

ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

*ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΝΟΣΟ
ALZHEIMER*

ΦΟΙΤΗΤΡΙΕΣ
ΤΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ:

ΚΑΚΑΛΕ ΕΙΡΗΝΗ
ΚΑΨΑΛΙΩΤΗ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: ΑΒΡΑΜΙΚΑ ΜΑΡΙΑ

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ, ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ 2007

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Πρόλογος	σελ.3
Εισαγωγή.....	σελ.5
1.Άνοια τύπου Alzheimer	σελ.7
1.1.Ιστορική αναδρομή.....	σελ.8
1.2.Επιδημιολογικά στοιχεία.....	σελ.8
2.Αιτιολογικοί και προδιαθεσικοί παράγοντες της νόσου Alzheimer.....	σελ.10
2.1.Η ηλικία.....	σελ.10
2.2.Παθοφυσιολογία.....	σελ.12
2.3.Συμπτωματολογία.....	σελ.14
2.4. Η ταξινόμηση της μνήμης στη νόσο Alzheimer.....	σελ.17
2.5.Κλινικά χαρακτηριστικά της νόσου	σελ.18
2.6.Κλινικές μορφές της νόσου	σελ.20
3.Διαταραχές κινητικότητας στη νόσο Alzheimer.....	σελ.22
3.1.Η όραση στη νόσο Alzheimer.....	σελ.23
3.2. Η αρτηριακή πίεση στην νόσο Alzheimer.....	σελ.23
3.2.1. Η αρτηριακή υπέρταση στην νόσο Alzheimer.....	σελ.24
3.2.2.Η αρτηριακή υπόταση στην νόσο Alzheimer.....	σελ.24
4.Η διάγνωση της νόσου Alzheimer.....	σελ.26
4.1.Διαγνωστικά κριτήρια για την άνοια τύπου Alzheimer.....	σελ.27
5.Εργαστηριακή διερεύνηση στη νόσο Alzheimer.....	σελ.28
6.Νοσηλευτικές παρεμβάσεις.....	σελ.30
7.Η αντιμετώπιση της νόσου- Θεραπεία.....	σελ.34
7.1.Η αντιμετώπιση της νόσου από τον ασθενή.....	σελ.35
7.2.Θεραπεία.....	σελ.39
7.2.1.Ατομική ψυχοθεραπεία.....	σελ.39
7.2.2.Ομαδική ψυχοθεραπεία.....	σελ.40
7.2.3.Μουσικοθεραπεία.....	σελ.42
7.2.4.Κινησιοθεραπεία.....	σελ.44
7.2.5.Ασκήσεις μνήμης ,προσοχής και γλώσσας	σελ.45
7.2.6.Τεχνικές χαλάρωσης και νοερή απεικόνιση.....	σελ.50

8.Φαρμακευτική αντιμετώπιση.....σελ.52	
8.1.Η ριβαστιγμίνη (Exelon) στην αντιμετώπιση της νόσου Alzheimer....σελ.52	
8.2.Η ολανζαπίνη σε ασθενείς με νόσο Alzheimer.....σελ.54	
8.3.Τα αντιφλεγμονώδη φάρμακα κατά της νόσου Alzheimer.....σελ.55	
8.4.Αντιοξειδωτικά-Νευροπροστατευτικά φάρμακα.....σελ.55	
8.4.1.Βιταμίνη Ε.....σελ.56	
8.4.2.Μελατονίνη.....σελ.56	
8.4.3.Μεμαντίνη.....σελ.56	
8.4.4.Οιστρογόνα.....σελ.56	
8.5.Νέο φάρμακο-Διαδερμικό αυτοκόλλητο για την θεραπεία ασθενών με νόσο Alzheimer.....σελ.57	
9.Διατροφικές συνήθειες των ασθενών με νόσο Alzheimer.....σελ.58	
9.1.Ο κρόκος κατά της νόσου Alzheimer.....σελ.58	
9.2.Οι χυμοί μπορεί να μειώσουν τον κίνδυνο εμφάνισης της ασθένειας του Alzheimer.....σελ.58	
9.3.Πράσινο τσάι εναντίον Alzheimer.....σελ.59	
10.Η ψυχοκοινωνική διάσταση της νόσου.....σελ.60	
11.Ποιότητα ζωής ασθενών με νόσο Alzheimer.....σελ.64	
11.1.Δικαιώματα ασθενών με νόσο Alzheimer.....σελ.66	
11.2.Συστάσεις για την ελάττωση του κινδύνου της νόσου Alzheimer.....σελ.67	
12.Που μπορείτε να απευθυνθείτε ;.....σελ.68	
13.Επίλογος –Συμπεράσματα.....σελ.70	
14.Περίληψη.....σελ.71	
15.Βιβλιογραφία.....σελ.72	

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Με την ραγδαία βελτίωση του βιωτικού επιπέδου του ανθρώπου, και την επακόλουθη αύξηση του μέσου όρου ζωής, άρχισαν να κάνουν την εμφάνιση τους ,ασθένειες που παλαιότερα ήταν σπάνιες και να επηρεάζουν δυνητικά την ζωή όλων μας .

Η νόσος του Alzheimer ,αποτελεί πια μία πραγματικότητα που επηρεάζει ολοένα και περισσότερους ανθρώπους , μεγάλης αλλά και νεότερης πλέον ηλικίας. Η νόσος αυτή παρουσιάζει ολοένα και περισσότερους προβληματισμούς από κοινωνικοοικονομικής πλευράς , εξαιτίας της αύξησης των ποσοστών της άνοιας.

Καθώς μεταβάλλεται ανοδικά ο αριθμός των περιστατικών για την νόσο αυτή η κοινωνία θα χρειαστεί να δημιουργήσει τις προϋποθέσεις για τις νέες ανάγκες που θα εμφανιστούν.

Είναι πλέον ξεκάθαρη σε όλους η διαφορά των συμπτωμάτων της νόσου του Alzheimer από τα σημάδια του γήρατος, όπως είναι ξεκάθαρη και η ανάγκη για έγκαιρη πρόληψη και αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση των προβλημάτων που προκαλούνται από την εμφάνιση της νόσου.

Για την εξασφάλιση της καθημερινής ποιότητας ζωής του ανθρώπου που ζει με την νόσο Alzheimer και όχι μόνο απαιτούνται επίμονες και ψυχοφθόρες προσπάθειες σε ατομικό επίπεδο , καθώς και δέσμευση πόρων , είτε αυτοί είναι η αποκλειστική ενασχόληση επιστημονικού προσωπικού είτε αυτοί είναι οικονομικοί. Οι πόροι αυτοί επιβαρύνουν υπέρμετρα κάθε σύστημα υγείας αλλά πρέπει να ληφθούν υπόψη των γενικών παραγόντων για την ήρεμη και ορθή ποιότητα ζωής.

Έτσι γίνεται αντιληπτό στον καθένα ο αγώνας που δίδεται από την επιστήμη, για την εξαφάνιση της νόσου του Alzheimer που αποτελεί εν μέρει έναν τρομακτικό εκφυλισμό της ανθρώπινης ύπαρξης μας.

Για την επιμέλεια αυτής εργασίας θέλω να εκφράσω τις θερμές μου ευχαριστίες στην κ.κ. Τσολάκη –Μαγδαληνή , (Επίκουρος Καθηγήτρια Νευρολογίας του Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης - αναπληρώτρια καθηγήτρια Εταιρείας της Νόσου Alzheimer &Συναφών διαταραχών) για το υλικό και την

βοήθεια που μου προσέφερε για την ουσιαστική συμβολή στην πραγματοποίηση της εργασίας καθώς και για την ανοχή της προς σε εμένα σε όλη την διάρκεια της εργασίας αυτής.

Επιπλέον θέλω να ευχαριστήσω εκ βάθων καρδίας τον κ. *Μεντενόπουλο Γεώργιο* (Αναπληρωτή καθηγητή νευρολογίας της ιατρικής σχολής του Α.Π.Θ.) για την σημαντική ποικιλότροπη βοήθεια του να δούμε τη νόσο αυτή από μία άλλη τελείως διαφορετική οπτική γωνία.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η πιο συχνή μορφή άνοιας είναι η άνοια τύπου Alzheimer, η γνωστότερη ονομαστικά και συχνότερη κατά αναλογία πληθυσμού. Μέχρι σήμερα έχουν περιγραφεί περισσότερες από εκατό(100) άνοιες, που οφείλονται σε διαφορετικά αίτια.

Έτσι άνοια είναι μία διαταραχή του εγκεφάλου που επηρεάζει την ικανότητα του ανθρώπου να εκτελεί τις καθημερινές δραστηριότητες.

Η νόσος Alzheimer είναι η πιο κοινή μορφή άνοιας που παρατηρείται στους ηλικιωμένους ανθρώπους. Η νόσος αυτή είναι μία πολυπαραγοντική νόσος που οφείλεται σε γενετικούς, περιβαλλοντικούς, και μεταβολικούς παράγοντες. Ανήκει στις εκφυλιστικές νόσους, κατά τις οποίες αργά και προοδευτικά καταστρέφει τα εγκεφαλικά κύτταρα. Προσβάλλει τα μέρη του εγκεφάλου που ελέγχουν τις λειτουργίες της σκέψης, της μνήμης και του λόγου.(Σχήμα 1).

Από τα 70 και πλέον αίτια που μπορούν να προκαλέσουν άνοια, η νόσος Alzheimer είναι υπεύθυνη για το 60% των ανοικών συνδρόμων. Έτσι η νόσος Alzheimer επηρεάζει όλες τις πληθυσμιακές ομάδες, ανεξάρτητα από την κοινωνική τάξη, φύλο, ή γεωγραφικό χώρο που μπορεί να εμφανιστεί και σε μικρότερης ηλικίας άτομα κάτω των 65 ετών.(ΜΑΝΟΣ ΝΙΚΟΣ, Θεσσαλονίκη 1997)

Τα συμπτώματα της νόσου είναι η διαταραχή στη μνήμη και η απώλεια των νοητικών λειτουργιών. Καθώς η νόσος εξελίσσεται τα συμπτώματα γίνονται εμφανή και αρχίζουν να δυσκολεύουν το άτομο στην καθημερινή ρουτίνα της ζωής του. Με την πάροδο του χρόνου το άτομο εξαρτάται ολοκληρωτικά από τα γύρω του άτομα για την κάλυψη και των πιο μικρών ατομικών του αναγκών.

Στην εργασία αυτή θα γίνει ανάλυση για την αιτιολογία-την παθοφυσιολογία-τα συμπτώματα-και τα κλινικά χαρακτηριστικά της νόσου.

Το υλικό έχει χωριστεί σε διάφορα μέρη ώστε η σύνθεση να είναι ένα σύνολο με σημασία. Ο ορισμός, τα συμπτώματα, η αιτιολογία, τα κλινικά χαρακτηριστικά, οι κλινικές μορφές της νόσου, η φαρμακευτική αντιμετώπιση καθώς και η νοσηλευτική παρέμβαση δίνουν την ολοκληρωτική εικόνα του παζλ της νόσου Alzheimer.

Έτσι λοιπόν η νόσος αυτή είναι ανίατη, και προκαλεί γενική αποδιοργάνωση στην υγεία του ανθρώπινου οργανισμού. Το ανοσολογικό σύστημα αποδυναμώνεται, ενώ η ύπαρξη απώλειας βάρους είναι εμφανής.

Το όνομα της νόσου προήλθε από τον Dr Alois Alzheimer, ένα Γερμανό νευρολόγο, ο οποίος το 1907 περιέγραψε κάποιες αλλαγές στο φλοιό του εγκεφάλου μίας γυναίκας που θεωρούσαν ότι είχε πεθάνει από μία άγνωστη ψυχική νόσο. Αυτές οι αλλαγές αναγνωρίζονται πλέον ως χαρακτηριστικές αλλοιώσεις που προκαλεί η νόσος Alzheimer. (ΚΑΠΑΚΗ Ε. και συν ΠΑΡΑΣΚΕΥΑΣ Γ.Π., Αθήνα 2000)

Σκοπός της εργασίας αυτής, είναι να γίνει μία σωστή ανάλυση του θέματος, για να καταλάβουμε τι εννοούμε με τον όρο Alzheimer και να δούμε από μία διαφορετική οπτική γωνία την νόσο.

Επιπλέον μέσα από την εξερεύνηση της βιβλιογραφικής ανασκόπησης μας δίδεται η δυνατότητα να μάθουμε τι νοσηλευτική παρέμβαση πρέπει να ακολουθήσουμε όταν ο άνθρωπος πάσχει από αυτή την νόσο, με ποιο τρόπο πρέπει να τον προσεγγίσουμε ώστε να μην αισθανθεί μειονεκτικά.

Οι τρόποι προσέγγισης για την σωστή αντιμετώπιση της νόσου δίνουν μία άλλη πινελιά στην σωστή διεξαγωγή της νόσου ώστε ο άνθρωπος να αισθάνεται ότι είναι μέσα σε ένα ενιαίο σύνολο.

1. ΑΝΟΙΑ ΤΥΠΟΥ ALZHEIMER

Η νόσος του Alzheimer ή ημίανοια του τύπου του Alzheimer, είναι μια προοδευτική και επιδεινούμενη εγκεφαλική διαταραχή, που επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό μνήμη, νόηση, και ικανότητα για αυτοφροντίδα. (Σαχίνη – Καρδάση Άννα και συν Πάνου Μαρία, Αθήνα 2004)

Έτσι η νόσος αυτή είναι μία πάθηση που χαρακτηρίζεται από τη σταδιακή αποδιοργάνωση των πνευματικών λειτουργιών και περιγράφεται με τον όρο άνοια , εξαιτίας των αλλοιώσεων στους ιστούς του εγκεφάλου.(Χριστοδούλου και συνεργάτες , Αθήνα 2004)

Περίπου τέσσερα% (4%) του πληθυσμού άνω των 65 ετών προσβάλλεται από τη νόσο και ο επιπολασμός φθάνει το ογδόντα % (80%) μετά την ηλικία των ογδόντα (80) ετών. Η νόσος αυτή είναι μία από τις πιο σημαντικές παθολογικές διαταραχές της σύγχρονης εποχής μας , επειδή έχει καταστροφικά αποτελέσματα για το θύμα και την οικογένεια , και οι συγγενείς βιώνουν αυτό που ονομάζεται <<ατέλειωτη κηδεία>>. (ΣΑΧΙΝΗ-ΚΑΡΔΑΣΗ ANNA και συν ΠΑΝΟΥ ΜΑΡΙΑ, ΑΘΗΝΑ 2004)

Σε μερικούς αλλά όχι σε όλους τους ασθενείς , παρατηρείται μία ήπια όπως αποκαλείται *γνώσιακη μειονεξία (επαναλαμβανόμενα κενά της βραχυπρόθεσμης μνήμης)* που μπορεί να εντάσσονται στα πρώτα στάδια της νόσου Alzheimer. Αυτές οι διαταραχές της μνήμης εμφανίζονται και διαρκούν

για ένα (1) έως δύο (2) χρόνια και μπορούν να αξιολογηθούν με τη βοήθεια ενός *ψυχολογικού τεστ*.

Οι αλλοιώσεις αυτές της μνήμης, είναι αρχικά πολύ ήπιες που μπορούν να παρατηρηθούν από κάποιο πρόσωπο που βρίσκεται κοντά στον <<ασθενή>>. (Παγκόσμιος οργανισμός υγείας, Ταξινόμηση των ψυχικά διαταραχών και διαταραχών της συμπεριφοράς, Γενεύη 1992)

1.1. Ιστορική αναδρομή

Το 1906, ο Alois Alzheimer (1864-1915) περιέγραψε την περίπτωση μίας γυναίκας που πέθανε στα 51 της χρόνια μετά από ένα μάλλον ταχέως εξελισσόμενο ανοικό σύνδρομο, στον εγκέφαλο της οποίας υπήρχαν ενδοκυττάρια συσσωρεύσεις νηματοειδών σχηματισμών που καταλάμβαναν το μεγαλύτερο μέρος, αν όχι το σύνολο, μεγάλου αριθμού νευρώνων του φλοιού.

Η νόσος Alzheimer είναι μία πρωτοπαθής εκφυλιστική νόσος του εγκεφάλου, με χαρακτηριστικά νευροχημικά και νευροπαθολογικά ευρήματα, η αιτία της οποίας παραμένει άγνωστη.

Η νόσος μπορεί να αρχίσει εκδηλούμενη στη μέση ενήλικη ζωή, γεγονός που την κατατάσσει στις προγεροντικές άνοιες, παρά το ότι η συχνότητα της είναι πολύ μεγαλύτερη στις όψιμες ηλικίες (Τσολάκη-Μαγδαληνή Κώστα, Θέματα Νευροψυχολογίας και νευρολογική εκτίμηση, Θεσσαλονίκη 1998).

1.2. Επιδημιολογικά στοιχεία

Σύμφωνα με τα επιδημιολογικά στοιχεία που καταγράφηκαν από τον *Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ)* η νόσος Alzheimer αποτελεί μία από τις αναπηρικές και επαχθείς νοσηρές καταστάσεις σε παγκόσμια κλίμακα.

Από τη νόσο του τύπου Alzheimer (η πιο συχνή μορφή άνοιας 60% του συνόλου)πάσχουν 141.000 άνθρωποι στην Ελλάδα, 5.000.000στην Ευρώπη και 24.300.000 σε όλο τον κόσμο.

Έτσι ένα νέο περιστατικό νόσου Alzheimer διαγιγνώσκεται *κάθε 7” ανά την υφήλιο* , ενώ ο αριθμός των ανοικτών ασθενών θα διπλασιάζεται κάθε 20 χρόνια. Ο αριθμός των ανοικτών ασθενών στην Ελλάδα σήμερα, ανέρχεται σε 141.000 άτομα. Υπολογίζεται *ότι νοσοούν αυτή την στιγμή με άνοια 24,3 εκατομμύρια άνθρωποι* σύμφωνα με τα στοιχεία πρόσφατης δημοσίευσης στο Lancet, ενώ *ετησίως* σημειώνονται 4,6 εκατομμύρια νέων περιστατικών.

Ως αποτέλεσμα , ο αριθμός των ανοικτών ασθενών αναμένεται να φθάσουν τα 42,3 εκατομμύρια *το 2020* και τα 81,1 *το 2040*. Ένα επιπλέον στοιχείο που αναφέρεται σε εργασία για τις ΗΠΑ *ότι ένας στους τρεις νέους* που θα έχει γόνις άνω των 65 ετών θα ασχολείται με τη φροντίδα τους εξαιτίας της νόσου.(Μυροβάλη Π.και συν Μιχέλη Μ.Πρακτικά 5^{ου} Πανελληνίου Διεπιστημονικού Συνεδρίου Νόσου Alzheimer και συναφών διαταραχών, Φεβρουάριος 2006)

2.ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΚΑΙ ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ALZHEIMER

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) η νόσος του Alzheimer αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα που υπάρχουν στην τρίτη ηλικία. Οι παράγοντες κινδύνου που εμφανίζουν την νόσο σύμφωνα με τον (ΠΟΥ) είναι οι ακόλουθοι:

{η ηλικία, η γενετική, το φύλο, οι κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις, οι ενδοκρινικοί και ορμονικοί παράγοντες, οι τοξικοί παράγοντες καθώς και ο αγγειακός παράγοντας}.

2.1.Η ηλικία:

Ο σημαντικότερος παράγοντας κινδύνου για την νόσο Alzheimer είναι η ηλικία. Είχε θεωρηθεί στο παρελθόν ότι η νόσος Alzheimer αποτελεί προχωρημένη μορφή γήρατος. Το γήρας έχει μελετηθεί από πολλούς ερευνητές αλλά δεν έχουν βρεθεί ειδικά χαρακτηριστικά που να προκαλούν τη νόσο. Τυχαία γεγονότα συνήθως πυροδοτούν την έναρξη της νόσου, ενώ παράλληλα κάποιες θεωρίες υποστηρίζουν ότι αυτό προκαλείται από συσσώρευση βλαβών.

Η γενετική :

Για την πρόκληση και την εμφάνιση της ΝΑ έχουν σημαντικό ρόλο οι γενετικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες. Η εμφάνιση της ΝΑ έχει σχέση με την ύπαρξη δύο τύπου γονιδίων που βρίσκονται στον οργανισμό μας. *Τα γονίδια με τον αυτόσωμο επικρατητικό τύπο* που έχουν υποστεί μεταλλάξεις και *τα γονίδια που ενεργούν συγχρόνως με άλλους παράγοντες* (κυρίως περιβαλλοντικούς).

Το φύλο:

Οι γυναίκες προσβάλλονται συχνότερα από την νόσο Alzheimer σε σύγκριση με τους άνδρες σε αναλογία δύο προς ένα (2/1). Για την εξήγηση του φαινομένου έχουν προταθεί διάφορες θεωρίες αλλά δεν υπάρχει καμία αποδεκτή που να εξηγεί την *αυξημένη συχνότητα εμφάνισης της ΝΑ στις γυναίκες*. Κάποιοι λόγοι που μπορεί να δώσουν μία μικρή δίοδο στην αιτία αυτή μπορεί να είναι *η μακροβιότητα των γυναικών ,ή οι μη καθορισμένοι περιβαλλοντικοί και ορμονικοί παράγοντες καθώς και η ύπαρξη περισσότερων προδιαθετικών γονιδίων στο χρωμόσωμα Χ*.

Οι κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις:

Ένας άλλος παράγοντας κινδύνου που είναι υπαίτιος για την εμφάνιση της ΝΑ είναι η ύπαρξη κρανιοεγκεφαλικών κακώσεων (τραυματικές κακώσεις) ιδίως όταν αυτές συνοδεύονται από κώμα , χωρίς όμως να υπάρχει σαφής επιβεβαίωση.

Οι ενδοκρινικοί και ορμονικοί παράγοντες:

Τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη συνδέονται με χαμηλό κίνδυνο εμφάνισης της ΝΑ, χωρίς όμως αυτό να επιβεβαιώνεται από διάφορες μελέτες.

Η θεραπεία με οιστρογόνα κατά την κλιμακτηριακή περίοδο έχει την δυνατότητα μείωσης εμφάνισης κινδύνου της ΝΑ , πιθανόν γιατί τα οιστρογόνα μειώνουν τον κίνδυνο εμφάνισης καρδιαγγειακών επεισοδίων και οστεοπόρωσης, καταστάσεων που επηρεάζουν την ΝΑ.

Οι τοξικοί παράγοντες:

Από τις επιδημιολογικές και τοξικολογικές μελέτες έχει εντοπισθεί ότι μόνο το αλουμίνιο (και αυτό με επιφυλάξεις) από τις τοξίνες και τις ουσίες του περιβάλλοντος, μπορεί να συμβάλλουν στην εμφάνιση της ΝΑ.

Ο αγγειακός παράγων:

Ο αγγειακός παράγων παίζει ρόλο στην ΝΑ. Το έμφραγμα του μυοκαρδίου αυξάνει τον κίνδυνο ΝΑ, καθώς σε νεκροτομικές μελέτες έχουν βρεθεί ότι η στεφανιαία νόσος με ή χωρίς έμφραγμα, αυξάνει την συχνότητα της νόσου

έξι (6) φορές περισσότερο σε ηλικιωμένους άνδρες που έχουν εναποθέσεις αμυλοειδούς στον εγκέφαλο τους. (Serge Gauthier, Κέντρο σπουδών γήρατος, Αθήνα 2000)

Ο κίνδυνος εμφάνισης ΝΑ είναι διπλάσιος σε διαβητικούς που παίρνουν ινσουλίνη ή αγωγή από το στόμα.

Έχει επίσης βρεθεί ότι οι καπνιστές έχουν δυόμισι (2,5) περισσότερες πιθανότητες να προσβληθούν από ΝΑ.

Η αρτηριοσκλήρυνση μειώνει τον κίνδυνο εμφάνισης ΝΑ ανάλογα με την βαρύτητα της ενώ τέλος έχει ενοχοποιηθεί και η αρτηριακή για την εμφάνιση της ΝΑ. Θεωρείται πως άτομα με υπέρταση στην νεανική τους ηλικία έχουν περισσότερες πιθανότητες να προσβληθούν από ΝΑ όταν γεράσουν (κατά την εμφάνιση της άνοιας η αρτηριακή πίεση έχει πτωτική τάση). (Θεοτοκά Ίλια, Η νόσος του Alzheimer, Αθήνα 2004)

2.2. Παθοφυσιολογία

Για την ένδειξη της νόσου είναι χαρακτηριστικό ότι εμπλέκεται ένας αριθμός νευρώνων. Το συγκεκριμένο μικροσκοπικό χαρακτηριστικό είναι μία συσσώρευση παθολογικών, διαπλεκόμενων ινών, και γεροντικών πλακών (στρογγυλές ή ωοειδείς δομές αποτελούμενες από καταστραμμένους δεντρίτες και συνάψεις, που είναι ενσφηνωμένες σε ένα κεντρικό αμυλοειδή πυρήνα) στον εγκέφαλο των αρρώστων με τη νόσο. (Λυμπεράκης Α. Στάθης, εγκέφαλος και ψυχολογία, εισαγωγή στη νευρολογία, Αθήνα 1997).

Έτσι στη νόσο του Alzheimer (ΝΑ), ο εγκέφαλος είναι καθαρά ατροφικός, με μία υπεροχή της ατροφίας στο επίπεδο του κροταφικού, του μετωπιαίου (Εικόνα 1), ή βρεγματικού λοβού και σε μερικές περιπτώσεις και του ινιακού. Η εγκεφαλική ατροφία είναι γενικά συμμετρική, αλλά παρατηρούνται και περιπτώσεις με ασυμμετρία. Σχετικά με τις μεταβολές του όγκου του εγκεφάλου, με την πάροδο της ηλικίας, πολλές περιοχές αυτού όπως ο ιππόκαμπος, και ο κροταφικός λοβός, εμφανίζουν μείωση του όγκου αυτών. Οι νοητικές διαταραχές που συνοδεύονται με την ηλικία έχουν σχέση με μείωση του όγκου του μετωπιαίου λοβού.

Υπάρχει μία αξιοσημείωτη απώλεια νευρικών κυττάρων από τον εγκεφαλικό φλοιό με αντίστοιχη ατροφία του εγκεφάλου. Ο θάνατος κυττάρων συνοδεύεται από μείωση αιματικής ροής στον εγκέφαλο. .(Χριστοδούλου Γ.Ν. και συνεργάτες, γνωστικές λειτουργίες της νόσου Alzheimer, Αθήνα 2004)

Στους ασθενείς με νόσο Alzheimer (NA) βρέθηκε μείωση της λευκής και της φαιάς ουσίας και το γεγονός αυτό συνδέθηκε με την έκπτωση των νοητικών λειτουργιών. Έτσι η σχέση λευκής-φαιάς ουσίας ήταν μεγαλύτερη στους γηραιότερους συγκριτικά με τους νεότερους. Από τα παραπάνω φαίνεται ότι βασικό στοιχείο είναι η μεγαλύτερη μείωση της λευκής ουσίας προοδευτικώς με την εξέλιξη της ηλικίας.

Εικόνα 1.

Έτσι λοιπόν στον ατροφικό φλοιό παρατηρούνται βλάβες ανάμεσα στους νευρώνες. *Οι βλάβες αυτές είναι οι γεροντικές πλάκες (Εικόνα 2) που είναι οι συχνότερες, ενώ οι αμυλοειδής αγγειοπάθειες είναι παρούσες σε ορισμένες μόνο περιπτώσεις.* (Χριστοδούλου Γ. Ν. και συνεργάτες, Ψυχιατρική Δεύτερος τόμος, πρώτη έκδοση, Αθήνα 2000)

Εικόνα 2.

2.3. Συμπτωματολογία

Η νόσος Alzheimer μπορεί να επηρεάσει κάθε άνθρωπο με διαφορετικό τρόπο και οι επιπτώσεις της εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από το πώς ήταν το άτομο πριν την εμφάνιση της νόσου, π.χ. προσωπικότητα, φυσική κατάσταση και ο τρόπος ζωής του.

Γίνεται εύκολα αντιληπτό ότι στη νόσο Alzheimer αλλά και στο φυσιολογικό γήρας, παρατηρείται εκλεκτική προσβολή στις πάσχουσες εγκεφαλικές περιοχές σε διάφορες στιβάδες και σε κυτταρικούς πληθυσμούς του εγκεφάλου. Υπάρχει ένδειξη ότι ένας αριθμός νευρώνων εμπλέκεται στη νόσο. *Επιπλέον η απώλεια των νευρικών κυττάρων από τον εγκεφαλικό φλοιό είναι φανερή , που αυτό έχει ως αποτέλεσμα την ατροφία του εγκεφάλου.* Έτσι στη νόσο του Alzheimer έχουμε ατροφία των δύο ιππόκαμπων όπως φαίνεται και *εικόνα 3*. Καθοριστικό ρόλο έχει η προοδευτική μείωση στη δραστηριότητα του ενζύμου τρανσφεράση ακετυλοχολίνης στον εγκεφαλικό ιστό. Το ένζυμο διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στη χημική διεργασία που παράγει *ακετυλοχολίνη*. (Εταιρεία Νόσου Alzheimer και Συναφών Διαταραχών .Ενημέρωση για την νόσο Alzheimer, Αθήνα, Ιανουάριος 2007)

Εικόνα 3.

Για αυτό λοιπόν το λόγο τα συμπτώματα της νόσου Alzheimer διαφαίνονται εύκολα και μπορούν να γίνουν καλύτερα κατανοητά αν μελετηθούν μέσα στο πλαίσιο των τριών σταδίων ανάπτυξης της νόσου που είναι :το πρώιμο- το μέσο- και το όψιμο στάδιο.

Κάποιος που πάσχει από Alzheimer δεν εμφανίζει όλα τα συμπτώματα, ούτε όλοι εμφανίζουν την ίδια συμπτωματολογία. Τα στάδια ανάπτυξης της νόσου εξυπηρετούν τους συγγενείς που έχουν τα στάδια ως ένα οδηγό κατανόησης της εξέλιξης της νόσου προκειμένου να είναι σε θέση να αντιμετωπίζουν πιθανά προβλήματα και να προγραμματίζουν ανάλογα την κάλυψη των μελλοντικών αναγκών του πάσχοντα, αν και κανένα άτομο δεν θα βιώσει τη νόσο ακριβώς με τον ίδιο τρόπο όπως ένα άλλο.

Μερικά από τα συμπτώματα μπορεί να εμφανίζονται σε περισσότερα από ένα στάδια της νόσου που αυτό σημαίνει ότι ο ασθενής χρειάζεται μεγαλύτερη φροντίδα, αγάπη και κατανόηση από τον συγγενή.

•Πρώιμο στάδιο

Το πρώιμο στάδιο συχνά παραβλέπεται και χαρακτηρίζεται από τους συγγενείς ως <<γεράματα>> ή ως ένα φυσιολογικό τμήμα της διαδικασίας γήρανσης και καθώς η έναρξη της νόσου είναι βαθμιαία , είναι αρκετά δύσκολο να προσδιορισθεί ο ακριβής χρόνος εμφάνισης της νόσου.

Το άτομο σε αυτό το στάδιο παρουσιάζει:

- δυσκολίες με το λόγο
- σημαντική ελάττωση της βραχυχρόνιας μνήμης
- δείχνει αποπροσανατολισμένος κατά διαστήματα
- χάνεται σε γνωστά μέρη
- έχει έλλειψη πρωτοβουλίας και κινητοποίησης και δυσκολεύεται στη λήψη αποφάσεων
- παρουσιάζει μείωση των ενδιαφερόντων του, των χόμπι και των δραστηριοτήτων του και επιπλέον τον διακατέχουν σημάδια κατάθλιψης και επιθετικότητας.

• *Μέσο στάδιο*

Καθώς η νόσος προχωρά , τα προβλήματα γίνονται πιο έντονα και περιοριστικά για τον πάσχοντα. Το άτομο που πάσχει από Alzheimer δυσκολεύεται στην καθημερινή του ζωή και στις δραστηριότητες του.

Κάποια πράγματα που κάνει είναι ότι :

- ξεχνά πολλά ονόματα ανθρώπων και πρόσφατα γεγονότα.
- δεν είναι σε θέση να μαγειρέψει, να καθαρίσει ή να ψωνίσει .
- χρειάζεται βοήθεια με την προσωπική του υγιεινή π.χ. τουαλέτα, πλύσιμο και ντύσιμο .
- αυξάνεται η δυσκολία του στην ομιλία, και μπορεί να έχει παραισθήσεις
- μπορεί να χάνεται στο σπίτι και στη γειτονιά καθώς και ότι αυξάνεται η δυσκολία του στην ομιλία
- δεν μπορεί πλέον μόνος του χωρίς δυσκολίες.

• *Όψιμο στάδιο*

Αυτό το στάδιο χαρακτηρίζεται από πλήρη εξάρτηση και έλλειψη δραστηριοποίησης. Η απώλεια της μνήμης είναι πολύ σοβαρή και οι σωματικές επιπτώσεις της νόσου είναι πλέον εμφανείς. Το άτομο σε αυτό το (τελευταίο) στάδιο :

- έχει δυσκολία να φάει μόνος του
- δεν αναγνωρίζει συγγενείς, φίλους, και παρουσιάζει δυσκολία στην κατανόηση γεγονότων
- δεν είναι σε θέση να μετακινηθεί και μπορεί να χάνεται μέσα στο σπίτι
- παρουσιάζει ακράτεια και έχει δυσκολία στην βάδιση
- και τέλος μπορεί να είναι περιορισμένο σε αναπηρική καρέκλα ή στο κρεβάτι.(Frieland Rob.Md, 5^ο Πανελλήνιο Διεπιστημονικό Συνέδριο Νόσου Alzheimer και συναφών διαταραχών, σφαιρική θεώρηση της βιολογίας της νόσου Alzheimer, Φεβρουάριος 2007)

Συνοπτικά λοιπόν, *τα συμπτώματα* που παρουσιάζει ο ασθενής στη ΝΑ είναι :α) η *έκπτωση της μνήμης*, β)η *αφασία {διαταραχή του λόγου }* γ)η *απραξία {έκπτωση στην ικανότητα να διεκπεραιώνει κινητικές*

δραστηριότητες } δ) *αγνωσία* { αδυναμία να αναγνωρίζει ή να προσδιορίζει αντικείμενα } ε) και *διαταραχή της εκτελεστικής λειτουργίας* { διαταραχή στην ικανότητα να μπορεί να κάνει σχέδια, να οργανώνει να λειτουργεί αφαιρετικά }. Τέλος η αιτία της νόσου παραμένει άγνωστη.

Είναι όμως γνωστό ότι η νόσος Alzheimer δεν προκαλείται από: Σκλήρυνση των αρτηριών, ή σε μεγάλη ηλικία καθώς δεν αποτελεί φυσιολογικό τμήμα της διαδικασίας γήρανσης. (Οικονόμου Φ. Εγχειρίδιο Ψυχιατρικής για την αποκατάσταση των χρόνιων ψυχικών αρρώστων με Alzheimer, Αθήνα 2000).

δραστηριότητες } δ)αγνωσία {αδυναμία να αναγνωρίζει ή να προσδιορίζει αντικείμενα} ε)και διαταραχή της εκτελεστικής λειτουργίας {διαταραχή στην ικανότητα να μπορεί να κάνει σχέδια, να οργανώνει να λειτουργεί αφαιρετικά}.Τέλος η αιτία της νόσου παραμένει άγνωστη.

Είναι όμως γνωστό ότι η νόσος Alzheimer δεν προκαλείται από: Σκλήρυνση των αρτηριών, ή σε μεγάλη ηλικία καθώς δεν αποτελεί φυσιολογικό τμήμα της διαδικασίας γήρανσης.(Οικονόμου Φ. Εγχειρίδιο Ψυχιατρικής για την αποκατάσταση των χρόνιων ψυχικών αρρώστων με Alzheimer, Αθήνα 2000).

2.4.Η ταξινόμηση της μνήμης στη νόσο Alzheimer

Οι διαταραχές της μνήμης είναι όπως αναφέραμε και πιο πάνω από τα πρώτα συμπτώματα της ΝΑ.

Η μνήμη αποτελεί θεμελιώδες συστατικό της ανθρώπινης βιολογικής και υποκειμενικής πραγματικότητας. Η μνήμη αποτελεί τον πυρήνα της προσωπικής ιστορίας του ανθρώπου και για αυτό το λόγο η λειτουργική οργάνωση της μνήμης περιλαμβάνει κατά σειρά διαδικασίες επιλογής και κωδικοποίησης αποθήκευσης ή απόσβεσης και ανάκλησης της πληροφορίας , όπως διαφαίνεται στην εικόνα 4.

Εικόνα 4.

Υπάρχουν διάφορα είδη μνήμης που επηρεάζονται από την νόσο Alzheimer. Έτσι λοιπόν θα εξετάσουμε πως η νόσος επηρεάζει τα διάφορα είδη μνήμης.(Μεντενόπουλος Γ, Η νόσος του Alzheimer, Θεσσαλονίκη 1999)

Η λειτουργική μνήμη εμφανίζει σοβαρές διαταραχές στο επίπεδο των εκτελεστικών λειτουργιών.

Η επεισοδιακή μνήμη εμφανίζει διαταραχές σε όλες σχεδόν τις δοκιμασίες. Οι διαταραχές της σημασιολογικής μνήμης και του λόγου συμμετέχουν στις διαταραχές της επεισοδιακής μνήμης. Οι ασθενείς δυσκολεύονται να ξεχωρίσουν την εικόνα του αντικειμένου , όταν η εικόνα αυτή είναι ανάμεικτη με εικόνες αντικειμένων της ίδιας κατηγορίας. Επίσης δυσκολεύονται να κατονομάζουν αντικείμενα και να απαντούν σε ερωτήσεις σχετικά με τις ιδιότητες των αντικειμένων που δεν μπορούν να κατονομάσουν.([http://iatrikionline .gr.](http://iatrikionline.gr))

2.5. Κλινικά χαρακτηριστικά (εικόνα) της νόσου Alzheimer.

Η νόσος προσβάλλει την μνήμη και την νοητική λειτουργία του ανθρώπινου οργανισμού. *Η νόσος αυτή είναι ανίατη, και προκαλεί γενική αποδιοργάνωση στην υγεία.* Ωστόσο , η πιο συχνή αιτία θανάτου είναι η πνευμονία, γιατί, καθώς η νόσος εξελίσσεται , *το ανοσολογικό σύστημα αποδυναμώνεται* , ενώ παρουσιάζεται απώλεια βάρους , που αυξάνει τον κίνδυνο λοιμώξεων του ανώτερου και του κατώτερου αναπνευστικού συστήματος

Για αυτό λοιπόν τον λόγο θα εξετάσουμε τα κλινικά χαρακτηριστικά του ασθενούς σε διαφορετικά επίπεδα, θα αναλύσουμε πως αντιδράει ο ασθενής σε διάφορα επίπεδα στην ζωή του βιώνοντας την νόσο καθημερινά, καθώς η νόσος γίνεται κτήμα του.

Όπως αναφερθήκαμε προηγουμένως στη νόσο Alzheimer παρατηρείται αποδιοργάνωση των λειτουργιών του κεντρικού συστήματος. Έτσι έχουμε αποδιοργάνωση σε διάφορα επίπεδα που θα εξετάσουμε ένα –ένα χωριστά.(Pollock Bg, Bpsychiatry Neutrol 1998).

I. Αποδιοργάνωση σε ψυχολογικό επίπεδο

Η ικανότητα του ασθενή στις επιδόσεις που έχει στην καθημερινή ρουτίνα της ζωής του μεταβάλλεται ανάλογα με το βαθμό της εγκεφαλικής διαταραχής. Αν και η εμφάνιση της νόσου είναι ύπουλη, τα μέλη της οικογένειας συνήθως παρατηρούν αξιοσημείωτη απώλεια μνήμης του πάσχοντα. Όταν όμως η λειτουργική ικανότητα πρέπει να ρυθμιστεί από την παρατήρηση των εξωτερικών γεγονότων τότε πρέπει να επιστρατευθούν ικανότητες του ασθενούς από προηγούμενες εμπειρίες της ζωής του. Στις περιπτώσεις αυτές *η διερεύνηση του βλέμματος αποτελεί ένα καλό κριτήριο της νοητικής δραστηριότητας στο μέτρο που η καθήλωση του βλέμματος αντιστοιχεί στην επιλογή των πληροφοριών που δέχεται.* (Mega Ms, Neurology 1996)

II. Αποδιοργάνωση σε νευροψυχολογικό επίπεδο.

Οι διαταραχές της μνήμης και του προσανατολισμού αποτελούν το βασικότερο κλινικό σημείο της ΝΑ.

Στη ΝΑ διαταράσσεται κυρίως η πρόσφατη μνήμη ενώ η *παλινδρόμηση* διατηρείται περισσότερο και προσβάλλεται στα τελευταία στάδια της νόσου. Στην προσπάθεια να θυμηθούν γεγονότα της ζωής τους, οι ασθενείς παρουσιάζουν ποικίλες διαταραχές όπως μυθοπλασίες δηλαδή καλύπτουν κενά μνήμης με φανταστικά γεγονότα που νομίζουν ότι συνέβησαν. Μία άλλη διαταραχή είναι οι εσφαλμένες επιβεβαιώσεις οι οποίες συνοδεύονται από ιδέες καταδίωξης ή άλλες παραληρηματικού τύπου. (Διαγνωστικό Θεραπευτικό κέντρο Υγεία –Εγκυκλοπαίδεια Υγείας. www.in.gr)

Ένα επιπλέον στοιχείο είναι ότι *ο ασθενής εκδηλώνεται ευκολότερα με απλές πράξεις παρά με το λόγο.* Ο τρόπος που προσπαθεί να ελέγξει το χώρο του είναι αδέξιος και μερικές φορές ερμηνεύεται από το περιβάλλον του σαν προσπάθεια φυγής. Οι περιπτώσεις αυτές εκφράζουν και μία δυσκολία του ασθενή να αποδεχθεί κάποιο περιορισμό. (www.medweb.gr .ιατρικές πληροφορίες)

III. Αφασικές διαταραχές

Στις αφασικές διαταραχές διακρίνονται οι διαταραχές του προφορικού λόγου, της ανεύρεσης λέξεων και του προφορικού λόγου.

Έτσι το χαρακτηριστικό γνώρισμα της συμπτωματολογίας στη ΝΑ είναι οι αφασικές διαταραχές. Οι αφασικές διαταραχές διακρίνονται σε τρεις κυρίως φάσεις:

Στην πρώτη φάση παρατηρείται η διαταραχή του προφορικού λόγου που ο ασθενής δυσκολεύεται να κατονομάσει το αντικείμενο το οποίο βλέπει.

Στη δεύτερη φάση, τα προηγούμενα συμπτώματα χειροτερεύουν, ενώ εμφανίζονται και διαταραχές στην κατανόηση του λόγου. Επιπλέον παρατηρούνται συχνά μεταβολές των συλλαβών της λέξης.

Στην τρίτη και τελευταία φάση οι ικανότητες παρουσιάζουν σημαντική επιδείνωση καθώς σε προχωρημένα στάδια της νόσου παρουσιάζεται το φαινόμενο της ηχολαλίας και της λογοκλονίας (ακούσια επανάληψη των τελευταίων συλλαβών της λέξης. Οι διαταραχές της ανεύρεσης λέξεων στη νόσο Alzheimer είναι γνωστό φαινόμενο. Πρόκειται για τη λέξη που <<γυρίζει στο νου βρίσκεται στην άκρη της γλώσσας και δεν βγαίνει.>>. (www.iatrotek .online)

2.6. Κλινικές μορφές της νόσου Alzheimer

Υπάρχουν διάφορες ταξινομήσεις της νόσου Alzheimer γεγονός που υποδηλώνει τις δυσχέρειες μίας πλήρους ανάπτυξης. Σύμφωνα με μία ταξινόμηση διακρίνεται σε μία γεροντική, μία προγεροντική, και μία άτυπος μορφή.

I. Προγεροντική άνοια νόσου Alzheimer (νόσος Alzheimer τύπου 2).

Η προγεροντική άνοια της νόσου Alzheimer συμβαίνει πριν την ηλικία των εξηνταπέντε (65) ετών, με εξέλιξη αρκετά ταχεία προς αποδιοργάνωση και περιλαμβάνει πολλές σημαντικές διαταραχές αμφότερων των φλοιωδών λειτουργιών του εγκεφάλου. Στις περισσότερες περιπτώσεις επέρχονται

αρκετά νωρίς αφασία, αγνωσία, απραξία, αγραφία και αλεξία. Η διάγνωση στηρίζεται στην παρουσία άνοιας που αντιστοιχεί στην παραπάνω περιγραφή με έναρξη πριν τα 65 χρόνια και ταχεία εξέλιξη των συμπτωμάτων. Η παρουσία οικογενειακού ιστορικού στη ΝΑ, η τρισωμία εικοσιένα (21), η λεμφωμάτωση, ενισχύουν την διάγνωση αλλά δεν είναι απαραίτητα.

II. Γεροντική άνοια της νόσου Alzheimer (νόσος Alzheimer τύπου 1)

Πρόκειται για την άνοια της ΝΑ της οποίας η κλινική έναρξη είναι μετά το εξηνταπέντε (65^ο) έτος της ηλικίας, συνήθως στο τέλος της όγδοης δεκαετίας και η εξέλιξη της είναι βραδεία και προοδευτική ενώ το κύριο χαρακτηριστικό της είναι η διαταραχή της μνήμης . Η διάγνωση στηρίζεται στην παρουσία της άνοιας που περιγράφηκε πιο πριν.

III. Άτυπη ή μικτή μορφή της νόσου Alzheimer

Σε αυτή την κατηγορία ταξινομούνται οι άνοιες που δεν απαντούν στις κλινικές περιγραφές και στις οδηγίες για την διάγνωση της άνοιας Alzheimer προγεροντικού ή γεροντικού τύπου. Περιλαμβάνει επίσης τις μεικτές μορφές άνοιας (αγγειακές και Alzheimer).(Kydd P , Neyral Res 1998,και συν Τσολάκη Μ.Σύγχρονη θεώρηση των συμπεριφορικών και ψυχολογικών συμπτωμάτων στην άνοια ,Θεσσαλονίκη,2000)

2.5. Κλινικά χαρακτηριστικά (εικόνα) της νόσου Alzheimer.

Η νόσος προσβάλλει την μνήμη και την νοητική λειτουργία του ανθρώπινου οργανισμού. *Η νόσος αυτή είναι ανίατη, και προκαλεί γενική αποδιοργάνωση στην υγεία.* Ωστόσο, η πιο συχνή αιτία θανάτου είναι η πνευμονία, γιατί, καθώς η νόσος εξελίσσεται, *το ανοσολογικό σύστημα αποδυναμώνεται*, ενώ παρουσιάζεται απώλεια βάρους, που αυξάνει τον κίνδυνο λοιμώξεων του ανώτερου και του κατώτερου αναπνευστικού συστήματος.

Για αυτό λοιπόν τον λόγο θα εξετάσουμε τα κλινικά χαρακτηριστικά του ασθενούς σε διαφορετικά επίπεδα, θα αναλύσουμε πως αντιδράει ο ασθενής σε διάφορα επίπεδα στην ζωή του βιώνοντας την νόσο καθημερινά, καθώς η νόσος γίνεται κτήμα του.

Όπως αναφέρθηκαν προηγουμένως στη νόσο Alzheimer παρατηρείται αποδιοργάνωση των λειτουργιών του κεντρικού συστήματος. Έτσι έχουμε αποδιοργάνωση σε διάφορα επίπεδα που θα εξετάσουμε ένα –ένα χωριστά.

I. Αποδιοργάνωση σε ψυχολογικό επίπεδο

Η ικανότητα του ασθενή στις επιδόσεις που έχει στην καθημερινή ρουτίνα της ζωής του μεταβάλλεται ανάλογα με το βαθμό της εγκεφαλικής διαταραχής. Αν και η εμφάνιση της νόσου είναι ύπουλη, τα μέλη της οικογένειας συνήθως παρατηρούν αξιοσημείωτη απώλεια μνήμης του πάσχοντα. Όταν όμως η λειτουργική ικανότητα πρέπει να ρυθμιστεί από την παρατήρηση των εξωτερικών γεγονότων τότε πρέπει να επιστρατευθούν ικανότητες του ασθενούς από προηγούμενες εμπειρίες της ζωής του. Στις περιπτώσεις αυτές *η διερεύνηση του βλέμματος αποτελεί ένα καλό κριτήριο της νοητικής δραστηριότητας στο μέτρο που η καθήλωση του βλέμματος αντιστοιχεί στην επιλογή των πληροφοριών που δέχεται.*

II. Αποδιοργάνωση σε νευροψυχολογικό επίπεδο.

Οι διαταραχές της μνήμης και του προσανατολισμού αποτελούν το βασικότερο κλινικό σημείο της ΝΑ.

Στη ΝΑ διαταράσσεται κυρίως η πρόσφατη μνήμη ενώ η παλινδρόμηση διατηρείται περισσότερο και προσβάλλεται στα τελευταία στάδια της νόσου.

Στην προσπάθεια να θυμηθούν γεγονότα της ζωής τους, οι ασθενείς παρουσιάζουν ποικίλες διαταραχές όπως μυθοπλασίες δηλαδή καλύπτουν κενά μνήμης με φανταστικά γεγονότα που νομίζουν ότι συνέβησαν. Μία άλλη διαταραχή είναι οι εσφαλμένες επιβεβαιώσεις οι οποίες συνοδεύονται από ιδέες καταδίωξης ή άλλες παραληρηματικού τύπου.

Ένα επιπλέον στοιχείο είναι ότι *ο ασθενής εκδηλώνεται ευκολότερα με απλές πράξεις παρά με το λόγο*. Ο τρόπος που προσπαθεί να ελέγξει το χώρο του είναι αδέξιος και μερικές φορές ερμηνεύεται από το περιβάλλον του σαν προσπάθεια φυγής. Οι περιπτώσεις αυτές εκφράζουν και μία δυσκολία του ασθενή να αποδεχθεί κάποιο περιορισμό.

3. ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΣΤΗΝ ΝΟΣΟ ALZHEIMER

Ενώ στις πρώτες περιγραφές της νόσου Alzheimer δεν αναφέρονταν καμία άλλη διαταραχή εκτός από την έκπτωση των νοητικών λειτουργιών έχει γίνει πλέον αποδεκτό, και μέσα από τα πειράματα και τις μελέτες, ότι η ΝΑ προκαλεί συχνά στους ασθενείς και παθολογικά ευρήματα από νευρολογικής πλευράς, σε σχέση με την κινητικότητα (π.χ. παρκινσονισμός, και επιληπτικές κρίσεις.)Επιπλέον η παρουσία αυτών των ευρημάτων εμπλέκεται και στην ετερογένεια της νόσου.

Παρόλο που η εμφάνιση παρκινσονισμού σε ασθενείς με ΝΑ έχει πλέον πιστοποιηθεί, υπάρχουν πολλές μεγάλες διακυμάνσεις στα ποσοστά εμφάνισης του παρκινσονισμού. Σε διάφορες μελέτες που έχουν γίνει τα ποσοστά εμφάνισης του παρκινσονισμού εμφανίζονται πάρα πολύ διαφοροποιημένα. Αυτό συμβαίνει εξαιτίας των διαφορετικών κριτηρίων για τον παρκινσονισμό και στην λήψη ή όχι των συνθηκών διαβίωσης των ασθενών και της λήψης ή όχι νευροληπτικών. Έτσι οι ασθενείς που ήταν σε κάποιο ίδρυμα η συχνότητα εμφάνισης παρκινσονισμού είναι μεγαλύτερη.(Horman-Rock, Psychiatry 1999 και συν Ιατρική Εφημερίδα "Δέκα χρόνια Εταιρείας ΝΑ και συγγενών διαταραχών)

Κλινικά χαρακτηριστικά του παρκινσονισμού στην νόσο Alzheimer:

Οι ασθενείς με ΝΑ εμφανίζουν παρκινσονισμό ακινητικού τύπου που εκδηλώνεται με βραδυκίνηση, δυσκαμψία και διαταραχή βάδισης. Είναι κοινά αποδεκτό ότι οι ασθενείς με παρκινσονισμό εμφανίζουν πιο ταχεία εξέλιξη της νόσου.

Άλλες διαταραχές της κινητικότητας στην νόσο Alzheimer:

Άλλες διαταραχές της κινητικότητας στην ΝΑ είναι ο μυόκλονος (ακούσια κίνηση)ο οποίος θεωρείται εκδήλωση του τελικού σταδίου της νόσου ενώ σχετίζεται με την έναρξη της ΝΑ. (Mary A.Nies και συν Melanie Mc Ewen, Κοινοτική Νοσηλευτική, Αθήνα 2001).

Επιπλέον εμφανίζονται διαταραχές και σε διάφορες καταστάσεις του οργανισμού όπως είναι: η όραση και η αρτηριακή πίεση που παρουσιάζουν αλλαγές στη ΝΑ.

3.1. Η όραση στη νόσο Alzheimer

Η διαταραχή του οπτικού συστήματος στη νόσο Alzheimer είναι γνωστή τόσο από τις κλινικές παρατηρήσεις όσο και από πειραματικά στοιχεία. Οι οπτικές διαταραχές εμφανίζονται συγχρόνως με την έναρξη της νόσου. Μάλιστα αυτές οι διαταραχές είναι πολλές φορές τα πρώτα συμπτώματα της ΝΑ. *Η εμφάνιση των πρώτων συμπτωμάτων είναι οι διαταραχές του προσανατολισμού στην ανάγνωση κειμένων .Αυτές οι διαταραχές στην αρχή της νόσου υποδηλώνουν διαταραχή χώρου παρά λόγου.* Στη συνέχεια εμφανίζονται διαταραχές στην δοκιμασία αντιγραφής σχεδίων και εικόνων που αυτές αναφέρονται σε ασθενείς που προσκρούουν σε μεγάλο μέγεθος αντικείμενα που βρίσκονται μπροστά τους (π.χ. έπιπλα) δίνοντας την εντύπωση ότι δεν τα βλέπουν. Επίσης δεν μπορούν να εντοπίσουν με ακρίβεια αντικείμενα στον χώρο και να καθορίσουν τις τοπογραφικές σχέσεις μεταξύ τους . *Τέλος η αίσθηση της κίνησης της κίνησης μειώνεται ακόμα περισσότερο στην ΝΑ σε σχέση με την μείωση που οφείλεται στην ηλικία.*

3.2. Η αρτηριακή πίεση στην νόσο Alzheimer

Η αρτηριακή πίεση και η έκπτωση των νοητικών λειτουργιών παίζουν σημαντικό ρόλο στην ΝΑ . *Οι επιδόσεις των νευροψυχολογικών δοκιμασιών είναι κατώτερες στους υπερτασικούς, και γενικά σε άτομα με μεγάλη αρτηριακή πίεση , χωρίς όμως να υπάρχουν επιπτώσεις στην καθημερινή τους ζωή.* Μεταξύ των νοητικών λειτουργιών που κινδυνεύουν , αυτή που προσβάλλεται περισσότερο είναι η μνήμη.

3.2.1. Η αρτηριακή υπέρταση στην νόσο του Alzheimer

Η σχέση αρτηριακής πίεσης και ανοιών είναι πολύπλοκη. Αναφέρεται ότι οι προκλινικές εγκεφαλικές βλάβες τύπου NA, ευνοούν την εμφάνιση της νόσου μετά από ένα αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο. Επιπλέον διαπιστώνεται ότι η αποτελεσματική αντιμετώπιση της υπέρτασης ίσως αποτελεί έναν σημαντικό παράγοντα προφύλαξης και πρόληψης απέναντι στην εμφάνιση της NA και της των ανοιών γενικότερα.

3.2.2. Η αρτηριακή υπόταση στην νόσο του Alzheimer

Η αρτηριακή πίεση εμφανίζεται χαμηλότερη σε σχέση με την πίεση του ασθενή πριν την εμφάνιση της νόσου. Έτσι θεωρείται σήμερα ότι η αρτηριακή υπόταση είναι μία από τις συνέπειες της NA. Για αυτό λοιπόν το λόγο εμφανίζεται ταυτόχρονη και ομοιογενής αποδιοργάνωση των νευροψυχολογικών και νευρολογικών λειτουργιών στη νόσο του Alzheimer.

Η αποδιοργάνωση αυτή γίνεται με τρόπο ομοιογενή, δηλαδή μόλις μία διαταραχή εμφανιστεί σε ένα επίπεδο (π.χ. ψυχολογικό) τότε μία ανάλογη διαταραχή εμφανίζεται σε άλλο επίπεδο (π.χ. νευροψυχολογικό ή νευρολογικό.)

Έτσι παρακάτω αναφέρονται τέσσερα (4) στάδια αυτής της αποδιοργάνωσης στα τρία επίπεδα (ψυχολογικό, νευροψυχολογικό, και νευρολογικό) στην NA.

Στο πρώτο (1^ο) στάδιο παρατηρείται έναρξη διαταραχών στο διαχωρισμό μεταξύ βάρους και όγκου, δυσκολία αναγνώρισης αντικειμένων σε ατελείς εικόνες καθώς επικρατεί και ήπιος τρόμος.

Στο δεύτερο (2^ο) στάδιο παρατηρούνται διαταραχές στο διαχωρισμό μεταξύ όγκου και βάρους αλλά επικρατεί η διατήρηση της έννοιας του όγκου και του βάρους, καθώς κυριαρχεί το ανέκφραστο πρόσωπο και τα αυτόματα αντανακλαστικά.

Στο τρίτο (3^ο) στάδιο έχουμε την διατήρηση μόνο της έννοιας του βάρους, αλλά υπάρχουν και οι διαταραχές της στερεογνωσίας καθώς και της μίμησης συμβολικών πράξεων.

Και στο τέταρτο (4^ο)και τελευταίο στάδιο έχουμε απώλεια όλων των ΙΚΑΝΟΤΗΤΩΝ, εκτίμησης, όγκου και βάρους. Επικρατεί η σωματοαγνωσία σε όλο της το μεγαλείο και κυρίαρχο ρόλο παίζουν οι απραξίες όλων των τύπων.(Πρακτικά 5^{ου} Πανελληνίου διεπιστημονικού συνεδρίου ΝΑ και συναφών διαταραχών.Μυροβάλη Π. Ν οσηλευτική φροντίδα ασθενών με ΝΑ, και συν www.in.gr Συνοδοιπόροι στο Alzheimer.)

4. Η ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ALZHEIMER

Στην πραγματικότητα υπάρχουν τρεις (3) διαγνώσεις : *δυνατή πιθανή ή βέβαιη νόσος του Alzheimer*. Η διάγνωση της δυνατότητας της νόσου βασίζεται πάνω στην παρατήρηση των κλινικών συμπτωμάτων και την προσβολή δύο ή περισσότερων γνωστικών λειτουργιών (π.χ. μνήμη, λόγος ή σκέψη), όταν είναι παρούσα μία δεύτερη νόσος , που δεν θεωρείται η αιτία της άνοιας αλλά κάνει τη διάγνωση της ΝΑ λιγότερο βέβαιη.

Η διάγνωση θεωρείται πιθανή, με βάση τα παραπάνω κριτήρια αλλά με την απουσία μίας δεύτερης νόσου. Η αναγνώριση των χαρακτηριστικών πλακών και των νευροϊνιδιακών εκφυλίσεων στον εγκέφαλο είναι ο μόνος τρόπος για να επιβεβαιώσει κανείς τη διάγνωση της ΝΑ. *Για αυτό λοιπόν το λόγο η τρίτη διάγνωση της βέβαιης νόσου Alzheimer μπορεί να τεθεί μόνο μετά από νεκροτομή ή βιοψία.* (Σαχίνη-Καρδάση Άννα και συν Πάνου Μαρία , Παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική , Αθήνα 2004)

Για αυτό λοιπόν το λόγο η διάγνωση γίνεται καταρχήν με μία πρώτη, λεπτομερή, νευρολογική εξέταση η οποία περιλαμβάνει λήψη του ιστορικού του ασθενούς και ψυχομετρικά τεστ . Ακολουθούν η αξονική και η μαγνητική τομογραφία του εγκεφάλου, μέσω των οποίων διαπιστώνεται αν υπάρχουν – και σε ποιο βαθμό – σημάδια ατροφίας στον φλοιό και υποφλοιό του εγκεφάλου.

Η αξονική τομογραφία δείχνει προοδευτική μείωση του εγκεφαλικού όγκου (ατροφία), μεγαλύτερου βαθμού από εκείνη του φυσιολογικού γήρατος. Και η τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίου , δείχνει μειωμένο τοπικό μεταβολισμό γλυκόζης και ελάττωση κατανάλωσης οξυγόνου, καθώς και μειωμένη αιματική ροή σε περιοχές του φλοιού.

Πληροφορίες για την προοδευτική επιδείνωση της κατάστασης παρέχουν οι εκτιμήσεις των αποτελεσμάτων νευροψυχολογικών δοκιμασιών. Έτσι οι εξετάσεις της αξονικής και μαγνητικής τομογραφίας συνήθως επιβεβαιώνουν την ύπαρξη της νόσου σε κάποιο ήδη προχωρημένο στάδιο , γεγονός που σημαίνει ότι χάθηκε πολύτιμος χρόνος για παρεμβάσεις που θα μπορούσαν να επιβραδύνουν την εξέλιξη της νόσου.

Ιδιαίτερη σημασία έχει η έγκαιρη αναγνώριση της και η αποφυγή της παραπλάνησης που συχνά συνοδεύει τα πρώτα , ήπια συμπτώματα της. (www.in.gr, Ζώντας με ένα άτομο που πάσχει από άνοια, Αθήνα, Ιούνιος 2004 και συν www.in.gr η νόσος Alzheimer η πιο συχνή μορφή άνοιας-Pathfinder News.)

4.1. Διαγνωστικά κριτήρια για την άνοια τύπου Alzheimer

Η ανάπτυξη πολλαπλών γνωστικών ελλειμμάτων , που εκδηλώνεται με την *έκπτωση της μνήμης* (έκπτωση στην ικανότητα να μαθαίνει καινούργιες πληροφορίες), καθώς υπάρχουν και οι διάφορες γνωστικές διαταραχές, όπως: *η αφασία* (διαταραχή του λόγου) και *η απραξία* (έκπτωση στην ικανότητα να διεκπεραιώνει κινητικές λειτουργίες), *η αγνωσία* (αδυναμία να αναγνωρίζει αντικείμενα) και τέλος *η διαταραχή στην εκτελεστική λειτουργία* (να κάνει σχέδια, να βάζει στη σειρά , να λειτουργεί αφαιρετικά).

Η κάθε μία από τις γνωστικές διαταραχές προκαλεί *σημαντική έκπτωση στην κοινωνική ή επαγγελματική λειτουργικότητα* και αντιπροσωπεύει σημαντική μείωση από προηγούμενο επίπεδο λειτουργικότητας.

Για τη *διαφορική διάγνωση* θα πρέπει να ληφθούν υπόψη :

α) *ένα παραλήρημα*, β) *μία διανοητική υστέρηση ελαφρά ή μέσου βαθμού*, γ) *μία οριακή νοητική λειτουργία υπαίτιος σοβαρών κοινωνικών επιπτώσεων*
δ) *μία καταθλιπτική διαταραχή* , η οποία μπορεί να εμφανίζει πολλά χαρακτηριστικά μίας αρχόμενης άνοιας , ιδίως διαταραχή της μνήμης , ψυχική επιβράδυνση και έλλειψη του αυθορμητισμού ε) και τέλος οι ιατρογενείς νοητικές διαταραχές από ένα φάρμακο.

Έτσι η άνοια μπορεί να είναι συνέπεια μιας οποιαδήποτε άλλης νοητικής διαταραχής, ή να συνυπάρχει μία άλλη οργανική διαταραχή ιδίως με παραλήρημα. (www.medweb.ιατρικές πληροφορίες, Μάρτιος 2007)

5.ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΣΤΗΝ ΝΟΣΟ ALZHEIMER

Στις τυπικές περιπτώσεις τύπου νόσου Alzheimer απαιτείται συχνά περιορισμένος αριθμός εξετάσεων. (πίνακας 5). Χαρακτηριστικό είναι η **απεικόνιση του εγκεφάλου (CT) ή μαγνητική τομογραφία (MRI)** είναι ενίοτε όχι σε κάθε περίπτωση επιβεβλημένη για τον αποκλεισμό δομικών εγκεφαλικών διαταραχών (πίνακας 6). Έτσι στην ΝΑ οι διάφορες απεικονιστικές τεχνικές καταδεικνύουν εγκεφαλική ατροφία που αφορά τους κροταφικούς λοβούς και είναι συχνά ασύμμετρη. (Παγοροπούλου Α, Θεοτοκά Ι, Λιάππας Ι, Χριστοδούλου Γ. Οι διαταραχές της συμπεριφοράς των ασθενών με ΝΑ στο μεσαίο στάδιο της νόσου και οι επιπτώσεις τους, Νευρολογία 2001.)

Πίνακας 5. Ελάχιστα απαιτούμενος διαγνωστικός έλεγχος για τη ΝΑ σε επίπεδο πρωτοβάθμιας περίθαλψης.

Πίνακας 6. Κριτήρια χρήσης CT εγκεφάλου στην καθημερινή κλινική πρακτική.

Εδώ παραθέτουμε μερικές εικόνες στις οποίες απεικονίζονται ο εγκέφαλος με ή χωρίς ΝΑ.

Εικόνα 7. Τροποποιημένη εγκάρσια τομή CT εγκεφάλου μία γυναίκας με ΝΑ. Η διερεύνηση των χοριοειδών σχισμών του Ιπποκάμπου σημειώνονται με βέλη.

Εικόνα 8.Λειτουργική απεικόνιση εγκεφάλου ασθενούς με ΝΑ πριν (α)και κατά την διάρκεια (β)θεραπείας με αναστολέα χολινεστεράσης Η χρωματική κλίμακα επισημαίνει τον τοπικό μεταβολισμό γλυκόζης που η αύξηση του είναι εμφανής κατά 20-30%.

Εικόνα 9.Απεικόνιση φυσιολογικού εγκεφάλου και εγκεφάλου με νόσο Alzheimer. (Μεντενόπουλος Γ. Η νόσος του Alzheimer , Θεσσαλονίκη 1999)

6.ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΝΟΣΟ ALZHEIMER

Η φροντίδα του ατόμου που πάσχει από Alzheimer είναι πολύ δύσκολη αλλά υπάρχουν σωστοί τρόποι αντιμετώπισης της νόσου .Μία φράση που ταιριάζει απόλυτα για την αντιμετώπιση της νόσου με τρόπο φυσιολογικό είναι: «Να δημιουργούμε συνήθειες αλλά να κρατάμε τα πράγματα φυσιολογικά».(Braak H , Braak E, Evolution of the neuropathology of's Alzheimer;s 1999) Η εξασφάλιση της ασφάλειας της ζωής του ατόμου που πάσχει από Alzheimer φαίνεται από την καθημερινή βοηθητική ρουτίνα του που με αυτό τον τρόπο η ζωή του ασθενούς λειτουργεί κανονικά. Έτσι η δική μας συμπεριφορά δεν πρέπει να αλλάζει , παρόλη την επιδείνωση ή όχι της κατάστασης του .

Παρακάτω παραθέτουμε, *ένα πλάνο νοσηλευτικής φροντίδας* που ο νοσηλευτής πρέπει να το τηρεί για να αντιμετωπίσει σωστά τη νόσο αυτή.

Νοσηλευτική αξιολόγηση :

- Πορεία διανοητικής έκπτωσης
- Λειτουργικότητα και κινητικότητα
- Συναισθηματικές εκδηλώσεις και Εκδηλώσεις συμπεριφοράς
- Επιθετική συμπεριφορά
- Προσωπική εμφάνιση και ατομική υγιεινή
- Φαρμακευτική αγωγή και διατροφή
- Επικοινωνία και ασφάλεια
- Συμβουλευτική και εκπαίδευση των φροντιστών καθώς και εκτίμηση γνώσεων και στάσεων αυτών.
- Τέλος συναισθηματική υποστήριξη και βοήθεια σε πρακτικά θέματα φροντίδας καθώς και παρότρυνση σύνδεσης των φροντιστών με δίκτυα υποστήριξης. (Ιατρικές εξελίξεις « Τσολάκη Μαγδα- Νόσος Alzheimer)

Οι νοσηλευτές είναι όμως δύσκολο να αντιμετωπίσουν καταλυτικά την νόσο Alzheimer από τους ασθενείς επειδή είναι ένα μακροχρόνιο νόσημα με ποικιλία συμπτωμάτων τα οποία διαφοροποιούνται από άτομο σε άτομο και μεταβάλλονται με την πάροδο του χρόνου.

Το σχέδιο της νοσηλευτικής φροντίδας που πρέπει να τηρεί ο νοσηλευτής για να εξαλείψει εν μέρει τη νόσο αυτή είναι:

A) η χορήγηση κατάλληλων φαρμάκων για την μείωση του άγχους ,ή για την βελτίωση του ύπνου , ή την ανακούφιση από τα καταθλιπτικά φάρμακα και την επιθετικότητα.

B) Θα πρέπει ο ασθενής να προσέχει την φυσική του κατάσταση ,να ενισχύει την κοινωνική του δραστηριότητα για να μπορεί να είναι ενεργός πολίτης.

Η διατροφή του είναι ένας σημαντικός παράγων για την σωστή λειτουργία του εντέρου και της κύστεως καθώς και την σωστή διαύγεια και την κινητικότητα που πρέπει να έχει στα πράγματα. Όλα αυτά δημιουργούν την εξασφάλιση της ηρεμίας ενός άνετου περιβάλλοντος.

Ειδικότερα οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις στρέφονται προς τις ακόλουθες κατευθύνσεις :

Πρώτον : Επικοινωνία με τον ασθενή και τους οικείους

Δεύτερον : Η ανεξαρτησία του ασθενούς σε κάποια δυννητικώς εξαρτημένη κατάσταση.

Τρίτον : Παρότρυνση της οικογένειας να συμμετέχει στην φροντίδα , τη ασφάλεια από ατυχήματα και την τάση φυγής από την οποία συνήθως αυτά τα άτομα

διακατέχονται.(Braak H , Braak E, Evolution of the neyropathology of Alzheimer;s 1996)

Έτσι λοιπόν σε αυτά τα άτομα πρέπει να υποστηρίξουμε πάντα την ανεξαρτησία τους. Θα πρέπει να διατηρούν τον αυτοσεβασμό τους και να μειωθεί η επιβάρυνση που έχουν .

Να διατηρούμε με κάθε τρόπο την αξιοπρέπεια του ατόμου , και να αποφύγουμε να συζητάμε μπροστά στον ασθενή για την κατάσταση της υγείας του.

Οι συγκρούσεις δεν φέρνουν καλά αποτελέσματα. Για αυτό η εξασφάλιση της ήρεμης στάσης είναι απέναντι στον ασθενή είναι ότι καλύτερο. Εξάλλου σε

αυτή την ασθένεια δεν φταίει το άτομο αλλά η πάθηση η οποία έχει ο ασθενής.

Η απλοποίηση των δραστηριοτήτων βοηθάει πολύ τον ασθενή να εκτελέσει τα πράγματα που θέλει να κάνει. Οι πολλές εναλλακτικές λύσεις τον μπερδεύουν και δεν μπορεί να επιλέξει.

Η διατήρηση της αίσθησης του χιούμορ βοηθάει πολύ και το άτομο και εσάς να απαλλαγείτε από το άγχος.

Επιπλέον θα πρέπει να αξιοποιήσουμε τις ικανότητες που διαθέτει το άτομο που μπορεί να αυξήσουν την αίσθησης αξιοπρέπειας και αυτοεκτίμησης του δίνοντας σκοπό και νόημα στην ζωή του.

Για όλους τους παραπάνω λόγους η ανάγκη επικοινωνίας με τους άλλους είναι τόσο αναγκαία όσο η τροφή και το νερό. Έτσι καθώς η νόσος προχωρά η επικοινωνία σας με το άτομο που πάσχει από Alzheimer θα γίνεται διαρκώς δυσκολότερη και θα ήταν πολύ καλό εάν :

- *Μιλάμε σε κανονικό ρυθμό και τόνο.*
- *Χρησιμοποιούμε γνωστές λέξεις και απλές προτάσεις .*
- *Προτιμάμε περισσότερο τις κλειστές από ότι τις ανοιχτές ερωτήσεις*
- *Αποφεύγουμε το απαγορευτικό «μη»και δίνουμε θετικές οδηγίες, καθώς και συζητήσεις που απαιτούν σκέψη , μνήμη και πολλές λέξεις .*
- *Δίνουμε απλές οδηγίες που δεν χρειάζεται να θυμάται ο ασθενής περισσότερες από μία πράξεις .*
- *Χρησιμοποιούμε βοηθήματα μνήμης όπως ταμπέλες στις πόρτες των δωματίων(π.χ. κουζίνα) με φωτεινά ευδιάκριτα χρώματα*
- *Ο ασθενής μας ακούει και μας παρακολουθεί και να περιμένουμε να μας δώσει μία απάντηση στην ερώτηση που του κάναμε.*
- *Εάν ο ασθενής δεν ανταποκρίνεται ,τότε μπορούμε να επαναλάβουμε την ερώτηση ή την οδηγία με τον ίδιο τρόπο διαφορετικά θα προκληθεί στο μυαλό του σύγχυση.*
- *Πριν μιλήσουμε να βεβαιωθούμε ότι το άτομο μας προσέχει καθώς να προσέξουμε την γλώσσα του δικού μας σώματος .*

- Τέλος ο καλός τρόπος και η ήρεμη φωνή εξασφαλίζουν καλή επικοινωνία με τον ασθενή. (5^ο Πανελλήνιο Διεπιστημονικό Συνέδριο ΝΑ και συναφών διαταραχών ,Σφαιρική θεώρηση της βιολογίας της ΝΑ, Φεβρουάριος 2007)

7. Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ALZHEIMER

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η αντιμετώπιση της ασθένειας βασίζεται σε σκευάσματα που επιβραδύνουν την εκφυλιστική πορεία του εγκεφάλου και είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικά στα πρώιμα στάδια. Δεν υπάρχουν φάρμακα που να προλαμβάνουν ή να ανακόπτουν τελείως την εξέλιξη της νόσου.

Στόχος λοιπόν των ειδικών φαρμάκων για την νόσο Alzheimer είναι να ενισχύσουν την δραστηριότητα της ακετυλοχολίνης –μίας ουσίας που ανήκει στους νευροδιαβιβαστές του εγκεφάλου , δηλαδή στην πλειάδα των ουσιών με τις οποίες επικοινωνούν τα κύτταρα του εγκεφάλου μεταξύ τους, επιτελώντας την λειτουργία της μνήμης.

Απαραίτητη είναι η λήψη των φαρμάκων όπως είναι τα αντικαταθλιπτικά, τα αγχολυτικά και τα κατασταλτικά, τα οποία βελτιώνουν τα ψυχικά συμπτώματα της νόσου, όπως είναι η κατάθλιψη και το άγχος στα πρώτα στάδια καθώς και η επιθετική συμπεριφορά αργότερα.

Έτσι προς το παρόν δεν υπάρχει κάποια προληπτική ή θεραπευτική αγωγή που να παρεμβαίνει στην εξέλιξη της νόσου Alzheimer. Ωστόσο ,όμως τα τελευταία χρόνια υπάρχει πρόοδος στην ανάπτυξη χολινεργικών φαρμάκων τα οποία έχουν θετική επίδραση στα συμπτώματα της νόσου..

Έχει αποδειχθεί ότι τα άτομα που υποφέρουν από τη νόσο έχουν ελαττωμένα επίπεδα ακετυλοχολίνης , ενός νευροδιαβιβαστή (χημική ουσία που είναι υπεύθυνη για την μεταβίβαση μηνυμάτων από ένα κύτταρο σε άλλο)που παίζει κυρίαρχο ρόλο στην μνημονική διαδικασία.

Έχουν παρασκευαστεί συγκεκριμένα φάρμακα που μπορούν να αναστείλουν το ένζυμο που αποδομεί την ακετυλοχολίνη .

Σε ορισμένους ασθενείς τα φάρμακα αυτά βελτιώνουν κυρίως τη μνήμη και την συγκέντρωση αλλά και τις περισσότερες από τις λοιπές γνωστικές ικανότητες. Επιπλέον υπάρχουν επιπρόσθετες ενδείξεις ότι ορισμένα φάρμακα έχουν την δυνατότητα να βελτιώσουν τις καθημερινές δραστηριότητες των ασθενών και να επιβραδύνουν την επιδείνωση των

συμπτωμάτων. Έτσι υπάρχουν τώρα πια και στην Ελλάδα φάρμακα που αναστέλλουν το ένζυμο που λέγεται ακετυλοχινεστεράση. (Διαγνωστικό θεραπευτικό κέντρο υγεία-Εγκυκλοπαίδεια Υγείας www.go2.com Τσολάκη Μάγδα)

7.1. Η αντιμετώπιση της νόσου από τον ασθενή.

Για να αντιμετωπίσει ο ασθενής την νόσο αυτή μόνος του είναι τελείως αδιανόητο. Χρειάζεται κάποια βοήθεια για στηριχθεί πρώτα από όλα ψυχολογικά αλλά και για την καθημερινή ρουτίνα της ζωής του.

Αυτές οι πρακτικές συμβουλές μπορούν να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα που παρουσιάζει ο ασθενής ζώντας με την νόσο Alzheimer.

- Έτσι πρώτα μπορούμε να φροντίσουμε *για την προσωπική υγιεινή ΤΟΥ* ατόμου.

Τα άτομα που έχουν απώλεια μνήμης ξεχνούν να πλυθούν και δεν αναγνωρίζουν το πλύσιμο σαν αναγκαιότητα ή έχουν ξεχάσει πως πλένεται κάποιος. Για αυτό λοιπόν το λόγο μπορούμε να διατηρούμε τις προηγούμενες συνήθειες του ατόμου στο πλύσιμο όσο είναι δυνατόν. Μπορούμε να του *προτείνουμε να κάνει τακτικά το μπάνιο του* αλλά όχι συχνότερα από ότι συνήθιζε παλιά.

Προσπαθούμε με κάθε τρόπο να κάνουμε το πλύσιμο να είναι μία ευχάριστη και χαλαρωτική κατάσταση. Επιτρέπουμε στο άτομο να κάνει όσο το δυνατόν περισσότερα χωρίς βοήθεια . Επιπλέον *προέχει η ασφάλεια του ατόμου*, και ιδιαίτερα στο μπάνιο. Χρειάζεται κάτι σταθερό για να κρατηθεί , όπως μπάρες, ή αντιολισθητικό χαλάκι μπανιέρας . Και τέλος εκτός από την *προσωπική υγιεινή εξασφαλίζουμε και την υγιεινή των δοντιών* .

- Σε ότι αφορά *στο ντύσιμο*, το άτομο ξεχνά να ντυθεί και δεν αναγνωρίζει τώρα πλέον την ανάγκη να αλλάζει ρούχα. *Για αυτό λοιπόν το λόγο τα άτομα αυτά εμφανίζονται σε δημόσιους χώρους με ακατάλληλη περιβολή.*

Πρέπει λοιπόν να ενθαρρύνουμε την ανεξαρτησία του στο ντύσιμο και να τοποθετούμε τα ρούχα στην ντουλάπα με την σειρά που πρέπει να φορεθούν. (Ελληνική Εταιρεία νόσου Alzheimer και συναφών διαταραχών www.Alzheimer-hella.gr+hellas.gr)

- Επίσης το άτομο με την νόσο αυτή χάνει την ικανότητα να αναγνωρίζει πότε πρέπει να πάει στην τουαλέτα ή όχι. Πρέπει λοιπόν, να δημιουργήσουμε ένα πρόγραμμα για το πότε θα πηγαίνει στην τουαλέτα, ή να αφήνουμε την πόρτα της τουαλέτας ανοιχτή, ή εν τέλει τοποθετούμε ένα δοχείο για τα ούρα δίπλα στο κρεβάτι.
- Όσον αφορά *το μαγείρεμα* , το άτομο χάνει την ικανότητα να μαγειρεύει και μπορεί να οδηγηθεί σε αυτοτραυματισμό. Για αυτό το λόγο το *μαγείρεμα μπορεί να γίνεται απόλαυση σαν μία κοινή δραστηριότητα με ένα αγαπημένο πρόσωπο*. Επίσης μπορεί να παρέχουμε γεύματα που να εξασφαλίζουν επαρκή ποσότητα θρεπτικών συστατικών. (Ραγια Χρ. Αφροδίτη. Νοσηλευτική ψυχικής υγείας , Ψυχιατρική νοσηλευτική, Φροντίδα ηλικιωμένων με άνοια τύπου Alzheimer ., Αθήνα 2001)
- *Το φαγητό αποτελεί απόλαυση του κάθε ανθρώπου*. Τα άτομα με την νόσο αυτή ξεχνούν να φάνε ή αν το άτομο βρίσκεται σε τελικό στάδιο πρέπει να ταισθεί και να φροντισθεί ιδιαίτερα. Έτσι το φαγητό για αυτούς δεν είναι μία ευχάριστη εμπειρία. Δίνουμε στο άτομο λίγο χρόνο, καθώς του δημιουργούμε μία ήρεμη ατμόσφαιρα με την μουσική για να χαλαρώσει. *Τα γεύματα δίνουν μία καλή ευκαιρία στον ασθενή να βοηθήσει για να αισθανθεί ότι είναι ενεργός και ότι μπορεί να αισθάνεται χρήσιμος*. Έτσι το καθημερινό πρόγραμμα της διατροφής, τα σκεύη και η διαρρύθμιση του φαγητού και το είδος του φαγητού που σερβίρεται πρέπει να γίνονται με τέτοιο τρόπο ώστε να προσελκυστεί από όλη την γοητεία του θεάματος για να βοηθήσει αλλά και να φάει με το αγαπημένο του πρόσωπο. Επιπλέον η συμβολή του γιατρού όταν ο ασθενής έχει απώλεια όρεξης αλλά και η καθημερινή κατανάλωση ποσότητας υγρών μας δίνουν την δυνατότητα να συμπληρωθεί σωστά το «παζλ» της νοσηλευτικής αντιμετώπισης της νόσου αυτής.
- *Η οδήγηση, το αλκοόλ και τα τσιγάρα για* τα άτομα που πάσχουν από τη ΝΑ πρέπει να καταναλώνονται με μέτρο ή πριν κάνουν κάτι από αυτά καλύτερα είναι να το συζητήσουν με ένα αγαπημένο τους πρόσωπο.
- *Οι δυσκολίες στον ύπνο και η επαναλαμβανόμενη συμπεριφορά* είναι συχνά φαινόμενα που ταλαιπωρούν τον ασθενή με αυτή την νόσο. Για αυτό το λόγο προτείνουμε στον ασθενή να κάνει

βόλτες και να αποθαρρύνουμε με κάθε τρόπο τον ασθενή να κοιμάται στην διάρκεια της ημέρας. Για την επαναλαμβανόμενη συμπεριφορά προσπαθούμε να την λύσουμε μιλώντας του αργά και καθαρά κοιτάζοντας τον ή αγκαλιάζοντας το άτομο και διαβεβαιώστε το με ζεστασιά αν αυτό που λέει είναι αλήθεια και αν θα γίνει. (Πλάτη Δ. Χρυσάνθη, Γεροντολογική νοσηλευτική. Ψυχοκοινωνικά προβλήματα των ηλικιωμένων-Νοσηλευτικές παρεμβάσεις, Αθήνα 2006)

Επίσης η προσκόλληση και το χάσιμο

πραγμάτων είναι κάτι που τα

άτομα με απώλεια μνήμης τα πραγματοποιούν.

Το άτομο συχνά ξεχνάει που βρίσκονται τα

διάφορα

αντικείμενα που έχει βάλει ή προσκολλάται

επίμονα σε ένα πράγμα και θέλει να το

κατακτήσει με κάθε τρόπο. Για αυτό το λόγο

πρότεινέ του μία αγαπημένη κρυψώνα για να

βρίσκει πιο εύκολα τα αντικείμενα που θέλει

και συζήτησε το θέμα αυτό ευγενικά και

χωρίς φωνές.

Το παραλήρημα και οι παραισθήσεις, οι

σεξουαλικές σχέσεις και η ανάρμοστη

σεξουαλική συμπεριφορά δεν είναι

ασυνήθιστα για ένα άτομο που πάσχει από

αυτή την νόσο.

Το άτομο μπορεί να έχει τη λανθασμένη αντίληψη ότι απειλείται από τον συγγενή ή από αυτούς που το φροντίζουν. Έτσι το άτομο θεωρεί το παραλήρημα πραγματικό και του προκαλεί φόβο που μπορεί να οδηγήσει σε ανεπιθύμητες συμπεριφορές αυτοπροστασίας. Αν πάλι το άτομο έχει παραισθήσεις, τότε αυτός/η μπορεί να βλέπει ή να ακούει πράγματα που δεν υπάρχουν π.χ. να βλέπει κάποιον να στέκεται δίπλα στο κρεβάτι ή να ακούει ομιλίες ατόμων μέσα στο δωμάτιο. Η λύση είναι να

αποσπάσουμε την προσοχή του ατόμου και να την κατευθύνουμε κάπου αλλού .

Στις σεξουαλικές σχέσεις δεν αλλάζει η συμπεριφορά το άτομο .Τα απαλά χάρδια και οι αγκαλιές μπορούν να προσφέρουν αμοιβαία ικανοποίηση ή κάποια άτομα να ζητήσουν βοήθεια από γιατρό για να συζητήσουν το θέμα και να πάρουν μία διαφορετική γνώμη. Τέλος η ανάρμοστη σεξουαλική συμπεριφορά επηρεάζει σπανίως τα άτομα με τέτοια νόσο. Αλλά αν εμφανιστεί η εκδήλωση μπορεί να είναι , το γδύσιμο στους δημόσιους χώρους, το χαίδεμα των γεννητικών οργάνων , ή το χαίδεμα τρίτου προσώπου με άναρμοστο τρόπο. Μην ξεχνάμε ότι δεν ευθύνεται το ίδιο το άτομο αλλά η νόσος .

- *Τέλος η περιπλάνηση, η βία και η επιθετικότητα καθώς η*

κατάθλιψη και το άγχος συμπληρώνουν το παζλ της νόσου Alzheimer.Η ασφάλεια αποτελεί πρώτη προτεραιότητα για το άτομο αυτό .Η διαμόρφωση του χώρου ,η εξασφάλιση επαρκή φωτισμού μέσα στο σπίτι δίνουν λύση στο αίσθημα της περιπλάνησης.

Επιπλέον η αίσθησης απώλειας του κοινωνικού ελέγχου και της κρίσης, αντιμετωπίζεται με την υποστήριξη και την συζήτηση που θα εκφράσει ο ασθενής σε ένα πρόσωπο εμπιστοσύνης. *Τέλος το άτομο με τη νόσο Alzheimer , παθαίνει κατάθλιψη , μιλά , ενεργεί και σκέφτεται αργά.* Για αυτό λοιπόν το λόγο χρειάζεται να του δώσουμε περισσότερη αγάπη και υποστήριξη, χωρίς φωνές και άσκοπες συζητήσεις

Απλά χρειάζεται να παραδεχτούμε τη νόσο και να ζήσουμε με αυτή αντιμετωπίζοντας τη καθημερινά Έτσι αυτά που διακατέχουν τον ασθενή με αυτή την νόσο και πρέπει να αντιμετωπισθούν είναι : η παράλογη σκέψη , το συναίσθημα, και η συμπεριφορά που πρέπει να αντιμετωπισθούν με κάθε τρόπο διαφορετικά το καθένα .(Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας , Ταξινόμηση των ψυχικά διαταραχών και διαταραχών της συμπεριφοράς. Γενεύη 1992, Επανεκδοση 1997)

7.2. Θεραπεία

Η αντιμετώπιση της νόσου επιβάλλει κατά τη φαρμακευτική θεραπεία, αλλά σημαντικό ρόλο εκτός από τα φάρμακα παίζουν και άλλες θεραπείες .

Σε φάση δοκιμών βρίσκονται διακόσιες διαφορετικές θεραπείες ενώ παράλληλα δοκιμάζεται η προσέγγιση της χορήγησης νευροτρόπων παραγόντων μέσω της μύτης : αυτό είναι σημαντικό πλεονέκτημα καθώς όταν ο παράγοντας εισάγεται στην ρινική κοιλότητα , περνάει κατευθείαν στην εγκεφαλική ουσία και βοηθάει τα εγκεφαλικά κύτταρα να συνεχίσουν να ζουν. Μάλιστα το φάρμακο Alzemed έχει δείξει ήδη από το αποτέλεσμα δοκιμών σε ένα μικρό βαθμό ασθενών ότι επιβραδύνει σημαντικά την εξέλιξη της νόσου. Επιπλέον μελλοντικές προσεγγίσεις περιλαμβάνονται και στα βλαστικά κύτταρα του οργανισμού .

Άλλες θεραπείες που βοηθούν πολύ στην αντιμετώπιση της νόσου είναι η ατομική ψυχοθεραπεία, η γνωστική θεραπεία, η θεραπεία συμπεριφοράς , η ομαδική ψυχοθεραπεία

7.2. Θεραπεία

Η αντιμετώπιση της νόσου επιβάλλει κατά τη φαρμακευτική θεραπεία, αλλά σημαντικό ρόλο εκτός από τα φάρμακα παίζουν και άλλες θεραπείες . Σε φάση δοκιμών βρίσκονται διακόσιες διαφορετικές θεραπείες ενώ παράλληλα δοκιμάζεται η προσέγγιση της χορήγησης νευροτρόπων παραγόντων μέσω της μύτης : αυτό είναι σημαντικό πλεονέκτημα καθώς όταν ο παράγοντας εισάγεται στην ρινική κοιλότητα , περνάει κατευθείαν στην εγκεφαλική ουσία και βοηθάει τα εγκεφαλικά κύτταρα να συνεχίσουν να ζουν. Μάλιστα το φάρμακο Alzemed έχει δείξει ήδη από το αποτέλεσμα δοκιμών σε ένα μικρό βαθμό ασθενών ότι επιβραδύνει σημαντικά την εξέλιξη της νόσου. Επιπλέον μελλοντικές προσεγγίσεις περιλαμβάνονται και στα βλαστικά κύτταρα του οργανισμού .(Σαρρής Μάρκς , Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής , Ποιότητα ζωής ασθενών με νόσο Alzheimer)

Άλλες θεραπείες που βοηθούν πολύ στην αντιμετώπιση της νόσου είναι η ατομική ψυχοθεραπεία, η γνωστική θεραπεία, η θεραπεία συμπεριφοράς , η ομαδική ψυχοθεραπεία, η κινησιοθεραπεία, η μουσικοθεραπεία,. Αυτές οι καινούργιες θεραπείες βοηθούν πιο πολύ τον ασθενή να αντιμετωπίσει την νόσο , καθώς σε άλλους να αισθάνονται καλά μέσα από αυτοί την νόσο και να νιώθουν ζωντανοί. Επιπλέον με τα θεραπευτικά προγράμματα όπως ο προσανατολισμός στην επικαιρότητα, οι ασκήσεις μνήμης , προσοχής και γλώσσας , και η νοερή απεικόνιση και οι τεχνικές χαλάρωσης δίνουν μία άλλη πινελιά στην αντιμετώπιση της νόσου.(Waldennar G.treatment of patientw with Alzheimer's Expert Rew Neurotherapent 2001)

7.2.1.Ατομική ψυχοθεραπεία

Η ατομική ψυχοθεραπεία μπορεί να οριστεί ως μία σχεδιασμένη εφαρμογή, όπου μέσα από εξειδικευμένες ψυχολογικές τεχνικές μπορούμε να βοηθήσουμε τον ασθενή να μειώσει την ψυχολογική του ανεπάρκεια και να λειτουργήσει πιο αποτελεσματικά, ιδίως στα αρχικά στάδια της νόσου.

Ο στόχος της θεραπείας είναι να προσαρμόσει τα ερεθίσματα του περιβάλλοντος στην γνωστική ικανότητα του ασθενούς και να τα επεξεργαστεί μέσα στα πλαίσια των δυνατοτήτων που παρέχει το περιβάλλον αυτό.

Η βελτίωση των ανώτερων νοητικών λειτουργιών είναι δυνατό να πραγματοποιηθεί και μέσα από την ψυχοθεραπεία.

Η συνειδητοποίηση της γνωστικής διαταραχής στα αρχικά στάδια προκαλεί έντονο άγχος και κινητοποιεί συγκεκριμένους μηχανισμούς άμυνας.

Στην ατομική ψυχοθεραπεία και σε κάθε θεραπεία χρειάζεται η προσαρμογή του περιβάλλοντος στον ασθενή και όχι προσαρμογή του ασθενούς στο περιβάλλον. Υπάρχει μείωση των απαιτήσεων από τον ασθενή και προσαρμογή στις διαταραγμένες του ικανότητες.

Η αντιμετώπιση του άγχους, της κατάθλιψης και των συναισθηματικών αντιδράσεων και των γίνεται με ψυχοθεραπεία που συνοδεύουν τις διαταραχές αυτές . Είναι σημαντικό να δούμε στην ψυχοθεραπεία ως κύριο μέσο θεραπευτικής επικοινωνίας. Ο στόχος του θεραπευτή είναι πρώτα από όλα η κατανόηση και έπειτα όλα τα άλλα. Έτσι η θεραπεία έχει ως στόχο να βελτιώσει του ασθενούς. Είναι επίσης απαραίτητο η θεραπεία να συνεχίζεται μέχρι τέλους

Άλλωστε η επιτυχία της ψυχοθεραπείας είναι άμεσα συνδεδεμένη με το γεγονός ότι όσο συνεχίζεται η ψυχοθεραπεία , τόσο ελέγχεται ο ρυθμός επιδείνωσης της νόσου. Έτσι λοιπόν όταν μιλάμε για ατομική ή ομαδική ψυχοθεραπεία θα πρέπει να σκεφτούμε πως μπορούμε να λειτουργήσουμε ψυχοθεραπευτικά με τον ασθενή που έχει την ΝΑ. (Χριστοδούλου Γ.Ν. Οι ψυχικές διαταραχές στην πρωτοβάθμια φροντίδα ,Αθήνα 1998)

7.2.2. Ομαδική ψυχοθεραπεία

Η χρησιμότητα της ομαδικής ψυχοθεραπείας είναι σημαντική για τους ασθενείς με άνοια αλλά και με ΝΑ. Παρόλο που οι γιατροί είναι διστακτικοί για τέτοιου είδους ψυχοθεραπεία, διάφορες θεωρίες επικροτούν την θεραπεία αυτή και υποστηρίζουν ότι έχει θεραπευτικά αποτελέσματα.

Στην ομαδική ψυχοθεραπεία χρησιμοποιείται συνήθως μία βαθμιαία προσέγγιση , ακριβώς επειδή υπάρχει σημαντική διαβάθμιση του λειτουργικού επιπέδου των ασθενών.

Έτσι η ομαδική ψυχοθεραπεία έχει τρεις (3) στόχους :

- I. Να παρέχει υποστήριξη και συμβουλευτική, με νοητική συμπεριφορική προσέγγιση δουλεύοντας με τις σκέψεις ,τα συναισθήματα και τις συμπεριφορές των περιθαλπόντων. Επίσης μπορεί να βοηθήσει τους περιθάλποντες να αποδεχθούν την ασθένεια του συγγενή τους και να παρέχει ψυχολογική υποστήριξη και συμβουλευτική για την αποδοχή των αλλαγών που πιθανώς θα παρουσιάσουν οι οικείοι τους με την εξέλιξη της νόσου.

Στο πρώτο λοιπόν και αρχικό στάδιο επιχειρείται

«επανακινητοποίηση» που έχει ως στόχο την «επανακινητοποίηση του ασθενούς. Στις ομάδες αυτές οι ασθενείς ενθαρρύνονται να συζητήσουν διάφορα θέματα της σύγχρονης πραγματικότητας , να σκεφτούν γύρω από αυτά, να αλληλεπιδράσουν μεταξύ τους και να εκδηλώσουν συναισθηματικές αντιδράσεις.

- II. *Στο δεύτερο επίπεδο (μέτριο στάδιο της νόσου) εφαρμόζεται ο προσανατολισμός στην πραγματικότητα. Αυτό το επίπεδο αφορά σε ασθενείς που μπορεί να έχουν διαταραχές προσανατολισμού ή να είναι σε σύγχυση αλλά παραμένουν ικανοί να εμπλακούν σε κάποια δραστηριότητα.*

Στόχος είναι να βοηθήσει τους περιθάλποντες να αναπτύξουν και να υιοθετήσουν λειτουργικές στάσεις και πεποιθήσεις για την ΝΑ καθώς να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής τους.

Ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι ότι οι ασθενείς συγκεντρώνονται σε ομάδες πέντε –δέκα (5-10) ατόμων και ο θεραπευτής συζητά θέματα που αφορούν προσανατολισμό τόπο και χρόνο, υπενθυμίζει τα ονόματα του ιδίου και των μελών της ομάδας υποδεικνύει τρόπους ένδυσης κ..λ.π.

Η μέθοδος αυτή έχει ως αποτέλεσμα την βελτίωσης της συμπεριφοράς των ασθενών και σε κάποιο βαθμό η βελτίωση αυτή φαίνεται να επεκτείνεται και

σε άλλες μορφές κοινωνικής συμπεριφοράς. Έτσι οι στόχοι είναι η αύξηση της κοινωνικής αλληλεπίδρασης, της αυτοφροντίδας και του εύρους της προσοχής.

III. Στο τρίτο στάδιο που είναι και το βαρύτερο εφαρμόζεται η *αισθητηριακή εξάσκηση*. Πρόκειται για μία τεχνική που αναπτύχθηκε από τη Richman και έχει ως στόχο να κινητοποιεί όλες τις αισθήσεις .

Οι ασθενείς καλούνται να δουν , να ακούσουν , να μυρίσουν, να αγγίξουν, να γευτούν διάφορα καθημερινά αντικείμενα. Οι ασθενείς που βρίσκονται στο στάδιο αυτό ασκούνται στην αισθητηριακή εξάσκηση και όσο βελτιώνονται σιγά-σιγά προχωρούν σε επόμενο στάδιο.

Έτσι λοιπόν *τα αποτελέσματα* αυτού του προγράμματος είναι :

- i. η αποδοχή της ασθένειας από το περιβάλλον
- ii. η προσαρμογή και η αλλαγή του τρόπου ζωής των περιθαλπόντων και των ασθενών τους σε ένα τρόπο ζωής που να εξυπηρετεί τα καινούργια δεδομένα της ζωής τους μετά την εκδήλωση της ασθένειας.
- iii. Η εκπαίδευση της διαχείρισης των συναισθημάτων που γεννιούνται μετά την εμφάνιση της ασθένειας και η διατήρηση της σωστής ποιότητας ζωής.

Έτσι λοιπόν ο θεραπευτής μέσα από αυτή την ομαδική ψυχοθεραπεία οικοδομεί πέρα από τις τεχνικές σωστή ποιότητα ζωής , και αποκτά επαγγελματικά και προσωπική καταξίωση . (Περιοδικό «Συνοδοιπόροι στο Alzheimer» Τεύχος 1, www.laosver.gr)

7.2.3. Μουσικοθεραπεία

Η μουσικοθεραπεία είναι η χρήση της μουσικής με σκοπό τη θεραπεία, τη βελτίωση ή ακόμη και την αποκατάσταση της ψυχικής και σωματικής υγείας ενός ατόμου κάθε ηλικίας.

Η μουσικοθεραπεία σαν εναλλακτική μορφή μη φαρμακολογικής θεραπείας είναι μία καινούργια μορφή αποκατάστασης συμβάλλοντας στην άσκηση της

μνήμης και της προσοχής , στη νοητική θεραπεία και τέλος, στην χαλάρωση και ευχαρίστηση που μπορεί η μουσική να προσφέρει.

Η μουσική είναι το μέσο που επικοινωνούν οι ηλικιωμένοι και βοηθά στην ανάκληση γεγονότων κάτι που είναι δύσκολο με λεκτικά μέσα.

Έτσι η μουσικοθεραπεία όπως και η θεραπεία σε σχέση με την τέχνη αποτελούν αποτελεσματικές θεραπείες σε ασθενείς που βρίσκονται σε μακρόχρονες δομές παραμονής (ξενώνες, γηροκομεία κ.λ.π.)γιατί συντελούν στην βελτίωση της ποιότητας ζωής τους καθώς και των κοινωνικών σχέσεων μεταξύ τους. Παράλληλα βελτιώνουν το αίσθημα και την αυτοέκφραση , διεγείρουν τις αισθήσεις , το λόγο και την κινητική δραστηριότητα των νοητικών λειτουργιών. Η βελτίωση σε αυτούς τους τομείς έχει αποδειχθεί ότι μειώνει τη συνταγογράφηση ηρεμιστικών και υπνωτικών και προωθεί την γενικότερη αποκατάσταση του ασθενούς. (Κωσταρίδου-Ευκλείδη Αναστασία Ψυχολογία ,Μάρτιος 2007)

Οι δύο βασικοί τύποι της γνωστικής μουσικοθεραπείας είναι η ενεργητική και η παθητική μουσικοθεραπεία.

Έτσι για να επωφεληθεί ένας ασθενής από την μουσικοθεραπεία δεν χρειάζεται να έχει ιδιαίτερες μουσικές ικανότητες.

Οι προτιμήσεις του ασθενούς, οι εξατομικευμένες συνθήκες και ανάγκες θεραπειάς θα καθορίσουν το είδος της

μουσικής και τις τεχνικές της μουσικοθεραπείας που θα εφαρμόσει στην κάθε περίπτωση ο θεραπευτής. Έτσι συγκεκριμένα το είδος της μουσικής καθορίζει την ψυχοσύνθεση(σωματική και συναισθηματική κατάσταση) του ασθενή , μειώνει την ανησυχία , την επιθετικότητα και την διαταραχή της διάθεσης κατά την εκτέλεση διαφόρων δραστηριοτήτων και ιδιαίτερα την ώρα της σίτισης ή του μπάνιου.(Gaythier Serge , Κέντρο σπουδών ιατρική ,Αθήνα 2000)

Ανάλογα με την περίπτωση είτε εξατομικευμένα χρησιμοποιώντας ο ίδιος ένα μουσικό όργανο , είτε μέσα στα πλαίσια μίας ομάδας ασθενών. Υπάρχουν δύο προγράμματα που χρησιμοποιεί ο ασθενής το ατομικό και το ομαδικό πρόγραμμα.

Στο *ατομικό πρόγραμμα* χρησιμοποιείται ένα εύκολο όργανο (μεταλλόφωνο ή αρμόνιο)και ένα συγκεκριμένο χρώμα για κάθε νότα. Κάθε πλήκτρο του οργάνου είναι βαμμένο με χρώμα , και ο ασθενής βλέποντας στο χαρτί τις νότες που συμβολίζονται η καθεμία με διαφορετικό χρώμα χτυπάει τα αντίστοιχα χρωματισμένα πλήκτρα και έτσι παίζει ένα μουσικό κομμάτι.

Στο ομαδικό πρόγραμμα χρησιμοποιούν όργανα που είναι ειδικά κατασκευασμένα με άνοια ή ήπιες διαταραχές μνήμης ή και για άνοια τύπου Alzheimer αλλά στα πρώτα στάδια .

Άρα λοιπόν έχουμε ενεργητική μουσικοθεραπεία όταν ο ασθενής συμμετέχει ενεργά παίζοντας ένα μουσικό απλό όργανο ενώ παθητική μουσικοθεραπεία έχουμε όταν ακούν μουσική ή όταν συμμετέχουν σιγοτραγουδώντας.

Έτσι αυτό που προσπαθούμε να *ενεργοποιήσουμε με την παθητική ακρόαση είναι η αλλαγή της ψυχικής διάθεσης ,η χαλάρωση, και η δημιουργία μίας ήρεμης ατμόσφαιρας.*

Τέλος , *η μουσικοθεραπεία είναι μία ασφαλής και αποτελεσματική μέθοδος* για την αντιμετώπιση της έντασης του άγχους στα πρώτα στάδια της νόσου Alzheimer.(Περιοδικό , Συνοδοιπόροι στο Alzheimer ,Ιούλιος 2007)

7.2.4 Κινησιοθεραπεία

Η κινησιοθεραπεία που ασκεί το Νου είναι ένα θεραπευτικό πρόγραμμα, το οποίο περιλαμβάνει κινητικές ασκήσεις οι οποίες απαιτούν νοητικές ικανότητες , όταν εκτελούνται.

Οι ασκήσεις του προγράμματος έχουν σχεδιαστεί έτσι ώστε να απαιτούν νοητικές ικανότητες στις οποίες υπάρχει έκπτωση στην ΝΑ. Αυτές είναι η

μνήμη, η προσοχή, ο λόγος ,καθώς και η εκτελεστική λειτουργία.

Μέσα από τις κινητικές ασκήσεις καλλιεργούνται τόσο, η οπτική όσο και η ακουστική αντίληψη. Έτσι τα ερεθίσματα των ασκήσεων είναι οπτικά (χρώμα, μέγεθος, σχήμα)και ακουστικά (διάφοροι ήχοι, μουσική, προφορικές

οδηγίες).Οι νοητικές ασκήσεις έχουν στόχο την ενεργοποίηση των νοητικών λειτουργιών του εγκεφάλου μέσω της κίνησης.

Με βάση τα παραπάνω το πρόγραμμα κινησιοθεραπείας προσφέρει ;ασκήσεις ενδυνάμωσης, ισορροπίας ασκήσεις επανεκπαίδευσης της βάρδισης και συντονισμό κινήσεων .

Τα μέρη του σώματος που αφορούν οι κινήσεις είναι ο αυχένας, τα άνω και κάτω άκρα και ο κορμός. Οι κινητικές ασκήσεις έχουν ως στόχο την βελτίωση του εύρους κίνησης των αρθρώσεων , της ισορροπίας και της βάρδισης. Με αυτό τον τρόπο οι ασκήσεις εκτελούνται με μεγάλη ευχαρίστηση , οι ηλικιωμένοι έχουν την αίσθηση ότι συμμετέχουν σε ένα παιχνίδι. Επιπλέον αυτό το πρόγραμμα απευθύνεται σε φυσιολογικούς ηλικιωμένους με προβλήματα μνήμης αλλά και σε ασθενείς με ήπια νοητική διαταραχή.(Περιοδικό, Συνοδοιπόροι στο Alzheimer,1^ο τεύχος , Ιούλιος 2007)

7.2.5. Ασκήσεις μνήμης, προσοχής και γλώσσας

Οι μνημονικές και άλλου τύπου νοητικές διαταραχές που εμφανίζονται στην ΝΑ φαίνεται πως μπορούν να αντιμετωπισθούν και με μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις που αποσκοπούν στην ενδυνάμωση των νοητικών λειτουργιών.

Οι ασκήσεις μνήμης, προσοχής και λόγου έχουν ως **ΣΚΟΠΟ** την βελτιστοποίηση ή σταθεροποίηση της νοητικής ικανότητας του ασθενή και η νοητική παρέμβαση μοιάζει να έχει καλύτερα αποτελέσματα στα πρώιμα στάδια της νόσου.(www.iatrikionline.gr)

Το πρόγραμμα νοητικής παρέμβασης μέσα από ασκήσεις, μνήμης ,προσοχής και λόγου σχεδιάζεται ανάλογα με το πρόβλημα μνήμης και τα νοητικά ελλείμματα του κάθε ασθενή ώστε να μην προκαλείται μνημονικός φόρτος ενώ δίνονται και οι κατάλληλες βοήθειες στην κωδικοποίηση και στην ανάκληση των πληροφοριών. Το κύριο ζητούμενο είναι η μεταφορά των στρατηγικών δεξιοτήτων που αναπτύσσονται από τα προγράμματα στην καθημερινή ζωή του ασθενή. (www.expert.com)

Έτσι οι ασθενείς αυτοί επιτελούν «Διπλό Έργο» . *«Διπλό Έργο»* ονομάζεται η ικανότητα ενός ανθρώπου να αποθηκεύει διάφορες πληροφορίες , ενώ επεξεργάζεται ταυτόχρονα ένα δύσκολο γνωστικό έργο. Η δυνατότητα του ανθρώπου να εκτελεί δύο (2) έργα μαζί, τον βοηθάει να ανταπεξέλθει στις σύνθετες απαιτήσεις της καθημερινότητας. Πολλά παραδείγματα πλαισιώνουν αυτή την έννοια .Όταν κάποιος οδηγεί και μιλάει με το συνοδηγό του ,όταν μία νοικοκυρά μαγειρεύει και μιλάει με την φίλη της. Με την πάροδο της ηλικίας αυτή η δυνατότητα επιβραδύνεται σε φυσιολογικά πλαίσια , ενώ σε κάποιους άλλους επιβαρύνεται σημαντικά, με αποτέλεσμα οι ασθενείς να εκτελέσουν δύο έργα μαζί.

Όμως η απουσία περιβαλλοντικών ερεθισμάτων και η έλλειψη επικοινωνίας επηρεάζουν την καθημερινή λειτουργικότητα των ασθενών με ΝΑ και έχουν ως αποτέλεσμα την μείωση του προσανατολισμού τους και την

δημιουργία σύγχυσης στη ζωή τους.(Ψυχιατρική, Οργανικές ψυχώσεις, Χρόνια Οργανικά ψυχοσύνδρομα, Θεσσαλονίκη 1988)

Για αυτό το λόγο υπάρχει ένα θεραπευτικό πρόγραμμα που είναι ο «Προσανατολισμός στην Επικαιρότητα» που εκεί *καλλιεργούνται* οι μηχανισμοί απόκτησης, σχηματισμού, επεξεργασίας και χρήσης της γνώσης. *Δίδονται διάφορες ασκήσεις που είναι ειδικά προσαρμοσμένες και επιλεγμένες και παρέχουν κυρίως οπτικοαντιληπτικά ερεθίσματα που χορηγούνται ανάλογα με το επίπεδο των ασκουμένων. Δεν απαιτούνται ιδιαίτερες γνώσεις και δεξιότητες από τα συμμετέχοντα, ενώ χορηγούνται σύμφωνα με τις ιδιαίτερες ικανότητες, ελλείψεις και το μορφωτικό επίπεδο του κάθε ατόμου.*

Στην προσπάθεια επαναπροσανατολισμού στο πρόσωπο , χρόνο και τόπο , χρησιμοποιούνται ποικίλες τεχνικές που στοχεύουν στην αύξηση του προσανατολισμού και της αυτοπεποίθησης του ατόμου. Συγκεκριμένα στο προσανατολισμό στο πρόσωπα μέλη της ομάδας συστήνονται μεταξύ τους και στην συνέχεια ο καθένας από αυτούς καλείται να αναφέρει λίγα πράγματα για τον εαυτό του και την οικογένεια του.

Στην συνέχεια του προγράμματος ο συμμετέχων καλείται να σχολιάσει θέματα από την τρέχουσα θρησκευτική κοινωνική και πολιτική επικαιρότητα εκφράζοντας έτσι την άποψη του γύρω από ένα θέμα συζήτησης .

Μέσα από αυτό το πρόγραμμα *φτιάχνουν διάφορες δραστηριότητες* όπως κολλάζ, ζωγραφίες κ. λ.π. *Τα υλικά που χρησιμοποιούνται στο εν λόγω* θεραπευτικό πρόγραμμα είναι οπτικά (εφημερίδες, φωτογραφίες, αποσπάσματα ειδήσεων , ντοκιμαντέρ), ακουστικά (μουσική-διάφοροι ήχοι)γευστικά , οσφρητικά, διάφορα ερεθίσματα καθώς και γνωστικές ασκήσεις όπως προαναφέραμε πριν.

Αναπόσπαστο κομμάτι του υλικού του προγράμματος αποτελεί η ζωγραφική ενός θέματος σχετικού με αυτό που συζητήθηκε, στην οποία ενθαρρύνονται οι λεπτομέρειες και τα χρώματα .Τα τεχνικά μέσα του προγράμματος και οι νοητικές ασκήσεις έχουν ως στόχο να ενισχύσουν τον *προσανατολισμό και να καλλιεργήσουν συγκεκριμένους τομείς της μνήμης , της προσοχής , της γλώσσας-λόγου και αντίληψης.*

Ιδιαίτερο χαρακτηριστικό κατά την εφαρμογή του προγράμματος είναι ο σεβασμός και η κατανόηση της ξεχωριστής ιδιοσυγκρασίας και μοναδικότητας του κάθε ατόμου. Επίσης σημαντική βαρύτητα αποδίδεται και στην δυναμικότητα της ομάδας , καθώς είναι αναγκαίο να επικρατεί ένα ήρεμο, φιλόξενο και ευχάριστο περιβάλλον.(Περιοδικό, Συνοδοιπόροι στο Alzheimer, Ιούλιος 2007)

7.2.6. Τεχνικές χαλάρωσης και νοερή απεικόνιση

Το πρόγραμμα χαλάρωσης είναι ένα ψυχοθεραπευτικό πρόγραμμα που απευθύνεται σε ασθενείς με νόσο Alzheimer καθώς και στους περιθάλποντες τους.

Άμεσος στόχος του προγράμματος είναι η μείωση του άγχους και η διαχείριση των ψυχοσωματικών συμπτωμάτων που προκαλεί τόσο σε ασθενείς όσο και σε περιθάλποντες. *Επιδιώκεται* η ελάττωση της αρτηριακής πίεσης, η ελάττωση του ρυθμού των αναπνοών, η μείωση αίσθησης του πόνου, η ελάττωση της μυϊκής τάσης και η επίτευξη της ψυχικής ηρεμίας.

Κατά την εκτέλεση του προγράμματος *στοχεύουμε* στην καλλιέργεια νοητικών ικανοτήτων και στην βελτίωση της καθημερινής λειτουργικότητας. Με αυτό τον τρόπο εξασκείται η βραχύχρονη μνήμη, η επιλεκτική προσοχή, η συγκέντρωση, η φαντασία, η αντίληψη του χρώματος και τέλος οι κοινωνικές δεξιότητες.

Το πρόγραμμα ξεκινά με τις ασκήσεις αναπνοής. Οι ασκούμενοι εκπαιδεύονται στην διαφραγματική αναπνοή ενώ ταυτόχρονα συμβολοποιούν και αποβάλλουν το άγχος τους. Μαθαίνουν να ασκούν έλεγχο στην αναπνοή τους και να χρησιμοποιούν την διαφραγματική αναπνοή όταν αντιλαμβάνονται πως καταλαμβάνονται από υπερβολικά επίπεδα άγχους.

«Κοινωνικές δεξιότητες και γνωστική εκπαίδευση σε θέματα καθημερινής δραστηριότητας»

Στη συνέχεια ακολουθεί η *Προοδευτική Νευρομυϊκή Χαλάρωση*. (ΠΝΧ). Η τεχνική αυτή περιλαμβάνει ένταση και χαλάρωση των κεντρικών μυών του σώματος και βοηθά τους ασκούμενους να συνειδητοποιήσουν την αίσθηση της μυϊκής έντασης και να την διακρίνουν από αυτή της χαλάρωσης, έτσι το ώστε το άτομο να νιώθει χαλαρό και να έχει ταυτόχρονα την αίσθηση του αυτοελέγχου. Το πρόγραμμα συνεχίζεται με την αυτογενή χαλάρωση όπου επιτυγχάνεται βαθιά χαλάρωση του σώματος αλλά και του νου, μέσα από ένα νοερό ταξίδι του ασκούμενου πάνω στο ίδιο του το σώμα. Ακολουθεί η νοερή απεικόνιση όπου ο θεραπευτής περιγράφει όμορφα τοπία ου καλεί τους ασκούμενους να φανταστούν με κλειστά μάτια τα τοπία αυτά και έπειτα να δημιουργήσουν οι ίδιοι καινούργιες εικόνες.

Με αυτό τον τρόπο επιτυγχάνεται ο εντοπισμός και η ανάκληση ασυνείδητων απεικονίσεων του ατόμου. Επιπλέον, στην εικαστική αφήγηση, οι συμμετέχοντες ζωγραφίζουν το περιεχόμενο της νοερής απεικόνισης έτσι ώστε να αποκτήσει μεγαλύτερη σαφήνεια και πράξη. Στο τέλος γίνονται χειρομαλάξεις προκειμένου να χαλαρώσει το σώμα από τις μυϊκές εντάσεις που μπορεί να υπέστη ο ασκούμενος κατά την διάρκεια των ασκήσεων.

Έτσι λοιπόν οι τεχνικές χαλάρωσης και η νοερή απεικόνιση βοηθάει ώστε ο ασθενής με ΝΑ αντιμετωπίσει με ηρεμία και ευχάριστη ψυχική διάθεση την εν μέρει «πάθηση» του. (www.iatrotek.gr)

8. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Είναι γνωστό ότι στη ΝΑ η κυριότερη νευροχημική διαταραχή είναι η *έκπτωση του χολινεργικού συστήματος*. Η φαρμακολογική παρέμβαση σε μοριακό επίπεδο δεν είναι αιτιολογική αλλά αποσκοπεί στην βελτίωση ή και στην αποκατάσταση των μεταβολών που παρατηρούνται κατά την νόσο αυτή.

Η αύξηση των νευρομεταβιβαστικών ουσιών κυρίως της ακετυλοχολίνης στον εγκεφαλικό ιστό και ιδιαίτερα στις περιοχές του ιπποκάμπου και του φλοιού είναι στρατηγική επιλογή που γίνεται αποδεκτή σήμερα. Για το σκοπό αυτό βρίσκεται σε ευρεία χρήση η *δεύτερη γενιά των εκλεκτικών αναστολέων της ακετυλοχολινεστεράσης*.

Αυτή τη στιγμή χρησιμοποιούνται πολλά φάρμακα. Κυκλοφόρησε στην Ελλάδα το φάρμακο το 1996, η *τακρίνη (Cognex)*. Το 1998 κυκλοφόρησε η *δονεπεζίλη (Aricept)* και το 1999 κυκλοφόρησε η *ριβαστιγμίνη (Exelon)*. Το 2001 κυκλοφόρησε η *γκαλανταμίνη (Reminyl)*, νέο συμπτωματικό φάρμακο για την ΝΑ. Όλα αυτά τα φάρμακα α) αυξάνουν τα επίπεδα της ακετυλοχολίνης στον εγκέφαλο, δεσμεύοντας την δράση του ενζύμου ακετυλοχολινεστεράσης. Συγχρόνως έχει και δεύτερο μηχανισμό δράσης: β) δρα στους νικοτινικούς υποδοχείς στον εγκέφαλο. Η επίδραση σε αυτούς τους υποδοχείς θεωρείται ότι αυξάνει την απελευθέρωση της ακετυλοχολίνης. Όμως προς το παρόν τα φάρμακα αυτά δεν θεραπεύουν αλλά βελτιώνουν στην αρχή και στην συνέχεια καθυστερούν την εξέλιξη της νόσου. (www.Log.grread.com)

8.1. Η ριβαστιγμίνη (Exelon) στην αντιμετώπιση της νόσου Alzheimer

Οι αναστολείς της χολινεστεράσης σήμερα αποτελούν τη μοναδική εγκεκριμένη συμπτωματική θεραπεία της νόσου Alzheimer.

Ενώ η ριβαστιγμίνη δεν ανήκει σε μία κατηγορία φαρμάκων, διαφέρουν χημικά και ως εκ τούτου παρουσιάζουν διαφορές στις φαρμακολογικές τους

και φαρμακοκινητικές τους ιδιότητες καθώς και στον τρόπο δράσης τους. Έχει γίνει πολύς λόγος για την πιθανή επίδραση αυτών των διαφορών στην κλινική βελτίωση των ασθενών .

Όλοι οι αναστολείς δρουν εκλεκτικά στον εγκέφαλο , ωστόσο η ριβαστιγμίνη αντιδρά εκλεκτικά και στις διάφορες περιοχές του εγκεφάλου με ιδιαίτερη προτίμηση τον ιππόκαμπο και τον φλοιό. *Είναι το μόνο φάρμακο που αποβάλλεται εξ ολοκλήρου από τους νεφρούς και ως εκ τούτου εκμηδενίζονται οι ανεπιθύμητες ενέργειες από την αλληλεπίδραση με άλλα φάρμακα.*

Όλα τα φάρμακα αναστέλλουν την δράση της ακετυλοχολινεστεράσης και μόνο η ριβαστιγμίνη αναστέλλει και την βουτυρυλοχολινεστεράση. Όσο εξελίσσεται η νόσος τόσο ελαττώνεται η δραστηριότητα και η ποσότητα της ακετυλοχολινεστεράσης και ταυτόχρονα αυξάνεται η δραστηριότητα και η ποσότητα της βουτυρυλοχολινεστεράσης. Οι ασθενείς με σοβαρή ΝΑ βελτιώνονται περισσότερο , ωστόσο όμως η άποψη που επικρατεί για την έναρξη της θςραπείας είναι να γίνεται όσο το δυνατόν πιο πρώιμα. Η βελτίωση ή η σταθεροποίηση των νοητικών , λειτουργικών ή συμπεριφορικών διαταραχών είναι άμεσο αποτέλεσμα των φαρμάκων κατά της ΝΑ. *Οι συνήθεις ανεπιθύμητες ενέργειες είναι η ναυτία και ο εμετός.* Είναι συνήθως ήπιας ή μέσης βαρύτητας και συνήθως εμφανίζονται με την αύξηση της δόσης. Ελαχιστοποιούνται όταν το φάρμακο χορηγείται με το φαγητό και η αύξηση της δόσης γίνεται κάθε μήνα. (www.recialeducation.gr/modules)

Το Exelon (ριβαστιγμίνη) είναι λοιπόν ένα νέος αναστολέας της ακετυλοχολινεστεράσης (AChE), με εκλεκτική δράση στον εγκέφαλο και ειδικότερα στις περιοχές του ιπποκάμπου και του φλοιού.

Το γεγονός ότι το Exelon δεν χρησιμοποιεί το ήπια κατά τον μεταβολισμό του, σε συνδυασμό, με την σύντομη ημιπερίοδο της ζωής και την χαμηλή δέσμευση με τις πρωτεΐνες του πλάσματος, καθιστά αυτό το φάρμακο ασφαλές κατά την συγχορήγηση του με άλλα φάρμακα.

Αυτό έχει ιδιαίτερη σημασία για τους ηλικιωμένους ασθενείς οι οποίοι συνήθως παίρνουν αγωγές για άλλες παθήσεις. Έτσι τα Exelon αναστέλλει εκλεκτικά το ένζυμο της ακετυλοχολινεστεράσης . Το ισοένζυμο αυτό λοιπόν είναι η επικρατέστερη μορφή της ακετυλοχολινεστεράσης στους εγκεφάλους των ασθενών με νόσο Alzheimer .Η υπεροχή της αποτελεσματικότητας του

Exelon πιθανώς οφείλεται στο ότι αναστέλλει εκλεκτικά στον εγκέφαλο και την βουτυροχολονεστεράση.

Επιπλέον το Exelon *χορηγείται σε* δοσολογία 6-12mg/ημέρα προκαλεί 40-70% ανασταλτική δράση στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα. Επιπλέον το Exelon χορηγείται σε δύο δόσεις ανά 24ωρο και είναι ανεκτό στο ήπαρ και την καρδιακή λειτουργία (δεν παρατηρήθηκαν ποτέ ηλεκτροκαρδιογραφικές ανωμαλίες ή αρρυθμίες αλλά ούτε και επίδραση στην πίεση του αίματος.

Έτσι περισσότεροι από το ένα τρίτο (1/3) των ασθενών που έλαβαν θεραπεία με ριβασταγμίνη 6-12mg/ημέρα εμφάνισαν μεγαλύτερη βελτίωση από δέκα %(10%). Για αυτό λοιπόν το λόγο το Exelon είναι το πρώτο φάρμακο που διαθέτει σαφείς αποδείξεις αποτελεσματικότητας σε μία ομάδα κατ'εξοχήν Ευρωπαίων ασθενών. Όλα αυτά δείχνουν ότι πέραν της γνωστικής ικανότητας και των καθημερινών δραστηριοτήτων, το Exelon επιφέρει βελτίωση και σε μία ακόμη σημαντική παράμετρο της ΝΑ : τις διαταραχές συμπεριφοράς των ασθενών με ΝΑ(συμπεριλαμβανομένων των ψευδαισθήσεων και παραισθήσεων, της διέγερσης, του άγχους και των διαταραχών του ύπνου.)(www.myworld.gr)

8.2.Η ολανζαπίνη σε ασθενείς με νόσο Alzheimer

Η αντιμετώπιση των διαταραχών της συμπεριφοράς σε ηλικιωμένους ασθενείς με τα κλασσικά αντιψυχωτικά φάρμακα οδηγεί συχνά σε σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες. Σήμερα υπάρχει η δυνατότητα στροφής σε άλλα αντιψυχωτικά φάρμακα απαλλαγμένα από αυτές τις ουσίες. Η ολανζαπίνη (*Zyprexa*) έχει ήδη χρησιμοποιηθεί στις διαταραχές της συμπεριφοράς στα πλαίσια της καταπολέμησης της ΝΑ.

Όμως οι μελέτες για την αποτελεσματικότητα της νόσου είναι περιορισμένη σε αριθμό και έτσι ο στόχος αυτής της μελέτης που θα γίνει λόγος είναι να διερευνήσει την θετική ή αρνητική δράση της ολανζαπίνης σε ασθενείς με ΝΑ καθώς και σε ασθενείς με βαριά κατάθλιψη.

Σύμφωνα λοιπόν με την μελέτη εξετάστηκαν πενήντα δύο (52)ασθενείς στους οποίους χορηγήθηκε Ολανζαπίνη 5mg .Από αυτούς τριανταέξι

(36)έπασχαν από διαταραχές συμπεριφοράς στα πλαίσια της ΝΑ οκτώ

(8)έπασχαν από ΝΑ και κατάθλιψη και οκτώ (8)από βαριά κατάθλιψη.

Συνολικά από τους πενήνταδύο (52)ασθενείς που μελετήθηκαν , βελτιώθηκαν εικοσιτέσσερις (24). Από τους υπόλοιπους εικοσιοκτώ (28) ασθενείς , δέκα (10) διέκοψαν την αγωγή λόγω ανεπιθύμητων ενεργειών ή μη ανταπόκρισης στην θεραπεία και εννέα (9) ασθενείς εξαιρέθηκαν της μελέτης επειδή δεν ακολούθησαν το πρωτόκολλο για διάφορους λόγους. Οι ανεπιθύμητες ενέργειες που παρουσιάστηκαν ήταν εξωπυραμιδικά συμπτώματα σε τέσσερις (4) ασθενείς , δυσανεξία σε δύο (2), ένας (1) ασθενής παρουσίασε ερύθημα , ένας (1)οπτικές αισθήσεις , ένας (1)υπνηλία και ένας (1) μεγάλη αύξηση βάρους.

Έτσι η ολανζαπίνη αποτελεί ένα φάρμακο που μπορεί να χρησιμοποιηθεί στην αντιμετώπιση των διαταραχών της συμπεριφοράς στην ΝΑ με πιθανότητα αποτελεσματικότητας πενήντα % (50%), μη ανταπόκριση περίπου εικοσιπέντε % (25%), και περίπου εικοσιπέντε% (25%) ανεπιθύμητες ενέργειες.www.msu.gr/files/odigoi/Alzheimer.doc

8.3.Τα αντιφλεγμονώδη φάρμακα κατά της νόσου Alzheimer

Το γήρας και η ΝΑ έχει υποστηρικτεί ότι δημιουργείται με την αύξηση της παραγωγής των ελευθέρων ριζών Έχει υποστηριχθεί ότι τα αντιφλεγμονώδη φάρμακα ενεργοποιούν τους αντιοξειδωτικούς παράγοντες που αυτοί με την σειρά τους θα μπορούσαν να έχουν ευεργετικά αποτελέσματα στη ΝΑ εμποδίζοντας την κυτταρική εκφύλιση στον οργανισμό.
www.health.in.gr

8.4..Αντιοξειδωτικά-Νευροπροστατευτικά φάρμακα

Υπάρχουν αρκετές ενδείξεις ότι η οξειδωτική καταπόνηση αποτελεί τον τελικό μηχανισμό εκφύλισης στη ΝΑ ,και επομένως οι αντιοξειδωτικές ουσίες παίζουν σημαντικό ρόλο στη θεραπευτική αντιμετώπιση της νόσου. Τα φάρμακα αυτά δρουν μέσω της εξουδετέρωσης των ελευθέρων ριζών ή μείωσης της παραγωγής τους .

8.4.1.Βιταμίνη E

Είναι λιποδιαλυτή βιταμίνη και αποτελεί την κύρια αντιοξειδωτική ουσία των κυτταρικών μεμβρανών , τις οποίες προστατεύει από την υπεροξειδωση των λιπιδίων. Αν και δεν υπάρχει σαφής κλινική απόδειξη, ενδέχεται η ευνοϊκή δράση της βιταμίνης Ένα ενισχύεται από την υδροδιαλυτή νευροπροστατευτική βιταμίνη C που μπορεί αυτή η βιταμίνη να αναγεννά την βιταμίνη E στην ενεργή μορφή της. Και οι δύο βιταμίνες βοηθούν στην καταπολέμηση των αντιοξειδωτικών ουσιών που έχει ως αποτέλεσμα όχι να καταπολεμήσει αλλά να καταπραύνει την NA.

8.4.2.Μελατονίνη

Η μελετονίνη προστατεύει τους νευρώνες από την οξειδωτική καταπόνηση και έχει ρόλο στο να καταπραύνει την εξέλιξη της NA.

Πολλοί γιατροί συνηθίζουν εμπειρικά να συνταγογραφούν κάποια από τα φάρμακα αυτής της κατηγορίας (λόγω ασφάλεια και μικρού κόστους).

8.4.3.Μεμαντίνη

Επιπλέον ένα άλλο φάρμακο που βελτιώνει την κατάσταση του ασθενή με NA είναι η μεμαντίνη. Έτσι η μεμαντίνη είναι ένα φάρμακο που αναστέλλει μία ουσία η οποία διεγείρει την επιθετικότητα , την ευερεθιστότητα και γενικότερα την διαταραχή της συμπεριφοράς. Η μεμαντίνη είναι μία ουσία που ενοχοποιεί τις βλάβες που προκαλούνται στον εγκέφαλο και παρουσιάζονται μάλλον αυτές οι διαταραχές. Έχει παρατηρηθεί ότι όσες βλάβες παρουσιάζονται στον εγκέφαλο, τόσο περισσότερη είναι διαταραγμένη η συμπεριφορά του ασθενή. Η χορήγηση του συγκεκριμένου φαρμάκου βελτιώνει την κατάσταση του ασθενή από αυτή την άποψη.

8.4.4.Οιστρογόνα

Τα οιστρογόνα έχουν θεωρηθεί ως προστατευτικά για τη NA. Αυτό έχει διαπιστωθεί και από μη ανοικτές μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες που λαμβάνουν τέτοια σκευάσματα , και παρουσιάζουν μειμένο κίνδυνο για εμφάνιση της NA. Επιπλέον έχει διαπιστωθεί στην NA ότι υπάρχει ευνοϊκή επίδραση των οιστρογόνων όμως δεν παρατηρήθηκε σημαντικό όφελος.

Για αυτό λοιπόν το λόγο η υποκατάσταση με οιστρογόνα πρέπει να χρησιμοποιείται μόνο επί γυναικολογικών εξετάσεων. (www.patris.gr)

8.5. Νέο φάρμακο-Διαδερμικό αυτοκόλλητο για την θεραπεία ασθενών με νόσο Alzheimer

Επιπλέον ένα νέο φάρμακο θα υπάρχει το καλοκαίρι στην Ευρώπη και στην Αμερική και τον προσεχή Οκτώβριο στην Ελλάδα που θα είναι υπεύθυνο για την καταπολέμηση της ΝΑ. Αυτό το φάρμακο έχει τη μορφή διαδερμικού αυτοκολλητού για την θεραπεία της νόσου. Πρόκειται για ένα αυτοκόλλητο με δραστική ουσία τη ριβασταγμίνη το οποίο θα επικολλάται σε ένα σημείο του σώματος του ασθενούς και έτσι θα τον απαλλάσσει από το να λαμβάνει δύο κάψουλες φαρμάκου την ημέρα. (www.madata.gr)

9.ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΝΟΣΟ ALZHEIMER

Οι διατροφικοί παράγοντες εμπλέκονται στην διαφοροποίηση, στην ωρίμανση και στο θάνατο των κυττάρων. Σημαντικό ρόλο στην καταπολέμηση της νόσου Alzheimer είναι η σωστή διατροφή. Η σωστή διατροφή βοηθάει στην καταπολέμηση των αντιοξειδωτικών ουσιών, και στην βοήθεια της ανάπλασης καινούργιων κυττάρων καθώς και στην διατήρηση αυτών. Έτσι ο κρόκος, οι χυμοί και το πράσινο τσάι βοηθάει στην μη εξέλιξη της νόσου και πολλές φορές στην καταπολέμηση της. (Δρ.Καβανόζη-Αλεβίζου, Διαιτητική διατροφή –Διατροφή των ηλικιωμένων, Θεσσαλονίκη 2003)

9.1. Ο κρόκος κατά της νόσου Alzheimer

Η νόσος Alzheimer είναι μία νευροεκφυλιστική νόσος του εγκεφάλου, που προσβάλλει μεγάλο τμήμα του ηλικιωμένου πληθυσμού. Ο μέσος όρος εξέλιξης της είναι οκτώ χρόνια.

Ο κρόκος αντιστρέφει την απώλεια μνήμης και μάθησης που προκαλείται από την λήψη αιθανόλης.

Πειράματα σε κυτταρικές καλλιέργειες έδειξαν ότι αναστέλλει το θάνατο των νευρώνων όταν αυτός προκαλείται από συγκεκριμένα ερεθίσματα.

Έτσι ο κρόκος μπορεί να χρησιμοποιηθεί στη θεραπεία της ήπιας-μέτριας κατάθλιψης. Ο κρόκος έχει αντιοξειδωτική δράση και για αυτό το λόγο με τις αντιοξειδωτικές του ιδιότητες μπορεί να καταπραύνει τη ΝΑ, καθώς και να αναστείλει την ποιότητα της β-αμυλοειδικής πρωτεΐνης. (www.delpril.gr)

9.2. Οι χυμοί μπορεί να μειώσουν τον κίνδυνο εμφάνισης της ασθένειας του Alzheimer

Έχει διαπιστωθεί ότι οι άνθρωποι που κατανάλωναν τρία(3) ή περισσότερα ποτήρια χυμών φρούτων και λαχανικών την εβδομάδα είχαν εβδομηνταέξι (76%) χαμηλότερο κίνδυνο εμφάνισης της ασθένειας του Alzheimer

από εκείνους που έπιναν λιγότερο από μία φορά την εβδομάδα. Επιπλέον οι πρωτείνες παίζουν σημαντικό ρόλο στην καταπολέμηση της ΝΑ. Η πρωτείνη β-αμυλοειδής έχει και αυτή αντιοξειδωτικές ουσίες και μπορεί να καταπραύνει την νόσο όχι όμως να την καταπολεμήσει.

Με αυτή την διατροφική θεραπεία ο ασθενής θα μπορέσει να βελτιώσει την ποιότητα της ζωής του. Αυτές οι διατροφικές «θεραπείες» απευθύνονται σε ηλικιωμένα άτομα και είναι απαραίτητο να τηρούνται στα σωστά διαστήματα της ημέρας –σε τακτά σωστά χρονικά διαστήματα για να μπορέσει ο οργανισμός να λειτουργεί με τέτοιο τρόπο ώστε να καταπραύνει την νόσο αλλά και πάνω από όλα ο ασθενής να αισθάνεται καλά και ήρεμος με την πάθησής του. Το κάπνισμα, η μη εκπαίδευση, η μη σωματική δραστηριότητα καθώς και η παχυσαρκία δεν βελτιώνουν αλλά επιδεινώνουν την κατάσταση του ασθενούς. Για αυτό λοιπόν το λόγο χρειάζεται πάνω από όλα η ψυχική ηρεμία του ασθενούς και έπειτα ακολουθούνται οι διατροφικοί κανόνες για την καταπολέμηση της νόσου. (www.foodtoday.gr)

9.3.Πράσινο τσάι εναντίον Alzheimer

Μία επιπλέον συνήθεια για την καταπολέμηση της νόσου είναι το πράσινο τσάι. Το πράσινο τσάι περιέχει πλήθος αντιοξειδωτικών ουσιών συμπεριλαμβανομένων και των αποκαλούμενων φλαβονοειδών. Στην αποτροπή αυτών των βλαβών που προκαλεί το Alzheimer στον εγκέφαλο, βοηθάει ένα συστατικό του πράσινου τσαγιού. Ωστόσο όμως θεωρείται ότι τα διατροφικά συμπληρώματα από εκχύλισμα πράσινου τσαγιού περιέχουν ουσίες οι οποίες μπορούν να αναστείλουν κάποιες βλαβερές ουσίες που εγκαταστάθηκαν στον οργανισμό από την ΝΑ. Έτσι λοιπόν η προτεινόμενη ημερήσια δόση που μπορεί να πει ο άνθρωπος είναι 1-2 φλυτζάνια την ημέρα. (www.katiana.gr)

10.Η ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΔΙΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Οι ασθενείς με νόσο Alzheimer είναι συνήθως ηλικιωμένοι ασθενείς οι οποίοι παρουσιάζουν διακυμάνσεις συμπεριφοράς , σύγχυσης, ψυχωσικών συμπτωμάτων ή γενικότερα εικόνας οργανικού ψυχοσυνδρόμου.

Επιπλέον παρουσιάζουν άγχος ,αυπνία, και απάθεια ή αβουλία στην ζωή τους. Όμως η νόσος Alzheimer επηρεάζει όχι μόνο το ίδιο το άτομο , αλλά και ολόκληρη την οικογένεια του. Η μεγαλύτερη επιβάρυνση πέφτει σε όποιον έχει αναλάβει την φροντίδα του ατόμου με Alzheimer.

Τα μέλη των οικογενειών που αντιμετωπίζουν και φροντίζουν το άτομο με ΝΑ παραμελούν την δική τους υγεία. Έχουν μεγάλη συναισθηματική φόρτιση εξαιτίας αυτού του προβλήματος ώστε δεν είναι σε θέση οι ίδιοι να αντιληφθούν την ψυχική πίεση την οποία υφίστανται. Το προσωπικό και συναισθηματικό άγχος της φροντίδας είναι τεράστιο και είναι αναγκαίο να σχεδιάζει κανείς τρόπους για να αντιμετωπίσει τις συνέπειες της ασθένειας στο μέλλον.

Για αυτό το λόγο τα άτομα που εμπλέκονται στη φροντίδα των θυμάτων της νόσου του Alzheimer είναι αναγκαίο να διαθέτουν *ψυχικό σθένος και ηρωισμό*. Και πολλές φορές δοκιμάζουν βαθιά οδύνη όταν βλέπουν ανθρώπινα πλάσματα να παλιδρομούν και χωρίς αναστολές να συμπεριφέρονται με τρόπο που ποτέ δεν θα το ενέκριναν. Έτσι οι συγγενείς πρέπει να φροντίσουν πρώτα την δική τους υγεία και έπειτα να ανταπεξέλθουν στη υγεία των ατόμων με ΝΑ. (Θεοτοκάς .Νευρολογική εκτίμηση στη νόσο Alzheimer, 3^η έκδοση, Θεσσαλονίκη 2002)

Ένα χαρακτηριστικό στοιχείο που αντιπροσωπεύει τους ανθρώπους με ΝΑ και πρέπει να τους δείχνουμε πάντα κατανόηση είναι η έλλειψη επικοινωνίας. *Πολύ χαρακτηριστικά λέγεται :φαντάσου να ζεις σε ένα κόσμο που κάθε λεπτό της ζωής σου σβήνεται από την μνήμη σου καθώς το λεπτό αυτό περνάει. «Φαντάσου πως η μνήμη σου σβήνεται τελείως ώστε να αρχίσεις να ξεχνάς*

πώς να μιλάς, πώς να φέρεσαι δημόσια , πώς να ντύνεσαι ακόμη και πώς να τρως. Φαντάσου πως θα ήταν η ζωή σου αν, ότι έμαθες κατά τη διάρκεια της εξασθενούσε στη μνήμη σου.»

Έτσι λοιπόν η κατανόηση των συναισθημάτων παίζει σπουδαίο ρόλο τόσο στον ασθενή με ΝΑ αλλά και όσο και στον συγγενή που φροντίζει το άτομο. Μερικά από τα συναισθήματα τα οποία νιώθουμε είναι η λύπη, η ενοχή, ο θυμός, η ντροπή, η μοναξιά για τον ασθενή αλλά πάνω από όλα και για τον εαυτό μας απέναντι στο άτομο με ΝΑ.

Όλα αυτά τα συναισθήματα θα τα αναλύσουμε για να μελετήσουμε και να δούμε πως νιώθουμε εμείς απέναντι στο άτομο , τι συναισθήματα εξωτερικεύουμε και πως μπορούμε να τα αντιμετωπίσουμε,

· λύπη

Η λύπη αποτελεί μία φυσική αντίδραση για όποιον βιώνει μία απώλεια. Στην διάρκεια μίας νόσου μπορεί να αισθανθούμε ότι χάνουμε μία συντροφιά , ένα φίλο, ή ένα γονιό. Μόλις νομίζουμε ότι το άτομο προσαρμόζεται αλλάζει ταυτόχρονα και δεν το αναγνωρίζουμε. Αυτά τα άτομα είναι δύσκολο να χαρούν ευτυχισμένες στιγμές και επηρεάζουν και τους συγγενείς .Οι άνθρωποι προσαρμόζονται σε αυτή την «δύσκολη»ρουτίνα της ζωής και είναι δύσκολο να νιώσουν λίγη ευτυχία. Έτσι οι συγγενείς για να απολαύσουν ένα ευτυχισμένο γεγονός πρέπει να μην ανησυχούν για το αύριο. *Στην ζωή πρέπει να υπάρχει το χιούμορ αλλά και το γέλιο το οποίο είναι θεραπευτικό που δίνει άλλη πινελιά στην ρουτίνα της ζωής.* Επιπλέον η υποστήριξη από φιλικά άτομα είναι ένας επιπλέον τρόπος να αποκτήσει κανείς την αυτοεκτίμηση του και να συνεχίσει την προσπάθεια της καταπολέμησης της νόσου με αξιοπρέπεια. Για αυτούς τους λόγους το άτομο πρέπει να έχει την δική του ώρα ξεκούρασης και το δικό χώρο να απομονώνεται για να αντιμετωπίσει τα γεγονότα.

· ενοχή

Η ενοχή μπορεί να προέλθει από εμάς για τον ασθενή που έχει την ΝΑ επειδή όλη αυτή η διαδικασία προκάλεσε κούραση σε εμάς και η σκέψη για την λύση της κλινικής μας τρομάζει. Η συζήτηση με άλλους συγγενείς που βιώνουν το

ίδιο πρόβλημα μπορεί να ξεμπερδέψει τα δικά μας συναισθήματα και να δώσει λύση στο πρόβλημα μας.

- θυμός

Ο θυμός που νιώθουμε μπορεί να είναι ανάμεικτος. Μπορεί να απευθύνεται προς τον ασθενή, προς τον εαυτό μας ή όλη την κατάσταση την οποία βιώνουμε. Είναι πλέον σημαντικό να διακρίνουμε το θυμό που νιώθουμε για την συμπεριφορά του ατόμου ή το θυμό μας απέναντι στο ίδιο το άτομο. Εάν δεν υπάρχει φυγή διεξόδου υπάρχει λύση στο πρόβλημα σε μία ένταξη μίας ομάδας υποστήριξης ή αυτοβοήθειας. Κάτι πιο απλό που είναι και το πιο σημαντικό ο *απλός περίπατος* που ανανεώνει τον άνθρωπο και βλέπει τα πράγματα από άλλη οπτική πλευρά. Η ευθύνη του εαυτού μας καθώς και η ευθύνη του συγγενή που την έχετε αναλάβει κάνουν ακόμα πιο δύσκολο το φορτίο και αυτό σας προκαλεί έντονο άγχος. Για αυτό λοιπόν το λόγο είναι καλό να υπάρχει στην ζωή μας η επικοινωνία και μέσα από την συζήτηση λύνονται όλα με κάθε τρόπο.

- ντροπή

Η αίσθηση ντροπής που αισθανόμαστε για το άτομο με ΝΑ που επιδुकνύει ανάρμοστη συμπεριφορά είναι κάτι το φυσιολογικό και το αναμενόμενο. Το συναίσθημα αυτό μπορεί να γίνει κτήμα και άλλων ανθρώπων αν μοιραστεί με άλλους ανθρώπους που έχουν παρόμοιες εμπειρίες. Για αυτό το λόγο η εξήγηση της συμπεριφοράς του ασθενή με ΝΑ είναι απαραίτητη για να γνωρίζουν πως θα αντιδράσουν και αυτοί.

- μοναξιά

Η αίσθηση της μοναξιάς που νιώθουν οι συγγενείς που φροντίζουν το άτομο με ΝΑ είναι για αυτούς αναμενόμενη. Αποσύρονται από την κοινωνία και περιορίζονται μόνο με το άτομο αυτό. Η μοναξιά όμως κάνει πολύ δύσκολο το έργο της φροντίδας. Η δημιουργία και η διατήρηση των φιλικών σας σχέσεων βοηθού να είστε και να είμαστε ενεργοί άνθρωποι στην κοινωνία. Έτσι οι φίλοι μπορούν να συμβάλλουν στην αποκατάσταση των ισορροπιών που έχουν διαταραχθεί από την ασθένεια. Η διατήρηση των κοινωνικών

επαφών βοηθάει πολύ στην ψυχοσύνθεση του συγγενούς αλλά και του ασθενούς με ΝΑ. (Μάνος Νίκος, Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής , Θεσσαλονίκη 1997)

Έτσι η μειωμένη κοινωνική αντίδραση αυξάνει την εξάρτηση του ασθενούς και επιδεινώνει την ψυχοκοινωνική και την φυσιολογική του κατάσταση.

Για αυτό λοιπόν το λόγο η ανάγκη επικοινωνίας με τους άλλους είναι τόσο αναγκαία όσο η τροφή και το νερό. Έτσι οι νοσηλευτές στην προσπάθεια τους να επικοινωνήσουν με τους συγγενείς προβαίνουν σε δημιουργικές παρεμβάσεις

Για αυτό λοιπόν καθήκον του νοσηλευτή απέναντι στους συγγενείς είναι:

- Να ενημερώνει τους συγγενείς του ασθενή για τα χαρακτηριστικά και την πορεία της νόσου
- Να παρέχει οδηγίες για την αποφυγή του καθημερινού άγχους
- Να παρέχει βοήθεια όπου είναι ανάγκη για την κάλυψη των αναγκών του ασθενή
- Να δοθούν οδηγίες σχετικά με το διαιτολόγιο του ασθενούς. Οι αποδείξεις τοποθετούν την απώλεια βάρους ως σύμπτωμα της νόσου Alzheimer.
- Να ενθαρρύνουν τους συγγενείς να συνεχίσουν το τόσο κοπιώδες αλλά και τόσο σημαντικό έργο της νοσηλείας του ασθενή.
- Και τέλος να παρέχουν ψυχολογική υποστήριξη ,με σκοπό τη μείωση της συγκινησιακής και σωματικής έντασης. (Strret JS,Alzheimer disease in nursing care facilities.Rsychiatry 2000)

11.ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΝΟΣΟ ALZHEIMER

Η ποιότητα ζωής των ασθενών με νόσο Alzheimer είναι σήμερα πολύ δύσκολη λόγω των γοργών ρυθμών που υπάρχουν στην ζωή μας .Οι καθημερινές δυσκολίες οδηγούν σε διαταραχές της συναισθηματικής ζωής και καταλήγουν σε συναισθηματικά τραύματα καθώς ο άρρωστος με νόσο Alzheimer καταλήγει να υφίσταται ως «ξένος»με πραγματική και ουσιαστική αδυναμία επικοινωνίας μαζί του.

Ίσως , είναι από τις ελάχιστες περιπτώσεις όπου η ποιότητα ζωής του αρρώστου όχι απλώς επιδεινώνεται , αλλά εξαφανίζεται πλήρως , τουλάχιστον σε ότι αφορά τη ψυχο-συναισθηματική και κοινωνική της διάσταση. Επιπλέον , ίσως είναι από τις ελάχιστες περιπτώσεις , όπου η ποιότητα ζωής της άμεσης και ευρύτερης οικογένειας επιδεινώνεται σε τέτοιο βαθμό και έκταση.

Προς τούτο λοιπόν επιβάλλεται η ανάπτυξη δομών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας μέσα στην κοινότητα με ειδικά εκπαιδευμένους επαγγελματίες υγείας , οι οποίοι θα παρέχουν τις υπηρεσίες τους τόσο προς τον ίδιο τον άρρωστο , όσο και προς την οικογένεια του. Οι υπηρεσίες αυτές θα πρέπει να έχουν έναν έντονο ψυχο-κοινωνικό προσανατολισμό που θα είναι :

α)υπηρεσίες πρακτικής βοήθειας και εξυπηρέτησης προς τον ίδιο τον άρρωστο στις καθημερινές του λειτουργίες , προκειμένου να διάγει όσο το δυνατόν μία αξιοπρεπή και ανθρώπινη ζωή

β) και επίσης να υπάρχουν υπηρεσίες ψυχοσυναισθηματικής υποστήριξης προς την οικογένεια του προκειμένου να ενισχυθεί για να αντιμετωπίσει την έκπτωση και επιδείνωση της δικής της ποιότητας ζωής.(Σαρρής Μάρκος , Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής ,Ποιότητα ζωής ασθενών με Alzheimer)

Ένα επιπλέον στοιχείο που καθορίζει την ποιότητα ζωής των ασθενών με νόσο Alzheimer είναι ο τρόπος προσέγγισης επικοινωνίας απέναντι στον ασθενή. Υπάρχουν μερικές «τεχνικές»που πρέπει να τηρούνται για σωστή

προσέγγιση του ασθενή ώστε ο ασθενής να αισθανθεί ότι το άτομο αυτό είναι διπλά του .

Για να υπάρχει λοιπόν μία σωστή επικοινωνία πρέπει εμείς απέναντι στον ασθενή να χρησιμοποιούμε απλές προτάσεις και μικρές λέξεις για να συζητήσουμε μαζί του. Επιπλέον να του μιλάμε ήρεμα και ευγενικά.

Πρέπει να αποφεύγουμε να μιλάμε στον ασθενή σαν να ήτανε μωρό ή να μιλάμε σαν να μην βρίσκεται μπροστά μας. Η απομάκρυνση του ραδιοφώνου ή της τηλεόρασης είναι απαραίτητη όταν συζητάμε μαζί του γιατί αυτό μπορεί να τον αποπροσανατολίσει.

Η διάθεση χρόνου που πρέπει να έχει του είναι αναγκαία για να απαντήσει στις ερωτήσεις που του θέτουμε .Εάν δυσκολεύεται να βρει τις κατάλληλες λέξεις για να σχηματίσει την πρόταση μπορούμε να του δώσουμε την βοήθεια μας.

Τέλος οι ερωτήσεις και οι προτάσεις που μπορούμε να του θέσουμε πρέπει να διατυπώνονται με ευγένεια. Έτσι η αντιπαράθεση με τον ασθενή δεν θα οδηγήσει σε καμία λύση .Για αυτό πρωταρχικό μας μέλημα είναι να εξασφαλίσουμε ότι ο ασθενής δεν θα βλάψει τον αυτό του ή τους άλλους και ακολουθούν όλα τα άλλα. *Η συνεργασία και η συζήτηση με τον θεράποντα ιατρό είναι πάντα απαραίτητη ώστε να ενημερωνόμαστε πλήρως για την εξέλιξη του ατόμου τόσο για το ίδιο το άτομο όσο και για την εξέλιξη της νόσου του.*

Έτσι λοιπόν το 70% των πασχόντων χρειάζονται μακροχρόνια φροντίδα και περιποίηση σε ιδρύματα και πάνω από 50% όσων παραμένουν στο σπίτι τους με την οικογένεια τους έχουν ανάγκη από μόνιμη φροντίδα. Ένας από τους φορείς που μπορεί να παρέχει πληροφορίες είναι το Σωματείο *Αλληλοβοήθειας Ασθενών με Νόσο Alzheimer και Συναφών Διαταραχών*. Η ίδρυση του πραγματοποιήθηκε το Δεκέμβριο του 1997 από συγγενείς φροντιστές ατόμων που πάσχουν από Alzheimer. Είναι ένα σωματείο που βοηθάει με το δικό του τρόπο την μείωση της εξέλιξης της ασθένειας αυτής και γιατί όχι με πολλούς κόπους και την εξάλειψη της .(Rubinstein Henri, Η νόσος του Alzheimer, Αθήνα 2000)

11.1. Δικαιώματα ασθενών με νόσο Alzheimer

Έτσι κάθε άνθρωπος που πάσχει από την νόσο Alzheimer έχει δικαιώματα που χρειάζονται να τηρούνται για να αισθάνονται οι άνθρωποι κοινωνικά όντα στην κοινωνία. Για αυτό λοιπόν το λόγο ο ασθενής πρέπει:

να πληροφορείται για τη διάγνωση της νόσου που έχει

να έχει κατάλληλη συνεχή φροντίδα
να εργάζεται και να διασκεδάζει για όσο περισσότερο χρόνο μπορεί

να αντιμετωπίζεται όπως ένας ενήλικας και όχι όπως ένα παιδί.

να λαμβάνονται σοβαρά τα αισθήματα που εκφράζει

- να είναι ελεύθερος από ψυχότροπα φάρμακα ,όσο είναι δυνατόν
- να ζει σε ένα ασφαλές , καλά δομημένο και προβλέψιμο περιβάλλον.
- να απολαμβάνει σημαντικές δραστηριότητες που γεμίζουν την κάθε του ημέρα με ευχαρίστηση.
- να βγαίνει έξω σε τακτά χρονικά διαστήματα και να έχει το δικαίωμα της σωματικής επαφής όπως αγκαλιά, χάιδεμα, και κράτημα από το χέρι
- να είναι με άτομα που ξέρουν την ιστορία της ζωής τους, την κουλτούρα τους καθώς και τις πεποιθήσεις τους.
- και τέλος να φροντίζονται από άτομα που έχουν εκπαιδευτεί καλά στην φροντίδα και περιποίηση της νόσου του Alzheimer (Tariot R.Current status and new developments in the of Alzheimer, 2001)

11.2. Συστάσεις για την ελάττωση του κινδύνου της νόσου του Alzheimer

Τέλος παραθέτουμε κάποιες συστάσεις για την ελάττωση του κινδύνου της νόσου του Alzheimer, δηλαδή πώς να αποφύγουμε τη νόσο για να μείνουμε νέοι αλλά και ακμαίοι στην ζωή μας !!!!

α) Διαλέγουμε πολύ προσεκτικά τους γονείς μας!

β) Να εκπαιδευόμαστε δια βίου με δημιουργική σκέψη και γράψιμο.

γ) Να ζούμε υγιεινά, με άσκηση και χωρίς κάπνισμα!

δ) Ο τρόπος της ζωής μας είναι εκείνος που

συντελεί σε φυσιολογικά επίπεδα το σάκχαρο μας, την χοληστερίνη μας και την αρτηριακή μας πίεση.

ε) Να χρησιμοποιούμε όσο πιο πολύ μπορούμε το μυαλό μας με επιτραπέζια παιχνίδια , σταυρόλεξα κ.λ.π.

ζ) Να είμαστε όσο πιο κοινωνικοί μπορούμε.

η) Να παίρνουμε βιταμίνη Ε ως συμπλήρωμα στην διατροφή μας.

θ) Επιπλέον να παίρνουμε Β12 και φολικό οξύ.

ι) Η καθημερινή λήψη ασπιρίνης είναι αρκετή αν είσαι πάνω από πενήντα (50)ετών.

κ) Και τέλος εάν ο γιατρός σου προτείνει το φάρμακο «στατίνη» για την υψηλή χοληστερίνη

τότε καλό είναι να ληφθεί διότι μειώνει τις πιθανότητες της παρουσίασης νόσου Alzheimer. (Σαρρής Μάρκος, Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής , Ποιότητα ζωής ασθενών με νόσο Alzheimer)

12. ΠΟΥ ΜΠΟΡΕΙΤΕ ΝΑ ΑΠΕΥΘΥΝΘΕΙΤΕ;

Εάν πάσχετε από τη νόσο Alzheimer εσείς ή κάποιο πρόσωπο από το συγγενικό ή το φιλικό σας περιβάλλον τότε μπορείτε να απευθυνθείτε ή να ζητήσετε πληροφορίες από το Σωματείο Αλληλοβοήθειας ασθενών με νόσο Alzheimer και Συναφών Διαταραχών.

Αυτό το σωματείο ή η Ελληνική Εταιρεία Νόσου Alzheimer και συναφών διαταραχών είναι μία μη – κερδοσκοπική εταιρία που ιδρύθηκε το Δεκέμβριο του 1997, από συγγενείς ασθενείς που έπασχαν από την νόσο αυτή. Μέσα σε αυτή την εταιρεία εργάζονται γιατροί όλων των ειδικοτήτων, κυρίως Νευρολόγους και Ψυχιάτρους που ασχολούνται με τα προβλήματα που προκαλεί αυτή η νόσος καθώς υπάρχουν και άλλες ειδικότητες που πλαισιώνουν την εταιρεία όπως είναι οι ψυχολόγοι, οι κοινωνικοί λειτουργοί, οι φυσικοθεραπευτές.

Σκοπός της λοιπόν είναι να προωθήσει την κατανόηση, την υποστήριξη, καθώς και την δράση όλων όσων έχουν οποιαδήποτε σχέση ή ενδιαφέρον που αφορά αυτή την νόσο στα πλαίσια της Ελληνικής Επικράτειας. Έτσι με λίγα λόγια σκοπός είναι η φροντίδα των ασθενών και η αγάπη που πρέπει να τους προσφέρουμε με όλη την ειλικρίνεια και την προσφορά που μας διακατέχει απέναντι στην «ασθένεια» που ζουν καθημερινά με αυτή.

ΧΡΗΣΙΜΕΣ ΔΙΕΥΘΥΝΣΕΙΣ

- Ελληνική Εταιρεία Νόσου Alzheimer και Συναφών Διαταραχών (Εγνατίας 92, Θεσσαλονίκη 54623)

E mail : evita@rsy.auth.gr

Τηλ/Fax : (2310)264380-283973-264756

Εκδίδει το περιοδικό *Συνοδοιπόροι στο Alzheimer*, προοριζόμενο κυρίως για την ενημέρωση των οικογενειών και των πασχόντων.

- Ελληνική Γεροντολογική και Γηριατρική Εταιρεία

(Κάνιγγος 23, Αθήνα 10677)

E mail: hagg@compulink.gr

Τηλ: 3811612, Fax : 3840317

- Σωματείο Φροντιστών Alzheimer Αθήνας

Γραμμή SOS : 5811096, Fax: 5820896.(Rybinstein Henri , Η νόσος του Alzheimer , Ελληνικά γράμματα, Αθήνα 2000)

13.ΕΠΙΛΟΓΟΣ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Για να ολοκληρώσουμε λοιπόν αυτή την εργασία η οποία δεν διατείνεται ότι είναι διεξοδική αλλά έχει ως στόχο να αναπτύξει τις προοπτικές για την εξέλιξη της νόσου που αφορά τώρα πια ένα καθημερινό μας πρόβλημα. Καταλήξαμε λοιπόν η ΝΑ είναι μία ασθένεια η οποία δεν θεραπεύεται πλήρως αλλά μπορεί να αντιμετωπισθεί με διάφορα φάρμακα. Η συμπεριφορά και ο χαρακτήρας του ατόμου άλλες φορές παρουσιάζει μία εξέλιξη προς το καλύτερο και άλλες φορές παρουσιάζει επιδείνωση.

Η εφαρμογή φαρμακευτικών θεραπειών βοηθάει ως ένα βαθμό αλλά η πλήρης εφαρμογή των παρηγορητικών θεραπευτικών σχημάτων δίνει μία άλλη διάσταση στο όλο ζήτημα του θέματος. Αυτή η θεραπευτική αγωγή με μία εναλλακτική μορφή μη φαρμακευτικής αντιμετώπισης όπως είναι η μουσικοθεραπεία, η κινησιοθεραπεία, η ατομική αλλά και η ομαδική θεραπεία δίνουν και βοηθάνε την κατάσταση ώστε να αντιμετωπισθεί καλύτερα και πιο δημιουργικά και από τον ασθενή αλλά και από τους συγγενείς η νόσος αυτή.

Σαν συμπέρασμα όλων αυτών είναι ότι η νόσος Alzheimer αντιμετωπίζεται πρώτα από τον ίδιο τον ασθενή και έπειτα από τους συγγενείς. Η προσπάθεια του ατόμου για την «καταπολέμηση» της νόσου και η βοήθεια των συγγενών απέναντι στο άτομο έχει ως αποτέλεσμα την ψυχική ηρεμία του ατόμου και ίσως την εξάλειψη της νόσου. Η παρηγορητική θεραπεία που προσφέρουν οι συγγενείς απέναντι στο άτομο βοηθούν και αυτοί με το δικό τους τρόπο να αναστείλουν αλλά και να διατηρήσουν το άτομο αυτό ακμαίο στην ζωή εν μέρει με ή και χωρίς καθόλου απώλεια μνήμης.

14.ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η άνοια τύπου Alzheimer είναι μία πρωτοπαθής εκφυλιστική ασθένεια που αρχίζει συνήθως μετά τα εξηνταπέντε (65) έτη και είναι πιο συχνή στις γυναίκες. Σκοπός αυτής της μελέτης είναι να κατανοήσουμε την έννοια αυτή, να δούμε από τι προέρχεται και πως μπορεί να αντιμετωπισθεί.

Η νόσος λοιπόν αυτή χαρακτηρίζεται από ατροφία του εγκεφαλικού φλοιού με χρόνια προοδευτική χειροτέρευση της νοητικής λειτουργίας. Η αιτία είναι άγνωστη αλλά υπάρχουν κάποιες υποθετικές αιτίες που είναι η γενετική προδιάθεση αλλά και οι περιβαλλοντικές τοξίνες, ο τρόπος ζωής ή ακόμη και το έντονο άγχος. Το πρώτο σύμπτωμα της νόσου είναι η διαταραχή της πρόσφατης μνήμης και η αλλαγή της συμπεριφοράς. Η συναισθηματική αστάθεια και η μεταβολή της προσωπικότητας αποτελούν μία από τις επιπλέον εκδηλώσεις της νόσου. Η διάγνωση της ΝΑ βασίζεται στα κλινικά εργαστηριακά ευρήματα ,στην ψυχιατρική εξέταση και τις συνεντεύξεις. Μία από τις καλές θεραπευτικές μεθόδους είναι οι μη φαρμακευτικές αντιμετωπίσεις της νόσου που είναι η μουσικοθεραπεία, ατομική και ομαδική ψυχοθεραπεία που δίνουν άλλη διάσταση στην αντιμετώπιση της ΝΑ. Μέσα λοιπόν από το σκοπό της βιβλιογραφικής ανασκόπησης μπορούμε να αναλύσουμε την έννοια και την αντιμετώπιση της νόσου από την μία άλλη Οπτική πλευρά του κάθε συγγραφέα. Αυτό βοηθάει για να εξετάσουμε από διαφορετικές πλευρές αυτό το μείζον ζήτημα.

Σαν συμπέρασμα όλων αυτών διαπιστώνεται ότι η νόσος Alzheimer μπορεί να αντιμετωπισθεί πρώτα από όλα με την αγάπη που πρέπει να υπάρχει απέναντι σε αυτούς τους ανθρώπους και με την θεραπεία που πρέπει να τους προσφέρουμε για μία καλύτερη ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών με το βλέμμα μας στραμμένο στο μέλλον , όντας βέβαιη ότι η ελπίδα πεθαίνει τελευταία!!!.

πηγές δεδομένων (λέξεις κλειδιά) :άνοια, άνοια τύπου Alzheimer, αίτια της νόσου, διάγνωση ,νοσηλευτικές παρεμβάσεις, φαρμακευτική αντιμετώπιση, θεραπεία, ψυχοκοινωνική προσέγγιση, ψυχοκοινωνική διάσταση ,ποιότητα ζωής, ελπίδα ζωής).

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Braak H, BRAAK E. Evolution of the neyropathology of Alzheimer;s disease. Acta Neurol scand 1996,(suppl 165):3-12
2. FRIELAND ROB. MD (WRU School of Medicine)
5° Πανελλήνιο Διεπιστημονικό Συνέδριο Νόσου Alzheimer και συναφών διαταραχών
Ελληνική Εταιρεία Νόσου Alzheimer και συναφών διαταραχών . Case Western Reserve Univercity ,24 Φεβρουαρίου 2007 (22-25 Φεβρουαρίου 2007 , Makedonia Palace , με διεθνή συμμετοχή)
ΣΦΑΙΡΙΚΗ ΘΕΩΡΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΤΟΥ ALZHEIMER <http://casemed.case.edu/neurogeriatrics>
α) Συστάσεις για την ελάττωση του κινδύνου της νόσου Alzheimer
β) Τρόποι για να ελατώσετε το κίνδυνο της νόσου του Alzheimer.
3. Θεοτοκάς. Νευρολογική εκτίμηση στη νόσο του Alzheimer. 3^h έκδοση, Θεσσαλονίκη, Univercity Studio Press, 2002:300-350.
4. GAUTHIER SERGE.
Καθηγητής Me Gill , Τμήματα Νευρολογίας και Νευροχειρουργικής Ψυχιατρικής , Πανεπιστήμιο Γενικής Ιατρικής , Κέντρο σπουδών Γήρατος. Νοσοκομείο Douglas. Verdun, Quebec. Canada, Ιατρικές εκδόσεις Βαγιονάκης, ΑΘΗΝΑ 2000.
5. Gauthier S, Feldman H, Hecker Jet al Explaratory analysis of the effects of denepezil in moderate and severe Alzheimer;s disease patients . Neurobid Aging 2002, 23 (15),572
6. Grene JG, Nicol R, Jamension H. Reality orientation with psychogeriatric patients. Behav Res Ther 1979, 17 :615-618.
7. Herlitz A, Adolfsson R, Backman L, Nilsson LG. Cueutilization following Oifferents forms of encoding in mildly, moderately, and severely demented patients with Alzheimer's disease. Brin Cogn 1991, .

8. Lipinska B, Backman L, Mantyla T, Viitanen M. Effectiveness of self-generated cues in early Alzheimer's disease. *J Clin Exp Neuropsychol* 1994,16:809-819.
9. Hopman-Rock M, Staats P, Tak E, Drees R. The effects of a psychomotor activation program for use in groups of cognitively impaired people in homes for the elderly. *Int J Geriatr Psychiatry* 1999,14:633-642.
10. ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΦΗΜΕΡΙΔΑ "Δέκα χρόνια Εταιρείας Νόσου Alzheimer και Συγγενών Διαταραχών"

ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ

(Ό,τι ανακοινώνεται κι ακούγεται σε "Συνέδρια, Συμπόσια, Εκδηλώσεις")
 Ιατρική εφημερίδα -Εκδίδεται κάθε μήνα -Διανέμεται σε όλους τους γιατρούς

Ειδική ΕΚΔΟΣΗ "Νόσος ALZHEIMER, Επιμέλεια έκδοσης" Τσολάκη Μάγδα

11. ΙΕΡΟΔΙΑΚΟΝΟΥ Χ. και συν ΦΩΤΙΑΔΗΣ Χ. και συν ΔΗΜΗΤΡΙΟΥ Ε. ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ, ΟΡΓΑΝΙΚΕΣ ΨΥΧΩΣΕΙΣ (Ταξινόμηση "Χρόνια οργανικά ψυχοσύνδρομα ή άνοια), Εκδόσεις 'ΜΑΣΤΟΡΙΔΗ, ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 1988 {616.89.ΨΧΧ}
12. Josephson S, Bakman L, Borell L et al. Effectiveness of an intervention to improve occupational performance in dementia. *OccTher J res* 1995,15:36-49.
13. ΔΡ.ΚΑΒΑΝΟΖΗ-ΑΛΕΒΙΖΟΥ
 ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ Διατροφή των ηλικιωμένων, ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 2003
14. Kane RL Kane RA (1976). Long term care in 6 countries Department of Health , Education and Welfare, Washington , DC.
15. ΚΑΠΑΚΗ Ε. και συν ΠΑΡΑΣΚΕΥΑΣ Γ.Π.
 ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΘΕΩΡΗΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ALZHEIMER & ΑΛΛΩΝ ΑΝΟΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ, Εκδόσεις Βήτα (medical art) ΑΘΗΝΑ 2000

16. Knopman D, Schneider, Davis K et al, Long -term tacrine (cognex)treatment. Effects on nursing home placement and mortality. Neurology 1996 , 47 : 166-167
17. ΛΥΜΠΕΡΑΚΗΣ Α.ΣΤΑΘΗΣ (Ψυχίατρος)
ΕΓΚΕΦΑΛΟΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ, ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΗ ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΑ.
Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα , ΑΘΗΝΑ 1997 {616.89}
18. ΜΑΝΟΣ ΝΙΚΟΣ ,ΒΑΣΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ.
αναθεωρημένη έκδοση Univercity Studio Press ,ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 1997
{616.89.MAN}
19. MARY A.NIES και συν MELANIE Mc.EWEN
ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ, Τρίτη έκδοσπ, Τόμος II, Ιατρικές
εκδόσεις Λαγός Δημήτρης, ΑΘΗΝΑ 2001
20. Mega MS, Cummings JL, Fiorello T, Gornbein J. The Srectrum of
behavioural changes in Alzheimer disease. Neurology 1996,46 :130-
135.
21. ΜΕΝΤΕΝΟΠΟΥΛΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ. (Αναπληρωτής καθηγητής νευρολογίας
της ιατρικής σχολής του Α.Π.Θ.
Η ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ ALZHEIMER Β' ΈΚΔΟΣΗ.σηϊνβΓβίly studio press-
,ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 1999
22. Miller N, Cohen G.Clinical asrects of Altzheimer disease and senile
dementia.Raven press, New York, 1981.
23. ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ Φ.
ΕΓΧΕΙΡΙΔΙΟ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ για τη Μ.Τ.Ε.Ν.Σ., (Αποκατάσταση των
χρόνιων ψυχικών αρρώστων με Alzheimer) , Ιατρικές εκδόσεις
ΛΙΤΣΑΣ {616.89 ΟΙΚ}
24. ΠΑΓΚΟΣΜΙΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΚΑΙ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΤΗΣ
ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ .
Κλινικές περιγραφές και οδηγίες για τη διάγνωση. Εκδόσεις ΒΗΤΑ
(medical arts)
Απόδοση στα ελληνικά και επιμέλεια, ΓΕΝΕΥΗ 1992 Επανέκδοση
1997(616.890012 ΤΑΞ,ΤΕΙ}

25. Περιοδικό (Εταιρεία Νόσου Alzheimer και Συναφών Διαταραχών Αθηνών 2002)
Ενημέρωση για τη νόσο Alzheimer.
Τριμηνιαία Περιοδική έκδοση της εταιρείας Νόσου Alzheimer και Συναφών Διαταραχών Αθηνών . Τεύχος 4, ΑΘΗΝΑ, Ιανουάριος 2007
26. Παγοροπούλου Α, Θεοτοκά Ι, Λιάππας Ι, Χροστοδούλου Γ. Οι διαταραχές της συμπεριφοράς των ανοϊκών ασθενών στο μεσαίο στάδιο της νόσου και οι επιπτώσεις τους στην καταθλιπτική συμπτωματολογία των οικογενειακών φροντιστών . Νευρολογία 2001, 10 90-101.
27. ΠΕΦΤΙΤΣΕΛΗ ΚΟΡΝΗΛΙΑ, και συν ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΟΥ ΕΥΓΕΝΙΑ ΓΕΡΟΝΤΟΛΟΓΙΑ, Σ.Ε.Υ.Π. Τμήμα Νοσηλευτικής Τ.Ε.Ι. Θεσσαλονίκης, ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 2003
28. ΠΛΑΤΗ Δ.ΧΡΥΣΑΝΘΗ.
(Αναπληρωματική Καθηγήτρια Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Αθηνών)
ΓΕΡΟΝΤΟΛΟΓΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ, ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ -ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ.
Η πρωτοπαθής εκφυλιστική άνοια τύπου Alzheimer, ΑΘΗΝΑ 2006
29. Πρακτικά του 5^{ου} Πανελληνίου Διεπιστημονικού Συνεδρίου Νόσου Alzheimer και συναφών διαταραχών .
-ΜΥΡΟΒΑΛΗ Π. Νοσηλευτική Φροντίδα Ασθενών με νόσο ALZHEIMER
-ΜΙΧΕΛΗ.Μ., Νοσηλεύτρια Α' Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης "Άγιος Παύλος" Η φροντίδα του ασθενή με Alzheimer στην κοινότητα.
30. Preist RG, Gimbrett R, Roberts M, Steinert J. Reversible and selective inhibitors of monoamine oxidase in mental and other disorders. Acta Psychiatr Scand Suppl 1995, 386:40-43.
31. ΡΑΓΙΑ ΧΡ.ΑΦΡΟΔΙΤΗ. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ Ψυχιατρική νοσηλευτική..

Νοσηλευτική φροντίδα Αρρώστων με οργανικές ψυχικές διαταραχές στο Νοσοκομείο ή στο σπίτι. (Φροντίδα Ηλικιωμένων με άνοια τύπου Alzheimer σελ.338-346)

Ε' ΕΚΔΟΣΗ ΒΕΛΤΙΩΜΕΝΗ, ΑΘΗΝΑ 2001

32. Reifler BV, Teri L, Raskind M et al. Double-blind trial of imipramine in Alzheimer's disease patients with and without depression. *Am J Psychiatry* 1989,146:45-49.
33. Salzman C. Treatment of anxiety. In: Salzman C (ed) *Clinical Psychopharmacology*. McGraw Hill, New York, 1984 :132-148. Larson EB, Kukull WA, Bucher DE et al. Adverse drug reactions associated with global cognitive impairment in elderly persons. *Ann Intern Med* 1987 107: 169-173.
34. Strret JS, Clark WS, Gannon KS et al. Olanzapine treatment of psychotic and behavioral symptoms in patients with Alzheimer disease in nursing care facilities. A double blind, randomized, placebo-controlled trial. *Arch Gen Psychiatry* 2000, 57:968-976(A).
Strret JS, Clark WS, Juliar B et al. Long term efficacy of olanzapine in the control of psychotic and behavioural symptoms in patients with Alzheimer dementia. *Eur Neurosychopharmacol* 2000,10:s365(B).
Strret JS, Tollefson GD, Tohen M et al. Olanzapine for psychotic conditions in the elderly. *Psychiatr Ann* 2000, 30:191-196(C).
35. ΣΑΡΡΗΣ ΜΑΡΚΟΣ.
ΚΟΙΝΩΝΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ.
Σειρά "ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΠΙΣΤΗΜΕΣ & ΥΓΕΙΑ"
• Ποιότητα ζωής ασθενών « ΑΡΡΩΣΤΙΕΣ ΠΟΛΙΤΙΣΜΟΥ» και ΧΡΟΝΙΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ.
• Ποιότητα ζωής ασθενών με Alzheimer.
36. ΣΑΧΙΝΗ-ΚΑΡΔΑΣΗ ΑΝΝΑ. ΜΑΡΙΑ ΠΑΝΟΥ

ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΙ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ . Νοσηλευτικές διαδικασίες.. Φροντίδα αρρώστου με παθήσεις του νευρικού συστήματος

- Νόσος Alzheimer
- Παθοφυσιολογία
- Κλινικές εκδηλώσεις
- Διαγνωστική αξιολόγηση

3ος τόμος-Β' ΈΚΔΟΣΗ ,Εκδόσεις Βήτα ,ΑΘΗΝΑ2004

37. Tariot R.Current status and new developments with galantamine in the of Alzheimer;s disease. Expert Opin Pharmacother 2001, 2:2027-2049.

38. ΤΣΟΛΑΚΗ -ΜΑΓΔΑΛΗΝΗ ΚΩΣΤΑ

(Αναπληρώτρια καθηγήτρια Εταιρείας Νόσου Alzheimer& Συναφών διαταραχών)

{Επίκουρος Καθηγήτρια του Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης}

ΘΕΜΑΤΑ:

ΝΕΥΡΟΨΥΧΟΛΟΠΑΣ ΚΑΙ ΝΕΥΡΟΨΥΧΟΛΟΠΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ

Εκδόσεις ΣΑΚΚΟΥΛΑ ,ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 1998

39. ΤΣΟΛΑΚΗ.Μ(Επίκουρος Καθηγήτρια Νευρολογίας και συν ΤΖΗΜΟΣ Α..Ψυχίατρος.)

ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΘΕΩΡΗΣΗ ΤΩΝ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΩΝ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΣΤΗΝ ΑΝΟΙΑ

Δορυφορικό συμπόσιο, ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ, 16 Ιανουαρίου 2000

40. Waldennar G.Donepezil in thw treatment of patients with Alzheimer;s disease,

Expert Rew Neurotherapent 2001, 1:11:19

41. Walkins RB , Zimmerman JH .KnappMjet al vepatototic effects of tacrine administration in patients with Alzheimer;s disease , JAMA 1994, 271: 992-998

42. Wragg RE, Jeste DV .Neuroleptics and alternative treatments:management of behavioral symprons and psychosis in Alzheimer disease and related conditions.Psychiatr Clin North Am 1998. 11:195 -213.

43. ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΥ Γ.Ν. ΚΑΙ ΣΥΝΕΡΓΑΤΕΣ
 ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ , Πρώτος τόμος ,
 «ΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ALZHEIMER»
 Ψυχιατρική κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών , Εκδόσεις ΒΗΤΑ (medical
 arts), ΑΘΗΝΑ 2004 (616.89.ΧΡΙ Τ. 1}
44. ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΥ Γ.Ν. ΚΑΙ ΣΥΝΕΡΓΑΤΕΣ
 Ψυχιατρική κλινική πανεπιστημίου Αθηνών
 ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ /ΔΕΥΤΕΡΟΣ ΤΟΜΟΣ ,Πρώτη έκδοση 2000, Ανατύπωση
 2002, Εκδόσεις ΒΗΤΑ (medical arts) {616.89 ΧΡΙ Τ.2}
45. ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΥ Γ.Ν.
 ΟΙ ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ
 Εκδόσεις ΒΗΤΑ (medical arts),ΑΘΗΝΑ 1998 {ICD -10}
46. Zarit S, Stephens M, Townsend Aet al .Stress reduction for family
 caregivers: effects of adult day care use. J Gerontol Soc SCIN 1998,
 53B 8267:277.
 47.Miller N ,Cohen G. Clinical aspects of Alzheimer disease and senile
 dementia. Raven press , New York, 1981.
48. INTERNET www.in.gr
 Ελληνική Εταιρεία Νόσου Alzheimer και Συναφών Διαταραχών
 Πρόγραμμα επαγγελματικής κατάρτισης «Εκπαίδευση στην άνοια και
 σε προβλήματα τρίτης ηλικίας»
49. Ελληνική εταιρεία Νόσου Alzheimer και συναφών διαταραχών Διακήρυξη
 του Παρισιού .Alzheimer Europe .
50. INTERNET
www.in.gr
 abstrgr 0005
 ΜΠΑΛΟΠΑΝΝΗΣ, Περίληψη , Η νόσος του Alzheimer.
www.a-neuroclinic.gr/Abstractsgr/abstrgr_0005 .htm.
51. Θεοτοκά Ίλια. Η νόσος του Alzheimer, ΑΘΗΝΑ 2004,
www.egalink.gr/paleanosos-altsxainer.html 08 Μαρ.2007
52. Katiana.gr
 Ο κρόκος κατά το ALZHEIMER

- www.katiana.gr/view.php?rid=313 07 Μαρ.2007- 19K
53. Encerhalos journal www.encefhalos.gr/38-sup01-08.html
08 Mar.2007-23k
54. Θεραπευτικές ιδιότητες του κρόκου
www.delprl.gr/greek/index.php?ph=krokos+template=print.htm+txtNewID=664
55. www.madata.gr/index.php?news=1054
Νέο φάρμακο -διαθερμικό αυτοκόλλητο για θεραπεία ασθενών με Alzheimer
08 Μαρτίου 2007 -33k
56. Ελληνική εταιρεία Νόσου Alzheimer και Συναφών Διαταραχών
www.alzheimer-hella.gr+hellas.gr
07 Μαρτίου 2007-1k
- 57 .Οι χυμοί μπορούν να μειώσουν τη νόσο Alzheimer
www.Foodtoday.gr/newsfolder/new2006/ieces-nay-reduce-alzheimer-disease-risk
08 Μαρτίου 2007- 43k
58. Νέο φάρμακο κατά του Alzheimer
www.patris.gr/articles/104692
11 Μαρτίου 2007-21 κ
59. My World.gr.Mans World /Ρίτ.ηβ53/Αλήθειες στο πιάτο /Πράσινο τσάι
www.myworld.gr/browse/13800
12 Μαρτίου -21 κ
60. ΚΩΣΤΑΡΙΔΟΥ -ΕΥΚΛΕΙΔΗ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ
Anastasia Eflides webpagege.Πρακτικά . 12 Μαρτίου 2007
61. www.IATROTEK.online
www.iatrotek.orglioArt.asp?id=15366
10 Μαρτίου 2007-2κ
62. www.Medweb ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ
www.Medweb.gr/news/article/2004-ian/s.htm
07 Μαρτίου 2007 -2κ

63. Ζώντας Με 'να άτομο που πάσχει από άνοια
(Οδηγίες για Συγγενείς και για άλλους φροντιστές) ΜΟΝΑΔΑ
ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ & ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ «ΨΥΧΑΡΓΩΣ-Β' ΦΑΣΗ»
Ερευνητικό πανεπιστημιακό ινστιτούτο Ψυχικής υγιεινής (ΕΠΙΨΥ)
Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων -Ιατρική Σχολή -Ψυχιατρική κλινική
Εθνικό κέντρο Κοινωνικών Ερευνών (ΕΚΚΕ)
Όμιλος Μελετών & Αναπτυξιακού Σχεδιασμού (ΟΜΑΣ ΑΕ)
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ
ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΤΑΜΕΙΟ
Επιχειρησιακό πρόγραμμα «Υγεία -Πρόνοια 2000-2006» Αθήνα,
Ιούνιος 2004
www.msu.gr/files/enimerotika/AlzhRimfir/%7ndnr
64. www.in.gr
Η νόσος του Alzheimer η πιο συχνή μορφή άνοιας -Pathfinder News
65. www.Health.Newshealth.in.gr/news.article.asp?
Διαγνωστικό Θεραπευτικό κέντρο Υγείας- Εγκυκλοπαίδεια Υγείας metoxos
eyro2day.gr/page.aspx?
66. www.go2.com
Τσολάκη Μάγδα
67. 155. <http://www.in.gr>
Συνοδοιπόροι στο ALZHEIMER (Ιούλιος 2007)
Πρόσβαση στις 28/08/07.