

Άνοια και η νόσος Alzheimer

Η άνοια είναι ένα σύνδρομο που αφορά κυρίως στην Τρίτη Ηλικία, και χαρακτηρίζεται από σοβαρή έκπτωση των νοητικών λειτουργιών (της μνήμης, της προσοχής, της γλώσσας και της σκέψης), των εκτελεστικών λειτουργιών και της λειτουργικότητας του ατόμου.

Ο όρος άνοια υπονοεί μία κατάσταση **εκφυλιστική και προοδευτική**. Μερικές φορές όμως μπορεί να αναφέρεται σε **μη εξελισσόμενες καταστάσεις**, π.χ. σε ορισμένες περιπτώσεις νοητικής έκπτωσης που προκλήθηκαν από εγκεφαλικό επεισόδιο, ή και σε **αναστρέψιμες καταστάσεις**, π.χ. τη νοητική έκπτωση που συνδέεται με τη λήψη ορισμένων φαρμάκων ή την κατάθλιψη.

Η διάγνωση της άνοιας γίνεται με ολοένα αυξανόμενους ρυθμούς, λόγω της αύξησης του προσδόκιμου επιβίωσης αλλά και της εγκυρότερης ενημέρωσης που λαμβάνει το κοινό σε θέματα τα οποία αφορούν στην άνοια. Η **Παγκόσμια Εταιρεία για τη Νόσο Alzheimer** (Alzheimer's Disease International) αναφέρει ότι σήμερα υπάρχουν 35,6 εκατομμύρια άνθρωποι με άνοια παγκοσμίως και 7,3 εκατομμύρια στην Ευρώπη. Αυτός ο αριθμός αναμένεται να διπλασιάζεται κάθε 20 χρόνια, με 65,6 εκατομμύρια παγκοσμίως για το 2030 και 115,4 εκατομμύρια για το 2050 (ADI, 2009).

Η νόσος Alzheimer (NA)

Η νόσος Alzheimer είναι η συχνότερη μορφή άνοιας και αποτελεί το 50% με 70% των περιπτώσεων με άνοια. Σήμερα υπάρχουν 160 χιλιάδες ασθενείς με άνοια στην Ελλάδα. Εκδηλώνεται συνήθως σε άτομα ηλικίας άνω των 60 ετών, ενώ απαντάται πιο σπάνια σε ηλικίες μικρότερες των 50 ετών.

Προκαλεί βαθμιαία εκφύλιση του εγκεφάλου, και έχει ως αποτέλεσμα τη σταδιακή έκπτωση των νοητικών λειτουργιών, της λειτουργικότητας, ενώ στα προχωρημένα στάδια και της κινητικότητας του ατόμου.

Στα διαγνωστικά κριτήρια DSM-IV-TR για τη NA περιλαμβάνεται η ανάπτυξη πολλαπλών νοητικών ελλειμμάτων με αρχικό σύμπτωμα την έκπτωση της μνήμης και τουλάχιστον μίας ακόμη διαταραχής, όπως είναι η αφασία, η απραξία, η αγνωσία, οι διαταραχές στις εκτελεστικές δεξιότητες (APA, 2000).



Εικόνα 1. Augusta, D.

Οι ασθενείς που πάσχουν από ΝΑ αρχικά χρειάζονται βοήθεια για πολύπλοκες δραστηριότητες (π.χ. διεκπεραίωση υποχρεώσεων σε δημόσιες υπηρεσίες, χειρισμό οικονομικών, χρήση μέσων μαζικής μεταφοράς κ.ά.) και αργότερα για πιο απλές (π.χ. στο μπάνιο, στο ντύσιμο και στο φαγητό). Οι Reisberg et al. (1989) έχουν διακρίνει 7 στάδια για να περιγράψουν τις αλλαγές που συμβαίνουν στην πορεία της νόσου, αρχίζοντας από την ανεπηρεάστη λειτουργικότητα του ατόμου στα αρχικά στάδια μέχρι την προχωρημένη νοητική έκπτωση στα τελικά στάδια της νόσου.

Ήπια Νοητική Διαταραχή (ΗΝΔ)

Η Ήπια Νοητική Διαταραχή αποτελεί ένα ενδιάμεσο στάδιο μεταξύ της φυσιολογικής γήρανσης και της άνοιας. Κύριο χαρακτηριστικό των ατόμων με ΗΝΔ είναι ότι διατηρούν σε φυσιολογικό επίπεδο τη λειτουργικότητά τους. Ήπιες δυσκολίες διαπιστώνονται στη μνήμη ή σε άλλες νοητικές λειτουργίες, μπορεί όμως τα νοητικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα άτομα με ΗΝΔ να είναι πολλαπλά και να αφορούν σε περισσότερους του ενός τομείς.

Οι άνθρωποι με ΗΝΔ έχουν αυξημένες πιθανότητες να εμφανίσουν άνοια. Βιβλιογραφικά το ποσοστό των ατόμων με ΗΝΔ που μεταπίπτει από την ΗΝΔ σε άνοια ανέρχεται περίπου στο 15% ανά έτος (Petersen et al., 2001a).

Η αποτελεσματικότητα της φαρμακευτικής θεραπείας στην ΗΝΔ είναι ιδιαίτερα περιορισμένη (Gauthier & Touchon, 2005, Allain et al., 2007). Υπάρχει όμως εκτενής βιβλιογραφία για την αποτελεσματικότητα των μη φαρμακευτικών θεραπειών. Η άσκηση των νοητικών λειτουργιών φαίνεται να δρα προστατευτικά σε αυτό το ενδιάμεσο στάδιο (Rapp et al., 2002, Günther et al., 2003, Rozzini et al., 2007, Talassi et al., 2007, Jean et al., 2010), και οι μη φαρμακευτικές θεραπείες φαίνεται να αποτελούν θεραπευτική επιλογή για τους ανθρώπους με ΗΝΔ.

Μη φαρμακευτικές θεραπείες

Θεραπείες ενίσχυσης των νοητικών λειτουργιών

Τις τελευταίες δεκαετίες οι μη φαρμακευτικές θεραπείες έχουν κερδίσει το ενδιαφέρον των επαγγελματιών υγείας που ασχολούνται με την άνοια. Υπάρχει μεγάλος αριθμός δημοσιευμένων ερευνών, στις οποίες γίνεται προσπάθεια να προσδιοριστεί η επίδραση αυτών των θεραπειών στις νοητικές λειτουργίες, τη λειτουργικότητα και την ποιότητα ζωής των ανθρώπων με άνοια.

Στη βιβλιογραφία μπορεί κανείς να βρει πλήθος προσεγγίσεων για τη νοητική άσκηση: “προσανατολισμός στην πραγματικότητα” (reality orientation), “θεραπεία δι’ αναμνήσεων” (reminiscence therapy), “νοητική ενδυνάμωση” (cognitive stimulation), “νοητική εκπαίδευση” (cognitive training), “νοητική αποκατάσταση” (cognitive rehabilitation), “ψυχοκοινωνική προσέγγιση” (psychosocial rehabilitation), “μνημονική ενδυνάμωση” (memory stimulation), “ενδυνάμωση διαδικαστικής μνήμης” (procedural memory stimulation) (Moniz-Cook, 2006). Συχνά, οι διαφορετικοί τρόποι προσέγγισης της νοητικής άσκησης προκαλούν σύγχυση στον αναγνώστη που θέλει να αποκτήσει μία εικόνα για τις θεραπείες ενίσχυσης των νοητικών λειτουργιών.

Στη συνέχεια παρουσιάζονται συνοπτικά οι τρεις κυριότερες κατευθύνσεις ενίσχυσης των νοητικών λειτουργιών: η νοητική ενδυνάμωση, η νοητική εκπαίδευση και η νοητική αποκατάσταση.

Νοητική ενδυνάμωση (Cognitive Stimulation)

Η νοητική ενδυνάμωση είναι ένας τύπος νοητικής “θεραπείας” για την άνοια, που οι ρίζες της εντοπίζονται δεκαετίες πίσω, με την ανάπτυξη της μεθόδου του προσανατολισμού στην πραγματικότητα.

Ο προσανατολισμός στην πραγματικότητα είναι η μέθοδος κατά την οποία παρουσιάζονται πληροφορίες σχετικά με τον χώρο, τον χρόνο, τα πρόσωπα, και η οποία βοηθάει το άτομο να προσανατολιστεί κατά τη διάρκεια της ημέρας. Οι Taulbee και Folsom (1966) παρατήρησαν ότι μέσω αυτής της παρέμβασης διαπιστώθηκε μεταβολή της συναισθηματικής κατάστασης των συμμετεχόντων στη θεραπευτική διαδικασία, ενώ βελτιωνόταν και το αίσθημα της ελπίδας τόσο για ορισμένους από τους συμμετέχοντες, όσο και για τους επαγγελματίες υγείας που συντόνιζαν τη θεραπευτική διαδικασία.

Στη δεκαετία του ’80 αυτή η θεραπεία δεν βρήκε απήχηση αν και αργότερα, στις αρχές του 21ου αιώνα, έρευνες έδειξαν τις θετικές επιδράσεις της παρέμβασης στη νόσηση και σε ορισμένες περιπτώσεις και στη συμπεριφορά των ανθρώπων με άνοια (Moniz-Cook, 2006). Παραλλαγές αυτής της μεθόδου μπορούν να εφαρμοστούν ατομικά ή ομαδικά σε ξενώνες, σε κέντρα ημέρας, αλλά και στο σπίτι από τον ίδιο τον φροντιστή.

Η νοητική ενδυνάμωση αποτελεί μετεξέλιξη του προσανατολισμού στην πραγματικότητα. Βασικό στοιχείο της είναι η συμμετοχή των ατόμων σε ένα σύνολο ομαδικών δραστηριοτήτων και συζητήσεων, που στόχο έχουν την ενίσχυση της νοητικής και κοινωνικής λειτουργικότητας. Ουσιαστικό ρόλο στην

παρέμβαση της νοητικής ενδυνάμωσης παίζει η κοινωνική αλληλεπίδραση των μελών της ομάδας. Αποτελεί θεραπευτική ένδειξη για ανθρώπους με άνοια **μεσαίου σταδίου** (NICE, 2006). Οι Spector et al. (2003), στη μεγαλύτερη έως σήμερα τυχαιοποιημένη κλινική μελέτη (Randomised Control Trial – RCT) σε ανθρώπους με άνοια μεσαίου σταδίου που παρακολούθησαν προγράμματα νοητικής ενδυνάμωσης, ανέφεραν βελτίωση στη νοητική ικανότητα και την ποιότητα ζωής σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου.

Η παρέμβαση αυτή έρχεται σε αντίθεση με παρεμβάσεις που στοχεύουν στην ενίσχυση μίας συγκεκριμένης λειτουργίας και προτείνονται για άτομα με Ήπια Νοητική Διαταραχή (ΗΝΔ) και αρχόμενη άνοια. Θεωρεί ότι οι νοητικές λειτουργίες, όπως για παράδειγμα η μνήμη, αλληλεπιδρούν με άλλες νοητικές λειτουργίες και δεν δρουν μεμονωμένα. Επομένως, η νόηση είναι αποτέλεσμα συνεργασίας των νοητικών λειτουργιών, της μνήμης, της προσοχής, της κρίσης, του λόγου, των εκτελεστικών δεξιοτήτων (Clare & Woods, 2004).

Η νοητική ενδυνάμωση περιλαμβάνει τεχνικές όπως:

- την επίλυση προβλημάτων
- ασκήσεις συζήτησης και παραγωγής λόγου
- τη μέθοδο ανάκλησης ανά διαστήματα (spaced retrieval)
- την εκπαίδευση σύνδεσης προσώπου-ονόματος (face name training)
- τη θεραπεία δι' αναμνήσεων.

Θεραπεία δι' αναμνήσεων (Reminiscence Therapy)

Η θεραπεία δι' αναμνήσεων ανήκει στις παρεμβάσεις νοητικής ενδυνάμωσης. Αρκετές έρευνες αναφέρονται στην αποτελεσματικότητα της συγκεκριμένης μεθόδου (Spector et al., 2000, Woods et al., 2009). Η θεραπεία δι' αναμνήσεων περιλαμβάνει συζητήσεις για παλαιά γεγονότα, εμπειρίες και συνήθειες. Μπορεί να πραγματοποιηθεί ομαδικά, αλλά και ατομικά με τη συμμετοχή της οικογένειας των ανθρώπων με άνοια.

Σε ομαδικό επίπεδο κατά τη διάρκεια της θεραπείας γίνεται χρήση βίντεο, μουσικής, φωτογραφιών, παλαιών περιοδικών, εφημερίδων. Η θεραπεία δι' αναμνήσεων αποτελεί μία ψυχοκοινωνική παρέμβαση η οποία προσελκύει όλο και περισσότερο το ενδιαφέρον των επαγγελματιών υγείας που ασχολούνται με την άνοια και αποτελεί μία ευχάριστη διαδικασία η οποία ενισχύει την αυτοπεποίθηση των συμμετεχόντων.

Η ανάπτυξη ενός ευρωπαϊκού δικτύου για τη συγκεκριμένη παρέμβαση (**European Reminiscence Network**) προώθησε τη θεραπεία δι' αναμνήσεων

και την ενίσχυσε συμπεριλαμβάνοντας στη θεραπευτική διαδικασία την οικογένεια των ανθρώπων με άνοια (Schweitzer & Bruce, 2008).

Νοητική εκπαίδευση (Cognitive Training)

Η νοητική εκπαίδευση αφορά στην καθοδηγούμενη εφαρμογή συγκεκριμένων δοκιμασιών, με στόχο την εξάσκηση νοητικών λειτουργιών όπως είναι η μνήμη, η προσοχή, η γλώσσα και οι εκτελεστικές δεξιότητες. Αυτή η τεχνική μπορεί να εφαρμοστεί σε ατομικές ή ομαδικές συνεδρίες ή ακόμη και από την οικογένεια με την καθοδήγηση του θεραπευτή. Οι ασκήσεις σε αυτή την περίπτωση πραγματοποιούνται κυρίως με μολύβι και χαρτί, αν και τα τελευταία χρόνια σημαντικό έδαφος κερδίζει και ο ηλεκτρονικός υπολογιστής. Στη νοητική εκπαίδευση υπάρχουν διαφορετικά επίπεδα δυσκολίας προκειμένου κάποιο άτομο να μπορεί να εξασκηθεί σε ένα έργο κατάλληλο για τις δυνατότητές του.

Η συγκεκριμένη παρέμβαση στηρίζεται στην υπόθεση ότι η συστηματική εξάσκηση μπορεί να βελτιώσει ή τουλάχιστον να σταθεροποιήσει τις νοητικές λειτουργίες, καθώς και ότι τα αποτελέσματά της μπορούν να γενικευθούν σε καθημερινές δραστηριότητες έξω από το πλαίσιο των ασκήσεων.

Τα αποτελέσματα των ερευνών σε αυτόν τον τομέα είναι αντικρουόμενα.

Υπάρχουν έρευνες που υποστηρίζουν τη βελτίωση της διάθεσης και της συμπεριφοράς ατόμων με άνοια, καθώς και τη θετική επίδραση στους κύριους φροντιστές (Clare et al., 2004).

Έρευνες έχουν δείξει ότι άνθρωποι στα **αρχικά στάδια** της νόσου μπορούν σε κάποιο βαθμό και με την κατάλληλη υποστήριξη να μάθουν ή να ξαναμάθουν προσωπικές πληροφορίες και να διατηρήσουν τη μάθηση αυτή στον χρόνο, βελτιώνοντας τη λειτουργικότητά τους. Μπορούν ακόμη να μάθουν να χρησιμοποιούν αντισταθμιστικές τεχνικές όπως τα εξωτερικά μνημονικά βοηθήματα (Anderson et al., 2001, Camp et al., 2000, Clare et al., 1999, 2000, 2001, Josephsson et al., 1993).

Τυχαιοποιημένες κλινικές μελέτες σε ανθρώπους με **Ήπια Νοητική Διαταραχή** (ΗΝΔ) έδειξαν ότι η νοητική εκπαίδευση μπορεί να βελτιώσει τη μνήμη, την προσοχή, τη διάθεση, αλλά η διάρκεια των αποτελεσμάτων και η επίδρασή τους στην καθημερινή ζωή παραμένουν ασαφείς (Belleville et al., 2006, Cipriani et al., 2006, Rozzini et al., 2006, Talassi et al., 2007).

Υπάρχουν όμως και έρευνες που δεν επιβεβαιώνουν τα παραπάνω αποτελέσματα. Μια συστηματική ανασκόπηση έξι τυχαιοποιημένων κλινικών ερευ-

νών από τους Clare et al. (2003) έδειξε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στην ομάδα που συμμετείχε σε πρόγραμμα νοητικής εκπαίδευσης και την ομάδα ελέγχου. Παρ' όλα αυτά θα πρέπει να επισημάνουμε ότι τα ασαφή αποτελέσματα των μελετών μη φαρμακευτικών παρεμβάσεων μπορούν συχνά να αποδοθούν, όπως αναγνωρίζεται σήμερα, και σε μεθοδολογικά προβλήματα.

Νοητική αποκατάσταση (Cognitive Rehabilitation)

Στη νόσο Alzheimer και την άνοια γενικότερα παίζουν σημαντικό ρόλο πέρα από τους βιολογικούς και τους κοινωνικούς παράγοντες και οι πολιτισμικές πεποιθήσεις. Η νοητική αποκατάσταση είναι προσωποκεντρική και θεωρεί ότι μία παρέμβαση οφείλει να αντιμετωπίζει ολιστικά το άτομο από άποψη βιολογική, ψυχολογική και κοινωνική. Σημασία δίνεται στη συμμετοχή του ατόμου σε δραστηριότητες που το ενδιαφέρουν και που συμφωνούν με κοινωνικούς ρόλους τους οποίους είχε αναλάβει στο παρελθόν. Η βελτίωση της επίδοσης σε συγκεκριμένες ασκήσεις δεν αποτελεί προτεραιότητα σε αυτή την προσέγγιση. Ο στόχος είναι η βελτίωση της λειτουργικότητας του ατόμου και η μείωση των ελλειμμάτων που αντιμετωπίζει μέσα από την αξιοποίηση των δυνατοτήτων αλλά και των νοητικών εφεδρειών του. Η προσέγγιση αυτή εφαρμόστηκε αρχικά σε περιπτώσεις ασθενών με κρανιοεγκεφαλική κάκωση (Clare et al., 2004).

Έρευνες αναφέρουν ότι προγράμματα νοητικής αποκατάστασης που επικεντρώνονται σε τεχνικές μνήμης έχουν θετικά αποτελέσματα στην ταχύτητα επεξεργασίας πληροφοριών και στη λειτουργικότητα των ανθρώπων με άνοια (Kurz et al., 2008).

Καθορισμός στόχων

Ο καθορισμός στόχων αποτελεί μία προσέγγιση που χρησιμοποιείται στον χώρο της αποκατάστασης των ασθενών με κρανιοεγκεφαλική κάκωση, νευρολογικά νοσήματα και ψυχιατρικά προβλήματα. Εφαρμόζεται σε συνδυασμό με τις παρεμβάσεις που προαναφέρθηκαν.

Σύμφωνα με την προσέγγιση αυτή, ο συνδυασμός μακροπρόθεσμων και βραχυπρόθεσμων στόχων είναι πιο αποτελεσματικός σε σύγκριση με τον καθορισμό μόνο μακροπρόθεσμων στόχων (Latham & Sejts, 1999).

Είναι σημαντικό οι στόχοι να τίθενται σε συνεργασία με τα άτομα που εμπλέκονται στη θεραπεία και να είναι εφικτοί και συγκεκριμένοι.

Πρακτικά αυτό σημαίνει ότι οι στόχοι του τύπου: «να βελτιωθεί η μνήμη», «να κινητοποιηθεί...», «να βελτιωθεί η προσοχή» είναι γενικοί, ενώ αντίθετα στόχοι όπως «να μάθει ο κ. Μιχάλης να κοιτάει το ημερολόγιο μετά το πρωινό», «να σημειώνει η κ. Μαρία τα ραντεβού της στο σημειωματάριό της», «να παραμένει ο κ. Βαγγέλης στην ομάδα ζωγραφικής για τουλάχιστον 15' προτού σηκωθεί από τη θέση του» είναι σαφώς πιο συγκεκριμένοι.

Οι βραχυπρόθεσμοι στόχοι δεν οδηγούν απαραίτητα στους γενικούς στόχους, όπως είναι η βελτίωση της μνήμης. Μειώνουν το αίσθημα της ματαίωσης που συχνά απαντάται σε επαγγελματίες υγείας οι οποίοι ασχολούνται με τον χώρο της άνοιας (Wilson, Evans & Gracey in Wilson et al., 2009).

Βιβλιογραφικές αναφορές

1. Allain H, Bentué-Ferrer D, Akwa Y (2007). Treatment of mild cognitive impairment (MCI). *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental*. Vol. 22(4): 189-197.
2. Alzheimer's Disease International (2009). *World Alzheimer Report 2009*. <http://www.alz.co.uk/research/files/WorldAlzheimerReport.pdf>
3. American Psychiatric Association (2001). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
4. Anderson J, Arens K, Johnson R, Coppens P (2001). Spaced retrieval vs. memory tape therapy in memory rehabilitation for dementia of the Alzheimer's type. *Clinical Gerontologist* 24, 123-139.
5. Belleville S, Gilbert B, Fontaine F, Gagnon L, Ménard E, Gauthier S (2006). Improvement of episodic memory in persons with mild cognitive impairment and healthy older adults: evidence from a cognitive intervention program. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders* 22, 486-499.
6. Camp CJ, Bird MJ, Cherry KE (2000). *Retrieval strategies as a rehabilitation aid for cognitive loss in pathological aging*. In: R. D. Hill, L. Backman, & A. S. Neely (Eds.), *Cognitive rehabilitation in old age* (pp. 224-248). Oxford: Oxford University Press.
7. Cipriani G, Bianchetti A, Trabucchi M (2006). Outcomes of a computer based cognitive rehabilitation program on Alzheimer's disease patients compared with those on patients affected by mild cognitive impairment. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 43, 327-335.
8. Clare L, Wilson BA, Breen K, Hodges JR (1999). Errorless learning of face-name associations in early Alzheimer's disease. *Neurocase* 5, 37-46.
9. Clare L, Wilson BA, Carter G, Gosses A, Breen K, Hodges JR (2000). Intervening with everyday memory problems in early Alzheimer's disease: An errorless learning approach. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology* 22, 132-146.
10. Clare L, Wilson BA, Carter G, Hodges JR, Adams M (2001). Long term maintenance of treatment gains following a cognitive rehabilitation intervention in early dementia

- of Alzheimer type: A single case study. *Neuropsychological Rehabilitation* 11, 477-494.
11. Clare L, Woods RT (2004). Cognitive training and cognitive rehabilitation for people with early stage Alzheimer's disease. A review. *Neuropsychological Rehabilitation* 14(4): 385-401.
 12. Clare L, Woods B, Moniz-Cook E, Orrell M, Spector A (2003b). Cognitive rehabilitation and cognitive training for early-stage Alzheimer's disease and vascular dementia (*Cochrane Review*). In *The Cochrane Library*, Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons Ltd.
 13. Gauthier S, Touchon J (2005). Mild cognitive impairment is not a clinical entity and should not be treated. *Arch Neurol* 62, 1164-1167.
 14. Green RC (2005). Diagnosis and management of Alzheimer's Disease and other Dementias. *Professional Communications INC*.
 15. Günther VK, Schäfer P, Holzner BJ, Kemmler GW (2003). Long term improvements in cognitive performance through computer-assisted training: a pilot study in a residential home of older people.
 16. Jean L, Simard M, Wiederkehr S, et al. (2010). Efficacy of a cognitive training programme for mild cognitive impairment: Results of a randomized controlled study. *Neuropsychological Rehabilitation* 20(3), 377-405.
 17. Josephsson S, Backman L, Borell L, Bernspang B, Nygard L, Ronnberg L (1993). Supporting everyday activities in dementia: An intervention study. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 8, 395-400.
 18. Kurz A, Pohl C, Ramsenthaler M, Sorg C (2008). Cognitive rehabilitation in patients with mild cognitive impairment. *International Journal of Geriatric Psychiatry: DOI: 10.1002/gps*
 19. Latham GP, Seijtjs GH (1999). The effects of proximal and distal goals on performance on a moderately complex task. *Journal of Organisational Behavior* 20, 421-429.
 20. Moniz-Cook E (2006). Cognitive Stimulation and dementia. *Aging & Mental Health* 10(3): 207-210.
 21. National Institute for Health and Clinical Excellence (2006). Dementia: supporting people with dementia and their carers in health and social care. NICE clinical guideline 42, November 2006. www.nice.org.uk/guidance/cg42
 22. Petersen RC, Doody R, Kurz A, et al. (2001a). Current concepts in mild cognitive impairment. *Arch Neurol* 58(12): 1985-1992.
 23. Rapp S, Brenes G, Marsh AP (2002). Memory enhancement training for older adults with mild cognitive impairment: a preliminary study. *Aging Ment Health* 1: 5-11.
 24. Reisberg B, Ferris SH, de Leon MJ, et al. (1989). The global deterioration scale for assessment of primary degenerative dementia. *Am J Psychiatry* 139: 1136-1139.
 25. Rozzini L, Costardi D, Chilovi BV, et al. (2007). Efficacy of cognitive rehabilitation in patients with mild cognitive impairment treated with cholinesterase inhibitors. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 22, 356-360.
 26. Schweitzer P, Bruce E (2008). *Remembering Yesterday, Caring Today: Reminiscence in Dementia Care – A Guide to Good Practice* UK: Jessica Kingsley Publishers 2008: 224.

27. Spector A, Orrell M, Davies S, Woods RT (2000). Reminiscence therapy for dementia. *Cochrane Database Syst Rev* (2): CD001120.
28. Spector A, Thorgrimsen L, Woods B, Royan L, Davies S, Butterworth M, Orrell M (2003). Efficacy of an evidence-based cognitive stimulation therapy programme for people with dementia: Randomised Controlled Trial. *British Journal of Psychiatry* 183: 248-254.
29. Talassi E, Guerreschi M, Feriani M, et al. (2007). Effectiveness of a cognitive rehabilitation program in mild dementia and Mild Cognitive Impairment: A Case Control Study. *Arch Gerontol Geriatr Suppl* 1: 391-399.
30. Taulbee LR, Folsom JC. Reality orientation for geriatric patients. *Hosp Community Psychiatry* 1966; 17: 133-135.
31. Wilson BA, Gracey F, Evans JJ, Bateman A (2009). *Neuropsychological Rehabilitation: Theory, Models, Therapy and Outcome*, UK: Cambridge University Press.
32. Woods RT, Bruce E, Edwards RT, et al. (2009). Reminiscence groups for people with dementia and their family carers: pragmatic eight-centre randomised trial of joint reminiscence and maintenance versus usual treatment: a protocol. *Trials* 10: 64.