

Α.Τ.Ε.Ι. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΑΝΟΙΑ ΤΥΠΟΥ ALZHEIMER
ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ**



ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ :
ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ – ΙΩΑΝΝΟΥ ΣΟΦΙΑ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΗΣ:
ΚΑΡΑΝΤΑΗ ΙΡΦΑΝ

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 2009

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

• ΕΙΣΑΓΩΓΗ	4
• ΑΝΟΙΑ	5
i. Τι είναι άνοια;	5
ii. Πόσο συχνή είναι η άνοια;	5
iii. Πως εκδηλώνεται η άνοια;	6
iv. Ποια είναι τα αίτια της άνοιας;	7
v. Ποια άτομα προσβάλλονται από άνοια;	8
vi. Νόσος Alzheimer	9
vii. Αγγειακή άνοια	10
viii. Νόσος Parkinson	10
ix. Άνοια με Lewy σώματα	11
x. Εκφυλισμός πρόσθιου εγκεφαλικού λοβού	11
xi. Νόσος Huntington	12
xii. Σύνδρομο Korsakoff	12
xiii. Νόσος Roosevelt – Jacob	13
xiv. Μπορεί κάποιος να κληρονομήσει την άνοια	14
xv. Χρήσιμες συμβουλές από ένα άτομο με άνοια	15
xvi. Προειδοποιητικές ενδείξεις	16
xvii. Η σωστή διάγνωση είναι σημαντική	18
• Ιστορική ανασκόπηση	20
• Επιδημιολογία	22
• Αιτιολογικοί παράγοντες	26
• Η συμπτωματολογία της άνοιας τύπου Alzheimer	29
i. Νοητικές διαταραχές	30
ii. Λειτουργικές διαταραχές	33
iii. Κινητικές και αισθητικές διαταραχές	35
• Διαγνωστικά κριτήρια άνοιας τύπου Alzheimer	37
• Φυσικοί τρόποι αντιμετώπισης άνοιας τύπου Alzheimer	42
• Βασικές αρχές φυσικοθεραπευτικής αξιολόγησης	43
• Κλίμακες	46
• Καθημερινό προσωπικό: πως ερμηνεύεις την επιτυχία	49
• Στόχοι μιας δραστηριότητας	50
• Τα κριτήρια μιας επιτυχημένης δραστηριότητας	51
• Κινητικές δραστηριότητες: ενθαρρύνοντας την φυσική συμμετοχή	52
• Παραδείγματα κίνησης και φυσικών δραστηριοτήτων	53
• Πρόγραμμα ασκήσεων σε ασθενή με άνοια τύπου Alzheimer ο οποίος ανήκει στο πρώιμο στάδιο	55

- Πρόγραμμα ασκήσεων σε ασθενή με άνοια τύπου Alzheimer ο οποίος ανήκει στο όψιμο στάδιο 60
- Πρόγραμμα ασκήσεων σε ασθενή με άνοια τύπου Alzheimer ο οποίος ανήκει στο τελικό στάδιο 64
- Επιδεξιότητες που διατηρούνται στη νόσο της Alzheimer 65
- Ανάθεση υπευθύνου για την φροντίδα 69
- Συμπέρασμα 73
- Βιβλιογραφία 74

ΕΙΣΑΓΩΓΗ



Η νόσος Alzheimer είναι μια εκφυλιστική νόσο που αργά και προοδευτικά καταστρέφει τα εγκεφαλικά κύτταρα. Δεν είναι λοιμώδη και μεταδοτική, αλλά είναι η πιο κοινή αιτία άνοιας – μια κατάσταση που επηρεάζει περίπου το 10% των ατόμων ηλικίας άνω των 65 ετών και περίπου το 20% των ατόμων ηλικίας άνω των 75 ετών.

Η επιλογή της άνοιας τύπου Alzheimer ως θέμα της πτυχιακής μου εργασίας και έρευνας, πέρα του επιστημονικού ενδιαφέροντος άπτεται και προσωπικών λόγων. Έζησα την νόσο της Alzheimer μέσα στο οικογενειακό μου περιβάλλον λόγω του παππού μου ο οποίος απεβίωσε πριν από 2 χρόνια. Έχοντας την εικόνα και την δυσκολία της νόσου τόσο για τον ίδιο τον ασθενή όσο και για το περιβάλλον του, αποφάσισα να ασχοληθώ και να μάθω περισσότερα ερευνώντας και προσπαθώντας να κατανοήσω την νόσο αυτή, για προσωπικούς λόγους. Παράλληλα επεδίωξα με την εκπόνηση της εργασίας αυτής να είναι δυνατή η κατανόηση καθώς και οι τρόποι προσέγγισης της νόσου πέραν της ιατροφαρμακευτικής αντιμετώπισης.

Οι προσπάθειες των επιστημόνων δεν έχουν καρποφορήσει ως προς την εξάλειψη και την άμεση θεραπεία της νόσου. Γίνονται προσπάθειες και έχουμε εξέλιξη της θεραπείας με σκοπό την επιβράδυνση των σταδίων της νόσου έτσι ώστε ένας ασθενής που πάσχει από την νόσο της Alzheimer πλέον να ζει περισσότερο, σε καλύτερες συνθήκες βελτιώνοντας την ποιότητα ζωής του με την σωστή αντιμετώπιση. Επίσης πολύ σημαντικό είναι η έγκαιρη διάγνωση της νόσου και για τον λόγο αυτό γίνονται ενημερώσεις, καινούργιες έρευνες έτσι ώστε με την σωστή αξιολόγηση να δίνεται η δυνατότητα της θεραπείας στον ασθενή από τα πρώτα (πρώιμα) στάδια της νόσου με σκοπό την καλύτερη και αποτελεσματικότερη θεραπεία.

ΑΝΟΙΑ

Τι είναι η Άνοια;



Η Άνοια είναι μία νόσος του εγκεφάλου, που χαρακτηρίζεται από πολλαπλές διαταραχές των ανώτερων γνωστικών λειτουργιών: διαταραχές της μνήμης, του λόγου, της ικανότητας για αναγνώριση αντικειμένων, της ικανότητας για οργάνωση και σχεδιασμό κινήσεων. Μολονότι είναι πιο συχνή στην γεροντική ηλικία, δεν θα πρέπει να θεωρείται συνώνυμη με τη μεγάλη ηλικία, ούτε είναι φυσιολογικό επακόλουθο των γηρατειών.

Πόσο συχνή είναι η Άνοια;

Η συχνότητα της Άνοιας σε άτομα άνω των 65 ετών είναι μεγαλύτερη από 5%. Η συχνότητα αυτή διπλασιάζεται κάθε 5 χρόνια, όσο αυξάνεται η ηλικία. Στις ηλικίες άνω των 90 ετών φτάνει το 30%.

Πώς εκδηλώνεται η Άνοια;

Η Άνοια συνήθως αρχίζει ύπουλα και επιδεινώνεται βαθμιαία σε διάστημα μηνών ή χρόνων. Συχνά αρχίζει με ασαφή σωματικά ενοχλήματα, κακοδιαθεσία, ευερεθιστότητα και με μείωση του ενδιαφέροντος για τη ζωή. Οι ασθενείς φαίνονται σαν να μην είναι ο παλιότερος εαυτός τους, σαν να χάνουν τη ζωντάνια τους, ενώ οι συγγενείς τους μπορεί να σκέφτονται ότι ο ασθενής έπαυσε να τους αγαπά, παρά ότι είναι άρρωστος.

Οι διαταραχές της μνήμης, που αποτελούν ένα από τα πιο βασικά συμπτώματα της νόσου, μπορεί αρχικά να περνούν απαρατήρητες τόσο από τον ασθενή, όσο και από την οικογένειά του. Στη συνέχεια, τα ελλείμματα της μνήμης γίνονται περισσότερο εμφανή τόσο στον ίδιο τον ασθενή, όσο και στην οικογένειά του, π.χ. ο ασθενής μπορεί να επαναλαμβάνει συνεχώς τις ίδιες φράσεις ή τις ίδιες ερωτήσεις, μερικοί ασθενείς αρχίζουν να κρατούν σημειώσεις για να θυμούνται, ενώ κάποιιοι καταφεύγουν σε μυθοπλασίες, προκειμένου να καλύψουν τα κενά της μνήμης τους.

Προοδευτικά, τα ελλείμματα της μνήμης καθιστούν τους ασθενείς ανίκανους για την επιτέλεση των απλών καθημερινών δραστηριοτήτων, μερικές φορές και επικίνδυνους (ξεχνούν αναμμένες εστίες, ανοιχτές βρύσες, κλπ). Καθώς η νόσος προχωρεί, η μνήμη χειροτερεύει σε βαθμό που ο ασθενής ξεχνά τα ονόματα των πιο κοντινών του προσώπων, το επάγγελμά του, την ημερομηνία γέννησής του, κτλ.

Η συμπεριφορά των ασθενών αυτών μεταβάλλεται σταδιακά, γίνονται παθητικοί, χωρίς πρωτοβουλίες, αδιαφορούν για πράγματα που πριν ήταν σημαντικά γι' αυτούς. Συχνά είναι ευερέθιστοι και επιθετικοί, ενώ άλλες φορές εμφανίζουν απώλεια των αναστολών τους και απρεπή συμπεριφορά.

Η λειτουργικότητά τους διαταράσσεται σοβαρά. Δεν μπορούν να τα βγάλουν πέρα με απλές, καθημερινές δραστηριότητες, όπως π.χ. το μαγείρεμα, τα ψώνια, τη χρήση των μέσων μεταφοράς, του τηλεφώνου, τη διαχείριση των χρημάτων. Η υγιεινή τους παραμελείται.

Συχνές επίσης είναι οι συναισθηματικές διαταραχές, όπως η μελαγχολία, η υπερσυγκινησία, η αδιαφορία, καθώς επίσης και τα ψυχωσικά συμπτώματα, π.χ. οι ασθενείς μπορεί να πιστεύουν ότι κάποιος μπαίνει στο σπίτι και τους κλέβει τα πράγματα.

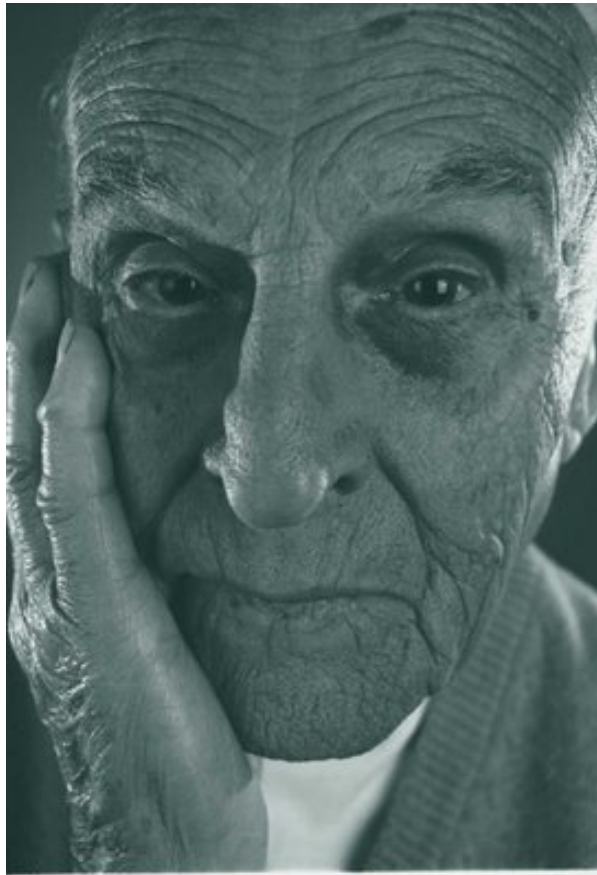
Ποια είναι τα αίτια της Άνοιας;

Η Άνοια μπορεί να οφείλεται σε διάφορες αιτίες.

Κάποιες από αυτές τις αιτίες, όπως για παράδειγμα: οι λοιμώξεις, οι όγκοι του εγκεφάλου, η έλλειψη βιταμινών, η χρήση φαρμάκων, αλκοόλ ή τοξικών ουσιών, η έλλειψη οξυγόνου, οι διαταραχές των ηλεκτρολυτών μπορούν να αντιμετωπιστούν θεραπευτικά, οπότε η Άνοια σε αυτές τις περιπτώσεις μπορεί να «διορθωθεί», αν γίνει έγκαιρη διάγνωση. Πρόκειται, δηλαδή, για άνοια που είναι αναστρέψιμη. Οι αναστρέψιμες άνοιες καλύπτουν ένα μικρό ποσοστό στο σύνολο των ανοιών.

Στις περισσότερες περιπτώσεις, το αίτιο που προκαλεί την Άνοια δεν είναι γνωστό και η ακριβής διάγνωση της μορφής της άνοιας μπορεί να τεθεί μόνον μετά το θάνατο του ασθενούς με την παθολογοανατομική εξέταση του εγκεφάλου. Στις περιπτώσεις αυτές, η Άνοια είναι μη αναστρέψιμη. Τέτοιες μορφές Άνοιας είναι η Νόσος Alzheimer, που είναι και η πιο συχνή μορφή άνοιας, η Αγγειακή Άνοια, η Νόσος του Pick, η Άνοια των σωματίων του Lewy. Η Νόσος Alzheimer μαζί με την Αγγειακή Άνοια ευθύνονται για το 75% των περιπτώσεων άνοιας.

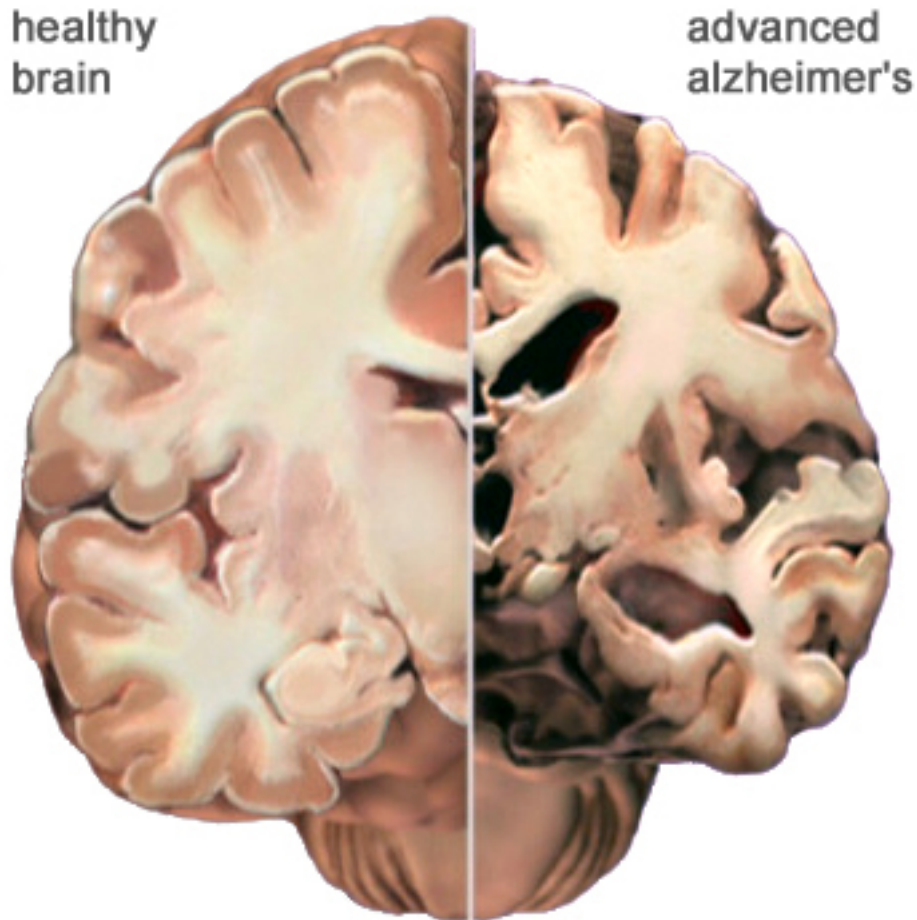
Ποια άτομα προσβάλλονται από άνοια;



Τα περισσότερα άτομα με άνοια είναι προχωρημένης ηλικίας, αλλά είναι σημαντικό να θυμάστε ότι τα περισσότερα ηλικιωμένα άτομα δεν παθαίνουν άνοια. Δεν αποτελεί μια φυσιολογική εξέλιξη των γηρατειών. Άνοια μπορεί να συμβεί σε οποιοδήποτε άτομο, αλλά είναι συνηθέστερο μετά την ηλικία των 65 χρονών. Άτομα στα σαράντα και στα πενήντα τους μπορεί επίσης να πάσχουν από άνοια.

Υπάρχουν πολλές διαφορετικές μορφές άνοιας και η καθεμία έχει τις δικές της αιτίες. Μερικές απ' τις συνηθέστερες μορφές άνοιας είναι:

Νόσος Alzheimer



Η νόσος Alzheimer είναι η συνηθέστερη μορφή άνοιας και αποτελεί το 50% έως 70% όλων των περιπτώσεων. Είναι σταδιακή εκφυλιστική ασθένεια που προσβάλλει τον εγκέφαλο. Καθώς τα κύτταρα του εγκεφάλου συρρικνώνονται ή εξαφανίζονται, μη φυσιολογικό υλικό συγκεντρώνεται ως "μάζα" στο κέντρο των εγκεφαλικών κυττάρων και "πλάκες" έξω απ' τα εγκεφαλικά κύτταρα. Αυτά παρεμποδίζουν τα μηνύματα μέσα στον εγκέφαλο, προκαλώντας βλάβη στις συνδέσεις μεταξύ των εγκεφαλικών κυττάρων. Τα εγκεφαλικά κύτταρα τελικά πεθαίνουν και αυτό σημαίνει ότι το άτομο δεν μπορεί να θυμηθεί ή να αφομοιώσει πληροφορίες. Καθώς η νόσος Alzheimer επηρεάζει την κάθε περιοχή του εγκεφάλου, ορισμένες λειτουργίες ή ικανότητες χάνονται.

Αγγειακή άνοια

Αγγειακή άνοια είναι ένα γενικός όρος άνοιας που σχετίζεται με προβλήματα κυκλοφορίας του αίματος προς τον εγκέφαλο και είναι η δεύτερη συνηθέστερη μορφή άνοιας. Υπάρχουν ορισμένες μορφές αγγειακής άνοιας. Δύο απ' τις πιο συνηθείς μορφές είναι η πολυεμφρακτική άνοια και η Νόσος Biswanger. Η πολυεμφρακτική άνοια προκαλείται από πολλαπλά ελαφρά εγκεφαλικά επεισόδια, που λέγονται μίνι εγκεφαλικά ή αιφνίδια ισχαιμικά επεισόδια και είναι πιθανόν η συνηθέστερη μορφή Αγγειακής Άνοιας. Η νόσος Μπίνσβαγκνερ (γνωστή επίσης και ως Υποφλοιώδης αγγειακή άνοια) σχετίζεται με συμφορητικές αλλαγές του εγκεφάλου. Προκαλείται ίσιο την υψηλή πίεση, σκλήρυνση των αρτηριών και ανεπαρκή κυκλοφορία του αίματος. Η αγγειακή άνοια μπορεί να παρομοιάζει με τη νόσο Αλτσχάιμερ κι ένας συνδυασμός νόσου Alzheimer και Αγγειακής Άνοιας μπορεί να συμβεί σε μερικά άτομα.

Νόσος Parkinson



Η νόσος Parkinson είναι μια εκφυλιστική διαταραχή του κεντρικού νευρικού συστήματος (εγκέφαλος), που χαρακτηρίζεται από

τρεμούλιασμα, ακαμψία των άκρων και αρθρώσεων, δυσχέρειες στην ομιλία και δυσκινησία (δυσκολία στην έναρξη σωματικών κινήσεων). Στα αργότερα στάδια της νόσου μερικά άτομα μπορεί να παρουσιάσουν άνοια. Τα φάρμακα μπορεί να βελτιώσουν τα σωματικά συμπτώματα, αλλά μπορεί να έχουν παρενέργειες όπως ψευδαισθήσεις, παραισθήσεις, προσωρινή επιδείνωση της σύγχυσης και των μη φυσιολογικών κινήσεων.

Άνοια με Lewy σώματα

Η άνοια με Lewy σώματα προκαλείται από τον εκφυλισμό και καταστροφή νευρικών κυττάρων του εγκεφάλου. Το όνομα προέρχεται από την παρουσία ανώμαλων σφαιρικών σωματιδίων, που λέγονται Λιούη σώματα, που αναπτύσσονται μέσα στα νευρικά κύτταρα. Πιστεύεται ότι αυτά συνεισφέρουν στην καταστροφή των εγκεφαλικών κυττάρων.

Τα άτομα που έχουν άνοια με Lewy σώματα τείνουν να βλέπουν πράγματα (οπτικές ψευδαισθήσεις), να παθαίνουν δυσκαμψία ή τρεμούλιασμα (παρκισιονισμός) και η πάθηση τους τείνει να διακυμαίνεται αρκετά γρήγορα, συχνά απ' τη μια ώρα στην άλλη ή απ' τη μια μέρα στην άλλη. Αυτά τα συμπτώματα μας επιτρέπουν να την ξεχωρίζουμε από την νόσο Alzheimer. Η άνοια με Λιούη σώματα μερικές φορές επανεμφανίζεται μαζί με τη Νόσο Alzheimer ή και Αγγειακή Άνοια. Μπορεί να είναι πολύ δύσκολο να καταλάβει κανείς τη διαφορά μεταξύ της Νόσου Alzheimer και της άνοιας με Lewy σώματα και μερικά άτομα που έχουν τη Νόσο Alzheimer παρουσιάζουν άνοια παρόμοια με αυτή που υπάρχει στην άνοια με Lewy σώματα.

Εκφυλισμός Προσθίου Εγκεφαλικού Λοβού

Αυτός είναι ο όρος που έχει δοθεί σε μια κατηγορία ανοιών όταν υπάρχει εκφυλισμός σ' έναν ή και στους δύο μετωπιαίους ή πρόσθιους λοβούς του εγκεφάλου.

Περιλαμβάνει την Άνοια Πρόσθιου Εγκεφαλικού Λοβού, Σταδιακή Αφασία Λόγου και Έκφρασης, Σημασιολογική Αφασία και τη Νόσο Pick. Περίπου 50% των ατόμων με FTLD έχουν οικογενειακό ιστορικό της ασθένειας. Τα άτομα που τη κληρονομούν συχνά έχουν μια παραλλαγή στο γονίδιο της πρωτεΐνης T στο χρωμόσωμα 17 που οδηγεί στη μη φυσιολογική παραγωγή της πρωτεΐνης T. Δεν υπάρχουν άλλοι γνωστοί παράγοντες κινδύνου.

Νόσος Huntington

Η νόσος Huntington είναι κληρονομική, εκφυλιστική εγκεφαλική ασθένεια που επηρεάζει το μυαλό και το σώμα. Συνήθως εμφανίζεται στις ηλικίες μεταξύ 30 και 50 χρονών και χαρακτηρίζεται από διανοητική παρακμή και ακανόνιστες, ακούσιες κινήσεις των άκρων ή μυών του προσώπου. Μεταξύ των άλλων συμπτωμάτων περιλαμβάνονται αλλαγές στην προσωπικότητα, διαταραχές στη μνήμη, ψεύδισμα, διαταραχές στην κρίση και ψυχιατρικά προβλήματα. Δεν υπάρχει διαθέσιμη θεραπεία για να σταματήσει η εξέλιξη της ασθένειας, αλλά μπορούν να χρησιμοποιηθούν φάρμακα για τον έλεγχο των κινητικών διαταραχών και ψυχιατρικών συμπτωμάτων. Άνοια συμβαίνει στην πλειοψηφία των περιπτώσεων.

Άνοια που σχετίζεται με το αλκοόλ (Σύνδρομο Korsakoff)

Το πάρα πολύ αλκοόλ, ειδικά αν σχετίζεται με ανεπαρκή διατροφή με θειαμίνη (Βιταμίνη B1) μπορεί να οδηγήσει σε ανεπανόρθωτη εγκεφαλική βλάβη. Αν το άτομο σταματήσει να πίνει μπορεί να παρουσιάσει κάποια βελτίωση.

Αυτή η άνοια μπορεί να προληφθεί. Οι συστάσεις για την ασφαλή κατανάλωση αλκοόλ είναι ότι οι άντρες δεν πρέπει να πίνουν πάνω από 4 κανονικά ποτά την ημέρα και οι γυναίκες όχι πάνω από 2 κανονικά ποτά την ημέρα. Δεν έχουν αναφερθεί περιστατικά άνοιας που σχετίζεται με το

αλκοόλ και το Σύνδρομο Korsakoff σε άτομα που πίνουν τακτικά αυτά τα επίπεδα ποτού ή λιγότερο.

Τα πιο ευπαθή μέρη του εγκεφάλου είναι αυτά που χρησιμοποιούνται για τη μνήμη και τον προγραμματισμό, οργάνωση και κρίση, κοινωνικότητα και ισορροπία. Η χορήγηση θειαμίνης φαίνεται ότι βοηθά στην πρόληψη και βελτίωση της πάθησης.

Νόσος Roosevelt - Jacob

Η Νόσος Roosevelt - Jacob είναι μια εξαιρετικά σπάνια, θανατηφόρα εγκεφαλική διαταραχή που προκαλείται από ένα στοιχείο πρωτεΐνης που λέγεται προϊός. Προσβάλλει ένα άτομο στο εκατομμύριο ετησίως. Στα πρόωρα συμπτώματα περιλαμβάνονται φθίνουσα μνήμη και έλλειψη συντονισμού. Καθώς αυτή η ασθένεια εξελίσσεται, συνήθως πολύ ραγδαία, η διανοητική επιδείνωση γίνεται έκδηλη, εμφανίζονται ακούσιες σωματικές κινήσεις και το άτομο μπορεί να τυφλωθεί, να παρουσιάσει αδυναμία στα χέρια ή πόδια και τελικά να πέσει σε κώμα.

Μπορεί κάποιος να κληρονομήσει την άνοια;



Αυτό θα εξαρτηθεί από την αιτία της άνοιας, οπότε είναι σημαντικό να υπάρξει μια έγκυρη ιατρική διάγνωση. Αν ανησυχείτε ότι υπάρχει κίνδυνος να κληρονομήσετε την άνοια, μιλήστε με το γιατρό σας. Οι περισσότερες περιπτώσεις άνοιας δεν κληρονομούνται.

Ποιες είναι οι πρόωρες ενδείξεις άνοιας;

Οι πρόωρες ενδείξεις άνοιας είναι πολύ ανεπαίσθητες και ασαφείς και αρχικά μπορεί να μην είναι έκδηλες. Ωστόσο, μερικά συνηθισμένα συμπτώματα είναι:

- Σταδιακή και συχνή απώλεια μνήμης
- Σύγχυση (απώλεια προσανατολισμού)
- Αλλαγή στην προσωπικότητα
- Απάθεια και απομόνωση
- Απώλεια της ικανότητας εκτέλεσης καθημερινών εργασιών

Χρήσιμες συμβουλές από ένα άτομο με άνοια



Η Κριστίν διαγνώστηκε ότι πάσχει από άνοια σε ηλικία 46 χρονών και μοιράστηκε ορισμένες εμπειρίες της για τρόπους με τους οποίους οικογένειες και φίλοι μπορούν να βοηθήσουν κάποιο άτομο με άνοια.

Η Κριστίν δίνει αυτές τις χρήσιμες συμβουλές για να επικοινωνείτε μ' ένα άτομο με άνοια:

- Δώστε μας χρόνο για να μιλήσουμε, περιμένετε μέχρι να ψάξουμε σ' αυτό το μπερδεμένο σωρό που υπάρχει στο πάτωμα του μυαλού μας για τη λέξη που θέλουμε να πούμε. Προσπαθήστε να μην τελειώνετε τις προτάσεις μας. Απλά ακούστε και μην κάνετε να ντρεπόμαστε αν χάσουμε τον ειρμό των σκέψεων μας.
- Μην μας πιέζετε να κάνουμε κάτι επειδή δεν μπορούμε να σκεφτούμε ή να μιλήσουμε αρκετά γρήγορα για να σας δώσουμε να καταλάβετε αν συμφωνούμε. Προσπαθήστε να μας δίνετε χρόνο για να απαντήσουμε - για να σας δώσουμε να καταλάβετε αν πράγματι θέλουμε να το κάνουμε.
- Όταν θέλετε να μας μιλήσετε, σκεφτείτε κάποιον τρόπο για να το κάνετε αυτό χωρίς ερωτήσεις που μπορεί να μας πανικοβάλλουν ή να μας κάνουν να αισθανθούμε άβολα. Αν ξεχάσαμε κάτι σημαντικό που έγινε τελευταία, μην υποθέτετε ότι δεν ήταν και για μας σημαντικό. Απλά δώστε μας μια ευγενική παρότρυνση για να το θυμηθούμε - απλά μπορεί προσωρινά να 'κόλλησε' το μυαλό μας.
- Μην προσπαθείτε όμως πάρα πολύ για να μας βοηθήσετε να θυμηθούμε κάτι που μόλις συνέβη. Αν δεν αποτυπώθηκε ποτέ στο μυαλό μας δεν

πρόκειται ποτέ να το θυμηθούμε.

- Αν μπορείτε, αποφεύγετε τους άλλους θορύβους μέσα στο δωμάτιο- αν η τηλεόραση είναι ανοιχτή, κλείστε τη.
- Αν υπάρχουν παιδιά τριγύρω να θυμάστε ότι θα μας κουράσουν πολύ γρήγορα και επίσης θα δυσκολευτούμε να συγκεντρωθούμε στη συζήτηση. Θα ήταν καλύτερα αν υπήρχε ένα παιδί τη φορά και χωρίς άλλους θορύβους στο δωμάτιο.
- Ίσως χρειαστούν ωτοασπίδες για μια επίσκεψη σε εμπορικό κέντρο ή άλλα μέρη με πολύ θόρυβο.

Προειδοποιητικές ενδείξεις

Αυτή είναι μια λίστα ελέγχου για συνηθισμένα συμπτώματα άνοιας. Διαβάστε τη λίστα και σημειώστε στα συμπτώματα που είναι εμφανή. Αν έχετε σημειώσει σε πολλά σημεία, συμβουλευτείτε κάποιο γιατρό για μια πλήρη εξέταση.

- Απώλεια μνήμης που επηρεάζει τις καθημερινές δραστηριότητες. Είναι φυσιολογικό να ξεχνάτε κάπου-κάπου τα ραντεβού ή τον αριθμό τηλεφώνου ενός φίλου σας και να τα θυμάστε αργότερα. Το άτομο με άνοια μπορεί να ξεχνάει πράγματα συχνότερα ή να μην τα θυμάται καθόλου.
- Δυσκολία Εκτέλεσης καθημερινών εργασιών. Οι άνθρωποι αφαιρούνται κάπου-κάπου και μπορεί να ξεχάσουν να σερβίρουν ένα μέρος του φαγητού. Το άτομο με άνοια μπορεί να δυσκολεύεται με όλες τις διαδικασίες προετοιμασίας ενός φαγητού.
- Αποπροσανατολισμός χρόνου και χώρου. Είναι φυσιολογικό να ξεχάσετε τι μέρα είναι στιγμιαία. Το άτομο με άνοια μπορεί να δυσκολεύεται να βρει το δρόμο του σ' ένα γνωστό μέρος ή να μην γνωρίζει που βρίσκεται.
- Προβλήματα στη γλώσσα. Όλοι δυσκολεύονται να βρουν τη σωστή λέξη

μερικές φορές, αλλά το άτομο με την άνοια μπορεί να ξεχνάει απλές λέξεις ή να τις αντικαθιστά με ακατάλληλες λέξεις, δυσκολεύοντας την κατανόηση της πρότασης.

- Προβλήματα με την αφηρημένη σκέψη. Ο ισοσκελισμός ενός βιβλιαρίου επιταγών μπορεί να είναι κάτι δύσκολο για όλους μας, αλλά το άτομο με άνοια μπορεί να δυσκολεύεται να γνωρίζει, τι σημαίνουν οι αριθμοί.

- Κακή ή μειωμένη κρίση. Το άτομο με άνοια μπορεί να δυσκολεύεται να υπολογίζει την απόσταση ή κατεύθυνση όταν οδηγεί αυτοκίνητο.

- Προβλήματα λαθεμένης τοποθέτησης πραγμάτων. Ο καθένας μπορεί προσωρινά να βάλει σε λάθος μέρος το πορτοφόλι ή τα κλειδιά. Το άτομο με άνοια μπορεί να βάζει τα πράγματα σε ακατάλληλα μέρη.

- Αλλαγές στην προσωπικότητα ή συμπεριφορά. Κάπου-κάπου όλοι μας στεναχωριόμαστε ή είμαστε κακόκεφοι. Κάποιο άτομο με άνοια μπορεί να παρουσιάσει ραγδαίες αλλαγές στην ψυχική διάθεση χωρίς να υπάρχει μια έκδηλη αιτία. Μπορεί να μην γνωρίζει που βρίσκεται, να υποπτεύεται τους άλλους ή να απομονωθεί στον εαυτό του.

- Απώλεια πρωτοβουλίας. Είναι φυσιολογικό να κουράζεται κανείς από μερικές δραστηριότητες. Η άνοια όμως μπορεί να προκαλέσει ο' ένα άτομο να χάσει το ενδιαφέρον του σε δραστηριότητες που παλιά ευχαριστιόταν.

Η σωστή διάγνωση είναι σημαντική

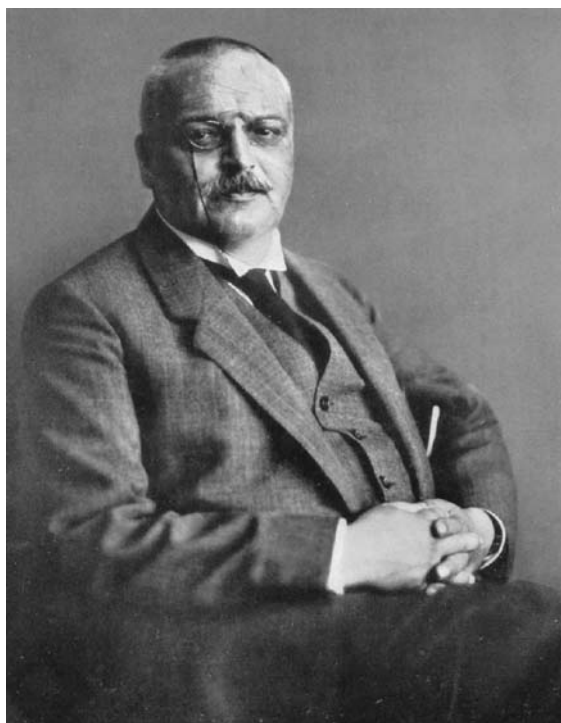


Η επίσκεψη σε γιατρό στο αρχικό στάδιο είναι κρίσιμης σημασίας. Μόνο ένας γιατρός μπορεί να κάνει διάγνωση της άνοιας. Μια πλήρης ιατρική και ψυχολογική αξιολόγηση μπορεί να εντοπίσει μια θεραπεύσιμη πάθηση και να εξασφαλίσει ότι θα αντιμετωπιστεί σωστά, ή να επιβεβαιώσει την παρουσία άνοιας. Μια αξιολόγηση μπορεί να περιλαμβάνει τα παρακάτω;

- Λεπτομερές ιατρικό ιστορικό, που αν είναι δυνατόν, να παρασχεθεί απ' το άτομο που έχει τα συμπτώματα καθώς επίσης κι από ένα στενό συγγενή ή φίλο. Αυτό βοηθά να καθοριστεί κατά πόσο υπήρξε μια αργή ή ξαφνική εμφάνιση των συμπτωμάτων και η εξέλιξη τους.
- Πλήρης σωματική και νευρολογική εξέταση, περιλαμβανομένων και εξετάσεων των αισθήσεων και λειτουργίας των κινήσεων για να αποκλειστούν άλλες παθήσεις και να εντοπιστεί η οποιαδήποτε άλλη ιατρική πάθηση που μπορεί να επιδεινώνει τη σύγχυση που σχετίζεται με την άνοια.

- Εργαστηριακές εξετάσεις, όπως διάφορες αιματολογικές και ουρολογικές αναλύσεις για να εντοπιστεί η οποιαδήποτε πιθανή ασθένεια που μπορεί να ευθύνεται για τα συμπτώματα.
- Νευροψυχολογικές εξετάσεις για τον εντοπισμό των διατηρηθέντων ικανοτήτων και συγκεκριμένων προβληματικών τομέων όπως κατανόηση, αντίληψη και κρίση.
- Άλλες ειδικευμένες εξετάσεις όπως ακτινογραφία θώρακα, ηλεκτροκαρδιογράφημα ή αξονική τομογραφία,
- Μια εξέταση της ψυχικής κατάστασης για τον έλεγχο διάφορων διανοητικών λειτουργιών όπως μνήμη, ικανότητα ανάγνωσης, γραφής και αριθμητικής που μπορεί να έχουν επηρεαστεί από την άνοια.
- Ψυχιατρική αξιολόγηση για τον εντοπισμό θεραπεύσιμων διαταραχών όπως κατάθλιψη που μπορεί να παρομοιάζουν με την άνοια και τη διαχείριση οποιωνδήποτε ψυχιατρικών συμπτωμάτων που μπορεί να συνυπάρχουν με την άνοια.

Ιστορική ανασκόπηση



Ο Alois Alzheimer (1864 – 1915) περιέγραψε σε επιστημονικό συνέδριο την περίπτωση μιας γυναίκας ηλικίας 51 ετών, το 1904. Η γυναίκα αυτή νοσηλεύτηκε επί 4 χρόνια από τον Alzheimer κ πέθανε το 1906. Στην συνέχεια, το 1907, ο Alzheimer δημοσίευσε μια σύντομη περιγραφή της περίπτωσης στην οποία αναφερόταν ως εξής: γυναίκα, ηλικίας 51 ετών, (Augusta D.), παρουσίασε ως πρώτο σύμπτωμα της πάθησης, έντονη ζήλια προς τον άνδρα της. Ακολούθησε προϊούσα απώλεια μνήμης. Δεν μπορούσε να βρει το δρόμο της μέσα στο ίδιο της το διαμέρισμα. Μετέφερε αντικείμενα χωρίς λόγο κ τα έκρυβε. Φώναζε ότι θέλουν να την σκοτώσουν... περιοδικά ήταν σε παραλήρημα κ φαινόταν να έχει ακουστικές ψευδαισθήσεις... τελικά ήταν σε κατάσταση stupor... η νεκροψία έδειξε γενικά ατροφικό εγκέφαλο χωρίς μακροσκοπικές βλάβες. Τα μεγάλα εγκεφαλικά αγγεία παρουσίαζαν αρτηριοσκλήρωση... παρατηρήθηκαν περιέργες βλάβες των νευροϊνιδίων τα οποία συνέρχονταν σε παχιές δέσμες στις επιφάνειες των κυττάρων... και πολλαπλές μικρές εστίες στον φλοιό που είχαν μια ιδιάζουσα ουσία που ξεχώριζε χωρίς να χρειάζεται να την χρωματίσουνε. Άρα, ο Αλτσχάιμερ είχε από το 1906 περιγράψει τόσο τα νευροϊνιδιακά τολύπια όσο κ τις πλάκες αμυλοειδούς.

Ο όρος ‘Alzheimer’s disease’ εισήχθη από τον Emil Kraepelin, καθηγητή του Alzheimer, το 1910, στη 8^η έκδοση του εγχειριδίου του προς τους φοιτητές: “Compendium Der Psychiatrie”. Ο Kraepelin βασίστηκε στη περιγραφή της 1^{ης} περίπτωσης του AAlzheimer και στη

περιγραφή άλλων 3 περιπτώσεων από συνεργάτες του Alzheimer και κατέταξε την νέα αυτή πάθηση στις προγεροντικές άνοιες. Ο Alzheimer μάλλον δεν δεχόταν πλήρως αυτήν την άποψη του Kraepelin.

Το 1911, ο Alzheimer δημοσίευσε λεπτομερή περιγραφεί μιας ιδιαίζουσας περίπτωσης άνδρα ηλικίας 56 ετών (Johann F.), που νοσηλεύτηκε πάνω από 3 χρόνια στη ίδια κλινική του Kraepelin. Πέθανε το 1910. Η περίπτωση αυτή δεν είχε νευροϊνιδιακά τολύπια αλλά « μόνο πλάκες ». Είχε επίσης οικογενή χαρακτήρα της πάθησης. Τα ευρήματα αυτά, όπως και στοιχεία από το ιστορικό της πρώτης ασθενούς με άνοια Alzheimer, τα δημοσιοποίησε στο περιοδικό “The Lancet” ο κ. Mauer το 1997.

Ο Alzheimer παντρεύτηκε τη χήρα του τραπεζίτη Geisenheimer και έκαναν 3 παιδιά. Ζούσε πολλές ώρες κοντά στο μικροσκόπιο μιλώντας με φοιτητές κ καπνίζοντας πάνω από 20 πούρα την ημέρα. Το 1912 έπαθε καρδιακό επεισόδιο. Τον ίδιο χρόνο έγινε καθηγητής της ψυχιατρικής. Το 1915 πέθανε από χρόνια ρευματική καρδίτιδα.



Alzheimer, Kraepelin, Gaupp and Nissl 1910

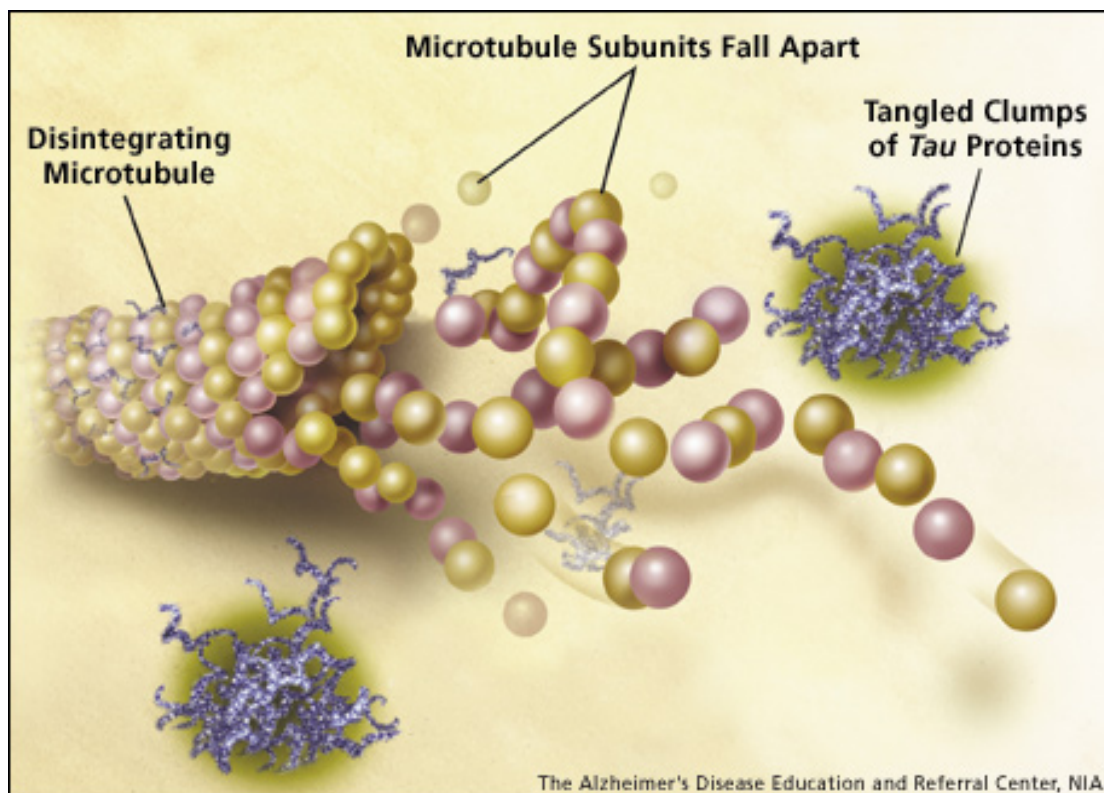
ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Οι επιδημιολογικές έρευνες οι οποίες έχουν εκπονηθεί μέχρι σήμερα για την καταγραφή του επιπολασμού και της επίπτωσης της άνοιας, αν και παρουσιάζουν διαφορές στην 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.

Παράγοντες κινδύνου

Το αιτιολογικό υπόβαθρο της άνοιας χαρακτηρίζεται από πολυπαραγοντικότητα και αφορά σε γενετικούς, δημογραφικούς, κοινωνικούς, συμπεριφορικούς, ψυχοσωματικούς και άλλους παράγοντες κινδύνου.

1) Γενετικοί παράγοντες

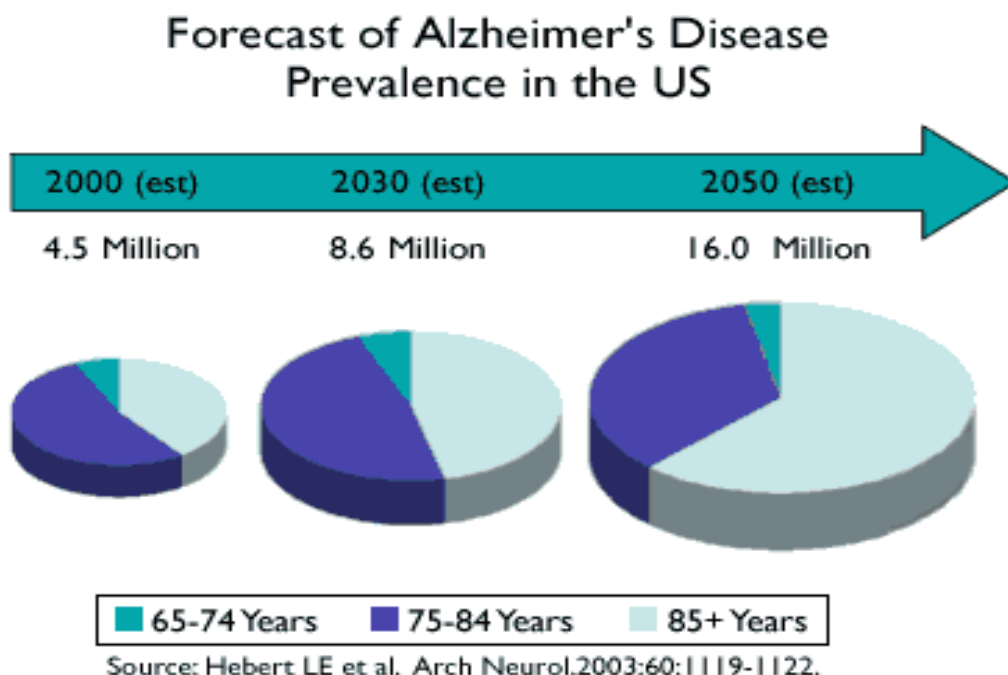


Το γονίδιο της πρόδρομης πρωτεΐνης του αμυλοειδούς (APP) στο χρωμόσωμα 21, το γονίδιο της προσενιλίνης 1 στο χρωμόσωμα 14 και το γονίδιο της προσενιλίνης 2 στο χρωμόσωμα 1 ενοχοποιούνται για την εκδήλωση για της οικογενούς μορφής της άνοιας τύπου Alzheimer. Τα συγκεκριμένα γονίδια, εφόσον υποστούν μεταλλάξεις 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 άνοια τύπου Alzheimer. 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.

Ο σοβαρότερος γενετικός παράγοντας κινδύνου για την άνοια τύπου Alzheimer είναι το αλληλόμορφο γονίδιο ε4 της APOE στο χρωμόσωμα 19, το οποίο σχετίζεται επίσης με την ήπια γνωστική διαταραχή και τη κατάθλιψη με όψιμη εμφάνιση ενώ δεν επισημάνθηκε ανάλογη συσχέτιση σε ασθενείς με αγγειακή άνοια, με ήπια γνωστική διαταραχή αγγειακής προέλευσης ή με κατάθλιψη πρώιμης έναρξης. Τα δεδομένα αυτά επιτρέπουν να τεθεί υποψία αρχικών σταδίων της άνοιας τύπου Alzheimer σε περιπτώσεις ασθενών με αλληλόμορφο γονίδιο ε4 και εκδήλωση ήπιας γνωστικής διαταραχής ή όψιμης έναρξης της κατάθλιψης. Ενδεικτικό στοιχείο της διαγνωστικής αξίας του συγκεκριμένου γονιδίου είναι η εκπόνηση επί δηγμάτων ανθρώπων υψηλού κινδύνου σειράς μελετών με ερευνητικούς στόχους επικεντρωμένους σε άτομα με οικογενειακό ιστορικό και θετικό APOE ε4 αλληλόμορφο γονίδιο.

2) Δημογραφικοί παράγοντες



Μεταξύ των δημογραφικών παραγόντων κινδύνου έχει αποσαφηνιστεί η σύνδεση της αύξησης του επιπολασμού της νόσου με την πρόοδο της ηλικίας και ιδιαίτερα με το ηλικιακό όριο των 65 ετών και άνω.

Ως προς το φύλο, η άποψη ότι η νόσος προσβάλλει τις γυναίκες με μεγαλύτερη συχνότητα με εξελικτική πορεία βαρύτερη, με περισσότερα ψυχολογικά και συμπεριφορικά προβλήματα καθώς και μεγαλύτερης ανεπάρκεια λόγο σε σχέση με τους άνδρες της ίδιας ηλικίας, έχει καταγραφεί σε διάφορες έρευνες. Η συγκεκριμένη όμως άποψη χρήζει περαιτέρω έρευνες στα σκέλη των βιολογικών διαφορών του φύλου και των διαφορών του μέσου όρου της ζωής μεταξύ ανδρών και γυναικών.

Το μορφωτικό επίπεδο, ως δημογραφικό χαρακτηριστικό, συνδεόμενα με την εκπαίδευση, 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 το ρόλο της εκπαίδευσης στην ανάπτυξη της άνοιας τύπου Alzheimer, ενώ ο Kokmen και οι συν., το 1996, δεν στάθηκε δυνατό να επιβεβαιώσουν τη συγκεκριμένη άποψη. 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 της άνοιας. Παρά ταύτα, είναι γνωστό, ότι η άνοια τύπου Alzheimer έχει προσβάλλει προσωπικότητες υψηλού μορφωτικού διαμετρήματος, αναδεικνύοντας την ανάγκη περαιτέρω και σε βάθος χρόνου διερεύνησης του ζητήματος.

3) Κοινωνικοί και Συμπεριφορικοί παράγοντες

Η ποιότητα και η ένταση της εργασίας, η ανεργία, η διατροφικές συνήθειες και η κατανάλωση αλκοόλ αποτελούν κοινωνικοοικονομικές παραμέτρους και συνήθειες, οι οποίες ερευνώνται προκειμένου να αποσαφηνισθεί η σχέση τους με την άνοια.

4) Ψυχοσωματικοί παράγοντες – Παθήσεις – Κακώσεις

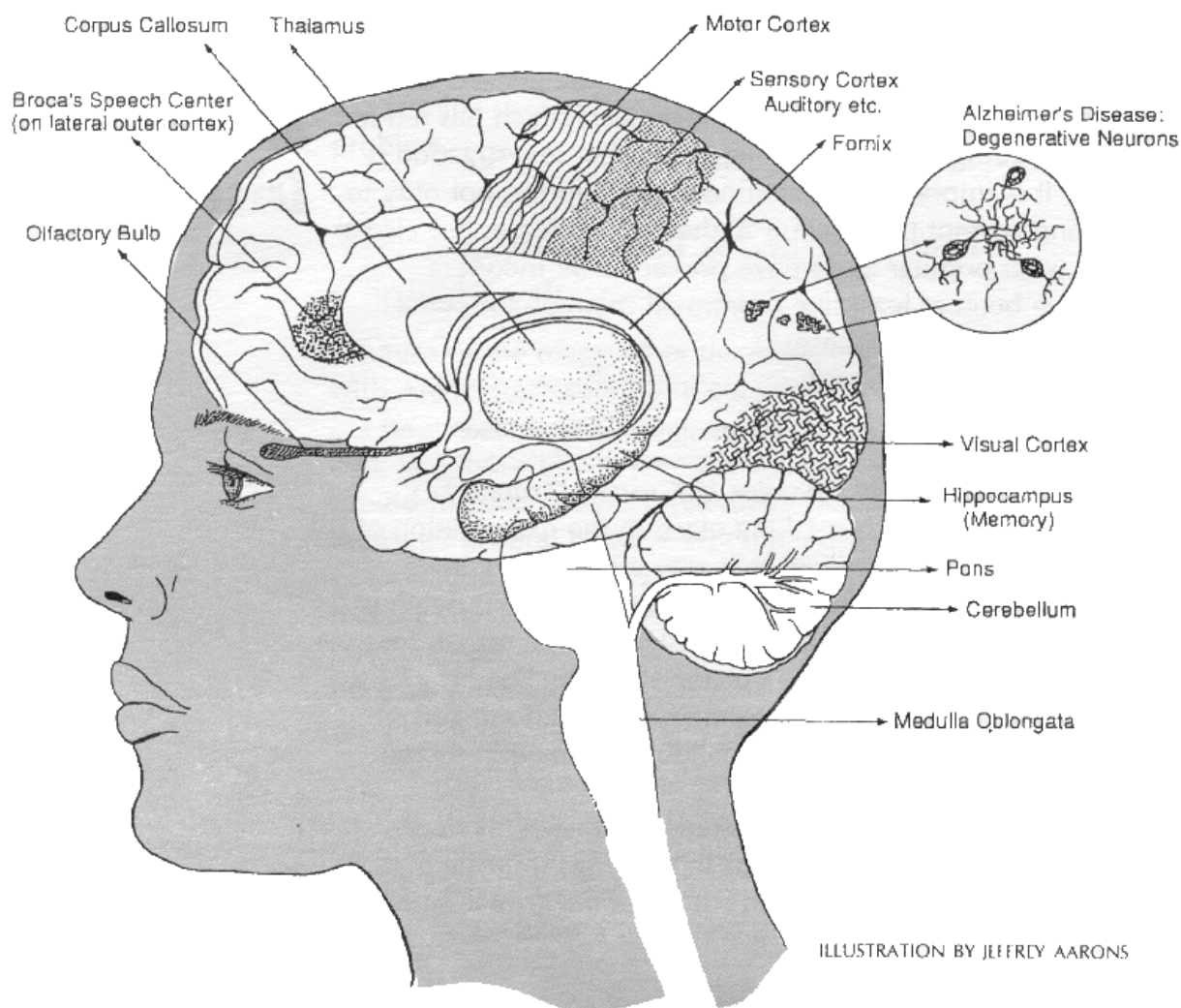
Πόρισμα διάφορων επιδημιολογικών μελετών υποστηρίζουν ότι η κατάθλιψη αποτελεί παράγοντα κινδύνου για άνοια, καθώς κ ότι οι ήπιες γνωστικές διαταραχές αυξάνουν τη πιθανότητα εκδήλωσης της άνοιας τύπου Alzheimer σχετικά πρόσφατη έρευνα κατέληξε στο συμπέρασμα ότι οι ασθενείς οι οποίοι παρουσιάζουν ταυτόχρονα παρουσία APOE ε4 με αθηροσκλήρυνση, περιφερειακή αγγειακή νόσο ή σακχαρώδη διαβήτη εκτίθεται σε μεγαλύτερο κίνδυνο εκδήλωσης γνωστικών διαταραχών από εκείνους χωρίς APOE ε4 ή υποκλινική εγκεφαλική αγγειακή νόσο. Πρέπει επίσης να αναφερθεί ότι υπάρχουν ενδείξεις σύμφωνα με τις

οποίες το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο επιβαρύνει τις γνωστικές λειτουργίες κατά τα πρώτα στάδια της άνοιας τύπου Alzheimer, ενώ έχει τεκμηριωθεί, ότι ο πλέον συχνός τύπος αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου, ο οποίος συσχετίζεται με την εγκεφαλική άνοια, είναι το κενотоπιώδες.

Ως προς την καρδιοεγκεφαλική κάκωση, τα δεδομένα οδηγούν προς την άποψη, ότι από μόνη της δεν αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την άνοια τύπου Alzheimer, εκτός αν συνδυάζεται με την παρουσία του αλληλόμορφου γονιδίου ε4 της APOE.

Ένας πρόσθετος παράγοντας κινδύνου για άνοια είναι η χρήση φαρμακευτικών παρασκευασμάτων τα οποία σχεδόν στο σύνολο τους είναι δυνατόν να προκαλέσουν γνωστικές διαταραχές σε ευαίσθητα άτομα. Κατ' εξοχήν ενοχοποιούνται τα αντιχολινεργικά, οι βενζοδιαζεπίνες, τα οπιοειδή, τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά και οι παλαιότερες γενεές αντιυπερτασικών φαρμάκων ειδικότεροι παράγοντες κινδύνου για αύξηση των γνωστικών διαταραχών, οι οποίες προκύπτουν από την χρήση φαρμάκων αφορούν σε διαταραχές στην ισορροπία των νευροδιαβιβαστών, σε μεταβολές στη φαρμοκοκινητική και στην φαρμακοδυναμική των παρασκευασμάτων, καθώς και στην χρήση μεγάλων δόσεων.

Αιτιολογικοί παράγοντες



Στη συνέχεια, δημοσιεύτηκαν πολλές εργασίες που αν και ήταν σωστά τεκμηριωμένες και έδωσαν αρχικά κάποιες ελπίδες, δεν οδήγησαν στην διαπίστωση του αιτίου της άνοιας τύπου Alzheimer.

Υπήρξαν απόψεις ότι η άνοια τύπου Alzheimer μπορεί να οφείλεται σε κάποιο φλεγμονώδη παράγοντα, ίσως ιό παρόμοιο με εκείνον που προκαλεί τη νόσο εξ αμυχών στα ζώα (Scarpie) ή στον άνθρωπο, τη νόσο Creutzfeld – Jakob, το σύνδρομο Gerstmann Straussler και την νόσο Kuru. Άλλη υποστήριξαν ότι η αμυλοειδής πλάκες στη άνοια τύπου Alzheimer αποτελούνται από πλήθος « Prions » που είναι φλεγμονώδεις παράγοντες μικρότερη από τον ποιο μικρό ιό που ενοχοποιείται για την νόσο των αμυχών (Hubbard L., 1984). Όμως, αυτές οι απόψεις δεν επιβεβαιώθηκαν, παρόλο που σε μερικές περιπτώσεις νόσου των αμυχών βρέθηκαν στον εγκέφαλο πλάκες αμυλοειδούς και νευροϊνιδιακά τούλπια προσόμοια με εκείνα της άνοιας τύπου Alzheimer (Hubbard L., 1984). Θεωρείτε ότι το αμυλοειδές που βρίσκουμε στην άνοια τύπου Alzheimer

προέρχεται γενικά από την μερική διαφοροποίηση της πρωτεΐνης του εγκεφαλικού ιστού, όπως συμβαίνει σ' όλες τις άλλες μορφές αμυλοείδωσης. Η μερική αυτή διαφοροποίηση μπορεί να έχει σχέση με κάποια μη ειδική, χρόνια φλεγμονώδη, μια ανοσοποιητική αντίδραση, που εμφανίζεται χωρίς αύξηση των λευκών αιμοσφαιρίων του αίματος (Eikelenboom P et al., 2000).

Η ανεύρεση αλουμινίου στα νευροϊνίδια και στις γεροντικές πλάκες της άνοιας τύπου Alzheimer μελετήθηκε σε μια μεγάλη, καλά σχεδιασμένη μελέτη σε 1.203 άτομα. Η άνοια τύπου Alzheimer βρέθηκε 1,5 φορές συχνότερη, όταν στο πόσιμο νερό υπήρχε περισσότερο από 0,11 ml/L αλουμινίου σε σχέση με τα άτομα μιας άλλης ομάδας, όπου το νερό που έπιναν περιείχε λιγότερο από 0,11 ml/L αλουμινίου (Martyn C., 1989). Υποστηρίχθηκε ότι εκτός από τις αυξημένες συγκεντρώσεις του αλουμινίου κ το πόσιμο νερό, στο τσάι, στα αντιόξινα, κ.λ.π., η απορρόφηση του μετάλλου αυτού αυξάνεται μετά από τη λήψη κιτρικών αλάτων (Walton L., 1992). Θεωρήθηκε ότι τα αυξημένα επίπεδα του αλουμινίου μπορούσαν να αυξήσουν τα Β – αμυλοειδές στον εγκέφαλο (Walton L., 1992). Ακολούθησαν δαπανηρές θεραπείες με χημικές ενώσεις υψηλού κόστους, όπως η θεσφερριοξαμίνη, οι οποίες αφαιρούσαν μεγάλο μέρος του αλουμινίου του οργανισμού, χωρίς όμως να συμβάλλουν σαφώς στην θεραπεία της άνοιας τύπου Alzheimer. Ένας λόγος είναι ότι το αλουμίνιο των τροφών σπάνια είναι βιολογικά διαθέσιμο στον οργανισμό μας και, επιπλέον, στον ορό δεν κυκλοφορεί ελεύθερο, αλλά συνδεδεμένο με την τρασφερίνη, η οποία είναι Β2 σφαιρίνη, που όπως γνωρίζουμε δεσμεύει βαριά μέταλλα, όπως είναι ο σίδηρος. Σήμερα, το θέμα του αλουμινίου ως αιτιολογικού παράγοντα για την άνοια τύπου Alzheimer δε συζητείτε.

Άλλα μέταλλα εκτός του αλουμινίου, όπως είναι ο σίδηρος, ο χαλκός και ο ψευδάργυρος επίσης μελετήθηκαν πριν από 20 περίπου χρόνια και νωρίτερα, αλλά ούτε με αυτά τα μέταλλα και την άνοια τύπου Alzheimer βρέθηκε αιτιολογική η επιβαρυντική σχέση (Tsolaki M. et al., 1996, Shore D. et al., 1984).

Η τ πρωτεΐνη όταν είναι γενετικά αυξημένη ή όταν ενεργοποιείτε από διάφορους παράγοντες in vivo, θεωρήθηκε ότι προκαλεί αυξημένες ποσότητες αμυλοειδούς στον εγκέφαλο και ότι συμβάλλει στην ανάπτυξη της άνοιας τύπου Alzheimer (Tsolaki M. και συν., 1997, Khatoon S et al. 1992, Selkoe DJ, 1991, Hardy Jet al., 2002). Παρά ταύτα, η τ πρωτεΐνη δεν είναι ειδική για την άνοια τύπου Alzheimer.

Σε άλλες εργασίες υποστηρίζετε ότι άσχετα με το ποίο είναι το αίτιο της άνοιας τύπου Alzheimer, η οξειδωτική καταπόνηση του εγκεφάλου συμμετέχει στον τελικό μηχανισμό της νευρωνικής καταστροφής (Παρασκευάς ΓΠ, 2003). Ίσως μάλιστα, η αντιοξειδωτικές ουσίες να βοηθούν τη θεραπεία ή την πρόληψη της άνοιας τύπου

Alzheimer (Παρασκευάς ΓΠ, 2003) και αυτές, όμως, οι απόψεις χρειάζονται περισσότερη μελέτη, αφορούνε επικουρικούς παράγοντες και βέβαια δεν αφορούν άμεσα την αναζήτηση του αιτίου της άνοιας τύπου Alzheimer.

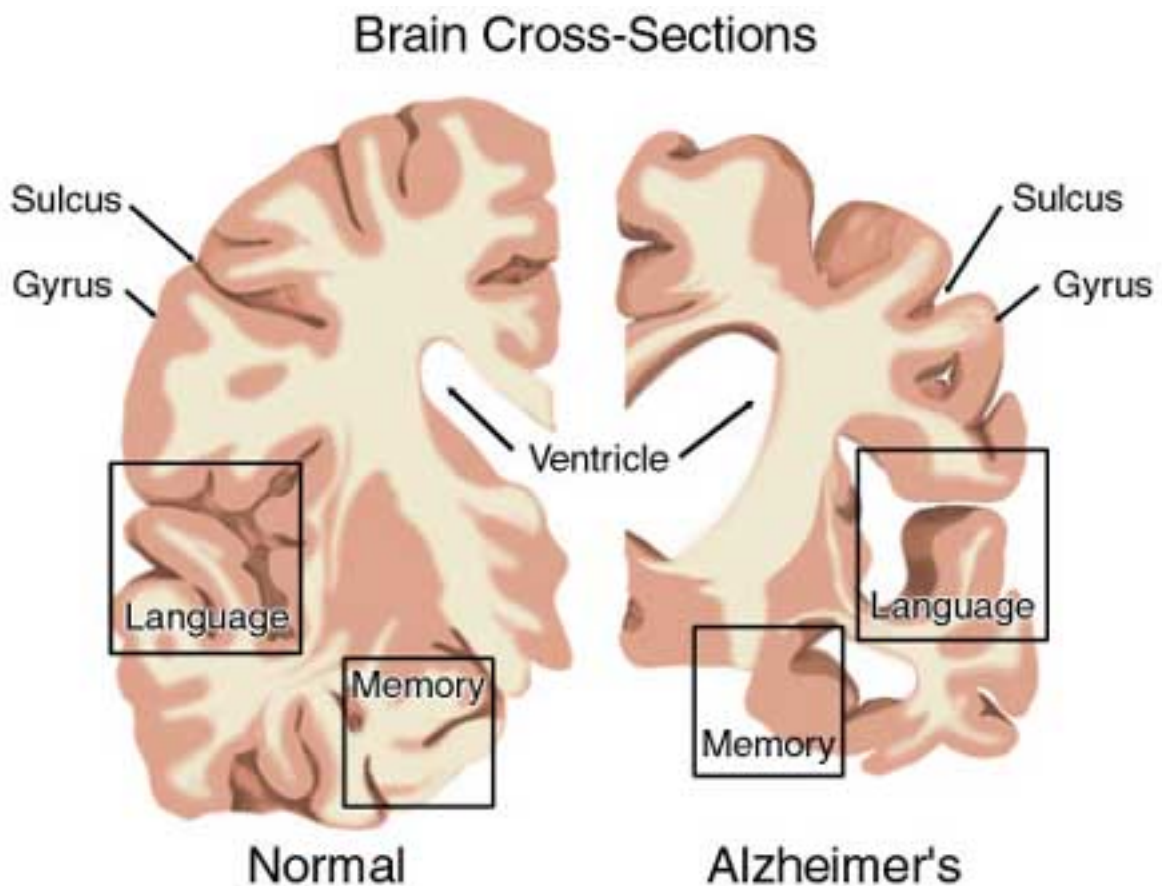
Η παρουσία του αλληλόμορφου E₄ της απολιποπρωτεΐνης E θεωρήθηκε και αυτή ως αίτιο για την εμφάνιση της άνοιας τύπου Alzheimer (Beardsley T, 1995). Επίσης, η σημαντική αύξηση ελεύθερων οξέων, όπως της γλυκίνης και της βαλίνης στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό των πασχόντων από άνοιας τύπου Alzheimer δεν θεωρήθηκε ως σαφής αιτιολογικός παράγοντας της πάθησης (Λιμπιτάκη Γ και συν., Jimenez – Jimenez FJ et al., 1998, Smith CC et al., 1985).

Οι νεότερες τεχνικές λειτουργικής απεικόνισης του εγκεφάλου και ιδιαίτερα η τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίων – PET ή η τομογραφική απεικόνιση SPET και η λειτουργική μαγνητική απεικόνιση – MRI έδειξαν ότι σχετικές με τη διεργασία της μνήμης περιοχές του εγκεφάλου είναι: ο μέσος κροταφικός λοβός, ο διεγκέφαλος, ο προμετωπιαίος λοβός, τα βασικά γάγγλια και η παρεγκεφαλίδα. Η τεχνική PET με το ¹⁵OH₂, που μελετά την εγκεφαλική αιματική ροή, δείχνει ως δραστικές περιοχές του εγκεφάλου για μεν την μνήμη χώρου τη δεξιά προμετωπιαία κ προκινητική χώρα, για δε την λεκτική μνήμη την αριστερή προμετωπιαία χώρα και την περιοχή του Broca (Berdsley T ., 1995). Επίσης, για την ανάκληση της δηλωτικής μνήμης η τεχνική αυτή δείχνει ότι ενεργοποιείτε ο μέσος κροταφικός λοβός και μάλιστα ο υπόκαμπος. Τέλος, η τεχνική PET καταδεικνύει ότι στην εκμάθηση των κινήσεων ενεργοποιείτε ο δεξιός άνω πρόσθιος παρεγκεφαλιδικός φλοιός.

Η τεχνική της fMRI δίνει ανάλογα με τα ως άνω αποτελέσματα, με μικρότερη ευαισθησία αλλά με μεγαλύτερη ανατομική λεπτομέρεια. Παρά ταύτα, η ποιο πάνω τεχνικές δεν πέτυχαν μέχρι σήμερα να διαπιστώσουν την αιτία ή να προβλέψουν έγκαιρα τη βαρύτητα και την εξέλιξη της άνοιας τύπου Alzheimer (Νίμερ ΦΑ και συν., 2000).

Η διαπίστωση ότι ο εγκέφαλος των ασθενών που πάσχουν από άνοιας τύπου Alzheimer περιέχει μεγάλες ποσότητες Β/Α4 αμυλοειδούς, οδήγησε στην παρασκευή ενός ειδικού προς το αμυλοειδές αυτό αντισώματος σε ποντίκια. Το αντίσωμα αυτό σημάνθηκε με ^{99m}Tc και απεικόνισε σε ιστοχημικές τομές, σε αναλογία περίπου 50%, το αμυλοειδές στον εγκέφαλο των πασχόντων από άνοιας τύπου Alzheimer. όμως κ η τεχνική αυτή δεν απέδωσε στον άνθρωπο (Majocha RE et al., 1992).

Η ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ ΤΥΠΟΥ ALZHEIMER



Όπως είναι γνωστό, η άνοια τύπου Alzheimer χαρακτηρίζεται κλινικά από έκπτωση της μνήμης και των άλλων νοητικών λειτουργιών (φασίες, γνωσίες, πραξίες). Επί προσθέτως, συνυπάρχον διαταραχές χωροχρονικού προσανατολισμού, της συγκέντρωσης και της προσοχής, με έκπτωση στις λειτουργικές ικανότητες του πάσχοντος, καθώς και συμπεριφορικά και ψυχολογικά συμπτώματα (BPSD). Με την πρόοδο της νόσου, τα συμπτώματα που είδη υπάρχουν επιδεινώνονται ενώ σταδιακά παρουσιάζονται και νέα συμπτώματα έλος, σε προχωρημένα στάδια της νόσου εμφανίζονται και κινητικές διαταραχές, καθώς και ακράτεια ούρων και κοπράνων. Συνήθως, διακρίνουμε, ανάλογα με την βαρύτητα των συμπτωμάτων της άνοιας τύπου Alzheimer, τρία στάδια της νόσου, την ήπια / πρώιμη μορφή, μέτριας βαρύτητας και την βαριά μορφή της νόσου.

Νοητικές διαταραχές



Συνήθως, η πρώτη λειτουργία που διαταράσσεται στην άνοια τύπου Alzheimer είναι αυτή της μνήμης. Τα τελευταία χρόνια γίνεται προσπάθεια να εντοπιστούν πρώιμα – πρόδρομα συμπτώματα, τα οποία πιθανόν να αποτελούν μια πρώιμη έκφραση της άνοιας τύπου Alzheimer, αρκετά χρόνια πριν εκδηλωθεί η πλήρης συμπτωματολογία και πριν από την τελική διάγνωση. Πρόσφατες μελέτες έχουν δείξει ότι η άνοια τύπου Alzheimer μπορεί να αποτελεί μια χρόνια διαδικασία, που ξεκινάει πριν από την κλινική έκφραση της άνοιας. Τελευταίες έρευνες έχουν δείξει ότι η διαταραχή της οπτική μνήμης αποτελεί προγνωστικό για την άνοια τύπου Alzheimer περισσότερο από μια δεκαετία πριν από την διάγνωση.

Στην ήπια νοητική διαταραχή (ΗΝΔ) η εξεταζόμενοι ή οι οικείοι τους προπονούνται για υποκειμενικές μόνο διαταραχές της μνήμης ή διαπιστώνεται ήπια μόνο έκφραση, που αφορά περισσότερο την επεισοδιακή και εργαζόμενη μνήμη, ενώ γενικά διατηρούνται οι άλλες νοητικές και λειτουργικές ικανότητες ή προσβάλλονται πολύ ήπια.

Στην εγκαταστημένη άνοια τύπου Alzheimer είναι διαταραγμένα όλα τα μνημονικά συστήματα, με επίκεντρο των διαταραχών την επεισοδιακή μνήμη, η οποία αφορά στην αποθήκευση πληροφοριών και γεγονότων που συνέβησαν. Ένα άλλο βασικό χαρακτηριστικό η ταχεία λήθη η οποία αποτελεί και ένα πρώιμο σημείο εκδήλωσης της νόσου η οποία σχετίζεται με την δυσκολία εγγραφής και ανακλήσεις πληροφοριών που αποκτήθηκαν πρόσφατα. Αντίθετα, η παλαιά – προγενέστερη μνήμη διατηρείται αρχικά και διαταράσσεται σταδιακά κατά την πορεία της νόσου. Το φαινόμενο αυτό πιθανόν να σημαίνει διαταραχή της μνήμης δεν οφείλεται μόνο στην ανάκληση αλλά κυρίως στην αποθήκευση των πληροφοριών ή στην καθήλωση τους.

Σε πρώιμα στάδια της νόσου ο πάσχων:

- Χάνει τα πράγματα του, τα προσωπικά του αντικείμενα, τα οποία δεν θυμάται που τα έβαλε
- Ξεχνάει τα ραντεβού του
- Επαναλαμβάνει συχνά τηλεφωνήματα στους οικείους του μερικές φορές σε πολύ σύντομο χρονικό διάστημα, ρωτώντας συνεχώς τα ίδια πράγματα
- Γράφει καταλόγους για πράγματα που πρέπει να κάνει ή να αγοράσει

Σε μεταγενέστερα στάδια:

- Ξεχνά πρόσωπα, αρχικά επωνύμων (ηθοποιών, πολιτικών) και γνωστών του, αργότερα και των οικείων του
- Είναι ανίκανος να χρησιμοποιήσει τους καταλόγους
- Ξεχνά πρόσφατα γεγονότα
- Αδυνατεί να τηρήσει οποιοδήποτε ραντεβού

Τέλος, στα τελικά στάδια:

- Ζει στο παρελθόν
- Συγγεί τα πρόσωπα της οικογένειας του

Η διαταραχές του λόγου στη άνοια τύπου Alzheimer σχετίζονται, εκτός από την πιθανή εκφύλιση και απώλεια νευρώνων σε αντίστοιχες περιοχές του εγκεφάλου, και με την διαταραχή της σημασιολογικής μνήμης, η οποία αποτελεί το υπόστρωμα των γνώσεων του ατόμου έτσι λοιπόν, στα πρώιμα συμπτώματα της νόσου περιλαμβάνονται:

- Περιστασιακή δυσκολία εξεύρεσης λέξεων. Αποτέλεσμα αυτής της δυσκολίας είναι η χρήση από των πάσχοντα περιφράσεων στον προφορικό του λόγο
- Όχι τόσο καλή άρθρωση
- Ελαττωμένη ευφράδεια. Η ικανότητα για συζήτηση περιορίζεται, οδηγώντας μερικές φορές των πάσχοντα σε προοδευτική και κοινωνική απόσυρση

Σε μεταγενέστερα στάδια παρατηρούνται:

- Δυσκολία εξεύρεσης λέξεων σε συνήθεις συζητήσεις
- Αυξανόμενη τάση για επαναλήψεις. Ο λόγος αρχίζει και χάνει τον ειρμό του, και περιορίζεται το περιεχόμενο του, γίνεται προοδευτικά ανόητος
- Δυσκολία στην παρακολούθηση συζητήσεων
- Έντονες παρανοήσεις κατά τα τη διάρκεια συζητήσεων.

Τέλος, στα όψιμα σημεία, στα τελικά στάδια της νόσου, περιλαμβάνονται:

- Ασυνέχεια λόγου, λόγος χωρίς κανένα ειρμό
- Πλήρης απώλεια ικανότητας κατανοητού λόγου. Το λεξιλόγιο περιορίζεται σε ελάχιστες λέξεις, οι οποίες δεν είναι πάντα κατανοητές, έως ότου ο λόγος χάνεται πλήρως

Πρέπει να σημειωθεί ότι στα αρχικά στάδια της νόσου γενικά δεν παρατηρούνται ή σημειώνονται πολύ ήπιες διαταραχές, που αφορούν στις φωνολογικές – συντακτικές ικανότητες της γλώσσας όπως το διάβασμα, το γράψιμο και η ομιλία.

Διαταραχές συγκέντρωσης και της προσοχής μπορεί να παρατηρηθούν σε πολύ πρώιμα, ακόμα και στο κλινικό στάδιο της νόσου. Αντίθετα, η διαταραχές προσανατολισμού στον χώρο και στον χρόνο είναι ήπιες στα αρχικά στάδια της νόσου και επιτείνονται προοδευτικά όσο αυτή εξελίσσεται. Έτσι, στην ήπια μορφή της νόσου ο πάσχον μπορεί να κάνει λάθος στον προσδιορισμό της μέρας, του μήνα ή του έτους, ενώ είναι σε θέση να θυμηθεί τη διεύθυνση του ή σημαντικά γεγονότα, όπως μεγάλες γιορτές του έτους. Στη μέτριας βαρύτητας μορφής της νόσου υπάρχει δυσκολία στον να θυμηθεί τη διεύθυνση της κατοικίας του και ακόμα δυσκολεύεται στο να βρει τον προσανατολισμό του και να επιστρέψει σε αυτήν αν βρεθεί σε απομακρυσμένη μη οικεία περιοχή.

Λειτουργικές διαταραχές

Η έκπτωση της λειτουργικότητας στις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής είναι μια βασική κατηγορία συμπτωμάτων στην άνοια τύπου Alzheimer, τόσο, όσο να συμπεριληφθεί στα κριτήρια για την διάγνωση της νόσου. Η προοδευτική έκπτωση των λειτουργικών ικανοτήτων οδηγεί σε προοδευτική απώλεια της ανεξαρτησίας του πάσχοντος, γεγονός που έχει αντίκτυπο στους περιθάλποντες αλλά και στο κοινωνικό σύνολο γενικότερα. Η έκπτωση των λειτουργικών ικανοτήτων φαίνεται ότι δεν συνδέεται άμεσα με την γνωστική έκπτωση και έχει παρατηρηθεί ότι όταν μια ικανότητα χαθεί δύσκολα επανακτάται.

Διακρίνονται δυο κατηγορίες λειτουργικών διαταραχών: αυτές που σχετίζονται με τις σύνθετες δραστηριότητες της καθημερινής ζωής και αυτές που έχουν σχέση με την αυτοεξυπηρέτηση του ατόμου. Η πρώτη είναι που προσβάλλονται πρώιμα ενώ οι δεύτερες προσβάλλονται στα βαθύτερα στάδια. Στις σύνθετες δραστηριότητες ανήκουν:

- Η απόδοση στην εργασία, η οποία είναι πολλές φορές η πρώτη διαταραχή που παρουσιάζεται
- Η ικανότητα να διαχειρίζεται τα οικονομικά του
- Η ικανότητα του να διαχειρίζεται την αλληλογραφία του
- Η ικανότητα να χρησιμοποιεί το αυτοκίνητο του ή μέσα μαζική μεταφοράς
- Η ικανότητα να προετοιμάζει γεύματα
- Η διατήρηση των προσφιλών του ασχολιών
- Η χρήση του τηλεφώνου
- Η λήψη της φαρμακευτικής του αγωγής χωρίς υπενθύμισης
- Η ικανότητα ένδυσης
- Η ικανότητα να επιμελείται την τουαλέτα του και την καθαριότητα του
- Η ικανότητα να τρώει χωρίς βοήθεια
- Η ακράτεια

Οι λειτουργικές ικανότητες του πάσχοντος από άνοια τύπου Alzheimer περιορίζονται προοδευτικά με την εξέλιξη της νόσου.

Έτσι, στα ήπια στάδια της νόσου η συνήθεις λειτουργικές διαταραχές είναι:

- Λιγότερο προσεγμένη αμφίεση
- Αποφυγή σύνθετων δραστηριοτήτων στο σπίτι (π.χ. μια νοικοκυρά αποφεύγει να παρασκευάζει σύνθετα φαγητά και περιορίζεται σε απλούστερες συνταγές)
- Μειωμένη απόδοση στην ατομική υγιεινή και καθαριότητα
- Δυσκολία σε σύνθετους οικονομικούς χειρισμούς
- Μειωμένη ικανότητα οδήγησης
- Κοινωνική απόσυρση
- Μειωμένος χρόνος που αφιερώνεται σε αγαπημένες ασχολίες
- Δυσκολία στον προσανατολισμό σε μη γνωστό περιβάλλον
- Ο πάσχον μπορεί να ζει ακόμα ανεξάρτητα, είναι όμως εμφανείς οι δυσκολίες που αντιμετωπίζει στην καθημερινή του ζωή

Στα μέτριας βαρύτητας στάδια της νόσου:

- Είναι απαραίτητη η βοήθεια από τον περιθάλποντα
- Έχει ανάγκη καθοδήγησης ή βοήθειας κατά την ένδυση και την καθαριότητα
- Υπάρχει εμφανής αδυναμία για τις εργασίες στο σπίτι
- Δυσκολεύεται με κάθε είδους οικονομικούς χειρισμούς (π.χ. με την διαχείριση των χρημάτων όταν ψωνίζει)
- Πανικός όταν ο περιθάλπων δεν είναι κοντά
- Ανικανότητα να κυκλοφορήσει εκτός της οικείας μόνος του

Στα βαρύτερα στάδια της νόσου:

- Εξαρτάται αποκλειστικά από τον περιθάλποντα
- Αδυνατεί να φροντίσει για την καθαριότητα του και να ντυθεί μόνος του
- Αδυναμία να χειρισθεί το μαχαίρι και το πιρούνι
- Υψηλή πιθανότητα αυτοτραυματισμού
- Ελάχιστο ενδιαφέρον για τους άλλους
- Ανικανότητα χρησιμοποίησης του τηλεφώνου
- Ενοχλείται πολύ σε αλλαγές της καθημερινότητας του
- Υπάρχει σχεδόν ολική εξάρτηση

Η απώλεια των λειτουργικών ικανοτήτων έχει και άλλες επιπτώσεις, τόσο στους πάσχοντες όσο και στους περιθάλποντες. Στους πάσχοντες η απώλεια αυτή μπορεί να προκαλέσει σύγχυση, εκνευρισμό, κατάθλιψη και να οδηγήσει στην ανάγκη ιδρυματοποίησης τους. Οι περιθάλποντες διαπιστώνοντας ότι ο ελεύθερος χρόνος τους περιορίζεται προοδευτικά στο ελάχιστο και παρακολουθώντας ανήμποροι να βοηθήσουν την έκπτωση αγαπημένων τους ανθρώπων μπορεί να αναπτύξουν αισθήματα ενοχής και οργής, με αποτέλεσμα την κοινωνική τους απομόνωση ή την ανάπτυξη ψυχικών διαταραχών.

Εδώ, αξίζει να αναφερθεί ένα φαινόμενο που παρατηρείται συχνά άνοια τύπου Alzheimer και είναι αυτό της μη συνειδητοποίησης από τον πάσχοντα της νοητικής και λειτουργικής του έκπτωσης. Το φαινόμενο αυτό μπορεί να προκαλέσει σημαντικά πρακτικά προβλήματα, όπως η συμμετοχή του πάσχοντα σε θεραπεία ή προσαρμογή – τροποποίηση της καθημερινής του ζωής για λόγους ασφαλείας. Τυπικά, η μη συνειδητοποίηση χειροτερεύει με την πρόοδο της νόσου. Για τον πάσχοντα που δεν συνειδητοποιεί την κατάσταση του, η λογική και η επιχειρηματολογία είναι άχρηστες και μπορεί ορισμένες αποφάσεις να πρέπει να του επιβληθούν εξωτερικά, για την δική του ασφάλεια.

Κινητικές και αισθητικές διαταραχές

Κινητικές και αισθητικές διαταραχές δεν αναφέρονται στην ήπια ή μέτριας βαρύτητας μορφή της άνοιας τύπου Alzheimer. Το σωματοαισθητικό σύστημα τυπικά δεν επηρεάζεται, όμως η ανταπόκριση σε ταυτόχρονα ερεθίσματα μπορεί να είναι διαταραγμένη, πιθανώς ως αποτέλεσμα της διαταραχής της προσοχής. Σε πιο προχωρημένα στάδια, όμως, (στάδια 6 – 7 στην GDS) αδυνατεί να σταθεί όρθιος και ακόμα να διατηρήσει την ισορροπία του καθιστός χωρίς να πέσει, αν δεν στηρίζει τα χέρια του στα μπράτσα της πολυθρόνας. Επιπλέον, αδυνατεί να κρατήσει το κεφάλι του ψηλά. Ένα άλλο χαρακτηριστικό που παρουσιάζεται σ' αυτό το στάδιο είναι η υπέρταση των άκρων και οι αγκυλώσεις των μεγάλων αρθρώσεων, με αποτέλεσμα τα άκρα να βρίσκονται σχεδόν μόνιμη σε κάμψη. Περίπου το 40% των ασθενών σε αυτό το στάδιο παρουσιάζουν αυτή τη συμπτωματολογία τέλος, σημειώνεται στα τελικά στάδια της νόσου η ανάδυση παθολογικών αντανάκλαστικών, όπως είναι τα αντανάκλαστικό σύλληψης, το αντανάκλαστικό του θηλασμού και το σημείο Babinski. Συνέπεια της πολύ μεγαλύτερης φυσικής δύναμης των ασθενών με άνοια τύπου Alzheimer σε σύγκριση με τα βρέφη τα αντανάκλαστικά αυτά μπορεί να

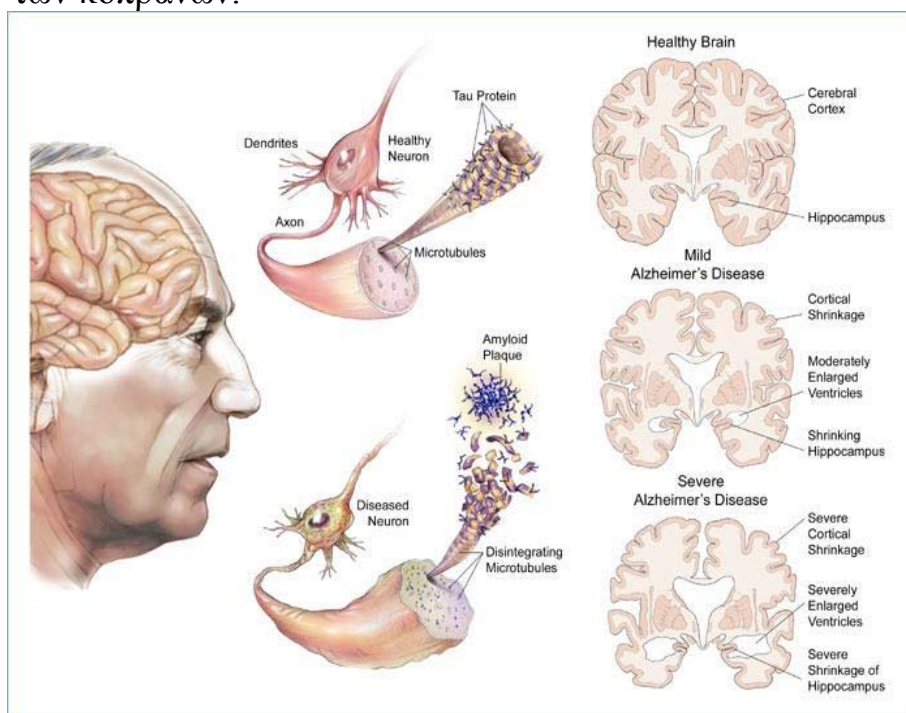
είναι πολύ ισχυρά και μπορεί να έχουν τόσο θετικό όσο και αρνητικό αποτέλεσμα στην φροντίδα που παρέχεται στους πάσχοντες.

Η εξωπυραμιδική σημειολογία είναι συχνή στην άνοια τύπου Alzheimer και γίνεται πιο έντονη με την πρόοδο της νόσου. Τα πιο συχνά συμπτώματα είναι η βραδυκίνηση και η υπέρτονια, ενώ ο τρόμος είναι σπάνιος. Η εξωπυραμιδική σημειολογία στην άνοια τύπου Alzheimer έχει 2 σημαντικές επιπτώσεις: 1. Οι ασθενείς παρουσιάζουν τουλάχιστον ένα εξωπυραμιδικό σύμπτωμα κατά την πρώτη εξέταση φαίνεται ότι παρουσιάζουν ταχύτερη επιδείνωση νοητικά και λειτουργικά και 2. Ιδρυματοποιούνται γρηγορότερα και έχουν μικρότερο προσδόκιμο επιβίωσης.

Τα τελευταία χρόνια έχουν γίνει σημαντικές πρόοδοι στην κατανόηση της παθοφυσιολογίας των εξωπυραμιδικών συμπτωμάτων. Παρόλα αυτά ο ακριβής παθοφυσιολογικός μηχανισμός παραμένει άγνωστος. Ένα από τα πιο ενδιαφέροντα χαρακτηριστικά είναι ότι μερικοί από τους προσληφθέντες πάσχοντες δεν έχουν απώλεια νευρώνων ή σωμάτια Lewy στα βασικά γάγγλια. Δυο είναι η θεωρίες που επικρατούν: είτε ότι επηρεάζεται ο υπογλοιώδες ντοπάμινεργικό σύστημα είτε ο ασθενής με εξωπυραμιδική σημειολογία έχουν περισσότερες νευροϊνδιακές εκφυλίσεις, στα βασικά γάγγλια.

Τέλος, πρέπει να αναφερθεί η παρουσία εξωπυραμιδικής σημειολογίας φαρμακευτικής αιτιολογίας, μετά από χορήγηση νευροληπτικών για την αντιμετώπιση των BPSD.

Στα τελικά στάδια της νόσου παρατηρούνται και ορθοκυστικές διαταραχές, με την ακράτεια και τις απώλειες ούρων να προηγούνται αυτών των κοπράνων.



ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΑΝΟΙΑΣ ΤΥΠΟΥ ALZHEIMER



Η έναρξη της άνοιας τύπου Alzheimer είναι σταδιακή και συνεπάγεται συνεχή γνωστική έκπτωση. Εξαιτίας της δυσκολίας να βρεθούν άμεσα παθογνωμονικά στοιχεία για την ύπαρξη άνοιας τύπου Alzheimer, η διάγνωση της μπορεί να τεθεί μόνο όταν οι άλλοι αιτιολογικοί παράγοντες για την άνοια έχουν αποκλειστεί. Ειδικότερα, τα γνωστικά ελλείμματα δεν θα πρέπει να οφείλονται σ' άλλες καταστάσεις του κεντρικού νευρικού συστήματος οι οποίες προκαλούν προοδευτική έκπτωση στην μνήμη και στη γνωστική λειτουργία (π.χ. αγγειακή εγκεφαλική νόσο, νόσο του Parkinson, νόσο του Huntington), σε συστηματικές καταστάσεις που είναι γνωστό ότι προκαλούν άνοια (π.χ. υποθυροειδισμός, έλλειψη βιταμίνης B12, λοίμωξη από τον ιό του HIV), ή στις επίμονες επιπτώσεις χρήσης μιας ουσίας (π.χ. αλκοόλ). Σε περίπτωση που υπάρχει ένας επιπρόσθετος αιτιολογικός παράγοντας (π.χ. ΚΕΚ η οποία επιπλέκει την άνοιας τύπου Alzheimer), θα πρέπει να αναγράφονται και οι 2 τύποι της άνοιας. Δεν θα πρέπει να τίθεται η διάγνωση άνοιας τύπου Alzheimer αν τα συμπτώματα λαμβάνουν χώρα κατά την διάρκεια παραληρήματος. Εντούτοις, το παραλήρημα μπορεί να επιπροστίθεται σε μια προϋπάρχουσα άνοια τύπου Alzheimer και, σ' αυτήν την περίπτωση, θα πρέπει να επισημαίνεται ο υπότυπος με την παρουσία παραληρήματος. Τέλος, τα νοητικά ελλείμματα δεν θα πρέπει να αποδίδονται σε μια άλλη διαταραχή του άξονα I (μείζον καταθλιπτική διαταραχή ή σχιζοφρένεια).

Υπότυποι

Ηλικία έναρξης της άνοιας τύπου Alzheimer επισημαίνεται με την χρήση ενός από τους ακόλουθους υπότυπους:

Με πρόωμη έναρξη. Αυτός ο υπότυπος χρησιμοποιείται εάν η έναρξη γίνεται πριν από την ηλικία των 65 ετών.

Με όψιμη έναρξη. Αυτός ο υπότυπος χρησιμοποιείται εάν η έναρξη γίνεται μετά την ηλικία των 65 ετών.

Η παρουσία ή η απουσία μιας κλινικά σημαντικής συμπεριφορικής διαταραχής επισημαίνεται με την χρήση ενός από τους ακόλουθους υποτύπους:

Χωρίς διαταραχές της συμπεριφοράς. Αυτός ο υπότυπος χρησιμοποιείται εάν η νοητική διαταραχή δεν συνοδεύεται από καμία κλινικά σημαντική διαταραχή συμπεριφοράς.

Με διαταραχές της συμπεριφοράς. Αυτός ο υπότυπος χρησιμοποιείται εάν η νοητική διαταραχή συνοδεύεται από κλινικά σημαντική διαταραχή συμπεριφοράς.

Σχετιζόμενα γνωρίσματα και διαταραχές

Σχετιζόμενα περιγραφικά γνωρίσματα και ψυχικές διαταραχές. Ο επιπολασμός της άνοιας τύπου Alzheimer αυξάνεται σε ασθενείς με σύνδρομο Down, καθώς κ σε εκείνους με ιστορικό ΚΕΚ. Η παθολογικές αλλαγές, οι οποίες είναι χαρακτηριστικές, εμφανίζονται και στον εγκέφαλο των ατόμων με σύνδρομο Down, γύρο στην ηλικία των 40 ετών, παρόλο που η κλινική εκδήλωση της άνοιας θα ακολουθήσει αργότερα.

Σχετιζόμενα εργαστηριακά ευρήματα. Δεν υπάρχει διαθέσιμος κάποιος ευρέως διαδεδομένος, ευαίσθητος και ειδικός βιολογικός δείκτης της άνοιας τύπου Alzheimer. Στην πλειοψηφία των περιπτώσεων, η εγκεφαλική ατροφία είναι παρούσα στην άνοιας τύπου Alzheimer, με διεύρυνση των εγκεφαλικών αυλακών κ διεύρυνση του κοιλιακού συστήματος σε μεγαλύτερο βαθμό από ότι θα αναμενόταν δεδομένων των φυσιολογικών αλλαγών του γήρατος. Τα ευρήματα αυτά αποκαλύπτονται στην αξονική τομογραφία και την μαγνητική τομογραφία. Συχνά, η μικροσκοπική εξέταση αποκαλύπτει ιστοπαθολογικές αλλαγές, συμπεριλαμβανομένων των γεροντικών ή νευριτιδικών πλακών (senile plaques), των νευροϊνιδίων αλλοιώσεων (neurofibrillary tangles), της κοκκιοκυτταρικής εκφύλισης των αγγείων (granulovascular degeneration), της απώλειας νευρώνων (neuronal loss), της αστροκυτταρικής γλοίωσης (astrocytic gliosis) και της αμυλοειδούς

αγγειοπάθειας (amyloid angiopathy). Τα σώματα του Lewy, ορισμένες φορές, συναντιούνται στους φλοιικούς νευρώνες.

Σχετιζόμενα ευρήματα από την φυσική εξέταση και γενικές παθολογικές καταστάσεις. Κατά το πρώτο έτος της νόσου, ελάχιστα σημεία από την εξέταση του κινητικού και αισθητικού μηχανισμού σχετίζονται με την άνοια τύπου Alzheimer αργότερα, κατά την πορεία της νόσου, μπορεί να εμφανιστεί μυϊκός πόνος και διαταραχές της στάσης. Επιληπτικές κρίσεις συμβαίνουν σε ποσοστό περίπου 10% των ασθενών με άνοια τύπου Alzheimer.

Ειδικά γνωρίσματα πολιτισμικού περιβάλλοντος, ηλικίας και φύλου.

Η όψιμη έναρξη (μετά την ηλικία των 65 ετών) είναι πολύ πιο συχνή από την πρόιμη. Ελάχιστες περιπτώσεις αναπτύσσονται πριν από την ηλικία των 50 ετών. Η νόσος είναι ελαφρώς πιο συνηθισμένη στις γυναίκες από ότι στους άνδρες

Επιπολασμός

Η συχνότητα της άνοιας τύπου Alzheimer αυξάνεται σημαντικά καθώς αυξάνει η ηλικία, ξεκινώντας από 0,6 % στους άνδρες και 0,8 % στις γυναίκες στην ηλικία των 65 ετών (για όλα τα επίπεδα βαρύτητας) μέχρι 11 % στους άνδρες και 14 % στις γυναίκες στην ηλικία των 85 ετών. Στην ηλικία των 90 ετών η συχνότητα αυξάνεται σε 21 % στους άνδρες και 25 % στις γυναίκες και στην ηλικία των 65 ετών σε 36 % στους άνδρες και 41 % στις γυναίκες. Οι περιπτώσεις μέτριας και σημαντικής βαρύτητας καλύπτουν το 40 – 60 % των ποσοστών αυτών του επιπολασμού.

Πορεία

Η πορεία της άνοιας τύπου Alzheimer τείνει να είναι αργά προοδευτική, με μια απώλεια 3 μέχρι 4 μονάδων κάθε χρόνο στην εξέταση MMSE. Πολλοί συνδυασμοί ελλειμμάτων έχουν παρατηρηθεί. Ένας συνηθισμένος τύπος είναι εκείνος με κακοήθη έναρξη και με πρώιμα ελλείμματα στην πρόσφατη μνήμη, που ακολουθούνται από την ανάπτυξη αφασίας, απραξίας και αγνωσίας, μετά από αρκετά χρόνια. Πολλοί ασθενείς εμφανίζουν μεταβολές στην προσωπικότητα, αυξημένη ευερεθιστικότητα και άλλα σημεία και συμπτώματα από τη συμπεριφορά τους που αρχίζουν από τα πρώιμα στάδια και γίνονται περισσότερο έντονα στα μεσαία στάδια της ασθένειας. Στα όψιμα στάδια της νόσου, οι ασθενείς μπορεί να αναπτύξουν διαταραχές της στάσης και της κίνησης και τελικά να γίνουν βωβή και μόνιμα κλινήρη. Η μέση διάρκεια της νόσου, από την εμφάνιση των συμπτωμάτων μέχρι τον θάνατο είναι 8 – 10 χρόνια.

Οικογενειακοί τύποι

Συγκριτικά με τον γενικό πληθυσμό, βιολογικά συγγενείς των ατόμων με άνοια τύπου Alzheimer σε πρώιμη έναρξη, είναι περισσότερο πιθανό να αναπτύξουν την διαταραχή. Οι περιπτώσεις όψιμης έναρξης μπορεί επίσης να έχουν ένα ποσοστό κληρονομικής συμμετοχής. Η άνοια τύπου Alzheimer σε ορισμένες οικογένειες φάνηκε να κληρονομείται ως μια αυτοσωματική κυρίαρχη διαταραχή, σχετιζόμενη με διάφορα χρωμοσώματα, όπως το χρωμόσωμα 1, 14 και 21. Εντούτοις, η αναλογία των περιπτώσεων που σχετίζονται με τις συγκεκριμένες κληρονομούμενες ανωμαλίες δεν είναι γνωστός. Οι ασθενείς που φέρουν ένα ή δυο γονίδια για την κωδικοποίηση της απολιποπρωτεΐνης E-4 (APOE4) στο χρωμόσωμα 19, φέρουν ένα υψηλότερο κίνδυνο για άνοια τύπου Alzheimer με όψιμη έναρξη, παρόλο που το γονίδιο από μόνο του δεν αποτελεί αιτία της νόσου.

Διαγνωστικά κριτήρια για την άνοιας τύπου Alzheimer

A. Η ανάπτυξη πολλαπλών νοητικών ελλειμμάτων, που εκδηλώνεται και με τα δυο:

- Έκπτωση της μνήμης (έκπτωση στην ικανότητα να μαθαίνει καινούργιες πληροφορίες ή να ανακαλεί στην μνήμη προηγούμενες πληροφορίες που έμαθε)
- Μια ή περισσότερες από τις παρακάτω νοητικές διαταραχές:
 - 1) Αφασία (διαταραχή του λόγου)
 - 2) Απραξία (έκπτωση στην ικανότητα να διεκπεραιώνει κινητικές δραστηριότητες παρά την άθικτη κινητική λειτουργία)
 - 3) Αγνωσία (αδυναμία να αναγνωρίζει ή να προσδιορίζει αντικείμενα παρά την άθικτη αισθητηριακή λειτουργία)
 - 4) Διαταραχή στην εκτελεστική λειτουργία (δηλαδή να κάνει σχέδια, να οργανώνει, να βάζει σε σειρά, να λειτουργεί αφαιρετικά)

B. Το καθένα από τα νοητικά στα κριτήρια του A προκαλεί σημαντική έκπτωση στην κοινωνική ή επαγγελματική λειτουργικότητα και αντιπροσωπεύει σημαντική μείωση από προηγούμενο επίπεδο λειτουργικότητας.

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

Δ. Τα νοητικά ελλείμματα στα κριτήρια Α δεν οφείλονται σε κάποιο από τα παρακάτω:

- 1) Άλλες καταστάσεις του κεντρικού νευρικού συστήματος που προκαλούν προοδευτικά ελλείμματα στην μνήμη και στις γνωστικές λειτουργίες (π.χ. αγγειακή νόσος του εγκεφάλου ΝΠ, νόσος του Huntington, υποσκληρίδιο αιμάτωμα, υδροκέφαλος φυσιολογικής πίεσης, όγκος του εγκεφάλου)
- 2) Συστηματικές καταστάσεις που είναι γνωστό ότι προκαλούν άνοια (π.χ. υποθυρεοειδισμός, ανεπάρκεια Β12 ή φολικού οξέος, ανεπάρκεια νιασίνης, υπερασβετηαιμία, νευροσύφιλη, λοίμωξη από ιό HIV)
- 3) Καταστάσεις προκαλούμενες από ουσίες

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

Χωρίς διαταραχές της συμπεριφοράς. Εάν η γνωστική διαταραχή δεν συνοδεύεται από καμία κλινικά σημαντική διαταραχή συμπεριφοράς.

Με διαταραχές της συμπεριφοράς. Εάν η γνωστική διαταραχή συνοδεύεται από κλινικά σημαντική διαταραχή συμπεριφοράς (περιπλάνηση, διέγερση).

Υπότυποι

Με πρόωμη έναρξη. Εάν η έναρξη γίνεται πριν από την ηλικία των 65 ετών.

Με όψιμη έναρξη. Η έναρξη γίνεται μετά την ηλικία των 65 ετών.

ΦΥΣΙΚΟΙ – ΜΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΙ ΤΡΟΠΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ ΤΥΠΟΥ ALZHEIMER



Ταυτόχρονα με την φαρμακευτική αγωγή που δέχεται ο ασθενής από την ιατρική ομάδα υπάρχουν και άλλες μορφές θεραπείας που βοηθάνε στην διατήρηση των ικανοτήτων και την επιβράδυνση της πορείας της νόσου. Μερικές από τις φυσικές μορφές θεραπείας σε έναν ασθενή με άνοια τύπου Alzheimer είναι:

- Ψυχοθεραπεία
- Μέθοδος Reminiscence (Αναμνήσεις)
- Λογοθεραπευτική παρέμβαση
- Εργοθεραπευτική παρέμβαση
- Μουσικοθεραπεία
- Φυσικοθεραπεία

ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΤΗΣ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ



Η φυσικοθεραπευτική παρέμβαση στους ασθενείς με τη νόσο Alzheimer κρίνεται ολοένα και περισσότερο αναγκαία, όχι βέβαια γιατί συμβάλλει στην αναχαίτιση της πορείας της νόσου αλλά επειδή στοχεύει στη διατήρηση της ανεξαρτησίας του ασθενή για όσο το δυνατό μεγαλύτερο χρονικό διάστημα και στη βελτίωση της ποιότητας της ζωής του.

Σε κάθε περίπτωση, προκαταρκτικά της προσέγγισης επιβάλλεται λεπτομερής αξιολόγηση προκειμένου να καθορισθούν οι στόχοι και η στρατηγική της φυσικοθεραπευτικής παρέμβασης.

Τα πολλαπλά προβλήματα των ηλικιωμένων επηρεάζουν και τις κινητικές τους λειτουργίες καθώς και τις καθημερινές τους δραστηριότητες. Ωστόσο, αν εντοπισθούν με την αξιολόγηση συνήθως αντιμετωπίζονται ικανοποιητικά.

Κατά την αξιολόγηση εντοπίζονται τα υποκειμενικά και τα αντικειμενικά δεδομένα του ασθενή.

Υποκειμενική πληροφόρηση

Μπορεί ν' αποδειχθεί το πιο σημαντικό μέρος της αξιολόγησης. Με την πρώτη επίσκεψη ο φυσικοθεραπευτής επιχειρεί τη συγκέντρωση υποκειμενικών πληροφοριών από σχόλια, παρατηρήσεις και πληροφορίες από το στενό του περιβάλλον. Παράλληλα θα πρέπει ο θεραπευτής ν' αποφασίσει πόσο χρόνο θα πρέπει να διαθέσει για την αξιολόγηση ανάλογα με τις δυνατότητες του ασθενή.

Η υποκειμενική πληροφόρηση περιλαμβάνει:

- Τον προσανατολισμό του ασθενή
- Το νοητικό επίπεδο
- Την ύπαρξη πόνου και τα χαρακτηριστικά του
- Την ύπαρξη της δύσπνοιας
- Τις δυνατότητες επικοινωνίας
- Τις σχέσεις με το οικογενειακό περιβάλλον

Συγχρόνως με την συγκέντρωση των παραπάνω στοιχείων ο φυσικοθεραπευτής να αξιολογεί πολλές από τις αισθητικές λειτουργίες του ασθενή.

Μετά την συγκέντρωση των υποκειμενικών δεδομένων ξεκινά η διαδικασία της συλλογής των αντικειμενικών δεδομένων με γνώμονα τη νοητική και φυσική κατάσταση του ασθενή. Εναπόκειται στο θεραπευτή ν' αποφασίσει εάν για τη συγκέντρωση των παραπάνω δεδομένων θα πρέπει να χρησιμοποιήσει επίσημα αναγνωρισμένους τύπους αξιολόγησης ή δικά του στοιχεία ή αν θα χρησιμοποιήσει το συνδυασμό και των δυο.

Αντικειμενικά δεδομένα

Η αξιολόγηση των αντικειμενικών δεδομένων περιλαμβάνει την εκτίμηση του μυοσκελετικού, νευρικού, καρδιαγγειακού και αναπνευστικού συστήματος.

Η παραπάνω εκτίμηση, αν και σημαντική, είναι χρονοβόρα και πολλές φορές όχι ιδιαίτερα πρακτική για τους ασθενείς με την νόσο Alzheimer. Σε όλες τις περιπτώσεις περιοριστικός παράγοντας θεωρείται η κατάσταση του ασθενή. Και πρέπει να στηρίζεται στο τι είναι φυσιολογικό και τι παθολογικό για τον ηλικιωμένο ασθενή. Ορισμένοι θεραπευτές απλουστεύουν τη διαδικασία και αρκούνται στην αξιολόγηση τριών λειτουργικών δραστηριοτήτων, την ένδυση, τη λήψη τροφή και την βάδιση εντοπίζοντας με τον τρόπο αυτό τις πραγματικές ανάγκες του ασθενή.

Κατά την αξιολόγηση του μυοσκελετικού συστήματος θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη οι αλλαγές που συντελούνται με το χρόνο και περιλαμβάνουν την ελάττωση της κινητικότητας, ισχύος, της αντοχής και της συνέργειας των μυών.

Η αξιολόγηση της μυϊκής ισχύος έχει ιδιαίτερη σημασία. Η ατροφία συνδέεται στενά με το πέρασμα της ηλικίας. Η μυϊκή ισχύς φέρεται ως μέγιστη στην ηλικία των 20 με 30 ετών, μετά την οποία παρατηρείται ελάττωση η οποία όμως δεν επιφέρει μεταβολές στη λειτουργία μέχρι την ηλικία των 75 ετών περίπου.

Το εύρος της κίνησης των αρθρώσεων όπως και η ελαστικότητα των μαλακών ιστών επίσης μειώνεται όχι μόνο εξαιτίας του

προχωρημένου της ηλικίας αλλά και της εμφάνισης παθολογικών καταστάσεων.

Συνήθεις μεταβολές στη στάση του σώματος περιλαμβάνουν:

- Προβολή της κεφαλής
- Κυφωτική στάση στον κορμό
- Βραχύνσεις στα ισχία και στα γόνατα

Πιθανά παθολογικά αίτια είναι:

- Οι αρθρίτιδες
- Η σκληροδερμία
- Η νόσος Parkinson
- Η οστεοπόρωση

Σημαντικό μέρος της φυσικοθεραπευτικής αξιολόγησης είναι η εκτίμηση της ισορροπίας και της βάδισης οι οποίες εξαρτώνται κατά κύριο λόγο από την αντοχή και την συνέργια.

Τα προβλήματα της ισορροπίας των ηλικιωμένων είναι πολύ σοβαρά και αποτελούν συχνή αιτία πτώσεων που οδηγούν συχνά στο θάνατο.

Κλίμακες

Όσον αφορά την νευροψυχολογική εκτίμηση, ο στόχος του κλινικού, όσο και του ερευνητικού έργου είναι η χρήση διαθέσιμων εργαλείων τα οποία είναι ειδικά κατασκευασμένα για να απαντούν συγκεκριμένα ερωτήματα. Τα εργαλεία αυτά πρέπει να είναι έγκυρα, αξιόπιστα, ευαίσθητα, να καλύπτουν ένα μεγάλο εύρος των επιπέδων επίδρασης, να είναι σταθμισμένα και να εκτιμούν τα διαφορετικά είδη των γνωστικών ικανοτήτων που επηρεάζονται, ανάλογα με την γνωστική διαταραχή. Θα πρέπει επίσης να μπορούν να δοθούν σ' ένα συγκεκριμένο και σχετικά σύντομο χρόνο.

Η νευροψυχολογική εκτίμηση λοιπόν περιλαμβάνει τα εξής εργαλεία:

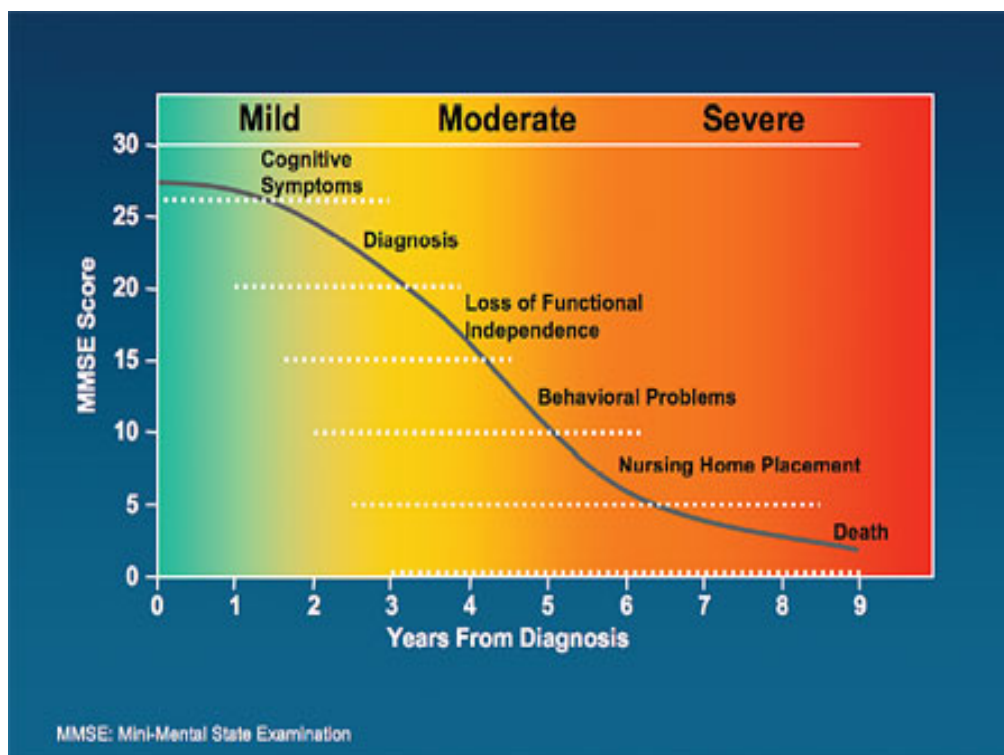
- Εργαλεία ανίχνευσης
- Κλίμακες εκτίμησης βαρύτητας
- Δοκιμασίες αξιολόγησης ειδικών γνωστικών περιοχών
- Δοκιμασίες εκτίμησης λειτουργικότητας
- Κλίμακες ψυχιατρικών και συμπεριφορικών διαταραχών
- Δοκιμασίες για φαρμακολογικές μελέτες

Μια από τις κλίμακες εκτίμησης βαρύτητας της νόσου είναι η CDR (Clinical Dementia Rating).

Η CDR είναι μια κλίμακα πέντε βαθμών που χρησιμοποιείται για να χαρακτηρίσει έξη παιδεία γνωστικών και φυσικών δραστηριοτήτων εφαρμόσιμων στην νόσο του Alzheimer. Η κλίμακα αυτή παρέχει περιγραφικά κριτήρια που κατατάσσουν τους ασθενείς σε ορισμένες κατηγορίες σύμφωνα με τα αρχεία. Έτσι λοιπόν το 0 δηλώνει νορμάλ ασθενή, το 0,5 ασθενή με πολύ ήπια άνοια, το 1 ασθενή με ήπια άνοια, το 2 ασθενή με μέτρια – συνήθη άνοια και το 3 ασθενή με παγιωμένη άνοια.

Κατά την αρχική φάση ανίχνευσης της ανοϊκής διαταραχής χρησιμοποιούνται διαγνωστικά εργαλεία που έχουν σαν στόχο να εκτιμήσουν σ' ένα γενικό επίπεδο της γνωστικές ικανότητες και να ανεβρεθεί η πιθανή αδυναμία ή δυσλειτουργία σε κάποιες από αυτές. Περιλαμβάνουν δοκιμασίες που έχουν αναπτυχθεί για αυτόν ακριβώς τον σκοπό. Μια από αυτές τις δοκιμασίες είναι η παρακάτω:

MMSE (Mini Mental State Examination)



Είναι μια από τις βασικότερες και πλέον γνωστές και διαδιδόμενες κλίμακες. Η δοκιμασία αυτή είναι μια σύντομη εξέταση της διανοητικής κατάστασης του ατόμου και διαρκεί περίπου 10 λεπτά. Κατασκευάστηκε από τον Folstein και συν. 1975 προκειμένου να εκτίμηση το βαθμό της γνωστικής διαταραχής και να διαπιστώσει τις αλλαγές στη γνωστική κατάσταση. Χρησιμοποιήθηκε στην μελέτη του National Institute of Mental Health Epidemiologic Catchment Area (ECA) και συστήνεται από τα κριτήρια NINCDC – ADRDA για την συμβολή του στη διαδικασία διάγνωσης της νόσου Alzheimer.

Η δοκιμασία διατίθεται σε πολλές γλώσσες. Παρότι έχει εκδοθεί σε πολλές μορφές (συντομευμένη, εκτεταμένη) και με διαφορετική στάθμιση η αρχική μορφή των 11 θεμάτων παραμένει η πιο δημοφιλής. Παρέχει μια συνοπτική αξιολόγηση της διανοητικής κατάστασης του ασθενούς και έχει αναγνωριστεί ευρέως σαν μια αρχική δοκιμασία για την πιθανή διάγνωση της άνοιας.

Αποτελείτε από 11 θέματα, τα οποία περιλαμβάνουν προσανατολισμό σε χώρο, χρόνο, άμεση και ύστερη ανάκληση, προσοχή, απλά γλωσσικά και οπτικογραφμικά θέματα.

Είναι ένα απλό τεστ και εύχρηστο, όχι μόνο για τον ψυχολόγο, νευρολόγο ή ψυχίατρο, αλλά και για τον γενικό γιατρό, ανεπαρκές όμως, όσον αφορά την ακριβή εκτίμηση των γνωστικών δυσλειτουργιών. Δεν μπορεί επίσης να εκτίμηση την μέτρια εγκεφαλική διαταραχή.

Το μειονέκτημα του είναι ότι δεν δίνει διαφορική διάγνωση και δεν μπορεί να εκτίμηση πρώιμα στάδια άνοιας.

Οι σημαντικότερες, αξιόπιστες και αναγνωρισμένες μέθοδοι εκτίμησης είναι:

- MMSE
- FRSSD
- CAMCOG
- HAMILTON
- FUCAS
- ADL TESTS
- GD5
- QOL

Καθημερινό προσωπικό: Πώς ερμηνεύεις την επιτυχία (S.U.C.C.E.S.S.)



Η επιτυχία δεν είναι ένα υπέροχο κατασκευασμένο προϊόν, ούτε το αποτέλεσμα που ικανοποιεί τις ανάγκες ή τις προδιαγραφές του φροντιστή. Αν το προσωπικό είναι η ουσία και η εμπειρία της κάθε ημέρας, τότε η επιτυχία κατορθώνεται με τη επαφή- δέσιμο. Η επιτυχία απαιτεί το καλύτερο εαυτό του ασθενή μέσα στη σχέση του με τους άλλους. Η σχέση των φροντιστών με τους ασθενείς ενεργοποιεί τα ακόλουθα στοιχεία της επιτυχίας:

S : Ευαισθησία (sensitivity)

- Να προσέχεις τα αισθήματα με εμπάθεια
- Να προσδιορίζεις και να διατηρείς την ατομικότητα
- Να υποστηρίζεις την ευεξία

U: Κατανόηση (Understanding)

- Να προσαρμόζεις και να χρησιμοποιείς τα στοιχεία της φροντίδας
- Να δένεις ικανότητες και δυνάμεις
- Να διακρίνεις την εμπειρία της άνοιας

C: Δημιουργικότητα (Creativity)

- Να προσαρμόζεις δραστηριότητες και καθημερινές εμπειρίες
- Να καταλαβαίνεις την απλοποίηση των στόχων
- Να χρησιμοποιείς την ευστροφία

C: Συνδεσιμότητα (Connectedness)

- Ενεργοποιώντας επικοινωνιακές ικανότητες : να σε καταλαβαίνουν και να καταλαβαίνεις

- Να ενσωματώνεις το βιβλίο της ζωής του ασθενή με το εδώ και το τώρα
- Να αναγνωρίζεις τις δυνάμεις και τα προβλήματα του ασθενή

E: Ενδυνάμωση (Enabling)

- Εφαρμόζεις την ικανοποίηση
- Ενεργοποιείς την αίσθηση της αυτοαξίας
- Διευκολύνεις την ενδυνάμωση

S: Ασφάλεια (Safety)

- Μειώνεις το ρίσκο

S: Ικανοποίηση (Satisfaction)

- Προσφέρεις μια αίσθηση αποδεκτής και αναγνωρισμένης συνεισφοράς
- Εστιάζεις στην ευχαρίστηση σε αυτό που κάνεις , βάζοντας τη διαδικασία πριν από το προϊόν
- Ενεργοποιείς την εκπλήρωση και την νοηματοδότηση

Στόχοι μιας δραστηριότητας

Τα αντικείμενα μιας δραστηριότητας στοχεύουν στο να προσφέρουν στον ασθενή ευκαιρίες να έχει μια καλή ποιότητα ζωής, μέσω της συμμετοχής σε μια δραστηριότητα με νόημα.

Οι στόχοι περιέχουν:

- Προσοχή στις ικανότητες, χωρίς περιορισμούς
- Μια σκόπιμη χρήση του χρόνου και μια αίσθηση του «ανήκειν»
- Μια ευκαιρία να υποστηρίξεις τις θετικές συμπεριφορές
- Ένα εργαλείο να μειώσεις ή να περιορίσεις τις αρνητικές ή ανεπιθύμητες συμπεριφορές
- Ένα μέσο για λεκτική ή μη λεκτική συμπεριφορά

Τα κριτήρια μια επιτυχημένης δραστηριότητας

- *Τροποποίηση.* Η δραστηριότητα μπορεί να απλοποιηθεί, να χωριστεί σε μικρότερους στόχους. Πρέπει να αφήνει λίγες ευκαιρίες για αποτυχία
- *Επανάληψη.* Η δραστηριότητα μπορεί να γίνει ρουτίνα, οικεία
- *Ασφάλεια.* Η δραστηριότητα δεν αποτελεί απειλή για τον ασθενή, το προσωπικό ή την οικογένεια
- *Προσαρμοστικότητα.* Συμμετοχή σε ατομικές συνεδρίες, μικρά ή μεγάλα γκρουπ, καθισμένος, όρθιος ή ξαπλωμένος' η δραστηριότητα μπορεί να είναι αυθόρμητη ή σχεδιασμένη
- *Αξιοπρέπεια.* Η προσέγγιση και η ανάμειξη εξασφαλίζουν τον αυτοσεβασμό του ασθενή και την αίσθηση της αυτοαξίας
- *Πολιτιστική.* Η δραστηριότητα είναι σχετική με τα συστήματα αξιών και πεποιθήσεων του ασθενή
- *Διασκέδαση.* Η δραστηριότητα εμπεριέχει ευχαρίστηση χρησιμοποιώντας παρελθόντα ενδιαφέροντα και ικανότητες.

Κινητικές Δραστηριότητες: Ενθαρρύνοντας τη φυσική συμμετοχή

Ασθενείς (κάτοικοι) με την άνοια είναι συχνά σε φυσιολογικά καλά αλλά χρειάζονται δραστηριότητες για να διατηρήσουν τις ικανότητες τους. Το να μείνουν ανενεργοί γρήγορα οδηγούνται στο να μειωθεί η λειτουργικότητά τους, η δύναμη τους και η ευεξία τους. Για παράδειγμα, ένας ενεργός ασθενής με Alzheimer, που παρέμεινε στο νοσοκομείο ή στο κρεβάτι του για πάνω από 3 μέρες είναι πιθανό να μειωθεί ή να καταστραφεί η ικανότητα του για περπάτημα.

Οι παρακάτω βασικές αναπτυξιακές αρχές που ενσωματώνονται στις φυσικές δραστηριότητες μπορούν να αυξήσουν το επίπεδο λειτουργικότητας του ασθενή:

1. Ξεκίνα με κατεύθυνση από το κεφάλι προς την ουρά, όπως έλεγχος κεφαλιού- λαιμού και παρακολούθηση κίνησης με τα μάτια, κινήσεις στόματος, κάμψη λαιμού και στροφή σώματος
2. Πήγαινε από το κέντρο ή τη μέση του σώματος του ασθενή στα πλευρά. Εστίασε στους μακρύς μύες της μέσης και του λαιμού, που στηρίζουν την σπονδυλική του στήλη και βοήθησε να διατηρήσει μια κάθετη στάση του σώματος. Για παράδειγμα, γυρίστε το κορμό από τη μια πλευρά στην άλλη, περάστε ένα αντικείμενο στο άτομο από πίσω του, σκύψτε μπρος ή πίσω και ανυψώστε τους ώμους και χαλαρώστε.
3. Χρησιμοποιήστε διμερής κοινής δραστηριότητα πριν την μονόπλευρη δραστηριότητα. Εξασκείστε και τα 2 χέρια μαζί ή και τα 2 πόδια και μετά ένα κάθε φορά. Χρησιμοποιήστε πλαστικούς κύβους ή άλλα αντικείμενα για να ενθαρρύνετε ταυτόχρονες κινήσεις.

Παραδείγματα κίνησης και φυσικών δραστηριοτήτων:

1. **Μπάλες, μπαλόνια, αντικείμενα ρίψης.** Μέσα σε κουτιά, καλάθια άπλυτων, κλωτσώντας, με μπουνιές ή χτυπώντας με μία ρακέτα. Έτσι προσφέρουμε ένα καλό τρόπο να εκτονώσουμε το άγχος και το θυμό



2. **Αλεξίπτωτο.** Χρησιμοποιήστε ένα σεντόνι δεμένο με μια μπαλόνια ή μικρές μπαλόνια στο κέντρο. Ο ασθενής κάθεται μέσα σε ένα κύκλο, κρατώντας τις άκρες και υψώνει και χαμηλώνει το αλεξίπτωτο, προσπαθώντας να μη πέσουν οι μπάλες στο έδαφος.
3. **Δένοντας μεγάλα κομμάτια από ύφασμα σε ένα κύκλο.** Δέστε κομμάτια από ύφασμα διαφορετικών χρωμάτων και σχεδίων σε ένα κύκλο αρκετά μεγάλο για να το κρατάει ο ασθενής και να το χρησιμοποιήσει σαν αλεξίπτωτο με κινήσεις πάνω- κάτω. Αυτή η δραστηριότητα είναι κατάλληλη για ασθενείς με περιορισμένες ικανότητες, γιατί αν σταματήσουν να παίζουν και παραμείνουν στον κύκλο, η άσκηση μπορεί να συνεχιστεί.
4. **Χορός.** Χρησιμοποιώντας μουσική για βελτιώσουν τη διάθεση, κουνήστε χέρια ή τη μέση ενός ασθενής που κάθεται με τα χέρια σας. Χορεύοντας σε κύκλο επιτρέπει στους ασθενείς να παρακολουθούν και να μιμούνται τους άλλους.



5. Χτυπώντας μια πλαστική φιγούρα

6. **Πολυάσχολοι πίνακες.** Διάφορα αντικείμενα, όπως αναπτήρες, στρόφιγγες ή άλλα αντικείμενα που μπορούν να χειριστούν με ασφάλεια, μπορούν να προσκολληθούν σε ένα πίνακα και να παρουσιαστούν στον ασθενή με προσεκτική προβολή.

7. **Βασικό πρόγραμμα άσκησης.** Βασικός εξοπλισμός, όπως στατικό ποδήλατο και βιντεοταινίες ασκήσεων μπορούν να χρησιμοποιηθούν με επιτήρηση. Χρησιμοποιήστε βάρη και μπάλες για να εστιάσουν την προσοχή τους. Παίρνοντας μέρος σε ένα γυμναστήριο αυξάνει τη συμμετοχή τους. Όταν είναι δυνατό, το περπάτημα σε εσωτερικούς ή εξωτερικούς χώρους παραμένει η καλύτερη φυσική άσκηση.

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΑΣΚΗΣΕΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΑΝΟΙΑ ΤΥΠΟΥ ALZHEIMER Ο ΟΠΟΙΟΣ ΑΝΗΚΕΙ ΣΤΟ ΠΡΩΙΜΟ ΣΤΑΔΙΟ



Το πρώιμο στάδιο συνήθως χάνεται λόγω δυσκολίας στην διάγνωση της νόσου και έτσι δεν μπορούμε πολλές φορές να ξεκινήσουμε την θεραπευτική μας προσεγγίσει από την αρχή της νόσου. Στην περίπτωση που διαγνωστεί η νόσος έγκαιρα είναι πολύ θετικό και για τον θεραπευτή και για τον ασθενή. Ο ασθενής που βρίσκεται στο πρώιμο στάδιο μπορεί να εμφανίσει ήπια εξασθένηση της νοητικής του λειτουργίας (ήπια γνωστική διαταραχή – MCI). Οι ασθενείς αυτοί παρουσιάζουν επιθετικότητα και δεν μπορούν να ελέγξουν πολλές φορές τις αντιδράσεις τους. Η κινητικότητα του ασθενή και το αναπνευστικό του σύστημα είναι σε καλή κατάσταση (εκτός εάν υπάρχουν άλλοι παθολογικοί λόγοι που δεν οφείλονται στην νόσο Alzheimer).

Ο στόχος μας είναι να βάλουμε τον ασθενή σ' ένα πρόγραμμα το οποίο θα γίνει συνήθεια για αυτόν ώστε να μπορεί να το συνεχίσει και στο επόμενο στάδιο της νόσου (όψιμο στάδιο), για τον λόγο αυτό οι δραστηριότητες που θα πρέπει να δώσουμε στον ασθενή πρέπει να του

προσφέρουν ενδιαφέρον και να μην πλήττει με αυτές. Τα προγράμματα μπορεί να είναι ατομικά – ομαδικά. Προτιμάμε περισσότερο τα προγράμματα με περισσότερα άτομα για να είναι πιο ευχάριστες στον ασθενή. Οι δραστηριότητες που θα υποδείξουμε στον ασθενή θα έχουν ως σκοπό να διατηρήσουμε και να ενδυναμώσουμε τον μυϊκό και αναπνευστικό του σύστημα με στόχο να επιβραδύνουμε την εξέλιξη της νόσου και την μεταπηδήσει του στο όψιμο στάδιο.

Οι παρακάτω ασκήσεις μπορεί να εξελιχθούν ή να αφαιρεθούν ανάλογα με την ψυχολογική και σωματική ικανότητα του ασθενή με την τακτική επαναξιολόγηση του από τον θεράποντα.

1. Φυσικές δραστηριότητες.

i) Πρόγραμμα ασκήσεων μείωσης επιθετικότητας

- Ακολουθώντας μια άσκηση ή ένα πρόγραμμα 3 φορές την μέρα
- Διατηρώντας το ίδιο δομημένο πλάνο για κάθε ομάδα ασθενών προκειμένου να μειωθεί το άγχος που δημιουργείται από την αλλαγή, ενώ προσφέρεται και μια αίσθηση του οικείου και γνωστού
- Βάζοντας τους ασθενείς να πραγματοποιήσουν κινήσεις μεγάλων μυϊκών ομάδων, ειδικά αυτών που είναι διμερείς
- Βάζοντας τους ασθενείς να σφίξουν τις γροθιές τους και να τις σηκώνουν πάνω- κάτω
- Ενθαρρύνοντας να μετράνε φωναχτά τις επαναλήψεις των ασκήσεων
- Ενθαρρύνοντας τη χρήση αντικειμένων για να αυξήσουν την προσοχή (κύβους, μπάλες, κάρτες)

ii) Δραστηριότητες ρίψεων

- Μπάλες όλων των ειδών
- Προϊόντα χαρτιού
- Πλαστικά πέταλα, δίσκους, δαχτυλίδια
- Ρίχνοντας αντικείμενα μέσα σε καλάθια άπλυτων, μέσα σε καλάθια

- Παίζοντας bowling

iii) Δραστηριότητες χτυπημάτων

- Χρησιμοποιώντας χέρια, ρακέτες, ρόπαλα, πλαστικά σφυριά
- Χτυπώντας αντικείμενα, μπάλες, μπαλόνια που είναι αρκετά μαλακά, έτσι ώστε να μη χτυπήσει ο ασθενής σε περίπτωση που δεν μπορεί να προστατεύσει τον εαυτό του
- Παίζοντας κρουστά
- Χτυπώντας σάκο του μποξ
- Παίζοντας βόλεϊ με μπαλόνια
- Παίζοντας επιτραπέζια παιχνίδια που απαιτούν να χτυπήσουν αντικείμενο

iv) Δραστηριότητες σκίζοντας και καταστρέφοντας

- Υφάσματα διαφορετικής ελαστικότητας και μεγέθους
- Εφημερίδες
- Εικόνες από περιοδικά
- Ανοίγοντας και κλείνοντας φερμουάρ

v) Δραστηριότητες που ο ασθενής χρησιμοποιεί την κλωτσιά

- Μπάλες παραλίας, μπαλόνια
- Μέτρα φωναχτά κάθε φορά που ο ασθενής κλωτσά για να νιώσει συνδεδεμένος με την άσκηση
- Φούσκες που τις κάνει κάποιος φροντιστής ή άλλος ασθενής

vi) Δραστηριότητες χορού ή βαδίσματος

- Διάφορα είδη μουσικής και χορού
- Πεζοπορία (γρήγορο βάδισμα, αργό, στατικό κ.α.)

vii) Δραστηριότητες αλεξίπτωτου

- Χρησιμοποιώντας σεντόνια δεμένα μεταξύ τους
- Ο ασθενής κάθεται μέσα σε ένα κύκλο και κρατάει τις άκρες, υψώνοντας και χαμηλώνοντας το ύφασμα
- Τοποθετήστε μπάλες ή μπαλόνια στο ύφασμα για να δώσει ένα έξτρα οπτικό ερεθισμό και ενδιαφέρον

viii) Δραστηριότητες χτυπήματος παλαμάκια

- Διαφορετικής έντασης, διαφορετικά μέρη του σώματος, ρυθμού, ταχύτητας
- Ξεκινήστε απλά, αυξάνοντας σταδιακά και μετά επιστρέψτε σε πιο ήσυχα και πιο απλά σχέδια

1) Λεκτικές δραστηριότητες

- (a) Δραστηριότητες τραγουδιού : τραγουδώντας κομμάτια που κάνουν τον ασθενή να φωνάζει
- (b) Τραγουδιού και χειροκροτήματος
- (c) Μετρώντας φωναχτά: Μετρώντας σε διαφορετικές γλώσσες και με διαφορετικές συχνότητες

2. Δραστηριότητες αγγίγματος

i) Μασάζ

Κάνοντας ή δεχόμενοι μασάζ. Αξιολογώντας τον ασθενή όσο αφορά την αμυντικότητα του στα αγγίσματα και την ευχαρίστηση που απολαμβάνει

ii) Τρίψιμο

Γυαλίζοντας μεγάλες επιφάνειες και αντικείμενα, (αυτοκίνητα, παπούτσια κ.α.). χρησιμοποιώντας κυκλικά υφάσματα ή κομμάτια από χαλί για χαμηλής λειτουργικότητας ασθενείς για να μειωθεί το άγχος τους

iii) Βούρτσισμα

Πίνακες , πατώματα, μπάνια κ.α.

3. Δραστηριότητες ομαλοποίησης συμμετοχής

- I. Δουλειές σπιτιού (πλύσιμο πιάτων, σκούπισμα δαπέδων, καθαρισμός παραθύρων κ.α.)
- II. Εξωτερικές δουλειές (εάν έχει κήπο καθαρισμός του, κλάδεμα, φροντίδα των φυτών κ.α.)

Στο πρώιμο στάδιο ο ασθενής λόγω της ήπιας εξασθένησης της νοητικής του λειτουργίας είναι σε θέση να μπορεί να κάνει και άλλες ασκήσεις για περισσότερη ενδυνάμωση και διατήρηση των λειτουργικών ικανοτήτων του. Οι οδηγίες μας πρέπει να δίνονται αργά, καθαρά και ήρεμα. Ο θεράπων με τον ασθενή κάθονται ο ένας απέναντι στον άλλο, σε ένα χώρο άνετο και ασφαλές. Συνίσταται να αρχίζουμε με 3 – 4 ασκήσεις, που θα επαναλαμβάνονται σε σετ έως και 10 επαναλήψεων μια φορά την ημέρα. Στην πορεία οι ασκήσεις μπορούν να διευρυνθούν και οι συνεδρίες να γίνονται και 2 φορές την ίδια μέρα και με διαφορετικές ασκήσεις. Μπορούμε να προσθέσουμε και μουσική για να κάνει την άσκηση πιο διασκεδαστική και με ρυθμό. Με τα παρακάτω

παραγγέλματα ο ασθενής κάνει την άσκηση ταυτόχρονα δυναμώνοντας και το αναπνευστικό του σύστημα.

- Σηκώστε τα χέρια σας και εισπνεύσατε – κατεβάστε τα χέρια σας και εκπνεύσατε
- Σηκώστε τον αριστερό σας ώμο κ εισπνεύσατε – κατεβάστε τον αριστερό σας ώμο και εκπνεύσατε (το ίδιο και με τον δεξιό)
- Γείρατε τα κεφάλι σας πίσω και εισπνεύσατε – γείρατε το κεφάλι σας προς τα εμπρός και εκπνεύσατε
- Τεντώστε καθιστοί τα πόδια μια το ένα μια το άλλο

Για να βελτιώσουμε και αναπνευστικό σύστημα του ασθενή και να το διατηρήσουμε του μαθαίνουμε τον σωστό τρόπο αναπνοής και κάνουμε διάφορες αναπνευστικές ασκήσεις (π.χ. μπορούμε να τον βάλουμε να φουσκώνει μπαλόνια, να σβήνει κεριά, να κάνει φούσκες, μπουρμπουλήθρες με καλαμάκι σε ποτήρι με νερό κ.α.).

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΑΣΚΗΣΕΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΑΝΟΙΑ ΤΥΠΟΥ ALZHEIMER Ο ΟΠΟΙΟΣ ΑΝΗΚΕΙ ΣΤΟ ΟΨΙΜΟ ΣΤΑΔΙΟ



Η διάγνωση της νόσου γίνεται συνήθως στο όψιμο στάδιο για τους λόγους που έχουν αναφερθεί, τις περισσότερες φορές συναντάμε τον ασθενή σε αυτό το στάδιο για πρώτη φορά. Ο ασθενής στο όψιμο στάδιο της νόσου αρχίζει να έχει μεγαλύτερη και αυξανόμενη εξασθένηση της νοητικής του λειτουργίας. Ο ασθενής πλέον αρχίζει να παρουσιάζει πιο έντονα προβλήματα συγκέντρωσης, επικοινωνίας και ομιλίας. Η κινητικότητα και το αναπνευστικό σύστημα του ασθενή προοδευτικά αρχίζει και εξασθενεί μέχρι να φτάσει στο τελικό στάδιο στο οποίο είναι κλινήρης.

Ο στόχος της θεραπείας και το πρόγραμμα της εξαρτάται από τη στιγμή που αναλαμβάνουμε τον ασθενή, εάν έχει γίνει η διάγνωση από το πρώιμο στάδια και μερικές δραστηριότητες και ασκήσεις έχουν εισέλθει στην καθημερινότητα και συνήθεια του ασθενή τότε το πρόγραμμα που είχαμε αναπτύξει μαζί του από το όψιμο στάδιο συνεχίζεται με μεγαλύτερη έμφαση πλέον και στο αναπνευστικό του σύστημα από ότι στο πρώιμο στάδιο. Όμως τις περισσότερες φορές έχουμε τη συνάντηση με τον ασθενή σε αυτό το στάδιο της νόσου, λόγω της δυσκολίας συγκέντρωσης ο ασθενής δυσκολεύεται και κουράζεται να κατανοήσει πολύπλοκες ασκήσεις, για τον λόγο αυτό προσπαθούμε να τον εντάξουμε σε πρόγραμμα δραστηριοτήτων που του είναι πιο εύκολο και λιγότερο κουραστικό για αυτόν. Οι δραστηριότητες και το πρόγραμμα θεραπείας

θα πρέπει να έχουν ως σκοπό την διατήρηση και ενδυνάμωση του μυϊκού και αναπνευστικού συστήματος με στόχο να επιβραδύνουμε την εξέλιξη της νόσου προς το τελικό στάδιο της.

Οι παρακάτω ασκήσεις μπορεί να εξελιχθούν ή να αφαιρεθούν ανάλογα με την ψυχολογική και σωματική ικανότητα του ασθενή με την τακτική επαναξιολόγηση του από τον θεράποντα.

4. Φυσικές δραστηριότητες.

ix) Πρόγραμμα ασκήσεων μείωσης επιθετικότητας

- Ακολουθώντας μια άσκηση ή ένα πρόγραμμα 3 φορές την μέρα
- Διατηρώντας το ίδιο δομημένο πλάνο για κάθε ομάδα ασθενών προκειμένου να μειωθεί το άγχος που δημιουργείται από την αλλαγή, ενώ προσφέρεται και μια αίσθηση του οικείου και γνωστού
- Βάζοντας τους ασθενείς να πραγματοποιήσουν κινήσεις μεγάλων μυϊκών ομάδων, ειδικά αυτών που είναι διμερείς
- Βάζοντας τους ασθενείς να σφίξουν τις γροθιές τους και να τις σηκώνουν πάνω- κάτω
- Ενθαρρύνοντας να μετράνε φωναχτά τις επαναλήψεις των ασκήσεων
- Ενθαρρύνοντας τη χρήση αντικειμένων για να αυξήσουν την προσοχή (κύβους, μπάλες, κάρτες)

x) Δραστηριότητες ρίψεων

- Μπάλες όλων των ειδών
- Προϊόντα χαρτιού
- Πλαστικά πέταλα, δίσκους, δαχτυλίδια
- Ρίχνοντας αντικείμενα μέσα σε καλάθια άπλυτων, μέσα σε καλάθια
- Παίζοντας bowling

xi) Δραστηριότητες χτυπημάτων

- Χρησιμοποιώντας χέρια, ρακέτες, ρόπαλα, πλαστικά σφυριά

- Χτυπώντας αντικείμενα, μπάλες, μπαλόνια που είναι αρκετά μαλακά, έτσι ώστε να μη χτυπήσει ο ασθενής σε περίπτωση που δεν μπορεί να προστατεύσει τον εαυτό του
- Παίζοντας κρουστά
- Χτυπώντας σάκο του μποξ
- Παίζοντας βόλει με μπαλόνια
- Παίζοντας επιτραπέζια παιχνίδια που απαιτούν να χτυπήσουν αντικείμενο
- xii) Δραστηριότητες σκίζοντας και καταστρέφοντας**
 - Υφάσματα διαφορετικής ελαστικότητας και μεγέθους
 - Εφημερίδες
 - Εικόνες από περιοδικά
 - Ανοίγοντας και κλείνοντας φερμουάρ
- xiii) Δραστηριότητες που ο ασθενής χρησιμοποιεί την κλωτσιά**
 - Μπάλες παραλίας, μπαλόνια
 - Μέτρα φωναχτά κάθε φορά που ο ασθενής κλωτσά για να νιώσει συνδεδεμένος με την άσκηση
 - Φούσκες που τις κάνει κάποιος φροντιστής ή άλλος ασθενής
- xiv) Δραστηριότητες χορού ή βαδίσματος**
 - Διάφορα είδη μουσικής και χορού
 - Πεζοπορία (γρήγορο βάδισμα, αργό, στατικό κ.α.)
- xv) Δραστηριότητες αλεξίπτωτου**
 - Χρησιμοποιώντας σεντόνια δεμένα μεταξύ τους
 - Ο ασθενής κάθεται μέσα σε ένα κύκλο και κρατάει τις άκρες , υψώνοντας και χαμηλώνοντας το ύφασμα
 - Τοποθετήστε μπάλες ή μπαλόνια στο ύφασμα για να δώσει ένα έξτρα οπτικό ερεθισμό και ενδιαφέρον
- xvi) Δραστηριότητες χτυπήματος παλαμάκια**
 - Διαφορετικής έντασης, διαφορετικά μέρη του σώματος, ρυθμού, ταχύτητας
 - Ξεκινήστε απλά, αυξάνοντας σταδιακά και μετά επιστρέψτε σε πιο ήσυχα και πιο απλά σχέδια

2) Λεκτικές δραστηριότητες

- (a) Δραστηριότητες τραγουδιού : τραγουδώντας κομμάτια που κάνουν τον ασθενή να φωνάζει
- (b) Τραγουδιού και χειροκροτήματος

(c) Μετρώντας φωναχτά: Μετρώντας σε διαφορετικές γλώσσες και με διαφορετικές συχνότητες

5. Δραστηριότητες αγγίγματος

iv) Μασάζ

Κάνοντας ή δεχόμενοι μασάζ. Αξιολογώντας τον ασθενή όσο αφορά την αμυντικότητα του στα αγγίσματα και την ευχαρίστηση που απολαμβάνει

v) Τρίψιμο

Γυαλίζοντας μεγάλες επιφάνειες και αντικείμενα, (αυτοκίνητα, παπούτσια κ.α.). χρησιμοποιώντας κυκλικά υφάσματα ή κομμάτια από χαλί για χαμηλής λειτουργικότητας ασθενείς για να μειωθεί το άγχος τους

vi) Βούρτσισμα

Πίνακες , πατώματα, μπάνια κ.α.

6. Δραστηριότητες ομαλοποίησης συμμετοχής

III. Δουλειές σπιτιού (πλύσιμο πιάτων, σκούπισμα δαπέδων, καθαρισμός παραθύρων κ.α.)

IV. Εξωτερικές δουλειές (εάν έχει κήπο καθαρισμός του, κλάδεμα, φροντίδα των φυτών κ.α.)

Σε αυτό το στάδιο μπορούμε να χρησιμοποιήσουμε επίσης τεχνικές νευρομυϊκής διευκόλυνσης (PNF, BOBATH) και να προσθέσουμε ασκήσεις και εφαρμογές από τις τεχνικές αυτές.

Επειδή το επόμενο στάδιο της νόσου Alzheimer θα είναι με τον ασθενή να βρίσκεται σε κλινήρη κατάσταση και ακινησία προσπαθούμε να βελτιώσουμε, να διατηρήσουμε το αναπνευστικό του σύστημα και να προσπαθήσουμε στην επανεκπαίδευσουμε τον σωστό τρόπο αναπνοής. Οι αναπνευστικές ασκήσεις λόγω έλλειψης συγκέντρωσης πρέπει να ανήκουν σε δραστηριότητες και να είναι εύκολες και όχι περίπλοκες. Μερικές από τις ασκήσεις που μπορούμε να δώσουμε στον ασθενή είναι:

- να φουσκώνει μπαλόνια
- να σβήνει κεριά
- να κάνει φούσκες
- μπουρμπουλήθρες με καλαμάκι σε ποτήρι με νερό

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΑΣΚΗΣΕΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΑΝΟΙΑ ΤΥΠΟΥ ALZHEIMER Ο ΟΠΟΙΟΣ ΑΝΗΚΕΙ ΣΤΟ ΤΕΛΙΚΟ ΣΤΑΔΙΟ



Στο τελικό στάδιο της νόσου ο ασθενής είναι πλέον κλινήρης χωρίς να μπορεί να επικοινωνήσει, να μιλήσει, να κινηθεί (είτε να κάτσει είτε να αλλάξει πλευρό στο κρεβάτι), δεν μπορεί να τραφεί μόνος του και πολλές φορές δεν μπορεί να τραφεί και να καταπιεί, επίσης δεν μπορεί να κάνει χρήση τουαλέτας. Η κατάσταση του ασθενή είναι πολύ δύσκολη, η ποιότητα, η πορεία όπως και ο υπόλοιπος χρόνος της ζωής του εξαρτάται πλέον από τους φροντιστές.

Στα τελικό στάδιο ο στόχος μας είναι να αποφύγουμε τις κατακλίσεις λόγω της ακινησίας του και την εξασθένηση σε πολύ μεγάλο βαθμό του αναπνευστικού συστήματος του ασθενή, λόγοι οι οποίοι θα τον οδηγήσουν στον θάνατο. Το πρόγραμμα τις θεραπείας μας θα περιέχει:

- Κινησιοθεραπεία των άκρων με παθητικές κινήσεις χωρίς πίεση στο τέλος
- Μάλαξη για την καλύτερη κυκλοφορία του αίματος, αποφυγή των κατακλίσεων και ανακούφιση του ασθενή
- Αλλαγή θέσεων και στάσεων για την καλύτερη κυκλοφορία του αίματος
- Αναπνευστικές ασκήσεις

ΕΠΙΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ ΠΟΥ ΔΙΑΤΗΡΟΥΝΤΑΙ ΣΤΗ ΝΟΣΟ ΤΗΣ ALZHEIMER

Είναι γνωστό ότι παράλληλα με την αποδιοργάνωση των ανώτερων νοητικών λειτουργιών υπάρχουν και ορισμένες που διατηρούνται κατά τρόπο μέχρι τώρα ανεξήγητο.

Το φαινόμενο αυτό έχει παρατηρηθεί και σε άλλες παθήσεις όπως π.χ. αφασικές διαταραχές μετά από εγκεφαλικά επεισόδια. Οι περιπτώσεις του Alajouanine (1968) με έναν ζωγράφο, έναν πιανίστα και έναν συγγραφέα που διατήρησαν της καλλιτεχνικές τους ικανότητες ενώ είχαν σημαντικές αφασικές διαταραχές, παρέμειναν κλασσικές στην ιστορία της αφασιολογίας. Παραπλήσιες περιπτώσεις αναφέρονται από τους Beatty και συν. (1994), σε ασθενείς με άνοια τύπου Alzheimer που διατήρησαν ανάλογες επιδεξιότητες, ενώ οι νοητικές τους λειτουργίες είχαν σοβαρές διαταραχές.

Επίσης διάφορες αναφορές τονίζουν τη διατήρηση ορισμένων νοητικών λειτουργιών και την έκπτωση άλλων.

Παρακάτω αναφέρουμε συνοπτικά τα περιστατικά των παρακάτω ερευνών.

1^η περίπτωση (ασθενής Β)

Πρόκειται για ασθενή 80 ετών με πανεπιστημιακή μόρφωση που διετέλεσε και σε υπουργικά αξιώματα για πολλά χρόνια. Το 1989 εμφανίστηκαν οι πρώτες αμνησικές διαταραχές και το MMT ήταν 10 βαθμοί. Παρά την διανοητική του έκπτωση έπαιζε bridge με φίλους. Προκειμένου να διερευνηθεί καλύτερα η ικανότητα αυτή, ένας από τους ερευνητές, ο Beatty και η σύζυγος του, έπαιζαν παρτίδες bridge με τον ασθενή και την σύζυγο του. οι επιδόσεις ήταν σχεδόν ίσες μεταξύ των τεσσάρων ατόμων. Στην προσπάθεια να καθοριστεί το υπόβαθρο της ικανότητας αυτής του ασθενή, οι ερευνητές επινόησαν παραλλαγή του παιχνιδιού με διάφορες ερωτήσεις. Κατά τρόπο εντυπωσιακό ο ασθενής δεν μπορούσε να κατονομάζει τις σειρές (στο παιχνίδι) και όταν του τις έλεγαν δεν μπορούσε να τις κατατάξει. Επίσης δεν μπορούσε να καθορίσει συνειδητά ορισμένα πλεονεκτήματα, τα οποία όμως χρησιμοποιούσε επιτυχώς στη ροή του παιχνιδιού. Μερικές φορές κατονόμαζε επιτυχώς τα χαρτιά, ενώ άλλοτε αποτύγχανε.



2^η περίπτωση (ασθενής C)

Δασκάλα 81 ετών, συνταξιούχος μετά από 46 χρόνια συνεχούς άσκησης του επαγγέλματος. Το 1991 παρουσίασε προοδευτικώς νοητική έκπτωση. Το 1993 το MMT ήταν 22 βαθμοί. Παρόλα αυτά έπαιζε canasta (χαρτοπαίγνιο) και διάφορα άλλα παιχνίδια. Οι ερευνητές βιντεοσκόπησαν το παιχνίδι με άλλες πέντε συμπαίχτριες ηλικίας 79 – 95 ετών, που κάθε μια από αυτές ζούσε μόνη της ικανή να αυτοεξυπηρετείται. Βαθμολογώντας τις επιδόσεις, η ασθενής με άλλες δυο συμπαίκτριες πέτυχαν βαθμολογία 31965 έναντι 32155 των άλλων τριών συμπαικτριών. Ο Dr. Beatty που δεν γνώριζε canasta ζήτησε από την ασθενή να του εξηγήσει τους κανόνες του παιχνιδιού γεγονός που το έκανε επιτυχώς η ασθενής.

3^η περίπτωση (ασθενής D)

Άνδρας 78 ετών με πανεπιστημιακή μόρφωση, κάτοχος καλλιιεργειών χουρμάδων, έπαιζε από νέας ηλικίας dominos. Τον Δεκέμβριο του 1988 οι επιδόσεις στο MMT ήταν 25 βαθμοί, ενώ τον Ιανουάριο του 1993 ήταν 22. Σε παιχνίδι με τη νευρολόγο της ερευνητικής ομάδας η οποία ήταν μέσου επιπέδου παίκτρια dominos, ο ασθενής είχε κερδίσει 3 γύρους ε σύνολο 4 με επιδόσεις 1035 έναντι 820 της νευρολόγου.



4^η περίπτωση (ασθενής T)

Άνδρας 71 ετών με 15 έτη μουσική παιδεία, με επάγγελμα ασφαλιστή, ενώ συγχρόνως ασχολείται και με τη μουσική (jazz). Τον Αύγουστο το 1992 το MMT ήταν 20. Σε ερευνητικές δοκιμασίες αναγνώριζε τους τίτλους και τις μελωδίες σε 16 από 29 τραγουδιών, ενώ οι φυσιολογικοί μάρτυρες αναγνώριζαν 19 από 20. Κατόπιν ζητήθηκε να αναγνωρίσει 12 συνθέσεις jazz με ένα μόνο άκουσμα. Η σύγκριση γινόταν με επαγγελματία μουσικό της ερευνητικής ομάδας (Mr. Littlefold). Ο ασθενής κατονόμασε 6 τραγούδια αναφέροντας ότι αναγνώριζε και τα υπόλοιπα. Σε άλλη δοκιμασία ερευνήθηκε η ικανότητα του σε τρομπέτα με καταγραφές οπτικό – ακουστικές κάθε εβδομάδα, το Μάρτιο του 1993. Έγιναν συγκρίσεις με ανάλογες

καταγραφές που είχαν γίνει στην ορχήστρα του το 1960. Και στις δυο καταγραφές εκτιμήθηκαν διάφορα μουσικά αρχεία π.χ. τόνος, ρυθμός, κ.ά. χωρίς να βρεθούν διαφορές μεταξύ της πρώτης και της δεύτερης εγγραφής (3.829 βαθμοί για το 1960 και 3.657 για το 1993), παρόλο ότι το 1960 ο ασθενής ήταν μόνο 40 ετών.

Χαρακτηριστικό είναι ενώ εμφάνιζε απραξία ένδυσης αδυνατούσε να δέσει τη γραβάτα του και προσπαθούσε να φορέσει ανάποδα το σακάκι του, συντόνιζε με επιτυχία τις κινήσεις των χεριών και της αναπνοής στο παίξιμο της τρομπέτας.



5^η περίπτωση (ασθενής JS)

Μηχανικός και εργολάβος δρόμων, 66 ετών. Η πάθησης εμφανίστηκε το 1985 με διαταραχές της μνήμης. Το 1988 οι μνημονικές διαταραχές ήταν μέτριες και οι οπτικό – χωρικές λειτουργίες ικανοποιητικές. Η προοδευτική επιδείνωση των συμπτωμάτων οδήγησε τον ασθενή σε ίδρυμα, όπου ο θεράπων ιατρός που διαπίστωσε ότι ο ασθενής έλυνε επιτυχώς γρίφους και puzzles. Με το παιχνίδι αυτό είχε αρχίσει το 1988, δηλ μετά από τη εκδήλωση της νόσου. Το Μάρτιο του 1993 είχε αυξήσει τις επιδόσεις του. Όπως και με τους προηγούμενους ασθενείς, η σύγκριση των επιδόσεων γίνονταν με έναν έμπειρο παίκτη της ερευνητικής ομάδας του Mr. Olson. Αν και παρατηρήθηκε κάποια επιβράδυνση στις επιδόσεις τα αποτελέσματα ήταν ικανοποιητικά. Ιδιαίτερως εντυπωσίαζε η επιδεξιότητα του στο χειρισμό των τοπογραφικών σχέσεων των puzzle που συνέθετε.

ΑΝΑΘΕΣΗ ΤΟΥ ΥΠΕΥΘΥΝΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑ



Ίσως είναι χρήσιμο να συγκαλέσουμε ένα οικογενειακό συμβούλιο, προκειμένου να συζητήσουμε πως θα φροντίσουμε καλύτερα το προσβεβλημένο άτομο. Πολλοί άνθρωποι που δεν θεωρούν ότι η οικογένεια τους είναι ιδιαίτερα κοντά τους, ξαφνιάζονται από την υποστήριξη που δέχονται μέσα από ένα συμβούλιο. Ανάλογα με το πόσο προχωρημένη είναι η νόσος, αυτό μπορεί να είναι μια ιδανική εμπειρία να συμπεριλάβει κανείς το προσβεβλημένο άτομο στις διαδικασίες που προορίζονται με την φροντίδα του. Περιοδικά οικογενειακά συμβούλια μπορεί να οργανωθούν τόσο κατά την έναρξη της νόσου όσο και καθώς οι ανάγκες του ατόμου μεταβάλλονται. Οι ακόλουθες οδηγίες ίσως βοηθήσουν κάποιον στην οργάνωση μια συγκέντρωσης:

- Όλα τα μέλη της οικογένειας πρέπει να προσπαθούν να παρίστανται στη συνάντηση ακόμα και αν πρέπει να διανύσουν κάποια απόσταση
- Ο καθένας πρέπει να ενημερωθεί όσο γίνεται περισσότερο για την νόσο πριν την συνάντηση. Με τον τρόπο αυτό θα έχουν όλοι μια

καλύτερη ιδέα για την φύση της νόσου και την φροντίδα του ατόμου

- Πολύ καλή ιδέα είναι να γίνεται μια σύντομη κατάταξη των κύριων σημείων που θα καλυφθούν στο συμβούλιο
- Κατά τη διάρκεια της συνάντησης θα επιτρέπεται στον καθένα να λέει τη γνώμη του χωρίς διακοπή ή κριτική. Εάν κάποια μέλη της οικογένειας τείνουν να διακόπτουν ή να μην σέβονται το δικαίωμα του άλλου να μιλήσει, πιθανός να αξίζει τον κόπο να ζητηθεί από ένα άτομο εκτός οικογένειας (π.χ. ένα γιατρό ή επαγγελματία σύμβουλο) να διευθύνει τη συζήτηση

Μερικές οικογένειες προτιμούν να υπάρχει ένα άτομο που θα είναι ο κύριος υπεύθυνος για την φροντίδα του ασθενούς, ενώ άλλες τείνουν να μοιραστούν την ευθύνη. Ωστόσο, ακόμα και εάν ένα άτομο έχει επωμιστεί την μεγαλύτερη ευθύνη της φροντίδας, τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας μπορούν ακόμη να παράσχουν πολύ σημαντική βοήθεια. Μπορούν, π.χ. να βοηθήσουν τον περιθάλποντα στις δουλειές του σπιτιού, να παρέχουν μεταφορά, να ταξινομούν χαρτιά ή να κρατούν συντροφιά στον ασθενή κ.λπ. Το οικογενειακό συμβούλιο μπορεί να βοηθήσει στην διευκρίνιση ποιοι και σε πιο βαθμό είναι πρόθυμοι να βοηθήσουν. Ίσως να φανεί χρήσιμος ο σχεδιασμός ενός χρονοδιαγράμματος. Ένα οικογενειακό συμβούλιο μπορεί να διαφωτίσει πρακτικά προβλήματα που μπορεί να παρέμβουν στην ικανότητα κάποιου να προσφέρει φροντίδα. Μερικά άτομα μιας οικογένειας μπορεί να είναι αδύνατον να συμμετέχουν στην φροντίδα, λόγω αποστάσεις ή οικονομικών δυσχερειών. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε απογοήτευση και να προκαλέσει αισθήματα ενοχής. Τέτοιου είδους συναισθήματα μπορούν να συζητηθούν σ' ένα οικογενειακό συμβούλιο όπως όλα τα προβλήματα που προκύπτουν εξαιτίας της νόσου.

Οι γείτονες και οι φίλοι είναι δυνατόν να παίξουν σημαντικό ρόλο στη φροντίδα του ασθενούς. Ίσως είναι ικανοί να βοηθήσουν με τέτοιο τρόπο που είναι αδύνατον στα μέλη της οικογένειας λόγω της εγγύτητάς τους. Μπορούν να προσέχουν το άτομο αν αυτό έχει την τάση να περιπλανάται, και να βοηθήσουν στις δουλειές του σπιτιού και στα ψώνια, να ξεκουράσουν κάπως τον περιθάλποντα και να αφήσουν περισσότερο χρόνο για τον άρρωστο. Όταν, επίσης, χρειάζεται κανείς κάποιον να καθίσει με τον ασθενή για σύντομο χρονικό διάστημα (π.χ. 10 λεπτά), μπορεί να το ζητήσει από τον γείτονα, ενώ θα αισθανόταν πιθανώς άσχημα να ζητήσει από κάποιον συγγενή να ταξιδέψει κάποιον απόσταση, εκτός και αν πραγματικά ο λόγος είναι σοβαρός.



Καθορισμός σε ποιο βαθμό μπορεί να παρασχεθεί φροντίδα από κάποιον

Ανεξάρτητα αν είναι κανείς μόνος του σαν περιθάλπων ή έχει την υποστήριξη της οικογένειας του και των φίλων του, είναι σημαντικό να γνωρίζουμε τους περιορισμούς του. Παρόλη τη δική μας επιθυμία, υπάρχει πιθανότητα να μην μπορούμε να προσφέρουμε το είδος της φροντίδας που θα θέλαμε. Μπορεί να υπάρχουν φυσικοί, πρακτικοί ή οικονομικοί λόγοι που θα μας εμποδίσουν να φροντίζουμε έναν ασθενή σε 24 ωρη βάση. Μερικά από τα εμπόδια αυτά είναι δυνατό να υπερπηδηθούν και να συνδυάσουμε φροντίδα στο σπίτι με εξωτερική βοήθεια, από ποικίλους οργανισμούς. Ωστόσο, κατά τα τελευταία στάδια της νόσου, υπάρχει η πιθανότητα το προσβεβλημένο άτομο να χρειάζεται εκείνο τον τύπο αγωγής που παρέχεται μόνο από επαγγελματίες περιθάλποντες σε νοσηλευτικά ιδρύματα. Η απόφαση να αφήσει κανείς το πρόσωπο που φροντίζει σε ένα οίκο ευγηρίας ή σε ένα νοσοκομείο είναι εξαιρετικά δύσκολη. Παρόλα αυτά, εάν συζητηθεί το θέμα με το

ίδιο το άτομο και με την υπόλοιπη οικογένεια, θα είναι ίσως ευκολότερη η απόφαση όταν θα έρθει εκείνη η ώρα. Θα μπορούσε να βοηθήσει ο ίδιος ο ασθενής, συγγράφοντας, όταν βρίσκεται στα αρχικά στάδια της νόσου, μια διαθήκη « εν ζωή » όπου θα αναγράφονται οι επιθυμίες του γύρο από την μελλοντική του ιατρική περίθαλψη.



ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Κατά την εκπόνηση της εργασίας και λαμβάνοντας υπόψη την υπάρχουσα βιβλιογραφία και τις έρευνες σε διεθνή επίπεδο διαπιστώνουμε ότι τόσο οι ιατρικές εξελίξεις (εμβόλιο – βλαστοκύτταρα) όσο και οι θεραπευτικές προσεγγίσεις είναι σε πολύ καλό επίπεδο για να αντιμετωπίσει την νόσο εφόσον η πρόγνωση γίνει πρόωρα.

Κατά την διεξοδική ανάλυση της θεματολογίας της εργασίας που αναφέρεται τόσο στο γενικό όσο και στο ειδικό μέρος γίνεται μια ευρεία ανάλυση τόσο ως προς την ιστορική ανασκόπηση, αιτιολογικούς παράγοντες, επιδημιολογία, συμπτωματολογία και τα διαγνωστικά κριτήρια όσο και ως προς τους φυσικούς τρόπους αντιμετώπισης, βασικές αρχές φυσικοθεραπευτικής αξιολόγησης, τις κλίμακες, το καθημερινό προσωπικό, τους στόχους μιας δραστηριότητας, τα κριτήρια μιας δραστηριότητας, τις κινητικές δραστηριότητες, τα παραδείγματα κίνησης και φυσικών δραστηριοτήτων, τα προγράμματα ασκήσεων, τις επιδεξιότητες που διατηρούνται στη νόσο Alzheimer και την ανάθεση υπευθύνου για την φροντίδα. Φτάνουμε στο συμπέρασμα ότι η νόσος η οποία θεωρήθηκε και ως μάστιγα του προηγούμενου αιώνα και η οποία έχει τεράστια εξάπλωση και σήμερα, φτάνουμε στο σημείο να θεωρείται επαρκώς αντιμετωπίσιμη από το αρχικό έως το τελικό στάδιο της.



ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Δημήτρης Χατζημπούγιας, Στοιχεία ανατομικής του ανθρώπου
- Ανθούλα Πορφυριάδου – Αγγελίδου, Γηριατρική – Γεροντολογία
- Αλεξάνδρα Χριστάρα – Παπαδοπούλου, Τεχνικές θεραπευτικής μάλαξης
- Αλεξάνδρα Χριστάρα – Παπαδοπούλου, Αναπνευστική φυσικοθεραπεία
- Στυλιανός Ρόσπογλου, Φυσικοθεραπείας σε παθήσεις κακώσεις του κεντρικού νευρικού συστήματος
- Στυλιανή Γ. Μηλιώτη, Τεχνικές νευρομυϊκής επανεκπαίδευσης
- Αθηνά Κ. Γεωργιάδου, Μαθήματα φυσικοθεραπευτικής αξιολόγησης
- Μάγδα Τσολάκη – Αριστείδης Κάζης, Άνοια ιατρική και κοινωνική πρόκληση, 2005
- Alzheimer Europe, Ζώντας με την Alzheimer, 1999
- Carly R. Hellen, Alzheimer's Disease
- Barrie Pickles, Ann Compton, Cheryl Cott, Janet Simpson and Anthony Vandervoort, Physiotherapy with older people, 1995
- Derick T. Wade, Measurement in neurological rehabilitation, 1993
- Simon Lovestone, Πρώιμη διάγνωση και θεραπεία της νόσου του Alzheimer, 2000
- 6^ο Πανελλήνιο διεπιστημονικό συνέδριο νόσου Alzheimer και συγγενών διαταραχών , 2009

Internet

- <http://www.alzheimer-hellas.gr>
- http://en.wikipedia.org/wiki/Alzheimer's_disease
- <http://www.alzheimerathens.gr>
- http://www.eurocharity.org/file_library/Alzheimer.pdf
- <http://www.iatronet.gr>
- <http://www.alz.org/index.asp>
- www.nlm.nih.gov/medlineplus/alzheimersdisease.html