

ΑΛΛΕΞΑΝΔΡΕΙΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ  
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ



ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ  
ΘΕΜΑ:

**ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ  
ΑΝΟΙΑ**

ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΚΗ ΟΜΑΔΑ:

ΦΩΤΟΠΟΥΛΟΥ ΞΑΝΘΗ

ΧΡΙΣΤΟΦΟΡΙΔΗΣ ΚΛΕΑΝΘΗΣ

ΕΠΙΒΛ. ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: ΚΑΨΑ ΜΑΡΙΑ

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 2011

# ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΝΟΙΑ

ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ:  
κ. ΚΑΨΑ ΜΑΡΙΑ

ΜΕΛΟΙ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ:

κ. ΛΑΒΔΑΝΙΤΗ ΜΑΡΙΑ  
κ. ΜΗΝΑΣΙΔΟΥ ΕΥΓΕΝΙΑ

# ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Σελ.

Πρόλογος.....	7
Εισαγωγή.....	8

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΑΝΟΙΑ

1.1 Ορισμός.....	10
1.2 Εξέλιξη της νόσου.....	11
1.2.1 Πρώιμο στάδιο.....	11
1.2.2 Μεσαίο στάδιο.....	12
1.2.3 Όψιμο στάδιο.....	13
1.3 Είδη της άνοιας.....	13
1.3.1 Άνοια τύπου Alzheimer.....	14
1.3.2 Αγγειακή άνοια.....	19
1.3.3 Άνοια οφειλούμενη σε άλλες γενικές ιατρικές καταστάσεις.....	20
1.3.4 Άνοια σε παθήσεις του εξωπυραμιδικού συστήματος.....	22
1.3.5 Άνοια σε λοιμώξεις.....	24
1.3.6 Ανοϊκά σύνδρομα με προοδευτική εστιακή (λοβώδη) φλοιϊκή εκφύλιση.....	26
1.4 Σύνοψη κεφαλαίου.....	29

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

2.1 Επιδημιολογικά στοιχεία.....	30
2.2 Επιπολασμός και επίπτωση της άνοιας.....	32
2.3 Σύνοψη κεφαλαίου.....	33

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΑΙΤΙΑ - ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

3.1 Αιτιολογικοί παράγοντες.....	34
3.2 Προδιαθεσικοί παράγοντες.....	34
3.3 Επιδημιολογική ανάλυση των παραγόντων κινδύνου.....	35
3.3.1 Ηλικία.....	36
3.3.2 Γενετική.....	36

3.3.3	Δημογραφικοί παράγοντες.....	37
3.3.4	Κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις.....	39
3.3.5	Τοξικοί παράγοντες.....	39
3.3.6	Αγγειακός παράγων.....	39
3.3.7	Αρτηριακή υπέρταση.....	40
3.3.8	Αγγειακές παθήσεις εγκεφάλου.....	40
3.4	Σύνοψη κεφαλαίου.....	41

#### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ

4.1	Διάγνωση.....	42
4.2	Κλινική εκτίμηση.....	42
4.3	Εργαστηριακά ευρήματα.....	44
4.3.1	Παρακλινικές εξετάσεις.....	44
4.3.2	Απεικονιστικές μέθοδοι.....	44
4.4	Διαχωρισμός του τύπου της άνοιας.....	46
4.5	Σύνοψη κεφαλαίου.....	46

#### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

5.1	Φαρμακευτική αντιμετώπιση της άνοιας.....	47
5.1.1	Αποτελέσματα των φαρμάκων.....	48
5.2	Μη φαρμακευτικές θεραπείες στην άνοια.....	51
5.2.1	Ατομική ψυχοθεραπεία.....	52
5.2.2	Ομαδική Ψυχοθεραπεία.....	53
5.2.3	Μουσικοθεραπεία.....	54
5.2.4	Θεραπεία μέσω των αναμνήσεων – Reminiscence.....	56
5.2.5	Θεραπεία μέσω της τέχνης (Art Therapy).....	57
5.3	Νέες Θεραπείες.....	58
5.4	Σύνοψη κεφαλαίου.....	59

#### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ

6.1	Κατάθλιψη.....	60
6.1.1	Διάγνωση κατάθλιψης.....	61
6.1.2	Προβλήματα στη διάγνωση κατάθλιψης.....	62
6.1.3	Άλλες μορφές κατάθλιψης.....	62

6.2 Παραλήρημα.....	63
6.2.1 Συμπτώματα των παραληρητικών ασθενών.....	64
6.2.2 Διάγνωση παραληρήματος.....	64
6.3 Ψευδοάνοια.....	65
6.4 Σύνοψη κεφαλαίου.....	66

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

7.1 Διαταραχή της μνήμης.....	67
7.2 Χρόνια σύγχυση.....	68
7.3 Ακράτεια.....	69
7.4 Παραλυτικές ιδέες και ψευδαισθήσεις.....	71
7.5 Διαταραχές ύπνου.....	72
7.6 Υψηλός κίνδυνος δυσκοιλιότητας.....	73
7.7 Απάθεια.....	74
7.8 Άγχος.....	75
7.9 Υψηλός κίνδυνος διατροφικών αλλαγών.....	76
7.10 Επιληπτικές κρίσεις.....	77
7.11 Αποπροσανατολισμός.....	78
7.12 Αδυναμία ανάληψης ρόλων.....	79
7.13 Επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές.....	80
7.14 Περιπλάνηση.....	81
7.15 Έκπτωση της κοινωνικής συναλλαγής.....	82
7.16 Απελπισία.....	83
7.17 Σεξουαλικά ανάρμοστη συμπεριφορά.....	84
7.18 Θλίψη.....	85
7.19 Υψηλός κίνδυνος βίας – κατευθυνόμενης σε άλλους.....	86
7.20 Ασφάλεια.....	87
7.21 Απώλεια αντικειμένων και άδικες κατηγορίες.....	88
7.22 Προσκόλληση.....	89
7.23 Μεγάλος κίνδυνος κόπωσης για τον φροντιστή.....	90

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: ΗΘΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ - ΤΟ ΦΟΡΤΙΟ ΤΟΥ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗ

A. Ηθικά ζητήματα.....	92
8.1 Οι αρχές των επαγγελματιών υγείας.....	92
8.1.1 Ο νόμος στην άνοια.....	93
8.1.2 Αποφάσεις φροντίδας υγείας.....	94
8.1.3 Κοινωνικά προβλήματα της άνοιας.....	95
B. Το φορτίο του φροντιστή.....	96
8.2 Αισθήματα που καλείται να αντιμετωπίσει ο φροντιστής.....	97
8.2.1 Φροντιστής και αυτοαποτελεσματικότητα.....	98
8.3 Σύνοψη κεφαλαίου.....	99
Συμπεράσματα - προτάσεις.....	100
Περίληψη.....	101
Επίλογος.....	102
Βιβλιογραφία.....	103

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Είναι γνωστό, ότι τα τελευταία χρόνια στους αναπτυγμένους αλλά και στους αναπτυσσόμενους λαούς αυξάνει ο μέσος όρος ζωής και επομένως θα αυξηθούν, σε απόλυτο αριθμό, οι ασθενείς που πάσχουν από εκφυλιστικά νοσήματα του νευρικού συστήματος. Ταυτόχρονα, αυξάνεται ο αριθμός των ασθενών με κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις, ιδιαίτερα στην Ελλάδα, όπου συμβαίνουν πολλά τροχαία ατυχήματα, ενώ δεν είναι μικρός ο αριθμός των ηλικιωμένων αλλά και των ενηλίκων που πάσχουν από κατάθλιψη ή άλλες ψυχιατρικές διαταραχές.

Ακόμα, η παρατηρούμενη γήρανση του πληθυσμού συνέβαλε στην αύξηση της τρίτης ηλικίας, ειδικότερα των πολύ ηλικιωμένων ατόμων, που παρουσιάζουν πολλά προβλήματα τα οποία αυξάνονται με την ηλικία και απαιτούν ιδιαίτερη γνώση και νοσηλευτική φροντίδα. Ένα από τα αναρίθμητα προβλήματα των ηλικιωμένων είναι και η άνοια.

Η ανάγκη εκτίμησης αυτών των ασθενών είναι μεγάλη τόσο για τη διάγνωση όσο και για την αποκατάσταση, γι' αυτό και γίνεται προσπάθεια να κατασκευαστούν και να σταθμιστούν αξιόπιστες κλίμακες, οι οποίες θα βοηθήσουν την καθημερινή κλινική πράξη.

Η προσπάθεια αυτή άρχισε στην Ελλάδα πριν από χρόνια (1992), όταν άρχισαν να εξετάζονται ασθενείς με άνοια και η ανάγκη να εκτιμηθούν οι επιμέρους νοητικές λειτουργίες, οι λειτουργικές ικανότητες, τα συμπεριφορικά και συναισθηματικά προβλήματα ήταν μεγάλη. Ήδη εφαρμόζονται μια σειρά από κλίμακες με μοναδικό σκοπό να γίνει η καθημερινή εργασία με τους ασθενείς πιο εύκολη, πιο χρήσιμη και λιγότερο κουραστική κυρίως για τους ασθενείς.



## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Με τον όρο άνοια εννοούμε ανικανότητα του ατόμου να χρησιμοποιήσει το νου του. Η άνοια αποτελεί ένα τεράστιο πρόβλημα κυρίως στις προηγμένες κοινωνίες που συνεπάγεται την πρόκληση ποικίλων ιατροκοινωνικών προβλημάτων, οι επιπτώσεις των οποίων επιβαρύνουν τόσο τους ίδιους τους πάσχοντες και το άμεσο οικογενειακό τους περιβάλλον, όσο και ευρύτερα το κοινωνικό σύνολο. Αυτό το φαινόμενο δημιουργεί την ανάγκη να αναζητηθούν ιδιαίτερες νοσηλευτικές παρεμβάσεις και πρακτικές οδηγίες για να εξασφαλίσουμε καλή ποιότητα ζωής για τους ασθενείς και τις οικογένειές τους. Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις είναι οι συστηματικές, επιστημονικές επιλύσεις ενός προβλήματος στην πράξη. Είναι μια σειρά από σχεδιασμένες ενέργειες προκειμένου να ικανοποιηθούν οι ανάγκες και να επιλυθούν τα προβλήματα του ασθενούς και της οικογένειάς του.

Υπάρχουν μύθοι και παραπληροφόρηση σχετικά με την άνοια. Σκοπός αυτής της εργασίας είναι να διευκρινιστούν αυτά τα θέματα και να επιτευχθεί καλύτερη κατανόηση του τι προκαλεί τη νόσο, αλλά και του πώς λαμβάνει χώρα η διαδικασία της διάγνωσης και της θεραπείας.

Η πρώτη εμπειρική γνώση ότι η μνήμη μειώνεται με την αύξηση της ηλικίας μπορεί να χρονολογηθεί από παρατηρήσεις των Αιγυπτίων το 2000 π.Χ., ενώ λεπτομερείς περιγραφές περιστατικών άνοιας έχουμε ακόμα από τον 9<sup>ο</sup> αιώνα π.Χ. Η λέξη άνοια (dementia) αναφέρεται από τον Celsus (παράλληλα και με την ελληνική έννοια του όρου). Ο όρος άνοια γίνεται περισσότερο σαφής γύρω στο 600 μ.Χ.

Περίπου το 1530 αναφέρεται η σημασία της κληρονομικότητας στην άνοια ενώ το 17<sup>ο</sup> αιώνα περιγράφονται περιστατικά άνοιας μετά από αποπληξία. (Willis, 1670). Μόνο στις αρχές του 20<sup>ο</sup> αιώνα γίνεται μια πιο επιστημονική προσέγγιση του πεδίου, με επιφανής νευρολόγους και νευροπαθολόγους να περιγράφουν ουσιαστικά και να θέτουν τις βάσεις της διάγνωσης των κλινικών συνδρόμων που απασχολούν και σήμερα την νευρολογία στον τομέα της άνοιας.

Το θεματικό περιεχόμενο της εργασίας εκτείνεται σε 8 κεφάλαια. Στο 1<sup>ο</sup> κεφαλαίο ορίζεται αρχικά η έννοια άνοια και ακολουθούν τα είδη της. Στο 2<sup>ο</sup> κεφάλαιο αναλύονται τα επιδημιολογικά στοιχεία σύμφωνα με επιστημονικές έρευνες στην Ευρώπη, Αμερική, Αυστραλία και Ελλάδα. Ακολουθεί το 3<sup>ο</sup> κεφάλαιο όπου αναφέρονται οι παράγοντες κινδύνου της άνοιας και αναλύονται οι κυριότεροι αιτιολογικοί παράγοντες της νόσου. Στο 4<sup>ο</sup> κεφάλαιο γίνεται προσπάθεια διαγνωστικών προσεγγίσεων, οι οποίες βοηθούν, με ερωτηματολόγια και με διάφορες εξετάσεις, να διαγνωστεί

εύκολα και γρήγορα η νόσος στους ασθενείς που πάσχουν από αυτήν, ενώ στο 5<sup>ο</sup> κεφάλαιο μελετώνται οι θεραπευτικές παρεμβάσεις που εφαρμόζονται, έτσι ώστε να ανακουφιστεί ο ασθενής από τα συμπτώματά του καθώς και οι τρόποι με τους οποίους μπορεί να υποστηριχθεί για να αντιμετωπίσει την ασθένειά του. Στο 6<sup>ο</sup> κεφάλαιο της εργασίας μελετάται η συννοσηρότητα, δηλαδή η ανάπτυξη κι άλλων παθήσεων ταυτόχρονα με την άνοια. Το κυριότερο όμως, κεφάλαιο αυτής της εργασίας είναι το 7<sup>ο</sup>, όπου αναπτύσσονται οι νοσηλευτικές διαγνώσεις και παρεμβάσεις που εφαρμόζονται στα πλαίσια της ανακούφισης και της αντιμετώπισης των προβλημάτων του ασθενή. Τέλος, στο 8<sup>ο</sup> κεφάλαιο καταγράφονται τα ηθικά και νομικά ζητήματα γύρω από την άνοια καθώς και το φορτίο που καλείται να αναλάβει ο φροντιστής.

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

## ΑΝΟΙΑ

---

### 1.1 Ορισμός

*Άνοια* χαρακτηρίζουμε μια προϊούσα εγκεφαλική συνδρομή που επηρεάζει τη νόηση και τη συμπεριφορά έως του σημείου μεγάλης έκπτωσης της λειτουργικότητας και αδυναμία εκτέλεσης καθημερινών δραστηριοτήτων, σταδιακή μείωση της μνήμης και προοδευτική απομόνωση. Είναι δόκιμο να προσεγγίσουμε την άνοια με την ευρύτερη έννοια του συνδρόμου και όχι με την στενή και μηχανιστική έννοια της νόσου, καθώς είναι μικρό μόνο το ποσοστό των περιπτώσεων όπου μπορεί να αναγνωριστεί ένας καθορισμένος αιτιολογικός παράγοντας ο οποίος με γνωστό παθοφυσιολογικό μηχανισμό να οδηγεί σε άνοια. Ανεξάρτητα όμως από την αιτιολογία που την προκάλεσε, τελικά αναμένεται διάχυτη και μόνιμη απώλεια νευρώνων σε όλες τις περιοχές του εγκεφάλου.

Η άνοια είναι σύνδρομο που αποτελείται από πολλές άνοιες. Από ανατομική και κλινική άποψη το σύνδρομο αυτό ορίζεται ως διανοητική εξασθένηση, επίκτητη, καθολική και τις περισσότερες φορές έντονη, ενώ παρατηρούνται συμπεριφορικές διαταραχές, της ψυχικής σφαίρας και μεγάλη έκπτωση της λειτουργικότητας του ατόμου.

Ένας ακόμη ορισμός για την άνοια, που ορίζεται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, είναι ο εξής: Το άτομο, χωρίς να έχει ελλείμματα συνείδησης, θα πρέπει να εμφανίζει ένα από τα παρακάτω συμπτώματα, για τουλάχιστον 6 μήνες:

- Εξασθένηση μνήμης.
- Εξασθένηση άλλων γνωστικών λειτουργιών, όπως κρίση, σκέψη, προγραμματισμός.
- Εξασθένηση του συναισθηματικού ελέγχου (π.χ. ευερεθιστότητα) ή της κινητοποίησης.

Αν και η άνοια είναι πιο κοινή στη γεροντική ηλικία, δεν πρέπει να θεωρείται συνώνυμη με τη μεγάλη ηλικία, ούτε είναι φυσιολογικό επακόλουθο των γηρατειών. Είναι διάχυτη νόσος του εγκεφάλου, που η διάγνωσή της αφορά οποιαδήποτε ηλικία μετά τα 3 ή 4 (ηλικία που ο δείκτης ευφύιας αποκτά σημαντική σταθερότητα). Οποσδήποτε, πάντως αν και η άνοια δεν είναι συχνή σε παιδιά και εφήβους, μπορεί να συμβεί από γενικές ιατρικές καταστάσεις όπως, τραύμα κεφαλής, όγκοι του εγκεφάλου, λοίμωξη από HIV, αδρενολευκοδυστροφίες και να εμφανισθεί είτε με

έκπτωση λειτουργικότητας είτε με καθυστέρηση ή παρέκκλιση στη φυσιολογική ανάπτυξη (Graham & Warner 2009a).

## 1.2 Εξέλιξη της νόσου

Η άνοια αποτελεί συνήθως προοδευτική νόσο. Επηρεάζει το άτομο με πολλαπλούς τρόπους. Αυτό συμβαίνει επειδή τα συμπτώματα και ο τρόπος με τον οποίο αναπτύσσονται, αντικατροπίζουν την προσωπικότητα, τον τρόπο ζωής, την ποιότητα των σχέσεων και την ψυχική και σωματική υγεία.

Τα συμπτώματα διαφέρουν ανάλογα με τον τύπο της άνοιας, παρόλα αυτά υπάρχουν κάποιες γενικές ομοιότητες ανάμεσα στις υποκατηγορίες. Τα συνηθέστερα συμπτώματα είναι η απώλεια μνήμης και οι δυσκολίες στις καθημερινές εργασίες, γεγονός που οδηγεί σε έλλειψη ανεξαρτησίας και μπορεί να επηρεάσει τις κοινωνικές σχέσεις.

Η πρόοδος της νόσου μπορεί να ποικίλει σημαντικά από άτομο σε άτομο. Υπάρχουν άτομα που μπορεί να ζήσουν με τη νόσο για 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 ποιοτικότερη 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 προοδεύει με διαφορετικό ρυθμό σε διαφορετικά άτομα, θα βοηθούσε η περιγραφή της πορείας της νόσου στα πρώτα, τα μεσαία και τα τελευταία της στάδια (Graham & Warner 2009b).

### 1.2.1 Πρώιμο 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 πράγματι εμφανίστηκαν περίεργα συμπτώματα (των οποίων η σημασία δεν είχε αναγνωριστεί αμέσως ή ίσως είχαν ερμηνευτεί ως στοιχεία της φυσιολογική γήρανσης), μόνο όταν κάποιος τον βοηθήσει να σκεφτεί τα γεγονότα του παρελθόντος.

Ένα άτομο στα πρώιμα στάδια της νόσου μπορεί:

- ★ Να αρχίσει να ξεχνάει, συνήθως γεγονότα που συνέβησαν πρόσφατα.
- ★ Να χάσει την αίσθηση του χρόνου, γεγονός που μπορεί να τον/την οδηγήσει στο να μην εμφανίζεται σε ραντεβού ή να μην πληρώνει τους λογαριασμούς.
- ★ Να εμφανίσει απουσία ενδιαφέροντος και πτωχή συγκέντρωση.
- ★ Να μην έχει κίνητρα.
- ★ Να αποτραβηχτεί.
- ★ Να εμφανίσει προβλήματα με το λόγο και δυσκολία στο να βρίσκει τις κατάλληλες λέξεις.
- ★ Να εμφανίσει ιδιόμορφη συμπεριφορά.
- ★ Να έχει δυσκολίες στο να λαμβάνει αποφάσεις.
- ★ Να εμπλέκεται λιγότερο με την οικογένεια και τους φίλους.
- ★ Να εμφανίζει "διαφορές" από τον παλιό του εαυτό.
- ★ Να εμφανίζει αλλαγές στη συναισθηματική κατάσταση και να μοιάζει να έχει κατάθλιψη ή οξυθυμία.

### 1.2.2 Μεσαίο στάδιο

Αυτή είναι περίοδος όπου είναι ξεκάθαρο ότι το άτομο πάσχει από άνοια και ότι η νόσος επηρεάζει την καθημερινή του λειτουργικότητα και την ικανότητά του να ζει ανεξάρτητα. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε αλλαγές στην προσωπικότητα, όπως για παράδειγμα, έντονη οξυθυμία ή και έλλειψη κατανόησης, τόσο από το άτομο με άνοια, όσο και από πλευράς των ατόμων που τον φροντίζουν.

Σε αυτό το στάδιο το άτομο με άνοια:

- ★ Τείνει να ξεχνάει, ακόμα πιο συχνά – μπορεί να ξεχάσει ονόματα συγγενών ή ονόματα φίλων, αλλά και πρόσφατα συμβάντα, κάτι που μπορεί να τον οδηγήσει να κάνει διαρκώς ερωτήσεις.
- ★ Να περιφέρεται εκτός του σπιτιού και να χαθεί.
- ★ Να μη μπορεί να κατανοήσει τη διαφορά της μέρας από τη νύχτα και να εμφανίσει προβλήματα με τον ύπνο.
- ★ Να έχει προβλήματα στο να κατανοήσει συζητήσεις μεταξύ άλλων.
- ★ Να εμφανίσει έντονα προβλήματα στο λόγο.
- ★ Να εμφανίσει προβλήματα με τις καθημερινές εργασίες στο σπίτι, όπως το καθάρισμα και το μαγείρεμα.
- ★ Να χρειάζεται βοήθεια στο ντύσιμο, στο πλύσιμο, όπως και κάποιον να του θυμίζει να πηγαίνει στην τουαλέτα.

- ★ Να χάνει πράγματα και να κατηγορεί άλλους ότι τα πήραν.
- ★ Να γίνει επιθετικός.
- ★ Να εμφανίσει παραισθήσεις.

### 1.2.3 Όψιμο στάδιο

Σε αυτό το στάδιο, το άτομο εμφανίζει πολύ σοβαρά προβλήματα μνήμης και έχει γίνει πλήρως εξαρτημένος από τους άλλους για τη φροντίδα του. Αυτό το άτομο μπορεί:

- ★ Να έχει πολύ μεγάλες δυσκολίες στην επικοινωνία.
- ★ Να μην αναγνωρίζει ή να αναγνωρίζει με πολύ μεγάλη δυσκολία τα μέλη της οικογένειας του και τους φίλους του.
- ★ Να μην κατανοεί τι του λένε οι άλλοι ή τι συμβαίνει στο περιβάλλον.
- ★ Να χρειάζεται βοήθεια με το φαγητό.
- ★ Να εμφανίζει ακράτεια ούρων και κοπράνων.
- ★ Να εμφανίζει προβλήματα στη βάδιση.
- ★ Να εμφανίζει δυσκολίες την κατάποση.
- ★ Να είναι καθηλωμένος στην καρέκλα ή στο κρεβάτι

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

## 1.3 Είδη της Άνοιας

Σύμφωνα με το DSM-IV (Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών – Αμερικανική καταγραφή και ταξινόμηση των ψυχικών διαταραχών) η άνοια χωρίζεται σε διάφορους τύπους όπως:

1. Άνοια Τύπου Alzheimer (ATA)
2. Αγγειακή Άνοια
3. Άνοια Οφειλούμενη σε άλλες Γενικές Ιατρικές Καταστάσεις
  - Νόσο του Huntington
  - Νόσο Creutzfeldt-Jacob
  - Άνοια από φυσιολογικής πίεσης υδροκέφαλο (Φ.Π.Υ.)
  - Άνοια σχετική με κατανάλωση αλκοόλ

4. Άνοια σε Παθήσεις του Εξωπυραμιδικού Συστήματος
  - Άνοια με σωμάτια του Lewy
  - Άνοια σχετική με νόσο Parkinson
5. Άνοια σε Λοιμώξεις
  - AIDS
  - Προϊούσα πολυεστιακή λευκοεγκεφαλοπάθεια
  - Παθήσεις οφειλόμενες σε πριόνια (Prion diseases)
6. Ανοϊκά Σύνδρομα με Προοδευτική Εστιακή (Λοβώδη) Φλοιϊκή Εκφύλιση
  - Η μετωποκροταφική άνοια
  - Η πρωτοπαθής προϊούσα (μη ευφραδής) αφασία (Π.Π.Α.)
  - Η σημασιολογική άνοια (Σ.Α.)

### 1.3.1. Άνοια Τύπου Alzheimer (ΑΤΑ)

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 εκδηλούμενη στη μέση ενήλικη ζωή, γεγονός που την κατατάσσει στις προγεροντικές άνοιες, παρά το ότι η συχνότητα της είναι πολύ μεγαλύτερη στις όψιμες 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 η γεροντικές (νευριτικές) πλάκες και οι νευροϊνδιακές εκφυλίσεις. Οι πλάκες δημιουργούνται από την εναπόθεση μιας μη φυσιολογικής πρωτεΐνης, που λέγεται αμυλοειδής, στο εξωτερικό των νευρικών κυττάρων. Μία νέα θεωρία για την νόσο του Alzheimer υποστηρίζει ότι η πλάκα αυτή δημιουργείται επειδή φθίνουν οι διαδικασίες, οι οποίες φυσιολογικά αποβάλλουν την αμυλωειδή πρωτεΐνη. Η νευροϊνδιακές 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 νευροϊνδιακές 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 (Martyn & Geil 2000).

### *Κλινικά χαρακτηριστικά της νόσου του Alzheimer*

Η κλινική συμπτωματολογία της νόσου του Alzheimer χωρίζεται σε τρία κυρίως επίπεδα:

#### 1. ΑΠΟΔΙΟΡΓΑΝΩΣΗ ΣΕ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

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.

Η ρύθμιση των σχέσεων μεταξύ ατόμου και περιβάλλοντος γίνεται διαμέσου σταδίων, μέσα σε ένα σύστημα ισορροπίας. Η ΝΑ χαρακτηρίζεται από το γεγονός ότι ο ασθενής διέρχεται από στάδια που έχουν σχέση με την οντογένεση των νοητικών λειτουργιών, όπου κάθε ισορροπία στη συμπεριφορά του ατόμου προέρχεται από ένα διαφορετικό σύστημα που στην περίπτωση της νόσου οργανώνεται διαφορετικά.

#### 2. ΑΠΟΔΙΟΡΓΑΝΩΣΗ ΣΕ ΝΕΥΡΟΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

##### α) Διαταραχή της μνήμης και του προσανατολισμού

Οι διαταραχές της μνήμης αποτελούν το βασικότερο κλινικό σημείο της ΝΑ. Θα πρέπει να έχουμε υπόψη ότι τα όρια μεταξύ της ΝΑ και του φυσιολογικού γήρατος τουλάχιστον στα αρχικά στάδια της νόσου δεν είναι αρκετά σαφή. Οι διαταραχές των διαφόρων υποσυστημάτων της μνήμης, ακόμη και με εξειδικευμένες δοκιμασίες, όταν αυτές είναι στα αρχικά στάδια δεν διαφοροποιούνται ξεκάθαρα. Το παρόν κατά την ακμή της νόσου δεν φαίνεται να έχει σημασία για τον ασθενή. Είναι δυνατόν να παρουσιαστεί κάποια δραστηριότητα ορισμένες στιγμές της ημέρας ή να υπάρξει ένα παροδικό ερέθισμα (συνήθως από το οικογενειακό περιβάλλον) τις υπόλοιπες και περισσότερες στιγμές του όμως βρίσκεται σε μια γαλήνια απομόνωση. Οι ικανότητες του να



κινείται σε έναν χώρο ή να ακολουθεί μια καθορισμένη διαδρομή επιδεινώνονται. Επίσης παρατηρείται ότι ο ασθενής εκδηλώνεται ευκολότερα με απλές πράξεις παρά με τον λόγο. Ο τρόπος που προσπαθεί να ελέγξει τον χώρο του είναι αδέξιος και μερικές φορές ερμηνεύεται από το περιβάλλον του σαν προσπάθεια φυγής. Οι περιπτώσεις αυτές εκφράζουν ενίοτε και μια δυσκολία του ασθενή να αποδεχθεί κάποιο περιορισμό.

## β) Αφασικές Διαταραχές

### ▪ *Οι διαταραχές του προφορικού λόγου*

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

Στην πρώτη φάση, παρατηρείται η έλλειψη της λέξης η οποία συνοδεύεται από σπάνιες παραφασίες. Οι φωνητικές και συντακτικές ιδιότητες του λόγου ωστόσο διατηρούνται.

Στη δεύτερη φάση, τα προηγούμενα συμπτώματα χειροτερεύουν, ενώ εμφανίζονται και διαταραχές στην κατανόηση του λόγου. Αντίθετα οι συντακτικές και φωνητικές ιδιότητες του λόγου διατηρούνται ακόμη σε σχετικώς ικανοποιητικά επίπεδα.

Στην τρίτη και τελευταία φάση, όλες οι παραπάνω ικανότητες παρουσιάζουν σημαντική επιδείνωση και μόνο οι ικανότητες επανάληψης των λέξεων διατηρούνται σχετικώς, παρουσιάζοντας σε μερικές περιπτώσεις το φαινόμενο της ηχολαλίας.

### ▪ *Διαταραχές ανεύρεσης λέξεων*

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

- *Διαταραχές του γραπτού λόγου*

Στη ΝΑ παρατηρούνται συχνότερα «επιφανειακές δυσλεξίες» δηλαδή διαταραχές της γραφής που χαρακτηρίζουν μια βλάβη της λεκτικής οδού. Σε αυτές τις περιπτώσεις οι ασθενείς είναι ικανοί να διαβάζουν με δυνατή φωνή «κανονικές» λέξεις (αυτές που η σχέση ήχου - συλλαβής συναντάται συχνότερα στην καθομιλουμένη). Επίσης διαβάζουν καλώς λέξεις χωρίς νόημα ή λέξεις στις οποίες έχει αλλάξει η σειρά των συλλαβών. Αντιθέτως διαβάζουν κακώς λέξεις «μη κανονικές» με δύσκολη προφορά. Η διαταραχή αυτή αποδίδεται σε βλάβη της λεκτικό – νοητικής οδού της ανάγνωσης, στην οποία η φωνητική οδός χρησιμοποιεί το «σύστημα μετατροπής» του γραφικού λόγου σε φωνητικό.

γ) *Απρακτικές διαταραχές*

Με τον όρο *απραξία* αναφέρεται διαταραχή στην εκούσια επιτέλεση πράξεων σε άτομα στα οποία ο εκτελεστικός μηχανισμός είναι ανέπαφος, δηλαδή δεν υπάρχει παράλυση, αταξία ή χορειοαθέτωση και τα άτομα έχουν πλήρη συνείδηση της πράξης που πρέπει να επιτελεστεί. Στη σύγχρονη ταξινόμηση των *απραξιών*, διακρίνονται κυρίως τέσσερις μεγάλες ποικιλίες διαταραχών, τις οποίες αναφέρουμε συνοπτικά:

- *Η κατασκευαστική απραξία* η οποία εμφανίζεται ως αδυναμία του ασθενή να σχεδιάσει αυθόρμητα ή με τη χρήση ενός μοντέλου, απλών σχημάτων (ένα τετράγωνο, έναν κύβο κτλ). Όταν η διαταραχή είναι σημαντική εμφανίζεται ένα φαινόμενο που καλείται *closing in* όπου (δεδομένου ότι χρησιμοποιεί σπирτόξυλα για την κατασκευή) ο ασθενής προσπαθεί να τοποθετήσει τα σπирτόξυλα μέσα στο σχήμα – μοντέλο που του δίδεται για την κατασκευή του.
- *Η ιδεοκινητική απραξία* η οποία χαρακτηρίζεται και ως «δυσκινησία στον χώρο». Η δυσκινησία αυτή είναι περιορισμένη στον χώρο που επικεντρώνεται στο σώμα. Για το λόγο αυτό η απραξία αυτή είναι ιδιαίτερα εμφανής κατά την εκτέλεση πράξεων που λέγονται κατά συνθήκη «συμβολικές» (στρατιωτικός χαιρετισμός, σημείο του σταυρού κτλ) ή «κινήσεων μίμησης» των κινήσεων των άλλων.
- *Η ιδεακή απραξία*, κατά την οποία διαταράσσεται η λογική σειρά των πράξεων που πρέπει να γίνουν κατά την εκτέλεση μιας πολύπλοκης πράξης, ενώ αν επιχειρηθεί μεμονωμένα η κάθε ενέργεια αυτή γίνεται φυσιολογικά. Η διαταραχή εμφανίζεται βαρύτερη όσο οι επιμέρους ενέργειες είναι περισσότερες και χρειάζονται μεγαλύτερο αριθμό διαδοχικών κινήσεων για να φθάσουν στον τελικό σκοπό.

- *Η απραξία ένδυσης*, κατά την οποία το άτομο δυσκολεύεται να προσανατολιστεί και να φορέσει σωστά τα ενδύματα του. Συχνά τα πιάνει με τρόπο αφύσικο και αν τύχει και τα τοποθετήσει σωστά δεν μπορεί να κάνει τις διορθωτικές κινήσεις για να τα στρώσει σωστά επάνω στο σώμα του.

#### δ) Αγνωσικές διαταραχές

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

### 3. ΑΠΟΔΙΟΡΓΑΝΩΣΗ ΣΕ ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

Η νευρολογική σημειολογία και η αποδιοργάνωση της λειτουργικότητας περιγράφονται κυρίως σε αντιδιαστολή με τα διάφορα στάδια της ωρίμανσης του ΚΝΣ. Έτσι, στη ΝΑ 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 εξαφάνισή τους κατά την παιδική ηλικία είναι δείκτης ωρίμανσης του εγκεφάλου. Σε κάποιες άλλες περιπτώσεις, οι κινητικές λειτουργίες, προσεγγίζοντας τις παιδικές συνήθειες, παίρνουν διαφορετικές όψεις π.χ. στερεοτυπίες, η οποίες φαίνεται ότι σχετίζονται με μια νέα νευρολογική οργάνωση. Μερικές από τις στερεοτυπίες που συναντιούνται είναι ο συνδυασμός κινήσεως τριβής. Τρίψιμο του αντίχειρα με τον δείκτη, τρίψιμο των χεριών στα γόνατα ή στους μηρούς, πολύμορφες κινήσεις των κάτω άκρων που παρατηρούνται σε ασθενείς με διαταραχές βάδισης, 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 2002a).

### 1.3.2 Αγγειακή Άνοια

Πρόκειται για άνοια, που οφείλεται σε ισχαιμική ή αιμορραγική εγκεφαλική βλάβη (ΑΕΕ) καθώς και σε διάχυτες ισχαιμικές – υποξικές αλλοιώσεις λόγω καρδιακής ανακοπής. Αναλυτικά, οι εγκεφαλικές βλάβες που μπορεί να οδηγήσουν σε αγγειακή άνοια είναι:

- α) Πολλαπλά ισχαιμικά έμφρακτα, λόγω απόφραξης σχετικά μεγάλων αγγείων, τα οποία αφορούν το φλοιό και υποφλοιώδεις δομές.
- β) Μεμονωμένα, αλλά σε καίριο σημείο, έμφρακτα τα οποία καταστρέφουν εγκεφαλικές δομές, όπου εδράζονται βασικές γνωστικές λειτουργίες π.χ. γωνιώδης έλικα, θάλαμος, βασική μοίρα του μετωπιαίου λοβού.
- γ) Αγγειοπάθεια μικρών αγγείων με συνέπεια τη δημιουργία πολλαπλών, μικρών (κενοχωριωδών) εμφράκτων στις υποφλοιώδεις δομές του εγκεφάλου.
- δ) Συνολική εγκεφαλική ισχαιμία, από διακοπή της παροχής αίματος, λόγω καρδιακής ανακοπής.
- ε) Αιμορραγική αγγειακή άνοια, μετά από ενδοεγκεφαλική ή υπαραχνοειδή αιμορραγία.

Συχνά, πριν το άτομο εμφανίσει αγγειακή άνοια, εμφανίζει ιστορικό παροδικών ισχαιμικών επεισοδίων ή διαφόρων μικρών εγκεφαλικών επεισοδίων. Η αγγειακή άνοια είναι πιθανό να ξεκινήσει πιο απότομα, συγκριτικά με τη νόσο Alzheimer, ενώ συνήθως επιδεινώνεται κατά ώσεις και τα πράγματα χειροτερεύουν κατά φάσεις (ονομάζεται πρόοδος σε βήματα), αντί για σταδιακά. Τα άτομα με αυτό το είδος άνοιας, κυρίως στα πρώτα στάδια της νόσου, μπορεί να εμφανίσουν περιόδους διαύγειας (είτε μικρές είτε μεγάλες), όπου δείχνουν να έχουν πλήρη συνείδηση.

#### *Συμπτώματα αγγειακής άνοιας*

Τα συμπτώματα αγγειακής άνοιας μπορεί να ποικίλουν, ανάλογα με το ποιες περιοχές του εγκεφάλου έχουν επηρεασθεί. Τεχνικές απεικόνισης του εγκεφάλου μπορούν να δείξουν ποιες περιοχές έχουν επηρεασθεί. Συχνά, η μνήμη και ο λόγος επηρεάζονται πρώτα ενώ η προσωπικότητα μπορεί να αλλάξει αργότερα, κατά την πορεία της νόσου (π.χ. το άτομο μπορεί να γίνει πιο ευερέθιστο ή χωρίς κίνητρα).

Ο ασθενής με αγγειακή άνοια, συγκριτικά με τον ασθενή με νόσο Alzheimer, είναι πιθανότερο να έχει συνείδηση της νόσου που τον ταλαιπωρεί. Το κύριο εύρημα στον εγκέφαλο ασθενών με αγγειακή άνοια είναι ενδείξεις μειωμένης τροφοδοσίας του εγκεφάλου με αίμα, κάτι τα οποίο είναι εμφανή και στην αξονική εγκεφάλου (Graham& Warner 2009d).

### 1.3.3 Άνοια Οφειλούμενη σε άλλες Γενικές Ιατρικές Καταστάσεις

#### Νόσος του Huntington

Είναι κληρονομική νόσος που μεταβιβάζεται με τον αυτοσωματικό επικρατούντα χαρακτήρα και ξεκινά ανάμεσα στις ηλικίες 30 και 50 χρονών. Εξελίσσεται προοδευτικά και διαρκεί περίπου δεκαπέντε χρόνια. Κύρια χαρακτηριστικά της νόσου είναι η προοδευτική άνοια, οι ανώμαλες ακούσιες κινήσεις των άκρων, οι διαταραχές της συμπεριφοράς καθώς και ψυχιατρικές διαταραχές. Το άγχος και η κατάθλιψη συνοδεύουν συχνά τη νόσο Huntington. 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.

#### Νόσος Creutzfeldt-Jacob

Το κύριο χαρακτηριστικό της νόσου είναι η ταχεία έκπτωση των νοητικών λειτουργιών. Η απώλεια της μνήμης είναι ένα αρχικό σύμπτωμα. Άλλα πρώιμα συμπτώματα νοητικής έκπτωσης είναι η επιβράδυνση της σκέψης, η δυσκολία συγκέντρωσης και η διαταραχή κρίσης. Μερικές φορές η νόσος αρχίζει με εστιακή σημειολογία, όπως: ημιπαισθησία, ημιανοψία, αφασία. Επίσης παρατηρούνται διαταραχές συναισθήματος όπως απάθεια, κατάθλιψη, συναισθηματική ακράτεια, διαταραχές συμπεριφοράς, ψευδαισθήσεις (κυρίως οπτικές) και οπτική αγνωσία. Γρήγορα όμως εγκαθίσταται η σφαιρική γνωστική διαταραχή και τέλος η άνοια η οποία δεν έχει χαρακτηριστική εικόνα και είναι αρκετά πολύμορφη με στοιχεία τόσο πλοϊκής όσο και υποφλοιώδους άνοιας.

Η διάγνωση της νόσου τίθεται με την παθολογοανατομική επιβεβαίωση. Η πιθανή διάγνωση στηρίζεται στην εμφάνιση α) άνοιας, β) δύο τουλάχιστον από τα παρακάτω: πυραμιδικά ή εξωπυραμιδική σημειολογία, οπτικά και παρεγκεφαλιδικά συμπτώματα, μυόκλωνο ακινητική βωβότητα και γ) τυπικό ΗΕΓ ή ανεύρεση πρωτεΐνης «14-3-3» στο ΕΝΥ.

Πρόσφατα δεδομένα αποδεικνύουν την ύπαρξη μια νέας παραλλαγμένης μορφής της νόσου που προκαλείται από την σπογγιόμορφη εγκεφαλοπάθεια των βοοειδών (Will et al., 2000). Η μορφή αυτή της νόσου χαρακτηρίζεται από τα παρακάτω: α) νεαρή ηλικία έναρξης της νόσου, β) διαταραχές συμπεριφοράς σαν πρώτο σύμπτωμα, γ) λίγα ευρήματα στο ΗΕΓ και δ) αυξημένο σήμα στην MRI εγκεφάλου στους θαλάμους (Μεντενόπουλος, Μπούρας 2002b).

## Άνοια από φυσιολογικής πίεσης υδροκέφαλο (ΦΠΥ)

Ο τύπος αυτός της άνοιας χωρίζεται: α) σε χρόνια υδροκέφαλο και β) σε μορφή επικοινωνούντος υδροκεφάλου. Διακρίνεται σε πρωτοπαθή ή ιδιοπαθή, κατά το οποίο ο ασθενής δεν έχει ιστορικό εγκεφαλικής βλάβης και σε δευτεροπαθή που προήλθε από κάποια άλλη αιτιολογία όπως λοίμωξη, υπαραχνοειδής αιμορραγία, τραύμα. Επίσης, μπορεί να αποτελεί διαταραχή παροχέτευσης. Χαρακτηρίζεται από αστάθεια βάδισης – «μαγνητισμός» (μικρά βήματα χαμηλού ύψους, ευρεία βάση, δυσκολία στροφής), νοητικό έλλειμμα (υποφλοιώδης επιβράδυνση) και διαταραχές ούρησης (ακράτεια). Η βλάβη μπορεί να αποκατασταθεί σε ένα ποσοστό με χειρουργική θεραπεία.

## Άνοια σχετική με κατανάλωση αλκοόλ

Μία ιδιαίτερη νόσος, που σχετίζεται με την υψηλή και διαρκή κατανάλωση αλκοόλ, είναι το σύνδρομο Korsakoff. Το σύνδρομο Korsakoff συνήθως εμφανίζει απότομη έναρξη και συχνά εμφανίζεται μετά από περίοδο οξείας σύγχυσης. Μετά την έναρξη της νόσου, το άτομο δεν μπορεί να αποθηκεύσει πρόσφατες πληροφορίες στη μνήμη, αν και οι αναμνήσεις για γεγονότα πριν την έναρξη της νόσου συνήθως δεν επηρεάζονται.

Το αποτέλεσμα είναι αμνησία, που προκαλεί έντονη αναπηρία, όμως σε αυτόν τον τύπο άνοιας, δεν εμφανίζονται τα υπόλοιπα συμπτώματα άνοιας (π.χ. δυσκολίες στο λόγο και τη σκέψη ή αλλαγές στην προσωπικότητα). Το σύνδρομο Korsakoff θεωρείται πως οφείλεται σε ανεπάρκεια συγκεκριμένης βιταμίνης, της θειαμίνης. Παρουσιάζεται βλάβη σε πολύ συγκεκριμένη περιοχή του εγκεφάλου (στα μαστία του εγκεφάλου) ενώ το υπόλοιπο τμήμα του εγκεφάλου μπορεί να φαίνεται φυσιολογικό στις απεικονιστικές εξετάσεις.

Εκτός από το σύνδρομο Korsakoff, η παρατεταμένη, συνεχής κατανάλωση αλκοόλ είναι επίσης πιθανό να προκαλέσει άνοια, με συμπτώματα παρόμοια με αυτά που εμφανίζονται στο Alzheimer. Επίσημες υγειονομικές αρχές έχουν υπολογίσει ότι ένα ποσοστό της τάξης του 10% του συνόλου των περιπτώσεων άνοιας, σχετίζονται με την κατανάλωση αλκοόλ (Graham & Warner 2009e).

### 1.3.4 Άνοια σε Παθήσεις του Εξωπυραμιδικού Συστήματος

Οι παθήσεις του εξωπυραμιδικού συστήματος χαρακτηρίζονται από κινητική σημειολογία είτε με την μορφή φτωχείας κινήσεων (παρκινσονισμός) είτε με την μορφή περίσσειας κινήσεων (ακούσιες κινήσεις, υπερκινήσεις, δυσκινήσεις). Σε όλα όμως τα νοσήματα του συστήματος αυτού, εκτός από τον ιδιοπαθή τρόμο και την ιδιοπαθή δυστονία, υπάρχει μαζί με τις κινητικές διαταραχές και διαφόρου βαθμού έκπτωση των γνωστικών λειτουργιών που ποικίλει από ελαφρά διαταραχή μνήμης μέχρι βαριά άνοια. Επιπλέον η εμφάνιση άνοιας μπορεί είτε να αποτελεί ένα από τα βασικά χαρακτηριστικά της νόσου (π.χ. άνοια με σωμάτια του Lewy) είτε να εμφανίζεται μόνο σε μικρό ποσοστό ασθενών (π.χ. ατροφία πολλαπλών συστημάτων). Στις περισσότερες παθήσεις η άνοια έχει τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα της υποφλοιώδους άνοιας, υπάρχουν όμως και νοσήματα όπου εμπλέκονται στοιχεία φλοιϊκής και υποφλοιώδους άνοιας (Μεντενόπουλος, Μπούρας 2002c).

#### Άνοια με σωμάτια του Lewy

Η άνοια με σωμάτια του Lewy ξεπήδησε στο προσκήνιο την τελευταία μόλις δεκαετία και έκτοτε αποτελεί επίκαιρο θέμα προβληματισμού των κλινικών ιατρών και των παθολογοανατόμων παγκοσμίως. Το κυριότερο παθολογοανατομικό εύρημα, που είναι απαραίτητο για την διάγνωση της νόσου, είναι η παρουσία σωματίων του Lewy στον υπόφλοιο και στον φλοιό. Επιπρόσθετα, σύμφωνα με τους Samuel και συν. (1996) ο αριθμός των σωματίων του Lewy στον φλοιό σχετίζεται με την βαρύτητα της άνοιας. Υπάρχει επιπλέον, μεγάλη χολινεργική ανεπάρκεια στον φλοιό, διαταραχή των μονοαμινών και ανωμαλίες των ντοπαμινεργικών υποδοχέων στα βασικά γάγγλια. Στα πρώτα στάδια, το άτομο που πάσχει από άνοια τύπου Lewy συνήθως εμφανίζει συμπτώματα νόσου Parkinson (τρόμο, κυρίως στα χέρια, δυσκαμψία και περιορισμό στην κινητικότητα). Εμφανίζει επίσης παραισθήσεις και συχνά βλέπει πράγματα, τα οποία δεν υπάρχουν (όπως ανθρώπους ή ζώα). Οι δυσκολίες στη σκέψη και την μνήμη είναι παρόμοιες με αυτές στη νόσο Alzheimer, όμως μπορεί να ποικίλουν από στιγμή σε στιγμή. Τα άτομα αυτά είναι επιρρεπή στις πτώσεις και μπορεί να έχουν ανήσυχη νύχτα, διότι κινούνται συνεχώς, ενώ ονειρεύονται.

Η διάγνωση της νόσου, με τα σημερινά δεδομένα, είναι ακόμα μόνο κλινική. Η μεγάλη όμως ετερογένεια των συμπτωμάτων, που κυμαίνεται από ανοϊκή συνδρομή μέχρι κινητικά συμπτώματα παρκινσονισμού κάνει την κλινική διάγνωση δύσκολη ακόμη και με την χρησιμοποίηση των διαγνωστικών κριτηρίων.

Σύμφωνα με τους ερευνητές, τα κριτήρια για την κλινική διάγνωση της πιθανής και ενδεχόμενης άνοιας με σωματία του Lewy είναι τα εξής:

1. Το κύριο χαρακτηριστικό που είναι απαραίτητο για την διάγνωση της νόσου είναι η προϊούσα έκπτωση των γνωστικών λειτουργιών η οποία έχει τόση μεγάλη βαρύτητα ώστε διαταράσσει την φυσιολογική, κοινωνική ή επαγγελματική απόδοση. Έκδηλη ή επίμονη διαταραχή μνήμης δεν είναι απαραίτητο να συμβαίνει στα αρχικά στάδια αλλά συνήθως εμφανίζεται στην πορεία της νόσου. Η διαταραχές σε δοκιμασίες της προσοχής, του μετωπιαίου λοβού και της οπτικοχωρικής ικανότητας μπορεί να είναι ιδιαίτερα έντονες.
2. Δυο από τα παρακάτω πυρηνικά χαρακτηριστικά είναι απαραίτητα για την διάγνωση της πιθανούς άνοιας με σωματία του Lewy και ένα για την διάγνωση της ενδεχόμενης νόσου.
  - Διακυμάνσεις των γνωστικών λειτουργιών κυρίως της προσοχής και της εγρήγορσης.
  - Υποτροπιάζουσες οπτικές ψευδαισθήσεις που είναι καλοσχηματισμένες και λεπτομερείς.
  - Πρωτοπαθή κινητικά χαρακτηριστικά παρκινσονισμού.
3. Χαρακτηριστικά ενισχυτικά της διάγνωσης είναι:
  - Επαναλαμβανόμενες πτώσεις
  - Συγκοπή
  - Παροδική απώλεια συνείδησης
  - Ευαισθησία στα νευροληπτικά
  - Συστηματοποιημένες παραλυτικές ιδέες
  - Ψευδαισθήσεις άλλου είδους
4. Η διάγνωση με σωματία του Lewy είναι λιγότερο πιθανή όταν υπάρχουν:
  - Αγγειακή νόσος του κεντρικού νευρικού συστήματος με εστιακή νευρολογική σημειολογία ή με ευρήματα στην απεικόνιση του εγκεφάλου (CT ή/και MRI).
  - Παρουσία στην φυσική εξέταση ή στον εργαστηριακό έλεγχο ευρημάτων άλλης σωματικής νόσου ή άλλης εγκεφαλικής διαταραχής ικανής να προκαλέσει την παραπάνω κλινική εικόνα (Μεντενόπουλος, Μπούρας 2002d).



## Άνοια σχετική με νόσο Parkinson

Αυτός ο τύπος άνοιας μοιάζει με την άνοια τύπου Lewy, μολονότι η άνοια εμφανίζεται πολλά χρόνια αφότου το άτομο έχει προσβληθεί από Parkinson. Τελικά περίπου ένα στα τέσσερα άτομα με νόσο Parkinson θα αναπτύξουν άνοια. Το άτομο τείνει να αντιμετωπίζει λιγότερα προβλήματα με τη μνήμη του, αλλά εμφανίζει περισσότερη απάθεια και δυσκολίες στον προγραμματισμό, συγκριτικά με αυτόν που πάσχει από Alzheimer (Graham & Warner 2009f).

### 1.3.5 Άνοια σε Λοιμώξεις

#### AIDS

Η εμφάνιση άνοιας σε ασθενείς με AIDS αποτελεί την πιο συχνή νευρολογική επιπλοκή της νόσου (μέχρι το 60% των ασθενών στα τελικά στάδια). Επιπλέον σε μερικούς ασθενείς μπορεί να είναι η μόνη κλινική εκδήλωση της νόσου (2,8% των ασθενών). Σε μια πρόσφατη μελέτη βρέθηκε ότι τους πρώτους δώδεκα μήνες μετά την διάγνωση της νόσου 7% των ασθενών εμφάνισαν άνοια. Το ποσοστό αυξήθηκε στο 15% στους ασθενείς που παρακολούθηθηκαν μέχρι τον θάνατο τους (μέση επιβίωση 6 μήνες. Για το σύνδρομο άνοιας σε συνδυασμό με AIDS χρησιμοποιήθηκαν διάφοροι όροι. Οι δύο όροι που χρησιμοποιούνται ευρέως είναι σύμπλεγμα AIDS - άνοιας (AIDS dementia complex ή HIV-1-associated Dementia Complex) και AIDS σε συνδυασμό με γνωστικές και κινητικές διαταραχές (HIV-1-associated cognitive/motor complex). Η άνοια στο AIDS έχει τους χαρακτήρες της υποφλοιώδους άνοιας με γνωστικές, συμπεριφορικές και κινητικές διαταραχές. Τα κύρια γνωρίσματα της είναι η ψυχοκινητική επιβράδυνση, η έκπτωση της μνήμης και η απάθεια. Η έναρξη της άνοιας είναι ύπουλη, μέσα σε εβδομάδες ή μήνες τα πρώτα συμπτώματα συμπεριλαμβάνουν ελαφρές συναισθηματικές διαταραχές, δυσκολία συγκέντρωσης, λήθη, διαταραχή προσανατολισμού, κακοδιαθεσία, ανηδονία, απώλεια ενδιαφέροντος και κινητικές διαταραχές (αδεξιότητα, δυσκολία στις λεπτές κινήσεις, τρόμος κτλ). Με την εξέλιξη της νόσου παρατηρείται επιδείνωση των νοητικών και κινητικών διαταραχών με την εμφάνιση ψυχοκινητικής επιβράδυνσης και ποικίλων γνωστικών διαταραχών (έκπτωση της προσοχής, της συγκέντρωσης, της λεκτικής και οπτικής μνήμης, της ταχύτητας επεξεργασίας πληροφοριών, της ευελιξίας σκέψης και οπτικοχωρικές διαταραχές).

Οι Siditis και Price (1990) διακρίνουν πέντε στάδια βαρύτητας του συμπλέγματος AIDS - άνοιας:

- ❖ Στάδιο 0.5: Υποκλινικό
- ❖ Στάδιο 1: Ελαφρύ
- ❖ Στάδιο 2: Μέτριας βαρύτητας. Ο ασθενής δεν μπορεί να εργαστεί αλλά μπορεί να αυτοεξυπηρετείται.
- ❖ Στάδιο 3: Σοβαρό με μεγάλη νοητική και κινητική έκπτωση.
- ❖ Στάδιο 4: Τελικό. Σχεδόν φυτική κατάσταση.

Για την διάγνωση του συμπλέγματος AIDS - άνοιας ο απεικονιστικός έλεγχος παρουσιάζει ατροφία στον εγκέφαλο σχεδόν σε όλους τους ασθενείς, διεύρυνση του κοιλιακού συστήματος (ατροφία βασικών γαγγλίων) και αλλοιώσεις αυξημένου σήματος στο MRI (T2) κυρίως στην υποφλοιώδη λευκή ουσία και στα βασικά γάγγλια. Στο αρχικό στάδιο PET δείχνει ένα σχετικό υπερμεταβολισμό του θαλάμου και των βασικών γαγγλίων, με την επιδείνωση όμως της άνοιας οι κροταφικοί λοβοί εμφανίζουν υπομεταβολισμό. Στο ENY η αυξημένη συγκέντρωση β2-μικροσφαιρίνης και νεοπερίνης είναι σχεδόν παθολογική.

Παράγοντες κινδύνου για ταχύτερη εξέλιξη της άνοιας είναι η χαμηλή αιμοσφαιρίνη και ο χαμηλός δείκτης μάζας σώματος 1 με 6 μήνες πριν από το AIDS και η μεγαλύτερη ηλικία στην έναρξη της νόσου. Επιπλέον υψηλές τιμές στο πλάσμα του HIV RNI και χαμηλές των CD4 προδιαθέτουν στην εμφάνιση άνοιας.

### Προϊούσα πολυεστιακή λευκοεγκεφαλοπάθεια

Πρόκειται για μια σπάνια υποξεία απομυελινωτική νόσο που προκαλείται ευκαιριακά από τον ιό ραρονα. Η νόσος εμφανίζεται σε άτομα με διαταραγμένη κυτταρική ανοσία (λευχαιμίες, λεμφώματα, σαρκοείδωση, άλλα νεοπλάσματα). Οι κλινικές εκδηλώσεις της νόσου είναι απότοκες των πολλαπλών και διάσπαρτων περιοχών απομυελίνωσης (κυρίως στην υποφλοιώδη λευκή ουσία). Η έναρξη είναι υποξεία ή χρόνια με εστιακά ή πολυεστιακά ευρήματα. Καθώς αυξάνει ο αριθμός των αλλοιώσεων παρατηρείται αρχικά νοητική έκπτωση και στην συνέχεια άνοια. Η διάγνωση τίθεται μόνο με βιοψία εγκεφάλου, που εκτός από την απομυελίνωση, δείχνει εωσινοφιλικά ενδοπυρηνικά έγκλειστα στα ολιγοδενδρογλοιακά κύτταρα. Το 80% των ασθενών πεθαίνει σε 9 μήνες, σπάνια η νόσος μπορεί να διαρκέσει χρόνια (Μεντενόπουλος, Μπούρας 2002e).

## Παθήσεις οφειλόμενες σε πριόνια (Prion diseases)

Οι παθήσεις που οφείλονται σε πριόνια αποτελούν μια ομάδα ασύνηθων νοσημάτων που προσβάλουν τόσο τους ανθρώπους όσο και τα ζώα. Σύμφωνα με την υπόθεση των πριονιών «prion hypothesis» του Prusiner (1993) οι παθήσεις αυτές οφείλονται σε συγκέντρωση στον εγκέφαλο μιας άτυπης ισομορφής της πριονικής πρωτεΐνης, μιας φυσιολογικής κυτταρικής πρωτεΐνης (PrP) η οποία μετατρέπεται σε μια άτυπη ισομορφή (PrPSC ή PrPres) ανθεκτική στην πρωτεάση και η οποία ευθύνεται για την παθογένεση των νοσημάτων αυτών. Το χαρακτηριστικό γνώρισμα των παθήσεων αυτών είναι η ταχέως εγκαθιστάμενη άνοια η οποία συνοδεύεται από πυραμιδικά και εξωπυραμιδικά σημεία, παρεγκεφαλιδική διαταραχή, μυόκλωνο και διαταραχές ύπνου. Τα νοσήματα αυτά είναι σποραδικά, κληρονομούμενα και μεταδιδόμενα.

Τα σποραδικά νοσήματα οφείλονται είτε σε σωματική μεταλλαγή του γονιδίου της PrP είτε σε αυτόματη μετατροπή της PrP σε PrPSC. Στις κληρονομικές μορφές γίνεται είτε σημειακή μεταλλαγή είτε μεταλλαξογένεση προσθήκης στο γονίδιο της prion πρωτεΐνης. Στις μεταδιδόμενες νόσους παρατηρείται οριζόντια μετάδοση του λοιμώδους παράγοντα (Μεντενόπουλος, Μπούρας 2002f).

### 1.3.6. Ανοϊκά Σύνδρομα με Προοδευτική Εστιακή (Λοβώδη) Φλοιϊκή Εκφύλιση

Τα ανοϊκά σύνδρομα χαρακτηρίζονται παθολογοανατομικά από εκφύλιση ενός ή περισσότερων λοβών του εγκεφάλου. Στα σύνδρομα αυτά συμπεριλαμβάνονται οι διάφορες μορφές της μετωποκροταφικής άνοιας, η προϊούσα αφασία, η σημασιολογική άνοια κ.α.

#### Η μετωποκροταφική άνοια

Πρόκειται για ένα κλινικό σύνδρομο που εμφανίζεται στην προγεροντική συνήθως ηλικία, συχνά έχει οικογενή χαρακτήρα και οφείλεται σε προοδευτική εκφύλιση των μετωπιαίων και κροταφικών λοβών. Υπάρχει μεγάλη ετερογένεια όσον αφορά την κλινική εικόνα, αλλά και τα παθολογοανατομικά ευρήματα των ασθενών, που παρουσιάζουν τη διαταραχή αυτή, γι' αυτό ορισμένοι ερευνητές προτείνουν τον όρο «μετωπιαίες άνοιες» ή «μετωπο-κροταφικές άνοιες» (Μ.Κ.Α.).

Οι ασθενείς που πάσχουν από Μ.Κ.Α. έχουν σαν κοινό χαρακτηριστικό την μεταβολή της προσωπικότητας και την διαταραγμένη κοινωνική συμπεριφορά αλλά παρουσιάζουν διαφορές μεταξύ τους, οι οποίες γίνονται πιο εμφανείς όσο εξελίσσεται η νόσος. Με βάση την κλινική εικόνα διακρίνουμε τρεις τύπους:

1) Τύπος με άρση των αναστολών. Προέχει η συμπεριφορική διαταραχή, που εκδηλώνεται με υπομανία, ανησυχία, μη αποδοτική υπεραπασχόληση με πολλές ασχολίες, άρση αναστολών κοινωνικά απαράδεκτη συμπεριφορά.

2) Τύπος με απάθεια. Κυριαρχεί η διαταραχή της βούλησης. Ο ασθενής είναι απαθής, αδρανής και καταβάλλει όσο το δυνατόν μικρότερη προσπάθεια για οτιδήποτε. Η ομιλία του είναι φτωχή και αργή, η σκέψη του λιμνάζει και χαρακτηρίζεται από ακαμψία και εμμονή. Συχνά θεωρείται σαν καταθλιπτικός, αλλά δεν απαντά στην αντικαταθλιπτική αγωγή, ενώ στον νευροψυχολογικό έλεγχο παρουσιάζει σοβαρή διαταραχή των λειτουργιών του μετωπιαίου λοβού. Παρατηρείται επίσης πρόωμη εμφάνιση ακράτειας ούρων.

3) Τύπος με στερεοτυπίες. Η κατάσταση αυτή θυμίζει περιπτώσεις ψυχαναγκαστικής διαταραχής, αλλά απουσιάζει το άγχος, που συνοδεύει τη διαταραχή αυτή. Από τα πρώιμα στάδια μπορεί να εμφανιστεί και εξωπυραμιδικού τύπου σημειολογία.

### Η πρωτοπαθής προϊούσα (μη ευφραδής) αφασία (Π.Π.Α.)

Είναι γνωστό ότι η αφασικές διαταραχές μπορεί να συνοδεύουν εκφυλιστικά νοσήματα του εγκεφάλου. Από το 1982 όμως, ο Mesulam διαχώρισε μια ξεχωριστή νοσολογική οντότητα συχνά οικογενή με κύριο χαρακτηριστικό την μείωση της ευφράδειας του λόγου, που έχει σαν τελική κατάληξη την πλήρη αδυναμία ομιλίας. Η γραφή και η ανάγνωση διαταράσσονται, ενώ η κατανόηση του λόγου είναι καλή. Η μνήμη, η οπτικοχωρική ικανότητα, η επίδοση στην αριθμητική διατηρούνται σε ικανοποιητικό επίπεδο μέχρι τα προχωρημένα στάδια της νόσου και γι' αυτό ορισμένοι ερευνητές θεωρούν ότι δεν πρόκειται για άνοια με την επίσημη έννοια του όρου.

Σε αρκετούς όμως ασθενείς μετά από χρόνια μπορούν να προστεθούν συμπεριφορικές και άλλες γνωστικές διαταραχές, οπότε πλέον η διάγνωση της άνοιας καθίσταται αναμφισβήτητη.

Η Π.Π.Α. είναι πολύ σπάνια πάθηση και η φύση της παραμένει ακόμη αδιευκρίνιστη. Συχνά, παθολογοανατομικά, βρίσκονται αλλοιώσεις μετωποκροταφικής άνοιας (τύπος Pick) αλλά με εστιακή εντόπιση στο επικρατητικό ημισφαίριο και μάλιστα στα πρόσθια κέντρα του λόγου. Σπάνια αναφέρεται συνύπαρξη ιστολογικών αλλοιώσεων τύπου Alzheimer. Από τους περισσότερους όμως

ερευνητές θεωρείται ότι η Π.Π.Α. βρίσκεται παθογενετικά πιο κοντά στις μετωποκραταφικές άνοιες παρά στη νόσο του Alzheimer.

### Η σημασιολογική άνοια (Σ.Α.)

Είναι σπάνια, συχνά οικογενής, πάθηση της προγεροντικής ηλικίας, η οποία χαρακτηρίζεται (όπως και η Π.Π.Α.) από προοδευτική διαταραχή του λόγου αλλά με την διαφορά ότι στην Σ.Α. ο λόγος είναι ευφραδής με καλή διατήρηση των φωνολογικών και συντακτικών χαρακτηριστικών, αλλά με αδυναμία κατανόησης της έννοιας των λέξεων. Συνήθως η κατάσταση αυτή αρχικά θεωρείται σαν αμνησική διαταραχή, αλλά η «αμνησία» αφορά μόνο την σημασία των λέξεων, ενώ η επεισοδιακή μνήμη διατηρείται. Η σημασιολογική άνοια συνοδεύεται από συμπεριφορικές διαταραχές όπως και οι Μ.Κ.Α., αλλά αυτές είναι απώτερες και εμφανίζονται στα προχωρημένα στάδια. Η παθογένεια της Σ.Α. επίσης δεν έχει διευκρινιστεί. Παθολογοανατομικά παρατηρούνται ομοιότητες με τις Μ.Κ.Α. και την Π.Π.Α., όμως οι βλάβες εντοπίζονται στον κροταφικό λοβό, ιδιαίτερα στην μέση και κάτω κροταφική έλικα ενώ ελαφρότερα προσβάλλονται η κογχική μοίρα του μετωπιαίου λοβού και η περιοχή στα όρια μεταξύ βρεγματικού-κροταφικού και ινιακού φλοιού. Όπως και για την Π.Π.Α., έτσι και για την Σ.Α. παραμένει ανοιχτό το ερώτημα, αν πρόκειται για ξεχωριστή νοσολογική οντότητα ή αν είναι μια ακόμη μορφή Μ.Κ.Α., αλλά με διαφορετική τοπογραφική εντόπιση των βλαβών.

## 1.4 Σύνοψη κεφαλαίου

Ο όρος "άνοια" χρησιμοποιείται για την περιγραφή πολλών διαφορετικών παθήσεων στον εγκέφαλο, με διαφορετικά και δυσδιάκριτα μεταξύ τους συμπτώματα. Διακρίνεται σε 3 κυρίως στάδια στο πρώιμο, στο μεσαίο και στο όψιμο στάδιο, όπου είναι και το τελευταίο. Πρέπει να τονιστεί ότι η άνοια δεν είναι επακόλουθο της φυσιολογικής γήρανσης και ότι μπορεί να εμφανιστεί και σε νεαρότερες ηλικίες λόγω πολλών γενικών ιατρικών καταστάσεων. Υπάρχουν πολλοί τύποι άνοιας αλλά οι πιο συνηθισμένοι τύποι είναι η νόσος Alzheimer και η αγγειακή άνοια.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

### ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

---

Η άνοια χαρακτηρίζει κατ' εξοχήν τα άτομα της τρίτης ηλικίας και ευθύνεται, περισσότερο από οποιοδήποτε άλλο ψυχιατρικό πρόβλημα, για το μεγαλύτερο αριθμό εισαγομένων ηλικιωμένων ασθενών στο νοσοκομείο. Σύμφωνα με επιδημιολογικά δεδομένα στο 10% των περιπτώσεων η νόσος αρχίζει πριν το 65ο έτος της ηλικίας. Η συχνότητα εμφάνισης της νόσου κυμαίνεται περίπου από 5 – 25%, αριθμοί οι οποίοι θα υπερτριπλασιαστούν μέχρι το 2050 λόγω της συνεχούς αύξησης του προσδόκιμου επιβίωσης (Πλατή, 2008a).

Τα 2/3 των ατόμων με άνοια ζουν στο σπίτι τους. Σχεδόν τα 3/4 αυτών που ζουν σε κάποιο κέντρο φροντίδας πάσχουν από άνοια. Συχνά, τα άτομα που προσβάλλονται από άνοια επιβιώνουν και συνεχίζουν να ζουν πολλά χρόνια, πάσχοντας από άνοια. Δεν είναι σπάνιο φαινόμενο για κάποιον που έχει διαγνωστεί με άνοια να ζει με την νόσο για επτά με δέκα χρόνια και τελικά να αποβιώσει εξαιτίας άλλων παραγόντων. Το μεγαλύτερο ποσοστό αυτών που πάσχουν από άνοια θα εμφανίσουν επιδείνωση της κατάστασής τους με την πρόοδο του χρόνου και πολλοί από αυτούς τελικά θα χρειαστούν καθημερινή φροντίδα, διότι δεν θα μπορούν πλέον να ζουν με ασφάλεια μόνοι (Graham & Warner, 2009g).

#### 2.1 Επιδημιολογικά στοιχεία

Ο πληθυσμός των ανοϊκών ασθενών ανά τον κόσμο αυξάνεται με δραματικούς ρυθμούς. Αυτή τη στιγμή υπάρχουν 35 εκ. ασθενείς παγκοσμίως, 7,3 εκ. στην Ευρώπη και 160.000 στην Ελλάδα. Πιο συγκεκριμένα στις Η.Π.Α. η ομάδα ηλικίας άνω των 65 ετών παρουσιάζει 5% σοβαρής μορφής άνοια και 10% έως 15% μέτρια ως ήπια διανοητική υποβάθμιση. Ακόμα 580.000 άτομα που πάσχουν από άνοια ζουν σε γηριατρικά ιδρύματα, ενώ άλλα 2,5 εκ. αντιμετωπίζονται από το στενό οικογενειακό περιβάλλον τους στην κοινότητα (Πλατή, 2008b). Ο Reisberg (1994) αναφέρει στις Η.Π.Α. οι νοσηλευόμενοι ασθενείς με άνοια αποτελούν το 50% περίπου του συνόλου των νοσηλευόμενων ασθενών σε όλα τα νοσηλευτικά ιδρύματα της χώρας.

Στην Αυστραλία σύμφωνα με τον Prochazka (1983) η συχνότητα της άνοιας στον πληθυσμό της αντιστοιχεί σε 5% στην ομάδα 75 -79 ετών και σε 23,6% σε άτομα μεγαλύτερα των 85 ετών. Στο Ηνωμένο Βασίλειο υπάρχει ένας αριθμός 750.000 ατόμων πασχόντων από άνοια και υπολογίζεται ότι σήμερα υπάρχουν περισσότεροι συνταξιούχοι από μαθητές σχολείων. Ακόμα, στο Βέλγιο τα ποσοστά εμφάνισης άνοιας κυμαίνονται από 5,1% για ηλικίες 70 - 74, 7,6% για ηλικίες 75 - 79, 16,2% για ηλικίες 80 - 84 και 33,6% για ηλικίες από 85 και άνω.

Από τη μόνη μελέτη που υπάρχει μέχρι σήμερα στην Ελλάδα (Τσολάκη και συν. 1996) προκύπτει ότι τα ποσοστά της άνοιας ήταν 5% στις ηλικίες 70 - 74, 10,7% στις ηλικίες 75 - 79, 11,8% στις ηλικίες 80 - 84 και 36,7% στις ηλικίες 85 και άνω. Στην ηλικία των 90 ετών κάθε χρόνο 10% προσβάλλονται από τη νόσο στον ίδιο βαθμό άντρες και γυναίκες. Αναφέρεται ότι οι γυναίκες προσβάλλονται περισσότερο αλλά αυτό είναι στατιστικό λάθος διότι οι γυναίκες ζουν κατά μέσο όρο 6 χρόνια περισσότερο από τους άντρες. Λαμβάνοντας υπόψη το στοιχείο αυτό, ο κίνδυνος άνοιας σε γυναίκες 65 ετών είναι 35% ενώ για τους άντρες 15%. Τελευταίως μετά την αύξηση των κρουσμάτων του AIDS αναμένεται να αυξηθεί η συχνότητα των πασχόντων από άνοια, διότι περίπου στο 50% των πασχόντων από HIV αναπτύσσεται άνοια στο τελευταίο στάδιο της νόσου (Μεντενόπουλος, Μπούρας 2002g).

Ο πιο κοινός τύπος άνοιας στους ηλικιωμένους είναι η νόσος του Alzheimer (NA), που είναι η πλέον υπεύθυνη για το 50% όλων των άλλων ανοιών. Η συχνότητα της νόσου κυμαίνεται μεταξύ 35% και 55%. Προσβάλλει περίπου το 10% των ατόμων άνω των 65 ετών, το 20% των ατόμων άνω των 80 ετών και το 25 - 35% των ατόμων άνω των 85 ετών. Ακόμα από τα 420 εκ. άτομων ηλικίας 65 ετών και άνω που υπάρχουν σε όλο τον κόσμο, τα 25 εκ. είναι ανοϊκοί (Πλατή, 2008c).

Στην Ευρωπαϊκή ένωση με 370 εκ. πληθυσμό τα 2,5 εκ. έχουν τη νόσο του Alzheimer και υπολογίζεται ότι μέχρι το 2010 θα υπάρχουν 4 εκ. ασθενείς (Hofman 1997a). Στις Η.Π.Α. μέχρι το 2030 τα θύματα της νόσου θα ανέλθουν σε 4,8 εκ., ενώ ένας στους τρεις νέους που θα έχει γονείς άνω των 65 ετών θα ασχολείται με τη φροντίδα τους εξαιτίας της νόσου. Ο Brown και οι συν. (1991) υπολογίζουν τα θύματα της άνοιας του Alzheimer στην Αυστραλία σε 110.000, ενώ μέχρι το 2001 φρονούν ότι θα ανέλθουν σε 210.000 και με την επιμήκυνση του χρόνου ζωής αναμένεται ότι θα αυξηθούν περισσότερο. Ανάλογα στοιχεία και για τη Γαλλία. Σύμφωνα με την Haut Comite de la Sante Publique (1998) η ετήσια επίπτωση στη Γαλλία υπολογίζεται σε 140.000 για τις άνοιες από τις οποίες 100.000 για τη νόσο του Alzheimer. Επίσης η αύξηση του επιπολασμού υπολογίστηκε για το 1990 για άνοια σε 560.000 και 390.000 για την NA, το 1999 σε 635.000 για την άνοια και 550.000 για την NA αντίστοιχα.

Η άνοια αγγειακής αιτιολογίας κατέχει τη δεύτερη κατά σειρά συχνότητας θέση μετά την άνοια τύπου Alzheimer (ATA) και υπολογίζεται ότι στις δυτικές χώρες ευθύνεται για ποσοστό 5 -

10% των ανοϊκών ασθενών, οι οποίοι έχουν παραπεμφθεί στα νοσοκομεία. Τα ποσοστά εμφάνισης της στην Ευρώπη φτάνουν μέχρι το 25%. Αναφέρεται, όμως, ότι στην Ιαπωνία και τουλάχιστον σε πληθυσμούς ενδονοσοκομειακών ασθενών, η άνοια αγγειακής αιτιολογίας είναι συχνότερη από την ΑΤΑ. Επιπλέον, παθολογοανατομικά ευρήματα εγκεφάλων ασθενών με ΑΤΑ πιστοποιούν, ότι σε ποσοστό 15% παρουσιάζουν εγκεφαλικά έμφρακτα, τα οποία συνέβαλαν στην έκπτωση των νοητικών λειτουργιών, προσδιορίζοντας μία μορφή άνοιας μικτού τύπου (Τσολάκη, Κάζης 2005a).

## 2.2 Επιπολασμός και επίπτωση της άνοιας

Επιδημιολογικά στοιχεία με ενδιαφέρον στην άνοια αφορούν τον επιπολασμό αλλά και την επίπτωση. Όπως προαναφέρθηκε, η συχνότητα εκδήλωσης της άνοιας και ιδιαίτερα της ΝΑ συναρτάται κυρίως από την ηλικία. Οι ειδικότερες διαπιστώσεις επιδημιολογικών ερευνών για την επικράτηση της νόσου κατά ομάδες ηλικιών αφορά στα εξής (Tsolaki et al., 1999):

1. Δεν υπάρχουν αξιόπιστες και ευρέως αποδεκτές εκτιμήσεις για άτομα ηλικίας μικρότερης των 60 ετών.
2. Η συχνότητα σε άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών κυμαίνεται σε ποσοστό 8 – 10% και εξαρτάται από τον πληθυσμό και την εφαρμοζόμενη μέθοδο εκτίμησης.
3. Η συχνότητα σε ηλικίες άνω των 75 ετών αυξάνει περαιτέρω και κυμαίνεται σε ποσοστό 18 -20 %, σε ηλικίες άνω των 85 ετών αγγίζει το 40%, ενώ πρόσφατες μελέτες αναφέρουν ότι σε άτομα ηλικίας άνω των 90 ετών η συχνότητα δεν υπερβαίνει το 40%, υποδηλώνοντας την ύπαρξη ηλικιακού ορίου επικινδυνότητας και την πιθανότητα να υπάρχουν άτομα μη ευάλωτα στη νόσο.

Η επίπτωση της ΑΤΑ συναρτάται, όπως και ο επιπολασμός, από την ηλικιακή παράμετρο. Ειδικότερα, έχει διαπιστωθεί, ότι σε άτομα ηλικίας κυμαινόμενης από 65 – 75 έτη η επίπτωση ανέρχεται στο 2,5% ή 0,25% διπλασιαζόμενη ανά δεκαετία, ώστε στην ηλικία των 85ετών να αγγίζει το 10%. Στη μελέτη Framingham, η οποία πραγματοποιήθηκε στις Η.Π.Α., διαπιστώθηκε, ότι η επίπτωση της άνοιας αυξήθηκε από το επίπεδο του 0,7% στις ηλικίες 65 – 69 στο επίπεδο του 11,8% στις ηλικίες 85 – 89 ετών, ενώ η επίπτωση της ΑΤΑ αυξήθηκε από το 0,35% στο 7,28% στις αντίστοιχες ομάδες ηλικιών (Τσολάκη, Κάζης 2005b).

Σε γενικές γραμμές, πρέπει να επισημανθεί, ότι οι επιδημιολογικές έρευνες οι οποίες έχουν εκπονηθεί μέχρι σήμερα για την καταγραφή του επιπολασμού και της επίπτωσης της άνοιας, αν και



παρουσιάζονται διαφορές στη μεθοδολογία και αδυναμίες στην αξιολόγηση κάποιων βασικών παραμέτρων, συνηγορούν ότι η συχνότητα εκδήλωσης άνοιας αυξάνει σημαντικά με την πρόοδο της ηλικίας και ότι έχουν επισημανθεί συγκεκριμένοι προδιαθεσικοί παράγοντες κινδύνου.

## 2.3 Σύνοψη κεφαλαίου

Σύμφωνα με τα επιδημιολογικά δεδομένα, που συλέχθηκαν από έγκυρες επιστημονικές μελέτες, η νόσος αρχίζει πριν το 65ο έτος της ηλικίας σε ποσοστό 10% των περιπτώσεων. Οι ασθενείς παγκοσμίως ανέρχονται στους 35 εκ., ενώ μόνο στην Ελλάδα οι ασθενείς φτάνουν τους 160.000. Η πιο κοινή νόσος στους ηλικιωμένους είναι η νόσος του Alzheimer (NA), που είναι η πλέον υπεύθυνη για το 50% όλων των άλλων ανοιών. Η συχνότητα της κυμαίνεται μεταξύ 35% και 55%. Τη δεύτερη κατά σειρά συχνότητας θέση κατέχει η άνοια αγγειακής αιτιολογίας και υπολογίζεται ότι στις δυτικές χώρες ευθύνεται για ποσοστό 5 - 10% των ανοϊκών ασθενών. Ο επιπολασμός και η επίπτωση της νόσου συναρτάται από την ηλικιακή παράμετρο. Έχει διαπιστωθεί, ότι σε άτομα ηλικίας από 65 – 75 έτη η επίπτωση ανέρχεται στο 2,5% ή 0,25% διπλασιαζόμενη ανά δεκαετία ώστε στην ηλικία των 85ετών να αγγίζει το 10%.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

### ΑΙΤΙΑ – ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

---

#### 3.1 Αιτιολογικοί παράγοντες

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 2005c). Παρά τις εντατικές και επίμονες επιστημονικές έρευνες η αιτιολογία της νόσου προς το παρόν είναι άγνωστη. Οι ερευνητές μελετούν μεγάλη ποικιλία ύποπτων παραγόντων όπως γενετικούς παράγοντες, βιοχημικές και ανοσιακές διαταραχές, μεταβολικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες.

Παρά την αδυναμία των ερευνητών να βρουν το αίτιο της νόσου, σημαντική πρόοδος έχει επιτευχθεί στο επίπεδο της καταρρίψεως των μύθων και της βαθύτερης κατανόησης της νόσου. Έτσι σήμερα γνωρίζουμε ότι :

- Η νόσος δεν είναι φυσιολογική διεργασία της γηράνσεως.
- Δεν προκαλείται από σκλήρυνση των αρτηριών, ούτε από υποξία του εγκεφάλου.
- Δεν είναι μεταδοτική.
- Είναι νόσος του εγκεφάλου και
- Δε θεωρείται ψυχική νόσος ή μορφή τρέλας (Πλατή 2008d).

#### 3.2 Προδιαθεσικοί παράγοντες

Σύμφωνα με αναφορές της Ελληνικής Γεροντολογικής και Γηριατρικής Εταιρίας παράγοντες που προδιαθέτουν στην εκδήλωση της νόσου του Alzheimer είναι :

*Πιθανοί προδιαθεσικοί παράγοντες*

- Παρουσία απολιποπρωτεΐνης E-e4 (APOE) στο χρωμόσωμα 19, αυξάνει την πιθανότητα εμφάνισης της νόσου από 2 – 10 φορές.

- Η μη χρησιμοποίηση από το άτομο ορισμένων ουσιών, όπως είναι τα οιστρογόνα μετά την εμμηνόπαυση στη γυναίκα, τα οποία αναφέρονται ότι έχουν προστατευτική δράση, καθώς και τα αντιφλεγμονώδη φάρμακα.
- Η μείωση στον οργανισμό αντιοξειδωτικών φαρμάκων, όπως βιταμίνες Α, C, Ε, κορτικοειδή, μεταλλικό σελήνιο, γενικά συστατικά που περιέχονται στα φρούτα και τα λαχανικά. Το κάπνισμα και πολλά λιπαρά μειώνουν αυτούς τους παράγοντες,
- Εμφάνιση υψηλών επιπέδων αλουμινίου στον εγκέφαλο.
- Μειωμένα επίπεδα του νευροδιαβιβαστή ακετυλοχολίνη.
- Συσσώρευση πρωτεϊνών στον εγκέφαλο.

#### *Προδιαθεσικοί παράγοντες έντονα αμφισβητούμενοι*

- Χαμηλό μορφωτικό επίπεδο.
- Περιορισμένες ικανότητες στην προφορική και γραπτή χρήση της γλώσσας.
- Ιστορικό επιληπτικών κρίσεων.
- Έκθεση σε μεγάλες ποσότητες ψευδαργύρου (υπάρχει σε μερικά συμπληρώματα διατροφής).

Οι παραπάνω παράγοντες είναι σε ερευνητική φάση και αυτό είναι ενδεικτικό και της ακόμη ατελούς γνώσης πάνω στο αντικείμενο (Πλατή, 2008ε).

### 3.3 Επιδημιολογική ανάλυση των παραγόντων κινδύνου

Σύμφωνα με την ταξινόμηση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας προτείνονται οι παρακάτω παράγοντες κινδύνου για την άνοια :

- Ηλικία
- Εθνότητα (Αφρικανοί – Αμερικανοί >Λευκοί)
- Δημογραφικοί παράγοντες
- Γενετική
- Συγγενής σύνδρομο DOWN
- Συγγενής λέμφωμα
- Αγγειακές παθήσεις εγκεφάλου
- Θυροειδική νόσος

- Τραύματα κεφαλής
- Υπέρταση
- Υπόταση
- Σακχαρώδης διαβήτης
- Καρδιαγγειακές διαταραχές
- Τοξικοί παράγοντες
- Χρήση φαρμάκων
- Ιστορικό ψυχικής διαταραχής (Μεντενόπουλος, Μπούρας 2002h).

Παρακάτω θα γίνει μια συνοπτική αναφορά στους κυριότερους από τους παραπάνω παράγοντες.

### 3.3.1 Ηλικία

Αν και δεν υπάρχουν σημαντικές αποδείξεις ότι η ηλικία από μόνη της μπορεί να προκαλέσει άνοια, υπάρχουν όμως ισχυρές ενδείξεις ότι μπορεί να αποτελέσει σημαντικό παράγοντα κινδύνου. Οι αλλαγές στις οποίες ακολουθούν το γήρας έχουν μελετηθεί από πολλούς ερευνητές αλλά δεν έχουν βρεθεί ειδικά χαρακτηριστικά που να προκαλούν άνοια. Ορισμένες θεωρίες του γήρατος υποστηρίζουν ότι αυτό προκαλείται από συσσώρευση βλαβών. Συνήθως αναφέρεται ότι τυχαία γεγονότα πυροδοτούν την έναρξη της νόσου. Οι απόψεις αυτές στηρίζουν συνήθως την έννοια του πολυπαραγοντικού προτύπου της ΝΑ όπου ένας αριθμός βλαπτικών παραγόντων παίζει καθοριστικό ρόλο. Η απώλεια των νευρώνων σε σχέση με την ηλικία αποτελεί σημείο διαφωνιών διότι δεν είναι σαφές εάν οι νευρώνες καταστρέφονται ή εάν εμφανίζουν μειωμένο μέγεθος σε ορισμένες περιοχές του εγκεφάλου. Επίσης αναφέρεται ότι κάποια αντισταθμιστική συναπτική πλαστικότητα σχετίζεται με την απώλεια των νευρώνων κατά το γήρας και συμβάλει αποφασιστικά στη ΝΑ.

### 3.3.2 Γενετική

Είναι σήμερα δεκτό ότι ορισμένοι γενετικοί και περιβαλλοντολογικοί παράγοντες παίζουν κάποιο ρόλο στην πρόκληση της ΑΤΑ. Αναφέρεται ότι δύο τύποι γονιδίων παίζουν ρόλο στη ΑΤΑ, γονίδια σε μεταλλάξεις με τον αυτόσωμο επικρατητικό τύπο και γονίδια που υποστηρίζεται ότι ενεργούν συγχρόνως με άλλους παράγοντες. Έχουν περιγραφεί τρεις μεταλλάξεις :

α) το γονίδιο της πρόδρομης πρωτεΐνης του αμυλοειδούς (APP) στο χρωμόσωμα 21.

β) το γονίδιο της προσενιλίνης 1 στο χρωμόσωμα 14 και

γ) το γονίδιο της προσενιλίνης 2 στο χρωμόσωμα 1

οι οποίες ενοχοποιούνται για την εκδήλωση της οικογενούς μορφής της ΑΤΑ. Τα συγκεκριμένα γονίδια εφόσον υποστούν μεταλλάξεις σε οποιοδήποτε σημείο τους, παρουσιάζουν διαταραχές του

μεταβολισμού του APP και αύξηση της παραγωγής του πεπτιδίου Αβ42 αμυλοειδούς, το οποίο ακολούθως εναποτίθεται στις πλάκες του εγκεφάλου ασθενών με ΑΤΑ. Επί της συγκεκριμένης διεργασίας βασίζεται η κύρια υπόθεση για την παθογένεια της νόσου, η οποία υποστηρίζει ως αιτία την υπερπαραγωγή ή την αδυναμία αποδόμησης του Αβ42 αμυλοειδούς.

Από τα γονίδια που θεωρούνται ότι δρουν σε σχέση με περιβαλλοντολογικούς παράγοντες είναι το αλληλόμορφο γονίδιο ε4 της ΑΡΟΕ στο χρωμόσωμα 19, το οποίο θεωρείται ο σοβαρότερος γενετικός παράγοντας κινδύνου για την ΑΤΑ. Αυτό το αλληλόμορφο γονίδιο συνδέεται με την ΑΤΑ σε σχετικά μεγάλη συχνότητα : 10 – 15% στο φυσιολογικό πληθυσμό. Άτομα ομοζυγώτες για το αλληλόμορφο γονίδιο ε4 έχουν 8 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν ΑΤΑ πριν τα 75 (Hofman 1997b). Εάν στην περίπτωση αυτή προστεθούν και ορισμένοι περιβαλλοντολογικοί παράγοντες, τότε μεγαλώνει η συχνότητα της άνοιας στον ηλικιωμένο πληθυσμό. Στο 80% των ασθενών με ΑΤΑ, ηλικίας από 65 – 75 ετών βρέθηκε τουλάχιστον ένα αντίγραφο του γονιδίου της ΑΡΟΕ ε4 και σημαντική μείωση αυτού σε ασθενείς πάνω από τα 85. Οι Blass & Poirier (1996), αναφέρουν ότι το αλληλόμορφο γονίδιο ε4 συνδέεται με :

- Αυξημένο κίνδυνο ΝΑ
- Μείωση ηλικίας έναρξης ΝΑ
- Αύξηση γεροντικών πλακών και
- Μείωση της δράσης της ακετυλοτρανσφεράσης της χολίνης και του αριθμού των χολινεργικών νευρώνων στη ΝΑ.

### 3.3.3 Δημογραφικοί παράγοντες

Το μορφωτικό επίπεδο, ως δημογραφικό χαρακτηριστικό με την εκπαίδευση και το επάγγελμα, αποτελεί ένα πρόσθετο πεδίο ερευνών συσχέτισης με την πρόκληση της νόσου, το οποίο όμως δεν έχει οδηγήσει ακόμα σε σαφή συμπεράσματα. Είναι ενδεικτικό ότι τα αποτελέσματα της έρευνας Eurodem αναδεικνύουν τον ρόλο της εκπαίδευσης στην ανάπτυξη ΑΤΑ. Είναι βέβαιο, ότι το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο συνεπάγεται ποικίλες κοινωνικές, οικονομικές και υγειονομικές επιπτώσεις, οι οποίες επιβαρύνουν την ψυχοσωματική υγεία του ατόμου και συνδυαστικά αποτελούν ένα εύλογο υπόστρωμα για την εκδήλωση άνοιας.

### *Εκπαίδευση*

Επειδή η χαμηλή εκπαίδευση συνδέεται με χαμηλές επιδόσεις στις νευροψυχολογικές δοκιμασίες που οδηγούν στην διάγνωση άνοιας, η συσχέτιση μεταξύ εκπαίδευσης και άνοιας μπορεί να θεωρείται πιο έγκυρη όταν προκύπτει από προοπτικές μελέτες. Μία μελέτη στην Ινδία, μία στην Νιγηρία, μία στην Αγγλία και τρεις στις ΗΠΑ δεν ανίχνευσαν καμία συσχέτιση μεταξύ εκπαίδευσης και επίπτωσης της άνοιας. Εντούτοις, η χαμηλότερη επίπτωση της άνοιας σε συμμετέχοντες με υψηλή εκπαίδευση έχει αναφερθεί από τουλάχιστον 8 μελέτες στη Γαλλία, στη Σουηδία, στη Φιλανδία, στην Κίνα και στις Ηνωμένες Πολιτίες. Υπάρχουν επίσης δημοσιεύσεις στις οποίες διαπιστώνεται ο σημαντικός προστατευτικός ρόλος της εκπαίδευσης ως προς τον ρυθμό έκπτωσης των νοητικών ικανοτήτων με την πάροδο της ηλικίας συμμετέχοντες με υψηλότερη εκπαίδευση έχουν βραδύτερους ρυθμούς νοητικής και λειτουργικής επιδείνωσης με αποτέλεσμα να καθυστερούν την έναρξη της άνοιας.

### *Νοημοσύνη*

Τόσο η εκπαίδευση όσο και η νοημοσύνη εκφράζουν όχι μόνο γενετικά καθορισμένα αλλά και περιβαλλοντικά γνωρίσματα. Επιπλέον, ο δείκτης νοημοσύνης μπορεί να είναι ένας καλύτερος δείκτης της δια βίου εκπαιδευτικής εμπειρίας για συμμετέχοντες που (για κοινωνικούς – ιστορικούς – οικονομικούς λόγους) δεν είχαν τις ευκαιρίες να λάβουν σχολική εκπαίδευση ή να καταλάβουν την επαγγελματική θέση που αντιστοιχεί στις δυνατότητές τους. Η χαμηλότερη δυνατότητα χρήσης του λόγου (όπως εκφράζεται από την πυκνότητα ιδεών και τη γραμματική πολυπλοκότητα) κατά τη διάρκεια της νεότητας έχει συσχετιστεί με υψηλότερα ποσοστά κλινικής άνοιας αλλά και βαρύτερο παθολογοανατομικό φορτίο ΑΤΑ κατά τη νεκροτομική εξέταση. Άλλοι ερευνητές διαπίστωσαν ότι οι διανοητικές ικανότητες στην ηλικία των 11 ετών, είναι ισχυροί προγνωστικοί παράγοντες χαμηλών νοητικών λειτουργιών και άνοιας κατά την τρίτη ηλικία. Σε μια άλλη μελέτη η χαμηλότερη επίδοση δοκιμασιών νοημοσύνης συνδέθηκε με υψηλότερο κίνδυνο για επίπτωση άνοιας.

### *Επάγγελμα*

Η ανάπτυξη και η πλαστικότητα του ΚΝΣ δεν υφίσταται μόνο στα αρχικά έτη της ζωής αλλά επηρεάζονται από τις επαγγελματικές εμπειρίες που καταλαμβάνουν ένα μεγάλο ποσοστό του χρόνου και της ενέργειάς μας κατά τη διάρκεια της ενηλικίωσης. Σε μία μελέτη παραγόντων κινδύνου οι αγροτικές απασχολήσεις και τα επαγγέλματα σε κατώτερες διοικητικές θέσεις ήταν συχνότερα μεταξύ αυτών με νοητικά προβλήματα ή άνοιες. Σε μία μελέτη case control αναδείχθηκε

ότι τα ανώτερα διοικητικά επαγγέλματα και επαγγέλματα όπως γιατροί, δικηγόροι, μηχανικοί ήταν λιγότερο συχνά μεταξύ ασθενών με ΑΤΑ ή αγγειακή άνοια. Επίσης, σε μία άλλη μελέτη case control μη χειρωνακτικά επαγγέλματα ήταν λιγότερο συχνά στους ασθενείς με άνοια. Η επαγγελματική έκθεση στις κόλλες, τα φυτοφάρμακα και τα λιπάσματα ήταν συχνότερες μεταξύ των ασθενών με ΑΤΑ σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου (1994). Οι συσχετίσεις μεταξύ επαγγέλματος και άνοιας είναι διαφορούμενες (Τσολάκη, Κάζης 2005d).

### 3.3.4 Κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις

Έχει αναφερθεί ότι οι τραυματικές κακώσεις της κεφαλής αποτελούν παράγοντα κινδύνου, ιδίως αυτές που συνοδεύονται με κώμα, (Hofman 1997). Στην καλούμενη «άνοια των πυγμάχων» (dementia pugilistica) θεωρείται ότι επαναλαμβανόμενες μικροκακώσεις οδηγούν σε αλλοιώσεις τύπου Alzheimer ενώ οι Geyde et al. (1989), υποστηρίζουν ότι οι βαρύτερες κακώσεις μπορούν να επιταχύνουν την εμφάνιση ΝΑ κατά 5 – 7 χρόνια. Οι Mayeux et al. (1995), έδειξαν ότι οι κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις αποτελούν παράγοντα κινδύνου μόνο για τους φέροντες της ApoE4, γεγονός που τονίζει τη σχέση γενετικών και περιβαλλοντολογικών παραγόντων (Μεντενόπουλος, Μπούρας 2002i).

### 3.3.5 Τοξικοί παράγοντες

Διάφορες επιδημιολογικές μελέτες δεν έχουν εντοπίσει τοξίνες του περιβάλλοντος οι οποίες θα μπορούσαν να συμβάλλουν στην εμφάνιση της ΝΑ, εκτός από το αλουμίνιο το οποίο και αυτό αναφέρεται με αντιφατικά στοιχεία. Σε ιονική μορφή  $Al(HO)_{++}$ , ενεργοποιείται και σε μικρές συγκεντρώσεις αναστέλλει τη δράση διαφόρων ενζύμων. Το αλουμίνιο είναι τοξικό στα ζώα και σε μεγαλύτερες συγκεντρώσεις γίνεται τοξικό και σε πόσιμο νερό. Η τοξικότητα του στον άνθρωπο προέρχεται κυρίως από αύξηση των φυσιολογικών επιπέδων αυτού στον οργανισμό, όταν λόγω της παθολογικής διεργασίας της ΝΑ, δεν είναι δυνατή η αποβολή του. Στις περιπτώσεις αυτές έχει εντοπισθεί στις νευρο-ινιδιακές αλλοιώσεις (NFT), αλλά και σε νευρώνες ελεύθερους από NFT.

### 3.3.6 Αγγειακός παράγων

Ο αγγειακός παράγων έχει συχνά ενοχοποιηθεί στη ΝΑ. Αναφέρεται ότι το έμφραγμα του μυοκαρδίου αυξάνει τον κίνδυνο ΝΑ (Aronson et al., 1990). Σε νεκροτομικές μελέτες έχει βρεθεί ότι η στεφανιαία νόσος με, ή χωρίς έμφραγμα, αυξάνει τη συχνότητα 6 φορές περισσότερο σε ηλικιωμένους που έχουν εναποθέσεις αμυλοειδούς στον εγκέφαλο τους. Οι Brun & Englund (1984), αναφέρουν ότι σε νεκροτομικές μελέτες 60 % ασθενών με ΝΑ είχαν στον εγκέφαλό τους

αλλοιώσεις τύπου Binswanger που συνήθως αποδίδονται σε αγγειακές διαταραχές. Ορισμένες νευροαπεικονιστικές έρευνες έδειξαν επίσης αλλοιώσεις της λευκής ουσίας στο 15 – 30% φυσιολογικών ενηλίκων, 30 – 60% σε ασθενείς με ΝΑ και σε πολλούς ασθενείς με πολυεμφραγματική άνοια. Αναφέρεται επίσης ότι η μεγάλη συχνότητα του αλληλόμορφου γονιδίου ε4 της Apo σε παθήσεις στεφανιαίων ενισχύει την άποψη της σχέσης μεταξύ αγγειακών παθήσεων και ΝΑ. Γενικώς ο αγγειακός παράγων, τονίζει ο Hofman (1997c), παίζει σημαντικό ρόλο στη ΝΑ. Το γονίδιο της ApoE4 θεωρείται ότι σχετίζεται με την αθηρωσκλήρυνση και το κάπνισμα. Η ApoE4 μπορεί να προκαλέσει απευθείας ΝΑ, αλλά και διαμέσου της αθηρωσκλήρυνσης.

Άλλοι αγγειακοί παράγοντες που ενοχοποιούνται στην εμφάνιση άνοιας είναι : ο σακχαρώδης διαβήτης, η κολπική μαρμαρυγή, και το κάπνισμα. Ο κίνδυνος εμφάνισης ΝΑ είναι διπλάσιος σε διαβητικούς που παίρνουν ινσουλίνη ή αγωγή από το στόμα. Έχει επίσης βρεθεί ότι οι καπνιστές έχουν 2,5 περισσότερες πιθανότητες να προσβληθούν από ΝΑ (Hofman 1997d). Η αρτηριοσκλήρυνση μεγαλώνει τον κίνδυνο εμφάνισης ΝΑ ανάλογα με την βαρύτητα της ενώ τέλος έχει ενοχοποιηθεί και η αρτηριακή πίεση για την εμφάνιση της ΝΑ. Θεωρείται πως άτομα με υπέρταση στην νεανική τους ηλικία έχουν περισσότερες πιθανότητες να προσβληθούν από ΝΑ όταν γεράσουν (κατά την εμφάνιση της άνοιας η αρτηριακή πίεση έχει πτωτική τάση) (Μεντενόπουλος 2002j).

### 3.3.7 *Αρτηριακή υπέρταση*

Η υπέρταση είναι ο βασικότερος παράγοντας κινδύνου των αγγειακών ανοιών, οι οποίες, αποτελούν το 25 % των ανοιών γενικώς στην Ευρώπη. Με βάση τα στοιχεία αυτά θα αναμένονταν μεγαλύτερη συχνότητα της υπέρτασης στους ανοϊκούς. Έχει βρεθεί όμως ότι οι ανοϊκοί έχουν χαμηλότερη πίεση. Οι Skoog et al. (1996) αναφέρουν ότι σε επιμήκη μελέτη 382 μη ανοϊκών άνω των 70 ετών, βρήκαν συσχέτιση μεταξύ της υπέρτασης και της άνοιας η οποία εμφανιζόταν 10 – 15 χρόνια αργότερα και ήταν περισσότερο τύπου ΝΑ. Οι ερευνητές αυτοί κάνοντας μια ειδική στατιστική εκτίμηση (logistical regression), βρήκαν ότι ο κίνδυνος να εμφανιστεί άνοια μεταξύ 79 και 85 ετών αυξάνει ανάλογα με το βαθμό της αύξησης στις πίεσης. Οι ανοϊκοί όμως είχαν προοδευτική μείωση της πίεσης η οποία άρχιζε πριν ακόμη εμφανιστεί η νόσος. Αυτό σημαίνει ότι η αυξημένη πίεση πριν την εμφάνιση της ΝΑ ήταν ένας παράγοντας κινδύνου, αλλά στη συνέχεια και πριν ακόμη εμφανιστεί η ΝΑ η πίεση είχε τάση να μειωθεί. Οι σχέσεις μεταξύ αρτηριακής υπέρτασης και άνοιας βρέθηκαν ανεξάρτητες από τις αιτίες των ανοιών, εκφυλιστικές ή αγγειακές και από την ενδεχόμενη θεραπεία της πίεσης (Μεντενόπουλος, Μπούρας 2002k).



### 3.3.8 Αγγειακές παθήσεις εγκεφάλου

Είναι γνωστό ότι οι εστιακές αγγειακές εγκεφαλικές βλάβες είναι δυνητικά υπεύθυνες για τις άνοιες, ενώ οι σχέσεις της αρτηριακής πίεσης με τις άνοιες είναι περισσότερο πολύπλοκες.. Αναφέρεται ότι πολλές άνοιες μετά από ένα αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (ΑΕΕ) είναι σε σχέση με τη ΝΑ. Επίσης, στους περισσότερους ασθενείς που εμφανίζουν άνοια μετά από ΑΕΕ, έχει παρατηρηθεί συνδυασμός αγγειακών και εκφυλιστικών παραγόντων και οι αγγειακές βλάβες θεωρούνται άμεσα υπεύθυνες για την άνοια σε ένα ποσοστό 50%. Αναφέρεται επίσης ότι οι προκλινικές εγκεφαλικές βλάβες τύπου ΝΑ, ευνοούν την εμφάνιση ΝΑ μετά από ένα ΑΕΕ.

Σχετικά πρόσφατη έρευνα κατέληξε στο συμπέρασμα, ότι ασθενείς οι οποίοι παρουσιάζουν ταυτόχρονα ΑΡΟΕ ε4 με αθηρωσκλήρυνση, περιφερική αγγειακή νόσο ή σακχαρώδη διαβήτη εκτίθενται σε μεγαλύτερο κίνδυνο εκδήλωσης γνωστικών διαταραχών από εκείνους χωρίς ΑΡΟΕ ε4 ή υποκλινική εγκεφαλική αγγειακή νόσο.

## 3.4 Σύνοψη κεφαλαίου

Σύμφωνα με επιστημονικές έρευνες η αιτιολογία της νόσου παραμένει ακόμα άγνωστη. Αυτό που μπορεί όμως να υποθεί με σιγουριά είναι ότι η άνοια είναι νόσος του εγκεφάλου και ότι δεν είναι φυσιολογική διεργασία της γηράνσεως, δεν προκαλείται από σκλήρυνση των αρτηριών, ούτε από υποξία του εγκεφάλου, δεν είναι μεταδοτική και δε θεωρείται ψυχική νόσος ή μορφή τρέλας. Παρόλα αυτά υπάρχει μια μεγάλη ποικιλία ύποπτων παραγόντων όπως γενετικοί παράγοντες, βιοχημικές και ανοσιακές διαταραχές, μεταβολικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες που μπορεί να συμβάλουν στην ανάπτυξη της νόσου. Οι κυριότεροι παράγοντες κινδύνου είναι η ηλικία, η γενετική, οι κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις, οι αγγειακές παθήσεις εγκεφάλου, η αρτηριακή υπέρταση καθώς και δημογραφικοί, τοξικοί και αγγειακοί παράγοντες.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

### ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ

---

#### 4.1 Διάγνωση

Η διάγνωση της νόσου είναι πολύ σημαντική, καθώς αποτελεί το πρώτο βήμα προς τη λήψη βοήθειας και υποστήριξης. Βασίζεται στην ύπουλη εισβολή της νόσου, στην προοδευτική επιδείνωση και στον αποκλεισμό όλων των άλλων αιτιών που μπορούν να προκαλέσουν άνοια. Ύστερα από προοδευτική εκτίμηση οι κλινικοί μπορούν να φτάσουν στη διάγνωση, αρκεί να αξιολογήσουν σωστά την κλινική, τη νευρολογική, την ψυχιατρική, τη νευροφυσιολογική κατάσταση και το ιστορικό του ασθενή. Χρειάζεται προσοχή διότι η λανθασμένη διάγνωση μιας κατάστασης μπορεί να έχει καταστρεπτικές συνέπειες με τη μη επισήμανση των αντιστρέψιμων αιτιών της άνοιας.

Η πρόωμη και ακριβής διάγνωση είναι πολύ σημαντική για τους εξής λόγους:

- ♦ Παρέχει ερμηνεία των συμπτωμάτων και της παράξενης συμπεριφοράς και βοηθά τα άτομα με άνοια, όπως και αυτούς που προσφέρουν φροντίδα, να αντιμετωπίσουν τη νόσο και να γνωρίζουν τι θα ακολουθήσει με το πέρας του χρόνου.
- ♦ Επιτρέπει στα άτομα να κατανοήσουν τι τους συμβαίνει και να έχουν τη δυνατότητα να ασκήσουν κάποιον έλεγχο στη ζωή τους. Για παράδειγμα μπορούν να αποφασίσουν τι είδους θεραπεία επιθυμούν, να συντάξουν διαθήκη, να ορίσουν πληρεξούσιο.
- ♦ Ορίζονται κατάλληλες υπηρεσίες υποστήριξης και οικονομικής βοήθειας, γεγονός που βοηθάει το άτομο να σχεδιάσει το μέλλον του.
- ♦ Μπορεί να διασφαλίσει ότι άλλα προβλήματα, τα οποία μπορεί να οδηγήσουν σε απώλεια μνήμης, όπως η κατάθλιψη, θα αντιμετωπιστούν κατάλληλα (Graham & Warner 2009h).

#### 4.2 Κλινική εκτίμηση

Η σωστή αξιολόγηση των συμπτωμάτων για την κλινική διάγνωση εμποδίζεται συνήθως από την ελλιπή γνώση, την υποτίμηση ή τη μεγαλοποίηση τους. Το σύμπτωμα πρέπει να ερευνάται με προσοχή διότι μπορεί να έχει πολλές ερμηνείες και αν παραμελείται η αναζήτηση του μηχανισμού

του, είναι δυνατό να υποτιμηθεί η σημασία του. Ο τρόπος με τον οποίο αντιδρά ο ηλικιωμένος απέναντι στη νόσο, προκαλεί συχνά μια πρόσθετη συμπτωματολογία η οποία πρέπει να ελέγχεται ώστε να μην καθυστερούν ή παίρνουν λανθασμένο δρόμο ορισμένες κλινικές, ανατομικές, βιολογικές ή θεραπευτικές έρευνες.

Τα σχετιζόμενα ευρήματα από την κλινική εξέταση στην άνοια εξαρτώνται από τη φύση, την εντόπιση και το στάδιο εξέλιξης της υποκείμενης παθολογικής αιτίας. Ο γενικός ιατρός θα πρέπει να είναι προσεκτικός στα πρώιμα συμπτώματα της νόσου και στη συστηματική τους διερεύνηση, διότι συχνά οι ασθενείς τον επισκέπτονται για άλλα ενοχλήματα παρά για αμνησικές διαταραχές (αρτηριακή υπέρταση, σακχαρώδη διαβήτη κ.α.).

Κάθε σύμπτωμα που θα μπορούσε να σημαίνει έκπτωση των νοητικών λειτουργιών, θα πρέπει να οδηγεί στην εκτίμηση αυτών και των καθημερινών δραστηριοτήτων, ενώ ακολούθως να παραπέμπεται ο ασθενής στον ειδικό ιατρό που θα επιβεβαιώσει ή θα αμφισβητήσει τη νόσο (Μεντενόπουλος, Μπούρας 2002i).

Οι εξετάσεις που θα πρέπει να γίνουν αρχικά είναι η σωματική εξέταση για να επιβεβαιωθεί ότι τα ζωτικά όργανα, όπως η καρδιά και οι πνεύμονες, λειτουργούν φυσιολογικά, να εξεταστούν πιθανότητες παρουσίας νευρολογικών παθήσεων, όπως η νόσος Parkinson ή εγκεφαλικό επεισόδιο και να υπολογιστεί ο κίνδυνος πτώσεων. Η ψυχολογική εξέταση θα πρέπει να περιλαμβάνει έλεγχο για την παρουσία συμπτωμάτων κατάθλιψης, άγχους, και ψύχωσης (π.χ. παρουσία ψευδαισθήσεων) (Graham & Warner 2009i).

Η διαγνωστική προσέγγιση ξεκινά από το ερωτηματολόγιο προς τον ασθενή και το περιβάλλον του. Πολύ σημαντικό είναι να επιβεβαιώνονται τα λεγόμενα του ασθενή από τους συγγενείς. Τα παράπονα για τη μνήμη είναι τα συχνότερα. Θα πρέπει όμως, να εκτιμηθεί κάθε αλλαγή στη συμπεριφορά του ασθενή, στην προσωπικότητά του και στις δραστηριότητες της καθημερινής του ζωής. Ακόμη, ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δοθεί στο οικογενειακό ιστορικό, ιδίως αν σχετίζεται με άνοιες, καθώς και σε θεραπείες που έλαβε ο ασθενής αυτός στο παρελθόν, ιδίως ψυχοτρόπα φάρμακα.

Μετά από το ερωτηματολόγιο, θα πρέπει να ακολουθεί η συστηματική κλινική και νευροψυχολογική διερεύνηση. Το Mini Mental State Examination (MMSE), είναι η πρώτη εξέταση που συνιστάται για μια ταχεία και απλή ποσοτική εκτίμηση των νοητικών ικανοτήτων. Η σημασία της δοκιμασίας αυτής είναι ότι εκτός από την απλότητά της, βασίζεται στο γεγονός ότι είναι αξιόπιστη σε ελαφρά ανοϊκά στάδια (Μεντενόπουλος, Μπούρας 2002m). Η εξέταση αυτή διαρκεί περίπου 10 λεπτά. Στη διάρκεια αυτή το άτομο πρέπει να απαντήσει σε διάφορες ερωτήσεις, όπως την ημερομηνία ή το που βρίσκεται, ενώ συγχρόνως ελέγχονται η κατανόηση και η συγκέντρωση (Graham & Warner 2009j).

Ένα μη ανησυχητικό αποτέλεσμα δε θα πρέπει να αποκλείει τη διάγνωση άνοιας. Ηλικιωμένοι ασθενείς είναι δυνατό να έχουν μειωμένες επιδόσεις στο MMSE χωρίς έκπτωση του νοητικού τους επιπέδου, ιδίως όταν είναι χαμηλού μορφωτικού επιπέδου. Το MMSE δεν είναι ένα μεμονωμένο test ανίχνευσης, ο ρόλος του είναι να προσανατολίζει προς τη νοητική διαταραχή του ασθενούς, τονίζοντας τη σοβαρότητά της. Στην κλινική πρακτική οι ποσοτικές μέθοδοι εκτίμησης είναι χρήσιμες σαν σημεία αναφοράς που θα οδηγήσουν σε παραπέρα λεπτομερέστερες αναλύσεις (Μεντενόπουλος, Μπούρας 2002n).

### 4.3 Εργαστηριακά ευρήματα

Εκτός από την κλινική εκτίμηση είναι απαραίτητο να γίνουν και μια σειρά από εξειδικευμένες εξετάσεις για να επιβεβαιωθεί η διάγνωση. Δεν υπάρχουν μέχρι σήμερα εργαστηριακές εξετάσεις, οι οποίες να θέτουν με βεβαιότητα τη διάγνωση της άνοιας. Υπάρχουν ωστόσο εξετάσεις οι οποίες είναι βοηθητικές, όπως οι παρακλινικές εξετάσεις και οι απεικονιστικές μέθοδοι.

#### 4.3.1 Παρακλινικές εξετάσεις

Οι εξετάσεις αυτές περιλαμβάνουν τις συνήθεις εξετάσεις αίματος, οι οποίες γίνονται για να αποκλειστούν θεραπεύσιμες αιτίες. Οι δοκιμές αυτές περιλαμβάνουν τη βιταμίνη B12, φολικό οξύ, θυροειδής ορμόνη (TSH), ένζυμα C-αντιδρώσας πρωτεΐνης, πλήρης αρίθμηση αίματος, ηλεκτρολύτες, ασβέστιο, λειτουργία νεφρών και ήπατος. Οι ανωμαλίες μπορεί να υποδηλώνουν έλλειψη βιταμίνης, λοίμωξη ή άλλα προβλήματα που προκαλούν συχνά σύγχυση ή αποπροσανατολισμό στους ηλικιωμένους.

#### 4.3.2 Απεικονιστικές μέθοδοι

Οι έλεγχοι αυτοί μπορεί να περιλαμβάνουν:

- Αξονική τομογραφία εγκεφάλου (CT)
- Μαγνητική τομογραφία (MRI)
- Τομογραφία μέσω εκπομπής ποζιτρονίων (PET scan)
- Τομογραφία εκπομπής απλού φωτονίου (SPECT)
- Ηλεκτροεγκεφαλογράφημα

Αυτές οι απεικονιστικές μέθοδοι παρέχουν λεπτομερείς εικόνες του εγκεφάλου και μπορούν να αναδείξουν τις περιοχές που έχουν υποστεί ατροφία ή βλάβες. Πιο αναλυτικά:

#### *Αξονική τομογραφία εγκεφάλου (CT)*

Ο αξονικός τομογράφος για να ανακατασκευάσει εικόνες του εγκεφάλου, χρησιμοποιεί μικρές ποσότητες ακτινών X. Αν και οι εικόνες δεν είναι τόσο λεπτομερείς, όσο αυτές του μαγνητικού τομογράφου, είναι αρκετά χρήσιμες.

#### *Μαγνητική τομογραφία (MRI)*

Ο μαγνητικός τομογράφος χρησιμοποιεί ισχυρό μαγνητικό πεδίο ώστε να ανακατασκευάσει εικόνα της δομής του εγκεφάλου και ως τεχνική είναι ικανή να παράγει πολύ λεπτομερείς εικόνες. Η μαγνητική τομογραφία μπορεί να διαρκέσει περίπου μισή ώρα και είναι σημαντικό το άτομο να παραμείνει σταθερό.

#### *Τομογραφία μέσω εκπομπής ποζιτρονίων (PET scan)*

Η απεικόνιση του εγκεφάλου μέσω εκπομπής ποζιτρονίων περιλαμβάνει ενέσιμη έγχυση ελάχιστων ποσοτήτων ραδιενεργού ουσίας γεγονός, το οποίο επιτρέπει την ανακατασκευή εικόνας σχετικά με το πόσο καλά λειτουργεί ο εγκέφαλος. Το PET scan είναι λιγότερο συνηθισμένο και χρησιμοποιείται όταν η διάγνωση δεν είναι ξεκάθαρη.

#### *Τομογραφία εκπομπής απλού φωτονίου (SPECT)*

Το SPECT επιτυγχάνεται με τη χρήση μιας κεφαλής ανίχνευσης, μιας συμβατικής γ-camera, που προσαρμόζεται σε ένα περιστρεφόμενο gantry, έτσι ώστε ο ανιχνευτής να είναι ικανός να διαγράψει τροχιά γύρω από τον ακίνητο ασθενή που κείται σε ένα ειδικό κρεβάτι. Έχει τη δυνατότητα τρισδιάστατης απεικόνισης, αναπαραγωγής περιστρεφόμενης εικόνας και δυνατότητα λεπτομερέστερου ανατομικού εντοπισμού της βλάβης.

#### *Ηλεκτροεγκεφαλογράφημα*

Στο ηλεκτροκαρδιογράφημα εφαρμόζονται μικρά ηλεκτρόδια στο κρανίο του ασθενούς με σκοπό την παρακολούθηση της εγκεφαλικής δραστηριότητας. Τα ίχνη που προκύπτουν από αυτή την εξέταση μπορούν σε ορισμένες περιπτώσεις, να αναδείξουν ύπαρξη διαφορετικών τύπων άνοιας.

#### 4.4 Διαχωρισμός του τύπου της άνοιας

Εφόσον διαγνωστεί η άνοια πρέπει να διαχωριστεί ο τύπος από τον οποίο πάσχει το άτομο. Τεχνικές απεικόνισης του εγκεφάλου και ειδικές εξετάσεις της λειτουργίας του εγκεφάλου (γνωστικές δοκιμασίες) μπορούν να βοηθήσουν έτσι ώστε να αξιολογηθεί το είδος της άνοιας από το οποίο πάσχει το άτομο. Ωστόσο, ο μοναδικός αξιόπιστος τρόπος αξιολόγησης του είδους άνοιας που παρουσιάζεται κάθε φορά, είναι μέσω βιοψίας εγκεφάλου (λήψη δείγματος μικρού τμήματος του εγκεφαλικού ιστού και μελέτη του σε ηλεκτρονικό μικροσκόπιο). Αυτή η τεχνική δεν είναι συνηθισμένη (Graham & Warner 2009k).

#### 4.5 Σύνοψη κεφαλαίου

Η γρήγορη και έγκυρη διάγνωση είναι σημαντική, ώστε οι νοσούντες να μπορέσουν να προγραμματίσουν τη ζωή τους και να έχουν λόγο στη θεραπεία τους. Η εκτίμηση των σωματικών, ψυχολογικών και νευροψυχολογικών παραγόντων του ασθενή, το ιστορικό του καθώς και τα εργαστηριακά ευρήματα αναδεικνύουν τη διάγνωση καθώς και τον διαχωρισμό του τύπου της άνοιας, ο οποίος επιβεβαιώνεται μέσω βιοψίας του εγκεφάλου.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

### ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

---

Πριν από είκοσι χρόνια, οι δυνατότητες για την αντιμετώπιση της άνοιας ήταν πραγματικά περιορισμένες. Ακόμη και τώρα, στις αρχές του 2011, δεν υπάρχει κάποια αγωγή που να προλαμβάνει ή να σταματά πλήρως την εξέλιξη της νόσου, με αποτέλεσμα να μην έχουμε ακόμα και σήμερα θεραπεία ή προληπτική αγωγή κατά της άνοιας. Βέβαια τα τελευταία χρόνια, κάποια φάρμακα πέρασαν τη δοκιμασία της συμπτωματικής αποτελεσματικότητας και της ασφάλειας της ΑΤΑ και έτσι έχουμε την δυνατότητα να βελτιώσουμε ως ένα σημείο τα συμπτώματα της νόσου και να καθυστερήσουμε την επιδείνωση της.

#### 5.1 Φαρμακευτική αντιμετώπιση της άνοιας.

Τα φάρμακα και η χρόνια που εγκρίθηκαν στην χώρα μας είναι:

1. Τακρίνη (Cognex). Εγκρίθηκε το 1996.
2. Δονεπεζίλη (Aricept). Εγκρίθηκε το 1998.
3. Ριβαστιγμίνη (Exelon). Εγκρίθηκε το 1999.
4. Γκαλανταμίνη (Reminyl). Εγκρίθηκε το 2001.
5. Μεμαντίνη (Ebixa). Εγκρίθηκε το 2003.

Η δονεπεζίλη, η ριβαστιγμίνη και η γκαλανταμίνη είναι μια ομάδα σκευασμάτων, γνωστά ως αναστολείς της χολινστεράσης. Αυτό που κάνουν και τα τρία είναι να αυξάνουν την συγκέντρωση ενός χημικού διαβιβαστή στον εγκέφαλο, που ονομάζεται ακετυλοχολίνη (ACh). Η θεωρία υποστηρίζει ότι ενισχύοντας αυτή τη χημική ουσία, τα νευρικά κύτταρα που σχετίζονται με τη μνήμη θα πρέπει να επικοινωνούν καλύτερα μεταξύ τους.

Όλοι οι οργανισμοί που έχουν ασχοληθεί με την αντιμετώπιση της ΑΤΑ υποστηρίζουν τη χρησιμότητα των ανωτέρων φαρμάκων για την αντιμετώπιση της νόσου.

### 5.1.1. Αποτελέσματα των φαρμάκων.

Για να διαπιστώσουμε καλύτερα τα αποτελέσματα των φαρμάκων, θα πρέπει να λάβουμε υπ' όψιν ότι στην άνοια, ανεξάρτητα του τύπου της, διακρίνουμε 3 κυρίως τομείς συμπτωμάτων οι οποίοι διατάσσονται σε:

- Νοητική Λειτουργία
- Λειτουργική Ικανότητα
  - Συμπεριφορά

#### Αποτελέσματα στις νοητικές διαταραχές

##### *Δονεπεζίλη*

Η δονεπεζίλη έδειξε ότι είναι αποτελεσματική στην ανωτέρω νοητική κλίμακα σε μια σειρά από μελέτες και αναφέρει ότι η θεραπεία διάρκειας μέχρι και ενός έτους με δονεπεζίλη μπορεί να μειώσει την έκπτωση της νοητικής λειτουργίας. Τους πρώτους μήνες, μάλιστα, η βελτίωση αφορά αποτελεσματικότητα τέτοια έτσι ώστε ο ασθενής, ο περιθάλπων και ο γιατρός να πιστεύουν ότι τα συμπτώματα είναι καλύτερα σε σχέση την κλινική εικόνα του ασθενούς πριν την έναρξη της χορήγησης του φαρμάκου. Προκειμένου να έχουμε περαιτέρω πληροφορίες σχετικά με την μακροχρόνια κλινική χρήση της δονεπεζίλης, ασθενείς από τρεις ελεγχόμενες μελέτες, συνέχισαν την λήψη του σκευάσματος για διάστημα 3 ετών. Όπως και στις προηγούμενες μελέτες, έτσι και σε αυτήν, χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα ADAS-Cog. και παρατηρήθηκε πως οι βαθμολογίες των ασθενών που έλαβαν δονεπεζίλη μειώθηκαν στην διάρκεια των 3 ετών, αλλά τονίστηκε πως η μείωση αυτή ήταν μικρότερη από την αναμενόμενη σε σχέση με τους ασθενείς που δεν έλαβαν καμία θεραπεία.

##### *Ριβαστιγμίνη*

Στην μελέτη "ADENA", όπου η ριβαστιγμίνη συγκρίθηκε με εικονικό φάρμακο, διαπιστώθηκε πως οι ασθενείς που έλαβαν ριβαστιγμίνη βελτιώθηκαν ως προς την αρχική τους κατάσταση, ενώ αντίθετα οι ασθενείς που έλαβαν το εικονικό φάρμακο επιδεινώθηκαν κατά τέσσερεις βαθμούς στην κλίμακα ADAS-Cog. Επίσης παρατηρήθηκε πως η ριβαστιγμίνη σε μακροχρόνια χορήγηση καταφέρνει να καθυστερήσει την επιδείνωση των συμπτωμάτων της άνοιας και αυτό προκύπτει ύστερα από μια ετήσια μελέτη με ριβαστιγμίνη, όπου οι ασθενείς βρίσκονται σε καλύτερη κατάσταση απ' αυτή που θα βρισκότουσαν αν δεν λάμβαναν καμία θεραπεία. Μιλώντας



για μελέτες, θα πρέπει να αναφέρουμε πως και στην Ελλάδα έχουν γίνει σημαντικές έρευνες με βάση της θεραπευτικές ιδιότητες της ριβαστιγμίνης. Τα αποτελέσματα στην χώρα μας είναι ιδιαίτερα θετικά καθώς το 97% των ασθενών που έλαβαν ριβαστιγμίνη παρουσίασαν βελτίωση ή σταθερότητα στην κάθε κατάσταση τους, ενώ όσον αφορά τη μνήμη και τη νοητική τους ικανότητα, οι ασθενείς παρουσίασαν 29% βελτίωση της βαθμολογίας στην κλίμακα ADAS-Cog.

### *Γκαλανταμίνη*

Χάρη στο διπλό μηχανισμό της γκαλανταμίνης παρατηρείται πως σε όλες τις τυχαιοποιημένες, ελεγχόμενες μελέτες, διάρκειας 6 μηνών οι ασθενείς έδειξαν σταθερά σημαντική βελτίωση στην κλίμακα ADAS-Cog (Rockwood et al., 2001a). Η βελτίωση αυτή μπορεί να καταγραφεί ακόμα και από τους πρώτους 3 μήνες της χορήγησης του φαρμάκου και αφορά σχεδόν δυο βαθμούς της κλίμακας ADAS-Cog. Επίσης, αξιοπρόσεκτο είναι το γεγονός πως τα οφέλη από την χορήγηση γκαλανταμίνης είναι ακόμα πιο σημαντικά στην νοητική λειτουργικότητα του ασθενή, κυρίως, όταν αλλάζει την θεραπεία του, από δονεπεζίλη ή ριβαστιγμίνη, σε γκαλανταμίνη.

### *Αποτελέσματα στις διαταραχές λειτουργικότητας.*

### *Δονεπεζίλη*

Έχει γίνει μόνο μία μελέτη πάνω στην επίδραση που έχει η δονεπεζίλη στις διαταραχές της λειτουργικότητας και αυτή ήταν μία ελεγχόμενη μελέτη, διάρκειας ενός έτους στην οποία οι ασθενείς έλαβαν δονεπεζίλη και κατάφεραν να διατηρήσουν με αυτό τον τρόπο την λειτουργικότητα τους στο 72%. Οι ασθενείς αυτοί όφειλαν να επισκέπτονται την κλινική ανά τακτά χρονικά διαστήματα για να παρατηρούνται από τους επαγγελματίες υγείας και αν διαπιστωνόταν κάποια έκπτωση της λειτουργικής τους ικανότητας, αποσύρονταν από την μελέτη. Σκοπός της μελέτης αυτής δεν ήταν μόνο να αποδειχτεί ωφέλιμη η χορήγηση της δονεπεζίλης, αλλά και να καταφέρουν οι ασθενείς να παραμείνουν για όλο το χρόνο στο πλαίσιο της μελέτης, αφήνοντας τους ασθενείς που λάμβαναν εικονικό φάρμακο εκτός του προγράμματος αυτού.

### *Ριβαστιγμίνη*

Στην συγκεκριμένη μελέτη, οι ίδιοι οι φροντιστές αξιολόγησαν τους ασθενείς τους σύμφωνα με την κλίμακα Progressive deterioration scale, με σκοπό να αποδείξουν ότι η ριβαστιγμίνη είναι ένα σκεύασμα που σε μια διεθνή μελέτη μπορεί να προσφέρει βελτίωση στη μνήμη του ασθενή, βελτίωση στην λειτουργικότητα του και στις γενικότερες ικανότητες του, έτσι ώστε, να

ανταπεξέρχεται στις απαιτήσεις της καθημερινότητας του. Έτσι, με βάση αυτά τα αποτελέσματα βλέπουμε ένα σημαντικό αριθμό ασθενών που μπορεί να συζητά και να χειρίζεται τα οικονομικά του οφέλη καλύτερα, να ταξιδεύει μόνος, να φροντίζει τον εαυτό του χωρίς καμία εξωτερική βοήθεια και να χειρίζεται τα αντικείμενα που τον περιτριγυρίζουν με μεγαλύτερη ευκολία.

### *Γκαλανταμίνη*

Η επίδραση της γκαλανταμίνης στις διαταραχές λειτουργικότητας των ασθενών έχει μελετηθεί με τη χρήση δύο διαφορετικών κλιμάκων αξιολόγησης, της ADCS-ADL (The Alzheimer's Disease Co-operative Study ADL inventory) και της DAD (Disability Assessment in Dementia). Μόλις στους 3 πρώτους μήνες χορήγησης γκαλανταμίνης καταγράφεται μια σημαντική διαφορά στη λειτουργικότητα των ασθενών, της τάξεως των 4,3 βαθμών της κλίμακα DAD, υπέρ των ασθενών που έλαβαν γκαλανταμίνη, σε σχέση με τους ασθενείς που έλαβαν εικονικό φάρμακο (Rockwood et al., 2001b). Η διαφορά αυτή αφορά τόσο τις βασικές, όσο και τις σύνθετες καθημερινές ανάγκες και δραστηριότητες του ασθενή. Η λειτουργικότητα των ασθενών που έλαβαν γκαλανταμίνη διατηρήθηκε στο αρχικό επίπεδο για τουλάχιστον ένα χρόνο, σε αντίθεση με τους ασθενείς που λάμβαναν το εικονικό φάρμακο και που στο τέλος παρουσίασαν σημαντική επιδείνωση.

### **Αποτελέσματα στις διαταραχές της συμπεριφοράς.**

### *Δονεπεζίλη*

Σε μια ελεγχόμενη μελέτη που έγινε, της οποίας η διάρκεια ήταν 24 εβδομάδες, παρατηρήθηκε ότι σε ασθενείς με μέτρια ως σοβαρή άνοια, υπάρχει σημαντική βελτίωση στην κλίμακα NPI 4,6 βαθμών, σε αντίθεση με τους ασθενείς που έλαβαν ένα εικονικό φάρμακο. Για πρώτη φορά στην ιστορία παρατηρήθηκε ότι ένας αναστολέας μπορεί να βελτιώσει τις διαταραχές συμπεριφοράς ακόμη και σε περιστατικά σοβαρής άνοιας και έτσι βλέπουμε να βελτιώνονται σε σημαντικό βαθμό το άγχος, η κατάθλιψη, η δυσφορία και η απάθεια του ασθενούς με αποτέλεσμα τη μείωση του ψυχολογικού βάρους που νιώθει ο περιθάλπων.

### *Ριβαστιγμίνη*

Σύμφωνα με μελέτες που έχουν γίνει, έχει αποδειχτεί ότι η ριβαστιγμίνη μπορεί να βελτιώσει τις διαταραχές της συμπεριφοράς όχι μόνο των ασθενών με άνοια αλλά και με ΑΣΛ, με

αποτέλεσμα οι ασθενείς που έλαβαν ριβαστιγμίνη να παρουσιάσουν βελτιωμένη διάθεση, μείωση της ανησυχίας και περιορισμό των νυχτερινών περιπλανήσεων. Παράλληλα, μια μελέτη με NPI έδειξε στατιστικά σημαντική βελτίωση στο άγχος, στην ευερεθιστότητα, στις ψευδαισθήσεις, στις παραλυτικές ιδέες, στην έλλειψη αναστολών, στην παθολογική κινητικότητα, στην παθολογική νυχτερινή συμπεριφορά, αλλά ακόμη και στην όρεξη. Ακόμα, η θεραπεία με βάση τη ριβαστιγμίνη προστάζει μείωση των νευροληπτικών ή άλλων σκευασμάτων που χορηγούνται για την αντιμετώπιση των διαταραχών της συμπεριφοράς.

### *Γκαλανταμίνη*

Σε μια μελέτη διάρκειας 5 μηνών, ελεγχόμενη με εικονικό φάρμακο, αποδείχτηκε ότι οι ασθενείς που έλαβαν γκαλανταμίνη παρουσίασαν βελτίωση των διαταραχών συμπεριφοράς, με βάση την κλίμακα αξιολόγησης NPI-12. Πιο συγκεκριμένα παρατηρήθηκε πως στους συγκεκριμένους ασθενείς οι ψευδαισθήσεις, το άγχος, η παθολογική ευφορία, η επιθετικότητα, η ευερεθιστότητα, η κατάθλιψη, η απάθεια και η έλλειψη ύπνου, μειώθηκαν στατιστικά σε σημαντικό επίπεδο. Άξιο αναφοράς είναι πως η χορήγηση γκαλανταμίνης, σε ασθενείς που δεν παρουσίαζαν κάποιες διαταραχές συμπεριφοράς, μείωσε την πιθανότητα να τις εμφανίσουν στο μέλλον μετά από θεραπεία με το συγκεκριμένο σκεύασμα. Παράλληλα, η θετική επίδραση της γκαλανταμίνης στην μείωση των διαταραχών συμπεριφοράς σημειώνεται εξίσου και σε ασθενείς με αγγειακή και μικτού τύπου άνοια, ενώ τα θετικά αποτελέσματα φαίνεται να μεγιστοποιούνται στους ασθενείς που βρίσκονται στο μέτριο στάδιο της νόσου.

## 5.2 Μη φαρμακευτικές θεραπείες στην άνοια.

Η αντιμετώπιση της νόσου επιβάλλει καταρχήν την φαρμακευτική θεραπεία, αλλά λόγω της ποικιλομορφίας των συμπτωμάτων σημαντικό ρόλο κατέχουν και συνεχώς αποκτούν οι μη φαρμακευτικές θεραπείες. Υπάρχουν πολλοί τρόποι που μπορούν να συμβάλουν στην αντιμετώπιση της νόσου και κανένας από αυτούς να μην περιλαμβάνει φαρμακευτική χορήγηση. Η ατομική και ομαδική ψυχοθεραπεία, η μουσικοθεραπεία, η θεραπεία μέσω της τέχνης και των αναμνήσεων, μπορούν να βοηθήσουν τον ασθενή να αντιμετωπίσει σε πολύ καλύτερο βαθμό την άνοια.

### 5.2.1 Ατομική Ψυχοθεραπεία

Πριν ξεκινήσουμε να πούμε οτιδήποτε για αυτή τη μη φαρμακευτική θεραπεία θα πρέπει να ξεκαθαρίσουμε και να καταστήσουμε σαφές τον ορισμό της. Έτσι, μπορούμε να πούμε ότι η ψυχοθεραπεία είναι μια σχεδιασμένη εφαρμογή, όπου μέσα από εξειδικευμένες ψυχολογικές τεχνικές μπορούμε να βοηθήσουμε τον ασθενή να μειώσει την ψυχολογική του ανεπάρκεια, τις διαταραχές της συμπεριφοράς και της προσωπικότητάς του και να λειτουργήσει πιο αποτελεσματικά ιδίως στα αρχικά στάδια της νόσου.

Είναι γνωστό ότι η εμπλοκή ενός ατόμου σε μια ψυχοθεραπευτική διαδικασία απαιτεί και προϋποθέτει ένα καλό νοητικό επίπεδο, καθώς και ικανότητες επικοινωνίας και επεξεργασίας των πληροφοριών. Με αυτή την έννοια θα έλεγε κανείς ότι είναι δύσκολο, αν όχι αδύνατο, άτομα με κάποιο βαθμό νοητικής έκπτωσης να μπορούν να παρακολουθήσουν ως συμμετέχοντες μια ψυχοθεραπευτική διαδικασία.

Ο στόχος της θεραπείας είναι να προσαρμόσει τα ερεθίσματα του περιβάλλοντος στη γνωστική ικανότητα του ασθενούς και να τα επεξεργαστεί μέσα στα πλαίσια των δυνατοτήτων που παρέχει το περιβάλλον αυτό. Η θεραπεία πρέπει να στοχεύει στην αντιμετώπιση της γνωστικής διαταραχής και του άγχους, το οποίο μπορεί να σχετίζεται είτε με τη συναισθηματική κατάσταση του ατόμου είτε με τη δυσκολία του ως προς το χειρισμό προβλημάτων. Η εξατομίκευση της θεραπείας είναι απαραίτητη προϋπόθεση στα πλαίσια μιας ολιστικής προσέγγισης. Κατά συνέπεια η ψυχοθεραπεία στην άνοια δεν μπορεί, εκ των πραγμάτων, να βασιστεί στις κλασικές μεθόδους ψυχοθεραπείας, όπως στην ψυχαναλυτική, τη συμπεριφορά ή τη γνωστική κ.α., χωρίς τις απαραίτητες τροποποιήσεις και προσαρμογές. Η ψυχοθεραπεία ως μορφή παρέμβασης στην άνοια θα πρέπει:

- Να ακολουθεί το νοητικό και λειτουργικό επίπεδο και τις δυνατότητες του ασθενούς.
- Να συνυπολογίζει τη σχέση ασθενούς και περιβάλλοντα.
- Να βασίζεται περισσότερο στους χειρισμούς του θεραπευτή και λιγότερο στις πρωτοβουλίες του ασθενούς.
- Να θέτει στόχους επιτεύξιμους, όπως η καλύτερη συναισθηματική κατάσταση ή η λειτουργικότητα του ασθενούς και του περιβάλλοντα του.
- Να εξασφαλίζει την αποδοχή του ασθενούς ως ατόμου με προσωπικότητα και να βλέπει το άτομο ολιστικά, τόσο δηλαδή μέσα από το πλέγμα των σχέσεων του όσο και στην βάση των προβλημάτων που αντιμετωπίζει λόγω της ασθένειας του, αλλά και γενικότερα ως προς τις συνήθειες του, την προσωπικότητά του, τα ενδιαφέροντα του κ.α.

Είναι σημαντικό να αναδειχθεί η ψυχοθεραπεία ως ένα κύριο μέσο θεραπευτικής επικοινωνίας. Ο στόχος του θεραπευτή είναι, πρώτα απ' όλα, η κατανόηση, η εφαρμογή των ψυχολογικών τεχνικών και η μετάδοση της θεραπευτικής πληροφορίας στον ανοϊκό ασθενή η οποία εμφανίζει σημαντικές δυσκολίες, γιατί τα κανάλια επικοινωνίας του είναι διαταραγμένα και η εγκεφαλική λειτουργία του ανεπαρκής. Οι θεραπευτικοί στόχοι για τον ανοϊκό ασθενή είναι, κατά συνέπεια, περιορισμένοι. Το στοιχείο αυτό θα πρέπει να ληφθεί υπόψη, έτσι ώστε η θεραπεία να βελτιώσει την ζωή και τη λειτουργικότητα του ασθενούς. Είναι επίσης απαραίτητο η θεραπεία να συνεχίζεται μέχρι τέλους. Η κλινική βελτίωση που παρατηρείται κατά τη διάρκεια της θεραπείας, δεν θα πρέπει να οδηγεί στο συμπέρασμα, ότι αφού ο ασθενής έχει βελτιωθεί, μπορεί να διακοπεί η θεραπεία. Άλλωστε η επιτυχία τα ψυχοθεραπείας είναι άμεσα συνδεδεμένη με το γεγονός ότι όσο συνεχίζεται η θεραπεία, τόσο ελέγχεται ο ρυθμός επιδείνωσης της νόσου.

### 5.2.2 Ομαδική Ψυχοθεραπεία

Η χρησιμότητα της ομαδικής ψυχοθεραπείας σε ηλικιωμένους ασθενείς και σε ασθενείς με ανοϊκές διαταραχές στα αρχικά και μέτρια στάδια της νόσου έχει υποστηριχτεί από ορισμένους ερευνητές, παρότι αρκετοί θεωρούν ότι τα άτομα αυτά δεν μπορούν να επωφεληθούν σημαντικά από την ψυχοθεραπεία. Επίσης, λόγω του γεγονότος ότι οι ασθενείς αυτοί δεν προσέρχονται συστηματικά στα εξωτερικά ιατρεία, οι ειδικοί είναι συχνά διστακτικοί ως προς το να συστήσουν ψυχοθεραπεία αυτού του τύπου.

Στην ομαδική θεραπεία χρησιμοποιείται συνήθως μια βαθμιαία προσέγγιση, όπου στο πρώτο επίπεδο επιχειρείται «επανακινητοποίηση» (remotivation), που έχει ως στόχο την «επανακοινωνικοποίηση» (resocialisation) του ασθενούς και αφορά μόνο σε ασθενείς με ήπιο βαθμό άνοιας. Στις ομάδες αυτές, οι ασθενείς ενθαρρύνονται να συζητούν διάφορα θέματα της σύγχρονης πραγματικότητας, να σκεφτούν γύρω από αυτά, να αλληλεπιδράσουν μεταξύ τους και να εκδηλώσουν συναισθηματικές αντιδράσεις. Σε αυτό το επίπεδο συζητούνται θέματα ηθικών και κοινωνικών αξιών, θέματα διαπροσωπικών σχέσεων ή επαγγελματικών ενδιαφερόντων, τα οποία βοηθούν τον ασθενή να ανανεώσει το ενδιαφέρον του για το κοινωνικό περιβάλλον.

Σε ένα δεύτερο επίπεδο εφαρμόζεται ο προσανατολισμός στην πραγματικότητα. Αφορά ασθενείς που βρίσκονται σε μέτριο στάδιο της νόσου και έχουν διαταραχές προσανατολισμού ή να είναι σε σύγχυση, αλλά παραμένουν ικανοί να εμπλακούν σε κάποια δραστηριότητα. Η συγκεκριμένη άσκηση περιλαμβάνει τη χρήση περιβαλλοντικών και διαπροσωπικών ενδείξεων, προκειμένου να ενημερωθεί το άτομο για το περιβάλλον του. Η μέθοδος αυτή έχει ως αποτέλεσμα

τη βελτίωση της συμπεριφοράς των ασθενών και σε κάποιο βαθμό η βελτίωση αυτή φαίνεται να επεκτείνεται και σε άλλες μορφές κοινωνικής συμπεριφοράς, αλλά για την επίτευξη αυτών των στόχων το προσωπικό θα πρέπει να είναι ειδικά εκπαιδευμένο, προκειμένου να χρησιμοποιήσει την τεχνική αυτή. Οι μακροπρόθεσμοι στόχοι αυτής της τεχνικής είναι η αύξηση της κοινωνικής αλληλεπίδρασης, της αυτό-φροντίδας και του εύρους της προσοχής.

Στα βαθύτερα στάδια της νόσου εφαρμόζεται η αισθητηριακή εξάσκηση, πρόκειται για μια τεχνική που έχει ως στόχο να κινητοποιεί όλες τις αισθήσεις. Οι ασθενείς καλούνται να δουν, να ακούσουν, να μυρίσουν, να αγγίξουν και να γευτούν διάφορα καθημερινά αντικείμενα. Οι ασθενείς που βρίσκονται στο στάδιο αυτό ασκούνται στην αισθητηριακή εξάσκηση και όσο βελτιώνονται προσχωρούν σιγά-σιγά σε επόμενο στάδιο.

Καθώς η νόσος εξελίσσεται, οι λεκτικές παρεμβάσεις γίνονται ολοένα και δυσκολότερο να εφαρμοστούν λόγω της δυσκολίας των ασθενών με άνοια να εκφράσουν σκέψεις και συναισθήματα. Σε αυτές τις περιπτώσεις, προτείνονται η μουσικοθεραπεία, η θεραπεία μέσω αναμνήσεων και τέχνης και η άσκηση ως μηχανισμοί που επιτρέπουν την εκδήλωση κάποιων συναισθημάτων και συμπεριφορών που είναι συνέπειες της νόσου. Υποστηρίζεται ότι οι ασθενείς βρίσκουν τέτοιες δραστηριότητες ιδιαίτερα ευχάριστες και βοηθούν στη διατήρηση του ασθενούς σε ήρεμη κατάσταση.

### 5.2.3 Μουσικοθεραπεία

Η δύναμη της επιρροής της μουσικής στον ψυχισμό του ανθρώπου δεν είναι κάτι καινούργιο. Από την αρχαιότητα και σε διάφορους πολιτισμούς το θέμα αυτό απασχολούσε τον άνθρωπο, με αποτέλεσμα να μπορούμε σήμερα να ορίσουμε την έννοια της μουσικοθεραπείας. Έτσι μουσικοθεραπεία ορίζεται η χρήση της μουσικής με σκοπό την θεραπεία, τη βελτίωση ή ακόμη και την αποκατάσταση της ψυχικής και σωματικής υγείας ενός ατόμου ανεξαρτήτου ηλικίας. Έχοντας γίνει αποδεκτό και παραδεκτό το γεγονός ότι οι ήχοι και η μουσική έχουν θετική επίδραση στον άνθρωπο, επιτρέπεται να ειπωθεί ότι τόσο η μουσική όσο και οι διάφοροι ήχοι μπορούν να χρησιμοποιηθούν ακόμη και για θεραπευτικούς σκοπούς.

Η μουσικοθεραπεία μπορεί να εφαρμοστεί με πολλούς και διάφορους τρόπους προσαρμόζοντας το άτομο στο χώρο, στις συνθήκες εκείνες, όπου θα μπορεί να ενεργεί κατάλληλα. Σήμερα πολλά πετυχημένα προγράμματα εφαρμόζονται σχετικά με την πορεία των ασθενών με άνοια. Η προσφορά της μουσικής στην άνοια μπορεί να δομηθεί με τέτοιο τρόπο, έτσι ώστε να αυξήσει τη συμμετοχή, τις κοινωνικές και τις συναισθηματικές δεξιότητες και να μειώσει τα

προβλήματα συμπεριφοράς σε άτομα με άνοια, όπως είναι η ευερεθιστότητα και η επιθετικότητα. Παράλληλα, μπορεί να ηρεμήσει τον ασθενή και να βελτιώσει με αυτόν τον τρόπο την αναπνοή αλλά και την αρτηριακή του πίεση. Χρησιμοποιείται ως ερέθισμα για να βοηθήσει στη μνημονική ανάκληση και στις γλωσσικές δεξιότητες των ατόμων με άνοια και βοηθά στη μείωση των επιπέδων φόβου, στρες, αγωνίας και άγχους, ανακουφίζοντας έτσι τον ασθενή από χρόνιους ψυχικούς πόνους. Επίσης, η μουσική πιθανόν να είναι το μέσο που οι ηλικιωμένοι επικοινωνούν και παρέχει είσοδο σε γεγονότα και μνήμες που είναι δύσκολο να ανακληθούν με λεκτικά μέσα. Όσον αφορά τη μνήμη, νευροψυχολογικές έρευνες έχουν δείξει ότι υπάρχει θετική επίδραση στην αναδρομική ανάκληση και πιθανόν να λειτουργεί ως σήμα για την αναγνώριση λέξεων και προσώπων του παρελθόντος αλλά και στην λειτουργία της άμεσης μνήμης. Συνεπώς, κάτω από την επίδραση της μουσικής έχουν διατηρηθεί αρκετές γνωστικές δεξιότητες των ατόμων με άνοια.

Θα πρέπει να τονιστεί βέβαια ότι τυπικά δεν έχει σημασία το είδος της μουσικής που θα επιδεχθεί στις έρευνες, γιατί όλα τα είδη της μουσικής μπορούν να προσφέρουν εξίσου το ίδιο ευεργετικό αποτέλεσμα στον ασθενή. Βέβαια, σύμφωνα με κάποιες άλλες έρευνες που έχουν γίνει, το ιστορικό υπόβαθρο και η μουσική κουλτούρα του ασθενή παίζουν σπουδαίο ρολό στην δημιουργία θετικών αποτελεσμάτων στη μουσικοθεραπεία και έτσι επιλέγεται κάθε φορά το κατάλληλο είδος μουσικής που αντιπροσωπεύει τον κάθε ασθενή. Επίσης, οι χώροι στους οποίους η άσκηση της μουσικοθεραπείας είναι εφικτή είναι τα νοσοκομεία, τα γηροκομεία, εξατομικευμένα στο σπίτι του ασθενή, τα κέντρα ημερήσιας φροντίδας και ορισμένες ψυχιατρικές κλινικές.

Μέσα στα πλαίσια της μουσικοθεραπείας θα πρέπει να επιτευχθούν κάποιοι στόχοι για να αποδειχτεί ότι η τεχνική αυτή προσφέρει θετικά αποτελέσματα στους ασθενείς, έτσι η μουσικοθεραπεία θα πρέπει:

- Να περιορίσει τα συναισθήματα μοναξιάς και απομόνωσης που αισθάνονται οι ασθενείς.
- Να τους ενθαρρύνει να εξωτερικεύουν τα συναισθήματα τους.
- Να ενισχύσει την επιθυμία τους να εκφέρουν την γνώμη τους για το μουσικό κομμάτι που θα επιλέξουν.
- Να τους δώσει την πρωτοβουλία να βοηθήσουν και αυτοί με τον τρόπο τους για την παραγωγή ενός κομματιού, έτσι θα νοιώσουν χρήσιμοι, ευπρόσδεκτοι και αισθάνονται ότι ανήκουν σε μια ομάδα, σε μια μουσική οικογένεια.
- Να ενισχύσει το αίσθημα της αυτοεκτίμησης.
- Να διασκεδάσει, να προκαλέσει απόλαυση και γέλιο.
- Να επιτευχθεί η αύξηση της προσοχής και της επαγρύπνησης.

- Να εμπνευσθούν οι φροντιστές και οι ασθενείς διαμέσου των ατομικών και ομαδικών τραγουδιών σε επίπεδο ατομικής-οικογενειακής ή και κοινωνικής επικοινωνίας.

#### 5.2.4 Θεραπεία μέσω των αναμνήσεων – Reminiscence

Οι θεραπείες που ασχολούνται με άτομα με άνοια, στην προσπάθεια τους να βοηθήσουν ασθενή και περιθάλποντα να βγουν, όσο το δυνατόν, από τα επικοινωνιακά τους αδιέξοδα, ανέπτυξαν την μέθοδο Reminiscence. Η βασική ιδέα είναι ότι εφόσον δεν μπορούμε να επικοινωνήσουμε με το άτομο στο δικό μας παρόν, έχουμε την δυνατότητα να το ακολουθήσουμε στο δικό του παρόν. Προσπαθούμε να πάμε πίσω μαζί του στο παρελθόν, να συζητήσουμε μαζί του για αυτά που έχει βιώσει και ακόμη θυμάται πολύ καλά, να μας μιλήσει για τις αναμνήσεις του. Το άτομο με άνοια λαμβάνεται υπ' όψιν ως μια ξεχωριστή προσωπικότητα με ιδιαίτερες ανάγκες και με ιστορία ζωής, ενώ μας διδάσκεται ότι μέσω της μεθόδου αυτής προάγεται το άτομο και όχι η ασθένεια του.

Κάθε συνεδρία οργανώνεται γύρω από ένα θέμα, έτσι ώστε να υπάρχει κάθε φορά μια βάση από την οποία να ξεκινά η συζήτηση. Για παράδειγμα, θέματα που μπορεί να αναπτύσσονται είναι: το μέρος στο οποίο γεννήθηκε, ένας γάμος, ένα πρόσωπο. Η μέθοδος Reminiscence είναι μια δημιουργική μέθοδος και γι' αυτό ακριβώς είμαστε ελεύθεροι να χρησιμοποιήσουμε διάφορους τρόπους, ώστε να κινητοποιήσουμε τα άτομα με άνοια. Ο ασθενής, δηλαδή, συμμετέχει με όλες του τις αισθήσεις, όραση, ακοή, όσφρηση, γεύση και αφή. Κάποια από τα πολυαισθητηριακά ερεθίσματα που χρησιμοποιούνται στην θεραπεία είναι οι φωτογραφίες, η μουσική, διάφορα βιντεοσκοπημένα γεγονότα και αντικείμενα παρελθόντος. Στους τρόπους έκφρασης μπορούμε να συμπεριλάβουμε την παντομίμα, την ζωγραφική, το παίξιμο ρόλων, την ποίηση και το τραγούδι. Συνήθως οι συνεδρίες είναι ομαδικές και ακολουθούνται από το άτομο με άνοια και από το φροντιστή του. Αυτό διευκολύνει ιδιαίτερα τις περιπτώσεις εκείνες που ο φροντιστής δεν μπορεί να αφήσει μονό του τον ασθενή. Υπάρχουν, βεβαίως, και συνεδρίες που παρακολουθούνται μονό από το άτομο με άνοια ή μονό από τον φροντιστή.

Οι στόχοι του προγράμματος είναι οι εξής:

- Η βελτίωση της επικοινωνίας με το ανοϊκό άτομο.
- Η μείωση της απομόνωσης (τόσο του ασθενούς, αλλά και του φροντιστή).
- Να γίνει ο ασθενής το επίκεντρο της προσοχής.
- Να εκφραστούν οι ανάγκες του.



- Να αντιμετωπιστεί ως ξεχωριστή προσωπικότητα με ιδιαιτερότητες.
- Να επισημανθεί η προσφορά του στην οικογένεια και στο κοινωνικό σύνολο.
- Οι φροντιστές να αποκτήσουν μια πιο θετική εικόνα για την άνοια και για την κατάσταση στην οποία βρίσκεται το δικό τους άτομο.
- Οι φροντιστές να μάθουν να απασχολούν τον ασθενή δημιουργικά.

Παράλληλα, η μέθοδος του Reminiscence έχει θετικές συνέπειες και στον ίδιο τον θεραπευτή. Πρώτα από όλα, βελτιώνονται οι ικανότητες του στην επικοινωνία, στην εμπάθεια στην αντιμετώπιση των ατόμων με άνοια καθώς και στην εκτίμηση και σχεδίαση δημιουργικών θεραπευτικών συνεδριών. Επιπλέον, καταφέρνουν να εξατομικεύσουν την θεραπευτική παρέμβαση γνωρίζοντας τις ανάγκες και τις προσωπικές ιδιαιτερότητες του ασθενούς με άνοια. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να παράγουν καλύτερο και αποτελεσματικότερο έργο.

### 5.2.5 Θεραπεία μέσω της τέχνης (Art therapy)

Η θεραπεία μέσω της τέχνης είναι μια μορφή ψυχοθεραπείας κατά την οποία χρησιμοποιείται η δημιουργικότητα του ασθενή με σκοπό την αύξηση της συναισθηματικής έκφρασης και ευεξίας του.

Επιθυμία του θεραπευτή μέσα από αυτή την άσκηση είναι να δημιουργήσει μια σχέση με τον ασθενή όπου θα αναπτυχθεί εμπιστοσύνη και οικειότητα, έτσι ώστε ο ασθενής να νοιώσει ασφάλεια και να του δημιουργηθούν συναισθήματα για τα οποία θα μπορεί να εκφραστεί. Καταπιεσμένα συναισθήματα που φαίνονται πολύ δύσκολο να εκφραστούν και να αντιμετωπιστούν, γίνονται προσιτά και συζητήσιμα καθώς ο ασθενής δίνει μορφή στην εικόνα, μέσα στο πλαίσιο του πίνακα που δημιούργησε ο ίδιος.

Συμφώνα με την AATA (American Art Therapy Association) η θεραπεία μαζί με την τέχνη, στηρίζονται στην πίστη ότι η δημιουργική διαδικασία που ασχολείται με την δημιουργία τέχνης είναι θεραπευτική και βελτιώνει την ανθρώπινη ζωή. Με βάση την δημιουργία ενός έργου και την δυνατότητα που δίνεται στον ασθενή να μιλήσει για το δημιούργημα του με τον θεραπευτή, επιτυγχάνονται οι εξής στόχοι:

- Αύξηση της αυτό-επίγνωσης του ασθενή.
- Δυνατότητα αντιμετώπισης των συμπτωμάτων.
- Καλύτερη αντιμετώπιση και διαχείριση του άγχους.

- Επούλωση των τραυματικών εμπειριών.
- Αύξηση των γνωστικών ικανοτήτων του.
- Απόλαυση της θετικής πλευράς της ζωής του.
- Ικανοποίηση για τις ικανότητες τους πάνω στην δημιουργία.

Στην περίπτωση ατόμων που πάσχουν από κάποια μορφή άνοιας η θεραπεία μέσω της τέχνης (ζωγραφική, κολλάζ, πηλός) μπορεί να βοηθήσει να εκφραστούν οδυνηρά συναισθήματα που βιώνουν κατά την εξέλιξη της νόσου, όπως φόβος, άγχος, θλίψη και θυμό, ενώ παράλληλα τα άτομα αυτά θα αναπτύξουν σχέσεις με άλλους ανθρώπους και ακόμα περισσότερο να διατηρήσουν σχέσεις με τους σημαντικούς ανθρώπους στη ζωή τους αλλά και με τον εαυτό τους. Ακόμα και αν ο ασθενής δεν είναι σε θέση ακόμα να εκφραστεί μέσω της δημιουργίας ενός έργου, μπορεί με μια απλή επίσκεψη του σε ένα μουσείο να αναζωογονήσει το πνεύμα του και να χαλαρώσει. Συγκεκριμένα στο μουσείο Μοντέρνας Τέχνης στη Νέα Υόρκη έχει δημιουργηθεί ένα ειδικό πρόγραμμα για τους ασθενείς που πάσχουν από άνοια και που ως σκοπό έχει, να κάνει τους ασθενείς να εμπλέκονται στην διαδικασία και έτσι να νοιώσουν αυτοεκτίμηση και αξιοσέβαστα άτομα μέσα στην κοινωνία.

Η θεραπεία μέσω της τέχνης, χρησιμοποιείται για την θεραπεία συμπεριφορικών συμπτωμάτων και συχνά προσφέρεται μαζί με κάποια άλλη μορφή ψυχοθεραπείας σε άτομα εξαρτημένα από ουσίες και αλκοόλ, σε ασθενείς που αναρρώνουν από κάποιο σοβαρό τραυματισμό και άτομα που πάσχουν από χρόνιες ασθένειες και φυσικά στους ανοϊκούς ασθενείς. Τέλος, θα λέγαμε πως η χρήση της τέχνης ως μορφή θεραπείας καταφέρνει να εμπλουτίσει και να αναδημιουργήσει τη χαμένη ζωή του ασθενή κάνοντας τον ξανά ενεργό μέλος της κοινωνίας.

### 5.3 Νέες Θεραπείες

Νέες και ευοίωνες εξελίξεις στον τομέα των δοκιμασιών και βοηθημάτων διάγνωσης βρίσκονται προ των πυλών. Σε φάση δοκιμών βρίσκονται 200 διαφορετικές θεραπείες ενώ παράλληλα δοκιμάζεται η προσέγγιση της χορήγησης νευροτρόπων παραγόντων μέσω της μύτης: αυτό είναι σημαντικό πλεονέκτημα καθώς όταν ο παράγοντας εισάγεται από τη ρινική κοιλότητα, περνάει κατευθείαν στην εγκεφαλική ουσία και βοηθάει τα εγκεφαλικά κύτταρα να συνεχίσουν να ζουν. Ακόμα, οι επιστήμονες μελετούν το κατά πόσον οι εξετάσεις αίματος ή οι εξετάσεις του υγρού του νωτιαίου μυελού μπορούν να βοηθήσουν στη διάγνωση της νόσου Alzheimer. Επίσης, αναπτύσσονται νέες απεικονιστικές τεχνικές. Μία από αυτές περιλαμβάνει ενδοφλέβια χορήγηση

μιας χημικής ουσίας στον οργανισμό, η οποία προσδένεται στην αμυλοειδή πρωτεΐνη (η χημική ουσία που συγκεντρώνεται στον εγκέφαλο των ασθενών με νόσο Alzheimer) και καταγράφεται από τον ειδικό τομογράφο που ονομάζεται PET scanner.

Στις μελλοντικές προσεγγίσεις περιλαμβάνονται και τα βλαστικά κύτταρα, τα πολυδύναμα αυτά κύτταρα του οργανισμού τα οποία σύμφωνα με τους ειδικούς ίσως μια μέρα φέρουν επανάσταση στη μάχη για την καταπολέμηση πολλών ασθενειών. Έχουν ήδη γίνει παρεμβάσεις με έγχυση βλαστικών κυττάρων κατευθείαν στον εγκέφαλο ασθενών και τα αποτελέσματα δείχνουν ότι αυτά πολλαπλασιάζονται εντός του εγκεφάλου, συνδέονται με τα ήδη υπάρχοντα ζώντα νευρικά κύτταρα και κρατούν τις συνάψεις ζωντανές (Graham & Warner,2009m).

#### 5.4 Σύνοψη κεφαλαίου

Μπορεί ακόμα και σήμερα να μην υπάρχει κάποια συγκεκριμένη φαρμακευτική αγωγή που να μπορεί να προλαμβάνει σε κάποιο αρχικό στάδιο ή να σταματά πλήρως την εξέλιξη της άνοιας, όμως έχουν εφευρεθεί φάρμακα τα όποια είναι ικανά να καθυστερήσουν την επιδείνωση και να βελτιώσουν τα συμπτώματα της. Παράλληλα βέβαια με την φαρμακευτική θεραπεία, έχει αναπτυχθεί και ο τομέας των παραϊατρικών τεχνικών, όπως η μουσικοθεραπεία, η ομαδική ψυχανάλυση, η θεραπεία μέσω των αναμνήσεων κ.α. που συμβάλουν αποδοτικά στην αντιμετώπιση της νόσου.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

### ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ

---

Υπάρχουν πολλές ασθένειες, (π.χ. ψυχολογικές ασθένειες όπως η κατάθλιψη ή άλλες νόσοι όπως η νόσος Parkinson), οι οποίες προκαλούν αργή και προοδευτική απώλεια μνήμης και σύγχυση συμπτώματα που μοιάζουν με αυτά της άνοιας. Ορισμένες από αυτές είναι θεραπεύσιμες. Και αυτός είναι ένας από τους λόγους γιατί είναι τόσο σημαντικό για τα άτομα που εμφανίζουν συμπτώματα όπως απώλεια μνήμης ή αλλαγή προσωπικότητας, να επισκέπτονται ιατρό για πλήρη έλεγχο.

Ασθένειες που μιμούνται συμπτώματα άνοιας είναι:

- Κατάθλιψη
- Παραλήρημα (οξεία σύγχυση)
- Ψευδοάνοια
- Νόσος Parkinson
- Υποθυρεοειδισμός
- Ορισμένα ελλείμματα βιταμινών (π.χ. βιταμίνης B12)
- Ορισμένες λοιμώξεις (π.χ. σύφιλη)
- Σπανιότερα παρουσία εγκεφαλικού όγκου μπορεί να μιμηθεί συμπτώματα άνοιας (Graham & Warner, 2009n).

Παρακάτω θα αναπτυχθούν οι κυριότερες από αυτές.

#### 6.1 Κατάθλιψη

Η κατάθλιψη και η άνοια είναι από τις πλέον σύνηθες διαταραχές που πλήττουν την τρίτη ηλικία. Πρόσφατες μελέτες υποστηρίζουν ότι ο επιπολασμός της κατάθλιψης στην άνοια είναι 30% - 50%. Η σχέση ανάμεσα στην άνοια και την κατάθλιψη είναι πολύπλοκη και η διάγνωση δεν είναι πάντα εφικτή. Η παρουσία κατάθλιψης χωρίς άνοια στην τρίτη ηλικία συνοδεύεται από γνωσιακή δυσλειτουργία και μπορεί, μερικές φορές, να διαγνωστεί εσφαλμένα ως άνοια. Αν και η κατάθλιψη είναι εν δυνάμει αναστρέψιμη κατάσταση, η παρουσία της σε ασθενείς με άνοια είναι ιδιαίτερα

επιβαρυντική γι' αυτούς, ενώ παράλληλα συνοδεύεται από μεγάλη επιβάρυνση των συγγενών - περιθαλπόντων και ακολουθείται από μεγάλο αριθμό νοσηλειών σε οικοτροφεία ή οίκους ευγηρίας.

Φαίνεται ότι η κατάθλιψη είναι ιδιαίτερα συχνή σε ασθενείς με ήπιου και μέτριου βαθμού άνοια, ενώ είναι λιγότερο συνηθισμένη στα τελευταία στάδια της ασθένειας, επειδή οι ασθενείς χάνουν την αυτοενημερότητα τους, Αυτό καθιστά την αναγνώριση και τη διάγνωση της κατάθλιψης σε ασθενείς με άνοια ιδιαίτερα σημαντική, αλλά και δύσκολη ιδίως όταν κάποια συμπτώματα εμφανίζονται και σε ασθενείς με άνοια αλλά και σε ασθενείς με κατάθλιψη. Υπάρχουν παράπονα για νοητικές διαταραχές, απόσυρση από κοινωνικές δραστηριότητες, ελάττωση ενδιαφέροντος, διαταραχές του ύπνου και του φαγητού και ανησυχία (Τσολάκη, 1999). Για να αποφευχθεί λοιπόν η σύγχυση ανάμεσα στην άνοια και την κατάθλιψη αναφέρουμε ότι στην κατάθλιψη τα συμπτώματα είναι κυρίως: νοητική έκπτωση, αδυναμία συγκέντρωσης, προβλήματα στην μνήμη, στην προσοχή και ψυχοκινητική επιβράδυνση. Ακόμα και έτσι όμως είναι δύσκολο να εντοπιστούν αυτά τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά που διαφοροποιούν την κατάθλιψη στην άνοια.

Αν και δεν είναι σαφής η φυσική πορεία της νόσου, είναι ξεκάθαρες οι επιπτώσεις, τόσο στην ποιότητα ζωής των ασθενών και των περιθαλπόντων όσο και στην επίπτωση των γνωστικών λειτουργιών.

#### 6.1.1 Διάγνωση κατάθλιψης

Η κατάθλιψη αποτελεί σημαντικό σύμπτωμα σε όλες τις μορφές της άνοιας. Η διαφορική διάγνωση μεταξύ της παροδικής θλίψης, που είναι αποτέλεσμα απάντησης σε ψυχοπνευματικές συνθήκες από τις παθολογικές αλλαγές της διάθεσης, δεν είναι ιδιαίτερα δύσκολη. Συνήθως, τα συναισθήματα θλίψης είναι παροδικά, ως αποτέλεσμα αντίδρασης σε εξωτερικά ερεθίσματα που προκαλούν πίεση και στρες και θεωρούνται από το οικείο περιβάλλον ως φυσιολογική απάντηση σε στρεσογόνους παράγοντες.

Σε αντίθεση με την φυσιολογική θλίψη, η καταθλιπτική διάθεση που θεωρείται ως παθολογική αλλαγή της διάθεσης χαρακτηρίζεται από μεγαλύτερη χρονική διάρκεια και σοβαρότερου βαθμού θλίψη.

Έτσι λοιπόν, ο ασθενής με άνοια μπορεί λόγω της κατάθλιψης να παρουσιάσει τα παρακάτω χαρακτηριστικά τα οποία είναι πιο σημαντικά σε βαρύτητα από εκείνα της απλής θλίψης και έχουν αντίκτυπο σε διάφορα επίπεδα πάνω του:

- 1ο. *Συναισθηματικά:* Καταθλιπτική διάθεση, άγχος, απελπισία, απώλεια ενδιαφέροντος, αίσθημα κόπωσης και σκέψεις αυτοκτονίας.

- 2ο. *Αυτόνομο νευρικό σύστημα*: Διαταραχή ύπνου, αϋπνία, διαταραχή όρεξης, κόπωση, εξάντληση, απώλεια σωματικού βάρους και ελάττωση της σεξουαλικής διάθεσης.
- 3ο. *Σκέψη*: Αρνητικές σκέψεις, χαμηλή αυτοεκτίμηση, δυσκολία συγκέντρωσης.
- 4ο. *Σωματικά συμπτώματα*: Μυϊκά άλγη, προβλήματα στην όραση, ταχυκαρδία, περικάρδιο άλγος και τάση για λιποθυμία.

### 6.1.2. Προβλήματα στη διάγνωση της κατάθλιψης

Υπάρχουν πολλές δυσκολίες στη διαφορική διάγνωση άνοιας και κατάθλιψης και αυτές είναι:

1. Κάποια συμπτώματα κατάθλιψης όπως ψυχοκινητική επιβράδυνση, συναισθηματική αδράνεια, γοερά κλάματα, αϋπνία, απώλεια βάρους. Ανικανότητα περιγραφής της συναισθηματικής κατάστασης και απαισιοδοξία εμφανίζονται τόσο σε καταθλιπτικούς όσο και σε μη καταθλιπτικούς ασθενείς.
2. Πολλοί ηλικιωμένοι με κατάθλιψη αναφέρουν λιγότερα συναισθηματικά συμπτώματα και αυτό χαρακτηρίζει την έννοια της «κατάθλιψης χωρίς θλίψη».
3. Κάποιες φορές η κατάθλιψη συνυπάρχει με απάθεια. Η μελέτη Cache County ανέφερε ότι:
  - Η εμφάνιση της απάθειας μεταξύ των ασθενών με άνοια ήταν 27.3%.
  - Περισσότεροι από 40% των ασθενών με άνοια και απάθεια είχαν συγχρόνως και κατάθλιψη.
  - Το 56.4% των ασθενών με άνοια και κατάθλιψη είχαν συγχρόνως και απάθεια.

### 6.1.3 Άλλες μορφές κατάθλιψης

#### A. Συναισθηματική αντίδραση

Η αντίδραση αυτή έχει τα χαρακτηριστικά της δυσθυμίας στους ασθενείς με επίγνωση της έκπτωσης των νοητικών λειτουργιών τους και διαφέρει από το μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο που έχει βιολογική αιτιολογία.

#### B. Κατάθλιψη στην άνοια σε ασθενείς με ιστορικό κατάθλιψης

Είναι εκείνο το ποσοστό των ασθενών με άνοια που υποφέρει από υποτροπιάζουσα κατάθλιψη, με όσιμη έναρξη κυρίως. Επίσης, ασθενείς με ιστορικό κατάθλιψης, δέκα χρόνια πριν από την εμφάνιση της άνοιας είναι υψηλού κινδύνου να αναπτύξουν άνοια.

### Γ. Αγγειακή κατάθλιψη

Πρόκειται για ένα καταθλιπτικό σύνδρομο, το οποίο εμφανίζεται κυρίως σε ηλικιωμένους, ως αποτέλεσμα υποφλοιώδων βλαβών αγγειακής αιτιολογίας, οι οποίες με τη σειρά τους προκαλούν κυρίως διαταραχές των εκτελεστικών λειτουργιών.

## 6.2 Παραλήρημα

Το παραλήρημα είναι μια διαδεδομένη διαταραχή, η οποία εμφανίζεται στους ηλικιωμένους που φροντίζονται για οξύ συμπτώματα άνοιας, σε ποσοστά από 14% έως 80%. Οι παραλυτικοί ασθενείς βιώνουν μεγαλύτερες ενδονοσοκομειακές δυσλειτουργίες σε σχέση με τους μη παραλυτικούς ασθενείς καθώς είναι ανίκανοι να σκεφτούν καθαρά και να φροντίσουν μόνοι τους τον εαυτό τους. Συνήθως εμφανίζουν μια επισφαλή συμπεριφορά η οποία απαιτεί ιδιαίτερη μεταχείριση από τους φροντιστές, καθώς, συνήθως είναι απαραίτητη η χρήση περιορισμού του ασθενή. Έχει αποδειχτεί πως σε ποσοστό 10% έως 65%, οι ασθενείς που πάσχουν από παραλήρημα, νοσηλεύονται κατά πολύ μεγαλύτερο χρονικό διάστημα από του ασθενείς εκείνους που δεν είναι παραλυτικοί.

Το παραλήρημα χαρακτηρίζεται από σοβαρή, ξαφνική σύγχυση του ασθενούς με γρήγορες αλλαγές της εγκεφαλικής λειτουργίας που συνήθως συμβαίνει ταυτόχρονα με σωματικές ή ψυχικές παθήσεις. Στις περισσότερες περιπτώσεις είναι παροδικό και αναστρέψιμο. Συνήθως διαρκεί για περίπου μία εβδομάδα. Ωστόσο για να επανέλθουν οι πνευματικές λειτουργίες στην κανονική τους κατάσταση μπορεί να περάσουν μερικές εβδομάδες. Στις περισσότερες περιπτώσεις οι ασθενείς ανακάμπτουν πλήρως.

### 6.2.1 Συμπτώματα των παραληρητικών ασθενών

Τα σημεία και συμπτώματα που συνοδεύουν το παραλήρημα είναι: (Lindeasy, Rockwood, Rolfson, 2002).

1. Στο παραλήρημα υπάρχει διαταραχή της συνείδησης που χαρακτηρίζεται από αλλοίωση της διανοητικής κατάστασης και αδυναμία συγκέντρωσης με δυσκολία του ατόμου να εστιάζει, να διατηρεί ή να μεταφέρει την προσοχή του για κάτι.

2. Επιπρόσθετα, στο παραλήρημα εκδηλώνονται αλλαγές στις γνωσιακές δυνατότητες του ασθενούς που είναι οι βασικές πνευματικές λειτουργίες όπως η μνήμη, ο προσανατολισμός χώρου και χρόνου και διαταραχές της ομιλίας.
3. Είναι δυνατόν επίσης να συνυπάρχουν διαταραχές στην αντίληψη δηλαδή του τι πραγματικά συμβαίνει στο περιβάλλον του ασθενούς. Σε αυτές περιλαμβάνονται οι παραισθήσεις (ο ασθενής ακούει και βλέπει πράγματα που στην πραγματικότητα δεν είναι στο περιβάλλον του), ανωμαλίες της ομιλίας, ανώμαλες κινήσεις (τρέμουλο, τσιμπήματα των ρούχων), διασπαστική ή επιθετική συμπεριφορά και ξαφνικές αλλαγές της διάθεσης.
4. Ξαφνικές αλλαγές της ετοιμότητας από τη ληθαργία στην ταραχή και αντίστροφα.
5. Αλλαγές της συναισθηματικής κατάστασης ή της προσωπικότητας με θυμό, άγχος, απάθεια, κατάθλιψη, ευφορία, ευερεθιστικότητα.

### 6.2.2 Διάγνωση Παραληρήματος

Για τη διάγνωση του παραληρήματος πρέπει τα σημεία και τα συμπτώματα να έχουν βραχεία περίοδο έναρξης και εγκατάστασης που μπορεί να είναι μερικές ώρες ή μέρες και να μεταβάλλονται κατά τη διάρκεια της ημέρας. Είναι σημαντικό να γίνεται η διαφορά μεταξύ παραληρήματος και της άνοιας όπως για παράδειγμα στη νόσο Alzheimer.

Η άνοια είναι μια διαταραχή των πνευματικών λειτουργιών που παρουσιάζει προοδευτική επιδείνωση για μεγάλο χρονικό διάστημα. Όταν το παραλήρημα συνυπάρχει με μια άλλη ασθένεια, αυξάνονται οι πιθανότητες απώλειας της ζωής λόγω της ασθένειας αυτής.

Η τοποθέτηση της διάγνωσης του παραληρήματος είναι σημαντική διότι η αντιμετώπιση του βελτιώνει τη συνολική του πρόγνωση. Οι ασθενείς που έχουν σοβαρές εγκεφαλικές βλάβες κινδυνεύουν περισσότερο από άλλους να παρουσιάσουν παραλήρημα εξαιτίας μιας άλλης νόσου.

### 6.3 Ψευδοάνοια

Ιδιαίτερα τις τελευταίες δεκαετίες, το ενδιαφέρον για τις ψευδοανοϊκές καταστάσεις έχει αυξηθεί στο μέτρο που ολοένα και περισσότερο αποσαφηνίζεται το κλινικό σύνδρομο της άνοιας από αιτιολογική και παθογενετική άποψη ενώ, παράλληλα, διευρύνεται και η κατανόηση πολλών



ψυχικών διαταραχών (όπως π.χ. η κατάθλιψη) στα πλαίσια των οποίων μπορούν να εμφανιστούν ψευδοανοϊκές καταστάσεις.

Παρά την εμπειρικά διαπιστούμενη κλινική εμφάνιση της ψευδοάνοιας, το νοσολογικό της status είναι αβέβαιο και διφορούμενο. Δε μπορεί να θεωρηθεί νοσολογική οντότητα με μια αυστηρή έννοια: δεν υπάρχουν συγκεκριμένα διαγνωστικά κριτήρια συμπερίληψης και αποκλεισμού των περιπτώσεων, τέτοια που να προσδίδουν στην κλινική εικόνα την απαιτούμενη νοσολογική εγκυρότητα και τη διαγνωστική αξιοπιστία και εξειδίκευση μιας νοσολογικής οντότητας. Προς το παρόν, λοιπόν, η ψευδοάνοια παραμένει ένας γενικός και χαλαρά οριζόμενος περιγραφικός όρος που χαρακτηρίζεται από καταστάσεις στις οποίες μια ψυχική διαταραχή "μιμείται" την (πραγματική) άνοια. Επιπλέον, η περιγραφόμενη κλινική εικόνα της ψευδοάνοιας δεν είναι πάντοτε ακριβώς η ίδια στις προαναφερθείσες ψυχικές διαταραχές.

Ο όρος ψευδοάνοια, λοιπόν, υποδηλώνει μια κλινική εικόνα που φαίνεται να είναι άνοια ενώ στην πραγματικότητα δεν είναι. Μοιάζει από φαινομενολογική άποψη με την άνοια επειδή, όπως και στις αληθείς άνοιες:

- 1ο. Ο άρρωστος εμφανίζει γνωστικές εκπτώσεις, δηλαδή διαταραχές των ανώτερων νοητικών λειτουργιών που συνεπάγονται συμβολικές επιτελέσεις (π.χ. εκπτώσεις της σκέψης, της κρίσης, της κατανόησης κλπ.).
- 2ο. Το συναίσθημα μπορεί να είναι επιπεδωμένο, ή καταθλιπτικό, ή απαθές εναλλασσόμενο με ευερεθιστότητα.
- 3ο. Συχνά υπάρχει ψυχοκινητική επιβράδυνση, διαταραχές του ύπνου και αιτιάσεις για σωματικά ενοχλήματα.

Οπότε η ψευδοάνοια διαφέρει από την "πραγματική" άνοια καθώς:

- 1ο. Η κλινική εικόνα είναι ηπιότερη από εκείνη της αληθούς άνοιας.
- 2ο. Οι γνωστικές εκπτώσεις έχουν ένα χαρακτήρα άτυπο σε σχέση με εκείνο των συγκεκριμένων αληθών ανοιών.
- 3ο. Πολλές φορές η ανοϊκή εικόνα δεν εξελίσσεται με τη συνέπεια και την τυπικότητα που χαρακτηρίζουν τις αληθείς άνοιες.
- 4ο. Η πορεία της ανοϊκής εικόνας είναι αναστρέψιμη.
- 5ο. Δεν υπάρχει κάποια συγκεκριμένη νευροπαθολογική διεργασία, ή εστιακή σημειολογία.

Τα παραπάνω στοιχεία ομοιοτήτων και διαφορών της ψευδοάνοιας από την άνοια μπορούν να οδηγήσουν σε ουσιαστικές παρανοήσεις. Κατ' αρχήν, ο όρος ψευδοάνοια μπορεί να υποκρύπτει μια απόλυτη διάκριση οργανικής - λειτουργικής διαταραχής, συνδέοντας τις γνωστικές εκπτώσεις

αποκλειστικά με τις οργανικές διαταραχές ενώ γίνεται ολοένα και πιο εμφανές ότι τα όρια του οργανικού από το λειτουργικό είναι ρευστά στην κατανόησή μας και ασαφώς καθοριζόμενα. Αφετέρου, είναι πλέον σαφές ότι ορισμένες ψυχικές διαταραχές (π.χ. η μείζων κατάθλιψη, η σχιζοφρένεια, κ.α.) μπορούν νόμιμα να περιλαμβάνουν και αληθείς γνωστικές εκπτώσεις π.χ. η καταθλιπτική ψευδοάνοια είναι αντίστοιχη με τις οργανικές άνοιες και συχνά φαίνεται ότι δεν είναι διόλου ψευδής. Δεύτερο, το στοιχείο της αναστρεψιμότητας της ανοϊκής εικόνας δε μπορεί ν' αποτελεί κριτήριο για τη διάκριση της ψευδούς από την αληθή άνοια, επειδή υπάρχουν άνοιες διαφόρων οργανικών αιτιολογιών που μπορούν να είναι αναστρέψιμες. Γι' αυτό το λόγο άλλωστε η μη αναστρεψιμότητα της κλινικής εικόνας δε συγκαταλέγεται στα διαγνωστικά κριτήρια της άνοιας στα μείζονα διαγνωστικά συστήματα του DSM-IV και της ICD-1068.

#### 6.4 Σύνοψη κεφαλαίου

Είναι σύνηθες φαινόμενο οι ασθενείς που πάσχουν από κάποιο ανοϊκό σύνδρομο να συννοσηρούν και με μια άλλη ασθένεια, της οποίας τα συμπτώματα δεν διαφέρουν και σε μεγάλο βαθμό από εκείνα της προϋπάρχουσας νόσου. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα η διάγνωση και κυρίως η αντιμετώπιση της εκάστοτε ασθένειας να είναι δύσκολη. Η κατάθλιψη, η ψευδοάνοια και το παραλήρημα είναι από εκείνες τις ασθένειες που ταλανίζουν τον ανοϊκό ασθενή και του δημιουργούν επιπλέον προβλήματα στην ήδη δύσκολη καθημερινότητα του.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

### ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

---

Η νοσηλευτική διεργασία είναι μία συστηματική σειρά νοσηλευτικών ενεργειών, που σκοπό έχουν την αντιμετώπιση των αναγκών και την επίλυση των προβλημάτων υγείας των αρρώστων και της οικογένειάς τους. Είναι μία μέθοδος που τροποποιεί το ρόλο των νοσηλευτών, έτσι ώστε να ερευνά με επιστημονικό τρόπο πώς να επιλύει τα προβλήματα που αντιμετωπίζει.

Είναι σύστημα ανοικτό, εύκαμπτο και κυκλικό. Ενσωματώνει συνεχώς νέες πληροφορίες, αναθεωρεί και προσαρμόζει τη νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου, ανάλογα με τη μεταβαλλόμενη κατάστασή του. Είναι μέθοδος εξατομικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας, που δεν μπορεί να εφαρμοστεί σε άλλον άρρωστο, παρά μόνο στο συγκεκριμένο άρρωστο για τον οποίο σχεδιάστηκε (Αθανάτου, 2007).

#### 7.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ: *Διαταραχή της Μνήμης*

##### *Χαρακτηριστικά στοιχεία*

Η διαταραχή της μνήμης είναι μια νοσηλευτική διάγνωση που αφορά το αρχικό στάδιο της νόσου. Στο στάδιο αυτό, τεχνικές αντιμετώπισης της απώλειας της μνήμης θα πρέπει να περιλαμβάνονται στη διδασκαλία τόσο του ασθενούς όσο και του ατόμου που τον φροντίζει.

##### *Νοσηλευτικοί σκοποί*

- ◆ Ενθύμηση εμπειριών ζωής χρησιμοποιώντας λειτουργίες μακροχρόνιας μνήμης.
- ◆ Μερική αυτονομία του ασθενούς, ώστε η μνήμη του να ανταποκρίνεται, τουλάχιστον, στις βασικές ανάγκες και υποχρεώσεις του.
- ◆ Μείωση του στρες.

##### *Νοσηλευτικές παρεμβάσεις*

- ▶ Υπόδειξη προς τις συμπληρωματικές θεραπείες, όπως είναι ο διαλογισμός, οι μαλάξεις ή η γυμναστική, έτσι ώστε να μειωθεί το στρες.

- ▶ Σύσταση στον ασθενή τη χρήση ημερολογίου ή καταλόγου με τις υποχρεώσεις ή εναλλακτικά την προσφυγή του σε κάποιο οικείο πρόσωπο που να του υπενθυμίζει τα ραντεβού του.
- ▶ Συμμετοχή του ασθενούς σε μερικές βασικές αποφάσεις στην καθημερινή του ζωή (π.χ. διαλέγει αγαπημένες τροφές ή τι θα φορέσει).
- ▶ Διαχωρισμός των φαρμάκων σε ειδικά κουτιά πάνω στα οποία θα αναγράφονται, η ημερομηνία και οι ώρες λήψεις τους.
- ▶ Διδασκαλία του ασθενούς ώστε να καταστεί ικανός να ξαναγεμίζει το κουτί των φαρμάκων μόνος του, καθώς και της σημασίας αυτής της διαδικασίας.
- ▶ Έλεγχος και εκτίμηση σωστής χρήσης της παραπάνω διαδικασίας.
- ▶ Σύσταση στον ασθενή να ρυθμίζει το ρολόι του ή κάποιον υπολογιστή τσέπης να χτυπά σε συγκεκριμένες ώρες, ώστε να του υπενθυμίζει αυτά που έχει να κάνει (Vorvick & Zieve, 2009a).

## 7.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ: Χρόνια Σύγχυση

### *Χαρακτηριστικά στοιχεία*

Οι ασθενείς με άνοια συχνά εμφανίζουν διαταραχές της μνήμης που δυσχεραίνουν τη λειτουργία τους σε μη γνώσιμο και μη συγκροτημένο περιβάλλον. Πολλές από τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις για τη διάγνωση αυτή θα χρειαστούν τροποποιήσεις με τον καιρό, καθώς η γνωσιακή λειτουργία του ασθενούς συνεχίζει να επιδεινώνεται.

### *Νοσηλευτικοί σκοποί*

- ◆ Απουσία ανοιχτού άγχους, φόβου και σύγχυσης.
- ◆ Προαγωγή της αίσθησης της ασφαλείας και της ανεξαρτησίας του ασθενούς.
- ◆ Εξωτερίκευση συναισθημάτων ανησυχίας.

### *Νοσηλευτικές παρεμβάσεις*

- ▶ Απομάκρυνση των δυνητικά επικίνδυνων αντικείμενων, όπως μαχαίρια ή επικίνδυνα υγρά ή χημικά από το περιβάλλον του ασθενούς.
- ▶ Διατήρηση των περιβαλλοντικών ερεθισμάτων στο ελάχιστο, μειώνοντας την ένταση των θορύβων και μιλώντας ήρεμα και σιγανά.

- ▶ Χρήση τεχνικών που παρέχουν πληροφόρηση στον ασθενή με απώλεια μνήμης, όπως: η συνεχής υπενθύμιση του ονόματός του.
- ▶ Περιορισμός των ερωτήσεων προς τον ασθενή σε εκείνες που απαντώνται με ένα ναι ή ένα όχι.
- ▶ Προσανατολισμός του ασθενούς στο περιβάλλον του, σύμφωνα με το επίπεδο των δυνατοτήτων του, στα πρόσωπα και το χρόνο, με την τοποθέτηση μεγάλων ημερολογίων και ρολογιών στο οπτικό του πεδίο ή με την συνεχή υπενθύμιση προς αυτόν της μέρας ή της εποχής.
- ▶ Οριοθέτηση χώρων ασφαλείας με την τοποθέτηση κόκκινων ή κίτρινων ταινιών στο πάτωμα, ώστε ο ασθενής να κινείται σε ασφαλείς χώρους.
- ▶ Ανάλυση της συμπεριφοράς με σκοπό την ανίχνευση των αιτιών που προκαλούν σύγχυση (Τσολάκη, 1999a).

### 7.3 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ: *Ακράτεια*

Σχετίζεται με γνωστικά ή αισθητηριακά ελλείμματα και ανικανότητα σύνδεσης σωματικών αισθήσεων με την πράξη.

#### *Χαρακτηριστικά στοιχεία*

Ανάγκη ούρησης ή συσπάσεις της ουροδόχου κύστης που προκαλούν απώλεια των ούρων πριν φτάσουν στο κατάλληλο δοχείο.

#### *Νοσηλευτικοί σκοποί*

Ο ασθενής να

- ◆ παρουσιάσει μείωση στον αριθμό επεισοδίων ακράτειας.
- ◆ συμμορφωθεί με το πρόγραμμα ατομικής σωματικής υγιεινής.
- ◆ ενημερώνει το προσωπικό για την ανάγκη ούρησης.

#### *Νοσηλευτικές παρεμβάσεις*

- ▶ Εκτίμηση των αιτιολογικών παραγόντων της ακράτειας χρησιμοποιώντας τις ακόλουθες παραμέτρους:

1. Εκτίμηση της λειτουργίας εντέρου και κύστης.
  2. Προφίλ φαρμακευτικής αγωγής.
  3. Εκτίμηση και τεκμηρίωση των αιτιών της ακράτειας.
  4. Ικανότητα του ασθενούς να ανταποκριθεί σε παροτρύνσεις να ενεργηθεί.
  5. Σωματική εξέταση για να αποκλεισθούν ανωμαλίες της λεκάνης που προκαλούν την ακράτεια.
  6. Εξέταση για απόφραξη του εντέρου.
  7. Ανάλυση ούρων για να αποκλεισθεί ουρολοίμωξη.
  8. Υπολογισμός του όγκου υπολειμματικών κοπράνων μετά την κένωση.
- ▶ Εκτίμηση των σωματικών και περιβαλλοντικών παραγόντων για την ακράτεια των ούρων.
  - ▶ Εκτίμηση της ικανότητας κένωσης και η ακολούθηση οδηγιών.
  - ▶ Εκτίμηση του αριθμού επεισοδίων ακράτειας σ' ένα 24ωρο.
  - ▶ Έναρξη προγραμματισμού κενώσεων
    1. Παρακολούθηση – ελέγξτε το κρεβάτι ή την καρέκλα και ζητήστε από τον ασθενή να αναφέρει αν είναι στεγνή ή υγρή.
    2. Παρότρυνση – δώστε λεκτικές ενδείξεις που παροτρύνουν τον ασθενή να χρησιμοποιήσει την τουαλέτα.
    3. Έπαινος – για τη διατήρηση της εγκράτειας και την προσπάθεια χρήσης της τουαλέτας.
  - ▶ Καθιέρωση μεθόδου ελέγχου για υγρασία αν ο ασθενής είναι ανίκανος εκούσιας κένωσης.
  - ▶ Περιορισμός των υγρών πριν τον ύπνο.
  - ▶ Διατήρηση στεγνής και καθαρής της γεννητικής περιοχής, όταν ο ασθενής βρίσκεται σε μεγαλύτερη σύγχυση και πιο εξαρτημένος. Να χρησιμοποιούνται πάνες και ν' αλλάζουν συχνά.
  - ▶ Εκπαίδευση του προσωπικού της εφαρμογής του προγράμματος κένωσης.
  - ▶ Εκπαίδευση της οικογένειας ή άλλων σημαντικών προσώπων για τις συμπεριφορικές τεχνικές που χρησιμοποιούνται για την πρόληψη της ακράτειας.
  - ▶ Εκτίμηση της πορείας της επανεκπαίδευσης του ασθενούς και των αναγκών αλλαγών στις μεθόδους (Coler & Vincent, 1997a).

## 7.4 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ: Παραλυτικές Ιδέες και Ψευδαισθήσεις.

### *Χαρακτηριστικά στοιχεία*

Οι παραλυτικές ιδέες (όταν το άτομο πιστεύει ότι κάποιος προσπαθεί να τον κλέψει ή να του κάνει κακό) και οι ψευδαισθήσεις (όταν βλέπει ή ακούει πράγματα που δεν υπάρχουν στην πραγματικότητα) αποτελούν συχνό φαινόμενο στα άτομα με άνοια. Η λογική επεξήγηση των ιδεών και των ψευδαισθήσεων που βιώνει ο ασθενής, είναι άσκοπη.

### *Νοσηλευτικοί σκοποί παραλυτικών ιδεών*

Ο ασθενής να

- ◆ αναγνωρίζει αλλαγές στην σκέψη και τη συμπεριφορά
- ◆ διακρίνει τις παραλυτικές ιδέες από την πραγματικότητα.
- ◆ δημιουργεί διαπροσωπικές σχέσεις.
- ◆ διατηρεί τον προσανατολισμό στην πραγματικότητα.

### *Νοσηλευτικοί σκοποί ψευδαισθήσεων*

Ο ασθενής να

- ◆ συζητά το πρόβλημά του όταν αισθάνεται άγχος ή όταν αρχίσουν να τον ενοχλούν οι ψευδαισθήσεις.
- ◆ διακρίνει του εαυτού του σε σχέση με το περιβάλλον.
- ◆ κατανοεί και να διακρίνει την πραγματικότητα και πάψει να ακούει τις εσωτερικές φωνές ή να μην τις δίνει σημασία.
- ◆ παρουσιάζει βελτίωση στις λειτουργίες της σκέψης, της αντίληψης, του συναισθήματος και της συμπεριφοράς.

### *Νοσηλευτικές παρεμβάσεις παραλυτικών ιδεών*

- ▶ Συνεχής εκτίμηση της παρουσίας, της έντασης, της διαταραχής των διεργασιών της σκέψης του αρρώστου.
- ▶ Δημιουργία θεραπευτικής σχέσης.
- ▶ Χρήση τεχνικών θεραπευτικής επικοινωνίας για αποτελεσματική παρέμβαση.
- ▶ Θετική ενίσχυση της συγκροτημένης σκέψης. Αποφυγή έντονης αμφισβήτησης και άρνησης ή συμφωνίας με τις αποδιοργανωμένες σκέψεις.

- ▶ Χορήγηση φαρμάκων, που παραγγέλλονται από τον γιατρό υστέρα από συνεργασία με τον νοσηλευτή και υπολογισμό των κλινικών παρατηρήσεων του και των νοσηλευτικών διαγνώσεων.
- ▶ Συνεννόηση με τον γιατρό μήπως κάποια από τα φάρμακα που λαμβάνει συμβάλλουν σε αυτό το πρόβλημα.

#### *Νοσηλευτικές παρεμβάσεις ψευδαισθήσεων*

- ▶ Διάθεση χρόνου για επικοινωνία με τον άρρωστο, ακρόαση με ενδιαφέρον και υποστήριξη των θετικών αλλαγών που κάνει.
- ▶ Δημιουργία ασφαλούς περιβάλλοντος με την αποφυγή λογομαχιών και αντιπαραθέσεων ή γελιοποίηση του ατόμου.
- ▶ Προσανατολισμός του αρρώστου στην πραγματικότητα με σαφή και συγκεκριμένη ομιλία.
- ▶ Διευκρίνιση της ώρας, του τόπου, των παρόντων προσώπων και των γεγονότων σε κάθε περίπτωση.
- ▶ Οριοθέτηση στην παρορμητική αντίδραση του αρρώστου προς τα παρερμηνευμένα ερεθίσματα.
- ▶ Παραμονή κοντά στον άρρωστο και απόσπαση της προσοχής του όταν είναι δυνατό.
- ▶ Ειλικρινής έκφραση φόβου αν έχει επισημανθεί δυνητική εκδήλωση επιθετικότητας.
- ▶ Χρησιμοποίηση τεχνικών εξωτερικού ελέγχου, αν χρειάζεται τοποθέτηση του αρρώστου σε ήσυχο μοναχικό δωμάτιο.
- ▶ Διδασκαλία στον άρρωστο ποιες τεχνικές να χρησιμοποιεί για να σταματά τις ψευδαισθήσεις : τραγούδι, διαταγές στις φωνές για να φύγουν, έκφραση δυσπιστίας στα υποτιμητικά μηνύματα των φωνών, άθληση (Σακκά, Λυμπεροπούλου, Νικολάου, 2002a).

## 7.5 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ: Διαταραχές Ύπνου

### *Χαρακτηριστικά στοιχεία*

Ένα πολύ συνηθισμένο πρόβλημα που αντιμετωπίζουν τα άτομα με άνοια, είναι η απώλεια ύπνου κατά της βραδινές ώρες. Είναι πιθανόν να σηκωθούν πολύ νωρίς το πρωί πιστεύοντας ότι είναι μέρα να ετοιμαστούν και να πάνε στη δουλειά. Τα προβλήματα ύπνου το βράδυ επιτείνονται αφενός όταν το άτομο κοιμάται κατά την διάρκεια της μέρας και αφετέρου όταν δεν ασκεί το σώμα του.



### *Νοσηλευτικοί σκοποί*

- ♦ Να αποκτήσει ο ασθενής ένα σωστό ωράριο ύπνου.
- ♦ Επαρκής ξεκούραση του ασθενή.

### *Νοσηλευτικές παρεμβάσεις*

- ▶ Ένταξη περισσότερης σωματικής δραστηριότητας κατά τη διάρκεια της ημέρας.
- ▶ Αποφυγή ύπνου κατά την διάρκεια της μέρας.
- ▶ Αποφυγή γευμάτων με βαριά εδέσματα και διεγερτικών ροφημάτων, όπως ο καφές, λίγο πριν πέσει για ύπνο.
- ▶ Προγραμματισμός ωρών ανάπαυσης και ύπνου με ελαστικότητα εφαρμογής όταν χρειάζεται.
- ▶ Τοποθέτηση ρολογιού στο δωμάτιο, έτσι ώστε να γνωρίζει συνεχώς την ακριβή ώρα.
- ▶ Δημιουργία μεγαλύτερης άνεσης κατά την διάρκεια του ύπνου.
- ▶ Συζήτηση με τον γιατρό για την χορήγηση φαρμάκων που μπορούν να αντιμετωπίσουν το πρόβλημα του ύπνου.
- ▶ Εκτίμηση του τρόπου ανάπαυσης/ύπνου παρατηρώντας την ικανότητα του αρρώστου να κοιμάται και την ποιότητα του ύπνου καθώς και σχετικές διαταραχές
- ▶ Ακριβής ώρα ύπνου κάθε μέρα.
- ▶ Χρησιμοποίηση των προστατευτικών κάγκελων κατά τη διάρκεια του ύπνου για να αποτραπεί η περιπλάνηση (Vorvick, 2007a).

## 7.6 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ: *Υψηλός Κίνδυνος Δυσκοιλιότητας.*

### *Παράγοντες κινδύνου*

- Ανεπάρκεια αισθητηριακών / γνωστικών λειτουργιών
- Ακινησία
- Ανικανότητα να ανταποκριθεί σε σωματικές ενδείξεις ή αισθήσεις
- Αλλαγή της όρεξης και/ή τρόπου διατροφής
- Παρενέργειες των φαρμάκων
- Μειωμένη λήψη υγρών

### *Νοσηλευτικός σκοπός*

Ο ασθενής να έχει φυσιολογικά, μαλακά σχηματισμένα κόπρανα σε καθημερινή βάση.

### *Νοσηλευτικές παρεμβάσεις*

- ▶ Εκτίμηση των συνηθειών κένωσης, συμπεριλαμβανομένου του χρόνου, ποσότητας, ευκολίας κίνησης και χρώματος.
- ▶ Εκτίμηση διάτασης της κοιλιακής χώρας, μειωμένων πεπτικών θορύβων, αυξημένης ταραχής και άγχους.
- ▶ Εκτίμηση της φαρμακευτικής αγωγής.
- ▶ Καθιέρωση σταθερού χρόνου χρησιμοποίησης τουαλέτας.
- ▶ Εκτίμηση της διατροφικής λήψης ινών και υγρών.
- ▶ Να συμπεριλαμβάνονται δαμάσκηνα στην δίαιτα και άλλες τροφές με υπόλλειμα. Να αποφεύγεται η χρήση καθαρτικών.
- ▶ Αν ο ασθενής κινείται, να παροτρύνεται να περπατά στο διάδρομο σε κάθε βάρδια.
- ▶ Εκπαίδευση της οικογένειας στις παρεμβάσεις που προλαμβάνουν τη δυσκοιλιότητα, τα συμπτώματα της και τη θεραπεία της (Coler & Vincent, 1997b).

## 7.7 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ: *Απάθεια*

### *Χαρακτηριστικά στοιχεία*

Ο ανοϊκός ασθενής της περισσότερες φορές κάθεται σε μια καρέκλα ή στέκεται όρθιος για μεγάλο χρονικό διάστημα, μη θέλοντας να ασχοληθεί με κάτι. Χαρακτηριστικό στοιχείο της απάθειας είναι η απόσυρση του ατόμου ως συνέπεια της αδυναμίας του να επικοινωνήσει.

### *Νοσηλευτικοί σκοποί*

- ◆ Απόκτηση ενδιαφέροντος για τη ζωή.
- ◆ Ενεργή συμμετοχή στα γεγονότα που διαδραματίζονται κάθε στιγμή.
- ◆ Επανεμφάνιση ενδιαφέροντος για επικοινωνία.

### *Νοσηλευτικές παρεμβάσεις*

- ▶ Αποφυγή εξαναγκασμού του ατόμου με άνοια να κάνει κάτι χωρίς τη θέλησή του.
- ▶ Χρησιμοποίηση απαλής μουσικής ή κάποιας άλλης δραστηριότητας ως ερέθισμα για συναισθηματική δόνηση και κινητοποίηση του ενδιαφέροντος.
- ▶ Ενθάρρυνση του ασθενούς να συμμετάσχει σε δραστηριότητες στις οποίες τα καταφέρνει.
- ▶ Διατήρηση του μυαλού και του σώματος σε εγρήγορση.
- ▶ Επιβράβευση για οποιαδήποτε προσπάθεια ένδειξης ενδιαφέροντος.
- ▶ Ενθάρρυνση του ασθενούς να αναπτύξει φιλικές σχέσεις με άλλα άτομα, προκειμένου να αναπτύξει την κοινωνικότητά του (Τσολάκη, 1999a).

## 7.8 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ: Άγχος

### *Χαρακτηριστικά στοιχεία*

Το άγχος είναι επώδυνη συναισθηματική εμπειρία εσωτερικής δυσφορίας, χωρίς ειδικό αντικείμενο, απροσδιόριστης προέλευσης, όπου κυριαρχεί το αίσθημα επικείμενου κινδύνου. Χαρακτηρίζεται από ασάφεια και έλλειψη αντικειμενικότητας και συνδέεται σχεδόν πάντοτε με την έννοια της απειλής.

### *Νοσηλευτικοί σκοποί*

- ◆ Παρακίνηση για ελεύθερη έκφραση συναισθημάτων, όπως ηρεμία και χαλάρωση.
- ◆ Απόκτηση της ικανότητας διαχωρισμού των επιπέδων του άγχους.
- ◆ Αποτελεσματική χρήση τεχνικών χαλάρωσης.
- ◆ Αναγνώριση και απομάκρυνση από τα περιστατικά που του προκαλούν άγχος.
- ◆ Ελάττωση στα σωματικά, νοητικά, συμπεριφορικά και ψυχολογικά συμπτώματα άγχους.

### *Νοσηλευτικές παρεμβάσεις*

- ▶ Παρακολούθηση για πρώιμες εκδηλώσεις κόπωσης και εκνευρισμού.
- ▶ Απομάκρυνση του ασθενούς από στρεσογόνους παράγοντες, όπως οι θορυβώδεις δραστηριότητες στις οποίες συμμετέχουν μεγάλες ομάδες ατόμων ή καταστάσεις που χαρακτηρίζονται από πληθώρα ερεθισμάτων.

- ▶ Διαίρεση κάθε δραστηριότητας σε μεμονωμένες πράξεις και παρότρυνση του αρρώστου να κάνει ένα μόνο πράγμα κάθε φορά. (π.χ. "εδώ είναι τα γυαλιά σας" –παύση- "πάρτε τα γυαλιά σας" –παύση- "βάλτε τα γυαλιά σας" ).
- ▶ Διατήρηση των καθημερινών συνηθειών με όσο το δυνατόν μεγαλύτερη συνέπεια, καθώς με την παροχή μιας αυστηρά δομημένης μέρας δημιουργείται μια αίσθηση οικειότητας με αποτέλεσμα την μείωση του άγχους του.
- ▶ Σχεδιασμός περιόδων ανάπαυσης και ωρών ηρεμίας κατά την διάρκεια της ημέρας.
- ▶ Παροχή ήσυχων δραστηριοτήτων όπως ακρόαση μουσικής ή ένας περίπατος.
- ▶ Χρήση χαλαρωτικών δραστηριοτήτων, όπως ελαφριές μαλάξεις με τα χέρια, που βοηθούν στην ηρεμία του ασθενούς.
- ▶ Εκτίμηση ύπαρξης τυχόν οργανικών αιτιών (μειωμένη οξυγόνωση, λοιμώξεις, κόπωση, δυσκοιλιότητα και διαταραχή της ισορροπίας των ηλεκτρολυτών) σε περίπτωση επιμονής ή κλιμάκωσης του εκνευρισμού και της σύγχυσης (Zieve & Hoch, 2009).

## 7.9 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ: *Υψηλός Κίνδυνος Διατροφικών Αλλαγών*

### *Παράγοντες επικινδυνότητας*

- Ανικανότητα διατήρησης του βάρους του σώματος.
- Μειωμένο εύρος προσοχής/αυξημένη σύγχυση κατά την εκτέλεση δραστηριοτήτων, όπως φαγητό από το δίσκο που περιέχει διάφορα πράγματα.
- Αναφερόμενη αλλοίωση της αίσθησης της γεύσης.
- Έλλειψη ενδιαφέροντος για φαγητό.
- Ταραχή.
- Ανορεξία.

### *Νοσηλευτικοί σκοποί*

Ο ασθενής να

- ♦ διατηρεί το σωματικό του βάρος σε φυσιολογικά επίπεδα.
- ♦ ακολουθεί τη διαδικασία του φαγητού/ταΐσματος με βοήθεια.

### *Νοσηλευτικές παρεμβάσεις*

- ▶ Εκτίμηση της καθημερινής κατανάλωσης θερμίδων από γεύματα και υγρά (αναψυκτικά κ.λ.π.).
- ▶ Τακτική παρακολούθηση του βάρους (εβδομαδιαία ή καθημερινά).
- ▶ Εκτίμηση της ικανότητας να χειριστεί τη διαδικασία του φαγητού.
- ▶ Ενημέρωση από την οικογένεια για προτιμήσεις φαγητών.
- ▶ Περιορισμός του αριθμού πιάτων στο δίσκο ή στο τραπέζι.
- ▶ Παροχή βοηθημάτων για το φαγητό, ανάλογα με τις ανάγκες.
- ▶ Παροχή μικρών, συχνών γευμάτων.
- ▶ Διευκόλυνση του ασθενούς με το φαγητό σ' ένα ήσυχο δωμάτιο με λίγα ερεθίσματα.
- ▶ Εκπαίδευση της οικογένειας/ τεχνικές που προωθούν την επαρκή διατροφή (Coler & Vincent,1997c).

## 7.10 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ: *Επιληπτικές Κρίσεις*

### *Χαρακτηριστικά στοιχεία*

Οι επιληπτικές κρίσεις είναι συνέπεια της άνοιας και προκαλείται από απελευθέρωση ηλεκτρικής δραστηριότητας στα κύτταρα του εγκεφάλου.

### *Νοσηλευτικοί σκοποί*

- ◆ Διατήρηση της ψυχραιμίας μετά το περιστατικό της κρίσης.
- ◆ Αποφυγή επιθετικών τάσεων από τον ασθενή μετά την κρίση.
- ◆ Προσπάθεια επανελέγχου του εαυτού του.

### *Νοσηλευτικές παρεμβάσεις*

- ▶ Αποφυγή οποιασδήποτε παρέμβασης κατά τη διάρκεια της κρίσης, μέχρι το τέλος της εκδήλωσής της.
- ▶ Μετακίνηση του ατόμου στο πάτωμα και απομάκρυνση των αντικειμένων γύρω του.
- ▶ Χαλάρωση των ενδυμάτων του.
- ▶ Ανύψωση κεφαλής σε περίπτωση άπνοιας έτσι ώστε να ανοίξει η αναπνευστική οδός.
- ▶ Καθησύχαση του ατόμου μόλις περάσει η κρίση.
- ▶ Αποφυγή τραυματισμού κατά την διάρκεια την κρίσης.

- ▶ Ενημέρωση ιατρού, σε περίπτωση πρώτης κρίσης του ατόμου (Τσολάκη, 1999b).

## 7.11 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ: *Αποπροσανατολισμός*

### *Χαρακτηριστικά στοιχεία*

Τα άτομα με άνοια συχνά αποπροσανατολίζονται σε χρόνο και χώρο. Αυτό μπορεί να είναι αποτέλεσμα σύγχυσης που προκαλείται λόγω αλλαγών στον εγκέφαλο, απώλεια μνήμης ή πιθανόν λόγω δυσκολίας αναγνώρισης ατόμων και αντικειμένων. Το "εσωτερικό ρολόι" που επιτρέπει στο άτομο να ξέρει περίπου πότε πρέπει να φάει ή να κοιμηθεί, τείνει επίσης να διαταραχθεί.

### *Νοσηλευτικοί σκοποί*

- ♦ Μείωση του άγχους και της ανησυχίας που έχει ο ασθενής, όταν νιώθει ότι βρίσκεται σ' ένα παράξενο περιβάλλον όπου οτιδήποτε μπορεί να συμβεί.
- ♦ Αναγνώριση από τον ασθενή, όσο αυτό είναι δυνατό, του οικείου χώρου του.
- ♦ Σταδιακή ανάπτυξη της εμπιστοσύνης του ασθενούς στα άτομα που τον φροντίζουν, ώστε να νιώθει ήρεμος και ασφαλής.
- ♦ Συνειδητοποίηση του χρόνου με διάφορες τεχνικές.

### *Νοσηλευτικές παρεμβάσεις*

- ▶ Εκτίμηση της κατάστασης του ασθενούς και παροχή υποστήριξης.
- ▶ Επικέντρωση της προσοχής στο σήμερα και ενθάρρυνση της χρησιμοποίησης δεξιοτήτων και αναμνήσεων από το παρελθόν.
- ▶ Εύρεση τρόπων που θα βοηθήσουν το άτομο με άνοια να συνειδητοποιήσει το χρόνο (π.χ. χρήση ενός ρολογιού ή μιας κλεψύδρας).
- ▶ Εύρεση τρόπων που θα βοηθήσουν το άτομο με άνοια να προσανατολιστεί στο χώρο (π.χ. εστίαση της προσοχής σε κάτι οικείο, όπως μια πολυθρόνα).
- ▶ Μείωση της ανησυχίας και της ανασφάλειας του ασθενούς λέγοντας του ότι βρίσκεται ανάμεσα σε φίλους και οικογένεια, ώστε να καθησυχάζει.
- ▶ Δημιουργία συνηθειών που θα βοηθήσουν τον ασθενή να κρατήσει επαφή με το χρόνο (π.χ. να ακολουθήσει μια σταθερή ρουτίνα με μερικά γεγονότα να σηματοδοτούν τη μέρα, πράγμα που του προσφέρει σωστή οργάνωση).

- ▶ Προσαρμογή και διατήρηση ενός σταθερού περιβάλλοντος:
  - Διατήρηση των πραγμάτων στην ίδια θέση.
  - Αποφυγή μεγάλων αλλαγών στο σπίτι.
  - Τοποθέτηση μιας εικόνας ή λέξης στις πόρτες που να υποδηλώνουν το χώρο.
  - Τοποθέτηση ταμπελών στα ντουλάπια και στα συρτάρια (Τσολάκη, 1999c).

## 7.12 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ: *Αδυναμία Ανάληψης Ρόλων*

Σχετίζεται με έναρξη μη-αναστρέψιμου οργανικού συνδρόμου, όπως απώλεια μνήμης, ανικανότητα έναρξης και ολοκλήρωσης καθηκόντων, αποπροσανατολισμό σε πρόσωπο, τόπο και χρόνο και αλλαγές της προσωπικότητας.

### *Χαρακτηριστικά στοιχεία*

- Αλλαγή στην αντίληψη του ρόλου των άλλων.
- Αλλαγή στη σωματική/ψυχολογική ικανότητα ν' αναλάβει το ρόλο.
- Αλλαγή στη συνήθη μορφή ευθυνών.

### *Νοσηλευτικοί σκοποί*

Ο ασθενής να

- ♦ διατηρήσει την ανάληψη των ρόλων του κατά το δυνατόν, στα πρώιμα στάδια της άνοιας.
- ♦ εκφράζει συναισθήματα για τις αλλαγές των ρόλων του που οφείλονται στην επιδείνωση της γνωστικής του λειτουργίας.

### *Νοσηλευτικές παρεμβάσεις*

- ▶ Εκτίμηση των παραγόντων της απώλειας των ρόλων.
- ▶ Εκτίμηση της κατανόησης της οικογένειας/στην σοβαρότητα της απώλειας αυτής της λειτουργίας και του αντίκτυπου στους ρόλους.
- ▶ Παροχή βοήθειας στην οικογένεια και τον ασθενή σχετικά με τις ικανότητες να εκτελεί τους ρόλους του.
- ▶ Ενημέρωση για τις τρέχουσες και αναμενόμενες αλλαγές στις λειτουργικές ικανότητες (Coler & Vincent, 1997d).

## 7.13 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ: *Επαναλαμβανόμενες Συμπεριφορές*

### *Χαρακτηριστικά στοιχεία*

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

### *Νοσηλευτικοί σκοποί*

Ο ασθενής να

- ◆ συνειδητοποιήσει τις επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές και να μπορέσει να τις μειώσει.
- ◆ αποβάλλει το άγχος και την ανασφάλεια του, αφού σ' αυτά οφείλονται οι επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές.
- ◆ μπορεί να εκφράζει τις απορίες του χωρίς φόβο και χωρίς να τον απελπίζει μια αντίδραση από τους γύρω του.

### *Νοσηλευτικές παρεμβάσεις*

- ▶ Σύντομες απαντήσεις στις επαναλαμβανόμενες ερωτήσεις του ασθενούς με ήρεμη φωνή. Σε περίπτωση ταραχής από την πλευρά του ασθενούς θα πρέπει να καθησυχάζεται με προσοχή και υπομονή.
- ▶ Χρήση σημειώσεων που αναγραφούν την απάντηση στις πιο συχνά επαναλαμβανόμενες ερωτήσεις και εστίαση της προσοχής του σ' αυτές, βοηθά τον ασθενή να μην χρειάζεται την συνεχή προσοχή των φροντιστών του, κάνοντας τον έτσι πιο ανεξάρτητο.
- ▶ Απόσπαση της προσοχής του ατόμου από μια επαναλαμβανομένη συμπεριφορά σε μια άλλη ασχολία.
- ▶ Επινόηση διαφυγής από κάποιες ερωτήσεις που θα δημιουργήσουν άγχος και σύγχυση στον ασθενή.
- ▶ Αγνόηση της ερώτησης αν καμιά από τις παραπάνω παρεμβάσεις δεν έχει αποτέλεσμα. Σ' αυτή την περίπτωση ο ασθενής δεν αποκλείεται να συνειδητοποιήσει ότι δεν πρόκειται να πάρει απάντηση.
- ▶ Φυγή λίγων λεπτών από το περιβάλλον του ασθενούς, αν αποτύχουν όλες οι παραπάνω παρεμβάσεις (Vorvick, 2007b).



## 7.14 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ: Περιπλάνηση

### *Χαρακτηριστικά στοιχεία*

Αυτό είναι ένα ανησυχητικό πρόβλημα που πρέπει να αντιμετωπιστεί. Ο ασθενής με άνοια έχει την τάση να δραπετεύει από το χώρο του και νιώθει την ανάγκη να περιπλανιέται άσκοπα στους δρόμους, ενώ κινδυνεύει να χαθεί. Η ασφάλεια είναι σημαντικό ζήτημα για τον ασθενή με άνοια όταν βρίσκεται μόνος του εκτός σπιτιού.

### *Νοσηλευτικοί σκοποί*

- ◆ Μείωση επιθυμίας φυγής του ασθενούς.
- ◆ Τόνωση της αίσθησης ελευθερίας και ασφάλειας μέσα στο χώρο του, ώστε να αποφεύγεται η περιπλάνηση.
- ◆ Κατανόηση της επικινδυνότητας της κατάστασης από τον ασθενή και προσπάθεια ελέγχου της φυγής.

### *Νοσηλευτικές παρεμβάσεις*

- ▶ Δημιουργία μιας ετικέτας όπου θα αναγράφεται η ταυτότητα του ασθενούς, η διεύθυνση και τηλέφωνο επικοινωνίας, την οποία θα φέρει πάντα μαζί του.
- ▶ Δημιουργία ενός ασφαλούς περιβάλλοντος στο οποίο ο ασθενής θα νοιώθει καλά και δεν θα νιώθει την ανάγκη για φυγή.
- ▶ Ύπαρξη μιας πρόσφατης φωτογραφίας, σε περίπτωση αναζήτησης ασθενούς που έχει χαθεί.
- ▶ Αποφυγή ένδειξης θυμού όταν ο ασθενής έχει χαθεί και στη συνέχεια βρεθεί και πάλι, παρά μόνο ήρεμη ομιλία με αποδοχή και αγάπη.
- ▶ Συνεχής επίβλεψη του ασθενούς.
- ▶ Προγραμματισμός μιας ώρας μέσα στη μέρα όπου ο ασθενής, με την συνοδεία κάποιου δικού του ατόμου, θα πηγαίνει περίπατο, διατηρώντας έτσι το αίσθημα ελευθερίας του, ώστε να μην αισθάνεται την ανάγκη για περιπλάνηση (Τσολάκη, 1999d).

## 7.15 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ: Έκπτωση της Κοινωνικής Συναλλαγής

Σχετίζεται με προβλήματα στην επικοινωνία και αδυναμία στις αισθητηριακές/ γνωστικές/ αντιληπτικές λειτουργίες.

### *Χαρακτηριστικά στοιχεία*

- Εκφραζόμενη ή παρατηρούμενη δυσφορία σε κοινωνικές καταστάσεις.
- Εκφρασμένη ή παρατηρούμενη ανικανότητα να δεχτεί ή να μεταδώσει μια ικανοποιητική αίσθηση συμμετοχής, ενδιαφέροντος ή κοινής εμπειρίας.
- Παρατηρούμενη χρήση αναποτελεσματικών συμπεριφορών κοινωνικής συναλλαγής.
- Δυσλειτουργική συναλλαγή με συνασθενείς, οικογένεια, και/ή άλλους.
- Αναφορά της οικογένειας αλλαγής στο στυλ ή στη μορφή συναλλαγής.

### *Νοσηλευτικοί σκοποί*

Ο ασθενής να

- ♦ εκφράζει ικανοποίηση με τις δραστηριότητες κοινωνικοποίησης που παρέχονται.
- ♦ παρουσιάζει αυξημένη κατάλληλη συναλλαγή με οικογένεια/συνασθενείς.
- ♦ σχηματίζει θεραπευτική σχέση με το προσωπικό της μονάδας.

### *Νοσηλευτικές παρεμβάσεις*

- ▶ Εκτίμηση της ικανότητας να συναλλάσσεται κοινωνικά με άλλους ασθενείς κατά τη διάρκεια των γευμάτων, στο διάδρομο, και με συγκατοίκους, επισκέπτες, ή την οικογένεια.
- ▶ Παρατήρηση της επανατροφοδότησης από τους άλλους, λεκτικής και μη-λεκτικής επικοινωνίας, και της ανταπόκρισης του ασθενούς.
- ▶ Εκτίμηση των συναισθημάτων του ασθενούς για την ποσότητα/ποιότητα των κοινωνικών συναλλαγών.
- ▶ Εξακρίβωση του κοινωνικού ιστορικού της οικογένειας, όπως αν είχαν πολλούς φίλους ή ήταν μοναχικοί.
- ▶ Παρατήρηση του τρόπου με τον οποίο ο ασθενής συναλλάσσεται με το νοσηλευτικό προσωπικό, όπως εάν δημιουργεί κάποια σχέση με ένα ή περισσότερα μέρη του προσωπικού.
- ▶ Συμμετοχή σε ομάδες δραστηριοτήτων, όπως είναι η παθητική γυμναστική, η απασχολησιοθεραπεία, η εκμάθηση κοινωνικών δεξιοτήτων, και οι ομάδες επικοινωνίας.
- ▶ Συμμετοχή των μελών της οικογένειας στον προγραμματισμό της θεραπείας και στις δραστηριότητες.
- ▶ Το πρόγραμμα αποθεραπείας θα πρέπει να περιλαμβάνει δομημένες καθημερινές δραστηριότητες (Coler & Vincent, 1997e).

## 7.16 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ: *Απελπισία*

Σχετίζεται με τα αρχικά στάδια της άνοιας όταν ο ασθενής έχει επίγνωση της κατάρρευσης των γνωστικών λειτουργιών του.

### *Χαρακτηριστικά στοιχεία*

- Παθητικότητα
- Μειωμένη λεκτική έκφραση
- Μειωμένο συναίσθημα ή καταθλιπτική διάθεση
- Λεκτική ένδειξη, όπως «δεν μπορώ», αναστεναγμοί
- Έλλειψη πρωτοβουλίας
- Απομάκρυνση από το προσωπικό/οικογενειακά μέλη
- Κλείσιμο των ματιών, σήκωμα των ώμων σε κάποιον που τους μιλά
- Έλλειψη συμμετοχής στη φροντίδα/επιτρέποντας να τον φροντίζουν παθητικά

### *Νοσηλευτικοί σκοποί*

Ο ασθενής να

- ♦ συμμετέχει στην αυτό-φροντίδα και σε ευχάριστες δραστηριότητες μέσα στα πλαίσια των γνωστικών και/ή σωματικών του αδυναμιών.
- ♦ εκφράζει συναισθήματα θλίψης/ανησυχίας για την ανεπάρκεια των γνωστικών του ικανοτήτων.
- ♦ διατηρήσει την τρέχουσα κοινωνική στήριξη και να προσθέσει και άλλες.

### *Νοσηλευτικές παρεμβάσεις*

- ▶ Εκτίμηση ιδεών αυτοκτονίας.
- ▶ Εξακρίβωση από την οικογένεια και τον ασθενή δραστηριοτήτων που απολάμβανε πριν την έναρξη της ασθένειας.
- ▶ Ενθάρρυνση του ασθενούς να εκφράζει τα συναισθήματα θλίψης και ανησυχίας για το μέλλον.
- ▶ Προοδευτική συμμετοχή σε δραστηριότητες της μονάδας (απασχολησιοθεραπεία, ομάδες επικοινωνίας, επίλυση προβλημάτων) (Coler & Vincent,1997f).

## 7.17 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ: Σεξουαλικά Ανάρμοστη Συμπεριφορά

### *Χαρακτηριστικά στοιχεία*

Οι ασθενείς με άνοια δεν είναι ιδιαίτερα επιρρεπείς στο να εμφανίσουν σεξουαλικά ανάρμοστη συμπεριφορά. Αλλά αν η συμπεριφορά αυτή εμφανιστεί μπορεί να έχει κάποια άλλη αιτία που να μην είναι κατά βάθος σεξουαλική αλλά μπορεί να οφείλεται, π.χ. σε σύγχυση ή σε αποπροσανατολισμό. Ακόμα και η συμπεριφορά εκείνη που είναι πραγματικά σεξουαλική, μπορεί να οφείλεται σε απώλεια των αναστολών του ατόμου, στην έλλειψη ευκαιριών για σεξουαλική έκφραση ή στην ανάγκη για επαφή, ασφάλεια και ζεστασιά.

### *Νοσηλευτικοί σκοποί*

Ο ασθενής να

- ◆ απαλλαγεί ο ασθενής από την ανάρμοστη σεξουαλική συμπεριφορά.
- ◆ αντιληφθεί το ακατάλληλο της συμπεριφοράς του.
- ◆ αποκτήσει ηθικές αναστολές και την αίσθηση της δημοσίας αιδούς.

### *Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις*

- ▶ Ευγενική αλλά επίμονη αποθάρρυνση για παρόμοιες συμπεριφορές.
- ▶ Αναζήτηση των αιτιών που οδηγούν σε αυτή την συμπεριφορά.
- ▶ Αποφυγή τιμωρίας του ατόμου για τη σεξουαλικά ανάρμοστη συμπεριφορά καθώς είναι σύμπτωμα της μειωμένης ικανότητας να ξεχωρίζει και να κρίνει το σωστό από το λάθος.
- ▶ Πληροφόρηση του ασθενούς σχετικά με την σεξουαλική συμπεριφορά.
- ▶ Ενημέρωση του ασθενούς ότι οι προτάσεις που χρησιμοποιεί είναι ανάρμοστες.
- ▶ Αναζήτηση διεξόδων για την εκτόνωση της σεξουαλικής ενέργειας του ασθενούς.
- ▶ Απόσπαση προσοχής του ασθενούς σε άλλη δραστηριότητα σε περίπτωση αυνανισμού σε κλειστό χώρο ή απομάκρυνσή του (χωρίς αυτό να ερμηνευτεί σαν μέτρο περιορισμού) όταν ο αυνανισμός γίνεται σε δημόσιο χώρο.
- ▶ Διατήρηση ψυχραιμίας την ώρα του περιστατικού καθώς αυτό μπορεί να οδηγήσει σε μια υπερβολική αντίδραση από την πλευρά του ασθενούς (Σακκά, Λυμπεροπούλου, Νικολάου, 2002b).

## 7.18 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ: *Θλίψη*

Σχετίζεται με προοδευτική, μη-αναστρέψιμη ασθένεια ενός οικογενειακού μέλους/σημαντικού προσώπου.

### *Χαρακτηριστικά στοιχεία*

- Πιθανή απώλεια ενός σημαντικού προσώπου.
- Απώλεια της ικανότητας να σχετίζεται με το γνωστό τρόπο με το αγαπημένο πρόσωπο.
- Έκφραση στενοχώριας για την πιθανή απώλεια
- Ενοχή, θυμός, θλίψη εκφραζόμενη από οικογενειακό μέλος.
- Μεταβολές στη συγκέντρωση, στη σεξουαλική διάθεση, στις συνήθειες ύπνου, στις διατροφικές συνήθειες.
- Αλλοιωμένες μορφές επικοινωνίας.

### *Νοσηλευτικοί σκοποί*

Το σύστημα του ασθενούς να

- ♦ εκφράζει τα συναισθήματα απώλειας που σχετίζονται με την προοδευτική άνοια και απώλεια των λειτουργιών του συγγενικού προσώπου.
- ♦ διατηρεί ποιοτική σχέση με το οικογενειακό μέλος.
- ♦ καταφύγει σε εξωτερικές πηγές στήριξης και κοινωνικής συναλλαγής κατά τη διάρκεια της ασθένειας του συγγενικού προσώπου.

### *Νοσηλευτικές παρεμβάσεις*

- ▶ Εκτίμηση των γνώσεων της οικογένειας για τη νόσο, όπως, για την πρόοδο, την πορεία και την ειδική φροντίδα που απαιτείται.
- ▶ Εκτίμηση του τρέχοντος επιπέδου λειτουργίας του ασθενούς.
- ▶ Αξιολόγηση της σχέσης της οικογένειας με το ασθενή στο παρελθόν.
- ▶ Ενθάρρυνση της έκφρασης των συναισθημάτων θλίψης, απώλειας και θυμού.
- ▶ Συμμετοχή της οικογένειας στον προγραμματισμό της φροντίδας του ασθενούς.
- ▶ Ενθάρρυνση εξωτερικών δραστηριοτήτων με ομάδες υποστήριξης και φίλους.
- ▶ Εκτίμηση της διαδικασίας πένθους κατά την σταδιακή κατάρρευση του ασθενούς (Coler & Vincent, 1997g).

## 7.19 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ: Υψηλός Κίνδυνος Βίας – Κατευθυνόμενης σε Άλλους

### Παράγοντες επικινδυνότητας

- Μειωμένος έλεγχος των παρορμήσεων οφειλόμενος σε βλάβη των ανασταλτικών τμημάτων του εγκεφάλου.
- Αυξημένη κινητική δραστηριότητα (βηματισμός με ταραχή).
- Ιστορικό βίας.
- Στοχο-κατευθυνόμενη καταστροφή αντικειμένων του περιβάλλοντος.
- Καχυποψία, παραληρήματα, παραισθήσεις.
- Αυξανόμενα επίπεδα άγχους.
- Ταράζεται εύκολα από αλλαγές στο εξωτερικό περιβάλλον.
- Ανικανότητα λεκτικής έκφρασης των συναισθημάτων και/ή επικοινωνίας με άλλους τρόπους.

### Νοσηλευτικοί σκοποί

Ο ασθενής να

- ◆ αποφεύγει να επιτίθεται σε άλλους.
- ◆ παρουσιάζει προειδοποιητικά συμπτώματα αυξανόμενης ταραχής και να συμμορφώνεται με το πρόγραμμα συμπεριφοράς.

### Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

- ▶ Παρατήρηση και τεκμηρίωση γεγονότων που προηγούνται ενός εχθρικού ή βίαιου επεισοδίου.
- ▶ Εκτίμηση των συμπεριφορικών προειδοποιητικών σημείων επικείμενης βίαιης συμπεριφοράς.
- ▶ Απομόνωση σε ένα ήσυχο περιβάλλον αν η ταραγμένη συμπεριφορά αυξάνεται σε περιβάλλον με θόρυβο.
- ▶ Παροχή άνετου χώρου για βάδισμα ή εκτόνωση περιττής ενέργειας εφόσον οι άλλοι ασθενείς και το προσωπικό είναι ασφαλείς.
- ▶ Προσέγγιση του ασθενούς κατά πρόσωπο μιλώντας χαμηλόφωνα.

- ▶ Διδασκαλία της οικογένειας και του προσωπικού για το σκεπτικό των συγκεκριμένων προσεγγίσεων ασθενών με ιστορικό επιθετικότητας.
- ▶ Εκτίμηση της συμπεριφοράς και της ανάγκης για ψυχοφαρμακευτική παρέμβαση ή περιορισμό (Coler & Vincent, 1997h).

## 7.20 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ: Ασφάλεια

### *Χαρακτηριστικά στοιχεία*

Πολλά άτομα με άνοια υποφέρουν όχι μόνο από τα συμπτώματα της νόσου, όπως απώλεια μνήμης, σύγχυση και αποπροσανατολισμό, αλλά επίσης από φυσικά προβλήματα όπως ελλιπή όραση, αστάθεια στα πόδια και ελλιπή ακοή, συνεπώς κινδυνεύουν από πολλά ατυχήματα όπως κάψιμο, κόψιμο, πέσιμο, ηλεκτροπληξία ή δηλητηρίαση.

### *Νοσηλευτικοί σκοποί*

- ◆ Διατήρηση της αίσθησης της ανεξαρτησίας και της ελευθερίας του και εξισορρόπηση τους σ' έναν περιορισμένο χώρο.
- ◆ Δημιουργία του αισθήματος της ασφάλειας στον ασθενή.
- ◆ Συμμόρφωση του ασθενούς με τους κανόνες ασφάλειας που του έχουν οριστεί.
- ◆ Μείωση του αριθμού των ατυχημάτων.

### *Νοσηλευτικές παρεμβάσεις*

- ▶ Ένδειξη κατανόησης της κατάστασης του ασθενούς.
- ▶ Απομάκρυνση επικίνδυνων αντικειμένων που βρίσκονται κοντά στον ασθενή, όπως εξοπλισμός κουζίνας, φάρμακα, απορρυπαντικά.
- ▶ Αλλαγή θέσης των επίπλων, έτσι ώστε να είναι εύκολη η μετακίνηση του ατόμου μέσα στο χώρο.
- ▶ Τοποθέτηση σταθερών στηριγμάτων στους χώρους που κινείται ο ασθενής.
- ▶ Εξασφάλιση επαρκούς φωτισμού στα δωμάτια και στους διαδρόμους.
- ▶ Έλεγχος των ηλεκτρικών παροχών και απομάκρυνση των καλωδίων που βρίσκονται εκτεθειμένα στο πάτωμα.
- ▶ Εξασφάλιση ζεστού και άνετου περιβάλλοντος για το άτομο.

- ▶ Παρότρυνση της μετακίνησης του ασθενούς μέσα στο χώρο, έτσι ώστε να αισθάνεται ελεύθερος.
- ▶ Τοποθέτηση κλειδαριών και συστημάτων συναγερμού στις πόρτες και στα παράθυρα (Vorvick & Zieve, 2009b).

## 7.21 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ: *Απώλεια Αντικειμένων και Άδικες Κατηγορίες*

### *Χαρακτηριστικά στοιχεία*

Συχνά ο ασθενής με άνοια ξεχνά που είναι τοποθετημένα διάφορα αντικείμενα. Σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να κατηγορήσει άλλους ότι τα έχουν πάρει. Η συμπεριφορά αυτή προκαλείται από ανασφάλεια σε συνδυασμό με την αίσθηση της απώλειας του ελέγχου και της μνήμης.

### *Νοσηλευτικοί σκοποί*

Ο ασθενής να

- ◆ μην καταλογίζει ευθύνες στους άλλους για κλοπή και να είναι σε θέση να καταλάβει πως οι κατηγορίες δεν ωφελούν σε τίποτα.
- ◆ μπορέσει να συνειδητοποιήσει ότι η απώλεια των αντικειμένων οφείλεται στην ασθένεια του.
- ◆ συμμετέχει στην εύρεση των χαμένων αντικειμένων.

### *Νοσηλευτικές παρεμβάσεις*

- ▶ Καθησύχαση του ασθενούς ότι το χαμένο αντικείμενο θα βρεθεί.
- ▶ Ευγενική απάντηση στις κατηγορίες του ασθενούς χωρία αυτές να λαμβάνονται προσωπικά.
- ▶ Προτροπή προς τον ασθενή να συμμετάσχει κι αυτός στην ανεύρεση του χαμένου αντικειμένου.
- ▶ Παρακολούθηση φύλαξης διαφόρων αντικειμένων και ανακάλυψη κάποιας αγαπημένης κρυψώνας του ασθενούς.
- ▶ Μείωση του αριθμού πιθανών κρυψώνων.
- ▶ Έλεγχος της σακούλας απορριμμάτων για αντικείμενα του ασθενούς προτού πεταχτεί.



- ▶ Ύπαρξη σημαντικών αντικειμένων ή αντίγραφων σε εφεδρείες (κλειδιών, γυαλιών, εγγράφων κ.λπ.).
- ▶ Αναζήτηση κρυμμένων τροφίμων, για αποφυγή δηλητηρίασης από χαλασμένα τρόφιμα.
- ▶ Προειδοποίηση άλλων ατόμων να μην παίρνουν προσωπικά τις κατηγορίες (Σακκά, Λυμπεροπούλου, Νικολάου, 2002c).

## 7.22 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ: Προσκόλληση

### *Χαρακτηριστικά στοιχεία*

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

### *Νοσηλευτικοί σκοποί*

- ◆ Ο ασθενής να νιώθει ασφάλεια και με αλλά άτομα εκτός από το βασικό φροντιστή του.
- ◆ Ο ασθενής να νιώθει αυτοπεποίθηση ώστε να μην προσκολλάται στο φροντιστή του.

### *Νοσηλευτικές παρεμβάσεις*

- ▶ Καλλιέργεια ενός κλίματος εμπιστοσύνης ώστε ο ασθενής να νιώθει περισσότερη ασφάλεια.
- ▶ Εναλλαγή των φροντιστών ώστε να αποφευχθεί, όσο το δυνατόν, η προσκόλληση σ' έναν από αυτούς.
- ▶ Ενημέρωση του ασθενή σχετικά με την αναχώρηση και την επιστροφή του φροντιστή του.
- ▶ Απασχόληση της προσοχής του με κάποιο αντικείμενο ή ασχολία κατά τη διάρκεια απουσίας του φροντιστή.
- ▶ Διαβεβαίωση από το φροντιστή του ότι θα επιστρέψει σύντομα κοντά του.
- ▶ Αποφυγή παρατεταμένης απουσίας του φροντιστή από τον ασθενή (Σακκά, Λυμπεροπούλου, Νικολάου, 2002d).

## 7.23 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ: *Μεγάλος Κίνδυνος Κόπωσης για τον Φροντιστή*

### *Παράγοντες κινδύνου*

- Σοβαρότητα της ασθένειας.
- Σημαντικές οι ανάγκες της κατ' οίκον φροντίδας.
- Προβλήματα υγείας του φροντιστή (αυτός που φροντίζει τον ασθενή).
- Ο φροντιστής έχει αναλάβει πολλαπλούς ρόλους.
- Ανεπάρκεια ψυχολογικών/γνωστικών λειτουργιών του ασθενούς.
- Οριακή λειτουργία της οικογένειας πριν την ανάληψη του ρόλου του φροντιστή.

### *Νοσηλευτικοί σκοποί*

Οι φροντιστές του ασθενούς να

- ♦ αναγνωρίσουν το στρες που προκαλείται από τη φροντίδα μελών της οικογένειας.
- ♦ καταφύγουν σε συστήματα υποστήριξης για να χειριστούν το συνεχές στρες της φροντίδας.

Ο ασθενής να

- ♦ παρουσιάσει απουσία σημείων κακοποίησης/παραμέλησης στο σπίτι.

### *Νοσηλευτικές παρεμβάσεις*

- ▶ Εκτίμηση της ικανότητας του φροντιστή να παρέχει την απαραίτητη φροντίδα στον ασθενή, σωματικά, συναισθηματικά και οικονομικά.
- ▶ Εκτίμηση του επιπέδου γνωστικής/λειτουργικής κατάστασης του ασθενούς.
- ▶ Εξακρίβωση πιθανών διαταραχών στο οικογενειακό σύστημα του ασθενούς πριν την έναρξη της άνοιας, όπως κατάχρηση οινοπνεύματος/ουσιών, βία, ή διαζύγιο.
- ▶ Εκτίμηση των στρατηγικών αντιμετώπισης του φροντιστή.
- ▶ Εξακρίβωση ύπαρξης επιθετικών επεισοδίων.
- ▶ Εκτίμηση της αντίληψης της οικογένειας για την ασθένεια της άνοιας.
- ▶ Ενημέρωση της οικογένειας για την ασθένεια, πορεία και πρόοδο.
- ▶ Ενθάρρυνση της οικογένειας/φροντιστή να καταφύγει σε εξωτερική στήριξη για βοήθεια στη φροντίδα του συγγενούς.
- ▶ Εκτίμηση της κατάστασης της φροντίδας κατά την πορεία της ασθένειας (Coler & Vincent, 1997i).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

### ΗΘΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ – ΤΟ ΦΟΡΤΙΟ ΤΟΥ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗ

---

#### A. ΗΘΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ

##### 8.1 Οι αρχές των επαγγελματιών υγείας

Υπάρχουν αρκετές κατευθυντήριες γραμμές που δίνουν οι επαγγελματίες υγείας για τους ασθενείς που βρίσκονται σε κάποιο ίδρυμα ή τους ασθενείς που πάσχουν από άνοια και βρίσκονται κάπου αλλού. Η πρώτη αρχή είναι η διατήρηση της ζωής και έχει να κάνει με την προοδευτική εξέλιξη και διατήρηση της αξιοπρέπειας και της ποιότητας της ζωής ενός ατόμου που αντιμετωπίζει κάποιο ανοϊκό σύνδρομο. Δύο άλλες προαιώνιες αρχές είναι η επιτίμηση του "κάνε καλό" και του "μη βλάψεις κανέναν". Στην εφαρμογή αυτών των γραμμών είναι πιο κατάλληλο να αναδειχθεί ο προαπαιτούμενος σεβασμός στην τέταρτη αρχή, στην αυτονομία του ασθενή. Αυτό είναι ένα δικαίωμα που πρέπει να συνυπολογίζεται σε κάθε ασθενή καθώς υπάρχουν οφέλη αλλά και "φορτία" σε κάθε μια από τις προτεινόμενες προτάσεις φροντίδας του ασθενούς.

Η επόμενη αρχή έχει να κάνει με το να φέρονται οι επαγγελματίες υγείας με εντιμότητα. Ο επαγγελματίας υγείας θα πρέπει να είναι ειλικρινής με τους ασθενείς και τις οικογένειες τους, ενώ παράλληλα να σκέφτεται ρεαλιστικά τις προσδοκίες αλλά και τις συνέπειες ενός καινούργιου θεραπευτικού πλάνου που προτείνεται στον ασθενή. Σε μια συζήτηση για την πιθανότητα μιας επιτυχημένης θεραπείας, οι οικογένειες θα πρέπει να ενημερωθούν σχετικά με το τι να περιμένουν αν η ζωή του ανοϊκού ασθενή σωθεί. Μετά θα πρέπει να λάβουν υπόψιν τους την επιθυμία του ασθενή, δηλαδή από την μια πλευρά μπορεί να ζητήσει να θεραπευτεί από την πνευμονία και να διατηρηθεί η ζωή του με το όποιο επίπεδο ενέργειας του απομείνει, ή μπορεί να αρνηθεί την θεραπεία του από την πνευμονία και να τερματίσει ήρεμα την ζωή του (Aronson, 1994a).

Αυτά είναι μερικά δύσκολα ζητήματα, αλλά ταυτόχρονα είναι σημαντικά και πρέπει να διευθετούνται. Σε περίπτωση που ο ασθενής ή οικογένεια του δεν μπορούν να πάρουν την πιο αρμόζουσα απόφαση για κάποιο θέμα, τότε ο νόμος ορίζει την πιο σωστή πράξη που πρέπει να ακολουθηθεί.

### 8.1.1. Ο νόμος στην άνοια

Ο νόμος ποικίλει από χώρα σε χώρα και μπορεί να αλλάξει γρήγορα, συχνά σε σχέση με τις ανάγκες και τις απαιτήσεις ενός ολοένα αυξανόμενου, μεγαλύτερου και καλύτερα οργανωμένου πληθυσμού. Συχνά το γράμμα του νόμου δεν τηρείται πλήρως. Αυτό μπορεί να συμβαίνει εξαιτίας κάποιας έλλειψης πηγών, γνώσεων ή ενημέρωσης των νομικών θεμάτων από τη μεριά του δημόσιου πλήθους. Ο νόμος δίνει λύσεις για τα περισσότερα νομικά θέματα. Οι πολίτες που βρίσκονται σε ανάγκη μπορούν να ζητήσουν από τη πολιτεία να τους παράσχει αυτή τη βοήθεια. Η άνοια παρουσιάζει μια αυξανόμενη κοινωνική σπουδαιότητα και το ενδιαφέρον το οποίο γεννάται σαν αποτέλεσμα της αυξανόμενης διάδοσης δημιουργεί νομικές απαιτήσεις προς την πολιτεία.

Σύμφωνα λοιπόν με το Αμερικανικό νόμο, κάθε ασθενής έχει το δικαίωμα να πεθάνει αρνούμενος να δεχτεί την θεραπεία που του προσφέρεται. Παρόλα αυτά ο νόμος αφήνει ελεύθερη κάθε πολιτεία να ορίσει την δική της πολιτική για το πότε το κάθε άτομο θα θεωρείται ικανό για να πάρει μια τέτοια απόφαση. Όπως έχει αναφερθεί, η πρόοδος της άνοιας οδηγεί σε μια αργή αύξηση της ανικανότητας, με αποτέλεσμα οι δραστηριότητες του ατόμου να επηρεάζονται. Συνήθως περιγράφονται ως "προχωρημένες", και είναι όλες εκείνες οι οποίες επιτρέπουν τη διεξαγωγή των κοινωνικών λειτουργιών και τη λήψη κατάλληλων αποφάσεων.

Αν το άτομο με άνοια δεν μπορεί πλέον να πάρει αποφάσεις σχετικά με τη φροντίδα του, η ομάδα φροντιστών της άνοιας και η οικογένεια σαν ενότητα θα πρέπει να σκεφτούν: (Aronson, 1994b).

- Ποιες είναι οι επιθυμίες του ατόμου για τη φροντίδα του στο μέλλον;
- Ποιος θα επιλεγεί ως αντιπρόσωπος για να παίρνει αποφάσεις όταν πλέον η επικοινωνία δεν είναι δυνατή;
- Είναι τα ενδιαφέροντα, οι ανάγκες και τα βάρη των άλλων μελών της οικογένειας τόσο μεγάλα ώστε να μη μπορούν να κάνουν αυτό που είναι σωστό για τα άτομα με άνοια;

Οι απαντήσεις σε αυτές τις ερωτήσεις δεν είναι πάντοτε ξεκάθαρες. Κάθε φροντιστής γνωρίζει ότι τέτοιες συγκρούσεις υπάρχουν επειδή τα άτομα με άνοια και οι οικογένειες τους έχουν διαφορετικές ανάγκες, κάποιες από τις οποίες μπορεί να είναι νομικές και πρέπει να βρεθεί ένας τρόπος για να φτάσουν σε μια δίκαιη και λογική λύση για κάθε περίπτωση. Σύμβουλοι σε τοπικούς κλάδους της κοινωνίας της ασθένειας Alzheimer, κοινωνικοί λειτουργοί και δικηγόροι είναι εκπαιδευμένοι να αναγνωρίζουν και να αντιμετωπίζουν τέτοια θέματα. Είναι πολύ σημαντικό, οι φροντιστές και οι συγγενείς να ψάχνουν νομική λύση με την πρώτη δυνατή ευκαιρία για να αποφευχθούν νομικά ή οικονομικά προβλήματα στο μέλλον.

### 8.1.2 Αποφάσεις φροντίδας υγείας

Ο κάθε ασθενής έχει το δικαίωμα να παίρνει τις δικές του αποφάσεις για τη φροντίδα υγείας του και οι γιατροί, τα νοσοκομεία και τα νοσηλευτικά ιδρύματα έχουν τη νομική και την ηθική υποχρέωση να τον συμβουλεύονται, να ακολουθούν τις επιθυμίες του χωρίς να επιβάλουν τις αξίες τους και τις ιδέες τους επάνω του. Αν ένα άτομο με άνοια, το οποίο έχει χάσει τις πνευματικές λειτουργίες του και δεν μπορεί να καταλάβει ή να επικοινωνήσει για τις αποφάσεις του, τότε κάποια άλλα άτομα πρέπει να πάρουν αποφάσεις για αυτόν. Αυτές οι αποφάσεις μπορεί να μην είναι πάντοτε αυτές που αυτός θα ήθελε. Ο καλύτερος τρόπος για να βεβαιωθεί ότι οι επιθυμίες του είναι γνωστές και σεβαστές είναι να υπογραφούν από την αρχή κάποια έγγραφα που να εκφράζουν αυτές τις επιθυμίες.

- Η διαθήκη είναι ένα έγγραφο το οποίο εκφράζει τις επιθυμίες του ανθρώπου για τη φροντίδα υγείας του, και τι αυτοί επιθυμούν σε περίπτωση που στο μέλλον είναι ανίκανοι να επικοινωνήσουν για αυτά που έχουν ανάγκη. Πάντως, αυτό το έγγραφο δεν είναι, προς το παρόν, νομικά κατοχυρωμένο σε κάποια χώρα αλλά οι γιατροί συχνά, δέχονται το περιεχόμενο του όταν αποφασίζουν να συνεχίσουν ή να σταματήσουν την πορεία μιας θεραπείας ή μιας υπηρεσίας. (Aronson, 1994c).
- Το πληρεξούσιο φροντίδας υγείας είναι ένα έγγραφο όπου το άτομο εξουσιοδοτεί έναν πράκτορα φροντίδας υγείας να παίρνει αποφάσεις υγείας σύμφωνα με τις επιθυμίες του ατόμου όπως αυτές καθορίστηκαν γραπτά στην διαθήκη. Ένας εναλλακτικός πράκτορας φροντίδας υγείας μπορεί να διοριστεί.

### 8.1.3 Κοινωνικά προβλήματα της άνοιας

Οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να επικεντρωθούν στα κοινωνικά προβλήματα που φέρνει μαζί της η άνοια και να τα συστηματοποιήσουν σε τρεις μεγάλες κατηγορίες που συμβαδίζουν με τον τρόπο ζωής και τις αρχές μιας σύγχρονης κοινωνίας (Aronson, 1994d).

Οι κατηγορίες αυτές είναι:

1. Οι κοινωνικές αποκλίσεις.
2. Οι διακρίσεις.
3. Οι εξαρτίσεις.

Στον *τομέα των αποκλίσεων*, εντοπίζουμε παρεκκλίσεις από κοινούς κανόνες της ηθικής, της υγιεινής και του αυτοσεβασμού, από τις επιταγές των θεσπισμένων νόμων, αλλά και από τα πλαίσια της αναμενόμενης από το κοινωνικό σύνολο συμπεριφοράς του ατόμου.

Στον *τομέα των διακρίσεων*, ξεχωρίζουν κάθε μορφής στιγματισμοί ή εμπαιγμοί αναφορικά με τα ανοϊκά σύνδρομα που δημιουργούν ανισότητες και έχουν την εξουσία να αποκλείσουν κάποιον από το σύστημα παροχής υπηρεσιών, από τις κοινωνικές ομάδες, από την κοινωνική αναγνώριση και την έκπτωση από την αξίωση για αξιοπρεπή συμπεριφορές εκ μέρους του κοινωνικού συνόλου.

Τέλος, στον *τομέα των εξαρτήσεων*, είναι εμφανής ο εγκλωβισμός του ασθενούς, σε ένα σύστημα ιδιωτικής και δημόσιας φροντίδας, από τη μία του άμεσου περιβάλλοντος και από την άλλη μεριά της κρατικής μέριμνας και πρόνοιας που δεν είναι πάντα του αναμενόμενου επιπέδου. Εντονότερες μπορούν να χαρακτηριστούν οι αλληλεξαρτήσεις μεταξύ των ασθενών και φροντιστών, οι οποίοι μπορούν να φτάσουν σε ακραίες καταστάσεις, λόγω της απαιτούμενης πολύωρης συνύπαρξης και των δυο πλευρών.

Σαν συμπέρασμα βλέπουμε ότι η άνοια, όπως και κάθε ασθένεια με μεγάλο αριθμό ασθενών, έχει σαν αποτέλεσμα τη δημιουργία μιας σειράς κοινωνικών προβλημάτων για τους ασθενείς, που όμως δεν σταματά εκεί, καθώς δεν είναι οι μόνοι που συναντούν αυτά τα προβλήματα. Οι περιθάλποντες φροντιστές, οι συγγενής και το άμεσο κοινωνικό περιβάλλον του ανοϊκού ασθενή, ο περίγυρος των φίλων καθώς και το ευρύτερο περιβάλλον, όπως και όλες οι υπηρεσίες και οι άνθρωποι με τους οποίους ο ασθενείς έχει κάποια αλληλεπίδραση, υφίστανται κάποιο κοινωνικό πρόβλημα.

## B. ΤΟ ΦΟΡΤΙΟ ΤΟΥ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗ

Στη άνοια μαζί με τον ασθενή πάσχει όλη η οικογένεια. Στη συντριπτική τους πλειοψηφία, οι ανοϊκοί ασθενείς φροντίζονται στο σπίτι από τα μέλη των οικογενειών τους, συζύγους, παιδιά και αδέρφια. Έχει εκτιμηθεί ότι πάνω από το 90% των ατόμων με άνοια παραμένουν στο σπίτι και ότι από αυτούς, η φροντίδα πέφτει σε ένα μέλος της οικογένειας στο 80% των περιπτώσεων. Στην Ελλάδα η οικογένεια διατηρεί την ευθύνη της φροντίδας των ασθενών ακόμη και όταν υπάρχουν επαγγελματίες βοηθοί ή νοσηλεύονται σε ιδρύματα.

Οι υψηλές απαιτήσεις φροντίδας των ανοϊκών ασθενών επιδρούν στην υγεία των φροντιστών, επηρεάζουν τη συμμετοχή τους σε κοινωνικές και επαγγελματικές δραστηριότητες, περιορίζουν τον ελεύθερο χρόνο τους, κλονίζουν την κοινωνική τους θέση και απειλούν την οικονομική τους ασφάλεια (Aronson, 1994d).

Η επιβάρυνση από τη φροντίδα ενός ανοϊκού ασθενή μπορεί να είναι ψυχική, σωματική και οικονομική. Η ψυχική είναι σαφώς η σημαντικότερη και η πιο εξατομικευμένη. Οι φροντιστές κάνουν αυξημένη χρήση ψυχοτρόπων φαρμάκων, ενώ διατρέχουν σοβαρό κίνδυνο να αρρωστήσουν από κατάθλιψη. Η στενή επαφή με έναν ανοϊκό ασθενή κινητοποιεί ενοχές και φόβο θανάτου. Ιδιαίτερα ψυχοφόρο είναι και το διαρκές αίσθημα άγχους, η "έγνοια" για τον ασθενή, την ασφάλεια του, τα πιθανά καθημερινά απρόοπτα.

Το πορτρέτο του φροντιστή, μας δείχνει επομένως, ένα άτομο που παρέχει τη φροντίδα και την επίβλεψη που χρειάζεται ο ασθενής. Λόγω του ότι η άνοια είναι η μια εκφυλιστική νόσος, ο βαθμός εξάρτησης του ασθενούς από τον φροντιστή θα αυξάνεται καθώς περνά ο καιρός. Η συνεχής φροντίδα που ο φροντιστής καλείται να δώσει στον ανοϊκό ασθενή δημιουργεί μεγάλα επίπεδα στρες, αγανάκτησης και κόπωσης. Ο όρος «Burden» (= Φορτίο, βάρος) δημιουργήθηκε για να αντικατοπτριστούν τα αισθήματα "υπερφόρτωσης" και "υποχρέωσης", τα όποια οι οικογένειες μπορεί να αισθάνονται όταν αντιμετωπίζουν έναν ασθενή με άνοια.

Ορισμένα από τα συναισθήματα που μπορεί να νιώσει ο φροντιστής είναι λύπη, ενοχή, θυμό, ντροπή, μοναξιά. Πρόκειται για φυσιολογικές αντιδράσεις σε μια οδυνηρή, άδικη στην ουσία της πραγματικότητα. Η κατανόηση και αποδοχή των συναισθημάτων του, διευκολύνει σημαντικά το δύσκολο έργο του.

## 8.2 Αισθήματα που καλείται να αντιμετωπίσει ο φροντιστής

### *Πένθος*

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

### *Ενοχή*

Είναι λογικό να υπάρχουν αισθήματα ενοχής και ντροπής για την ανάρμοστη συμπεριφορά του ασθενούς. Στις περιπτώσεις, όπου ο θυμός και η ανέχεια φτάσουν στα όρια τους θα πρέπει να εξετάζονται οι πιθανότητες δραματοποίησης του ασθενούς. Το να μοιραστεί κάποιος αυτά τα δύσκολα συναισθήματα με άλλους φροντιστές ή με οικεία πρόσωπα μπορεί να τον ανακουφίσει σημαντικά.

### *Θυμός*

Ο θυμός μπορεί να έχει πολλούς αποδέκτες. Μπορεί να απευθύνεται στον ασθενή, στο γιατρό, στο Θεό ή στην όλη κατάσταση. Είναι σημαντικό να θυμάται κανείς ότι το θυμό τον προκαλεί η νόσος και οι δυσκολίες που συνεπάγονται και όχι ο ασθενής σαν πρόσωπο. Ορισμένες φορές, οι φροντιστές νιώθουν τόσο θυμωμένοι που κινδυνεύουν να κάνουν κακό στο άτομο που φροντίζουν. Η βοήθεια ενός ειδικού μπορεί να φανεί χρήσιμη για τον φροντιστή όταν φτάσει σε ένα σημείο όπου δεν θα αντέχει άλλο την κατάσταση της φροντίδας του ανοϊκού ατόμου.

### *Ντροπή*

Η αίσθηση της ντροπής, κυρίως όταν ο ασθενής συμπεριφέρεται κατά τέτοιο τρόπο που εκθέτει δημόσια όχι μόνο τον ίδιο αλλά και το φροντιστή, είναι μεγάλη. Αυτό το συναίσθημα μπορεί να αμβλυωθεί αν φροντιστής μιλήσει για αυτό με άλλους φροντιστές που αντιμετωπίζουν ανάλογα προβλήματα. Επίσης, βοηθά η ενημέρωση φίλων και οικογενειακών προσώπων σχετικά με την πορεία της νόσου, έτσι ώστε να κατανοούν τη συμπεριφορά του ασθενούς.



## Μοναξιά

Πολλοί φροντιστές αποσύρονται κοινωνικά και περιορίζονται στο σπίτι τους με τον ασθενή που φροντίζουν. Ένα τέτοιο είδος φροντίδας καταλήγει να είναι μια πολύ μοναχική δραστηριότητα, ενώ η πρότερη συντροφική σχέση με τον ασθενή μπορεί να χαλαρώσει, ενώ περιορίζονται και οι άλλες κοινωνικές επαφές λόγω των αυξημένων απαιτήσεων στο σπίτι. Η μοναξιά δυσχεραίνει την αντιμετώπιση των προβλημάτων. Είναι χρήσιμο να δοθεί προτεραιότητα στη διατήρηση των φιλικών σχέσεων και των κοινωνικών επαφών του φροντιστή.

### 8.2.1 Φροντιστής και αυτοαποτελεσματικότητα

Η αυτοπεποίθηση ενός φροντιστή είναι κοινώς η αυτοαποτελεσματικότητα του στην φροντίδα του ασθενούς. Ορισμένοι ερευνητές πιστεύουν, ότι η υποκειμενική μετάφραση της κατάστασης είναι ο πρωταρχικός παράγοντας που είναι υπεύθυνος για την μετρίαση του βαθμού του στρες που βιώνεται από τους φροντιστές. Η ποιότητα ζωής του φροντιστή μπορεί να επηρεάζεται από συγκεκριμένα χαρακτηριστικά της κατάστασης της φροντίδας παρά από τον ίδιο τον ασθενή. Ακόμη έχει προταθεί ότι οι φροντιστές που αντιμετωπίζουν καλά την κατάσταση ίσως έχουν υψηλά ποσοστά αυτοαποτελεσματικότητας. Η αυτοαποτελεσματικότητα είναι η ατομική αντίληψη της εμπιστοσύνης κάποιου στις δικές του ικανότητες με τις οποίες μπορεί να ολοκληρώσει ένα συγκεκριμένο έργο ή να βγάλει στην επιφάνεια κάποια συμπεριφορά με επιτυχία. Σύμφωνα με την έννοια της αυτοαποτελεσματικότητας υπάρχουν δυο είδη προσδοκιών: οι προσδοκίες για το αποτέλεσμα και οι προσδοκίες για την δραστηριότητα. Στις προσδοκίες για το αποτέλεσμα υπάρχει η πεποίθηση ότι μια συγκεκριμένη συμπεριφορά θα οδηγήσει σε ένα συγκεκριμένο αποτέλεσμα. Από την άλλη οι προσδοκίες για τη δραστηριότητα είναι η πεποίθηση ότι κάποιος επιτυχώς επιτελεί μια συμπεριφορά με σκοπό να επιτύχει το προσδοκώμενο αποτέλεσμα

Το κλειδί για την αλλαγή της συμπεριφοράς είναι να αυξήσουμε την αυτοπεποίθηση και να αρχίσει το άτομο να στηρίζεται σε αυτή, όταν επιτελεί μια άλλη συμπεριφορά. Για να επιτευχτεί αυτό θα πρέπει να δοθεί σημασία όχι μόνο στο χτίσιμο των δεξιοτήτων, αλλά επίσης και στην ενδυνάμωση του φροντιστή με τη γνώση, ώστε να πιστέψει ότι μια συγκεκριμένη συμπεριφορά θα οδηγήσει σε ένα συγκεκριμένο αποτέλεσμα, το οποίο φυσικά είναι η βελτίωση της ποιότητας της ζωής του.

### 8.3 Σύνοψη κεφαλαίου

Οι επαγγελματίες υγείας που είναι υπεύθυνοι για έναν ανοϊκό ασθενή θα πρέπει να γνωρίζουν και να τηρούν ορισμένες κατευθυντήριες γραμμές με βάση τις οποίες θα προσεγγίσουν τον ασθενή με ειλικρίνεια και σεβασμό. Όταν ο ασθενής δεν είναι πλέον σε θέση να πάρει σημαντικές αποφασίσεις για την ζωή του, ο νόμος είναι εκείνος που θα ορίσει τον φροντιστή, που θα έχει τις γνώσεις και την ψυχική δύναμη να αντιμετωπίσει την όποια δύσκολη κατάσταση. Βέβαια, ο φροντιστής θα πρέπει να αντιληφθεί πλήρως την σοβαρότητα της κατάστασης και να αντιμετωπίσει με σθένος τα όποια συναισθήματα του δημιουργήσει η φροντίδα του ανοϊκού ασθενή και να αποτρέψει τα κοινωνικά προβλήματα με τα οποία θα έρθει αντιμέτωπος.

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Στον 21<sup>ο</sup> αιώνα υπάρχουν πολλές ασθένειες που ταλαιπωρούν τους ανθρώπους. Ο σύγχρονος τρόπος ζωής σήμερα οδηγεί στην εμφάνιση ασθενειών που παλιότερα δεν εμφανίζονταν σε τόσο μεγάλο βαθμό. Η ένταξη πολλών επαγγελματικών, οικογενειακών και ενδεχομένως και άλλων υποχρεώσεων στην καθημερινότητα του ατόμου τον οδηγεί στην βίωση μιας συνεχόμενης στρεσογόνας κατάστασης με αποτέλεσμα να υπερφορτώνεται με άγχος το οποίο με την πάροδο του χρόνου τον καθιστά ανίκανο να τις διαχειριστεί επαρκώς. Αυτό σε συνδυασμό και με άλλους παράγοντες, όπως η ηλικία, γενετικοί παράγοντες ή κάποιες νόσοι μπορούν να οδηγήσουν στην εμφάνιση άνοιας. Η άνοια είναι μια χρόνια ασθένεια και πολλοί άνθρωποι πάσχουν από αυτήν. Θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ως η "ασθένεια του μέλλοντος". Οι επιπτώσεις της στην οικογένεια αλλά και στο κοινωνικό σύνολο, γενικότερα, είναι πολλές και ποικίλες. Οι φροντιστές των ανοϊκών ασθενών είναι συνήθως μέλη της οικογένειας και όταν κάποιο μέλος της οικογένειας πάσχει από άνοια τότε πάσχει όλη η οικογένεια διότι διαταράσσεται η ισορροπία της. Οι επιπτώσεις της στην κοινωνία αφορούν ηθικά και οικονομικά ζητήματα τα οποία επιζητούν άμεσες λύσεις.

## ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Η βιβλιογραφία όσον αφορά την άνοια και τις επιπτώσεις της ήταν αρκετά περιορισμένη διότι οι επιστήμονες δεν είναι ακόμα σε θέση να γνωρίζουν την αιτιολογία της νόσου, την έγκαιρη διάγνωσή της, την αποτελεσματική θεραπεία της καθώς και πολλές άλλες παραμέτρους που την επηρεάζουν. Γι' αυτό το λόγο πρέπει να εντατικοποιηθούν και να εξειδικευτούν οι έρευνες γύρω από τη νόσο και τα είδη της.

Οι έρευνες που έχουν γίνει στην Ελλάδα για τους ανοϊκούς ασθενείς είναι πολύ λίγες έως ελάχιστες. Γι' αυτό υπάρχει η ανάγκη να πραγματοποιηθούν περισσότερες έρευνες συγκεκριμένα για τους Έλληνες ανοϊκούς ασθενείς έτσι ώστε να ενημερωθούν οι οικογένειες, οι νοσηλευτικές υπηρεσίες και η κοινωνία γενικότερα σχετικά με τα προβλήματα των ασθενών και την καλύτερη δυνατή αντιμετώπισή τους.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η γεροντική άνοια είναι μια χρόνια προοδευτική και επιδεινούμενη εγκεφαλική διαταραχή. Χαρακτηρίζεται από απώλεια μνήμης, έκπτωση της αφηρημένης σκέψης, διαταραχή της κρίσης, του προσανατολισμού σε χώρο, χρόνο και πρόσωπα , αλλαγή συμπεριφοράς, μεταβολή του χαρακτήρα, συναισθηματική αστάθεια, ανικανότητα αυτοφροντίδας κ.α.

Συνήθως προσβάλλει την προγεροντική και τη γεροντική ηλικία, αλλά δεν αποτελεί επακόλουθό της. Αναφέρονται πολλά είδη άνοιας, με συνηθέστερα τη νόσο Alzheimer και την αγγειακή άνοια. Περίπου το 5% του πληθυσμού άνω των 65 ετών προσβάλλεται από τη νόσο.

Στην ανάπτυξή της μπορεί να συμβάλουν ποικίλοι παράγοντες, όπως η ηλικία, μεταβολικές ανωμαλίες ή τοξικοί παράγοντες. Δυστυχώς, με τα σημερινά διαγνωστικά μέσα δεν επιτυγχάνεται έγκαιρη διάγνωση της νόσου. Αυτή βασίζεται στα κλινικά, εργαστηριακά και απεικονιστικά ευρήματα, στην ψυχιατρική εξέταση και στις συνεντεύξεις με τον άρρωστο και την οικογένειά του.

Συγκεκριμένη θεραπεία δεν υπάρχει. Εφόσον η νόσος είναι μη αναστρέψιμη όλες οι θεραπευτικές παρεμβάσεις, καθώς και ορισμένες τεχνικές που εφαρμόζονται –όπως η ψυχοθεραπεία, η μουσικοθεραπεία κ.α.- ταυτόχρονα με τη φαρμακευτική αγωγή, έχουν σκοπό να βοηθήσουν τον άρρωστο να αντιμετωπίσει τα ενοχλητικά του συμπτώματα. Σκοπός της νοσηλευτικής διεργασίας είναι η αναγνώριση των προβλημάτων του αρρώστου και η ολοκληρωμένη νοσηλευτική φροντίδα για την επίλυσή τους.

Πιθανόν ταυτόχρονα με την άνοια, να αναπτυχθούν κι άλλες ασθένειες, που καθιστούν τη διάγνωση και την αντιμετώπιση της εκάστοτε ασθένειας ακόμα πιο δύσκολη, με κυριότερες την κατάθλιψη, την ψευδοάνοια και το παραλήρημα.

Κατά την εξέλιξη της νόσου μπορεί να προκύψουν ηθικά ή νομικά ζητήματα. Οι φροντιστές πρέπει να τα επιλύσουν ακολουθώντας ορισμένες κατευθυντήριες γραμμές, βάση των οποίων θα προσεγγίσουν τον ασθενή με σεβασμό, ειλικρίνεια, σοβαρότητα και σθένος παρά τη φυσική και συναισθηματική κόπωση που υφίσταται από τις συνεχώς αυξανόμενες ανάγκες του αρρώστου.

ΛΕΞΕΙΣ – ΚΛΕΙΔΙΑ: Γεροντική άνοια, νοσηλευτική φροντίδα, νοσηλευτική διεργασία.

## ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η εκτίμηση της ποιότητας ζωής ενός ασθενούς οφείλει να είναι ολική, να καλύπτει όλα τα επίπεδα, τα οποία διαμορφώνουν ένα ευρύ και βαθύ φάσμα ζωής, από την πιο υποκειμενική έως την πιο αντικειμενική της διάσταση.

Γι' αυτό η καθημερινή κλινική πράξη πέρα από οποιεσδήποτε παρεμβάσεις, στάσεις, συμπεριφορές ή ηθικά και δεοντολογικά προβλήματα, που σχετίζονται ή απορρέουν από αυτήν, απαιτεί κάτι περισσότερο από εκείνα που ορίζει ο νόμος.

Αυτό το κάτι έχει τις ρίζες του στην περιοχή των ηθικών διατάξεων και υπαγορεύεται από το νόμο της αγάπης, ο οποίος στρέφεται με δέος προς την αξία και την αξιοπρέπεια της ανθρώπινης ύπαρξης και εκδηλώνεται με σεβασμό προς το δώρο της ζωής, άσχετα από την ηλικία που διανύει, το φύλο ή τη φυλή που ανήκει.

Αυτό το κάτι είναι οι πράξεις που δεν κοστίζουν και όμως δίνουν τόσα πολλά και μπορούν να γίνουν από όλους: ένα στοργικό βλέμμα, μια θετική κίνηση, ένα απλό χάδι στο ρυτιδωμένο πρόσωπο ή στο κυρτωμένο από το χρόνο κορμί.

Η προσφορά νοσηλευτικής και κατ' επέκταση ανθρωπιστικής φροντίδας είναι καθήκον και χρέος απέναντι στα άτομα που πάσχουν από άνοια. Αν σήμερα κάποιος αρνηθούν να την προσφέρουν, ίσως αύριο κάποιος άλλος αρνηθούν να τους τη δώσουν.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αθανάτου Κ. Ε., (2007). Παθολογική και χειρουργική κλινική νοσηλευτική. Η' έκδοση. Αθήνα. Παπανικολάου Α.Β.Ε.Ε.
- Λυμπεράκης Σ., (1997). Εγκέφαλος και ψυχολογία. Α' έκδοση. Αθήνα. Ελληνικά γράμματα.
- Μάνος Ν. (1988). Βασικά Στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής. Α' έκδοση. Θεσσαλονίκη. University Studio Press.
- Μεγαλούδη Φ., (2000). Η νόσος του Alzheimer. Β' έκδοση. Αθήνα. Ελληνικά γράμματα.
- Μεντενόπουλος Γ., Μπούρας Κ., (2002). Η νόσος του Alzheimer. Γ' έκδοση. Θεσσαλονίκη. University Studio Press.
- Παγκάλτσου Π. Α., (2004). Στοιχεία γεροντολογίας και γηριατρικής. Α' έκδοση. Θεσσαλονίκη. Τ.Ε.Ι. Θεσσαλονίκης.
- Πλατή Δ. Χ., (2008). Γεροντολογική νοσηλευτική. Η' έκδοση. Αθήνα. Παπανικολάου Α.Β.Ε.Ε.
- Ραγιά Χ. Α., (2007). Νοσηλευτική ψυχικής υγείας. ΣΤ' έκδοση. Αθήνα. Παπανικολάου Α.Β.Ε.Ε.
- Σαββοπούλου Γ. Γ., (2006). Βασική νοσηλευτική – μια βιο-ψυχο-κοινωνική προσέγγιση. Ε' έκδοση. Αθήνα. "Η ΤΑΒΙΘΑ" Σ.Α.
- Σακκά Π., Λυμπεροπούλου Ο., Νικολάου Κ., (2002). Ζώντας με τον ανοϊκό ασθενή. Εγχειρίδιο φροντιστών. 8, 1-55.
- Σαχίνη – Καρδάση Α., Πάνου Μ., (2006). Παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική – νοσηλευτικές διαδικασίες. Β' έκδοση. Αθήνα. ΒΗΤΑ.
- Τσολάκη Μ., (1999). Ζώντας με τη νόσο Alzheimer. Γ' έκδοση. Αθήνα. Novartis.
- Τσολάκη Μ., Κάζης Α., (2005). Άνοια ιατρική και κοινωνική πρόκληση. Β' έκδοση. Αθήνα. University Studio Press.
- Τσολάκη Μ., (2008). Διαταραχές συμπεριφοράς. Συνοδοιπόροι στο Alzheimer. 3, 1-12.

Τσολάκη Μ., (2009). Η κοινωνική φροντίδα των ατόμων της τρίτης ηλικίας στην Ελλάδα. *Επικοινωνία για τη νόσο Alzheimer*, 38, 1-20.

Τσολάκη Μ., Κουντή Φ., (2010). Δοκιμασίες και κριτήρια για την εκτίμηση των εγκεφαλικών δυσλειτουργιών. Α΄ έκδοση. Θεσσαλονίκη. Γιαχούδη.

Aronson K. M. (1994). *Reshaping dementia care-practice and policy in long-term care*. 1<sup>st</sup> ed. London. Sage publications.

Bick K, Amaducci L, Pepeu G. (1987). *The early story of Alzheimer's disease*. Padua. Livinia Press.

Coler S. M. & Vincent C. K., (1997). *Sycological nursing care*. 2<sup>st</sup> ed. London. British Medical association.

Hofman A. (1997). *The Epidemiology of Alzheimer's Disease*. In: *Alzheimer's Dementia*. The 16th International Bayer Pharma Press Seminar, Paris.

Graham N. & Warner J. (2009). *Alzheimer's disease & other dementias*. 1<sup>st</sup> ed. British. Family doctor publications.

Lindeasy J., Rockwood K., Rolfson D. (2002). *The epidemiology of delirium*. 1<sup>st</sup> ed. Oxford. University Press.

Martyn C. & Geil R. K. (2000). *Patient memory and dementia*. 1<sup>st</sup> ed. British. Family doctor publications.

Runge S. Marschall & Greganti M. Andrew, (2009). *Παθολογία – βασικές αρχές*. Α΄ έκδοση. Αθήνα. Πασχαλίδης ΕΠΕ.

David Zieve & Daniel B. Hoch. (2009). *Dementia - home care*. (Update Date: 8/31/2010). Available at: [www.dementiahomecare/medlineplus/medicalencyclopedia.mht](http://www.dementiahomecare/medlineplus/medicalencyclopedia.mht) (accessed 25 February 2010).

Daniel B. Hoch. (2009). *Dementia*. (Update Date: 25 January 2011). Available at: [www.dementia/medlineplus/medicalencyclopedia.mht](http://www.dementia/medlineplus/medicalencyclopedia.mht) (accessed 24 February 2010).

Linda J. Vorvick. (2007). Dementia - behavior and sleep problems. (Update Date: 5/10/2010). Available at: [www.dementiabeaviorandsleepproblems/medlineplus/medicalencyclopedia.mht](http://www.dementiabeaviorandsleepproblems/medlineplus/medicalencyclopedia.mht) (accessed 24 February 2010).

Linda J. Vorvick & David Zieve. 2008. Dementia - daily care (Update Date: 5/9/2010). Available at: [www.dementiadailycare/medlineplus/medicalencyclopedia.mht](http://www.dementiadailycare/medlineplus/medicalencyclopedia.mht) (accessed 25 February 2010).

Linda J. Vorvick & David Zieve. (2009). Dementia - keeping safe in the home. (Update Date: 5/9/2010). Available at: [www.dementiakeepingsafeinhome/medlineplus/medicalencyclopedia.mht](http://www.dementiakeepingsafeinhome/medlineplus/medicalencyclopedia.mht) (accessed 25 February 2010).