλά είναι ένας όρος που περιλαμβάνει ένα σύνολο συμπτωμάτων και διαταραχών (Alzheimer's Association, 2018).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO) υποστηρίζεται πως η άνοια αν και συνήθως πλήττει άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, δεν πρέπει να θεωρείται πως είναι φυσική η εμφάνισή της από κάποια ηλικία και μετά. Επιπλέον, υποστηρίζεται ότι υπάρχει μία συνεχώς αυξανόμενη πορεία σχετικά με τα περιστατικά εμφάνισης της νόσου, ότι το κόστος την νόσου είναι τεράστιο κάθε χρόνο και πως η πίεση και το βάρος των φροντιστών των ανθρώπων με άνοια είναι πολύ μεγάλο (World Health Organization, 2018).

Είναι αλήθεια πως ακόμη και στις μέρες μας τα άτομα με άνοια και οι φροντιστές τους βρίσκονται αντιμέτωποι με πολλών ειδών διακρίσεις και περιθωριοποιήσεις τόσο από τον περίγυρό τους, όσο και από την ίδια την κοινωνία και πρόνοια. Είναι σημαντικό, ο αγώνας και οι ανάγκες των ανθρώπων αυτών να λάβουν την σημασία που τους αρμόζει από τις αρμόδιες αρχές και η ενημέρωση του κόσμου για το μεγάλο πλέον πρόβλημα της άνοιας να μην αποτελεί θέμα περιφρόνησης και αποφυγής, αλλά να είναι στις προτεραιότητες αντιμετώπισης και περαιτέρω έρευνας (Alzheimer's Association, 2018).

Τα άτομα που πάσχουν από άνοια, όπως και οι φροντιστές τους, αντιμετωπίζουν καθημερινά δυσκολίες και περιπέτειες σε πολλούς τομείς της καθημερινότητας τους. Όπως όλοι μας, έτσι και αυτοί χρειάζονται φροντίδα και συμπαράσταση από τους δικούς τους ανθρώπους, αλλά και κατανόηση από το κοινωνικό και γειτονικό περιβάλλον, το περιβάλλον που ζούνε και συναναστρέφονται καθημερινά (Alzheimer's Association, 2018).

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τις τελευταίες δεκαετίες έχει παρατηρηθεί μεγάλη αύξηση του πληθυσμού της τρίτης ηλικίας, πράγμα το οποίο αποτελεί πλέον κοινωνικό πρόβλημα. Γι' αυτή την αύξηση του γηραιού πληθυσμού οφείλονται μερικοί παράγοντες οι οποίοι είναι η υπογεννητικότητα, η μείωση της θνησιμότητας καθώς και η αύξηση του προσδόκιμου ορίου ζωής. Λόγω της αύξησης της συγκεκριμένης ηλικιακής ομάδας και του προσδόκιμου ορίου ζωής, δημιουργούνται διάφορα κοινωνικά θέματα που αντιμετωπίζουν οι ηλικιωμένοι. Για παράδειγμα, δημιουργείται πρόβλημα στην υγεία του ατόμου, τις ψυχοσυναισθηματικές μεταβολές που εμφανίζονται με την πάροδο του χρόνου, την οικονομική κατάσταση, την αυτοεξυπηρέτηση του κτλ.. Τα προβλήματα ως συνέπεια οδηγούν το άτομο στην κοινωνική απομόνωση και αποξένωση (Hauser, & Josephson, 2010).

Όσον αφορά το θέμα της υγείας το οποίο πλήττει την τρίτη ηλικία κατά κόρον στις μέρες μας, είναι η άνοια. Ορίζεται ως η επίκτητη επιδείνωση των διανοητικών λειτουργιών, όπου εμποδίζει τον ασθενή να επιτελεί με επιτυχία τις καθημερινές του δραστηριότητες. Η μνήμη είναι η πιο συχνή ικανότητα που χάνεται στην άνοια. Το 10% των ατόμων ηλικίας άνω των 85 ετών, έχουν απώλεια μνήμης άνω του 70% η οποία μπορεί να αποδειχθεί με την κλινική εξέταση. Βέβαια, θα πρέπει να γίνει αναφορά και στις άλλες ανώτερες νοητικές λειτουργίες οι οποίες διαταράσσονται λόγω της άνοιας και αυτές είναι η ομιλία, η οπτικοχωρική αντίληψη, η κρίση και η επίλυση προβλημάτων, ο προσανατολισμός, η προσοχή, η σκέψη και η συγκέντρωση. Επιπλέον, εμφανίζονται νευροψυχιατρικές κοινωνικές διαταραχές με αποτέλεσμα την κατάθλιψη, τις παραισθήσεις, τις ψευδαισθήσεις, τη διέγερση και την έλλειψη αναστολών (Hauser, & Josephson, 2010).

Στόχος της παρακάτω πτυχιακής είναι η καλύτερη ενημέρωση και ευαισθητοποίηση των ατόμων που είτε έχουν κάποιο άτομο στο οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον είτε όχι, που νοσεί απ' αυτή την ασθένεια. Η εργασία αποτελείται από 6 κεφάλαια. Στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στην άνοια με την ευρύτερη έννοια και τα στάδια εξέλιξης της. Το δεύτερο κεφάλαιο αφορά τις εκφυλιστικές νόσους και την αγγειακή άνοια, το τρίτο πραγματεύεται στις επιπτώσεις στο άτομο, το τέταρτο στην οικογένεια και στους φροντιστές, το πέμπτο παραθέτει στοιχεία σχετικά με την ανασκόπηση ερευνών για τους φροντιστές ατόμων με άνοια και το έκτο και τελευταίο κεφάλαιο αναλύει τον ρόλο του λογοθεραπευτή στην άνοια (Τσολάκη, & Κάζης, 2005).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 – ΑΝΟΙΑ

1.1. ΟΡΙΣΜΟΣ

Ο όρος άνοια αναφέρεται σε μια σειρά συμπτωμάτων που παρουσιάζουν άτομα με νοσήματα που προσβάλλουν τον εγκέφαλο. Τα συμπτώματα αφορούν τις νοητικές λειτουργίες. Η καταστροφή και η απώλεια εγκεφαλικών κυττάρων που προκαλείται, 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 κριτική ικανότητα ή και διαταραχή στην οπτικοχωρική λειτουργία: αναγνώριση αντικειμένων, του χώρου, δυσκολία στο χειρισμό των αντικειμένων ή στο ντύσιμο. Τέλος, μπορεί να υπάρχει γενικότερη διαταραχή στην προσωπικότητα και στη συμπεριφορά του ατόμου (Τσολάκη, 2004).

1.2. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Η άνοια, με συχνότερη τη νόσο Alzheimer έχει κάνει την εμφάνισή της πολλά χρόνια πριν. Θα μπορούσε να χρονολογηθεί την περίοδο όπου ο Αυστριακός ψυχίατρος Alois Alzheimer, το 1907, περιέγραψε τα παθολόγο-ανατομικά χαρακτηριστικά μιας «περίεργης» όπως τη χαρακτήρισε νόσου, η οποία πήρε και το όνομά του. Όμως, αναφορές της νόσου αυτής υπάρχουν και σε αρχαίους Αιγυπτιακούς παπύρους ήδη από τον 24ο αιώνα π.Χ..

«Τα μάτια είναι θολά, τ' αυτιά κουφά. Η δύναμη εξασθενεί, η κούραση έρχεται. Το στόμα σιωπά, δεν μιλά πια. Η καρδιά είναι κενή, δεν θυμάται το παρελθόν. Τι μεγάλο κακό που κάνουν στον άνθρωπο τα γηρατειά». Αυτό όμως που περιγράφεται σ' αυτό το απόσπασμα δεν είναι τα γηρατειά, αλλά η ασθένεια της άνοιας (Τσολάκη, 2004).

1.3. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Αν και οι περισσότερες μελέτες αφορούν την άνοια τύπου Alzheimer και την Αγγειακή Νόσο ως αίτιο θα συμπεριλαμβάνονταν η ηλικία όπου όσο μεγαλύτερη είναι, τόσο μεγαλύτερη πιθανότητα υπάρχει για την εμφάνιση της νόσου.

Τα κτυπήματα κεφαλής/κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις και η διάχυτη εγκεφαλική βλάβη φαίνεται πως επιταχύνουν την διαδικασία εκφύλισης. Το φύλο του ατόμου και κατά βάση το θηλυκό, ενδέχεται να εμφανίσει νόσο σε μεγαλύτερη συχνότητα από ότι στο άρρεν φύλο. Επιπλέον, στα αίτια συμπεριλαμβάνονται και οι αγγειακοί παράγοντες κινδύνου όπου αφορούν την υψηλή χοληστερίνη, την υπέρταση, τον σακχαρώδη διαβήτη, την υψηλή ομοκυστεΐνη, το κάπνισμα και τέλος την παχυσαρκία, το σύνδρομο Down, καθώς και η κληρονομικότητα (Hauser, & Josephson, 2010).

Επιπλέον, λιγότερες συχνές αιτίες άνοιας είναι η ανεπάρκεια σε βιταμίνες, για παράδειγμα, θειαμίνης-B1 (εγκεφαλοπάθεια Wernicke), B12 (κακοήθης αναιμία), B3-νικοτινικό οξύ (πελλάγρα). Ενδοκρινικές και διαταραχές άλλων οργάνων (υποθυρεοειδισμός, νεφρική ανεπάρκεια και άλλα), οι χρόνιες λοιμώξεις (HIV, νευροσύφιλη), νεοπλάσματα (πρωτοπαθής όγκος εγκεφάλου), ο αλκοολισμός, η νόσος του Parkinson και η δηλητηρίαση από φάρμακα/ναρκωτικά. Οι ψυχιατρικές διαταραχές, για παράδειγμα, η κατάθλιψη και η σχιζοφρένεια μπορούν να γίνουν αίτια για την εμφάνιση άνοιας όπως και οι εκφυλιστικές διαταραχές (Νόσος του Huntington, Νόσος του Pick, Άνοια με σωμάτια Lewy), διάφορες αιτίες όπως αγγειίτιδα και καταστάσεις σε παιδιά και εφήβους (μεταβολικές διαταραχές) (Hauser, & Josephson, 2010).

1.4. ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ – ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Οι αρχικές ενδείξεις της άνοιας μπορεί να είναι αόριστες και μπορεί να μην είναι άμεσα φανερές. Μερικά συνηθισμένα συμπτώματα μπορεί να είναι: η προοδευτική και συχνή απώλεια μνήμης, η σύγχυση, η αλλαγή προσωπικότητας, η απάθεια και η απόσυρση και τέλος, η απώλεια ικανότητας να εκτελεί καθημερινά πράγματα.

Η νευροεκφυλιστική νόσος μπορεί να συμβεί σε οποιονδήποτε, αλλά ο κίνδυνος αυξάνεται με την ηλικία. Οι περισσότεροι άνθρωποι με άνοια είναι ηλικιωμένοι, αλλά είναι σημαντικό να γίνει γνωστό, ότι οι περισσότεροι ηλικιωμένοι δεν πάσχουν από άνοια. Δεν αποτελεί φυσιολογικό μέρος της γήρανσης, αλλά προκαλείται από ασθένεια του εγκεφάλου. Λιγότερο συχνά, άτομα ηλικίας κάτω των 65 ετών παρουσιάζουν άνοια

και αυτή λέγεται «άνοια σε νεότερη ηλικία». Υπάρχουν μερικές πολύ σπάνιες μορφές κληρονομικής άνοιας, όπου μια συγκεκριμένη γονιδιακή μετάλλαξη είναι γνωστό ότι προκαλεί τη νόσο. Στις περισσότερες περιπτώσεις άνοιας, όμως, δεν σχετίζονται αυτά τα γονίδια, αλλά οι άνθρωποι με οικογενειακό ιστορικό άνοιας έχουν αυξημένο κίνδυνο (Graham, & Warner, 2009).

Η άνοια αποτελεί συνήθως προοδευτική νόσο και επηρεάζει το άτομο με πολλούς τρόπους. Αυτό συμβαίνει επειδή τα συμπτώματα και ο τρόπος με τον οποίο αναπτύσσονται, αφορούν την προσωπικότητα, τον τρόπο ζωής, την ποιότητα των σχέσεων και την ψυχική και σωματική υγεία του ατόμου. Τα συμπτώματα ποικίλλουν ανάλογα με τον τύπο της άνοιας, παρόλα αυτά υπάρχουν κάποιες ομοιότητες ανάμεσα στις υποκατηγορίες. Τα πιο συχνά συμπτώματα είναι η απώλεια μνήμης και οι δυσκολίες στις καθημερινές εργασίες, γεγονός που οδηγεί σε έλλειψη ανεξαρτησίας και μπορεί να επηρεάσει τις κοινωνικές επαφές. Η εξέλιξη της νόσου μπορεί να διαφέρει σημαντικά από άτομο σε άτομο (Graham, & Warner, 2009).

Υπάρχουν άτομα που μπορεί να ζήσουν με τη νόσο για αρκετά χρόνια, πάνω από 20 χρόνια και άτομα που θα επιβιώσουν για πολύ λιγότερο. Στο τέλος, τα άτομα με άνοια συνήθως αποβιώνουν εξαιτίας άλλων παθήσεων, όπως καρδιακή ανεπάρκεια ή κάποιου είδους λοίμωξη, που μπορεί να είναι ανεξάρτητη της άνοιας. Τα τελευταία χρόνια, η καλύτερη φροντίδα των ατόμων με τη νόσο, όπως και η κατανόηση των μηχανισμών της νόσου, έχουν σε γενικές γραμμές οδηγήσει σε αύξηση του προσδόκιμου ζωής και βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών με άνοια. Αν και η άνοια εξελίσσεται με διαφορετικό ρυθμό από άτομο σε άτομο, θα βοηθούσε η περιγραφή της πορείας της νόσου στα πρώτα, τα μεσαία και τα τελικά της στάδια (Graham, & Warner, 2009).

1.5. ΣΤΑΔΙΑ ΑΝΟΙΑΣ

1.5.1. Πρώτο στάδιο

Η εκδήλωση της άνοιας είναι συνήθως αρκετά σταδιακή, επομένως είναι δύσκολο να αναγνωριστούν τα πρώιμα στάδιά της. Η φάση αυτή παραβλέπεται πολύ συχνά και το άτομο με άνοια είναι ικανό να συνειδητοποιήσει ότι εμφανίστηκαν περίεργα συμπτώματα (των οποίων η σημασία δεν είχε αναγνωριστεί εκείνη τη στιγμή ή ίσως είχαν ερμηνευτεί ως στοιχεία της φυσιολογικής γήρανσης), μόνο όταν κάποιος τον βοηθήσει να σκεφτεί τα γεγονότα του παρελθόντος. Ένα άτομο στα πρώιμα στάδια της νόσου, μπορεί να αρχίσει

να ξεχνάει πρόσφατα γεγονότα, να χάνει την αίσθηση του χρόνου που έχει ως αποτέλεσμα να μην εμφανίζεται σε ραντεβού ή να μην πληρώνει τους λογαριασμούς. Ακόμη, μπορεί να υπάρχει έλλειψη ενδιαφέροντος με μικρή συγκέντρωση καθώς και έλλειψη κινήτρου (Graham, & Warner, 2009).

Το άτομο με άνοια σταδιακά μπορεί να αρχίσει να αποστασιοποιείται, να εμφανίσει προβλήματα με το λόγο και δυσκολία στην εύρεση κατάλληλων λέξεων, να έχει δυσκολίες όσον αφορά την λήψη αποφάσεων, να ασχολείται λιγότερο με την οικογένεια του και τους φίλους του (Graham, & Warner, 2009).

1.5.2. Δεύτερο στάδιο

Στο στάδιο αυτό, είναι πλέον βέβαιο ότι το άτομο πάσχει από την νόσο όπου μπορεί να επηρεάσει την καθημερινή του λειτουργικότητα και την ανεξαρτητοποίηση του. Το σίγουρο είναι ότι εμφανίζονται αλλαγές στην προσωπικότητα και συμπεριφορά του προς τους υπολοίπους με κύρια αλλαγή την συναισθηματική του κατάσταση με συμπτώματα κατάθλιψης και οξυθυμίας και έλλειψη κατανόησης είτε από την πλευρά του ατόμου με άνοια είτε κι από την πλευρά των φροντιστών προς αυτό (Graham, & Warner, 2009).

Σε αυτό το στάδιο, το άτομο έχει την τάση να ξεχνάει πιο συχνά τα ονόματα συγγενών και φίλων καθώς και πρόσφατων γεγονότων και έτσι φτάνει στο σημείο να κάνει διάφορες ερωτήσεις, να περιπλανιέται εκτός σπιτιού, κάτι που είναι πολύ επικίνδυνο γιατί μπορεί να χαθεί ή να τραυματιστεί, να δυσκολεύεται στη κατανόηση της διαφοράς ημέρας με νύχτας και εμφανίζει προβλήματα με τον νυκτερινό ύπνο. Επιπλέον, παρουσιάζει προβλήματα στην κατανόηση των συζητήσεων μεταξύ άλλων ατόμων με έντονα προβλήματα στον λόγο (Graham, & Warner, 2009).

Εμφανίζει προβλήματα με τις δουλειές του σπιτιού, όπως το μαγείρεμα και το καθάρισμα. Χρήζει βοήθειας όσον αφορά το πλύσιμο, το ντύσιμο όπως και υπενθύμιση για την χρήση τουαλέτας. Έπειτα μπορεί να χάνει πράγματα και κατηγορεί άλλους ότι τα πήραν. Μπορεί ακόμη να γίνει επιθετικός προς τους υπολοίπους και να εμφανίσει μέχρι και παραισθήσεις (Graham, & Warner, 2009).

1.5.3. Τελικό στάδιο

Σε αυτό το στάδιο, υπάρχει πολύ σοβαρή απώλεια μνήμης και γίνεται πλήρως εξαρτημένος από τους άλλους για τη φροντίδα του. Το άτομο μπορεί να έχει πολύ μεγάλες δυσκολίες στην επικοινωνία. Να μην αναγνωρίζει ή να αναγνωρίζει με αρκετά μεγάλη δυσκολία τα μέλη της οικογένειας του και τους φίλους του. Να αντιμετωπίζει

δυσκολία στο τι του λένε οι άλλοι μέχρι και στο τι συμβαίνει στο περιβάλλον .Να χρειάζεται βοήθεια για την λήψη τροφής του. Να εμφανίζει ακράτεια ούρων και κοπράνων. Τέλος, εμφανίζει προβλήματα στη βάδιση καθώς και δυσκολία κατά την κατάποση και μένει καθηλωμένος στο κρεβάτι ή στην καρέκλα του.

Αυτό το στάδιο, μπορεί να συμβαίνει για μήνες ή ακόμη και χρόνια εξαρτάται από την σωματική υγεία του ατόμου και την ποιότητα της φροντίδας που του παρέχεται (Graham, & Warner, 2009).

1.6 ΕΙΔΗ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ

Η άνοια υποδιαιρείται σε: φλοιώδη και υποφλοιώδη. Σύμφωνα με το DSM-IV (Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών – Αμερικανική καταγραφή και ταξινόμηση των ψυχικών διαταραχών), χωρίζεται σε διάφορους τύπους. Σύμφωνα με την συχνότητα εμφάνισης τους είναι οι εξής :

1. Άνοια Τύπου Alzheimer (ATA)
2. Αγγειακή Άνοια
3. Άνοια σχετική με νόσο Parkinson
4. Μετωποκροταφική άνοια
5. Άνοια Οφειλόμενη σε Παθήσεις του Εξωπυραμιδικού Συστήματος
6. Άνοια με σωμάτια του Lewy
7. Άνοια τύπου Huntington
8. Άνοια των πυγμάχων
9. Φλοιό-βασική εκφύλιση
10. Άνοια Οφειλόμενη σε άλλες Γενικές Ιατρικές Καταστάσεις
11. Προϊούσα υπερπυρηνική παράλυση
12. Υποφλοιική άνοια

(Στεφανής, Σολδάτος, & Μαυρέας, 1992).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 - ΕΚΦΥΛΙΣΤΙΚΕΣ ΝΟΣΟΙ ΚΑΙ ΑΓΓΕΙΑΚΗ ΑΝΟΙΑ

2.1. ALZHEIMER

2.1.1. ΟΡΙΣΜΟΣ

Η νόσος Alzheimer είναι μια πρωτοπαθής εκφυλιστική νόσος του εγκεφάλου, με χαρακτηριστικά νευροχημικά και νευροπαθολογικά ευρήματα, η αιτία της οποίας εξακολουθεί να παραμένει άγνωστη. Η νόσος μπορεί να αρχίσει να εκδηλώνεται στη μέση ενήλικη ζωή, γεγονός που την κατατάσσει στις προ-γεροντικές άνοιες, παρά το ότι η συχνότητα της είναι πολύ μεγαλύτερη στις μεγάλες ηλικίες. Στη νόσο του Alzheimer, χαρακτηριστική είναι η εκφύλιση και ο θάνατος των νευρώνων του εγκεφαλικού φλοιού και του ιππόκαμπου.

Μικροσκοπικά διακρίνονται δυο ασυνήθιστα χαρακτηριστικά, τα οποία δεν υπάρχουν στους εγκεφάλους των υγιών ανθρώπων. Τα χαρακτηριστικά αυτά είναι οι γεροντικές (νευρωτικές) πλάκες και οι νευροϊνιδιακές εκφυλίσεις. Οι πλάκες δημιουργούνται από την εναπόθεση μιας μη φυσιολογικής πρωτεΐνης, που λέγεται αμυλοειδής, στο εξωτερικό των νευρικών κυττάρων (Martin, & Preedy, 2014).

Μία νέα θεωρία για την νόσο του Alzheimer υποστηρίζει ότι η πλάκα αυτή δημιουργείται επειδή φθίνουν οι διαδικασίες, οι οποίες φυσιολογικά αποβάλλουν την αμυλοειδή πρωτεΐνη. Οι νευροϊνιδιακές εκφυλίσεις αποτελούν σχηματισμό ινιδίων μια άλλης μη φυσιολογικής πρωτεΐνης, που σε αντίθεση με της γεροντικές πλάκες εντοπίζονται στο εσωτερικό των κυττάρων.

Ο λόγος για τον οποίο αναπτύσσονται οι νευροϊνιδιακές εκφυλίσεις δεν είναι πλήρως κατανοητός, αλλά και πάλι φαίνεται ότι πρόκειται για διαταραχή του τρόπου με τον οποίο τα κύτταρα επεξεργάζονται τις πρωτεΐνες. Οι εκφυλίσεις προκαλούν ασφυξία στα νευρικά κύτταρα και τα εμποδίζουν να λειτουργήσουν φυσιολογικά (Martin, & Preedy, 2014).

2.1.2 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ- ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Οι πιο σημαντικοί παράγοντες κινδύνου για τη νόσο του Alzheimer είναι η προχωρημένη ηλικία και το θετικό οικογενειακό ιστορικό. Η συχνότητα της ΝΑ αυξάνεται με την πάροδο της ηλικίας, φθάνοντας σε ποσοστό 20% έως 40% του πληθυσμού ηλικίας άνω των 85 ετών. Το θετικό οικογενειακό ιστορικό άνοιας υποδηλώνει γενετικό αίτιο για τη ΝΑ. Το θηλυκό φύλο μπορεί επίσης να αποτελεί ακόμα έναν παράγοντα κινδύνου, ανεξάρτητο από το μεγαλύτερο προσδόκιμο επιβίωσης των γυναικών. Μερικοί ασθενείς με ΝΑ αναφέρουν ιστορικό κρανιοεγκεφαλικής κάκωσης και διάσεισης, αλλά αυτό μάλλον συνιστά ένα σχετικά μικρό παράγοντα κινδύνου. Η ΝΑ είναι πιο συχνή σε άτομα με πολύ χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, αλλά η εκπαίδευση επηρεάζει την ικανότητα στις δοκιμασίες και είναι σαφές ότι η ΝΑ προσβάλλει άτομα όλων των επιπέδων μόρφωσης. Μια μελέτη έδειξε ότι η ικανότητα σύνθετης έκφρασης στον γραπτό λόγο στην πρώιμη ενήλικη ζωή συσχετίζεται με μείωση του κινδύνου εμφάνισης ΝΑ (Τσολάκη, & Κάζης, 2005).

Διάφοροι περιβαλλοντικοί παράγοντες, όπως το αλουμίνιο, ο υδράργυρος, οι ιοί έχουν ενοχοποιηθεί για την ΝΑ, αλλά για κανένα δεν έχει αποδειχθεί ο ρόλος τους. Παρομοίως, αρκετές μελέτες παρέχουν ενδείξεις ότι η χρήσης μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών σκευασμάτων συνοδεύεται από μείωση του κινδύνου της ΝΑ, αλλά αυτό δεν έχει επιβεβαιωθεί σε μεγάλες προοπτικές μελέτες. Τα αγγειακά νοσήματα, και ιδιαίτερα τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια φαίνεται ότι μειώνουν τον ουδό της κλινικής έκφρασης της ΝΑ. Επίσης, σε πολλούς ασθενείς με ΝΑ η αμυλοειδική αγγειοπάθεια μπορεί να οδηγήσει σε ισχαιμικά έμφρακτα ή αιμορραγίες. Τα αυξημένα επίπεδα ομοκυστεΐνης και χοληστερόλης, η υπέρταση, τα μειωμένα επίπεδα φυλλικού οξέος του ορού, η χαμηλή κατανάλωση φρούτων και λαχανικών και κόκκινου κρασιού, καθώς και η μη επαρκής άσκηση διερευνώνται ως πιθανοί παράγοντες κινδύνου για ΝΑ (Τσολάκη, & Κάζης, 2005).

2.1.3 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Με την πρόοδο της ηλικίας ελαττώνεται το βάρος και ο όγκος του εγκεφάλου, φαινόμενα που αποτελούν την ατροφία αυτού. Λοιμώδεις, νεοπλασματικές, τραυματικές, αγγειακές, τοξικές και αγνώστου φύσεως βλάβες του εγκεφάλου, μπορούν να οδηγήσουν τελικώς στην άνοια (Τσολάκη, & Κάζης, 2005).

Παρά τις εντατικές και επίμονες επιστημονικές έρευνες η αιτιολογία της νόσου προς το παρόν παραμένει άγνωστη. Οι ερευνητές μελετούν μεγάλη ποικιλία ύποπτων παραγόντων όπως γενετικούς, βιοχημικούς και ανοσιακές διαταραχές, μεταβολικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες.

Παρά την αδυναμία των ερευνητών να βρουν το αίτιο της νόσου, πρόοδος έχει επιτευχθεί στο επίπεδο της καταρρίψεως των μύθων και της βαθύτερης κατανόησης της νόσου. Έτσι, γνωρίζουμε ότι η νόσος δεν είναι φυσιολογική διεργασία της γηράσκουσας. Δεν προκαλείται από σκλήρυνση των αρτηριών, ούτε από υποξία και δε μεταδίδεται. Είναι νόσος του εγκεφάλου και δε θεωρείται ψυχική νόσος. (Πλατή, 2008).

2.1.4 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΚΑΙ ΠΟΡΕΙΑ ΤΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΠΟΥ ΟΔΗΓΟΥΝ ΣΕ ΑΝΟΙΑ

Οι περισσότερες μελέτες αφορούν την νόσο Alzheimer και την Αγγειακή Νόσο. Ελάχιστα είναι γνωστά για τους παράγοντες κινδύνου των άλλων παθήσεων.

Παράγοντες κινδύνου στη Νόσος Alzheimer αποτελείται η ηλικία (όσο μεγαλύτερη η ηλικία, τόσο μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης της νόσου). Τα κτυπήματα κεφαλής (φαίνεται να επιταχύνουν τη διαδικασία εκφύλισης). Το φύλο: οι γυναίκες εμφανίζουν σε μεγαλύτερη συχνότητα τη νόσο αγγειακοί παράγοντες κινδύνου: υψηλή χοληστερίνη, υπέρταση, διαβήτης, υψηλή ομοκυστεΐνη, κάπνισμα, παχυσαρκία. Τέλος, το σύνδρομο Down και η κληρονομικότητα: η ύπαρξη του γονιδίου APOE4 αυξάνει κατά 2.2 φορές την πιθανότητα εμφάνισης της νόσου.

- **Παράγοντες οι οποίοι δρουν αποτρεπτικά στην εμφάνιση της νόσου Alzheimer είναι:** η μόρφωση (αυξάνεται ο αριθμός των συνδέσεων των νευρικών κυττάρων και η νόσος χρειάζεται περισσότερο χρόνο για να εκδηλωθεί), η σωματική άσκηση και η μεσογειακή διαίτα και γενικά ένας δραστήριος και υγιής τρόπος ζωής (Τσολάκη, 2002· Τσολάκη, 2007).

2.1.5 ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Οι εργαστηριακές εξετάσεις δεν βοηθούν ιδιαίτερα στη διάγνωση, παρά μόνο στον αποκλεισμό άλλων διαταραχών. Ο μόνος βέβαιος τρόπος για την επιβεβαίωση της διάγνωσης γίνεται μετά τον θάνατο του ασθενούς με την αυτοψία. Υπάρχουν όμως και μερικές εξετάσεις τις οποίες καλείται να κάνει το άτομο όταν βρίσκεται εν ζωή ακόμη. Οι εξετάσεις αυτές είναι διαγνωστικές, λεπτομερείς και προσεκτική εξέταση από εξειδικευμένο νευρολόγο που λαμβάνει πλήρες ιστορικό (Τσολάκη, 2007).

Επιπλέον, γίνεται νευροψυχολογικός έλεγχος απαραίτητος για την εξέταση της μνήμης, των νοητικών λειτουργιών όπως είναι η μάθηση, η προσοχή, η γλώσσα, η ανάκληση και οι οπτικοχωρικές λειτουργίες. Αυτές οι λειτουργίες μπορούν να εξεταστούν με την χορήγηση του Mini Mental State Examination (MMSE) ή του Clinical Dementia Rating (CDR) και του Global Deterioration Scale (GDS).

Ο αιματολογικός έλεγχος, όπου ελέγχονται η ομοκυστεΐνη, βιταμίνη 12, η θυρεοειδική λειτουργία τα γονίδια αλλά και άλλοι παράγοντες που σχετίζονται με την απώλεια μνήμης. Οι νευροαπεικοντιστικές εξετάσεις με την Αξονική τομογραφία (CT) και την Μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου (MRI) όπου απεικονίζεται η εγκεφαλική ατροφία και συγκεκριμένα στην περιοχή του ιππόκαμπου, της περιοχής του εγκεφάλου που είναι υπεύθυνη για την μνήμη (Τσολάκη, 2007).

2.1.6 ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διαφορική διάγνωση πραγματοποιείται με σχετικά απλές κλινικές εξετάσεις. Η απεικόνιση συμβάλλει στον αποκλεισμό άλλων διαταραχών, όπως τα πρωτοπαθή και μεταναστατικά νεοπλάσματα, η πολυεμφρακτική άνοια, η διάχυτη νόσος της λευκής ουσίας και ο υδροκέφαλος φυσιολογικής πίεσης. Επιπλέον, συμβάλλει και στην διάκριση της νόσου Alzheimer από άλλες εκφυλιστικές διαταραχές με διακριτά χαρακτηριστικά όπως η μετωποκροταφική άνοια και η νόσος Creutzfeldt- Jacob (Τσολάκη, 2007).

2.2. ΑΝΟΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ PARKINSON

2.2.1. ΟΡΙΣΜΟΣ

Δύο κύριοι τύποι άνοιας επηρεάζουν τους ανθρώπους με νόσο Parkinson. Αυτοί ονομάζονται άνοια του Parkinson και άνοια με σωμάτια Lewy. Μερικοί άνθρωποι αναπτύσσουν άνοια αφού ζουν με την νόσο Parkinson για κάποιο χρονικό διάστημα. Τα προβλήματα κινητικότητας για τουλάχιστον ένα χρόνο πριν από την εμφάνιση άνοιας, αυτή είναι ένδειξη άνοιας της νόσου Parkinson (Parkinson's UK., 2011).

Η άνοια που σχετίζεται με τη νόσο του Parkinson συνοδεύεται από μειωμένη ποιότητα ζωής τόσο για τους ασθενείς όσο και για τους φροντιστές και με ταχεία λειτουργική και κινητική πτώση (Emre, Aarsland, Albanese, Byrne, Deuschl, Deyn, & Poewe, 2004).

Οι ασθενείς με άνοια νόσου Parkinson τυπικά παρουσιάζουν τη μη κινητική/δύσκαμπτη μορφή της νόσου και όχι τη μορφή στην οποία κυριαρχεί ο τρόμος. Σ' αυτούς τους ασθενείς η ύπαρξη άνοιας καθιστά πιο δύσκολη την αντιμετώπιση των κινητικών συμπτωμάτων της νόσου, λόγω της υψηλής επίπτωσης των ανεπιθύμητων ενεργειών στις νοητικές λειτουργίες από τα αντιπαρκινσονικά φάρμακα (Hauser, & Josephson, 2010).

2.2.2. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Η επιδημιολογία της Παρκινσονικής άνοιας εκτιμάται σε ποσοστό 50-80% ότι τα άτομα που πάσχουν ήδη από την Νόσο του Parkinson ενδέχεται να αναπτύξουν στην πορεία παρκινσονική άνοια. Συχνότερα εκδηλώνεται σε άτομα ηλικίας άνω των 50 ετών (Hauser, & Josephson, 2010). Τουλάχιστον το 75% των ασθενών με PD που επιβιώνουν για περισσότερο από 10 χρόνια θα αναπτύξουν άνοια (Aarsland, & Kurz, 2010).

2.2.3. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Οι παράγοντες κινδύνου κατά την στιγμή της διάγνωσης του Parkinson υπάρχει πιθανότητα να αυξήσουν τον κίνδυνο μελλοντικής άνοιας της νόσου Parkinson. Αυτοί οι παράγοντες είναι η μεγαλύτερη ηλικία έναρξης, η μεγαλύτερη σοβαρότητα των κινητικών συμπτωμάτων – δυσκαμψία, η αστάθεια στον στοχασμό, η διαταραχή στο βάδισμα και η ήπια γνωστική εξασθένηση κατά την έναρξη. Η ηλικία καθώς και η

σοβαρότητα των κινητικών συμπτωμάτων φαίνεται ότι έχουν συνδυασμένη και όχι προσθετική επίδραση στον κίνδυνο άνοιας. Ασυνεπή ευρήματα έχουν αναφερθεί για την έναρξη στην τρίτη ηλικία, το αρρεν φύλο, η εκπαιδευτική πορεία, η κατάθλιψη, οι οπτικές ψευδαισθήσεις και άλλα κλινικά χαρακτηριστικά (Hauser, & Josephson, 2010).

2.2.4. ΠΡΟΣΘΕΤΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Στους πρόσθετους παράγοντες κινδύνου της άνοιας νόσου Parkinson περιλαμβάνονται η παρουσίαση σοβαρής κατάθλιψης, οι εμμένουσες ψευδαισθήσεις και τα προχωρημένα στάδια της νόσου, η υπερβολική υπνηλία κατά την διάρκεια της ημέρας, την φαινότυπο ακινησία, η δυσκολία της έναρξης της κίνησης και τα προβλήματα ισορροπίας – πτώσεις (Holland, 2016).

2.2.5. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Τα αίτια αυτού του τύπου άνοιας μπορεί να είναι είτε συγγενή ή να οφείλονται σε ηλικιακή γήρανση. Αν κάποιος απο το οικογενειακό περιβάλλον έχει διαγνωστεί με Parkinson τότε μπορεί να αυξηθεί ο κίνδυνος ανάπτυξης της άνοιας (Hauser, & Josephson, 2010).

2.2.6. ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διάγνωση της άνοιας νόσου του Parkinson γίνεται με βάση τα συμπτώματα του ασθενούς, το ιατρικό ιστορικό και τα αποτελέσματα τη εξέτασης. Δεν υπάρχει συγκεκριμένη εξέταση αίματος για την διάγνωση αλλά οι δοκιμασίες μνήμης και σκέψης θα βοηθήσουν να επιβεβαιωθεί η ύπαρξη ή μη άνοιας στη νόσο του Parkinson. Είναι σημαντικό ότι άλλα προβλήματα, όπως η σοβαρή κατάθλιψη , αποκλείονται πριν από τη διάγνωση της άνοιας στην νόσο του Parkinson. Αν το άτομο με νόσο του Parkinson παρουσιάσει συμπτώματα άνοιας ένα ή περισσότερα χρόνια μετά τη διάγνωσή του, τότε ένας γιατρός μπορεί να διαγνώσει την πάθηση ως άνοια PD. Βέβαια, η διαγνωστική εξέταση μπορεί να συμβεί με ακρίβεια και απόλυτη βεβαιότητα μετά από θάνατο με αυτοψία του εγκεφάλου (Hauser, & Josephson, 2010).

2.3. ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ HUNTINGTON

2.3.1. ΓΕΝΙΚΑ

Είναι κληρονομική νόσος που μεταβιβάζεται με τον αυτοσωματικό επικρατούντα χαρακτήρα και ξεκινά ανάμεσα στις ηλικίες 30 και 50 χρονών. Σε μερικές περιπτώσεις, τα συμπτώματα αρχίζουν πριν από την ηλικία των 20 ετών με διαταραχές συμπεριφοράς και μαθησιακές δυσκολίες στο σχολείο (Νεανική νόσος Huntington, JHD). Η εξέλιξη της νόσου είναι προοδευτική και διαρκεί περίπου δέκα με δεκαπέντε χρόνια (Hauser, & Josephson, 2010).

2.3.2. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Η επίπτωση πληθυσμούς εκτιμάται σε 1/10.000-1/20.000.

2.3.3. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Η ακριβής αιτιολογία της νόσου του Huntington δεν είναι γνωστή. Περίπου το 50% των περιπτώσεων έχουν θετικό οικογενειακό ιστορικό με αυτοσωματική επικρατική κληρονομικότητα. Μελέτες έχουν επισημάνει γονιδιακούς τόπους στο χρωμόσωμα 3q13(ETM-1) και 2p22-25(ETM-2) και ενδέχεται να υπάρχουν πολλά άλλα γονίδια που δεν έχουν εντοπιστεί ακόμη. Καταγράφηκε αύξηση της μεταβολικής δραστηριότητας και της αιματικής ροής στις περιοχές της παρεγκεφαλίδας και της κάτω ελαίας όπου είναι οι περιοχές που έχουν θεωρηθεί ως πιθανές για την έναρξη της νόσου (Hauser, & Josephson, 2010).

2.3.4. ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διάγνωση της νόσου του Huntington βασίζεται στα κλινικά συμπτώματα και σημεία σε άτομα με ένα γονέα με αποδεδειγμένη την νόσο και επιβεβαιώνεται με ανάλυση του DNA.

2.3.5. ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διαφορική διάγνωση περιλαμβάνει άλλες αιτίες της χορείας συμπεριλαμβανομένων γενικών παθολογικών ή ιατρογενών διαταραχών. Παρατηρούνται επίσης φαινοαντίγραφα (κλινικά διαγνωσμένα κρούσματα HD χωρίς γενετική μετάλλαξη) (Ντούζγου, & Μιχελακάκη, 2013).

2.4. ΑΝΟΙΑ ΜΕ ΣΩΜΑΤΙΑ LEWY - ΛΟΥΙ (ΑΣΛ ή DLB)

2.4.1. ΟΡΙΣΜΟΣ

Η ασθένεια της άνοιας με σωματίδια Lewy (DLB) είναι μία προϊούσα, εκφυλιστική άνοια, που έχει κοινά κλινικά και παθολογικά χαρακτηριστικά με την νόσο Parkinson και Alzheimer (Hanson, & Lippa, 2009). Το DLB (Dementia with Lewy Bodies) πήρε την ονομασία του από κάποιες ομαλές στρογγυλές πρωτεΐνες (α-συνουκλείνη) που ονομάζονται Lewy σώματα και βρίσκονται στα νευρικά κύτταρα των επηρεασμένων τμημάτων του εγκεφάλου (με συμπτώματα όπως γενική φλοιική ατροφία, αποχρωματισμός της μέλαινας ουσίας, σώματα lewy σε νευρικούς και φλοιώδεις νευρώνες και στο εγκεφαλικό στέλεχος και συχνή καταβολή αμυλοειδών) (Hanson, & Lippa, 2009).

2.4.2. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Αυτές οι "ανώμαλες πρωτεϊνικές δομές" που αναφέρονται παραπάνω, περιγράφηκαν για πρώτη φορά το 1912 από τον Frederich Heinrich Lewy, σύγχρονο του Alois Alzheimer, ο οποίος αναγνώρισε για πρώτη φορά αυτή την μορφή άνοιας που φέρει το όνομά του.

Η Άνοια με Σωματίδια Lewy έχει λάβει σημαντικό ενδιαφέρον την τελευταία δεκαετία, παρ'όλα αυτά εξακολουθεί να υπάρχει ένα ορισμένο επίπεδο σύγχυσης σχετικά με τα κλινικά και νευροπαθολογικά χαρακτηριστικά που σχετίζονται με αυτή τη διαταραχή. Σύμφωνα, όμως, με πολλούς ερευνητές, το DLB αντιπροσωπεύει μια ξεχωριστή δυσάρεστη ασθένεια με συγκεκριμένα κλινικά χαρακτηριστικά. Η νευροπαθολογική σφραγίδα αυτής της διαταραχής είναι το σώμα Lewy, μια σφαιρική ενδοπεριτοναϊκή κυτταροπλασματική ένταξη που περιεγράφηκε αρχικά στους πυρήνες του στελέχους στη

νόσο του Πάρκινσον. Στο DLB, τα σώματα Lewy βρίσκονται σε υποκορεστικούς πυρήνες, όπως στη μέλαινα ουσία, καθώς και διαχυτικά στο νεοφλοιό (Brown, 1999).

2.4.3. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Το DLB είναι το τέταρτο σε συχνότητα εμφάνισης (Σακκά κ συν., 2015) σε σειρά η πιο συχνή μορφή άνοιας μετά την νόσο Αλτσχάιμερ (περίπου το 20% των ανθρώπων που πάσχουν από άνοια (Taylor, 2018). Παρ'όλα αυτά, φαίνεται ότι η έγκυρη διάγνωση της καθυστερεί, πράγμα το οποίο περιορίζει την δυνατότητα της παροχής της μέγιστης δυνατής φροντίδας από τον θεραπευτή και της καλύτερης ποιότητας ζωής του θεραπευόμενου και του φροντιστή του (Zweig, & Galvin, 2014). Το DLB συνήθως εμφανίζεται σε ενήλικες μεταξύ 50-85 ετών και προσβάλλει ελαφρώς περισσότερο τους άντρες από τις γυναίκες (Taylor, 2018).

2.4.4. ΑΙΤΟΛΟΓΙΑ - ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Η αιτία του DLB είναι άγνωστη και δεν εντοπίζονται ειδικοί παράγοντες κινδύνου. Έχουν εμφανιστεί περιπτώσεις μεταξύ των οικογενειών, αλλά δεν φαίνεται να υπάρχει έντονη τάση να κληρονομείται η ασθένεια. Η γενετική έρευνα μπορεί να αποκαλύψει περισσότερες πληροφορίες σχετικά με αιτίες και κινδύνους στο μέλλον (Taylor, 2018).

2.4.5. ΔΙΑΓΝΩΣΗ – ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Λόγω της ομοιότητας του DLB με άλλα είδη άνοιας, όπως η Νόσος Alzheimer και η Νόσος Πάρκινσον, αλλά και άλλες διαταραχές, είναι δύσκολο να επιτευχθεί ακριβής διάγνωση σε σύντομο χρονικό διάστημα. Ακόμη, η μη ύπαρξη κάποιου συγκεκριμένου εργαστηριακού τεστ ή εξέτασης για να βοηθήσουν στην διάγνωση, μας οδηγεί στην χρήση διαφόρων ιατρικών, νευρολογικών και νευροψυχολογικών τεστ έτσι ώστε να γίνει μία εύστοχη διάγνωση και να αποκλειστούν άλλες ασθένειες. Σίγουρη διάγνωση μπορεί να γίνει μετά θάνατον, με την αυτοψία (Taylor, 2018).

Κριτήρια για την πιθανή ή ενδεχόμενη διάγνωση του DLB, είναι τα ακόλουθα:

A) Πιθανό DLB μπορεί να διαγνωστεί εάν:

1. υπάρχουν δύο ή περισσότερα βασικά κλινικά χαρακτηριστικά του DLB, με ή χωρίς την παρουσία ενδεικτικών βιοδεικτών, ή
2. υπάρχει μόνο ένα βασικό κλινικό χαρακτηριστικό, αλλά με έναν ή περισσότερους ενδεικτικούς βιοδείκτες.

Το πιθανό DLB δεν πρέπει να διαγνωστεί με βάση μόνο τους βιοδείκτες.

B) Ενδεχόμενο DLB μπορεί να διαγνωστεί εάν:

1. μόνο ένα βασικό κλινικό χαρακτηριστικό του DLB είναι παρόν, χωρίς ενδεικτικά στοιχεία βιοδεικτών, ή
2. υπάρχει ένας ή περισσότεροι ενδεικτικοί βιοδείκτες αλλά δεν υπάρχουν βασικά κλινικά χαρακτηριστικά.

Γ) Το DLB είναι λιγότερο πιθανό, όταν έχουμε:

1. παρουσία οποιασδήποτε άλλης φυσικής ασθένειας ή εγκεφαλικής διαταραχής περιλαμβανομένης της εγκεφαλοαγγειακής νόσου, επαρκή για να συμπεριληφθεί εν μέρει ή συνολικά στην κλινική εικόνα, αν και αυτά δεν αποκλείουν μια διάγνωση DLB και μπορεί να χρησιμεύσουν για να δείξουν μικτές ή πολλαπλές παθολογίες που συμβάλλουν στην κλινική παρουσίαση, ή
2. παρκινσονικά χαρακτηριστικά ως το μόνο βασικό κλινικό χαρακτηριστικό και εμφανίζονται για πρώτη φορά σε ένα στάδιο έντονης άνοιας (McKeith, Boeve, Dickson, Halliday, Taylor, Weintraub, & Bayston, 2017).

2.5. ΦΛΟΙΟΒΑΣΙΚΗ ΕΚΦΥΛΙΣΗ (ΦΒΕ)

2.5.1. ΟΡΙΣΜΟΣ

Όπως καταλαβαίνουμε και από την ονομασία της, η Φλοιοβασική Εκφύλιση είναι η απώλεια εγκεφαλικών κυττάρων τα οποία βρίσκονται στον εγκεφαλικό φλοιό και τα βασικά γάγγλια. Ο φλοιός είναι το εξωτερικό στρώμα του εγκεφάλου, είναι η μέλανα ουσία όπου εκεί λαμβάνουν χώρα η σκέψη, ο λόγος και η αισθητηριακή αντίληψη.

Μέλανα ουσία, ακόμη, είναι και τα βασικά γάγγλια τα οποία είναι βαθιά μέσα στον εγκέφαλο και έχουν σχέση με τον συντονισμό των κινήσεων (Golbe, 2017).

Η Φλοιοβασική Εκφύλιση (ΦΒΕ ή CBD, ονομάζεται και Φλοιοβασική Γαγγλιακή Εκφύλιση – Corticobasal Ganglionic Degeneration) είναι μία σπάνια νευρολογική νόσος η οποία εκδηλώνεται συνήθως μετά τα 50 έτη (συνήθως μεταξύ τα 60-80 έτη) (Golbe, 2017). Η κλινική εικόνα της νόσου είναι ετερογενής σε γενικές γραμμές, άλλες φορές μοιάζει με αυτή της νόσου Πάρκινσον (κατατάσσεται στα σύνδρομα Parkinson-Plus), είτε σε αυτή της Μετωποκροταφικής άνοιας ή της νόσου Alzheimer (Μούστρης, 2017).

2.5.2. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Αρχικά, περιγράφηκε το 1968 από τους Drs.Rebiez, Kolodny και Richardson, με παλαιότερες περιγραφές και αναφορές από τον Charcot, το 1888. Η ΦΒΕ είναι από τους σπανιότερους τύπους άνοιας μαζί με την PSP και την Νόσο του Huntington σύμφωνα με την Rarer types of dementia - Alzheimer 's Society, είναι δηλαδή από τους τύπους που δεν συναντάμε τόσο συχνά τόσο σε πρακτικό/κλινικό επίπεδο, όσο και σε βιβλιογραφικό.

2.5.3. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Ο επιπολασμός της νόσου είναι ακόμη άγνωστος με ακρίβεια, αλλά υπολογίζεται στα 1/100.000. Ακόμη, φαίνεται πως είναι σε μικρό βαθμό πιο συχνή στις γυναίκες από ότι στους άντρες και ότι το προσδόκιμο ζωής είναι στα 7 με 10 χρόνια μετά την αρχική εμφάνιση των συμπτωμάτων (Golbe, 2017· Mahapatra, Edwards, Schott, & Bhatia, 2004).

Ο μέσος όρος της χρονικής διάρκειας μεταξύ έναρξης της συμπτωματολογίας και θανάτου είναι περίπου 8 έτη, όπως αναφέραμε και παραπάνω. Πρώιμος παρκινσονισμός και μετωπιαία δυσλειτουργία θεωρούνται κακοί προγνωστικοί παράγοντες (Τσολάκη, & Κάζης, 2005).

2.5.4. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ - ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Η ΦΒΕ σχεδόν ποτέ δεν επηρεάζεται από τον κληρονομικό παράγοντα. Παθολογικά ταξινομείται ως ταοπάθεια (η συσσώρευση της πρωτεΐνης tau στον εγκέφαλο). Ωστόσο, μία μορφή του χρωμοσώματος 17 το οποίο κωδικοποιεί την πρωτεΐνη tau φαίνεται να παρουσιάζεται πιο συχνά στους ασθενείς με ΦΒΕ από ότι στον υπόλοιπο πληθυσμό. Αυτό, όμως, δεν έχει ανακαλυφθεί ακόμη με ποιον τρόπο επηρεάζει και αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης ΦΒΕ, παρ'όλα αυτά οι έρευνες συνεχίζονται (Golbe, 2017). Η ΦΒΕ με βάση τις ως τώρα ενδείξεις, φαίνεται να είναι σποραδική νόσος (Τσολάκη, & Κάζης, 2005).

2.5.5. ΔΙΑΓΝΩΣΗ - ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η δυσκολία διάγνωσης της ΦΒΕ πολλές φορές οφείλεται σε κάποια κριτήρια. Όπως, είναι η σπανιότητα της νόσου, η ετερογένεια των συμπτωμάτων και η έλλειψη ειδικών εργαστηριακών εξετάσεων που να μπορούν να υποστηρίξουν την διάγνωση της νόσου με μεγάλο βαθμό βεβαιότητας. Σε τέτοιες περιπτώσεις, το πιο σημαντικό βήμα για την επίτευξη ορθής διάγνωσης είναι η λήψη αναλυτικού ιστορικού και η ενδελεχής νευρολογική εξέταση (Μούστρης, 2017).

Η διάγνωση ορίζεται ως αρκετά δύσκολη, διότι τα κλινικά χαρακτηριστικά συχνά αλληλοκαλύπτονται με αυτά της νόσου του Πάρκινσον (PD), της προϊούσας υπερπυρηνικής παράλυσης (PSP), του Αλτσχάιμερ (AD), της πρωτοπαθούς προοδευτικής αφασίας (PPA) και της μετωποκροταφικής άνοιας (FTD) (Golbe, 2017).

2.6. ΠΡΟΪΟΥΣΑ ΥΠΕΡΠΥΡΗΝΙΚΗ ΠΑΡΑΛΥΣΗ (ΠΥΠ)

2.6.1. ΟΡΙΣΜΟΣ

Η προϊούσα υπερπυρηνική παράλυση (ΠΥΠ) ή progressive supranuclear palsy (PSP) είναι μία σπάνια νευροεκφυλιστική νόσος που χαρακτηρίζεται από υπερπυρηνική παράλυση του βλέμματος, ορθοστατική αστάθεια, προοδευτική δυσκαμψία, ήπια άνοια και θεωρείται πως μπορεί να είναι αιτία για την πρόκληση άτυπου παρκινσονισμού.

Έχουν περιγραφεί πέντε κλινικές παραλλαγές με κλινικοπαθολογικούς συσχετισμούς της προϊούσας υπερπυρηνικής παράλυσης: η κλασσική PSP (σύνδρομο Richardson) και 4

άτυπες παραλλαγές, η PSP με παρκινσονισμό (PSP-P), η PSP με καθαρή ακινησία και «πάγωμα» της βάδισης (PSP-PAGF), η PSP με φλοιοβασικό σύνδρομο (PSP-CBS) και η PSP με προϊούσα μη-ρέουσα αφασία (PSP-PNFA) (Ling, 2016· Golbe, 2016).

2.6.2. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Η PSP εκδηλώνεται συνήθως κατά την έκτη και έβδομη δεκαετία της ζωής, δεν αποκλείεται όμως να εμφανιστεί και σε μικρότερη ηλικία και φαίνεται να είναι σε μικρό ποσοστό πιο συχνή στους άνδρες. Ο επιπολασμός της νόσου είναι 1/16.000 άτομα.

Η πρόγνωση για την PSP δείχνει να οδηγείται προοδευτικά σε δυσκολότερες καταστάσεις. Οι περισσότεροι από τους ασθενείς εξαρτώνται σε άλλους για την φροντίδα τους, μέσα στα 3-4 πρώτα χρόνια από την έναρξη της νόσου και η ποιότητα ζωής τους μειώνεται σημαντικά. Ωστόσο, με πολύ προσοχή στο θεραπευτικό κομμάτι και με την κατάλληλη ιατρική και φαρμακευτική φροντίδα, ο ασθενής γίνεται να ανεβάσει το προσδόκιμο ζωής του στα 10 και παραπάνω χρόνια από την έναρξη της νόσου (NORD, 2017). Η πνευμονία λόγω εισρόφησης είναι από τις πιο συχνές αιτίες θανάτου στους ασθενείς με PSP (Golbe, 2016).

2.6.3. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Αρχικά, η PSP, η οποία λέγεται και σύνδρομο Steele – Richardson - Olszewski περιεγράφηκε το 1964 σε ένα ερευνητικό συνέδριο νευρολογίας όπου και πήρε το όνομά της από τους 3 γιατρούς που την περιέγραψαν πρώτοι το 1963. Η νόσος υπήρχε και παλαιότερα και φαίνεται να είχαν περιγραφεί κάποια περιστατικά, όμως λόγω της ομοιότητας της νόσου με την νόσο Πάρκινσον δεν έγινε κάποια περαιτέρω έρευνα (NORD, 2017).

2.6.4. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ - ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Η PSP οφείλεται στην πρωτεΐνη tau (tauopathy 4R) που χαρακτηρίζεται από την επικράτηση των tau ισόμορφων που περιέχουν 4 επαναλαμβανόμενες περιοχές και ένα χαρακτηριστικό βιοχημικό προφίλ. Ακόμη, η PSP χαρακτηρίζεται από ελλείμματα σε αρκετά συστήματα νευροδιαβιβαστών (ντοπαμινεργικό, χολινεργικό, γκαμπανεργικό) και οι παράγοντες που ευθύνονται για την tau εκφύλιση δεν είναι γνωστοί (Ling, 2016).

Η PSP είναι μία σποραδική νόσος και δεν υποστηρίζεται από τον κληρονομικό παράγοντα σε μεγάλο ποσοστό των περιπτώσεων. Σε περίπτωση που ο κληρονομικός παράγοντας είναι σε ισχύ αυτό μπορεί να οφείλεται σε μετάλλαξη του γονιδίου MAPT, το οποίο μπορεί να θεωρηθεί υπεύθυνο και για άλλες κληρονομικές ταοπάθειες.

Η νόσος αυτή προδιαθέτει και κάνει ευάλωτους τους πάσχοντες σε σοβαρές περιπλοκές, όπως η πνευμονία (η πιο κοινή αιτία θανάτου), η δυσφαγία (δεύτερη σε σειρά) και άλλες αιτίες μπορεί να είναι ο πνιγμός, το εγκεφαλικό τραύμα και τα χτυπήματα λόγω πτώσης (NORD, 2017).

2.6.5. ΔΙΑΓΝΩΣΗ - ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διάγνωση βασίζεται στην κλινική εικόνα και την νευροψυχολογική εκτίμηση. Η διαφορική διάγνωση περιλαμβάνει τη νόσο του Πάρκινσον και άλλες άτυπες παρκινσονικές διαταραχές (APD), όπως πολυσυστηματική ατροφία και φλοιοβασική εκφύλιση (Ling, 2016).

Έτσι, η διάγνωση της PSP μπορεί να είναι αρκετά δύσκολη, λόγω του ότι, τα συμπτώματα της έχουν κοινά σημεία και με άλλες, πιο συνήθεις κινητικές διαταραχές και επίσης, τα περισσότερα από τα συμπτώματα της εμφανίζονται πολύ αργά ή και καθόλου κατά την διάρκεια που νοσεί το άτομο.

Σε περιπτώσεις, όμως, όπου η PSP οφείλεται στον κληρονομικό παράγοντα η διάγνωση μπορεί να επιτευχθεί με τον εντοπισμό του γονιδίου MAPT στις διαγνωστικές εξετάσεις.

Δεν υπάρχει ακόμη, κάποια εργαστηριακή ή απεικονιστική εξέταση η οποία να είναι διαγνωστική για την PSP. Ο εντοπισμός νευροϊνιδιακών πλεγμάτων (συσσωματώματα tau) στην χαρακτηριστική τους διανομή βοηθούν στην διάγνωση (NORD, 2017).

2.7. ΜΕΤΩΠΟΚΡΟΤΑΦΙΚΗ ΑΝΟΙΑ

2.7.1. ΟΡΙΣΜΟΣ

Ο όρος μετωποκροταφική άνοια (ΜΚΑ) είναι μια σχετικά πρόσφατη ονομασία και χρησιμοποιείται σήμερα για τους ασθενείς εκείνους που παρουσιάζουν εστιακή φλοιική ατροφία στο μετωπιαίο ή/και στον κροταφικό λοβό. Πρόκειται για ένα κλινικό σύνδρομο

που περιγράφηκε για πρώτη φορά από τον Pick και χαρακτηρίζεται από εκλεκτική εκφύλιση του μετωπιαίου και του πρόσθιου κροταφικού λοβού. Αντιπροσωπεύει μια ετερογενή ομάδα κλινικών διαταραχών με ποικίλες νοητικές, συμπεριφορικές και ψυχιατρικές παθολογικές εκδηλώσεις (Τσολάκη, & Κάζης, 2005). Πέντε κύρια κλινικά σύνδρομα σχετίζονται με τη νευροπαθολογία της ΜΚΑ: η συμπεριφορική (μετωπιαία) μορφή της ΜΚΑ, η σημασιολογική άνοια (η κροταφική μορφή της ΜΚΑ), η προοδευτική μη ρέουσα αφασία που είναι διαταραχή κυρίως της εκφραστικής γλώσσας, η ΜΚΑ με τη νόσο του κινητικού νευρώνα και η φλοιοβασική εκφύλιση (Hodges, 2003). Νευροπαθολογικά, επίσης, η ΜΚΑ θεωρείται μια ετερογενής διαταραχή, καθώς έχουν περιγραφεί περιπτώσεις με διαφορετικά νευροπαθολογικά πρότυπα (π.χ. τ-θετικές αλλοιώσεις, με ή χωρίς κλασικά σωματίδια Pick, αλλά και περιπτώσεις με θετικά έγκλειστα συμπικιτίνης) (Τσολάκη, & Κάζης, 2005).

2.7.2. ΤΥΠΟΙ ΜΚΑ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Με βάση την κλινική εικόνα της ΜΚΑ, διακρίνουμε: τον τύπο με την άρση των αναστολών, τον τύπο με την απάθεια και τον τύπο με τις στερεοτυπίες. Το σύνδρομο της πρωταρχικής προοδευτικής αφασίας θεωρείται μια υποκατηγορία της μετωποκροταφικής άνοιας, όπως και η σημασιολογική άνοια, ενώ οι πρόοδοι στη μοριακή βιολογία επέτρεψαν την εντοπισμό μορφών που συνδέονται με χρωμοσωμικές ανωμαλίες

Στον **τύπο με την άρση αναστολών**, η συμπεριφορική διαταραχή εκδηλώνεται με υπομανία (είναι μία κατάσταση ψυχικής νόσου κατά την οποία το άτομο βιώνει ένα εσωτερικό αίσθημα χαράς, ευδαιμονίας και ευφορίας και η συμπεριφορά του χαρακτηρίζεται από υπερδραστηριότητα, πολυπραγμοσύνη, διάσπαση της προσοχής), συναισθηματική αστάθεια, άρση των αναστολών, το φαινόμενο της χρηστικής συμπεριφοράς, καθώς και κοινωνικά ακατάλληλη συμπεριφορά. Σύμφωνα με ερευνητικά δεδομένα, η κλινική εικόνα της άρσης αναστολών είναι αποτέλεσμα βλάβης στο κύκλωμα που ξεκινάει από το μετωποκογχικό φλοιό, που βρίσκεται στη βάση του μετωπιαίου λοβού, και καταλήγει στο θάλαμο (Hodges, 2001).

Από την άλλη, **στον τύπο με την απάθεια** κυριαρχεί η διαταραχή της βούλησης και ο ασθενής παρουσιάζεται απαθής, με ομιλία φτωχή και αργή, ενώ συχνά εμφανίζει και καταθλιπτικά συμπτώματα (Hodges et al., 2003). Η απάθεια, που χαρακτηρίζει αυτό τον τύπο ΜΚΑ, ορίζεται ως μια πλήρης αδιαφορία για το περιβάλλον, κατά την οποία είναι

απούσα στους ασθενείς οποιαδήποτε γνωστική, συναισθηματική και συμπεριφορική απόκριση. Η κλινική εικόνα της απάθειας έχει βρεθεί πως είναι αποτέλεσμα βλάβης σ' ένα από τα μετωπιαία-υποφλοιικά κυκλώματα και συγκεκριμένα σε αυτό που ξεκινάει από τον έσω μετωπιαίο φλοιό και καταλήγει στο θάλαμο. Να αναφερθεί, πως το κύκλωμα αυτό εμπλέκεται στην αναστολή της παρεμπόδισης και επιτρέπει τη γνωστική αναστολή των αυτόματων αντιδράσεων και την έναρξη μιας λειτουργίας ως απόκριση σε κάποιο ερέθισμα.

Στον **τύπο με τις στερεοτυπίες**, η κατάσταση του ασθενούς θυμίζει ψυχαναγκαστική διαταραχή. Στην πρωτοπαθή προϊούσα αφασία υπάρχει χαρακτηριστική μείωση της ευφράδειας του λόγου, που έχει ως κατάληξη την πλήρη αδυναμία της ομιλίας. Η γραφή και η ανάγνωση διαταράσσονται, ενώ η κατανόηση του λόγου είναι καλή. Η μνήμη και η οπτικοχωρική ικανότητα διατηρούνται σε ικανοποιητικό βαθμό. Τέλος, στη σημασιολογική άνοια υπάρχει αδυναμία κατανόησης της έννοιας των λέξεων, ενώ ο λόγος είναι ευφραδής (Hodges et al., 2003 & Χατζηδημητρίου, 2017).

2.7.3. Η ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΗΣ ΜΕΤΩΠΟΚΡΟΤΑΦΙΚΗΣ ΑΝΟΙΑΣ

Αναφορικά με τα ιστορικά στοιχεία της συγκεκριμένης διαταραχής, αξίζει να σημειωθεί ότι για πρώτη φορά από τον Pick, το 1892, γίνεται αναφορά σε άνοια, στην οποία προσβάλλονται αρχικά οι μετωπιαίοι και οι κροταφικοί λοβοί (Τσολάκη, & Κάζης, 2005). Περιγράφονται στην αρχή ένας και στη συνέχεια άλλοι έξι ασθενείς, με κύριο χαρακτηριστικό τη διαταραχή του λόγου και την ατροφία των κροταφικών λοβών στην αυτοψία. Το 1926 έγινε άλλη μια αναφορά, για την οποία χρησιμοποιήθηκε η ονομασία «νόσος του Pick» για όλες τις περιπτώσεις με εστιακή ατροφία, ενώ η αναγκαιότητα της ύπαρξης των σωματίων Pick και των κυττάρων Pick δεν ήταν ξεκάθαρη.

2.7.4. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Στην πλειοψηφία (40-75%) των περιπτώσεων η ΜΚΑ είναι σποραδική, που σημαίνει ότι είναι μια διαταραχή που εκδηλώνεται σε κάποιον από άγνωστη (τυχαία) αιτιολογία παρά από κληρονομικούς παράγοντες.

Η αιτιολογία της μετωποκροταφικής άνοιας ή νόσο του Pick κατά κύριο λόγο είναι άγνωστη και η κατάσταση της παρουσιάζεται ως μια εκφυλιστική διαδικασία που

επηρεάζει το κυτταρικό σώμα των νευρώνων των μετωπιαίων και κροταφικών λοβών (Καμπανάρου, 2008). Επίσης, σύμφωνα με τους McKhann et al. (2001), αν και η μετωποκροταφική άνοια παρουσιάζει μεγάλη ετερογένεια από αιτιολογική άποψη, φαίνεται ότι γενετικοί παράγοντες παίζουν σημαντικό ρόλο στο 50% των περιπτώσεων.

2.7.5. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Η μετωποκροταφική άνοια ανήκει στις πιο σπάνιες ανοϊκές ασθένειες (1% έως 9% του συνολικού αριθμού των ανοιών). Η άνοια αυτή απαντάται πολύ συχνότερα στις γυναίκες από ότι στους άνδρες σε ηλικία των 60 ετών συνήθως. Με βάση επιδημιολογικές μελέτες η εμφάνισή της υπολογίζεται στο γενικό πληθυσμό στις ηλικίες από 45 ως 65, σε 7 με 15 περιστατικά ανά 100.000 άτομα (Schindelmeiser, 2013).

Σύμφωνα με μετά-ανάλυση 73 μελετών με ασθενείς άνω των 65 ετών, η μετωποκροταφική άνοια, είναι ο τρίτος πιο συχνός υποτύπος άνοιας με τον επιπολασμό της να κυμαίνεται από 3-26% (Bang, Spina, & Miller, 2015).

Ακόμη, αξίζει να σημειωθεί ότι οι περισσότερες επιδημιολογικές μελέτες έχουν εστιάσει στον επιπολασμό της ΜΚΑ όχι στο γενικό πληθυσμό, αλλά σε εισαγωγές ασθενών με άνοια σε κλινικές, δηλαδή σε κλινικό δείγμα (Ikeda, Ishikawa, & Tanabe, 2004). Η επίπτωση της νόσου ανέρχεται στο 1-2% των ανοιών και η αναλογία σε σχέση με την άνοια τύπου Alzheimer είναι 1/3. Παρουσιάζεται συχνότερα μεταξύ των νέων σε ηλικία ασθενών και το 17.8%. Η μέση ηλικία έναρξης της νόσου είναι τα 51±11 χρόνια. (Τσολάκη, & Καζής, 2005).

2.7.6. ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διάγνωση της μετωποκροταφικής άνοιας γίνεται με βάση τον εντοπισμό των χαρακτηριστικών συμπτωμάτων και του αποκλεισμού άλλων παθήσεων με παρόμοια συμπτώματα (διαφοροδιάγνωση). Στη διάγνωση παίζουν σημαντικό ρόλο και οι μέθοδοι νευροαπεικόνισης (αξονική, μαγνητική θεραπεία κ.α.) και η πυρηνική ιατρική με την χρήση της τομογραφίας εκπομπής ποζιτρονίων (Schindelmeiser, 2013).

Παρόλα αυτά, αξίζει να σημειωθεί πως η διαταραχή αυτή συχνά δε διαγιγνώσκεται ή διαγιγνώσκεται λάθος κι αυτό, γιατί οι ασθενείς με μετωποκροταφική άνοια πολλές

φορές τείνουν να έχουν σχετικά καλές επιδόσεις στις διάφορες νευροψυχολογικές δοκιμασίες που τους χορηγούνται, παρά τις δυσκολίες που ενδεχομένως να αντιμετωπίζουν στα πλαίσια της καθημερινής τους ζωής ή τις αλλαγές της προσωπικότητας που μπορεί να εκδηλώνουν και οι οποίες συχνά γίνονται αντιληπτές από το οικείο περιβάλλον τους. Αυτό συμβαίνει, γιατί η διαδικασία της νευροψυχολογικής αξιολόγησης παρέχει στα άτομα αυτά ένα αρκετά δομημένο πλαίσιο με σαφείς και επακριβώς ορισμένες οδηγίες από τους εξεταστές. Έτσι, πολλές φορές οι πραγματικές τους δυσκολίες και η έ+κπτωση της λειτουργικότητάς τους σε σχέση με το προνοσηρό τους επίπεδο δε γίνονται εύκολα αντιληπτές, με αποτέλεσμα οι ασθενείς αυτοί να μην παίρνουν τη σωστή διάγνωση και, άρα, συχνά να μην τυγχάνουν και του κατάλληλου θεραπευτικού χειρισμού (Bang, Spina, & Miller, 2015).

Να αναφερθεί στο σημείο αυτό, ότι τα επικρατέστερα **διαγνωστικά κριτήρια** της ΜΚΑ είναι αυτά των ομάδων των πανεπιστημίων Lund και Manchester (Lund and Manchester Groups, 1994), με περαιτέρω διευκρίνιση των κριτηρίων από τους Neary και συν. (1998). Αυτά τα κριτήρια περιλαμβάνουν αλλαγές σε διάφορους τομείς της καθημερινής λειτουργίας, όπως είναι η ενημερότητα για την κοινωνικά αποδεκτή συμπεριφορά και αλληλεπίδραση, η προσωπική υγιεινή και περιποίηση, η έλλειψη αναστολών, η μειωμένη νοητική ευελιξία και ενόραση, οι εμμονές, η τάση να βάζουν διάφορα αντικείμενα στο στόμα τους, η χρηστική συμπεριφορά (δηλαδή η τάση να χρησιμοποιούν οποιοδήποτε αντικείμενο αντικρίσουν, ακόμα κι αν δεν το χρειάζονται) και η τάση προς περισπασμό (Lund and Manchester Groups, 1994). Η πρόωπη διάγνωση σε κάθε περίπτωση έχει μεγάλη σημασία τόσο για την κατάλληλη θεραπευτική παρέμβαση, όσο και για την έγκαιρη ενημέρωση των συγγενών και των περιθαλπόντων (Dickson, 2001).

2.7.7. ΔΙΑΦΟΡΟΔΙΑΓΝΩΣΗ

Γενικότερα, η διαφορική διάγνωση της ΜΚΑ, ειδικά στα αρχικά στάδια, είναι δύσκολη, τόσο από άλλα οργανικά εγκεφαλικά σύνδρομα με μετωπιαία χαρακτηριστικά, όσο και από λειτουργικές διαταραχές με παρόμοιες αλλαγές στην προσωπικότητα, τη διάθεση και τη συμπεριφορά (Rosen et al., 2002). Για παράδειγμα, όσον αφορά τις κλινικές διαφορές μεταξύ ΝΑ και ΜΚΑ, έχει παρατηρηθεί πως στα αρχικά στάδια της ΜΚΑ οι ασθενείς έχουν κυρίως μεταβολές στην προσωπικότητα και το συναίσθημα, ενώ απραξικές και μνημονικές διαταραχές, όπως και διαταραχές προσανατολισμού, αναπτύσσονται σε

μεταγενέστερα στάδια, ως αποτέλεσμα της σχετικής διάσωσης των κροταφο-βρεγματο-ινιακών φλοιικών περιοχών. Αντίθετα, τα αρχικά στάδια της νόσου Alzheimer χαρακτηρίζονται από μνημονικές διαταραχές, απραξία, αγνωσία και διαταραχές προσανατολισμού στο χώρο (Rosen et al., 2002). Με άλλα λόγια δηλαδή, η ΜΚΑ άνοια χαρακτηρίζεται κυρίως από συμπεριφορικές διαταραχές, ενώ η άνοια τύπου Alzheimer χαρακτηρίζεται κυρίως από νευροψυχολογικά ελλείμματα. Επιπρόσθετα, το φυσιολογικό ηλεκτροεγκεφαλογράφημα και η κυρίαρχη παθολογία του μετωποκροταφικού λοβού στις απεικονιστικές μεθόδους συμβάλλουν στη διαφορική διάγνωση από την άνοια τύπου Alzheimer, όπου το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα είναι σχεδόν πάντα παθολογικό και η απεικόνιση δείχνει οπίσθιο-κεντρική εντόπιση (Rosen et al., 2002).

Ένα άλλο σημείο που πρέπει να σχολιασθεί αναφέρεται παρακάτω. Οι ασθενείς με ΜΚΑ δεν έχουν γνωστική έκπτωση, ενώ από την άλλη οι κοινωνικές τους αλληλεπιδράσεις είναι σημαντικά διαταραγμένες, είναι πολύ πιθανό να αποκτήσουν μια διάγνωση ψυχιατρικής διαταραχής (όπως σχιζοφρένεια, κατάθλιψη ή ψυχαναγκαστική-καταναγκαστική διαταραχή), ενώ η πιθανότητα μιας υποκείμενης νευροεκφυλιστικής διαταραχής του ΚΝΣ αναγνωρίζεται πολύ αργότερα, όταν πλέον εμφανίζονται και συνοδά συμπτώματα, όπως γλωσσική εξασθένηση ή νευρολογικά σημεία.

2.8. ΑΓΓΕΙΑΚΗ ΑΝΟΙΑ

2.8.1. ΟΡΙΣΜΟΣ

Αγγειακή άνοια είναι η άνοια που οφείλεται σε εγκεφαλική βλάβη αγγειακής αιτιολογίας (ισχαιμική ή αιμορραγική), όπως επίσης και σε ισχαιμικές-υποξικές αλλοιώσεις λόγω μείωσης της εγκεφαλικής ροής, καρδιαγγειακής ή κυκλοφορικής αιτίας (Τσολάκη, & Κάζης, 2005). Η αγγειακή άνοια (ΑΑ) αποτελεί ένα ετερογενές σύνδρομο, παρά μία διακριτή νοσολογική οντότητα, στην οποία η υποκείμενη αγγειοεγκεφαλική νόσος οδηγεί σε γνωσιακή δυσλειτουργία και τελικά σε άνοια (Λιόντος, & Λιάμης, 2014). Η αγγειακή άνοια μπορεί επίσης να αναφερθεί με τον όρο υποφλοιώδης αρτηριοσκληρωτική εγκεφαλοπάθεια (υποφλοιώδης αγγειακή άνοια, πολυεμφρακτική άνοια ή νόσος Binswanger (άνοια Binswanger). Ο πιο διαδεδομένος όρος στα σύγχρονα επιστημονικά δεδομένα είναι ο όρος υποφλοιώδης αρτηριοσκληρωτική εγκεφαλοπάθεια (Schindelmeyer, 2013).

2.8.2. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Η ΑΑ περιγράφηκε για πρώτη φορά στα τέλη του 19ου αιώνα από τον Binswanger και τον Alzheimer και αποδόθηκε κυρίως στην αθηροσκλήρωση των μεγάλων αγγείων. Ενώ για σχεδόν 50 χρόνια η αγγειακή άνοια θεωρούνταν η κυρίαρχη μορφή άνοιας, στη συνέχεια επισκιάστηκε από τη νόσο Alzheimer προκαλεί την άνοια τύπου Alzheimer. Ωστόσο, με την εισαγωγή των σύγχρονων τεχνικών νευροαπεικόνισης (αξονική τομογραφία και μαγνητική τομογραφία) στο τελευταίο μέρος του εικοστού αιώνα, ο σημαντικός ρόλος της αγγειακής εγκεφαλικής νόσου αναδύεται εκ νέου (Λιόντος, & Λιάμης, 2014).

2.8.3. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Οι παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση ΑΑ διαχωρίζονται σε αναστρέψιμους και μη αναστρέψιμους. Στους μη αναστρέψιμους περιλαμβάνονται: η μεγάλη ηλικία (ο πιο ισχυρός υποκείμενος παράγοντας για εμφάνιση ΑΑ, με σημαντική αύξηση της επίπτωσής της μετά την ηλικία των 65 ετών), οι άντρες είναι πιο συχνό να νοσήσουν από αυτόν τον τύπο άνοιας, η γενετική προδιάθεση και το προηγούμενο ιστορικό αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων (ΑΕΕ), το 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 γνωστικά ελλείμματα. Μεταξύ των σημαντικότερων αναστρέψιμων παραγόντων κινδύνου συμπεριλαμβάνονται: η υπέρταση (Λιόντος, & Λιάμης, 2014), που θεωρείται ο πιο συχνός αιτιολογικός παράγοντας (Καμπανάρου, 2008), το κάπνισμα, η κατάχρηση αλκοόλ, η παχυσαρκία και ο καθιστικός τρόπος ζωής, η αντίσταση στην ινσουλίνη, ο σακχαρώδης διαβήτης, τα υπογλυκαιμικά επεισόδια. Ακόμη, η αγγειακή άνοια μπορεί να παρουσιαστεί από διάφορα καρδιακά προβλήματα, όπως, η στεφανιαία νόσος, η κολπική μαρμαρυγή, η ομοκυστεϊναιμία και η αρτηριοσκλήρυνση.

2.8.4. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Αν και δεν είναι δυνατή η εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων όσον αφορά τον επιπολασμό και την συχνότητα της αγγειακής άνοιας, υπάρχουν κάποιες μελέτες που μας παραθέτουν αξιολογήματα στοιχεία. Με βάση παθολογοανατομικά κριτήρια περίπου το 10% των ασθενών με άνοια είχαν σίγουρα αγγειακή άνοια, ενώ 29%-38% είχαν αγγειακές

βλάβες που σχετιζόταν, αλλά δεν ήταν η μοναδική αιτία άνοιας. Γενικά, η αγγειακή άνοια είναι η δεύτερη πιο συχνή άνοια μετά την άνοια τύπου Alzheimer και αφορά το 15%-20% των ανοιών και φαίνεται να είναι πιο συχνή στον ανδρικό πληθυσμό. Σύμφωνα με τους Groves et al, η τρέχουσα νοσολογία προτείνει ότι οι δύο πιο συχνοί τύποι άνοιας είναι η νόσος του Alzheimer και η αγγειακή άνοια με αντίστοιχες συχνότητες 70% και 15% ανάμεσα σε όλους τους τύπους άνοιας (Groves, 2000). Η συνολική επίπτωση της ΑΑ στην Ευρώπη υπολογίζεται στο 16/1000 άνω των 65 ετών και φθάνει σε 52/1000 σε ηλικίες άνω των 90 ετών (Τσολάκη, & Καζής, 2005).

2.8.5. ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η υποψία αγγειακής άνοιας τίθεται σε έναν ασθενή στον οποίο υπάρχουν αγγειακοί παράγοντες κινδύνου (υπέρταση, διαβήτης, εγκεφαλικό, στεφανιαία νόσος κ.ά.), ο οποίος εμφανίζει κατά περιοχές γνωστικά ελλείμματα, εκτελεστική δυσλειτουργία, διαταραχές συμπεριφοράς, εστιακά νευρολογικά συμπτώματα. Για τη διάγνωση της ΑΑ έχουν χρησιμοποιηθεί διάφορα διαγνωστικά κριτήρια, όπως το Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV), το Alzheimer's Disease Diagnostic and Treatment Centers (ADDTC), το National Institute for Neurological Disorders and Stroke-Association Internationale pour la Recherche et l'Enseignement en Neurosciences (NINDS-AIREN) και το International Classification of Diseases, tenth edition (ICD-10). Τα κριτήρια NINDS-AIREN θεωρούνται τα πιο αναλυτικά και ευρέως χρησιμοποιούμενα. 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 από 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 (Λιόντος, & Λιάμης, 2014).

2.8.5.1. Διαγνωστικά Κριτήρια Αγγειακής Άνοιας κατά NINDS-AIREN I.

- Άνοια με διαταραχή μνήμης και άλλων 2 ή περισσότερων γνωστικών 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 συγγυτική κατάσταση, αφασία, ψύχωση, άλλες νόσοι ΚΝΣ (όπως άνοια Alzheimer) που μπορούν από μόνες να είναι υπεύθυνες για τη συμπτωματολογία (Erkinjuntti, 1994).

Οι μέθοδοι για την διάγνωση της αγγειακής άνοιας είναι ίδιες με τις μεθόδους που χρησιμοποιούνται για την διάγνωση όλων των τύπων άνοιας. Όμως, λόγω της εμφάνισης συμπτωμάτων της νόσου Parkinson κατά την έναρξη της αγγειακής άνοιας, είναι αναγκαίο, μέσω της διαφοροδιάγνωσης, να γίνει η απαραίτητη αξιολόγηση και να αποκλειστεί η νόσος του Parkinson. Με την βοήθεια των σύγχρονων ιατρικών μέσων και των απεικονιστικών τεχνικών (αξονική τομογραφία CT, και κυρίως μαγνητική τομογραφία MRI) εμφανίζονται με σαφήνεια τα πολλαπλά μικρά έμφρακτα και οι αρτηριοσκληρωτικής σημασίας μεταβολές (εκφυλίσεις) στην περιοχή της λευκής ουσίας (Schindelmeiser, 2013).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 - ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΩΝ ΑΝΟΙΩΝ ΣΤΟ ΑΤΟΜΟ

3.1. ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ALZHEIMER ΣΤΟ ΑΤΟΜΟ

Οι επιπτώσεις της νόσου του Alzheimer χωρίζονται σε τρία κυρίως επίπεδα:

- Αποδιοργάνωση σε ψυχολογικό επίπεδο

Σύμφωνα με την έννοια του Piaget, η ικανότητα του ασθενή στις επιδόσεις του μεταβάλλεται ανάλογα με τον βαθμό της εγκεφαλικής διαταραχής. Η ικανότητα αυτή αξιολογείται σε διάφορες αντιληπτικές περιοχές (χώρος, αριθμός, στοιχειώδης λογική, τύχη κτλ.). Από κλινικής πλευράς, η περιοχή που έχει μελετηθεί περισσότερο είναι η περιοχή των φυσικών ποσοτήτων (ουσία, βάρος, όγκος) από τα οποία αξιολογείται ο βαθμός διατήρησης (Μεντενόπουλος, & Μπούρας, 2002).

- Αποδιοργάνωση σε νευροψυχολογικό επίπεδο:

Οι διαταραχές της μνήμης αποτελούν το βασικότερο κλινικό σημείο της νόσου Alzheimer. Στην ΝΑ σταδιακά επιδεινώνεται τόσο η βραχύχρονη όσο και η μακρόχρονη μνήμη. Η μακρόχρονη μνήμη επηρεάζεται από τα πρώτα στάδια εξέλιξης της νόσου κατά τον VanHoesen (1997), ενώ η σημασιολογική συνήθως στα τελευταία στάδια κατά τους Taylor, Moss H., Tyler K., Moss H., Tyler L., (2007). Θα πρέπει να έχουμε υπόψη ότι τα όρια μεταξύ του Alzheimer και του φυσιολογικού γήρατος τουλάχιστον στα αρχικά στάδια της νόσου δεν είναι ευδιάκριτα.

Οι διαταραχές των διαφόρων υποσυστημάτων της μνήμης, ακόμη και με εξειδικευμένες δοκιμασίες, όταν αυτές είναι στα αρχικά στάδια δεν διαφοροποιούνται ξεκάθαρα. Οι ικανότητες της επανάληψης και της άρθρωσης παραμένουν ανέπαφες. Το παρόν κατά την αρχή της νόσου δεν φαίνεται να έχει σημασία για τον ασθενή. Είναι δυνατόν να παρουσιαστεί κάποια δραστηριότητα ορισμένες στιγμές της ημέρας ή να υπάρξει ένα παροδικό ερέθισμα (συνήθως από το οικογενειακό περιβάλλον) τις υπόλοιπες και περισσότερες στιγμές του όμως βρίσκεται σε μια γαλήνια απομόνωση (Μεντενόπουλος, & Μπούρας, 2002).

Οι επιπτώσεις της νόσου στο άτομο είναι οι εξής: υπάρχει επιδείνωση των ικανοτήτων της κίνησης του στο χώρο ή να ακολουθεί μια καθορισμένη διαδρομή, παρατηρείται ότι ο ασθενής εκδηλώνεται ευκολότερα με απλές πράξεις παρά με τον λόγο. Η προσπάθεια για

να ελέγξει τον χώρο του είναι αδέξια και μερικές φορές ερμηνεύεται από το περιβάλλον του σαν προσπάθεια φυγής.

Υπάρχουν διαταραχές στην προσπάθεια ανεύρεσης των λέξεων αποτελεί την πλέον χαρακτηριστική διαταραχή του αυτόματου λόγου. Επιπρόσθετα, παρατηρούνται «επιφανειακές δυσλεξίες» δηλαδή διαταραχές της γραφής που χαρακτηρίζουν μια βλάβη της λεκτικής οδού. Αντιμετωπίζουν δυσκολίες στον σημασιολογικό τομέα όπως στην ονομασία, την ευφράδεια ή την αναγνώριση αντικειμένων. Ακόμη, τα άτομα με άνοια αντιμετωπίζουν διαταραχές του ύπνου κατά την διάρκεια της νύχτας κι υπνηλία κατά την διάρκεια της ημέρας. Οι περιπτώσεις αυτές εκφράζουν ενίοτε και μια δυσκολία του ασθενή να αποδεχθεί κάποιο περιορισμό (Μεντενόπουλος, & Μπούρας, 2002).

Παρατηρείται βλάβη της λεκτικό-νοητικής οδού της ανάγνωσης όπου διαβάζουν καλώς λέξεις χωρίς νόημα ή λέξεις στις οποίες έχει αλλάξει η σειρά των συλλαβών. Διαβάζουν κακώς λέξεις «μη κανονικές» με δύσκολη προφορά, εμφανίζονται οπτικές αφασίες που αφορούν κυρίως την αναγνώριση εικόνων αντικειμένων στην δοκιμασία Poppelreuter. Θα ήταν καλό να επισημανθεί πως η αναγνώριση των αντικειμένων αυτών καθ' εαυτών καθώς και η ταξινόμηση των χρωμάτων διατηρούνται για μεγάλο χρονικό διάστημα.

Παρατηρείται μείωση πρωτοβουλίας για την έναρξη σε μια συζήτηση σε νέα θέματα με συνέπεια να μειωθεί η ικανότητα παρακολούθησης μιας συζήτησης. Όσον αφορά την πραγματολογική πτυχή της γλώσσας μειώνεται η αίσθηση του χιούμορ και η διάκριση γεγονότος – συμπεράσματος. Το άτομο με άνοια στο τελικό στάδιο δεν επικοινωνεί καθόλου μπορεί όμως να παραμείνει από το πραγματολογικό στοιχείο της γλώσσας, η βλεμματική επαφή (Μεντενόπουλος, & Μπούρας, 2002).

- Αποδιοργάνωση σε νευρολογικό επίπεδο:

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

νευρολογική οργάνωση. Μερικές από τις στερεοτυπίες που συναντιούνται είναι ο συνδυασμός κινήσεως τριβής (Μεντενόπουλος, & Μπούρας, 2002).

Συγκεκριμένα, τρίψιμο του αντίχειρα με τον δείκτη, τρίψιμο των χειρών στα γόνατα ή στους μηρούς, πολύμορφες κινήσεις των κάτω άκρων που παρατηρούνται σε ασθενείς με διαταραχές βάδισης, μυόκλονους και κατάκλιση ενώ ιδιαίτερα εντυπωσιακές εμφανίζονται και οι οφθαλμικές διαταραχές. Αναφέρεται, επίσης, ότι η οφθαλμοκινητικότητα δυσχεραίνεται από τις κινήσεις της κεφαλής. Όλες αυτές οι κινητικές δραστηριότητες είναι ανάμικτες μεταξύ τους και δεν είναι δυνατό να διακριθεί μια εκλεκτική σειρά κατά την πραγματοποίησή τους (Μεντενόπουλος, & Μπούρας, 2002).

3.2. ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ ΝΟΣΟΥ PARKINSON ΣΤΟ ΑΤΟΜΟ

3.2.1 Γενικά

Οι επιπτώσεις της άνοιας νόσου Parkinson στο άτομο είναι μεταξύ άλλων η αμηχανία, οι αργές-μειωμένες σκέψεις και η δυσκολία συγκέντρωσης, συμπτώματα τα οποία δυσχεραίνουν την επικοινωνία. Κάποια άτομα αντιμετωπίζουν μεγαλύτερη δυσκολία στη λήψη αποφάσεων, τον προγραμματισμό δραστηριοτήτων και την επίλυση προβλημάτων. Αυτό επηρεάζει τις καθημερινές δραστηριότητες του ατόμου όπως είναι το ντύσιμο, το μαγείρεμα και η διατήρηση της προσωπικής υγιεινής. Συχνά, παρατηρείται και διαταραχή των εκτελεστικών λειτουργιών. Πιο συγκεκριμένα στην οργάνωση, στον σχεδιασμό και στις πολλαπλές δραστηριότητες, μπορεί να υπάρχουν επεισόδια σύγχυσης και διαταραχές συμπεριφοράς.

Παρουσιάζονται, ακόμη, διαταραχές στην όρεξη και στον ύπνο (υπνηλία κυρίως κατά τη διάρκεια της ημέρας), απώλεια ενέργειας και ταχείες κινήσεις. Επιπλέον, υπάρχει έλλειψη κινήτρου ή ενδιαφέροντος για καταστάσεις που απολάμβαναν στο παρελθόν, άγχος, κατάθλιψη και ευερεθιστότητα μπορεί να αποτελέσουν πρόβλημα. Μερικά άτομα μπορεί να εμφανίζουν δυσκολία στον έλεγχο του συναισθήματός τους, να βιώνουν ξαφνικές εκρήξεις θυμού ή αγωνίας, οπτικές ψευδαισθήσεις ή αυταπάτες. Τέλος, όσον αφορά τον λόγο τους είναι μπερδεμένος και εντοπίζεται σοβαρή δυσκολία στην ομιλία (Parkinson's UK, 2011).

Στον εγκέφαλο συμβαίνουν μεταβολές όπου προκαλούνται από την Νόσο του Parkinson σε μια περιοχή που έχει βασικό ρόλο στην κίνηση (δυσκολία στο βάδισμα). Καθώς οι μεταβολές του εγκεφάλου, εξελίσσονται αρχίζουν να επηρεάζουν τις ψυχικές και ανώτερες λειτουργίες όπου αυτές είναι η μνήμη, η προσοχή, η κριτική ικανότητα (Hauser, & Josephson, 2010).

3.2.2 Προσοχή

Η μελέτη των Beatty et al., το 2003, χρησιμοποίησε συγκεντρωτικό δείκτη προσοχής έδειξε μεγαλύτερη αποδυνάμωση της προσοχής στο PD-D από την AD. Σύμφωνα με τους Ballard et al., 2002, από κλινική άποψη, το 29% των ασθενών με PD-D παρουσίασε στοιχεία απόσβεσης της προσοχής σε σύγκριση με το 42% των ασθενών με DLB. Με βάση αυτές τις μελέτες, μπορεί να συναχθεί το συμπέρασμα ότι η προσοχή έχει εξασθενήσει στην PD-D και μπορεί να κυμανθεί, περισσότερο από ό, τι στην AD.

3.2.3 Μνήμη

Η απώλεια μνήμης αναφέρθηκε ότι αποτελεί το πρόβλημα που παρουσιάζει το 67% των ασθενών με PD-D, σε σύγκριση με το 94% με DLB και το 100% με AD. Παρόλο που η καθυστερημένη ανάκληση έχει αναφερθεί ότι είναι περισσότερο εξασθενημένη στην AD από την PD-D (Noe, Marder, Bell, Jacobs, Manly, & Stern, Y., 2004), άλλες μελέτες με παρόμοια ισχύ δεν επιβεβαίωσαν αυτό το αποτέλεσμα (Kuzis, Sabe, Tiberti, Merello, Leiguarda, & Starkstein, 1999· Tierney, Nores, Snow, Fisher, Zoritto, & Reid, 1994). Ο κοινός ισχυρισμός είναι ότι το έλλειμμα μνήμης στο PD είναι μόνο ανάκτησης, παρά κωδικοποίησης και αποθήκευσης.

3.2.4 Λεκτική Ευχέρεια

Η λεκτική ευχέρεια έχει μελετηθεί εκτενώς στο PD-D. Αντιπροσωπεύει το μεγαλύτερο μέρος της Κλίμακας Έναρξης και Κατάργησης του DRS, όπου η μειωμένη απόδοση είναι τυπική σε ασθενείς με PD-D (Emre, Aarsland, Brown, Burn, Duyckaerts, Mizuno, & Goldman, 2007).

3.2.5 Γλώσσα

Η λειτουργία της γλώσσας δεν έχει λάβει μεγάλη προσοχή στο PD-D, ίσως επειδή η κλινικά εμφανής αφασία είναι σπάνια. Στην μελέτη των Pillon, Deweer, Agid, & Dubois, (1993), οι επιδόσεις στην λεκτική κατανόηση, ονομασία και επανάληψη δεν παρουσίασαν σημαντική διαφορά μεταξύ ασθενών με AD και PD-D.

3.2.6 Συμπεράσματα σχετικά με τις συμπεριφορές και τις νευροψυχιατρικές ιδιότητες.

Τα νευροψυχιατρικά συμπτώματα είναι κοινά σε όλους τους τύπους άνοιας και έχουν μικρή ειδική διαφορική διάγνωση. Οι ψευδαισθήσεις ξεχωρίζουν ως μία από τις ελάχιστες ικανότητες που διακρίνουν μεταξύ DLB / PD-D και AD. Σε γενικές γραμμές, οι ασθενείς με PD-D φαίνεται να έχουν περιστασιακά συχνότερα ή λιγότερο σοβαρά ψυχιατρικά συμπτώματα από τους ασθενείς με DLB (Emre, Aarsland, Brown, Burn, Duyckaerts, Mizuno, & Goldman, 2007).

3.3. ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ ΝΟΣΟΥ ΤΟΥ HUNTIGTON ΣΤΟ ΑΤΟΜΟ

Οι επιπτώσεις έχουν αντίκτυπο στην συμπεριφορά του η οποία διαταράσσεται και εμφανίζουν μαθησιακές δυσκολίες στο σχολείο (Νεανική νόσος Huntington, JHD). Η δυστονία μπορεί να είναι το πρώτο κινητικό σύμπτωμα της ασθένειας Huntington. Επιπλέον, παρατηρείται ακούσια απώλεια βάρους, διαταραχές του ύπνου, δυσλειτουργία του αυτόνομου νευρικού συστήματος. Η δυσαρθρία και η δυσφαγία γίνονται αρκετά έντονες στην πορεία της νόσου. Ακόμη παρατηρούνται ανώμαλες ακούσιες κινήσεις των άκρων, διαταραχές της συμπεριφοράς καθώς και ψυχιατρικές διαταραχές, τρόμος στις εμπρόσθετες κινήσεις, δυσκαμψία, ακούσιες χορειακές κινήσεις στο πρόσωπο, στα χέρια και στους ώμους (Στεφανής, Σαλδάτος, & Μαυρέας, 1992).

Το άγχος και η κατάθλιψη συνοδεύουν συχνά τη νόσο Huntington. Τα ψυχιατρικά συμπτώματα είναι πολύ κοινά στο πρώιμο στάδιο της νόσου με συχνότερη εμφάνιση νωρίτερα από την έναρξη κινητικών συμπτωμάτων. Η αυτοκτονία εμφανίζεται πιο συχνά στους πρώιμα συμπτωματικούς ασθενείς και στους προ-συμπτωματικούς ασθενείς του γονιδίου. Ενώ, η μνήμη μπορεί να μην επηρεάζεται μέχρι τα τελικά στάδια της νόσου, η προσοχή, η κρίση και οι εκτελεστικές λειτουργίες μπορούν να επηρεάζονται σε ένα

πρώιμο στάδιο. Ο βαθμός της νοητικής έκπτωσης σχετίζεται περισσότερο με το πόσα χρόνια πάσχει ο ασθενής παρά με την ηλικία έναρξης της νόσου (Graham, & Warner, 2009).

Καλό θα ήταν να αναφερθούμε και στην στοματική υγιεινή των ασθενών η οποία λόγω του ότι υπάρχει υψηλότερη κινητική δυσλειτουργία και η χαμηλότερη λειτουργική κατάσταση των ασθενών, οδηγούν σε επιδείνωση της οδοντικής λειτουργίας (Hauser, & Josephson, 2010).

3.4. ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ ΜΕ ΣΩΜΑΤΙΑ LEWY ΣΤΟ ΑΤΟΜΟ

Τα αρχικά συμπτώματα του DLB είναι όμοια με την ΝΑ ή την ΑΑ και είναι κυρίως γνωστικά στη φύση τους. Αυτά μπορεί να είναι η έντονη σύγχυση, απώλεια μνήμης και φτωχή κριτική ικανότητα. Άλλοι ασθενείς μπορεί να παρουσιάσουν πρώτα συμπτώματα νευρομυϊκής φύσης, παρόμοια με αυτά του παρκινσονισμού – απώλεια αυθόρμητων κινήσεων, ακαμψία (αίσθημα δυσκαμψίας και περιορισμένης κίνησης), ακαθόριστο βηματισμό, ενώ άλλοι μπορεί να έχουν αρχικά συμπτώματα, όπως οι οπτικές παραισθήσεις. Ακόμη, μπορεί κάποιος να πάσχει από κατάθλιψη ή ψευδαισθήσεις (Taylor, 2018).

Επιπροσθέτως, τα κύρια συμπτώματα που μπορεί να εμφανίσει κάποιος ο οποίος νοσεί από DLB, είναι προβλήματα στην βραχυπρόθεσμη μνήμη (ξεχνάει πρόσφατα γεγονότα και καταστάσεις), μικρά επεισόδια ανεξήγητης σύγχυσης και άλλα συμπεριφορικά ή γνωστικά προβλήματα (αυτά τα προβλήματα μπορεί να είναι εύρεσης λέξεων, κατεύθυνσης, προσανατολισμού, αδυναμία στα πλαίσια συζητήσεων κ.α.), αλλαγές συμπεριφοράς από στιγμή σε στιγμή και διακυμάνσεις συνείδησης, προσοχής και αντίληψης, έλλειψη κρίσης, αυθορμητισμού, ετοιμότητας και διορατικότητας (Taylor, 2018).

Επιπλέον, μπορεί να έχουν αυταπάτες (οπτικές, ακουστικές, οσφρητικές ή απτικές) οι οποίες είναι αρκετά ζωηρές και έντονες, κινητικά προβλήματα παρκινσονισμού (τα οποία αναφέρονται και ως <<εξωπυραμιδικά>> συμπτώματα) αυτά τα συμπτώματα συνήθως περιλαμβάνουν εύκαμπτη στάση, ακαθόριστο περπάτημα, μυϊκοί σπασμοί και συσπάσεις, μειωμένο εύρος κίνησης των χεριών, ακαμψία άκρων, τάση για πτώση και προβλήματα ισορροπίας, διαταραχές ύπνου με γρήγορες σακκαδικές οφθαλμικές κινήσεις (οι οποίες

χαρακτηρίζονται από έντονη ονειροπόληση, ομιλία κατά τον ύπνο, κινήσεις στον ύπνο, υπερβολική κίνηση ενώ κοιμάται, υπνηλία κατά την διάρκεια της ημέρας. Το 50% των ασθενών μπορεί να έχουν τα συμπτώματα αυτά (Taylor, 2018).

3.5. ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΦΛΟΙΟΒΑΣΙΚΗΣ ΕΚΦΥΛΙΣΗΣ ΣΤΟ ΑΤΟΜΟ

Η ασύμμετρη αδεξιότητα των άκρων αναφέρεται ως ένα από τα αρχικά συμπτώματα, παρούσα στο 50% των ασθενών κατά την πρώτη ιατρική εκτίμηση (Τσολάκη, & Κάζης, 2005).

Τα συμπτώματα ξεκινούν συνήθως από το ημιμόριο του σώματος, η εικόνα του μπορεί να μιμείται αυτή του Παρκινσονισμού. Τα άκρα γίνονται δύσκαμπτα, οι κινήσεις τους γίνονται πιο βραδείες και συχνά εμφανίζουν δυστονία και σπασμούς. Ο μυόκλονος είναι ένα ακόμη χαρακτηριστικό της νόσου και σταδιακά, η δυσκαμψία και η βραδυκίνησία προεκτείνονται και στα αντίπλευρα άκρα, ενώ παράλληλα εμφανίζεται διαταραχή της βάδισης και αστάθεια. Επιπροσθέτως, κάποια κλινικά χαρακτηριστικά είναι η απραξία και το <<ξένο χέρι ή alien limb>> (περιγράφει τον όρο ανεξέλεγκτων κινήσεων του άνω άκρου).

Ακόμη, σε αρχικά στάδια της νόσου φαίνεται να επέρχεται έκπτωση των γνωστικών λειτουργιών (με διαταραχές του λόγου, προσανατολισμού, κρίσης, μνήμης και της ικανότητας λήψης αποφάσεων) και διαταραχές συμπεριφοράς όπως, απάθεια, παρορμητικότητα, ευερεθιστότητα και «εμμονές» (Μούστρης, 2017).

Γενικά, κάποια συμπτώματα που μπορεί να έχει κάποιος με ΦΒΕ είναι: ακαμψία, τρέμουλο, αστάθεια, δυσφασία, δυσαρθρία ή δυσφαγία, αλλαγές στον βηματισμό και την ισορροπία, τρόμο, βλεφαρό-σπασμούς, δυστονία, αισθητηριακή απώλεια, αυξημένη δυσκολία στην ομιλία και την κατάποση, ήπιες έως σοβαρές γνωστικές βλάβες και μετωπική-πρόσθια άνοια (Golbe, 2017).

Κάποια ακόμη νευροψυχιατρικά χαρακτηριστικά που μπορεί να συναντήσουμε στην ΦΒΕ, είναι η κατάθλιψη, το άγχος, οι παραισθήσεις, η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή και η άρση αναστολών (Hanson, & Lipka, 2009).

Εν κατακλείδι, η ΦΒΕ φαίνεται πως επηρεάζει των ασθενή με πολλούς τρόπους, όπως η βάδιση, η συμπεριφορά, η σίτιση, η ομιλία, η διάθεση και γενικά επιφέρει επιπτώσεις σε

όλους τους τομείς της ζωής του ατόμου που πάσχει από αυτό. Οι ασθενείς με ΦΒΕ στα επόμενα 5-10 χρόνια μετά την αρχική εμφάνιση των συμπτωμάτων βρίσκονται αντιμέτωποι με απειλητικές συνθήκες για την ζωή τους. Ωστόσο, το προσδόκιμο ζωής τους μπορεί να την κατάλληλη φροντίδα (ιατρική, νοσηλευτική, αλλά και προσωπική από τον φροντιστή) να αυξηθεί μέχρι κάποιο βαθμό (Golbe, 2017).

3.6. ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΠΡΟΪΟΥΣΑΣ ΥΠΕΡΠΥΡΗΝΙΚΗΣ ΠΑΡΑΛΥΣΗΣ (ΠΥΠ) ΣΤΟ ΑΤΟΜΟ

Η ΠΥΠ μπορεί να προκαλέσει ένα μεγάλο εύρος συμπτωμάτων, τα οποία διαφέρουν από ασθενή σε ασθενή. Συνήθως, το αρχικό σύμπτωμα είναι η απώλεια της ισορροπίας κατά την βάδιση. Κάποια από τα πρώτα συμπτώματα μπορεί να περιλαμβάνουν αλλαγές προσωπικότητας, διάθεσης και συμπεριφοράς, ευερεθιστότητα και διαταραχές μνήμης.

Καθώς εξελίσσεται η νόσος, οι περισσότεροι ασθενείς φαίνεται να αναπτύσσουν προβλήματα με θολή όραση και δυσκολίες ελέγχου των κινήσεων των οφθαλμών, το οποίο μπορεί να οδηγήσει σε ακούσιο κλείσιμο των οφθαλμών, παρατεταμένο ή ασυγχρόνιστο βλεφαρισμό ή δυσκολία στο άνοιγμα των οφθαλμών, ακόμη και δυσκολία διατήρησης βλεμματική επαφής κατά την συζήτηση με άλλα άτομα (NORD, 2017).

Ακόμη, παρατηρούνται ενδείξεις όπως, προβλήματα ισορροπίας και βάδισης, αδέξιο, αργό και ασύγχρονο περπάτημα, έλλειψη συντονισμού, αστάθεια κορμού, συχνές πτώσεις, αργές κινήσεις, κατακόρυφη παράλυση βλέμματος (από τα πρώτα συμπτώματα), βλέφαρο-σπασμοί, διπλωπία, δυστονία, αλλαγές στην ομιλία και την κατάποση, υποφλοιική άνοια και σπασμωδικές κινήσεις και τινάγματα ενώ βρίσκονται σε καθιστή θέση (Golbe, 2016).

Σύμφωνα με μία βάση δεδομένων που ονομάζεται **Human Phenotype Ontology (HPO)** έχουμε τα παρακάτω αποτελέσματα – επιπτώσεις στα άτομα με ΠΥΠ:

Το 80%-99% των ατόμων που νοσούν από ΠΥΠ έχουν συμπτώματα, όπως η μη φυσιολογική διαβίβαση μεταξύ των συνάψεων, δυσφαγία, συχνές πτώσεις, παρορμητικότητα, απώλεια νευρώνων του ΚΝΣ, αστάθεια κορμού, υπερπυρηνική οφθαλμοπληγία και ασταθής βάδιση. Το 39%-79% εμφανίζει συμπτωματολογία, όπως αφασία (δυσκολία εύρεσης της κατάλληλης λέξης), βλέφαρο-σπασμοί, βραδυκινησία,

εγκεφαλική ατροφία του φλοιού, αργοπορημένη ομιλία και γλωσσική ανάπτυξη, κατάθλιψη, γλοιώση, προβλήματα μνήμης, ψευδοπρομηκικά σημάδια, αργές σακκαδικές κινήσεις και κατακόρυφη υπερπυρηνική οφθαλμική παράλυση. Έπειτα, το 5%-29% των ασθενών έχουν ενδείξεις συμπτωμάτων, τα οποία είναι η άνοια, ευερεθιστότητα και ο τρόμος. Το 1%-4%, σημάδια έλλειψης των αρχέγονων αντανάκλαστικών και δυστονία άκρων. Ακόμη, σε ακαθόριστο ακόμη ποσοστό μπορεί να δούμε ότι υπάρχει έναρξη της νόσου κατά την ενηλικίωση, ακινησία, απάθεια, κληρονομική αυτοσωματική κυριαρχία, αξονική δυστονία, θολή όραση, διπλωπία, δυσαρθρία, απραξία των βλεφάρων, πρόσθια άνοια, αστάθεια βάδισης, κοκκιώδης εκφύλιση, παρκινσονισμός, φωτοφοβία, σπασμωδικές και ακανόνιστες κινήσεις της κεφαλής, υπερπυρηνική παράλυση βλέμματος (NORD, 2017).

3.7. ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΑΝΟΙΑΣ(AA) ΣΤΟ ΑΤΟΜΟ

Η έναρξη της αγγειακής άνοιας στις περισσότερες περιπτώσεις είναι αιφνίδια και ακολουθείται από μία σταδιακά αλλά κυμαινόμενη πορεία, την οποία χαρακτηρίζουν οι απότομες αλλαγές στη λειτουργικότητα του ατόμου. Παρόλα αυτά η πορεία της νόσου μπορεί να είναι μεταβλητή, να έχει ύπουλη έναρξη και πιθανώς μια σταδιακή επιδείνωση. Ορισμένες νοητικές λειτουργίες μπορεί να εμφανίσουν εξασθένηση από τα αρχικά στάδια, ενώ άλλες παραμένουν σχετικά φυσιολογικές κατά την εξέλιξη της νόσου (Τσολάκη, & Καζής, 2005). Κατά την έναρξη της νόσου παρουσιάζονται κινητικά προβλήματα με εμφανείς τις δυσκολίες βάδισης (αστάθεια, ανοιχτά πόδια κατά τη βάδιση) αλλά και συμπτώματα τύπου Parkinson (τρόμος, δυσκαμψία, ακινησία/απραξία) και πρόωμη εμφάνιση δυσαρθρίας (Schindelmeiser, 2013).

Σύμφωνα με τους Hachinski et al. (1975), κάποια χαρακτηριστικά που εντοπίστηκαν και εξυπηρετούν στη διαφοροδιάγνωση της αγγειακής άνοιας από άλλους τύπους άνοιας είναι τα εξής: η αιφνίδια έναρξη, κλιμακωτός εκφυλισμός των νοητικών λειτουργιών, νυχτερινή σύγχυση, εμμονές προσωπικότητας, κατάθλιψη, σωματικά προβλήματα, συναισθηματική αστάθεια, ιστορικό υπέρτασης και εγκεφαλικών επεισοδίων και στοιχεία αρτηριοσκληρώσεως. Όταν γίνονται εμφανή ορισμένα από αυτά τα συμπτώματα, είναι μία ένδειξη ότι ο ασθενής πάσχει από αγγειακή άνοια. Οι περισσότεροι ασθενείς εμφανίζουν ψευδοπρομηκική αμφίπλευρη ανωμαλία, η οποία περιλαμβάνει τα εξής

χαρακτηριστικά: ακαμψία, σπαστικότητα, ευαίσθητα αντανακλαστικά, ανωμαλίες βαδίσματος και δυσαρθρία. Ακόμη, παρατηρούνται δυσκολία στη άρθρωση και στον λόγο στη μορφή μιας αφασίας. Η απραξία του λόγου και η δυσαρθρία μπορεί να εντοπισθούν ως συστατικά των συνολικών συμπτωμάτων στην αγγειακή άνοια (Καμπανάρου, 2008).

Τα νευροψυχολογικά χαρακτηριστικά της κλινικά διαγνωσμένης αγγειακής άνοιας, όπως οι διαταραχές στη σύνταξη, η λεκτική κατανόηση, η οπτικοακουστική ικανότητα ή η πρωτογενής και σημασιολογική μνήμη, είναι παρόμοια με εκείνα που παρατηρούνται στη νόσο Alzheimer.

Επιπροσθέτως, οι ασθενείς με αγγειακή άνοια εμφανίζουν αρκετά **γνωστικά ελλείμματα**. Κύριο και πρωτεύουσας σημασίας χαρακτηριστικό αποτελεί η διαταραχή της μνήμης και ένα ή περισσότερα από τα ακόλουθα: αφασία, αγνωσία, απραξία. Ακόμη, μπορεί να διαταραχθεί η ικανότητα της παρατηρητικότητας καθώς και της συγκέντρωσης, της προσοχής και της σκέψης. Η ικανότητα της αφαιρετικής σκέψης και η μακροπρόθεσμη μνήμη διατηρούνται άθικτες για μεγάλο χρονικό διάστημα (Schindelmeiser, 2013). Ακόμη, παρατηρούνται ελλείμματα στην πρόσφατη μνήμη και στην προσωδιακή καθώς και στην ανάκτηση επεισοδιακής μνήμης (Bowler et al., 1997). Τέλος, υπάρχει μειωμένη φωνημική ευφράδεια, γραμματική περιπλοκότητα σε παραγωγή πρότασης καθώς και δυσπροσωδία (Jones, Laukka, & Backman, 2006). Όταν δεν υπάρχει παραλήρημα εντοπίζονται και τα εξής συμπτώματα: α)μη φυσιολογικό περπάτημα, β)αδυναμία άκρων, γ)ψευδοπαράληση, δ)υπερβολικά αντανακλαστικά.

Τέλος, σε προχωρημένο στάδιο της αγγειακής άνοιας οι διακυμάνσεις στη διάθεση του ασθενή (κυκλοθυμία) αυξάνονται σε μεγάλο βαθμό. Οι ασθενείς συχνά εμφανίζουν στοιχεία καταθλιπτικής διάθεσης, για παράδειγμα κλαίνει συχνά χωρίς λόγο, πεισμώνουν με το παραμικρό, γίνονται υποχόνδριοι και αυταρχικοί. Στο τελικό στάδιο, εμφανίζονται παραισθήσεις, σύγχυση, απώλεια προσανατολισμού, διαταραχή στην ομιλία και ακράτεια ούρων (Schindelmeiser, 2013).

3.8. ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΜΕΤΩΠΟΚΡΟΤΑΦΙΚΗΣ ΑΝΟΙΑΣ ΣΤΟ ΑΤΟΜΟ

Οι επιπτώσεις της μετωποκροταφικής άνοιας που παρουσιάζονται στο άτομο από τα αρχικά στάδια είναι οι διαταραχές της προσωπικότητας, της συμπεριφοράς και του εκφραστικού λόγου. Διαταραχές μνήμης και έλλειψη συγκέντρωσης παρουσιάζονται σχεδόν πάντοτε, αλλά σε γενικές γραμμές οι νοητικές λειτουργίες όπως και ο προσανατολισμός στο χώρο, παραμένουν σε ικανοποιητικό βαθμό, μέχρι και τα τελικά στάδια της νόσου. Το γεγονός αυτό οφείλεται στο ότι ο ιππόκαμπος επηρεάζεται λιγότερο (Τσολάκη, & Καζής, 2005). Όσον αφορά τη σκέψη του ατόμου παρατηρείται έλλειψη ευελιξίας και νοητική δυσκαμψία. Ο ασθενής αδυνατεί να προσαρμοστεί σε νέες περιστάσεις και να παραλλάσσει τον τρόπο που σκέφτεται σύμφωνα με τη λογική.

Τα νοητικά ελλείμματα που συνδέονται με βλάβες του μετωπιαίου λοβού και των υποφλοιωδών δομών χαρακτηρίζονται από αδυναμία στρατηγικού σχεδιασμού, εστίασης και μετακίνησης της προσοχής (Dickson, 2001). Αν και η εκφύλιση του μετωπιαίου και του κροταφικού λοβού επηρεάζει και τα δύο ημισφαίρια, οι ασθενείς με μεγαλύτερη ατροφία δεξιά, παρουσιάζουν πιο σοβαρά προβλήματα συμπεριφοράς, ενώ εκείνοι με αριστερή ατροφία παρουσιάζουν πιο έντονα γλωσσικά προβλήματα.

3.8.1. Συμπεριφορικές αλλαγές- αλλαγές προσωπικότητας

Όπως προαναφέρθηκε το κύριο χαρακτηριστικό στοιχείο στην μετωποκροταφική άνοια είναι η αλλαγή στην κοινωνική συμπεριφορά και την προσωπικότητα του ατόμου. Χαρακτηριστικά οι ασθενείς γίνονται βαθμιαία εγωκεντρικοί και απαθείς, αδιάφοροι για τον περίγυρό τους και για τις δραστηριότητες που τους ενδιαφέρουν. Αδιαφορούν για την προσωπική τους υγιεινή, κάνουν ανάρμοστα αστεία, χρησιμοποιούν ακατάλληλη γλώσσα, είναι ευερέθιστοι και εκρηκτικοί. Ο ασθενής αντιστέκεται σε αυτούς που προσπαθούν να τον βοηθήσουν, αρνείται να συνεργαστεί, γίνεται επίμονος και επιθετικός λεκτικά και σωματικά. Γενικά, αυτά τα άτομα παραβιάζουν τους διαπροσωπικούς κανόνες συμπεριφοράς δηλαδή, μπορεί να παραβιάσουν τον διαπροσωπικό χώρο και να εμφανίσουν αντικοινωνική, λεκτική, σωματική και σεξουαλική συμπεριφορά (π.χ. εγκληματικές ενέργειες, σεξουαλική έκθεση, αδιακρισία και προσβλητική συμπεριφορά προς τους άλλους).

Επιπλέον, εμφανίζεται απώλεια των ηθικών αρχών, ενορμητική λεκτική ή πρακτική

συμπεριφορά και άρση αναστολών (π.χ. της διενέργειας σεξουαλικών δραστηριοτήτων) (Schindelmeiser, 2013). Γενικά η συμπεριφορά τους είναι ανάρμοστη, μπορεί να καταναλώνουν υπερβολική ποσότητα αλκοόλ να κλέβουν ή να βρίζουν (Hodges, & Miller, 2001). Τέλος, αξίζει να σημειωθεί πως οι ασθενείς δεν έχουν επίγνωση του προβλήματος τους, δεν γνωρίζουν ότι η συμπεριφορά τους είναι αντικοινωνική και γι' αυτό δεν ενδιαφέρονται για τις επιπτώσεις της συμπεριφοράς τους στο οικογενειακό και φιλικό τους περιβάλλον.

Η ψύχωση αποτελεί το κυριότερο συμπεριφορικό σύμπτωμα της ΜΚΑ. Γενικότερα, μεγάλο ποσοστό των ασθενών με ΜΚΑ μπορεί να παρουσιάζει μια αρχική ψυχιατρική διάγνωση, που περιλαμβάνει τη ψύχωση με την μορφή σχιζοφρένειας, την κατάθλιψη, κ.λπ. Η καταναγκαστική και αντικοινωνική συμπεριφορά των ασθενών είναι αιτία της προσβολής του πρόσθιου κροταφικού πόλου και της κογχικής μοίρας του μετωπιαίου λοβού, το οποίο ανακαλύφθηκε μέσω των νευροαπεικονιστικών τεχνικών (Hodges et al., 2003).

Ακόμη, οι ασθενείς με μετωποκροταφική άνοια προσηλώνονται σε συγκεκριμένες τελετουργίες και ρουτίνες που πρέπει να εφαρμόζονται απαραίλλακτα (π.χ. σιγοτραγουδούν το ίδιο τραγούδι συνεχώς ή πηγαίνουν σε συγκεκριμένο μέρος, την ίδια ώρα κάθε μέρα χωρίς σκοπό) (Γούσης, 2018). Χαρακτηριστικές είναι οι επίμονες και στερεοτυπικές συμπεριφορές χωρίς σκοπό, όπως ο βηματισμός μπρος-πίσω. Οι παθολογικές κινητικές συμπεριφορές περιλαμβάνουν απλές επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές, όπως το τρίψιμο των χεριών και το χειροκρότημα, το μέτρημα δυνατά, το άνοιγμα και κλείσιμο πόρτας και συρταριών επανειλημμένα και το να χειρίζεται συνεχώς αντικείμενα χωρίς σκοπό. Ανάμεσα στις παθολογικές κινητικές συμπεριφορές διακρίνονται και σύνθετες συμπεριφορικές δραστηριότητες, όπως η περιπλάνηση, κατά την οποία οι ασθενείς ακολουθούν μια συγκεκριμένη διαδρομή, η συλλογή και απόκρυψη αντικειμένων, καθώς και τελετουργικά που περιλαμβάνουν τη χρήση της τουαλέτας και τη διαδικασία ντυσίματος (Neary et al., 1998· Lund, & Manchester Groups, 1994).

3.8.2. Γνωστικές αλλαγές

Η εκτελεστική δυσλειτουργία χαρακτηρίζει την μετωποκροταφική άνοια και οι ασθενείς παρουσιάζουν βλάβες στον προγραμματισμό, την κρίση, την επίλυση προβλημάτων, την οργάνωση, την προσοχή, την αφαίρεση και τη διανοητική ευελιξία. Αντιθέτως, οι κύριες

οργανικές ικανότητες της γλώσσας, η στοιχειώδης οπτική αντίληψη, οι χωρικές δεξιότητες και η μνήμη είναι καλά διατηρημένες. Οι χωρικές ικανότητες είναι διατηρημένες σε ικανοποιητικό βαθμό, ακόμη και σε προχωρημένα στάδια της ασθένειας. Οι ασθενείς εντοπίζουν, προσανατολίζονται και ευθυγραμμίζουν τα αντικείμενα με ευκολία, παρέχοντας μια εντυπωσιακή αντίθεση στις χωρικές ανωμαλίες που είναι χαρακτηριστικές της νόσου του Alzheimer. Η απόδοση είναι χαμηλή στις μετωπικές εκτελεστικές δοκιμές και συνήθως διατηρείται στις εξετάσεις οπτικοακουστικής δοκιμής και στη μνήμη σε σύγκριση με εκείνη της νόσου του Alzheimer. Χαρακτηριστικό στην μετωποκροταφική άνοια είναι η μη τήρηση των κανόνων της εργασίας, η εξασθένηση της δημιουργίας και της αλληλουχίας των πληροφοριών, η απροσεξία, η παρορμητικότητα και η συγκεκριμένη σκέψη. Στις δοκιμασίες μνήμης, η χαμηλή προσοχή και η έλλειψη ενεργητικής παραγωγής πληροφοριών μειώνει την αποτελεσματικότητα της ανάκλησης. Κατά τις δοκιμασίες σχεδίασης, οι αναπαραγωγές των εντύπων μπορεί να επηρεαστούν από την κακή οργάνωση και τα εγκεφαλικά επεισόδια, ενώ τα χωρικά χαρακτηριστικά της απόδοσης είναι καλά διατηρημένα (Neary, Snowden & Mann, 2005).

Ένας άλλος τομέας που παρατηρείται δυσκολία είναι η **αναγνώριση των συναισθημάτων**. Ειδικότερα, οι ασθενείς με ΜΚΑ δυσκολεύονται στην αναγνώριση της ουδέτερης συναισθηματικής κατάστασης, όπως επίσης και στην αντίληψη του θυμού και της αηδίας (Lough et al., 2006). Επιπρόσθετα, σύμφωνα με άλλες μελέτες (Fernandez-Duque, & Black, 2005) έχει υποστηριχθεί πως εξαιτίας μιας γενικευμένης γνωστικής έκπτωσης που παρουσιάζουν οι ασθενείς με μετωποκροταφική άνοια, πιθανώς να εμφανίζουν εξασθένηση ιδιαίτερα στην αντίληψη των αρνητικών συναισθημάτων. Ακόμα, εμφανίζεται σταδιακή εξασθένηση της ικανότητας ενσυναίσθησης και συμπόνιας (Snowden, 2018). Ο ασθενής χάνει το ενδιαφέρον του να μιλήσει με άλλους ανθρώπους και γίνεται πιο σκληρός και αδιάφορος και λιγότερο εκφραστικός ως προς τα συναισθήματά του (Black, 2010). Οι ασθενείς δεν έχουν κατάλληλα βασικά συναισθήματα, όπως τη θλίψη και τα κοινωνικά συναισθήματα, όπως η συμπάθεια και η συμπάθεια ενσυναίσθηση (Neary, Snowden, & Mann, 2005).

Ένα πρόσθετο χαρακτηριστικό, με υψηλή προδιαγραφή για την μετωποκροταφική άνοια αν και με χαμηλή ευαισθησία, είναι μια μεταβαλλόμενη απόκριση στα αισθητήρια ερεθίσματα. Αυτό περιλαμβάνει από τη μια μειωμένη απόκριση πόνου, που αποδίδεται σε μείωση των παρακινητικών και συναισθηματικών συνιστωσών του πόνου, και από την άλλη υπερευαισθησία στα ουδέτερα ερεθίσματα (Neary, Snowden, & Mann, 2005).

Επιπλέον, ο ασθενής με μετωποκροταφική άνοια εμφανίζει **διαταραχές ύπνου**. Συγκεκριμένα δυσκολεύεται να αποκοιμηθεί ή να παραμείνει κοιμισμένος για αρκετές ώρες, ξυπνάει στο μέσο της νύχτας, σηκώνεται και ντύνεται, βηματίζει μέσα στο σπίτι ή βγαίνει έξω και περιπλανάται. Ένα άλλο χαρακτηριστικό είναι η νευρικότητα και η ανησυχία του ασθενή χωρίς λόγο. Αποφεύγει καταστάσεις που προκαλούν ένταση, εμφανίζει ανησυχία και δύσπνοια χωρίς κάποια συγκεκριμένη αιτία. Στα τελευταία στάδια της μετωποκροταφικής άνοιας, ο νοητικός εκφυλισμός είναι πιθανόν να επηρεάσει όλες τις νοητικές λειτουργίες και τελικά οι πάσχοντες καταλήγουν να είναι βουβοί και ακίνητοι με ουρική και περιττωματική ακράτεια (Καμπανάρου, 2008).

3.8.3. Διατροφή

Τα άτομα με μετωποκροταφική άνοια αλλάζουν διατροφικές συνήθειες με αυξημένη πρόσληψη τροφής ή κατάχρηση αλκοόλ (Γούσης, 2018). Σε αρκετούς ασθενείς είναι εμφανείς οι αλλαγές στο βάρος (αύξηση ή απώλεια), καθώς και οι αλλαγές στις διατροφικές συνήθειες, αλλά και η προτίμηση συγκεκριμένων λιπαρών τροφών, όπως τα γλυκά (Neary et al., 1998· Lund, & Manchester Groups, 1994).

3.8.4. Ομιλία

Η ομιλία τους περιορίζεται δραστικά σε ποσότητα, γίνεται στερεότυπη και καταλήγει σε πλήρη αλαλία (Γούσης, 2018). Ο λόγος αυτών των ασθενών είναι στερεότυπος (επανάληψη συγκεκριμένων λέξεων, φράσεων, θεμάτων) και ακόμη εντοπίζεται ηχολαλία, εμμονή και βωβότητα (Τσολάκη, & Κάζης, 2005). Οι αλλαγές της γλώσσας περιλαμβάνουν: φτωχή παραγωγή, συγκεκριμένη σκέψη, λεκτικές στερεότυπες, ηχολαλία, επιμονή και ενδεχόμενη μουσική (πάνελ). (Neary, Snowden, & Mann, 2005).

Πίνακας 3.1. Χαρακτηριστικά συμπτώματα της μετωποκροταφικής άνοιας

Σύμπτωμα	Κλινικά χαρακτηριστικά
Απάθεια	Πολύ σύνηθες: εκδηλώνεται ως αδράνεια, μειωμένη κινητικότητα, έλλειψη ενδιαφέροντος για παλιά χόμπι και προοδευτική κοινωνική απομόνωση.
Αποκλεισμός	Συχνά συνυπάρχει με την απάθεια: παράγει παρορμητικές ενέργειες που οδηγούν σε υπερβάσεις, απροσδιόριστη ή σεξουαλικά ακατάλληλη συμπεριφορά και μια σειρά από κοινωνικά ενοχλητικές συμπεριφορές.
Επαναλαμβανόμενες/στερεότυπες συμπεριφορές	Μπορεί να είναι εμφανείς με επιμονή και τάση να επαναλαμβάνονται φράσεις, ιστορίες ή αστεία.
Συσσώρευση	Όταν είναι σοβαρή μπορεί να οδηγήσει σε κακομεταχείριση.
Ψυχική ακαμψία	Οι ασθενείς μπορεί να έχουν δυσκολία προσαρμογής σε νέες καταστάσεις ή ρουτίνες.
Αμβλυνση της επιρροής	Συχνή μείωση της εμβέλειας της συναισθηματικής έκφρασης. Η ανύψωση της διάθεσης που μοιάζει με υπομανία μπορεί επίσης να παρατηρηθεί.
Αλλαγές στη διατροφική συμπεριφορά	Διαταραχές κορεσμού και αλλαγή στις προτιμήσεις για τα γλυκά τρόφιμα. Γενική δυσλειτουργία της πρόσληψης τροφής.
Απώλεια της ενσυναίσθησης	Συχνό πρόωρο σύμπτωμα: έλλειψη ενσυναίσθησης προς τους άλλους, ακατάλληλη ή υποτονική αντίδραση θλίψης.
Άλλα συμπτώματα	Νέα παθολογική ενασχόληση με τυχερά παιχνίδια, υπερ-θρησκεία (σπάνια).

Πηγή: Piguet et al., (2011).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 – ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΩΝ ΔΙΑΦΟΡΩΝ ΤΥΠΩΝ ΑΝΟΙΩΝ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ /ΦΡΟΝΤΙΣΤΕΣ

4.1. ΓΕΝΙΚΑ

Με άνοια πάσχουν 200.000 άνθρωποι αυτή τη στιγμή στην Ελλάδα, 10 εκατομμύρια σε όλη την Ευρώπη και 44 εκατομμύρια σε όλο τον κόσμο. Κάθε χρόνο εμφανίζονται 600.000 νέα περιστατικά με άνοια.. (Σακκά κ συν., 2015).

Η παροχή φροντίδας, ορίζεται ως η αλληλεπίδραση στην οποία ένα μέλος της οικογένειας ή κάποιο αρμόδιο άτομο βοηθά κάποιο άλλο σε μόνιμη βάση στις δραστηριότητες που είναι απαραίτητες για να μπορεί κανείς να ζήσει ανεξάρτητα. Χαρακτηριστικά αναφέρουν ότι η φροντίδα βιώνεται ως μία περίπλοκη συναισθηματική σχέση ανάμεσα σε δύο ανθρώπους (Σακκά κ συν., 2015).

Οι φροντιστές προέρχονται συνήθως από την οικογένεια των ασθενών. Στους έγγαμους, χρέη φροντιστή αναλαμβάνει συνήθως ο/η σύζυγος. Σε περιπτώσεις χηρείας, κάποιο από τα παιδιά αναλαμβάνει το ρόλο αυτό, με κριτήρια κοινής κοινωνικής λογικής (φύλο, πρωτοτοκία, συγκατοίκηση κ.λπ.). Συχνότερα πάντως ως κύριοι φροντιστές σε αυτές τις περιπτώσεις καταλήγουν οι κόρες ή οι νύφες. Σε άλλες περιπτώσεις, χρέη φροντιστή μπορεί να αναλάβει ένα πρόσωπο έμμισθο ή ένας υπάλληλος ιδρύματος. Οι γυναίκες φροντιστές είναι πολύ περισσότερες. Στην Ελλάδα το 89% των ασθενών με νόσο Alzheimer φροντίζεται στο σπίτι και το 77% των φροντιστών είναι γυναίκες. Οι κύριοι φροντιστές είναι παιδιά (50%) ή σύζυγοι (32%).

Οι φροντιστές αναλαμβάνουν διάφορους ρόλους απέναντι στον ασθενή. Όπως, του προστάτη του ασθενή, του φίλου και συντρόφου, ακόμη και του εχθρού, διαχειρίζονται τη φροντίδα του και έχουν το βάρος της λήψης αποφάσεων. Ζητήματα που απασχολούν την οικογένεια των ατόμων με άνοια είναι ο βαθμός της φροντίδας που μπορεί να χρειαστεί ο ασθενής (ανάλογα με το στάδιο της νόσου), καθώς και η αξιολόγηση της φροντίδας, της ποιότητας ζωής, της ασφάλειας και του κόστους (Σακκά κ συν., 2015).

Η παροχή φροντίδας είναι μία πηγή έντονου στρες για την οικογένεια του ανθρώπου με άνοια. Η φροντίδα ανθρώπων με άνοια προκαλεί βάσιμες δυσκολίες για την ζωή των φροντιστών τους. Οι σύντροφοι των πασχόντων κουβαλούν ήδη τα φορτία μιας ενδεχομένως κλονισμένης υγείας και της κούρασης από τη ζωή.

Ο όρος «φορτίο φροντιστών» έχει επικρατήσει διεθνώς και αφορά τα βάρη, σωματικά, συναισθηματικά ή οικονομικά που επιβαρύνουν τους φροντιστές ενός πάσχοντα.

Η ποιότητα ζωής των φροντιστών ασθενών με άνοια είναι ένα πολυδιάστατο φαινόμενο. Η σταδιακή γνωστική έκπτωση, οι συναισθηματικές και συμπεριφορικές αλλαγές του ασθενούς με άνοια οδηγούν σε μια ολοκληρωτική αλλαγή της προσωπικότητάς του, με αποτέλεσμα να αναδιαμορφωθεί η σχέση με τον φροντιστή. Αυτό έχει ως αρνητικό αποτέλεσμα το στρες, το συναισθηματικό φορτίο ακόμη και την κατάθλιψη. Οι υψηλές απαιτήσεις φροντίδας των ανθρώπων με άνοια, επιδρούν στην υγεία των φροντιστών, επηρεάζουν τη συμμετοχή τους σε κοινωνικές και επαγγελματικές δραστηριότητες, περιορίζουν τον ελεύθερο χρόνο τους, κλονίζουν την κοινωνική τους θέση και απειλούν την οικονομική τους ασφάλεια (Σακκά κ συν., 2015).

Η φροντίδα ενός ατόμου που πάσχει από άνοια επιβαρύνει τον φροντιστή τόσο σε πρακτικό όσο και σε συναισθηματικό επίπεδο. Καθώς η νόσος εξελίσσεται, οι επιπτώσεις αυτές αυξάνονται, καθιστώντας αναγκαία την εφαρμογή μη φαρμακευτικών παρεμβάσεων για τους ίδιους τους φροντιστές. Οι άνθρωποι που έχουν αναλάβει τη φροντίδα ενός ανθρώπου που πάσχει από κάποια μορφή άνοιας, μπορούν να παρακολουθήσουν εκπαιδευτικά σεμινάρια, να συμμετέχουν σε ομάδες διαχείρισης άγχους, να λάβουν συμβουλευτική υποστήριξη ή να αναζητήσουν κάποια μορφή ψυχοθεραπευτικής παρέμβασης.

Στόχοι αυτών των παρεμβάσεων είναι οι φροντιστές:

- Να ενημερωθούν και να αποκτήσουν αίσθημα ελέγχου της κατάστασης.
- Να διαχειριστούν τα αρνητικά συναισθήματά τους, όπως άγχος, θυμός, θλίψη, ενοχές, που προκαλούνται από τη φροντίδα.
- Να έρθουν σε επαφή με άλλους φροντιστές και να δημιουργήσουν ένα δίκτυο φροντιστών για τη συνέχιση της υποστήριξης μετά το τέλος του προγράμματος.
- Να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής τους (Σακκά, 2015).

4.2. ΠΡΟΣΦΕΡΟΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ

- Απουσία συστήματος πρωτοβάθμιας περίθαλψης → ειδικοί ιατροί (παθολόγοι, νευρολόγοι, ψυχίατροι) / γενικοί ιατροί.
- Απουσία δομών ανακουφιστικής φροντίδας στα τελικά στάδια νόσου.
- Οικογένεια / ανειδίκευτοι, συνήθως αλλοδαποί επαγγελματίες βοηθοί κατ' οικον.
- Εξειδικευμένες δομές για διάγνωση και παρακολούθηση.
- Πρόγραμμα Ψυχαργώς → Κέντρα Ημέρας (καθημερινή δημιουργική απασχόληση των ασθενών, νοητική ενδυνάμωση, ενημέρωση και εκπαίδευση των φροντιστών, καθώς και άλλες μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις) και τρία ολοκληρωμένα Κέντρα για την άνοια (Αθήνα, Βόλος), για βραχεία ή μακρά νοσηλεία ασθενών.
- 26 ιατρεία μνήμης σε ολόκληρη την χώρα.
- Δωρεάν υπηρεσίες: εκκλησία και μη κερδοσκοπικές οργανώσεις.
- Πρόγραμμα Φροντίδας στο σπίτι για άτομα με άνοια.
- Κλινικές βραχείας νοσηλείας-παραμονής για άτομα με άνοια.
- Κλινικές μακράς νοσηλείας-παραμονής για άτομα με άνοια.
- Εταιρείες Νόσου Alzheimer.

(Σακκά κ συν., 2015)

4.3. Η ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΟΤΗΤΑ

• Επικοινωνία με τον πάσχοντα

Η επικοινωνία με ένα πρόσωπο που πάσχει από κάποια μορφή άνοιας μπορεί να αποδειχθεί ιδιαίτερα δύσκολη καθώς η νόσος εξελίσσεται. Αυτό οφείλεται στην δυσκολία που υπάρχει στην εύρεση των κατάλληλων λέξεων ώστε να μιλήσει και στην δυσκολία κατανόησης και συνάθροισης της ομιλίας με το νόημα της.

• Δημιουργήστε ένα ασφαλές περιβάλλον για το άτομο με άνοια

Ο χώρος του σπιτιού είναι πολύ σημαντικό να είναι ασφαλής καθώς ο πάσχων περνά εκεί το μεγαλύτερο διάστημα της ημέρας (Σακκά, 2015).

- Δημιουργικές δραστηριότητες με το άτομο με άνοια

Η δημιουργική απασχόλησή του συμβάλει στη βελτίωση της αυτοεκτίμησης και τη διατήρηση της λειτουργικότητάς του. Παράλληλα, όμως, βοηθούν και την επικοινωνία φροντιστή και πάσχοντα.

- Καθαριότητα και προσωπική υγιεινή

Η σημασία της υγιεινής καθιστά απαραίτητη την υιοθέτηση μιας τακτικής έτσι ώστε η ώρα του μπάνιου να είναι εύκολη και ευχάριστη τόσο για το ίδιο το άτομο όσο και για το φροντιστή του (Σακκά, 2015).

- Τουαλέτα και ακράτεια

Πολύ συχνά ο άνθρωπος που ξεχνά δυσκολεύεται ή χάνει την ικανότητα να αναγνωρίσει πότε πρέπει να χρησιμοποιήσει την τουαλέτα, με ποιον τρόπο ή τι ακριβώς χρειάζεται να κάνει εκεί. Για τον λόγο αυτό ο φροντιστής είναι σημαντικό να διευκολύνει και να κατευθύνει τον πάσχοντα.

- Ντύσιμο

Ο άνθρωπος που πάσχει από άνοια πολλές φορές δυσκολεύεται να ντυθεί καθώς δε γνωρίζει πώς να ντυθεί, τι ρούχα να φορέσει ή δεν αναγνωρίζει την ανάγκη να αλλάξει ρούχα. Έτσι, πρέπει να δίνονται στο άτομο οδηγίες ντυσίματος και τα ενδύματα του να είναι άνετα και να έχουν εύκολη τοποθέτηση.

- Διατροφή

Ο άνθρωπος με άνοια πολύ συχνά αντιμετωπίζει δυσκολίες με το φαγητό, καθώς μπορεί να ξεχνά εάν έχει φάει ή να μη θυμάται πώς χρησιμοποιείται το πιρούνι ή το κουτάλι. Όσο η ασθένεια εξελίσσεται, δυσκολεύεται όλο και περισσότερο ακόμη και να μασήσει ή να καταπιεί ώσπου καταλήγει να χρειάζεται κάποιον να τον ταΐσει (Σακκά, 2015).

- Μαγείρεμα

Η ενασχόληση με το μαγείρεμα είναι μια σύνθετη δραστηριότητα και εμπεριέχει αυξημένο κίνδυνο τραυματισμού. Καλό θα είναι να γίνεται υπό επιτήρηση.

- Οδήγηση

Για τον άνθρωπο με άνοια μπορεί να είναι αρκετά επικίνδυνο να οδηγεί ακόμη και από τα αρχικά στάδια της νόσου αφού επηρεάζεται τόσο η κρίση του όσο και οι αντιδράσεις και τα αντανακλαστικά του.

- Απώλεια αντικειμένων

Η απώλεια μνήμης σε συνδυασμό με την ανασφάλεια που αισθάνεται ο πάσχων προκαλούν αυτές τις συμπεριφορές [να κατηγορεί πολλές φορές άλλους ότι του τα έχουν κλέψει (οικογένεια, έμμισθος φροντιστής κτλ.)].

- Επαναλαμβανόμενες ερωτήσεις

Ο άνθρωπος με άνοια ξεχνά πολύ γρήγορα τι έχει ειπωθεί με αποτέλεσμα να επαναλαμβάνουν συνεχώς τις ίδιες ερωτήσεις και πράξεις (Σακκά, 2015).

- Προσκόλληση στο φροντιστή

Καθώς η νόσος εξελίσσεται, το άτομο με άνοια εξαρτάται όλο και περισσότερο από το φροντιστή με αποτέλεσμα να τον ψάχνει διαρκώς και να τον ακολουθεί παντού. Η συμπεριφορά του αυτή οφείλεται στην ανασφάλεια και το φόβο που αισθάνεται.

- Κοινωνική ζωή

Έχει μεγάλη σημασία να διατηρεί η οικογένεια του ατόμου με άνοια την κοινωνική ζωή.

- Κάπνισμα και αλκοόλ

Εάν ο πάσχων καπνίζει χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή για την αποφυγή ατυχημάτων.

Η κατανάλωση αλκοόλ σε μικρές ποσότητες γενικά επιτρέπεται. Όμως, χρειάζεται να ρωτήσετε το γιατρό σας για τυχόν αλληλεπιδράσεις του αλκοόλ με τα φάρμακα που παίρνει (Σακκά, 2015).

- Διαταραχές συμπεριφοράς

Κάποιες από τις διαταραχές συμπεριφοράς που μπορεί να εμφανίσει κάποιος με άνοια είναι η άσκοπη περιπλάνηση – φυγή από το σπίτι (τον χώρο που διαμένει ο ασθενής γενικά), η επιθετικότητα, η άρνηση, το παραλήρημα και οι ψευδαισθήσεις, οι διαταραχές ύπνου σε μεγάλο ποσοστό, διαταραχές σεξουαλικότητας και το άγχος (Σακκά, 2015).

4.4. ΤΟ «ΦΟΡΤΙΟ ΤΟΥ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗ/ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ»

Η επιβάρυνση που έχουν τα άτομα που φροντίζουν ασθενείς με άνοια μπορεί να έχει πολλά επίπεδα. Αυτά τα επίπεδα είναι το σωματικό, το ψυχικό-συναισθηματικό και το οικονομικό.

Το ψυχικό-συναισθηματικό επίπεδο και το σωματικό, ανάλογα με τον ρόλο που έχει ο φροντιστής και τον βαθμό συγγένειας που ίσως έχει με τον πάσχοντα, είναι το άγχος που του επιφέρει όλη αυτή η κατάσταση, η κούραση που έχει το άτομο (λόγω ηλικίας ή και λόγω φόρτου υποχρεώσεων), η συμφιλίωση του ίδιου του φροντιστή με την ιδέα ότι γερνάει/μεγαλώνει, το πένθος για φυσιολογικά γηρατειά για τον ίδιο τον φροντιστή, το άγχος για τον κληρονομικό παράγοντα, η προσπάθεια διατήρησης ισορροπιών. Επίσης, μπορεί να νιώθουν θυμό, μοναξιά, ντροπή, ενοχές, να βρίσκονται σε πόνο λόγω δικών τους προβλημάτων υγείας ή κούρασης και εξάντλησης (Σακκά, 2015).

Σε οικονομικό επίπεδο, η φροντίδα ενός ασθενή που πάσχει από άνοια είναι αρκετά βεβαρημένη, τα έξοδα έχουν να κάνουν με συχνή έξω-νοσοκομειακή περίθαλψη, διαγνωστικές διαδικασίες, φάρμακα, φροντίδα στο σπίτι, ιδρυματική φροντίδα, νοσοκομειακή φροντίδα, απώλεια εργατοωρών του φροντιστή, πρόσληψη ατόμου για την καλύτερη φροντίδα του ασθενή, έξοδα θεραπειών (Σακκά, 2015).

A) Ο ρόλος του φροντιστή

Στα αρχικά στάδια της νόσου, ο φροντιστής θα ασχολείται κατά βάση με την διαχείριση των διάφορων ζητημάτων που προκύπτουν (οικονομικά, γραφειοκρατικά, νομικά, κ.λπ.) και με την επίβλεψη και καθοδήγηση του ασθενή. Ενώ, σε προχωρημένα στάδια η δουλειά του θα είναι να συμμετέχει στις καθημερινές δραστηριότητες του ασθενή (προσωπική περιποίηση, διατροφή, κ.α.), να διαχειρίζεται τις εξάρσεις επιθετικής και παράλογης συμπεριφοράς του ατόμου και να προσφέρει βοήθεια στις απαραίτητες μετακινήσεις του ασθενή (Σακκά, 2015).

B) Αντιμετώπιση των προβλημάτων των φροντιστών

- Ψυχολογικές Παρεμβάσεις: Κάποιες παρεμβάσεις που μπορεί να γίνουν σε αυτόν τον τομέα, είναι η ψυχοεκπαίδευση με συμμετοχή σε ομάδες αυτοβοήθειας, η θεραπεία συμπεριφοράς, η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία, η συστημική θεραπεία οικογένειας και συνδυασμός τεχνικών (με ατομικά & ομαδικά προγράμματα).

- Συμμετοχή και των υπόλοιπων μελών της οικογένειας στην παροχή φροντίδας και διατήρηση διαπροσωπικών επαφών με φίλους και συγγενείς.
- Συνεργασία με το θεράποντα ιατρό.
- Επαφή με οργανωμένους συλλόγους-σωματεία.
- Επικέντρωση στα θετικά στοιχεία της προσωπικότητας του ασθενή και τις παροχές φροντίδας.
- Εκμάθηση τρόπων αποτελεσματικής επικοινωνίας (Γκιντώνη, 2010).
- Νομικές και Οικονομικές Παρεμβάσεις: Τα άτομα που πάσχουν από άνοια, καθώς εξελίσσεται η νόσος, αρχίζουν να χάνουν την ικανότητα διαχείρισης των οικονομικών και νομικών τους ζητημάτων και την ικανότητα λήψεις κατάλληλων αποφάσεων σε αυτούς τους τομείς. Έτσι, είναι σημαντικό σε αρχικά ακόμη στάδια της νόσου να βρίσκεται λύση σε αυτά τα ζητήματα με την εξουσιοδότηση ενός ατόμου που να είναι υπεύθυνο για τον πάσχοντα (συνήθως του κύριου φροντιστή). Κάποια τέτοια θέματα είναι, η δικαστική συμπαράσταση, το πληρεξούσιο, η λήψη επιδομάτων/οικονομικών ενισχύσεων και η διαχείρισή τους, η απόφαση τοποθέτησης του ασθενή σε μονάδα φροντίδας ηλικιωμένων, κ.α.. (Σακκά, 2015).

4.5. ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ – ΦΡΟΝΤΙΣΤΕΣ

Πολλοί άνθρωποι στις μέρες μας καλούνται να αντιμετωπίσουν έναν διαφορετικό τρόπο ζωής παρέχοντας φροντίδα σε ασθενείς με άνοια όταν αυτή βρίσκεται ακόμα στα πρώτα της στάδια. Προσπαθούν να αντιμετωπίσουν αυτή την κατάσταση κάτι που δεν είναι ούτε ευχάριστο για τους ίδιους αλλά ούτε έχουν ακριβείς πληροφορίες σχετικά με το τι πρέπει να κάνουν για να βοηθήσουν τον συγγενή τους που πάσχει από την νόσο (Τσολάκη, & Κάζης, 2005).

Αυτό όπως είναι κατανοητό, αυξάνει τα επίπεδα άγχους και στρες του φροντιστή με αποτέλεσμα να έχει επιβάρυνση τόσο στην σωματική όσο την ψυχική του υγεία. Σύμφωνα με μια μελέτη περίπτωσης ο φροντιστής αντιμετωπίζει 4 στάδια προσαρμοστικότητας τα οποία είναι:

- Αντιμετωπίζουν αυτό που συμβαίνει σαν κάτι παράδοξο.
- Υπάρχει δυσκολία στην αποδοχή της νόσου και των καθηκόντων τους σαν φροντιστές.

- Είναι οι διαμεσολαβητές για την αποδοχή της κατάστασης, και τέλος
- Πρέπει να μεταβούν από την άρνηση στην προσαρμογή της νέας ζωής.

Οι φροντιστές λόγω έλλειψης γνώσεων δυσκολεύονται να αποδεχτούν την νέα κατάσταση, να αναγνωρίσουν τις νέες αλλαγές επικεντρώνονται κυρίως στην «απώλεια». Όλα αυτά γίνονται πολύ γρήγορα όταν η ασθένεια βρίσκεται σε πρώιμο στάδιο και ο φροντιστής δεν ξέρει ακόμη πως να το αντιμετωπίσει (Τσολάκη, & Κάζης, 2005).

Οι φροντιστές διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη διαχείριση της φροντίδας των ατόμων που πάσχουν από άνοια συχνά υποτάσσουν τις δικές τους φιλοδοξίες και ανάγκες. Έτσι, αυτό μπορεί να είναι ψυχολογικές, οικονομικές, κοινωνικές επιπτώσεις και να επηρεάζουν γενικότερα την ποιότητα ζωής του φροντιστή. Ας μην ξεχνάμε ότι οι φροντιστές αντιμετωπίζουν διαταραχές ύπνου και καλούνται να βρίσκονται διαρκώς σε επαγρύπνηση για τυχόν δυσκολίες που μπορεί να αντιμετωπίσει το άτομο με άνοια. Τα κυριότερα καθήκοντα του φροντιστή είναι η προσωπική φροντίδα του ασθενή, η φροντίδα του χώρου που ζει, η συνεχής εποπτεία του καθώς και οι συνεχείς μετακινήσεις σε νοσοκομεία κ.α.. Έχει αναλάβει ακόμη και την εποπτεία για την σωστή λήψη των φαρμάκων και την διεκπεραίωση των οικονομικών και νομικών ακόμη θεμάτων που θα προκύψουν. Μπορεί ακόμη και ακατάλληλες ώρες κατά την διάρκεια της νύκτας να μεταβεί στο σπίτι του ατόμου αυτού για να του παρέχει βοήθεια. Γενικότερα, το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας του να το περνάει μαζί με τον πάσχοντα κάτι που δυσκολεύει τον φροντιστή αν υπάρχει το ενδεχόμενο δικής του οικογένειας, όπου εκείνο το διάστημα έρχεται ως δεύτερη προτεραιότητα (Τσολάκη, & Κάζης, 2005).

Η προσαρμογή των φροντιστών σε μια νέα καθημερινότητα που δεν τους ικανοποιεί διότι έχουν αναλάβει τόσες ευθύνες που τείνει να παραμελήσουν την δική τους προσωπική εξέλιξη και ανάπτυξη μπορεί να είναι δύσκολη και να τους οδηγήσουν σε διάφορα αισθήματα όπως απελπισία, μοναξιά, απώλεια του ελέγχου ακόμα και αίσθημα υποτίμησης. Επιπλέον, οι φροντιστές διανύουν μια περίοδο αρκετά μεγάλης συναισθηματικής φόρτισης και δυσφορίας κι αυτό μπορεί να θέσει σε κίνδυνο την ευημερία των οικογενειακών φροντιστών, οι οποίοι προσπαθούν να διατηρήσουν πολλαπλούς ρόλους (Στεφανής, Σολδάτος, & Μαυρέας, 1992).

Ας μην ξεχνάμε ότι λόγω των συνεχών δυσκολιών από την επιδείνωση οι φροντιστές καλούνται να αντιμετωπίσουν τις εντάσεις και τις αντιδράσεις που τυχόν θα προκύψουν τα κοινωνικοοικονομικά προβλήματα τα οποία έχουν αυξανόμενο μέγεθος.

Έρευνες έχουν δείξει ότι οι γυναίκες που έχουν τον ρόλο του φροντιστή βιώνουν υψηλότερα επίπεδα έντασης του ρόλου που έχουν αναλάβει, εγκαταλείπουν συχνότερα το εργασιακό τους περιβάλλον για να αναλάβουν την φροντίδα του ασθενή τους που νοσεί λόγω άνοιας. Επιπρόσθετα, λόγω της άμεσης φροντίδας που παρέχουν οι γυναίκες είναι συχνότερη η πιθανότητα να αναπτύξουν ψυχιατρική νοσηρότητα διότι σπαταλούν περισσότερο προσωπικό χρόνο σε σχέση με τους άνδρες (Μούγιας, 2011).

Απ' την άλλη πλευρά, οι άνδρες λόγω της μεγαλύτερης πρακτικότητας που έχουν από τις γυναίκες είναι πιο πιθανό να πάρουν βοήθεια από την οικογένεια ή άλλες υπηρεσίες και μπορούν να διαχειριστούν καλύτερα μια επιθετική συμπεριφορά (π.χ. νόσο Alzheimer).

Βέβαια, είτε ο φροντιστής είναι άνδρας είτε γυναίκα, όταν υπάρχουν προβλήματα υγείας η επιβάρυνση προς αυτούς δυσχεραίνεται ακόμη περισσότερο σε σχέση με τους φροντιστές χωρίς προβλήματα υγείας. Ακόμη κι όταν η ηλικία του φροντιστή είναι μεγαλύτερη ή τα έτη φροντίδας του ασθενή είναι αυξημένα (Μούγιας, 2011).

Οι φροντιστές ανησυχούν για τον κίνδυνο της νόσου (λόγω κάποιων συμπτωμάτων) και τις επιπτώσεις για τα παιδιά της οικογένειάς τους και ελπίζουν ότι θα θεραπευτούν ή πως η ένταση τους θα είναι διαχειρίσιμη. Πρόκειται για φυσιολογικές αντιδράσεις σε μια οδυνηρή πραγματικότητα. Όταν, όμως, υπάρχει υποστηρικτικό υπόβαθρο από την υπόλοιπη οικογένεια τότε η προσαρμογή γίνεται ομαλότερη και κατά συνέπεια και η αποδοχή της κατάστασης διότι και οι φροντιστές είναι άνθρωποι που χρειάζονται ενδυνάμωση, στήριξη και ενίσχυση των δυνατοτήτων τους προς την διεκπεραίωση των ευθυνών που έχουν αναλάβει.

Ο φροντιστής θα πρέπει να συμπεριληφθεί στη διαδικασία λήψης αποφάσεων ως “ειδικός” στη φροντίδα του ατόμου με άνοια σε αντίθεση με την παρουσία συγκρούσεων που δυσχεραίνει την κατάσταση και επιδεινώνει την ψυχολογία του φροντιστή (Μούγιας, 2011).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 – ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΕΡΕΥΝΩΝ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΤΩΝ ΦΡΟΝΤΙΣΤΩΝ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΑΝΟΙΑ

5.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σύμφωνα με το European Association Working for Carers, υπάρχουν διάφοροι τύποι φροντίδας και φροντιστών. Η φροντίδα μπορεί να είναι επίσημη (εργασία – επάγγελμα) ή ανεπίσημη (από κάποιο μέλος της οικογένειας ή κοντινό άτομο). Επίσης, μπορεί να είναι άντρες και γυναίκες, μπορεί να είναι άτομα που φροντίζουν για τα παιδιά και τις ασχολίες τους, για το μαγείρεμα και για το σπίτι και για ηλικιωμένα άτομα/άτομα που χρήζουν περίθαλψης, φροντίδας και συντροφιάς (Lamura et al., 2007).

Σε αυτό το κεφάλαιο αναλύονται θέματα που σχετίζονται με ανθρώπους που ασχολούνται με την φροντίδα ηλικιωμένων ατόμων και ατόμων που χρήζουν περίθαλψης. Ο ρόλος των ατόμων αυτών φαίνεται να χωρίζεται στις παρακάτω κατηγορίες: Η επιβάρυνση της φροντίδας μπορεί να είναι αποτέλεσμα πολλών παραγόντων, κάποιοι από αυτούς είναι και η ηλικία και το φύλο του ίδιου του ατόμου, αλλά και η ηλικία και το φύλο του ατόμου που φροντίζει, η σχέση που έχουν μεταξύ τους, η πρόοδος της υγείας του ατόμου, η πρόγνωση της πορείας της υγείας του και το κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο του φροντιστή (Glendinning et al., 2009). Παράγοντες κινδύνου επιβάρυνσης των φροντιστών είναι: η κακή υγεία του φροντιστή, οι μειωμένες ώρες εργασιακής απασχόλησης, η έλλειψη καλού υποστηρικτικού συστήματος του φροντιστή, η ηλικία του φροντιστή, οι ώρες που αφιερώνει στη φροντίδα του ασθενή (εβδομαδιαία, σαββατοκύριακα, νύχτες), τις ψυχολογικές διακυμάνσεις του ασθενή και τις κινητικές δυσκολίες του ασθενή (Lamura et al., 2007).

Οι περισσότεροι άνθρωποι με κάποια ανοϊκή νόσο χρήζουν βοήθειας και φροντίδας, έτσι ένα άτομο αναλαμβάνει την φροντίδα τους (είτε κάποιος επαγγελματίας φροντιστής, είτε κάποιο μέλος της οικογένειας). Αυτοί μπορεί να εμφανίσουν συμπτώματα σε διάφορα επίπεδα. Τα επίπεδα που επηρεάζονται οι φροντιστές είναι το κοινωνικό - συναισθηματικό, οικονομικό και σωματικό/φυσική κατάσταση υγείας (Geriatr, 2001).

5.2. ΣΩΜΑΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ / ΕΠΙΠΕΔΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΦΥΣΙΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

Για να καταλάβει κανείς τους στρεσογόνους παράγοντες που αντιμετωπίζουν οι φροντιστές των ασθενών με άνοια και συναφών διαταραχών, πρέπει πρώτα να καταλάβει την ίδια την ασθένεια. Οι περισσότεροι από τους φροντιστές ζούνε από 3-15 χρόνια σε ψυχικές και σωματικές απαιτήσεις, ασχολούνται με την οικιακή φροντίδα και εκτίθενται καθημερινά συμπτώματα κατάθλιψης, θυμού, εκνευρισμού και παράνοιας από τους ασθενείς, τα οποία τους επηρεάζουν και στη δική τους ζωή (Teri et al, 1992). Αυτή η έκθεση σε χρόνιο άγχος μπορεί να οδηγήσει σε ψυχοκοινωνικές δυσχέρειες και επικίνδυνες συμπεριφορές υγείας, όπως και στην εμφάνιση ασθενειών ή στην επιδείνωση υπάρχουσας ασθένειας (Vitaliano, Zhang, & Scanlan, 2003).

Σύμφωνα με αναθεωρήσεις, μεταξύ 18% και 35% των άτυπων φροντιστών αντιλαμβάνονται την υγεία τους ως καλή ή φτωχή (Schulz, O'Brien, Bookwala, & Fleissner, 1995). Οι φροντιστές έχουν αναφερθεί συχνά και ως 'κρυφοί ασθενείς' (Fengler, & Goodrich, 1979). Προηγούμενες μετά-αναλύσεις έχουν ήδη δείξει ότι οι γυναίκες φροντιστές έχουν χαμηλότερα επίπεδα σωματικής υγείας από ό, τι οι άντρες (Pinquart, & Soerensen, 2006). Έτσι, στην κοινωνικό-δημογραφική οπτική, έχουμε επικεντρωθεί στην ένωση της υγείας των φροντιστών με τρία κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά: ηλικία, κατάσταση συζύγου και συσχέτιση.

A. Ηλικία: Παρόλο που κάποιος θα περίμενε οι μεγαλύτεροι σε ηλικία φροντιστές να έχουν μεγαλύτερες επιρροές στην υγεία τους, οι έρευνες αναφέρουν αντιφατικά αποτελέσματα. Στην έρευνα των Navaie-Waliser et al., (2002) φαίνεται πως οι μεγαλύτεροι σε ηλικία φροντιστές τείνουν να έχουν περισσότερα προβλήματα υγείας, ενώ στην έρευνα των Harwood, Barker, Ownby, & Duara, (2000) δεν φαίνεται να υπάρχει κάποια διαφορά στην υγεία με βάση την ηλικία των φροντιστών.

B. Κατάσταση συζύγων: Τα αποτελέσματα για την κατάσταση υγείας των συζύγων φροντιστών των ασθενών σε σύγκριση με των ενήλικων παιδιών που φροντίζουν τους γονείς τους φάνηκε πως διαφέρουν επίσης από μελέτες σε μελέτες. Με κάποιες από αυτές να δείχνουν πως οι σύζυγοι είναι αυτοί που εμφανίζουν πιο συχνά προβλήματα υγείας (Cantor, 1983) και άλλες να δείχνουν πως δεν υπάρχει διαφορά στη συχνότητα εμφάνισης προβλημάτων υγείας (Graessel, 2002).

Γ. Συγκατοίκηση: Η συγκατοίκηση του φροντιστή με τον ασθενή φαίνεται να προκαλεί αρκετό άγχος και επιβάρυνση στο φροντιστή, ο οποίος δεν έχει τον χρόνο και τον χώρο να ξεφύγει από τον ρόλο του σαν φροντιστής. Όμως, και σε αυτή την περίπτωση βλέπουμε πως μπορεί να έχουμε ενδείξεις επιβάρυνσης της υγείας του φροντιστή (Brodaty, & Hadzi-Pavlovic, 1990), μπορεί και να μην έχουμε (Li, Seltzer, & Greenberg, 1999).

Στους παράγοντες επιβάρυνσης της υγείας των φροντιστών έχουμε: το ποσοστό της σωματικής/κινητικής αναπηρίας του ασθενή, καθώς αυτό μπορεί να επηρεάσει τον φροντιστή με σωματική επιβάρυνση, αλλαγές της διατροφής, αλλαγές σε υγιεινές συνήθειες (π.χ. γυμναστική), ψυχολογική κούραση και σωματικές αλλαγές (Shaw et al., 1997). Το ψυχολογικό βάρος που δέχεται ένας φροντιστής και η κατάθλιψη, μπορούν να επιφέρουν διάφορες ορμονικές αλλαγές. Αυτές έχουν την ικανότητα να επηρεάζουν το άτομο σε τομείς όπως: να αυξήσουν την ευαισθησία σε λοιμώξεις και να διαταράξουν τις συνήθειες υγείας, όπως να λαμβάνουν αρκετό ύπνο και να συμμετάσχουν σε πρότυπα υγιεινής διατροφής. Επιπλέον, οι καταθλιπτικοί φροντιστές μπορούν να αναφέρουν υπερβολικά σωματικά προβλήματα (DeFrias, Tukko, & Rosenberg, 2005).

Τέλος, επιρροές στην υγεία των φροντιστών μπορεί να υπάρξουν και από τους κοινωνικό-οικονομικούς παράγοντες και η ύπαρξη ενός καλού προγράμματος περίθαλψης και οικονομικής βοήθειας ή μη, καθώς και όταν υπάρχει σωστή και έγκαιρη ενημέρωση και διευθέτηση των ζητημάτων που εμφανίζονται καθημερινά στη ζωή ενός ασθενή με άνοια και του φροντιστή του ή μη, μπορεί να βοηθήσει σημαντικά τους ενδιαφερόμενους ή αλλιώς να τους επιβαρύνει περαιτέρω (Chappell, & Reid, 2002· Piquart, & Sørensen, 2007).

5.3. ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

Το συνολικό εκτιμώμενο παγκόσμιο κόστος της άνοιας ανήλθε σε 604 δισ. Δολάρια το 2010. Περίπου το 70% των δαπανών έγιναν στη Δυτική Ευρώπη και στη Βόρεια Αμερική. Σε αυτές τις περιοχές υψηλού εισοδήματος, το κόστος της άτυπης φροντίδας και το άμεσο κόστος της κοινωνικής πρόνοιας συμβάλλουν με παρόμοια ποσοστά του συνολικού κόστους, ενώ το άμεσο ιατρικό κόστος ήταν πολύ χαμηλότερο. Σε χώρες με χαμηλό και μεσαίο εισόδημα, η άτυπη φροντίδα αντιπροσωπεύει το μεγαλύτερο μέρος

του συνολικού κόστους, ενώ τα άμεσα έξοδα κοινωνικής φροντίδας είναι αμελητέα (Wimo, Jönsson, Bond, Prince, Winblad, & International, 2013).

Το παγκόσμιο κόστος της άνοιας εκτιμήθηκε στις Ηνωμένες Πολιτείες (ΗΠΑ) 818 δισεκατομμύρια δολάρια το 2015, αύξηση 35% από το 2010. Το 86% των δαπανών πραγματοποιείται σε χώρες υψηλού εισοδήματος. Το κόστος άτυπης φροντίδας και το άμεσο κόστος της κοινωνικής πρόνοιας εξακολουθούν να συνεισφέρουν ανάλογα με το συνολικό κόστος, ενώ το κόστος δαπανών στον ιατρικό τομέα είναι πολύ χαμηλότερο. Το όριο των 1 τρισεκατομμυρίων δολαρίων ΗΠΑ αναμένεται να ξεπεραστεί μέχρι το 2018 (Wimo, Guerchet, Ali, Wu, Prina, Winblad, & Prince, 2017).

Ωστόσο, υπάρχουν και κάποιες μεταβλητές που επηρεάζουν τις τιμές και τα έξοδα του συνολικού κόστους της ασθένειας. Μπορεί να είναι ανεξάρτητες ή εξαρτημένες μεταβλητές ή και να έχουν να κάνουν με την σοβαρότητα της νόσου και με το κόστος ζωής και φροντίδας της κάθε κοινωνίας και χώρας.

Οι εξαρτημένες μεταβλητές έχουν να κάνουν περισσότερο με τον τύπο τις βοήθειας που χρειάζονται όπως “Δραστηριότητες καθημερινής διαβίωσης (ADL)”, δηλαδή βοήθεια με την σίτιση, μετακινήσεις, χρήση τουαλέτας, ντύσιμο, περπάτημα κ.λπ. και τις “Εργατικές δραστηριότητες καθημερινής διαβίωσης (IADL)”, δηλαδή δραστηριότητες που έχουν να κάνουν με την διαχείριση οικονομικών, τα ψώνια του σπιτιού, η προετοιμασία γευμάτων, η καθαριότητα και φροντίδα του σπιτιού, μετακινήσεις εκτός σπιτιού και η διαχείριση της επικοινωνίας κ.λπ..

Οι ανεξάρτητες μεταβλητές μπορεί να έχουν να κάνουν με: α) την σοβαρότητα της άνοιας (χαμηλή, μέτρια, σοβαρή), β) την ύπαρξη συννοσηρότητας με άλλες ασθένειες και νόσους (εγκεφαλικό, διαβήτη, καρδιακά προβλήματα, υπέρταση, πνευμονοπάθεια, καρκίνο, ψυχοτραυματικά προβλήματα και αρθρίτιδα), γ) το ποιος είναι ο κύριος φροντιστής του ασθενή, δ) κοινωνικό-δημογραφικά στοιχεία (ηλικία, φυλή, φύλο και κοινωνική θέση) (Langa, Chernew, Kabeto, Herzog, Ofstedal, Willis, & Fendrick, 2001).

5.4. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ–ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

Υπάρχουν κάποιοι παράγοντες που μπορεί να επηρεάζουν το ποσοστό επιβάρυνσης των φροντιστών. Αυτοί μπορεί να έχουν να κάνουν με τον ασθενή, τον φροντιστή, αλλά και

την σχέση μεταξύ τους. Ειδικοί παράγοντες που έχουν εμπλακεί στο βάρος των φροντιστών περιλαμβάνουν πτυχές της ασθένειας των ασθενών όπως βαθμός δυσκολίας γνωστικής δυσλειτουργίας, με δραστηριότητες της καθημερινής ζωής, με την έκταση της αλλαγής προσωπικότητας και την παρουσία ψυχιατρικών συμπτωμάτων και διαταραχών συμπεριφοράς από τον ασθενή (Williams et al., 1994). Άλλοι παράγοντας που μπορεί να επηρεάσουν τον φροντιστή είναι το φύλο (οι γυναίκες επηρεάζονται σε μεγαλύτερο βαθμό), ο τύπος φροντίδας που υπάρχει (τυπικός ή άτυπος), η φυσική και πνευματική κατάσταση του ασθενή και ο μηχανισμός του αντιμετώπισης των δυσκολιών (Malone, Beach, & Zarit, 1995· Baumgartner et al., 1992· Burns, & Rabins, 2000)

Σκοπός αυτής της μελέτης McConaghy, & Caltabiano (2005), ήταν να προσδιοριστούν οι παράγοντες πρόβλεψης της ψυχολογικής και σωματικής ευεξίας στους νοσηλευτές του North Queensland που ασχολούνται με άτομα με άνοια. Η πρόβλεψη της ευημερίας θα μπορούσε να εντοπίσει τους φροντιστές που έχουν ανάγκη και θα βοηθήσει στην προώθηση προληπτικών στρατηγικών για όλους τους φροντιστές ατόμων με άνοια. Έτσι, υποστηρίχθηκε ότι η ικανοποίηση από τη ζωή υπάρχει ως υποκειμενική μέτρηση της ευημερίας, η οποία θα προβλεφθεί από το βάρος και την κατάθλιψη, τα υψηλότερα επίπεδα επιβάρυνσης ισοδυναμούν με μειωμένη ψυχολογική υγεία, οι φροντιστές που χρησιμοποιούν πρακτικές αντιμετώπισης συχνότερα αντιμετωπίζουν καλύτερη υγεία, λιγότερη επιβάρυνση και υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης από τη ζωή, οι γυναίκες φροντιστές θα ασκούν πιο συναισθηματικές (κακή προσαρμογή) μορφές αντιμετώπισης σε σχέση με τους άνδρες φροντιστές και θα αναφέρουν χαμηλότερα επίπεδα ικανοποίησης από τη ζωή, οι φροντιστές που φροντίζουν για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα θα αναφέρουν υψηλότερα επίπεδα επιβάρυνσης, χαμηλότερη σωματική υγεία και μειωμένη ικανοποίηση από τη ζωή, οι ηλικιωμένοι φροντιστές θα βιώσουν υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης από τη ζωή από τους νεότερους φροντιστές (McConaghy, & Caltabiano, 2005).

Η έρευνα των Pinguart & Sörensen (2005), βρήκε ότι κάποιες από τις εθνολογικές διαφορές ανάμεσα στους φροντιστές ασθενών με άνοια, οι οποίοι είχαν διαφορετικές εθνικότητες, είναι ότι: Οι φροντιστές των Εθνοτικών Μειονοτήτων (ομάδες μειονοτήτων πολλών διαφορετικών εθνών) είχαν χαμηλότερη κοινωνικοοικονομική κατάσταση, ήταν νεότεροι, ήταν λιγότερο πιθανό να είναι σύζυγοι και ήταν πιο πιθανό να λάβουν ανεπίσημη βοήθεια. Παρείχαν περισσότερη φροντίδα σε σχέση με τους λευκούς φροντιστές και είχαν ισχυρότερες πεποιθήσεις ως προς τις υποχρεώσεις τους από τους

λευκούς φροντιστές. Οι Ασιάτες-Αμερικανοί φροντίδες, αλλά όχι οι Αφροαμερικανοί και οι Ισπανόφωνοι φροντιστές, χρησιμοποίησαν λιγότερο τυπική υποστήριξη από τους μη ισπανόφωνους λευκούς φροντιστές. Ενώ, οι Αφροαμερικανοί φροντιστές είχαν χαμηλότερα επίπεδα επιβάρυνσης και κατάθλιψης από ό, τι οι λευκοί φροντιστές, διαπιστώσαμε ότι οι Ισπανόφωνοι και οι Ασιάτες-Αμερικανοί ευημερούσαν περισσότερο από τους λευκούς μη Ισπανόφωνους. Ωστόσο, όλοι οι φροντιστές της εθνικής μειονότητας ανέφεραν χειρότερη σωματική υγεία από τους λευκούς. Οι παρατηρούμενες εθνοτικές διαφορές στο βάρος και στην κατάθλιψη επηρεάστηκαν από τα χαρακτηριστικά της μελέτης, όπως το είδος της ασθένειας του λήπτη της περίθαλψης και η αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος.

Τα άτομα που φροντίζουν κάποιον από την οικογένεια που πάσχει από άνοια έχουν αυξημένη φυσική και ψυχολογική νοσηρότητα και μπορεί να αναπτύξουν υπερλιπιδαιμία ή και υπεργλυκαιμία του κυτταρικού ανοσοποιητικού συστήματος. Μια συνεπής διαπίστωση είναι ότι η κατάθλιψη είναι μια σημαντική συνέπεια της φροντίδας. Η διάγνωση ενός συγγενή με άνοια οδηγεί σε πολλές απώλειες και οι φροντιστές αντιμετωπίζουν θλίψη πολύ παρόμοια με εκείνη του θανάτου ή ακόμα χειρότερη. Αυτό αποκαλείται «αποπροσανατολισμένη θλίψη» (Doka, 1989), επειδή η απώλεια δεν μπορεί να αναγνωριστεί ανοιχτά ή δημοσίως και ο συγγενής δεν είναι αποδεκτός στην έκφραση θλίψης και δεν υποστηρίζεται κοινωνικά, όπως συμβαίνει με τον πραγματικό θάνατο (Papastavrou, Kalokerinou, Papacostas, Tsangari, & Sourtzi, 2007).

Ωστόσο, έχουν εμφανιστεί στη βιβλιογραφία και σε μελέτες με δείγματα μεγάλου πληθυσμού δεδομένα τα οποία υποστηρίζουν και κάποιες θετικές πλευρές σχετικά με την παροχή φροντίδας. Περίπου το ένα τρίτο των φροντιστών δεν αναφέρουν ούτε ένταση ούτε αρνητικές επιδράσεις στην υγεία (Schulz et al., 1997). Ιδιαίτερα στα πρώιμα στάδια της φροντίδας, δεν εμφανίζουν αρνητικές επιδράσεις (Burton et al., 2003· Hirst, 2005). Ακόμη και όταν οι απαιτήσεις φροντίδας γίνονται πιο έντονες και οδηγούν σε υψηλά επίπεδα δυσφορίας και κατάθλιψης, οι φροντιστές συχνά αναφέρουν θετικές πτυχές της εμπειρίας. Αναφέρουν ότι η φροντίδα τους κάνει να νιώθουν καλά για τον εαυτό τους και σαν να είναι απαραίτητες, δίνει νόημα στη ζωή τους, τους δίνει τη δυνατότητα να μάθουν νέες δεξιότητες και ενισχύει τις σχέσεις τους με άλλους (Tarlow et al., 2004). Οι ερευνητές γνωρίζουν εδώ και αρκετό καιρό ότι τα άτομα που έχουν υποστηρικτικές κοινωνικές σχέσεις είναι πιο ευτυχισμένα και πιο υγιή και ζουν περισσότερο από εκείνα που είναι κοινωνικά απομονωμένα (Brown, 2007· House et al., 1988). Πρόσφατα

ευρήματα υποδεικνύουν ότι η υποστήριξη ή η παροχή βοήθειας σε άλλους μπορεί να είναι εξίσου επωφελής για την υγεία όπως και η λήψη υποστήριξης (Schulz, & Sherwood, 2008).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 – Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΕΞΟΜΑΛΥΝΣΗ ΤΩΝ ΕΠΙΠΤΩΣΕΩΝ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ

6.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Λόγω της προοδευτικής φύσης των συμπτωμάτων που σχετίζονται με την άνοια οι λογοθεραπευτές είναι οι αρμόδιοι να παράσχουν τις κατάλληλες υπηρεσίες που θα ωφελήσουν τους ασθενείς και κατ' επέκτασιν τους φροντιστές τους, διατηρώντας τη λειτουργικότητά τους στο βαθμό που είναι εφικτό (όσον αφορά την ομιλία και την σίτιση), καθ' όλη τη διάρκεια της νόσου. Φυσικά η ενασχόληση του λογοθεραπευτή με την άνοια (όπως και με κάθε διαταραχή) προϋποθέτει το κατάλληλο εκπαιδευτικό υπόβαθρο, την εμπειρία και την κατάρτιση του ίδιου πάνω στο θέμα (ASHA, 2005a).

Ο ρόλος του λογοθεραπευτή στην άνοια είναι συνήθως σε συνεργασία με μία διεπιστημονική ομάδα, η οποία είναι σημαντική για την εξέλιξη της νόσου, της άνοιας στην συγκεκριμένη περίπτωση. Ο λογοθεραπευτής όσον αφορά την συνεισφορά του στον ασθενή με άνοια και στους φροντιστές τους γίνεται μέσω των παρακάτω διαδικασιών: αξιολόγηση/εκτίμηση, παρέμβαση, διεπαγγελματική συνεργασία, διαχείριση περιστατικών και εκπαίδευση/συμβουλευτική. Έτσι, εξάγουμε το συμπέρασμα, πως ο λογοθεραπευτής που είναι εκπαιδευμένος μπορεί να βοηθήσει τόσο τον ασθενή, όσο και τον φροντιστή και να διευκολύνει την πορεία της ζωής τους και την καθημερινότητά τους με τρόπους που αφορούν την επικοινωνία, την εκπαίδευση και συμβουλευτική των φροντιστών στα διάφορα επικοινωνιακά προβλήματα και προβλήματα σίτισης που μπορεί να προκύψουν με την εξέλιξη της νόσου (Bayles et al., 2005).

6.2. ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΟΜΑΔΑ

Όμως, για την αποτελεσματικότερη παρέμβαση ο λογοθεραπευτής απαιτείται να είναι μέλος μιας διεπιστημονικής ομάδας, την οποία απαρτίζουν γιατροί, νοσηλευτές, ψυχολόγοι, φυσιοθεραπευτές και εργοθεραπευτές. Όλοι αυτοί στην πρακτική της ψυχικής υγείας έχουν τις γνώσεις και τις δεξιότητες πρόσβασης στις γνωστικές λειτουργίες, τις οποίες η γλώσσα και η επικοινωνία αποτελούν ζωτικό μέρος (Bryan, & Maxim, 2006). Ο καθένας από αυτούς θα προσφέρει σε κάθε περιστατικό τις εξειδικευμένες γνώσεις του με σκοπό το καλύτερο θεραπευτικό αποτέλεσμα. Ο λογοθεραπευτής χρησιμοποιεί τις πληροφορίες που λαμβάνει από τα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας για την καλύτερη

προσέγγιση του ασθενή και, κατ' επέκτασιν, για την εφαρμογή κατάλληλων δοκιμασιών αξιολόγησης της γλώσσας και τη δημιουργία αποτελεσματικότερων πλάνων παρέμβασης. Επιπροσθέτως, ο λογοθεραπευτής στο πλαίσιο της διεπιστημονικής ομάδας μπορεί να συμβάλλει στη διαφοροδιάγνωση της διαταραχής, να εκθέσει παρατηρήσεις πάνω στο περιστατικό και να παραπέμψει ασθενείς σε επιστήμονες άλλης ειδικότητας (π.χ. ωτορινολαρυγγολόγους, εργοθεραπευτές κλπ.) (Muir, 1996).

6.3. ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗ

Επομένως, οι υπηρεσίες που ο λογοθεραπευτής καλείται να παρέχει σε έναν ασθενή με άνοια και στην οικογένειά του είναι πολυσύνθετες και καλύπτουν όλο το φάσμα της παρεμβατικής διαδικασίας. Πρώτος στόχος της παρέμβασης είναι η δημιουργία μιας καλής θεραπευτικής σχέσης (θεραπευτή- θεραπευόμενου), έτσι ώστε να υπάρχει ένα οικείο κλίμα, ο ασθενής να μην τρομάζει ή να φοβάται και να εμπιστεύεται τον θεραπευτή του, έτσι ο θεραπευτής κάνει την θεραπεία αποτελεσματικότερη. Στη συνέχεια, ο λογοθεραπευτής παίρνει το ιστορικό και από τον ασθενή (αν αυτό είναι εφικτό) αλλά και από τους οικείους του, έπειτα εξετάζει τα όργανα ομιλίας και αξιολογεί την γλωσσική ικανότητα και ομιλία με λεκτικές και μη λεκτικές δοκιμασίες και έτσι ξεκινά ο σχεδιασμός του θεραπευτικού πλάνου.

Ο θεραπευτής έχει ως μακροπρόθεσμο στόχο ένα πρόγραμμα αποκατάστασης της επικοινωνίας και της καθομιλουμένης γλώσσας των ασθενών με βάση τα ιδιαίτερα τους γλωσσικά και τα κοινωνικά περιβάλλοντα. Δεδομένου ότι ο τύπος άνοιας κάθε ασθενή έχει ποικίλα και διαφορετικά 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. 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 (Μακαρώνη, (χ.χ.)).

Στα καθήκοντα του λογοθεραπευτή είναι να συμβουλεύει και να παρέχει στον πάσχοντα εξωτερικές ενισχύσεις για να βοηθήσει τη μνήμη, την ανάκληση λέξεων την επικοινωνία του και κατ' επέκτασιν την καθημερινότητα του. Για παράδειγμα, μπορεί αν του δώσει βιβλία με διάφορες ασκήσεις, σύμφωνα με τον τομέα που εμφανίζονται δυσκολίες,

ημερολόγια για να σημειώνει τις καθημερινές του δραστηριότητες, ρολόγια και ατζέντες με ημερομηνίες για τον χρονικό προσανατολισμό του και τα ραντεβού του (Bryan, & Maxim, 2006). Επιπροσθέτως, έχει την ικανότητα να προτρέπει την επικοινωνία με διάφορους ευχάριστους τρόπους για τον ασθενή, όπως συζήτηση για τη ζωή του ασθενούς, για την εργασία του, την οικογένεια και γενικά για τις αναμνήσεις της συνολικής του ζωής. Επίσης, ο θεραπευτής μπορεί να προτείνει στους οικείους κατάλληλες δραστηριότητες που προάγουν την επικοινωνία και βρίσκει τρόπους να προσαρμόσει την καθημερινή ρουτίνα με σκοπό να προωθήσει την επικοινωνία (Bryan, & Maxim, 2006). Γενικά, είναι ο πλέον αρμόδιος να διαπιστώσει εάν οι επικοινωνιακές δυσκολίες επιδρούν σε προσωπικό επίπεδο την συμπεριφορά του ατόμου με άνοια. Επιπροσθέτως, ασχολείται με τα προβλήματα σίτισης και κατάποσης που μπορεί να προκύψουν και προτείνει στους φροντιστές τρόπους για την αντιμετώπιση τους.

Ταυτόχρονα, ο ρόλος του λογοθεραπευτή περιλαμβάνει και το κομμάτι της συμβουλευτικής. Σε ένα περιβάλλον στο οποίο υπάρχει διαταραχή, διαταραγμένο θα είναι και το ίδιο το περιβάλλον που αποτελείται από την οικογένεια και τους φροντιστές. Πρώτο στόχος του θεραπευτή είναι να κατανοήσουν οι φροντιστές και η οικογένεια τη φύση της νόσου και να εκπαιδευτούν για την μελλοντική της αντιμετώπιση. Έτσι, ο λογοθεραπευτής οφείλει να ενημερώσει τους φροντιστές για τα προβλήματα επικοινωνίας των ασθενών και να συμβουλέψει παρέχοντας τρόπους διευκόλυνσης της επικοινωνίας. Επίσης, στις ευθύνες του λογοθεραπευτή έγκειται η προσαρμογή της καθημερινότητας του πάσχοντα σε πρόσφορο έδαφος για την καλλιέργεια της επικοινωνίας. Για παράδειγμα, επικοινωνεί και συμβουλεύει για εύρεση φροντιστών για ημερήσια φροντίδα και για οικιακή ή νοσηλευτική φροντίδα στο σπίτι, δημιουργεί τμήματα ομαδικής θεραπείας για ασθενείς ή φροντιστές, όπως διάφορες επικοινωνιακές δραστηριότητες, ομάδες ενημέρωσης και υποστήριξης (σε συνδυασμό με άλλους επαγγελματικούς κλάδους). Ακόμη, βοηθάει τους ασθενείς και τους φροντιστές με τα επικοινωνιακά προβλήματα, εκφράζοντας τις απόψεις τους σχετικά με την τωρινή ή μελλοντική θεραπεία ή φροντίδα. Άρα, η έγκαιρη ενημέρωση και η παροχή πληροφοριών στην οικογένεια κρίνονται απαραίτητα (Bryan, & Maxim, 2006).

Σύμφωνα με τον ASHA (2005a), ο ρόλος του λογοθεραπευτή στην άνοια περιλαμβάνει τα εξής:

Αναγνώριση: αναγνωρίζει και ανιχνεύει τα άτομα που κινδυνεύουν από την άνοια, λαμβάνοντας υπόψιν την επικράτηση της άνοιας σε διαφορετικούς μορφωτικά και γλωσσικά πληθυσμούς.

Αξιολόγηση: 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.

Παρέμβαση: 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.

Συμβουλευτική: παρέχει κατάλληλες συμβουλές στα άτομα με άνοια, στους οικείους τους και στους φροντιστές σχετικά με τη φύση της άνοιας και της πορείας της.

Συνεργασία: 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 νόσου.

Διαχείριση του Περιστατικού: υπηρετεί ως διαχειριστής, συντονιστής ή επικεφαλής ομάδας ώστε να εγγυηθεί την έγκαιρη παράδοση ενός περιεκτικού σχεδίου διαχείρισης.

Εκπαίδευση: 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.

Συνηγορία: συνηγορεί σε υπηρεσίες για άτομα με άνοια· εξυπηρετεί ως ειδικός μάρτυρας.

Έρευνα: προάγει τη γνώση των γνωστικών-επικοινωνιακών προβλημάτων στις άνοιες και τη θεραπεία τους μέσα από την έρευνα (ASHA, 2005a).

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ali, F., & Josephs, K. A. (2018). Corticobasal degeneration: key emerging issues. *Journal of neurology*, 265(2), 439-445.

Alzheimer's Association. (2018). 2018 Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimer's & Dementia*, 14(3), 367-429.

Alzheimer's Society. *Rarer types of dementia*. Ανακτήθηκε από <https://www.alzheimers.org.uk/about-dementia/types-dementia/rarer-types-dementia-other-resources#content-start>.

American Speech-Language-Hearing Association. (2005). The roles of Speech-Language Pathologists working with individuals with dementia-based communication disorders: technical report.

Aarsland, D., & Kurz, M. W. (2010). The epidemiology of dementia associated with Parkinson disease. *Journal of the neurological sciences*, 289(1-2), 18-22.

Ballard, C. G., Aarsland, D., McKeith, I., O'Brien, J., Gray, A., Cormack, F., ... & Brown, R. (2002). Fluctuations in attention: PD dementia vs DLB with parkinsonism. *Neurology*, 59(11), 1714-1720.

Ballard, C., Neill, D., O'Brien, J., McKeith, I. G., Ince, P., & Perry, R. (2000). Anxiety, depression and psychosis in vascular dementia: prevalence and associations. *Journal of affective disorders*, 59(2), 97-106.

Bang, J., Spina, S., & Miller, B. L. (2015). Frontotemporal dementia. *The Lancet*, 386(10004), 1672-1682.

Bayles, K. A., Kim, E. S., Azuma, T., Chapman, S. B., Cleary, S., Hopper, T., ... & Zientz, J. (2005). Developing evidenced-based practice guidelines for speech-language pathologists serving individuals with Alzheimer's dementia. *Journal of Medical Speech Language Pathology*, 13(4), xiii.

Beatty, W. W., Ryder, K. A., Gontkovsky, S. T., Scott, J. G., McSwan, K. L., & Bharucha, K. J. (2003). Analyzing the subcortical dementia syndrome of Parkinson's disease using the RBANS. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 18(5), 509-520

- Bjørge, H., Kvaal, K., Småstuen, M. C., & Ulstein, I. (2017). Relationship quality and distress in caregivers of persons with dementia: A cross-sectional study. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*®, 32(3), 157-165.
- Bowler, J. V., Eliasziw, M., Steenhuis, R., Munoz, D. G., Fry, R., Merskey, H., & Hachinski, V. C. (1997). Comparative evolution of Alzheimer disease, vascular dementia, and mixed dementia. *Archives of neurology*, 54(6), 697-703.
- Boxer, A. L., Yu, J. T., Golbe, L. I., Litvan, I., Lang, A. E., & Höglinger, G. U. (2017). New diagnostics and therapeutics for progressive supranuclear palsy. *The Lancet. Neurology*, 16(7), 552.
- Brown, D. F. (1999). Lewy body dementia. *Annals of medicine*, 31(3), 188-196.
- Burns, A., & Rabins, P. (2000). Carer burden in dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 15(S1), S9-S13.
- Connell, C. M., Janevic, M. R., & Gallant, M. P. (2001). The costs of caring: impact of dementia on family caregivers. *Journal of geriatric psychiatry and neurology*, 14(4), 179-187.
- Coope, B., Ballard, C., Saad, K., Patel, A., Bentham, P., Bannister, C., & Wilcock, G. (1995). The prevalence of depression in the carers of dementia sufferers. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 10(3), 237-242.
- Cooper, J. K., & Mungas, D. (1993). Risk factor and behavioral differences between vascular and Alzheimer's dementias: the pathway to end-stage disease. *Journal of geriatric psychiatry and neurology*, 6(1), 29-33.
- Emre, M., Aarsland, D., Brown, R., Burn, D. J., Duyckaerts, C., Mizuno, Y., ... & Goldman, J. (2007). Clinical diagnostic criteria for dementia associated with Parkinson's disease. *Movement disorders: official journal of the Movement Disorder Society*, 22(12), 1689-1707.
- Englund, B., Brun, A., Gustafson, L., Passant, U., Mann, D., Neary, D., & Snowden, J. S. (1994). Clinical and neuropathological criteria for frontotemporal dementia. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 57(4), 416-8.
- Erkinjuntti, T. (1994). Clinical criteria for vascular dementia: the NINDS-AIREN criteria. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 5(3-4), 189-192.

Etters, L., Goodall, D., & Harrison, B. E. (2008). Caregiver burden among dementia patient caregivers: a review of the literature. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 20(8), 423-428.

Fernandez-Duque, D., & Black, S. E. (2005). Impaired recognition of negative facial emotions in patients with frontotemporal dementia. *Neuropsychologia*, 43(11), 1673-1687.

Fernandez-Duque, D., Hodges, S. D., Baird, J. A., & Black, S. E. (2010). Empathy in frontotemporal dementia and Alzheimer's disease. *Journal of clinical and experimental neuropsychology*, 32(3), 289-298.

Genetic and Rare Diseases (n.d.). *Progressive supranuclear palsy*. Ανακτήθηκε από <https://rarediseases.info.nih.gov/diseases/7471/progressive-supranuclear-palsy>.

Gerstenecker, A. (2017). The Neuropsychology (Broadly Conceived) of Multiple System Atrophy, Progressive Supranuclear Palsy, and Corticobasal Degeneration. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 32(7), 861-875.

Gerstenecker, A., Duff, K., Mast, B., Litvan, I., & ENGINE-PSP Study Group. (2013). Behavioral abnormalities in progressive supranuclear palsy. *Psychiatry research*, 210(3), 1205-1210.

Geser, F., Wenning, G. K., Poewe, W., & McKeith, I. (2005). How to diagnose dementia with Lewy bodies: state of the art. *Movement disorders: official journal of the Movement Disorder Society*, 20(S12), S11-S20.

Golbe, L. I., & Ohman-Strickland, P. A. (2007). A clinical rating scale for progressive supranuclear palsy. *Brain*, 130(6), 1552-1565.

Golbe I. L. (2017). *CBD: Some Answers*. Ανακτήθηκε από https://www.psp.org/wp-content/uploads/2017/08/7.31-CBD-SOME-ANSWERS-BROCH_print.pdf.

Golbe I.L (2016). *PSP: Some Answers*. Ανακτήθηκε από <https://www.psp.org/iwanttolearn/progressive-supranuclear-palsy/>.

Graham, N. L., Bak, T. H., & Hodges, J. R. (2003). Corticobasal degeneration as a cognitive disorder. *Movement disorders: official journal of the Movement Disorder Society*, 18(11), 1224-1232.

Graham, N., & Warner, J. (2009). *Alzheimer's Disease and Other Dementias*. Family Doctor Publications Limited.

Groves, W. C., Brandt, J., Steinberg, M., Warren, A., Rosenblatt, A., Baker, A., & Lyketsos, C. G. (2000). Vascular dementia and Alzheimer's disease: is there a difference? A comparison of symptoms by disease duration. *The Journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences*, 12(3), 305-315.

Hachinski, V. C., Iliff, L. D., Zilhka, E., Du Boulay, G. H., McAllister, V. L., Marshall, J., ... & Symon, L. (1975). Cerebral blood flow in dementia. *Archives of neurology*, 32(9), 632-637.

Hanson, J. C., & Lippa, C. F. (2009). Lewy body dementia. *International review of neurobiology*, 84, 215-228.

Hodges, J. R. (2001). Frontotemporal dementia (Pick's disease): clinical features and assessment. *Neurology*, 56(suppl 4), S6-S10.

Hodges, J. R., & Miller, B. (2001). The classification, genetics and neuropathology of frontotemporal dementia. Introduction to the special topic papers: Part I. *Neurocase*, 7(1), 31-35.

Hodges, J. R., Davies, R., Xuereb, J., Kril, J., & Halliday, G. (2003). Survival in frontotemporal dementia. *Neurology*, 61(3), 349-354.

Holland, K. (2016). *Understanding Parkinson's and Parkinson's Dementia*. Retrieved from <https://www.healthline.com/health/parkinsons/parkinsons-dementia?fbclid=IwAR2RlvBSB3sXzoRMaI8IYJ1HV9UIOgXPiXNmNajYERsR2IJBgKmjupAQplU#2>

Ikeda, M., Ishikawa, T., & Tanabe, H. (2004). Epidemiology of frontotemporal lobar degeneration. *Dementia and geriatric cognitive disorders*, 17(4), 265-268.

Jones, S., Laukka, E. J., & Bäckman, L. (2006). Differential verbal fluency deficits in the preclinical stages of Alzheimer's disease and vascular dementia. *Cortex*, 42(3), 347-355.

Kuzis, Sabe, Tiberti, Merello, Leiguarda, & Starkstein,. (1999). Explicit and implicit learning in patients with Alzheimer disease and Parkinson disease with dementia. *Neuropsychiatry, neuropsychology, and behavioral neurology*, 12(4), 265-269.

- Lafosse, J. M., Reed, B. R., Mungas, D., Sterling, S. B., Wahbeh, H., & Jagust, W. J. (1997). Fluency and memory differences between ischemic vascular dementia and Alzheimer's disease. *Neuropsychology*, 11(4), 514.
- Lamb, R., Rohrer, J. D., Lees, A. J., & Morris, H. R. (2016). Progressive supranuclear palsy and corticobasal degeneration: pathophysiology and treatment options. *Current treatment options in neurology*, 18(9), 42.
- Langa, K. M., Chernew, M. E., Kabeto, M. U., Regula Herzog, A., Beth Ofstedal, M., Willis, R. J., ... & Fendrick, A. M. (2001). National estimates of the quantity and cost of informal caregiving for the elderly with dementia. *Journal of general internal medicine*, 16(11), 770-778.
- Lees, A., & Williams, D. (2010, October). Προϊούσα υπερπυρηνική παράλυση. Ανακτήθηκε από <https://www.orpha.net/data/patho/GR/--GrgrAbs846.pdf>.
- Ling, H. (2016). Clinical approach to progressive supranuclear palsy. *Journal of movement disorders*, 9(1), 3.
- Lough, S., Kipps, C. M., Treise, C., Watson, P., Blair, J. R., & Hodges, J. R. (2006). Social reasoning, emotion and empathy in frontotemporal dementia. *Neuropsychologia*, 44(6), 950-958.
- Lowery, K., Mynt, P., Aisbett, J., Dixon, T., O'Brien, J., & Ballard, C. (2000). Depression in the carers of dementia sufferers: a comparison of the carers of patients suffering from dementia with Lewy bodies and the carers of patients with Alzheimer's disease. *Journal of Affective Disorders*, 59(1), 61-65.
- Mahapatra, R. K., Edwards, M. J., Schott, J. M., & Bhatia, K. P. (2004). Corticobasal degeneration. *The Lancet Neurology*, 3(12), 736-743.
- Martin, C. R., & Preedy, V. R. (Eds.). (2014). *Diet and nutrition in dementia and cognitive decline*. Academic Press.
- Maxim, J. A. N. E., & Bryan, K. A. R. E. N. (2006). Language, communication, and cognition in the dementias. *Communication disability in the dementias*, 73-124.
- McConaghy, R., & Caltabiano, M. L. (2005). Caring for a person with dementia: Exploring relationships between perceived burden, depression, coping and well-being. *Nursing & health sciences*, 7(2), 81-91.

McKeith, I. G., Boeve, B. F., Dickson, D. W., Halliday, G., Taylor, J. P., Weintraub, D., ... & Bayston, A. (2017). Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies: Fourth consensus report of the DLB Consortium. *Neurology*, 89(1), 88-100.

McKeith, I. G., & Mosimann, U. P. (2004). Dementia with Lewy bodies and Parkinson's disease. *Parkinsonism & Related Disorders*, 10, S15-S18.

McKhann, G. M., Albert, M. S., Grossman, M., Miller, B., Dickson, D., & Trojanowski, J. Q. (2001). Clinical and pathological diagnosis of frontotemporal dementia: report of the Work Group on Frontotemporal Dementia and Pick's Disease. *Archives of neurology*, 58(11), 1803-1809.

Moore, T., & Guttman, M. (2014). Challenges Faced by Patients With Progressive Supranuclear Palsy and their Families. *Movement Disorders Clinical Practice*, 1(3), 188-193.

Muir, N. J. (1996). The role of the speech and language therapist in psychiatry. *Psychiatric Bulletin*, 20(9), 524-526.

National Organization for Rare Disorders - NORD (2017). *Progressive Supranuclear Palsy*. Ανακτήθηκε από <https://rarediseases.org/rare-diseases/progressive-supranuclear-palsy/>.

Neary, D., Snowden, J. S., Gustafson, L., Passant, U., Stuss, D., Black, S. A. S. A., & Boone, K. (1998). Frontotemporal lobar degeneration A consensus on clinical diagnostic criteria. *Neurology*, 51(6), 1546-1554.

Neary, D., Snowden, J., & Mann, D. (2005). Frontotemporal dementia. *The Lancet Neurology*, 4(11), 771-780.

Noe, E., Marder, K., Bell, K. L., Jacobs, D. M., Manly, J. J., & Stern, Y. (2004). Comparison of dementia with Lewy bodies to Alzheimer's disease and Parkinson's disease with dementia. *Movement Disorders*, 19(1), 60-67.

Papastavrou, E., Kalokerinou, A., Papacostas, S. S., Tsangari, H., & Sourtzi, P. (2007). Caring for a relative with dementia: family caregiver burden. *Journal of advanced nursing*, 58(5), 446-457.

Parkinson's UK. (2011). *Dementia*. Retrieved from <https://www.parkinsons.org.uk/information-and-support/dementia>

- Piguet, O., Hornberger, M., Mioshi, E., & Hodges, J. R. (2011). Behavioural-variant frontotemporal dementia: diagnosis, clinical staging, and management. *The Lancet Neurology*, 10(2), 162-172.
- Pinquart, M., & Sörensen, S. (2005). Ethnic differences in stressors, resources, and psychological outcomes of family caregiving: A meta-analysis. *The Gerontologist*, 45(1), 90-106.
- Pinquart, M., & Sörensen, S. (2007). Correlates of physical health of informal caregivers: a meta-analysis. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 62(2), P126-P137.
- Pillon, B., Deweer, B., Agid, Y., & Dubois, B. (1993). Explicit memory in Alzheimer's, Huntington's, and Parkinson's diseases. *Archives of Neurology*, 50(4), 374-379.
- Rosa, E., Lussignoli, G., Sabbatini, F., Chiappa, A., Di Cesare, S., Lamanna, L., & Zanetti, O. (2010). Needs of caregivers of the patients with dementia. *Archives of gerontology and geriatrics*, 51(1), 54-58.
- Rosen, H. J., Hartikainen, K. M., Jagust, W., Kramer, J. H., Reed, B. R., Cummings, J. L., ... & Miller, B. L. (2002). Utility of clinical criteria in differentiating frontotemporal lobar degeneration (FTLD) from AD. *Neurology*, 58(11), 1608-1615.
- Schulz, R., & Sherwood, P. R. (2008). Physical and mental health effects of family caregiving. *Journal of Social Work Education*, 44(sup3), 105-113.
- Snowden, J. S. (2018). Empathy in Frontotemporal Dementia. *Cognitive and Behavioral Neurology*, 31(2), 111.
- Taylor, A. (2018). *Dementia with Lewy Bodies*. Retrieved from: <https://www.caregiver.org/dementia-lewy-bodies>.
- Tierney, M. C., Nores, A., Snow, W. G., Fisher, R. H., Zoritto, M. L., & Reid, D. W. (1994). Use of the Rey Auditory Verbal Learning Test in differentiating normal aging from Alzheimer's and Parkinson's dementia. *Psychological Assessment*, 6(2), 129.
- Torti Jr, F. M., Gwyther, L. P., Reed, S. D., Friedman, J. Y., & Schulman, K. A. (2004). A multinational review of recent trends and reports in dementia caregiver burden. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*, 18(2), 99-109.

Tsai, R. M., & Boxer, A. L. (2014). Treatment of frontotemporal dementia. *Current treatment options in neurology*, 16(11), 319.

Tsuang, D. W., Dalan, A. M., Eugenio, C. J., Poorkaj, P., Limprasert, P., La Spada, A. R., ... & Leverenz, J. B. (2002). Familial dementia with lewy bodies: a clinical and neuropathological study of 2 families. *Archives of neurology*, 59(10), 1622-1630.

Van der Lee, J., Bakker, T. J., Duivenvoorden, H. J., & Dröes, R. M. (2014). Multivariate models of subjective caregiver burden in dementia: a systematic review. *Ageing research reviews*, 15, 76-93.

Vitaliano, P. P., Zhang, J., & Scanlan, J. M. (2003). Is caregiving hazardous to one's physical health? A meta-analysis. *Psychological bulletin*, 129(6), 946.

Wimo, A., Guerchet, M., Ali, G. C., Wu, Y. T., Prina, A. M., Winblad, B., ... & Prince, M. (2017). The worldwide costs of dementia 2015 and comparisons with 2010. *Alzheimer's & Dementia*, 13(1), 1-7.

Wimo, A., Jönsson, L., Bond, J., Prince, M., Winblad, B., & International, A. D. (2013). The worldwide economic impact of dementia 2010. *Alzheimer's & Dementia*, 9(1), 1-11.

Yang, G., Wang, Y., Tian, J., & Liu, J. P. (2013). Huperzine A for Alzheimer's disease: a systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. *PloS one*, 8(9), e74916.

Zweig, Y. R., & Galvin, J. E. (2014). Lewy body dementia: the impact on patients and caregivers. *Alzheimer's research & therapy*, 6(2), 21.

Ελληνική

Γεωργιάδης, Μ., (2008) *Νόσος του Πάρκινσον και Παρκινσονισμός*. Εκδόσεις επιστημονικών βιβλίων και περιοδικών university studio press, Αθήνα.

Γκιντώνη, Ε. Β., (2010) *“Φροντίδα για τους φροντιστές ατόμων με άνοια”* Ανακτήθηκε από <https://docplayer.gr/6488922-Frontida-gia-toys-frontistes-atomon-me-anoia-eygenia-v-gkintoni-psyhologos-msc-epistimoniki-synergatis-ps-n-t-keddy-arkadias.html>.

Γούσης, Δ. (2014) *Άνοια*. Ανακτήθηκε από <https://www.dgousis.gr/διαταραχές/άνοια>.

Δαρδαβέσης, Θ. (1988). *Ιατροκοινωνικά προβλήματα της τρίτης ηλικίας*. Αθήνα: Υγειονομική Σχολή Αθηνών.

Λιόντος Α., Λιάμης Γ. (2014) Η αγγειακή άνοια σε διαβητολογικά θέματα. *Ελληνικά διαβητολογικά χρονικά*, 4: 221-226.

Μακαρώνη, Δ.(2016) *Διαταραχές λόγου και επικοινωνίας σε ασθενείς με άνοια* (Πτυχιακή εργασία) Ανακτήθηκε από Αποθετήριο ΤΕΙ Ηπείρου – Ιωάννινα <http://apothetirio.teiep.gr/xmlui/handle/123456789/5197>.

Μεντενόπουλος, Γ., Μπούρας., Κ. (2002). *Η Νόσος του Alzheimer*. University studio press.

Μούγιας, Α. (2011). *Άνοια και ποιότητα ζωής στην τρίτη ηλικία*(Doctoral dissertation), Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων. Σχολή Ιατρικής. Τμήμα Ιατρικής. Τομέας Κοινωνικής Ιατρικής και Ψυχικής Υγείας. Κλινική Ψυχιατρική Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων).

Μούστρης, Α. Π. (2017, July 12). *Φλοιοβασική Εκφύλιση (CBD)*. Ανακτήθηκε από <https://neyrologos.gr/floiovasiki-ekfylisi-cbd>.

Μούστρης, Α. Π. (2018, March 06). *Μετωποκροταφική άνοια*. Ανακτήθηκε από <https://neyrologos.gr/metopokrotafiki-anoia>.

Μούστρης, Α. Π. (2017, November 23). *Προϊούσα Υπερπυρηνική Παράλυση (νόσος PSP ή σύνδρομο Richardson)*. Ανακτήθηκε από <https://neyrologos.gr/proiousa-yperpiriniki-paralysi-psp>.

Ντούζγου, Σ., & Μιχελακάκη, Ε. (Ιανουάριος 2011). *Ασθένεια Huntington*. Ανακτήθηκε από <https://www.orpha.net/data/patho/GR/-Huntington-GRgrAbs118.pdf>.

Παπαγεωργίου, Σ., (χ.χ.). *ΑΝΟΙΑ*. Ανακτήθηκε από www.ahepahosp.gr/downloads/ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ%20ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΑ/.../ΑΝΟΙΑ.pdf

Πλατή Χ., (2008) *Γεροντολογική νοσηλευτική*. Ιατρικές εκδόσεις Γιάννης Β. Παρισιάνος Η΄ έκδοση. Αθήνα.

Πολίτης, Α., Μούγιας, Α., & Κατιρτζόγλου, Ε. (2016). *Κατευθυντήριες οδηγίες – Άνοιες*. Ανακτήθηκε από <https://docplayer.gr/1277747-Kateythyntiries-odigies-anoies.html>.

Σακκά, Π., Ευθυμίου, Α., Ντανάση, Ε., Καρπαθίου, Ν., Βαμβακάρη, Ε., Μαστρογιαννάκης, Τ., Λάβδας, Μ. *Εγχειρίδιο για Επαγγελματίες Υγείας: Βασικές αρχές*

για την άνοια. Ανακτήθηκε από https://s3.amazonaws.com/webprofile-ngos/Files/51/Εταιρεία%20Νόσου%20Alzheimer_Εγχειρίδιο%20Επαγγελματία.pdf.

Σακκά, Π., (2015). “Εγχειρίδιο Φροντιστών Ατόμων Με Άνοια”. Εταιρεία Νόσου Alzheimer και Συναφών Διαταραχών Αθηνών.

Σακκά, Π., (2016, January 25). Άνοια: Οι νέες προοπτικές στη θεραπεία. Ανακτήθηκε από <https://www.hygeia.gr/anoia-oi-nees-prooptikes-sti-therapeia>.

Σακκά, Π., (χ.χ.) Το Φορτίο των Φροντιστών Ανοϊκών Ασθενών. Εταιρεία Νόσου Alzheimer και Συναφών Διαταραχών Αθηνών. Αναρτήθηκε από <http://psakka.gr/docs/fortioFrontistwn.pdf>.

Στεφανής Κ., Σολδάτος Κ., Μαυρέας Β. (1992). Ταξινόμηση ICD-10 ψυχικών διαταραχών και διαταραχών της συμπεριφοράς. Αθήνα. Εκδ.: Βήτα

Τσολάκη, Μ. (2002). Άνοια τύπου Alzheimer: η πρόκληση του 21ου αιώνα.

Τσολάκη, Μ. (2007). Alzheimer: Νέες διαστάσεις στην προσέγγιση της νόσου.

Τσολάκη, Μ., & Καζής, Α. (2005). Άνοια. Ιατρική και Κοινωνική Πρόκληση. Εκδόσεις: UNIVERSITY STUDIO PRESS.

Χατζηδημητρίου, Η. (2017, December 28). Η Μετωποκροταφική Άνοια (Μέρος 2ο). Ανακτήθηκε από <https://inzone.gr/η-μετωποκροταφική-άνοια-μέρος-2ο/>.

Hauser, St., & Josephson, Sc. A. (2010) HARRISON Νευρολογία στην Κλινική Ιατρική. Εκδ. Παρισιάνου Α.Ε..

Murdoch, B. E. (2008). Προβλήματα λόγου και ομιλίας. (Καμπανάρου Μ., Μετ.) (1^η έκδ.). Αθήνα: Εκδόσεις Έλλην.

Schindelmeiser, J. (2013). Νευρολογία για λογοθεραπευτές (1η έκδ.) (Πατσικαθεοδώρου Γ., Μετ.). Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Ρόδων.

WHO & Alzheimer's Disease International (2015). Βοήθεια στους περιθάλποντες ατόμων με άνοια. Πανελλήνια Ομοσπονδία Νόσου Alzheimer και Συναφών Διαταραχών.

World Health Organization (2018). Towards a dementia plan: a WHO guide. Retrieved from: https://www.who.int/mental_health/neurology/dementia/en/.