



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ, ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ

ΘΕΜΑ: Η Κατάθλιψη στην Τρίτη Ηλικία

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
Του Κουτεντάκη Στυλιανού
A.M. 2548

Επιβλέπουσα
Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Κλινικής Ψυχολογίας
Κυρία Καλλιόπη Χατήρα

Ρέθυμνο, 2014



Η Κατάθλιψη στην Τρίτη Ηλικία



Αφιερώνεται.....

Στον πολυαγαπημένο παππού Νίκο, που 'έφυγε' νωρίς και ξαφνικά...

Στην οικογένεια μου, που με στηρίζει πάντα....

Απρίλιος, 2014

Ευχαριστίες

Αυτή η πτυχιακή εργασία με θέμα 'Η κατάθλιψη στην Τρίτη Ηλικία' εκπονήθηκε υπό την εποπτεία της Αναπληρώτριας Καθηγήτριας Κλινικής Ψυχολογίας, του Τμήματος Ψυχολογίας, της Σχολής Κοινωνικών Επιστημών, του Πανεπιστημίου Κρήτης, Κυρίας Χατήρας Καλλιόπης.

Θα ήθελα να εκφράσω τις αμέριστες ευχαριστίες μου στην Κυρία Χατήρα για τις συμβουλές, την υποστήριξη και την καθοδήγηση, που μου πρόσφερε κατά την διάρκεια εκπόνησης αυτής της εργασίας. Επίσης, της οφείλω ένα μεγάλο ευχαριστώ για την αγάπη, που μου καλλιέργησε απέναντι στην Κλινική Ψυχολογία και στην Ψυχοθεραπεία.

Σας ευχαριστώ πολύ....

Πίνακας Περιεχομένων

<i>Ευχαριστίες</i>	4
Περίληψη.....	6
Εισαγωγή.....	8
Κεφάλαιο 1ο: Η Τρίτη Ηλικία.....	16
1.1 Η Ψυχολογία της Τρίτης Ηλικίας.....	25
1.2 Το νοσολογικό και ψυχοπαθολογικό προφίλ της Τρίτης Ηλικίας.....	31
Κεφάλαιο 2 ^ο : Η Κατάθλιψη στη Τρίτη ηλικία.....	34
2.1 Η Κλινική εικόνα της Κατάθλιψης στην Τρίτη ηλικία	39
2.2 Η αιτιοπαθογένεια της Κατάθλιψης της Τρίτης ηλικίας	43
2.2.1 Η σωματική υγεία ως αιτία στην κατάθλιψη τρίτης ηλικίας.....	46
2.3 Αυτοκτονία και κατάθλιψη στην Τρίτη ηλικία	51
2.4 Η θεραπευτική αντιμετώπιση της Κατάθλιψης της Τρίτης ηλικίας.....	59
2.5 Κλινικές περιπτώσεις (Case Studies)	63
Συμπεράσματα-Κριτική.....	66
Βιβλιογραφία.....	68

Περίληψη

Η ανά χείρας διπλωματική εργασία πραγματεύεται με το θέμα της κατάθλιψης στην Τρίτη ηλικία, που διαγιγνώσκεται για πρώτη φορά. Σκοπός της παρούσας βιβλιογραφικής συγγραφής είναι αφενός αρχικά να παρουσιάσει τις κυριότερες παρατηρούμενες αλλαγές σε φυσιολογικό και ψυχοκοινωνικό επίπεδο, του υποεξέταση πληθυσμού και αφετέρου να θίξει τα μελανά σημεία που συμβάλλουν στην εμφάνιση του φαινομένου (αιτιοπαθογένεια), να προβάλλει την τυπική συμπτωματολογία ενός καταθλιπτικού ηλικιωμένου και τη σχέση της γεροντικής κατάθλιψης με τη σωματική υγεία και τέλος να κατονομάσει τις θεραπευτικές επιλογές, τα αίτια υποαναγνώρισης της, τις συνέπειες της (αυτοκτονία) καθώς και τις υποχρεώσεις της πολιτείας απέναντι στο γεροντικό πληθυσμό.

Λέξεις κλειδιά: Κατάθλιψη τρίτης ηλικίας, αιτίες, σωματική υγεία, θεραπεία, υποδιάγνωση

Conclusion

The present thesis deals with the issue of depression in later life, which is first diagnosed. The purpose of this literature review is both to present the main changes observed in physiological and psychosocial level of the tested population and to undermine the black spots that contribute to the emergence of the phenomenon (pathogenesis). Furthermore, this thesis tries to display the typical symptoms of a depressive elderly, the relationship of senile depression with physical health, and finally to name the treatment options, the causes of sub recognition, the consequences (suicide) of it and the obligations of the state towards the senile population.

Key words: depression in later life, causes, physical health, treatment, sub diagnosis

Εισαγωγή

Η Κατάθλιψη είναι πολύ συχνή στην Τρίτη ηλικία, όμως δεν θα πρέπει να θεωρείται από την κοινή γνώμη, ως ένα φυσιολογικό στοιχείο για το γεροντικό πληθυσμό. Ειδικότερα, η συχνότητα της, ποικίλει στις ευρωπαϊκές χώρες. Στη χώρα μας, εκτιμάται ότι περίπου το 20% των ηλικιωμένων που ζουν μόνοι τους, στο σπίτι τους, παρουσιάζουν καταθλιπτικά συμπτώματα, ενώ μεταξύ εκείνων που έχουν εισαχθεί στο νοσοκομείο το 30% πάσχει από κατάθλιψη και τέλος το 45% των φιλοξενούμενων ηλικιωμένων σε οίκους ευγηρίας. Οι διαφορές αυτές πιθανόν να οφείλονται στην ατομική εμπειρία της απώλειας στην πρώτη περίπτωση, ενώ στη δεύτερη και στην τρίτη περίπτωση στις σωματικές διαταραχές και στην αναπηρία που χαρακτηρίζουν τα προαναφερόμενα πλαίσια. Δεδομένης αυτής της υψηλής συχνότητας στις δομές φιλοξενίας για ηλικιωμένους, ο έλεγχος για την κατάθλιψη σε αυτές τις εγκαταστάσεις θα έπρεπε να αποτελεί μια συνηθισμένη πρακτική (Baroni,2010, Αβεντισιόν-Παγοροπούλου,2000).

Οι παράγοντες που αυξάνουν τον κίνδυνο κατάθλιψης σε ένα ηλικιωμένο άτομο αφορούν υπαρξιακά, ψυχολογικά, κοινωνικά και βιολογικά θέματα. Πιο συγκεκριμένα το τυπικό προφίλ ενός καταθλιπτικού ηλικιωμένου είναι αρχικά θηλυκού γένους τις περισσότερες φορές, άγαμος ή χήρος, αντιμέτωπος με μια χρόνια νόσος, κοινωνικά απομονωμένος και τέλος πρόσφατα να έχει βιώσει μια σημαντική απώλεια στη ζωή του. Ο γεροντικός πληθυσμός είναι ιδιαίτερα ευαίσθητος σε ζημιογόνα ερεθίσματα, όπως η απώλεια αγαπημένων προσώπων, η ακούσια συνταξιοδότηση. Άλλες καταστάσεις που προδιαθέτουν την κατάθλιψη στους ηλικιωμένους δύναται να είναι η συνεχής παρουσία σωματικού πόνου, η κατάχρηση οινοπνεύματος, το ατομικό ή το οικογενειακό ιστορικό κατάθλιψης. Στα άτομα

που αναπτύσσουν για πρώτη φορά μια εικόνα κατάθλιψης στα γηρατειά, στη μαγνητική αξονική τομογραφία του εγκεφάλου παρατηρούνται συχνά μικρές αλλαγές, κυρίως της αιματικής κυκλοφορίας του εγκεφάλου. Ορισμένες ασθένειες, όπως το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, η υπέρταση, ο διαβήτης, η άνοια σχετίζονται με τη γεροντική κατάθλιψη σε ποσοστό 30-80% των περιπτώσεων. Ειδικότερα, η σχέση μεταξύ της άνοιας του Alzheimer και της κατάθλιψης εξακολουθεί και στις μέρες μας να μην έχει διευκρινιστεί, αν και φαίνεται πιθανόν ότι η καταθλιπτική νόσος να αντιπροσωπεύει έναν παράγοντα κίνδυνου για την εμφάνιση της άνοιας και της πρώιμης εκδήλωσης της. Ιδιαίτερης αναφοράς είναι η λήψη ορισμένων φαρμακευτικών συσκευασμένων όπως τα στεροειδή, ορισμένα αντιυπερτασικά και ηρεμιστικά μπορούν να εμφανίσουν την κλινική συμπτωματολογία της κατάθλιψης. Στο παρελθόν τα αντιυπερτασικά φάρμακα της κατηγορίας της ρεζεπίρης (προϊόν του φυτού *rauwolfia serpentina*) προκαλούσαν φαρμακοεπαγόμενη μείζονα καταθλιπτική διαταραχή, εξαιτίας της επίδρασης της, στην αποθήκευση της νοραδρεναλίνης και της σεροτονίνης στα συναπτικά κυστίδια του νευρώνα, προκαλώντας με αυτό το τρόπο σταδιακή εξάντληση των αποθεμάτων αυτών των δύο νευροδιαβιβαστών (Kandel, 2007, Baroni, 2009).

Τα μέλη της οικογένειας και τα άτομα που βρίσκονται κοντά στον ασθενή πρέπει να είναι σε θέση να αναγνωρίζουν τα βασικά συμπτώματα της κατάθλιψης, προκειμένου στην συνέχεια να ζητήσουν ιατρική και ψυχολογική βοήθεια, αν είναι απαραίτητο. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι η γεροντική κατάθλιψη μπορεί να διαφέρει σε σχέση με την συμπτωματολογία της νεανικής ενήλικης κατάθλιψης, αφού ενδέχεται να απουσιάζει το αίσθημα της μελαγχολίας (κατάθλιψη χωρίς θλίψη), παρόλο αυτό η βίωση του ψυχικού πόνου είναι ανυπόφορη. Τα δύο βασικά συμπτώματα της κατάθλιψης μπορεί να είναι μια επίπονη θλίψη που διαρκεί δύο εβδομάδες ή περισσότερο και η απώλεια ενδιαφέροντος και ευχαρίστησης.

Οι καθημερινές ασχολίες πλήττονται ανάλογα τη βαρύτητα της καταθλιπτικής διαταραχής. Άλλα σημαντικά σημεία μπορεί να είναι αυτά που έχουν ως έκφραση το σώμα , όπως απώλεια βάρους, μειωμένη όρεξη, διαταραχές ύπνου, επίμονη κόπωση. Συχνή είναι η παρουσία άγχους, ανησυχία και ψυχοκινητικής διέγερσης ορισμένες φορές. Οι σκέψεις συχνά χαρακτηρίζονται από απώλεια ελπίδας, από απαισιοδοξία και ενοχικά συναισθήματα που δεν δικαιολογούνται. Οι καταθλιπτικοί ηλικιωμένοι σε σχέση με τις άλλες ηλικιακές ομάδες ενδέχεται να αναπτύξουν ευερεθιστικότητα, εχθρότητα, καχυποψία, μέχρι και παραληρητικές ιδέες δίωξης, ζήλια και φόβο κλοπής προσωπικών αντικειμένων. Άλλα χαρακτηριστικά μιας προχωρημένης σε ηλικία κατάθλιψης είναι η ξαφνική διαμαρτυρία απώλεια μνήμης και παρουσία ασαφής προέλευσης πόνων, που μερικές φορές αποδίδονται σε ανύπαρκτες ασθένειες (υποχονδρία). Τέλος, ο καταθλιπτικός ηλικιωμένος μπορεί να θεωρήσει ότι δεν αξίζει να ζει, με συνέπεια να σκεφτεί πρακτικές που θα τον ανακουφίσουν από το αβάστακτο ψυχικό πόνο που βιώνει. Η γεροντική κατάθλιψη χαρακτηρίζεται σε σχέση με την κατάθλιψη των νεαρών ενηλίκων, από τους ειδικούς ψυχικής υγείας, εκείνη με την χειρότερη πορεία και πρόγνωση, αφού τα καταθλιπτικά επεισόδια διαρκούν περισσότερο και η τάση για χρονιότητα και υποτροπή είναι η διπλάσια (Λυκούση,2010, Παγκαλάτσος,2002).

Η πιο δραματική συνέπεια της κατάθλιψης είναι η αυτοκτονία . Η συχνότητα των αυτοκτονιών στον ηλικιωμένο πληθυσμό είναι πάνω από το διπλάσιο του γενικού πληθυσμού και είναι υψηλότερη στους άνδρες άνω των 85 ετών . Η κατάθλιψη είναι ένας σημαντικός παράγοντας κινδύνου για αυτοκτονία και το 60-70 % των ηλικιωμένων που αυτοκτονούν έχουν κλινική κατάθλιψη. Η αθεράπευτη κατάθλιψη γενικά έχει άμεσες αρνητικές επιπτώσεις στην σωματική υγεία των πασχόντων. Αυξάνει τον κίνδυνο ανάπτυξης ασθενειών όπως η καρδιακή νόσος, εγκεφαλικό επεισόδιο, ο καρκίνος, η άνοια , κλπ.. και επιδεινώνει την

πρόγνωση της σωματικής ασθένειας που ενυπάρχει ήδη. Η σύγχρονη ιατρική έχει προσδιορίσει μια σειρά από βιολογικές αλλαγές που σχετίζονται με την κατάθλιψη στην Τρίτη ηλικία. Οι συνέπειες με την μεγαλύτερη εμπειρική τεκμηρίωση είναι αυτές που ασχολούνται με το κυκλοφορικό σύστημα (μεγαλύτερη τάση για εμφάνισης σχηματισμού θρόμβων και έναρξη καρδιακών αρρυθμιών) και με το ανοσοποιητικό σύστημα (ανοσοανεπάρκεια). Ορισμένες μελέτες που έχουν γίνει στους τόπους διαμονής των ηλικιωμένων έχουν τεκμηριώσει πως οι ηλικιωμένοι άνθρωποι με κατάθλιψη έχουν μια σημαντική αύξηση της θνησιμότητας από σωματική ασθένεια σε σύγκριση με τους μη καταθλιπτικούς συνομηλίκους. Αυτό αναδεικνύει ακόμα μια φορά την ανάγκη για έγκυρη και έγκαιρη αναγνώριση και θεραπεία της κατάθλιψης στους ηλικιωμένους, αφού τους καθιστά 'εύθραυστους' (Παγκαλάτσος,2002).

Αναφορικά με την θεραπεία της κατάθλιψης θεωρείται ότι μόνο το 50% των περιπτώσεων αναγνωρίζεται επαρκώς, και από αυτό το ποσοστό μόνο το 25% θα λάβει ιατρικές και ψυχολογικές υπηρεσίες. Ο προσδιορισμός της κατάθλιψης στους ηλικιωμένους περιπλέκεται από το γεγονός ότι ορισμένα βασικά συμπτώματα, όπως αδυναμία, εύκολη κόπωση, διαταραχές ύπνου, απώλεια σωματικού βάρους, συχνά συνοδεύουν τη διαδικασία της γήρανσης και συνήθως είναι και συμπτώματα πολλών ασθενειών. Επίσης, η ομοιότητα της επίδρασης της κατάθλιψης και των σωματικών ασθενειών στην κοινωνικότητα αποτελεί και αυτό τροχοπέδη στην διάγνωση και επομένως στην έγκαιρη εντόπιση της. Οι πάσχοντες τείνουν να υποτιμούν την κατάσταση τους και να μην αναφέρουν τα σημαντικά βοηθητικά για τη διάγνωση συμπτώματα στους οικείους τους και στον ιατρό τους. Η γεροντική κατάθλιψη προκαλεί γνωστικά ελλείμματα στην προσοχή, στη συγκέντρωση και στη μνήμη και είναι ικανή να φτάσει μέχρι την προσομοίωση μιας κλινικής εικόνας άνοιας γνωστή ως

ψευδοάνοια, η οποία βελτιώνεται μετά από θεραπεία με αντικαταθλιπτικά φάρμακα. Μερικές μελέτες έχουν δείξει ότι η ψευδοάνοια εξελίσσεται με την πάροδο του χρόνου σε μια πραγματική άνοια και πιθανώς να αντιπροσωπεύει τα πολύ πρώιμα στάδια αυτής (Μεϊμάρης,2009).

Η κατάθλιψη στην Τρίτη ηλικία δεν πρέπει να θεωρείται αναπόφευκτη. Το θεραπευτικό οπλοστάσιο των ειδικών είναι ικανό να την απομακρύνουν από κάθε νοσούντα ηλικιωμένο, με μόνη απαίτηση από αυτό την ενεργή συμμετοχή του και τη θέληση για ζωή. Η ‘φαρέτρα’ διακρίνεται σε ψυχοφαρμακολογική και ψυχοθεραπευτική αντιμετώπιση της γεροντικής κατάθλιψης. Οι στόχοι της θεραπείας είναι να μειώσει τα ψυχικά και τα σωματικά συμπτώματα της κατάθλιψης, να βελτιώσει τις νοητικές λειτουργίες (προσοχή, μνήμη, συγκέντρωση), να επαναφέρει την κοινωνικότητα και να μειώσει τις πιθανότητες για υποτροπή και απόπειρας αυτοκτονίας. Ψυχοθεραπευτικά, όπου κρίνεται σκόπιμο, θα πρέπει να παρέχεται βοήθεια για βελτίωση της ικανότητας του ατόμου να διαχειριστεί τα αρνητικά συναισθήματα απόρροιας μια χρόνιας νόσου (αναπηρίας) και τα αρνητικά γεγονότα ζωής. Σε περιπτώσεις ήπιας κατάθλιψης ενδείκνυται παρεμβάσεις ψυχοθεραπευτικού τύπου, ενώ σε περιπτώσεις μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής η φαρμακευτική αγωγή είναι επιτακτική ανάγκη με συνδυασμό με ψυχολογική υποστήριξη (Δαρβαδέσης,1989).

Η έρευνα έχει δείξει ότι τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα είναι αποτελεσματικά και στους ηλικιωμένους. Τα πιο συχνά χρησιμοποιούμενα αντικαταθλιπτικά φάρμακα της τρίτης ηλικίας είναι τα επικαλούμενα αντικαταθλιπτικά νέα γενιάς και συναντούνται συχνά ως SSRI (εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης) και SNRI (εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης της νορενεπενεφρίνης) και σκοπό έχουν να αυξήσουν την ποσότητα και

των αναφερόμενων νευροδιαβιβαστών στο κεντρικό νευρικό σύστημα. Αυτά τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα είναι τώρα η πρώτη επιλογή θεραπείας σε σχέση με τα παλαιότερα αντικαταθλιπτικά φάρμακα, τα λεγόμενα τρικυκλικά. Τα πλεονεκτήματα των νεότερων φαρμάκων είναι η θεραπευτική αποτελεσματικότητα, η ανεκτικότητα, ο ασφαλής χειρισμός, πολύ σημαντικά στοιχεία για την χρήση σε ένα εύθραυστο πληθυσμό, όπως οι ηλικιωμένοι. Τα τρικυκλικά αντιθέτως είναι πολύ καταπραϋντικά, προκαλούν προβλήματα μνήμης και απότομες πτώσεις της αρτηριακής πίεσης. Τα νέας γενιάς αντικαταθλιπτικά είναι καρδιαγγειακά ανεχτά και δεν προκαλούν προβλήματα στα ήδη υπάρχοντα γνωστικά ελλείμματα της μνήμης, προσοχής και συγκέντρωσης, αλλά φαίνεται να τα καταπραϋνούν. Το ευνοϊκό προφίλ ανεκτικότητας της νέας γενιάς αντικαταθλιπτικών αποτελεί σύμμαχο ακόμα και στους ασθενείς που πάσχουν από κάποια σωματική ασθένεια, ιδιαίτερα η καρδιακές παθήσεις και η άνοια. Σήμερα, ως εκ τούτου, ο συνδυασμός μιας σωματικής ασθένειας δεν είναι πλέον μια αντένδειξη για την θεραπεία της κατάθλιψης, αλλά μάλλον ένας λόγος για να τεθεί σε εφαρμογή, δεδομένης της αρνητικής επίδρασης που έχει η κατάθλιψη στην πρόγνωση της νόσου. Οι ασθενείς που έχουν αναρρώσει από ένα καταθλιπτικό επεισόδιο είναι απαραίτητη μια μακροχρόνια θεραπεία με αντικαταθλιπτικά, μόνα ή σε συνδυασμό με ψυχοθεραπεία προκειμένου να αποφευχθούν οι υποτροπές. Στους ηλικιωμένους φαίνεται ότι οι χρόνοι θεραπείας διαρκούν περισσότερο σε σύγκριση με τους νεαρούς ενήλικες, επίσης παρουσιάζουν πληθώρα επεισοδίων και μεγαλύτερο ρίσκο για υποτροπή. Σε σοβαρές περιπτώσεις, η θεραπεία θα πρέπει να διαρκέσει μέχρι το τέλος της ζωής του ηλικιωμένου. Η οικογένεια του ασθενή πρέπει να γνωρίζει ότι

- i) τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα δεν είναι εθιστικά σε αντίθεση, για παράδειγμα με τα αγχολυτικά,

- ii) η θεραπευτική τους δράση δεν είναι άμεση, αλλά εμφανίζεται κυρίως μετά από 4-6 βδομάδες λήψης,
- iii) πρέπει να λαμβάνονται πιστά
- iv) δεν πρέπει να διακόπτονται μετά την συναισθηματική ανάκαμψη, αλλά να συνεχίζεται η λήψη τους σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες (Amoretti et al, 1991, Παράσχος, 1998).

Οι ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις είναι χρήσιμες σε περιπτώσεις πρόσφατης απώλειας, σε υπαρξιακά θέματα, σε προβλήματα κακής προσαρμογής και σε περιπτώσεις χρόνιου πόνου. Οι μορφές παρεμβάσεις κυμαίνονται από ατομική ψυχοθεραπεία έως και ομαδική σε ομάδες αυτοβοήθειας για συναισθηματική υποστήριξη. Σπάνια ο ηλικιωμένος ζητά ψυχολογική βοήθεια δεδομένου ότι αρχικά έχει δυσκολία αναγνώρισης του προβλήματος και έπειτα αισθάνεται ντροπή (οι άντρες περισσότερο από τις γυναίκες) να απευθυνθεί σε ένα ειδικό, με συνέπεια να καθυστερείται η διάγνωση και η θεραπεία του προβλήματος. Για αυτό το λόγο η παρώθηση για επίσκεψη σε ειδικό παρέχεται από τα μέλη της οικογένεια ή από τους ιατρούς που τον παρακολουθούν για τις σωματικές του ασθένειες, γεγονός που καθιστά πιο δύσκολη την δημιουργία θεραπευτικής συμμαχίας. Υπάρχουν διάφοροι τύποι ψυχοθεραπείας, που διαφέρουν μεταξύ τους σε θεωρητικές αρχές, στις μεθόδους, στις στρατηγικές και στους στόχους. Η πιο μελετημένη ψυχοθεραπεία στους ηλικιωμένους είναι η γνωσιακή-συμπεριφορική, που σημαίνει ότι οι δυσκολίες που αντιμετωπίζει ο καταθλιπτικός ηλικιωμένος οφείλεται στον αρνητικό τρόπο σκέψης και η θεραπεία έγκειται στη μάθηση των κατάλληλων στρατηγικών διαχείρισης αυτών. Μία άλλη μορφή ψυχοθεραπείας που έχει αποδείξει την αποτελεσματικότητάς της τόσο στην οξεία

φάση της κατάθλιψης και στην πρόληψη των υποτροπών είναι η διαπροσωπική θεραπεία που επικεντρώνεται στην επίλυση των διαφορών με τους σημαντικούς άλλους, στο πένθος και στην αναδιαμόρφωση των κοινωνικών σχέσεων. Στους ηλικιωμένους η διαπροσωπική ψυχοθεραπεία σε συνδυασμό με αντικαταθλιπτικό νέας γενιάς αποτελεί την καλύτερη επιλογή πρόληψης υποτροπών σε διάστημα τριών ετών. Από τα παραπάνω διαπιστώνουμε πόσο λανθασμένη είναι η προκατάληψη ότι οι ηλικιωμένοι δεν μπορούν να επωφεληθούν από την ψυχολογική βοήθεια (Mondolesi et al, 2004, Boroni,2010).

Τέλος το ποσοστό των καταθλιπτικών ηλικιωμένων σήμερα θα μπορούσε με την χρήση προληπτικών προγραμμάτων σε παγκόσμιο επίπεδο να μειωθεί. Ο πρώτος στόχος της προληπτικής προσέγγισης είναι η αναγνώριση στην κοινότητα των ηλικιωμένων που βρίσκονται σε κίνδυνο, η οποία μπορεί να γίνει με την χρήση των προαναφερόμενων παραγόντων κινδύνου. Οι παρεμβάσεις πρόληψης έχουν προταθεί σε διάφορα επίπεδα και με ποικίλες μεθόδους. Για παράδειγμα, σε ηλικιωμένα άτομα με χρόνιες ιατρικές ασθένειες, οι γνωστικές τεχνικές σε συνδυασμό με τη σωματική άσκηση, βρίσκονται να είναι αποτελεσματικές απέναντι στα καταθλιπτικά συμπτώματα, στο άγχος και στην αϋπνία. Αρχικά πρέπει να σταθούμε στη μείωση των αγγειακών παραγόντων κινδύνου, όπως κάπνισμα, κακή χοληστερόλη, υπέρταση (Παράσχος,1999). Μεγάλη έμφαση είναι αναγκαίο να δίνεται στην ψυχο-εκπαιδευτικές παρεμβάσεις, με στόχο να ενημερώνουν τους ηλικιωμένους και τις οικογένειες τους σχετικά με την κατάθλιψη και τις θεραπείες της, προκειμένου να μειωθεί το στίγμα με απώτερη συνέπεια να αυξηθεί ο αριθμός των ηλικιωμένων που θα ζητήσουν βοήθεια στο μέλλον.

Κεφάλαιο 1ο: Η Τρίτη Ηλικία

«Το να ξέρεις να γερνάς είναι το αριστούργημα της σοφίας κι ένα από τα δυσκολότερα μέρη της τέχνης της ζωής.»

Ανρί Αμιέλ (1821-1881) Ελβετός Φιλόσοφος και Ποιητής

Η εννοιολογική αποσαφήνιση του γήρατος ‘απαιτεί’ ευλόγα τον ορισμό της ηλικίας, η οποία ορίζεται ως η χρονική περίοδο της ζωής με αφετηρία τη σύλληψη και με τερματισμό το θάνατο, με ενδιάμεσους σταθμούς την εβρυϊκή, την παιδική, την εφηβική και τέλος την ενήλικη φάση ζωής. Ενώ, όταν μιλάμε για το γήρας εννοούμε τη βιολογική εκφύλιση των ιστών, απόρροια

α) της μείωσης του ρυθμού της κυτταρικής διαίρεσης

και β) της εμφάνισης επιπλοκών στα κυριότερα συστήματα του οργανισμού, οδηγώντας την ύπαρξη μας σε σωματική και πνευματική έκπτωση, που σταδιακά επιφέρει τη λήξη της ζωής (Siegel,2009, Siegel, 2010)..

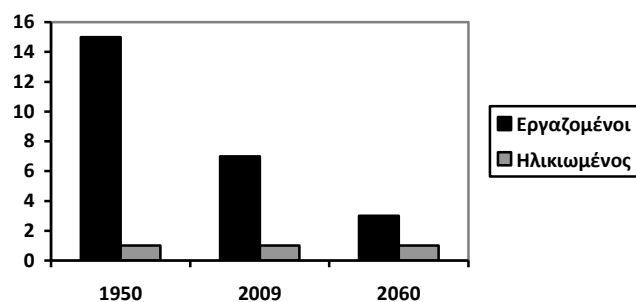
Το γήρας διακρίνεται σε **πρωτογενές** και **δευτερογενές**. Η πρωτογενής διάκριση αναφέρεται στο βιολογικό εκφυλισμό της φυσιολογίας του οργανισμού, ενώ η δευτερογενής στα εξωτερικά αίτια που επιφέρουν τη γήρανση του οργανισμού, όπως οι περιβαλλοντικές αιτίες και οι ασθένειες (Δαρβαδέσης,2006). Μερικά παραδείγματα παραγόντων που επιφέρουν το δευτερογενές γήρας είναι το κοινωνικό και οικογενειακό περιβάλλον, η κοινωνική προσαρμογή, το κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο (ΚΟΕ), η συμπεριφορά, η

ψυχосύνθεση του ατόμου και η υγιεινή διαβίωση, αντιθέτως πρωτογενούς μόνο η κληρονομικότητα (Hayflic,1996).

Η κατηγοριοποίηση ενός ατόμου στην ύστερη ενήλικη ζωή σύμφωνα με την Διεθνή Συνέλευση Γήρατος, που πραγματοποιήθηκε το 1982 στην Βιέννη, οφείλει να έχει κλείσει τα εξηκοστά έτη και να είναι εμφανή τα πρώτα σημάδια γήρατος στη σωματική και γνωστική σφαίρα και να έχει παρατηρήσει αυτός ή και το περιβάλλον του μειωμένη επίδοση στις φυσικές του δραστηριότητες και μεταβολές σε σωματικό και ψυχικό επίπεδο. Σύμφωνα με τη σύγχρονη άποψη της Αναπτυξιακής Ψυχολογίας για να ενταχθεί ένα άτομο στην Τρίτη ηλικία είναι απαραίτητη η συμπλήρωση και του εξηκοστού πέμπτου έτους, η ηλικία αυτή είναι συμβατή και με το πόρισμα των ενεργειών της Ελληνικής Συνέλευσης Γήρατος (Αθήνα,1982),η οποία προτάθηκε στο Ελληνικό Κράτος ως η ηλικία έναρξης της συνταξιοδότησης (Κωσταρίδου-Ευκλείδη,1999). Ο μεγάλος πληθυσμός ατόμων άνω των ογδόντα οδήγησε την σύγχρονη αναπτυξιακή ψυχολογική σκέψη στη δημιουργία μιας νέας ηλικιακής ομάδας με τίτλο 'τέταρτη ηλικία', η οποία θα περιλαμβάνει τους ηλικιωμένους από ογδόντα και άνω. Στις εργασίες της Διεθνούς Συνέλευσης Γήρατος, οι οποίες έγιναν υπό την χορηγία του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών, πέρα από το χρονικό καθορισμό της έναρξης της τρίτης ηλικίας, για πρώτη φορά καταγράφηκαν οι υποχρεώσεις, οι ανάγκες και τα δικαιώματα των ατόμων της τρίτης ηλικίας, αλλά και τα καθήκοντα εκάστου κράτους δικαίου έναντι αυτών (Δόντας,1981).

Είναι ευρέως γνωστό η απόδοση του χαρακτηρισμού της Ευρώπης ως Γηραιάς Ηπείρου. Η αύξηση του προσδόκιμου ζωής σε σχέση με την υπογεννητικότητα, αποτελούν τους πρωταρχικούς παράγοντες της λεγόμενης πληθυσμιακής γήρανσης. Σε παγκόσμιο

επίπεδο το 2000 οι ηλικιωμένοι ανερχόταν σε 380 εκατομμύρια, το 2020 θα αγγίζουν τα 690 εκατομμύρια και το 2050 τα 2 δισεκατομμύρια, δηλαδή 1 στους 5 κατοίκους του πλανήτη θα είναι ηλικιωμένος, ενώ το 2150 το ποσοστό θα ανέρχεται στο 1 προς 3. Για πρώτη φορά στην ιστορία του ανθρώπινου γένους ο γηραιός πληθυσμός θα ξεπεράσει τον εφηβικό πληθυσμό. Σχετικά με την Ευρώπη το ποσοστό το 2000 άγγιζε το 12-15%, ενώ το 2020 θα έχει διπλασιαστεί τονίζοντας οι ειδικοί. Οι πιο γερασμένες πληθυσμιακά χώρες της Ευρώπης, αλλά και παγκοσμίως είναι η Ελλάδα, η Ιταλία (3 εκατομμύρια άτομα τρίτης ηλικίας, άνω των 65 με διαγνωσμένη κατάθλιψη), η Γερμανία και η Σουηδία. Αναφορικά με την χώρα μας το 1950 σε δεκαπέντε άτομα παραγωγικής ηλικίας αντιστοιχούσε ένας ηλικιωμένος, σήμερα σε επτά άτομα αναλογεί ένας ηλικιωμένος και σε δύο γενεές από τώρα σε τρία άτομα ένας (Βλ. Διάγραμμα 1). Άξιο αναφοράς είναι η αναλογία του πληθυσμού του τότε ελληνικού κράτους του 1853, τότε το 41,2% αποτελούσαν έφηβοι και μόλις το 8,3% ηλικιωμένοι. Από τα παραπάνω στατιστικά δεδομένα είναι σαφή η εντύπωση της ραγδαίας αύξησης των ατόμων της τρίτης ηλικίας, αποτέλεσμα της οποίας είναι οι δύο κυρίαρχοι προαναφερόμενοι παράγοντες στην αρχή του κεφαλαίου (Βόλικας,2005,Κωσταρίδου-Ευκλείδη,1999,).



Διάγραμμα 1:

Η αναλογία εργατικού δυναμικού και ενός ηλικιωμένου στην χώρας μας από το 1950-2060.

Η επιστήμη της Ιατρικής βολιδοσκοπώντας τις αλλαγές στην πληθυσμιακή πυραμίδα σε ευρωπαϊκό και παγκόσμιο επίπεδο καθιέρωσε ως κλάδο της, την Γεροντολογία ή Γηριατρική. Σκοπός αυτής της ιατρικής ειδικότητας είναι η κατάλληλη παροχή ιατρικής γνώσης στον γηριατρικό πληθυσμό, με σκοπό την πρόληψη, τη διάγνωση και τη θεραπεία ασθενειών που ταλαιπωρούν τους ηλικιωμένους. Στη χώρα μας το 1977 ιδρύθηκε η Ελληνική Γεροντολογική Εταιρεία, η οποία το 1995 μετονομάστηκε σε Ελληνική Γεροντολογική και Γηριατρική Εταιρεία, αντικείμενο αυτής της επιστημονικής εταιρείας σύμφωνα με το καταστατικό ίδρυσης της είναι η προώθηση πολιτικών δράσεων απέναντι στα νοσολογικά και ψυχοκοινωνικά ζητήματα που πλήττουν τους ηλικιωμένους. Το 2001 από τα μέλη της προαναφερόμενης εταιρείας ιδρύθηκε η Ψυχογηριατρική Εταιρεία ‘Νέστωρ’ με βασικότερο τομέα δραστηριοποίησης τις διαταραχές μνήμης. Παρομοίως σε τοπικό επίπεδο η Ελληνική Εταιρεία Γηριατρικής Ογκολογίας, η Γεροντολογική και Γηριατρική Εταιρεία Νοτιοδυτικής Ελλάδας και η Γηριατρική και Γεροντολογική Εταιρεία Βορείου Ελλάδας έχουν ως αντικείμενο ενασχόλησης να είναι δίπλα στις δυσκολίες που βιώνουν οι Έλληνες ηλικιωμένοι (Τζημουράκα,1986).

Κατά τη γήρανση παρατηρούνται μεταβολές, οι οποίες διακρίνονται σε *σωματικές* και *γνωστικές*. Τα πρώτα σημάδια γήρανσης εντοπίζονται στην εμφάνιση, το δέρμα χάνει την ελαστικότητα του και την υγρασία του, αλλά και την οξύτητα των αισθητήριων οργάνων της ακοής και της όρασης. Οι σωματικές μεταβολές είναι απόρροια του βιολογικού εκφυλισμού που λαμβάνει χώρα σε όλα τα συστήματα του οργανισμού. Εκτενέστερα στο *μυϊκό σύστημα* παρατηρείται μείωση στη μυϊκή μάζα (σαρκοπενία), στη μυϊκή λειτουργική ικανότητα, στο

μυϊκό τόνο και μεταβολές στο μήκος των μυών, με απώτερες συνέπειες στην δύναμη, στην αντοχή και στην ελαστικότητα. Οι αναφερόμενες ανωμαλίες σε συνδυασμό με τον εκφυλισμό του *κινητικού συστήματος* και του *ερειστικού συστήματος* προκαλούν στο ηλικιωμένο δυσκολία στην εκτέλεση καθημερινών λειτουργικών δραστηριοτήτων, ιδίόρρυθμο βάδισμα και μεγάλο αριθμό πτώσεων. Ειδικότερα στο ερειστικό σύστημα εμφανίζεται ελαφρά κύφωση και μείωση της οστικής μάζας, λέπτυνση των μεσοσπονδύλιων δίσκων και του μεσάρθριου διαστήματος με συνεπακόλουθο τη μείωση του συνολικού ύψους. Στο *αναπνευστικό σύστημα* εντοπίζονται τα εξής: εξασθένηση των αναπνευστικών μυών, μείωση της ελαστικότητας των πνευμόνων, μείωση του αριθμού και αύξηση του μεγέθους των κυψελίδων, μείωση της έντασης του βήχα και μεταβολές των πνευμονικών όγκων. Ως προς το *κυκλοφορικό σύστημα* εμφανίζονται οι παρακάτω μεταβολές: αύξηση του μεγέθους της καρδιάς, μειώσεις στο αυτοματισμό του φλεβόκομβου, στον όγκο του παλμού και στην ελαστικότητα των αγγείων και τέλος αύξηση της διάρκειας της καρδιακής συστολής. Το *εκκριτικό σύστημα* δεν μένει ανέπαφο κατά την γήρανση, παρουσιάζει και αυτό αλλοιώσεις όπως μείωση σε βάρος και λειτουργικότητας τόσο της υπόφυσης, όσο και του θυρεοειδή αδένου. Οι παραθυρεοειδείς αδένες παθαίνουν λιπώδη εκφύλιση με αποτέλεσμα διαταραχή στο μεταβολισμό του ασβεστίου και την ανάπτυξη οστεοπόρωσης και οστεομαλάκυνσης. Τα επινεφρίδια παρουσιάζουν διάφορες εκφυλιστικές αλλοιώσεις και μειώνεται το βάρος τους. Τέλος οι όρχεις μειώνονται σε όγκο και βάρος και οι ωθήκες παθαίνουν διάφορες κυτταρολογικές και ιστολογικές αλλοιώσεις με επακόλουθο τη μείωση του όγκου τους και της λειτουργικότητά τους (Μεϊμάρης,2009,Αβεντισιόν-Παγοροπούλου,2000).

Οι γνωστικές μεταβολές είναι συνακόλουθο της μετάπτωσης του *νευρικού συστήματος*. Αναλυτικότερα στους ηλικιωμένους παρατηρείται αριθμητική μείωση των

νευρώνων και της αιματικής ροής και οξυγόνωσης του εγκεφάλου, καθώς και μεταβολές σε νευροδιαβιβαστές π.χ. μείωση της ντοπαμίνης. Οι μεταβολές στο νευρικό σύστημα προκαλούν μείωση των νοητικών λειτουργιών και ικανοτήτων. Πρακτικά οι ηλικιωμένοι σε γνωστικό επίπεδο αντιμετωπίζουν προβλήματα στη μνήμη, στην επεξεργασία νέων πληροφοριών και στην νοημοσύνη. Σε συνδυασμό και με άλλους παράγοντες, οι μεταβολές αυτές είναι υπεύθυνες για την Άνοια και το Alzheimer (Μειμάρης,2009, Παράσχος,1998).

Βιβλιογραφικά υπάρχει πληθώρα μελετών πως το γήρας επιδρά στη φυσιολογία του οργανισμού, όμως η περιέργεια του ανθρώπινου νου να εξετάσει τις αιτίες της γήρανσης έδωσαν το έναυσμα νέων μελετών, αποτέλεσμα των οποίων είναι οι λεγόμενες θεωρίες γήρατος. Θα ακολουθήσει μια συνοπτική αναφορά των θεωριών γήρατος (Κυπραίου και συν.,2005)..

- **Η Θεωρία του βιολογικού ρολογιού – Θεωρία κατά Hayflick**

Γνωστή και ως θεωρία προγραμματισμένου γήρατος, εξαιτίας του, ότι κάθε οργανισμός κατέχει ένα εσωτερικό πρόγραμμα που καθορίζει τον αριθμό μιτώσεων, επομένως και την διάρκεια της ζωής και τον χαρακτηρισμό αυτής σε φάσεις ανάλογα με τον αριθμό των μιτώσεων.

- **Η Θεωρία της γλυκοζυλιώσεως.**

Η καταστροφή του DNA είναι αποτέλεσμα της σύνδεσης της γλυκόζης με κάποιες πρωτεΐνες.

- **Οι Θεωρίες φθοράς, όπως η θεωρία σωματικών αλλαγών.**

Η άθροιση μεταλλάξεων στα γονίδια προκαλεί φθορά στη λειτουργία των κυττάρων.

- **Η Θεωρία των ελεύθερων ριζών.**

Οι ελεύθερες ρίζες οξυγόνου (O₂) είναι έντονα απειλητικές και καταστροφικές έναντι του ανθρώπινου γονιδιώματος. Παράγονται από διάφορες εσωτερικές μεταβολικές διαδικασίες, αλλά και από εξωτερικούς παράγοντες όπως κάποιες χημικές τοξικές ουσίες, το όζον, η ηλιακή ακτινοβολία.

- **Η Θεωρία μεταβολής των πρωτεϊνών**

Μετάλλαξη του πυρήνα των πρωτεϊνικών κυττάρων

- **Η Ενδοκρινική θεωρία**

Μειωμένη παραγωγή ενδοκρινικών υλικών, απόρροιας της γήρανσης του εκκρινικού συστήματος.

- **Η Θεωρία της αυτοανοσίας.**

Ο ανοσοποιητικό σύστημα του οργανισμού στρέφεται έναντι των ιστών και των συστημάτων του οργανισμού του, αφού πλέον τα αναγνωρίζει ως απειλές.

- **Η θεωρία του Greppi.**

Σύμφωνα με αυτήν τη θεωρία, το γήρας θεωρείται χρόνια θανατηφόρος νόσος.

- **Θεωρία του Leat.**

Μέσω αυτής της θεωρίας προτείνεται ως μυστικό για την αιωνοβιότητα, η σωματική άσκηση καθ' όλη την διάρκεια της ζωής.

- **Η θεωρία του Seley.**

Η συναισθηματική κατάσταση του ατόμου, ως ο κυριότερος παράγοντας που επιφέρει την γήρανση.

- **Η θεωρία του Pearl**

Η συσσώρευση τοξινών στο ενδοκυττάριο υγρό προκαλεί σταδιακή δηλητηρίαση των ιστικών κυττάρων.

- **Η θεωρία του Weitzman**

Ύπαρξη στο αίμα ουσιών που αναστέλλουν την ανάπτυξη και προκαλούν εκφυλισμό στον οργανισμό.

- **Η θεωρία του Carrel**

Το γήρας οφείλεται σε αλλοίωση της ποιότητας του εξωκυτταρίου υγρού.

- **Η θεωρία του J.Loed.**

Η γήρανση οφείλεται στην κατανάλωση της ποσότητας της χημικής ουσίας που είναι απαραίτητη για την ζωή. Αυτή την ουσία ανευρίσκεται σε όλους τους ζωντανούς οργανισμούς.

- **Η κοινωνιολογική θεωρία**

Σύμφωνα με την κοινωνιολογική θεωρία ένα άτομο γηράσκει όταν απουσιάζουν τα κοινωνικά κίνητρα, με αποτέλεσμα την απομόνωση, συνέπεια των ψυχολογικών καταστάσεων που επιφέρει το γήρας.

- **Η ιατροβιολογική θεωρία**

Η επικρατέστερη επιστημονικά θεωρία, οι ειδικοί θεωρούν ότι το γήρας είναι αποτέλεσμα εξωτερικών (περιβάλλον, διατροφή, ακτινοβολία) και εσωτερικών παραγόντων (κυτταρικές αλλοιώσεις και αυτοάνοσες διεργασίες).

Επιλογικά αν και βιβλιογραφικά υπάρχει πληθώρα ερευνών για το γήρας ακόμα κανένα κράτος του κόσμου δεν έχει εφαρμόσει την επικούρεια φιλοσοφία της πρόληψης, με συνακόλουθο άτομα της τρίτης ηλικίας να υποφέρουν από την μάστιγα της εποχής, την

κατάθλιψη και τις συνέπειες τις. Το θύμα βέβαια δεν είναι μόνο οι πάσχοντες αλλά και οι συγγενείς πρώτου βαθμού (φροντιστές), αλλά και γενικότερα το κράτος στο οποίο ζουν. Η ανώφελη αναζήτηση μιας ανύπαρκτης σωματικής νόσου από μη ενδεδειγμένους ειδικούς για θέματα της ψυχικής σφαίρας, συνέπεια της σωματικής εμπειρίας που ενέχει η κατάθλιψη στους ηλικιωμένους, σπαταλά σε παγκόσμιο επίπεδο χιλιάδες εργατοώρες του ιατρικού προσωπικού από άλλα περιστατικά τα οποία ανήκουν στην ειδικότητα της παθολογίας και της γενικής ιατρικής. Πέρ' από αυτό η απουσία προληπτικής πρωτοβάθμιας υγείας στον πληθυσμό των ηλικιωμένων βοηθά στην αύξηση του συνολικού κόστους θεραπείας. Για παράδειγμα στις ΗΠΑ, κατά το χρονικό διάστημα 1990–2000 το συνολικό κόστος θεραπείας αυξήθηκε σε ποσοστό 31,2% (από 19,8 στα 26,08 εκατομμύρια \$), ενώ ο συνολικός χρόνος απουσίας από την εργασία λίγο πριν την σύνταξη υπολογίστηκε στο 50%.(Λόττι et al. 2012, Αβεντισιόν-Παγοροπούλου,2000).

1.1 Η Ψυχολογία της Τρίτης Ηλικίας

Η γήρανση δεν είναι μόνο ένα βιολογικό φαινόμενο, αλλά και ψυχολογικό. Όταν το άτομο αρχίζει να κοιτάζει όλο και πιο συχνά με νοσταλγία το παρελθόν του και να βλέπει το παρόν και περισσότερο το μέλλον με άγχος και ανασφάλεια, όταν το παρελθόν εμφανίζεται στις διηγήσεις του λαμπρό, ενώ το παρόν και το μέλλον ανησυχητικό και φορτικό, τότε αδιαμφισβήτητα αυτό το άτομο διανύει το τελευταίο τμήμα της ζωής του, την γήρανση.

Η πρώτη προσπάθεια αποσαφήνισης της ψυχολογία του ηλικιωμένου άτομου προτάθηκε για πρώτη φορά μέσα από τη ψυχοκοινωνική θεωρία του Erik Erikson, σύμφωνα με την οποία: Ο γηραιότερος ενήλικας αναπολεί τη ζωή του, βλέποντάς την είτε ως σημαντική, παραγωγική και ευτυχή εμπειρία, είτε ως μεγάλη απογοήτευση γεμάτη ανεκπλήρωτες υποσχέσεις και απραγματοποίητους στόχους. Οι εμπειρίες της ζωής του, ιδιαίτερα οι κοινωνικές εμπειρίες του, θα καθορίσουν την έκβαση της τελευταίας κρίσης της ζωής (Slatev, 2003).

Η ψυχολογική ταυτότητα του ηλικιωμένου στο γνωστικό επίπεδο της σκέψης διακρίνεται από ένα πεσιμιστικό και μη δημιουργικό περιεχόμενο. Η ταχύτητα επεξεργασίας των δεδομένων είναι πιο αργή, με συνέπεια να αντιπαθεί τις καινοτομίες, να αποστηθίζει αργά, και να αδιαφορεί για την νέα γνώση και την τεχνολογία. Η προσκόλληση στις δικές του πεποιθήσεις και κατ' επέκταση στο παρελθόν του είναι η αιτία να ζει με τις αναμνήσεις του. Σε συμπεριφορικό επίπεδο, οι ηλικιωμένοι αναβιώνουν μια δεύτερη παιδική ηλικία, πιο εγωκεντρική (που επιθυμούν να λαμβάνουν περισσότερα από όσα δίνουν) πιο οξύθυμη, πιο ιδιότροπη και εριστική. Όλα αυτά συμβαίνουν γιατί το ηλικιωμένο άτομο έχει χάσει τους

φίλους του, τον σύντροφο του, την οικονομική ευρωστία, την κοινωνικότητα του, την εργασία του ,τα παιδιά του (με την έννοια ότι έχουν παντρευτεί και έχουν αφήσει την οικία των γονέων τους για να δημιουργήσουν την δική τους οικογένεια). Επίσης, συχνά λαβώνονται από ασθένειες, που του μειώνουν την δυνατότητα να κινηθεί και του επιβάλλουν διατροφικούς περιορισμούς (Χατζηαντωνίου,2005).

Για τον άντρα η γήρανση σε ψυχολογικό επίπεδο ξεκινά με την συνταξιοδότηση. Σε μια κοινωνία σαν τη δική μας, το άτομο έχει χαρακτηριστεί ως παραγωγικό αντικείμενο και στη συνέχεια με την συνταξιοδότηση, δηλαδή με τον τερματισμό της απασχόλησης και της παραγωγής, το άτομο περνά σε μια περιθωριακή θέση της κοινωνίας. Αυτή η περιθωριοποίηση κατά την πλειοψηφία των περιπτώσεων δεν είναι καλά αποδεκτή από το άτομο, γεγονός που κάνει την αρχή γέννησης ψυχολογικών διαταραχών.

Καθώς η εφηβεία είναι για την γυναίκα η έναρξη της σεξουαλικής ζωής, με όλες τις σχετικές ψυχολογικές επιπτώσεις, έτσι και η εμμηνόπαυση φαντασιακά ερμηνεύεται ως το τέλος της σεξουαλικής γονιμότητας, αντίληψη που προβάλλεται βλέποντας την ερωτική σχέση του ζευγαριού. Η γυναίκα με την παύση της έμμηνης ρύσης, δεν είναι πια γόνιμη, λιγότερο ή περισσότερο αισθάνεται ότι έχει εξαντλήσει το αυτοσκοπό της ύπαρξης της, ώστε να νιώθει άχρηστη σαν άτομο και γεμάτη ενοχές απέναντι στο σεξουαλικά ενεργό σύζυγο της. Συχνά αυτό οδηγεί σε μείωση ή και πλήρης εξαφάνιση της σεξουαλικής επιθυμίας και συνεπώς σε μείωση των σεξουαλικών και συναισθηματικών σχέσεων με το σύζυγο, έτσι ώστε να προκαλείται μια σύγκρουση εκ του άντρα, που συχνά είναι σε καλύτερη φυσική κατάσταση, επειδή επιθυμεί μάταια να συνεχίσουν τη σεξουαλική τους ζωή, όπως ήταν πριν.

Αν σε αυτό προσθέσουμε ένα βαρετό οικογενειακό περιβάλλον, τα παιδιά που επιφέρουν την ισορροπία δεν ζουν μαζί τους, θα καταλάβουμε γιατί υπάρχει έκρηξη διαζυγίων λίγο μετά την άφιξη της εμμηνόπαυσης, ειδικά στις οικογένειες που καθ' όλη την διάρκεια του γάμου τους δεν αντιμετώπισαν σοβαρά προβλήματα. Η ηλικιωμένη γυναίκα νιώθει μοναξιά, προδομένη, εγκαταλειμμένη. Για να επαναφέρει την σημασία του ρόλου της προσκολλάτε στο ενήλικο πια παιδί της, προσπαθώντας να επηρεάσει την ζωή του, ακόμα και αν είναι παντρεμένος με αρνητικές συνέπειες για αυτό.

Εν κατακλείδι το ηλικιωμένο άτομο νιώθει αδύναμο, χωρίς ενδιαφέρον, αφού κατέχει μια περιθωριοποιημένη κοινωνική θέση και μη έχοντας πια οποιαδήποτε σημαντικό ρόλο στη ζωή του, περιμένει το θάνατο με χιλιάδες αναμνήσεις, με φόβους και με το αίσθημα ότι είναι φορτίο για την οικογένεια του και την κοινωνία..

Βιβλιογραφικά οι ηλικιωμένοι έχουν καταταχθεί σε πέντε ομάδες ανάλογα με την ψυχολογική κατάσταση τους στις απαρχές τις τρίτης ηλικίας.

- Δημιουργικός. Ένας άνθρωπος με αίσθηση του χιούμορ, με μια ευτυχισμένη παιδική ηλικία, ανεκτικός στις σωματικές αλλαγές, συνήθως δέχεται με ευκολία την μετάβαση στην γήρανση, τη συνταξιοδότηση και το θάνατο, δεν είναι μελαγχολικός, ακόμα καταφέρνει να κοιτάζει το μέλλον με αισιοδοξία και να βρίσκει ευχαρίστηση με οτιδήποτε ασχολείται.
- Εξαρτητικός. Ένα φιλόδοξο άτομο, κοινωνικά παθητικό, παρατηρητικό, απαισιόδοξο, άβουλο. Αναφορικά με την συνταξιοδότηση την θεωρεί θετικό σταθμό ζωής, αγαπά τις διακοπές, το φαγητό και το ποτό, αλλά στο τέλος είναι ανικανοποίητος για αυτό το είδος ζωής.

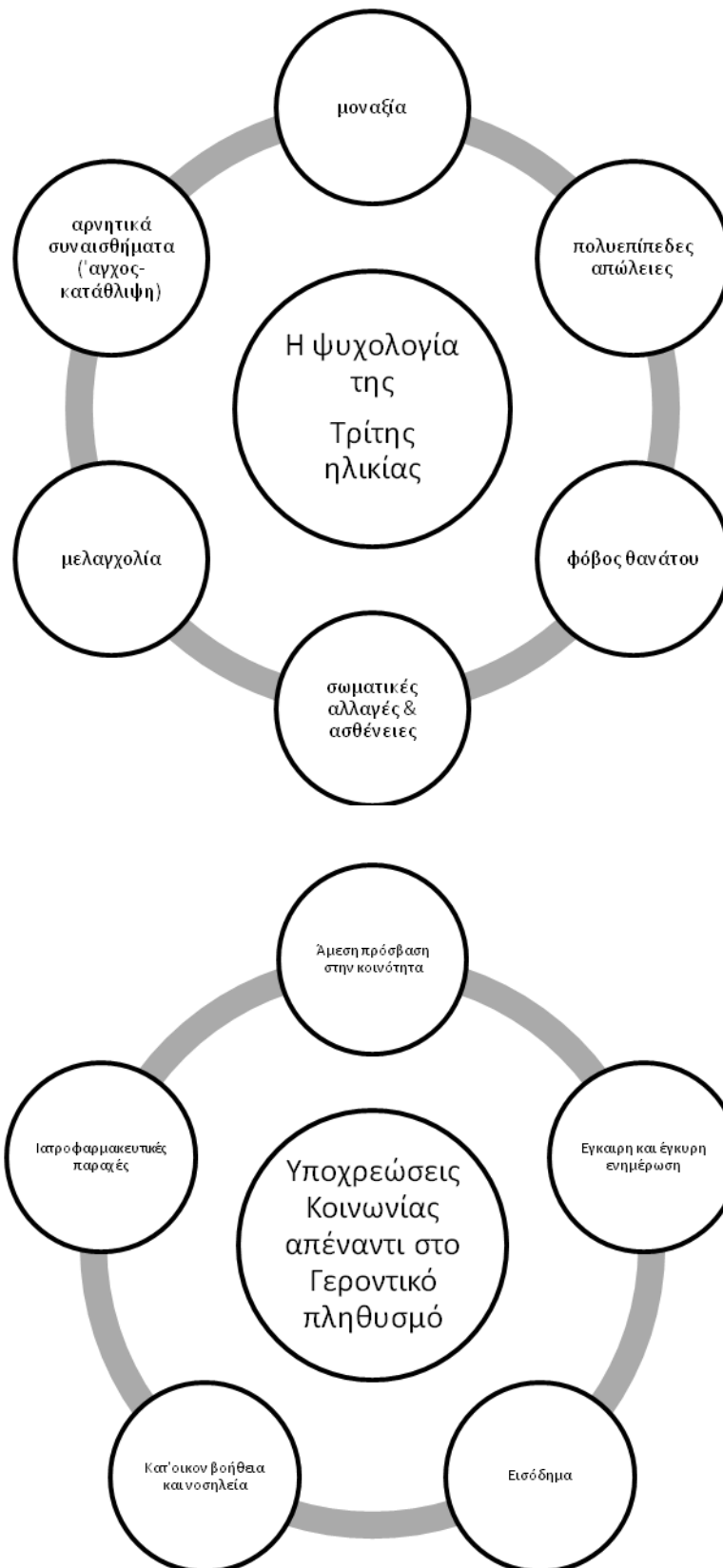
- Αμυντικός. Άτομο με καλή σταθερή επαγγελματική ζωή, κοινωνικά προσαρμοσμένος και δραστήριος, αυτόνομος, πάντα αρνιόταν τη βοήθεια, τώρα βλέπει το γήρας με φόβο, με συνέπεια να αναβάλλει συνεχώς την συνταξιοδότηση, τα μειονεκτήματα της τρίτης ηλικίας υπερτερούν σε σχέση με τα πλεονεκτήματα.
- Εχθρικός. Ένα κλαψιάρικο πρόσωπο, ύποπτος, επιθετικός, συχνά με ασταθή κοινωνική και επαγγελματική ζωή, βλέπει μόνο μειονεκτήματα στην τρίτη ηλικία, εκφράζει ζήλια προς του νέους και φόβο θανάτου.
- Αρνητικός. Ένα άτομο περιφρονητικό πολύ επικριτικό, με λίγες φιλοδοξίες, παρατηρεί την επικείμενη κοινωνική και οικονομική μετάπτωση, συχνά με ένα γάμο δυστυχημένο και με λίγα χόμπι, το οποίο συχνά αισθάνεται θύμα των περιστάσεων, δέχεται πρόθυμα ότι γερνάει και δεν εκφράζει αισθήματα ζήλειας προς του νέους, συχνά είναι κουρασμένος από τη ζωή και θεωρεί το θάνατο ως την πολυπόθητη ανακούφιση (Χανιώτη,1998)..

Οι παραπάνω περιγραφές αποτελούν το 25% των ηλικιωμένων, η πλειοψηφία των ηλικιωμένων είναι διανοητικά και κοινωνικά ενεργοί και παραγωγικοί, έχουν ενδιαφέροντα (κατά βάση την ανατροφή των εγγονιών τους και την κηπουρική).

Η ψυχοσυναισθηματική πίεση, τα ψυχολογικά ζητήματα που σχετίζονται με την σωματική υγεία και την ασθένεια και την αναπηρία, το στρες στην γήρανση επιφορτίζουν την αναπόφευκτη βιολογική εκφύλιση, με συνέπεια την πτώση του ηθικού και της πνευματικότητας του ηλικιωμένου ατόμου. Παράγοντες που αναδύουν την σημαντικότητα που ενέχει το θετικό κλίμα ψυχολογίας στην εν λόγω ηλικιακή ομάδα.

Από την άλλη πλευρά και η κοινωνία δεν είναι πλήρως οργανωμένη να εξυπηρετεί τις ανάγκες της τρίτης ηλικίας. Την τελευταία δεκαετία στην χώρα μας βλέπουμε δομές σε ρόλο φροντιστή μη αυτοεξυπηρετούντων ηλικιωμένων, με συνέπεια να μειώνεται η αντίληψη ότι οι ηλικιωμένοι είναι βαρίδι για την κοινωνία. Σε κάθε κράτος δικαίου είναι επιτακτική ανάγκη οι παροχές φροντίδας τόσο στους νέους, όσο και στους ηλικιωμένους. Με τη μείωση των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων που αντιμετωπίζει η Τρίτη ηλικία, ωφελείται κατά κύριο λόγο ίδια η κοινωνία, αφού και ο γεροντικός πληθυσμός είναι ικανός να προσφέρει έργο, εξαιτίας της συμπυκνωμένης εμπειρίας και σοφίας που τον διακατέχει.

Ακολουθεί σχηματικές απεικονίσεις της ψυχολογίας του ηλικιωμένου, καθώς και των υποχρεώσεων της πολιτείας έναντι αυτών.



1.2 Το νοσολογικό και ψυχοπαθολογικό προφίλ της Τρίτης Ηλικίας.

Σκοπός αυτού του κεφαλαίου είναι να εισάγει τον αναγνώστη στις πιο συχνά παρατηρούμενες σωματικές και ψυχοπαθολογικές ασθένειες που πλήττουν το γεροντικό πληθυσμό.

Στην καθημερινή ιατρική πρακτική χρησιμοποιείται ο όρος *γηριατρικές ασθένειες* για να περιγράψει το σύνολο των σωματικών νοσημάτων που κατά βάση εντοπίζονται όταν το άτομο γηράσκει (Παράσχος,1998). Οι γηριατρικές ασθένειες, όπως σε όλα τα ηλικιακά φάσματα, έτσι και στην Τρίτη ηλικία επηρεάζουν δυναμικά τον ψυχισμό του νοσούντα. Στο κεφάλαιο 2 θα μελετηθεί η σχέση σωματική υγείας με την γεροντική κατάθλιψη, ως ένας παράγοντας αιτιοπαθογένειας αυτής.

Το πιο συχνό πρόβλημα και φόβος των ηλικιωμένων καθώς και των φροντιστών τους αποτελούν οι συχνές πτώσεις, που συχνά οδηγούν στο νοσοκομείο, με κατάγματα.. Σε συνάρτηση με την νόσο Parkinson και με τα προβλήματα του ερειστικού συστήματος (οστεοπόρωση και οστεοαρθρίτιδα), ο κίνδυνος πρόκλησης κατάγματος είναι πολύ πιθανός, με αρνητικές συνέπειες για τη ζωή και την ψυχολογία αφενός του ασθενή και αφετέρου του φροντιστή. Η ανάρρωση και η αποκατάσταση του ραγισμένου οστού συχνά καθυστερείται σε μεγάλο βαθμό εξαιτίας της ύπαρξης σακχαρώδους διαβήτη. Η μεγάλη χρονική παραμονή σε ακινησία προκαλεί από μόνης της δερματικά έλκη (κατακλίσεις) και επιβαρύνει το κυκλοφορικό σύστημα (Πωγωνίδης,2007) .

Ο νοσολογικός χάρτης της τρίτης ηλικίας αποτελείται κατά κόρον από καρδιαγγειακές ασθένειες, κακοήθειες (προστάτη, λεμφική λευχαιμία), σακχαρώδης διαβήτης (διαβητικό κώμα) και τις πνευμονολογικές διαταραχές (Πωγωνίδης,2007).

Συχνά η διάγνωση των παραπάνω νοσημάτων καθίσταται δύσκολή, εξαιτίας της πολυπαθολογικότητας, που διακρίνει την αναφερόμενη ηλικιακή ομάδα. Η μείωση επίδοσης των νοητικών και αισθητικών λειτουργιών ασκούν αρνητική επίδραση κατά την διάρκεια της κλινικής συνέντευξης, γεγονός που οδηγεί στην ελλιπή διασαφήνιση των διαταραχών της γεροντικής ηλικίας (Ρούπα και συν,2009).

Σε ευρωπαϊκό επίπεδο στατιστικά έχει υπολογιστεί την διετία 1998-2000 τα θύματα τρίτης ηλικίας έναντι των πιο συχνών συναντούμενων ασθενειών. Ειδικότερα, ο σακχαρώδης διαβήτης βρισκόταν στην πρώτη θέση με 10079171 ασθενείς, έπεται η αρτηριοσκλήρωση και το έμφραγμα του μυοκαρδίου με 9365476 και 7956419 ασθενείς αντίστοιχα. Αναφορικά με τις παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος, καθώς και του συστήματος θρέψης τα ποσοστά νοσηρότητας ήταν 8968685 και 4453622 ηλικιωμένοι (WHO,2001)

Η αντίληψη ότι η Τρίτη ηλικία είναι πλήρως προστατευμένη από την εμφάνιση ψυχιατρικών ασθενειών είναι μύθος. Οι πιο συχνές εμφανιζόμενες ασθένειες στο γεροντικό πληθυσμό είναι η κατάθλιψη, οι αγχώδες διαταραχές, το παραλήρημα, η άνοια, το Alzheimer και σπάνια παρανοϊκές ιδέες (WHO,2001).

Συμπερασματικά η Τρίτη ηλικία εξαιτίας των φυσιολογικών σωματικών αλλαγών με τα χρόνια η υγεία της καθίσταται εύθραυστη. Ο ρόλος της πολιτείας είναι να καθιερώσει την πρόληψη σε επίπεδο πρωτοβάθμιας υγείας, προσφέροντας μια αξιοπρεπή ζωή στους ηλικιωμένους. Πληροφοριακά σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες όλες οι προληπτικές εξετάσεις

των ηλικιωμένων γίνονται δωρεάν από τα εθνικά συστήματα υγείας. Μια πρακτική που σκοπεύει να εκμηδενίζει τα αρνητικά που γεννά η νόσος, από την μονάδα μέχρι την κοινωνία.

Κεφάλαιο 2^ο: Η Κατάθλιψη στη Τρίτη ηλικία

Η αποδόμηση του όρου κατάθλιψη στην Τρίτη ηλικία στα επιμέρους του στοιχεία θα μας προσφέρει την δυνατότητα της εκ βάθους ανάλυσης των συστατικών εννοιών του. Λοιπόν, ο όροι *Κατάθλιψη στην Τρίτη ηλικία, Γεροντική Κατάθλιψη, Κατάθλιψη στους Ηλικιωμένους* που χρησιμοποιούνται εκτενώς από τους ειδικούς, απαρτίζονται από δύο έννοιες α) την Τρίτη Ηλικία και β) την Κατάθλιψη.

Στο κεφάλαιο πρώτο έγινε αναφορά στα ιδιαίτερα ψυχολογικά και φυσιολογικά χαρακτηριστικά της τρίτης ηλικίας, επομένως αρκεί η αποσαφήνιση της δεύτερης έννοιας, της κατάθλιψης. Η έννοια της καταθλιπτικής διαταραχής αποτελεί μια ψυχοπαθολογική διαταραχή του συναισθήματος. Η δυσάρεστη συναισθηματική διάθεση του ατόμου συνοψίζεται σε μια κατάσταση παθολογικής (έντονης και παρατεταμένης) θλίψης και συνοδεύεται από σημαντική μείωση του αισθήματος προσωπικής αξίας και από την επώδυνη συνείδηση της επιβράδυνσης των νοητικών, ψυχοκινητικών και οργανικών διαδικασιών (Νέστορος,2012).

Η λαϊκή πεποίθηση ότι οι ηλικιωμένοι δεν εμφανίζουν ψυχοπαθολογικές ασθένειες, αλλά μόνο σωματικές, δεν υφίσταται. Σύμφωνα με το Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας τα άτομα τη τρίτης ηλικίας είναι σε θέση να εμφανίσουν προβλήματα ψυχικής υγείας με μεγαλύτερη πιθανότητα εκδήλωσης από τον άλλο πληθυσμό και με μεγαλύτερο επιπολασμό (WHO,2001). Σήμερα θεωρείται ότι κατέχει την τέταρτη θέση σε παγκόσμιο κλίμακα, ενώ το 2020 εκτιμάται ότι θα ανευρίσκεται στη πρώτη θέση της κατάταξης, με τις πιο θανατηφόρους νόσους. Για τους ηλικιωμένους είναι η δεύτερη πιο συχνή συναντούμενη νόσο που βλέπουμε

στο πληθυσμό τους, μετά το Alzheimer και μετά έπονται οι αγχώδεις διαταραχές (Παράσχος,1998). Τέλος τα ηλικιωμένα θύματα της κατάθλιψης σε παγκόσμιο επίπεδο ανέρχονται στο 15%, ενώ στη χώρας μας 1 στους 6 εμφανίζει κατάθλιψη και 1 στους 3 καταθλιπτικούς εμφανίζουν συμπτώματα μείζων καταθλιπτικού επεισοδίου (Παράσχος 1998, Ρούπα et al. 2009).

Συνεχής αυξανόμενος πληθυσμός οδήγησε την επιστημονική κοινότητα στη κατασκευή ψυχομετρικών εργαλείων που απευθύνονται στο ηλικιωμένο με κατάθλιψη. Σύμφωνα με τον Φουντουλάκη, το 1994 το καλύτερο ψυχομετρικό τεστ για τον πληθυσμό αυτό σε διαγνωστική υπεροχή είναι το Geriatric Depression Scale, η οποία έχει σταθμιστεί πάνω από 10 γλώσσες ανάμεσα σε αυτές και η ελληνική.

Η κλίμακα της Γεροντικής Κατάθλιψης αποτελείται από 30 ερωτήσεις που απαντώνται από τον εξεταζόμενο με ένα Ναι ή Όχι, χαρακτηρίζεται από ευκολία στο χειρισμό της, αφού δεν απαιτεί ιδιαίτερες γνώσεις από τον ερευνητή, καθώς και φιλική προς τον εξεταζόμενο ηλικιωμένο. Πλέον κυκλοφορεί και πιο short-έκδοση, των 15 ερωτήσεων. Σχεδιάστηκε από το Yesavage, το 1983 και στην χώρα μας η μετάφραση επιμελήθηκε από την Ελληνική Γηριατρική και Γεροντολογική Εταιρεία (Ιωάννου,2003).

Geriatric Depression Scale -Full version		
ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Είστε σε γενικές γραμμές ικανοποιημένοι από τη ζωή σας;	0	1
Έχετε εγκαταλείψει πολλές από τις δραστηριότητες και τα ενδιαφέροντά σας;	1	0
Θεωρείται ότι η ζωή σας είναι άδεια;	1	0
Αισθάνεστε συχνά ανία;	1	0
Έχετε ελπίδες για το μέλλον;	0	1
Βασανίζεσθε από σκέψεις που δεν μπορείτε να βγάλετε από το μυαλό σας;	1	0
Είστε τον περισσότερο καιρό σε καλή ψυχική διάθεση;	0	1
Φοβάσθε μήπως σας συμβεί από ώρα σε ώρα κάτι δυσάρεστο;	1	0
Αισθάνεσθε ευτυχισμένοι τον περισσότερο καιρό;	0	1
Αισθάνεσθε συχνά αναποφάσιστοι;	1	0
Σας συμβαίνει συχνά να είστε ανήσυχος και νευρικός;	1	0
Προτιμάτε να μένετε σπίτι από το να βγαίνετε έξω και να ασχολείστε με καινούρια πράγματα;	1	0
Σας απασχολεί συχνά το μέλλον;	1	0
Πιστεύετε ότι έχετε μεγαλύτερο πρόβλημα μνήμης από την πλειοψηφία των ανθρώπων;	1	0
Πιστεύετε ότι είναι ευχάριστο να ζείτε στη σημερινή εποχή;	0	1
Αισθάνεσθε συχνά απογοητευμένοι και θλιμμένοι;	1	0
Βρίσκετε ότι η τωρινή σας κατάσταση είναι τόσο άσχημη που δεν αξίζει να τη ζει κανείς;	1	0
Υποφέρετε πολύ σκεπτόμενοι το παρελθόν;	1	0
Βρίσκετε ότι η ζωή είναι πολύ ενδιαφέρουσα;	0	1
Θεωρείτε δύσκολο το να αρχίσετε να ασχολείστε με καινούρια σχέδια;	1	0
Αισθάνεστε γεμάτοι ενέργεια;	0	1
Πιστεύετε ότι η πλειοψηφία των ανθρώπων βρίσκεται σε καλύτερη κατάσταση από τη δική σας;	1	0
Σας συμβαίνει συχνά να ενοχλείστε για ασήμαντα πράγματα;	1	0
Έχετε συχνά τη διάθεση να κλάψετε;	1	0
Δυσκολεύεστε να συγκεντρωθείτε;	1	0
Σηκώνεστε με ευχαρίστηση το πρωί;	0	1
Προτιμάτε να αποφεύγετε τις κοινωνικές συναναστροφές;	1	0
Παίρνετε εύκολα αποφάσεις;	0	1
Έχετε καθαρή σκέψη όπως παλαιότερα;	0	1

ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ: 0-14=μη καταθλιπτικός

15-30=καταθλιπτικός

Geriatric Depression Scale –Short Version

Είστε γενικά ευχαριστημένος/η από τη ζωή σας;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Έχετε εγκαταλείψει πολλές από τις δραστηριότητες και τα ενδιαφέροντά σας	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Αισθάνεστε ότι η ζωή σας είναι άδεια;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Νιώθετε συχνά να βαριέστε;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Έχετε καλή διάθεση τον περισσότερο καιρό;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Φοβάστε ότι θα σας συμβεί κάτι κακό;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Αισθάνεστε ευτυχισμένος/η τον περισσότερο καιρό;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Προτιμάτε να μένετε στο σπίτι παρά να βγαίνετε έξω και να κάνετε διάφορα καινούρια πράγματα;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Αισθάνεστε ότι έχετε περισσότερα προβλήματα με τη μνήμη σας από ότι οι άλλοι	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Πιστεύετε ότι είναι ωραίο να ζει κανείς;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Νιώθετε χρήσιμος/η, ότι μπορείτε να προσφέρετε όπως είστε τώρα;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Αισθάνεστε γεμάτος/η ενέργεια;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Αισθάνεστε ότι η κατάστασή σας είναι χωρίς ελπίδα;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Πιστεύετε ότι οι περισσότεροι άνθρωποι είναι καλύτερα από εσάς;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Νιώθετε καθόλου αβοήθητος/η;	ΝΑΙ	ΟΧΙ

Αξιολόγηση GDS			
1	Ναι 0 Όχι 1	9	Ναι 1 Όχι 0
2	Ναι 1 Όχι 0	10	Ναι 1 Όχι 0
3	Ναι 1 Όχι 0	11	Ναι 0 Όχι 1
4	Ναι 1 Όχι 0	12	Ναι 0 Όχι 1
5	Ναι 0 Όχι 1	13	Ναι 0 Όχι 1
6	Ναι 1 Όχι 0	14	Ναι 1 Όχι 0
7	Ναι 0 Όχι 1	15	Ναι 1 Όχι 0
8	Ναι 1 Όχι 0	ΣΥΝΟΛΟ	

Αποτελέσματα

0-9 Φυσιολογικό

10-19 Ήπιας μορφής Κατάθλιψη

20-30 Σοβαρής μορφής Κατάθλιψη

2.1 Η Κλινική εικόνα της Κατάθλιψης στην Τρίτη ηλικία

Η γεροντική κατάθλιψη διαφέρει ως προς την συμπτωματολογία της αναφορικά με την κατάθλιψη που εμφανίζεται στους ενήλικες (Mcneil,1989). Η διάφορα αυτή είναι η πηγή της υποαναγνώρισης του φαινομένου της κατάθλιψης στους ηλικιωμένους.

Η συμπτωματολογία της κατάθλιψης στους ηλικιωμένους θεωρείται από τους ειδικούς ψυχικής υγείας, βαρύτερη σε σχέση με άλλες ηλικιακές ομάδες που ενδέχεται να εμφανιστεί η νόσος (Πλαϊτή,1993). Η αιτιολογία της παραπάνω παραδοχής φαίνεται να αποδεικνύεται από το γεγονός ότι οι καταθλιπτικοί ηλικιωμένοι έρχονται αντιμέτωποι πέρα με τα καταθλιπτικά συμπτώματος της νόσου με:

- τις συνέπειες των σωματικών ασθενειών
- το στίγμα της ψυχική νόσου
- κοινωνική απομόνωση και το αίσθημα της μοναξιάς
- συναισθηματικές και οικονομικές απώλειες
- και τέλος, με την παρατηρούμενη νοητική και βιολογική έκπτωση

(Segal,2001)

Τα κυριότερα συμπτώματα της κατάθλιψης στη παρούσα ηλικιακή ομάδα έχουν ως δυναμική έκφρασης το σώμα του ασθενή (ταχυπαλμία, αδυναμία αναιτιολόγητη από ιατρικής πλευράς, ζάλη, διάφοροι αναιτιολόγητοι πόνοι, πονοκέφαλοι, αυξημένη κόπωση, κακή όρεξη, διαταραχή ύπνου, υποχονδριακά ενοχλήματα), προκαλώντας στον ασθενή έντονα συμπτώματα δυσφορίας, που οδηγούν στη λανθασμένη και συνεχή εξονυχιστική αναζήτηση υποψήφιων σωματικών προβλημάτων, επισκέπτοντας συχνά λάθος ειδικό, όπως παθολόγο ή γενικό ιατρό (Παράσχος, 1999, Heun et al,2005). Με λίγα λόγια απουσιάζουν τα συνήθη

ψυχολογικά συμπτώματα της κατάθλιψης ή αν και ενυπάρχουν είναι χαμηλότερης εμβέλειας σε σχέση με ασθενείς πρότερον ηλικιακών ομάδων (Katona et al,2000).

Σύμφωνα με τον Alexopoulos το 1996 η συμπτωματολογία της γεροντικής κατάθλιψης έγκειται στη σωματική και γνωστική έκφραση (απώλεια εκτελεστικών λειτουργιών) παρά στη συνήθη ψυχολογική έκφραση. Παραδείγματος χάρη ένας ηλικιωμένος με κατάθλιψη ενδέχεται να αντιμετωπίζει πρόβλημα με την συναισθηματική απόκριση, απώλεια ενδιαφέροντος και ανηδονία, αλλά να απουσιάζει το κατεξοχήν σύμπτωμα της κατάθλιψης, η μελαγχολία.

Η κλινική εικόνα ενός καταθλιπτικού ηλικιωμένου, πέρα των σωματικών ενοχλήσεων, συμπεριφορικά θα παρουσιάζει ανησυχία, εξαιτίας του άγχους του, (το 14% των καταθλιπτικών ηλικιωμένων παρουσιάζουν αγχώδες διαταραχές ως συνοσηρότητα), ευερεθιστότητα, απάθεια, ατημέλητη εξωτερική εμφάνιση (μειωμένη αυτοφροντίδα) και αυξομείωση του σωματικού βάρους τους. Ψυχολογικό-γνωστικά ενδέχεται να παρουσιάζει καταθλιπτικό σύμπτωμα, παραληρηματικές ιδέες, ψευδοάννοια, η όποια επιφέρει ψυχοκινητική επιβράδυνση λόγω της απώλειας συντονισμού των εκτελεστικών λειτουργιών, δηλαδή της οργάνωσης, της σειροθέτησης, στο σχεδιασμό και στην αφαίρεση (Ρούπα et al.2009, Χριστοδουλου,2006, Clibert,1999, Genderet et al , 1996). Η ψευδοάννοια παύει να υφίσταται κατά την διάρκεια της θεραπείας της κατάθλιψης. Το 15% των ηλικιωμένων πάσχουν από αυτή.

Τέλος άξιο αναφοράς είναι το τυπικό προφίλ ενός ηλικιωμένου με κατάθλιψη. Η ύπαρξη θετικής σχέσης κατάθλιψης με το γυναικείο φύλο δεν είναι ένα πρωτοφανές εύρημα που απαντάται μόνο στο γεροντικό πληθυσμό. Πλήθος μελετών έχουν ασχοληθεί με την αναλογία που πλήττει η κατάθλιψη τις γυναίκες και τον ανδρικό πληθυσμό σε όλο το φάσμα

της ζωής. Το ποσοστό φαίνεται να παραμένει αυτούσιο στις δύο γυναίκες προς έναν άντρα (2:1), δηλαδή οι γυναίκες είναι πιο επιρρεπείς να νοσήσουν από κατάθλιψη σε σχέση με τους άνδρες.

Μια προσπάθεια αιτιολόγησης του παραπάνω επιστημονικού τεκμηρίου έλαβε χώρα το 2001 από τους Chong και Cheng, κατά τους οποίους η μεγάλη διαφορά ως προς το φύλο στην εμφάνιση της ασθένειας έχει να κάνει με έξι παράγοντες. Ο πρώτος και ο δεύτερος παράγοντας είναι η χηρεία και η ασθένεια. Οι παράγοντες αυτοί μπορούν να κατανοηθούν με την βοήθεια της θεωρίας των κοινωνικών ρυθμιστών Σύμφωνα με την εν λόγω θεωρία, δομούμε την ζωή μας με βάση συγκεκριμένους κανόνες, όταν ένας κανόνας πάψει να υφίσταται. πχ. η απώλεια ενός αγαπημένου πρόσωπου ή πλήγμα στην υγείας μας, το άτομο πρέπει να αναπρογραμματίσει την ζωή του. Η ανεπιτυχή προσπάθεια επαναπροσδιορισμού οδηγεί στην κατάθλιψη. Οι γυναίκες φαίνεται να είναι πιο αδύναμες στο επανασχεδιασμό της ζωής τους (Παναγής,2011). Ο τέταρτος παράγοντας είναι αποτέλεσμα της ασθένειας και έχει να κάνει με την δυσκολία να επιτευχθούν οι δραστηριότητες του καθημερινού βίου. Ο πέμπτος, ο οποίος επιφορτίζεται από τον τρίτο παράγοντα (το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο) και ο εκτός παράγοντας αναφέρονται στη χαμηλή κοινωνική υποστήριξη που πλήττει την Τρίτη ηλικία, αλλά και στο ότι οι γυναίκες έχουν μεγαλύτερη ευκολία στην συναισθηματική έκφραση, αντίστοιχα.

Μία άλλη προσπάθεια ερμηνείας του πλήγματος του γυναικείου πληθυσμού από την κατάθλιψη είναι το μεγάλο προσδόκιμο ζωής. Ο μέσος όρος ζωής των γυναικών συνεχώς αυξάνεται έναντι του ανδρικού πληθυσμού. Πολλές όμως έρευνες έχουν ενοχοποιήσει την αύξηση της ηλικίας, ως ένας παράγοντας που αυξάνει την πιθανότητα να νοσήσει κάποιος από τη νόσο. Δηλαδή, όσο πιο μεγάλος είναι κάποιος ηλικιακά τόσο μεγαλύτερες

πιθανότητες είναι να νοσήσει. Το 65% των ηλικιωμένων σε παγκόσμιο επίπεδο υποφέρουν από κατάθλιψη. Μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν κατάθλιψη έχουν οι 75 και άνω (Αργυρόπουλος et al,2009, Ρούπα et al, 2009, Gallo, 1999).

2.2 Η αιτιοπαθογένεια της Κατάθλιψης της Τρίτης ηλικίας

Η αναζήτηση των αιτιών κάθε προβλήματος είναι επιτακτική ανάγκη για τη λύση του προβλήματος. Στη συγκεκριμένη περίπτωση αν ξετυλίξουμε το νήμα του μυστηρίου, του τι προκαλεί την γεροντική κατάθλιψη, θα είμαστε σε θέση να παρέμβουμε αποτελεσματικά μέσω των κατάλληλων προγραμμάτων παρέμβασης. Πλήθος μελετών έχουν ασχοληθεί με το ζήτημα της αιτιοπαθογένειας στη γεροντική κατάθλιψη (Ronald, et al, 1990). Οι έρευνες έχουν συγκλίνει ότι οι αιτίες μπορούν να ενταχθούν σε δυο μεγάλες ομάδες. Η πρώτη ομάδα αποτελεί τους ψυχοπαιστικούς παράγοντες, όπου είναι τα κοινωνικά στρεσογόνα γεγονότα, τα οποία μπορούν να πυροδοτήσουν κατάθλιψη ή να την επαναφέρουν όσοι είχαν προηγούμενο ιστορικό κατάθλιψης (Gournellis, 2011). Τέτοιοι παράγοντες κινδύνου (η μοναξιά, η απομόνωση, η χηρεία ,η απώλεια ζώου, ο κοινωνικός και οικονομικός αποκλεισμός, η ιδρυματοποίηση σε ποσοστό έως και 45%, η απώλεια οικείων και φίλων, το πένθος, η παρουσία οξείας ή χρόνιας νόσου και αναπηρίας ,η εξάρτηση και η κατάχρηση αλκοόλ και καπνού, χαμηλό εισόδημα και μορφωτικό επίπεδο, έντονα στρεσογόνα γεγονότα, όπως ακούσια συνταξιοδότηση) είναι γεγονότα, όχι ιδιαίτερα ξένα αναφορικά με τα συμβάντα που παρατηρούνται στη Τρίτη ηλικία (Gournellis, 2011, Χριστοδούλου,2001, Mulsant et al,1999).Η εμφάνιση στα άτομα αυτά οφείλεται στη γενετική ευαλωτότητα. Μια όμως άποψη που συχνά αμφισβητείται, υπερτονίζοντας μόνο τους κοινωνικούς παράγοντες, ως τους κατεξοχήν υπαίτιους για την εμφάνιση αυτού του είδους κατάθλιψης (Munk,2007). Η άλλη ομάδα αναφέρεται στους βιολογικούς παράγοντες που προκαλούν ευαισθησία στην εμφάνιση της κατάθλιψης. Τέτοιοι οργανικοί παράγοντες μπορεί να είναι σωματικές ασθένειες, η πολυφαρμακία, η λήψη συγκεκριμένων φαρμακευτικών ουσιών, η λεγόμενη

φαρμακοεπαγόμενη κατάθλιψη (Μεϊμάρης,2007, Ρούπα et al, 2009, Παπαδημητρίου et al,2007). Οι φαρμακευτικές ουσίες και κατηγορίες που έχουν κατηγορηθεί ότι προκαλούν κατάθλιψη ως παρενέργεια είναι οι ακόλουθες:

β- blokera μεθυλντόπα, ρεζερπίνη, κλονιδίνη ανήκουν στα

Αντιϋπερτασικά και στα Στεροειδή

Ινδομεθακίνη ανήκει στα

Μη- στεροειδή αντί φλεγμονώδη

L-Dopa, αμανταδίνη, Dopa αμανταδίνη, τετραβεναζίνη ανήκουν

στη φαρμακευτική κατηγορία των Αντιπαρκινσονικών

Βενζοδιαζεπίνες

Βαρβιτουρικά

Αντιψυχωσικά

σιμετιδίνη, σουλφοναμίδες, δισουλφιράμη, βινβλαστίνη, ιντερφερόνη, αλκοόλ

αναστολέων ιόντων ασβεστίου, διγοξίνη ανήκουν

σε διάφορες φαρμακευτικές κατηγορίες.

(Μεϊμάρης,2009)

Τέλος κατά την διάρκεια της κατάθλιψης στη Τρίτη ηλικία παρατηρούνται αλλοιώσεις στη φυσιολογία του ατόμου τόσο δε στο νευρικό σύστημα (κυριότερα στον εγκέφαλος), αλλά και στο νευροενδοκρινολογικό σύστημα (Μεϊμάρης,2009).

Οι συχνότερες παρατηρούμενες είναι οι παρακάτω:

Διεύρυνση πλαγίων κοιλιών, Υπερπυκνώσεις λευκής ουσίας και βασικών γαγγλίων, Φλοιϊκή ατροφία, Ατροφία του ιππόκαμπου, Μείωση συνολικής εγκεφαλικής αιματικής ροής,

Υπολειτουργία προμετωπιαίου φλοιού, μειωμένο όγκο του κερκοφόρου πυρήνα, μετωπιαία δυσλειτουργία και ατροφία, υπερκοτιζαίλομια, δυσλειτουργία άξονα υποθαλάμου-υπόφυσης-επινεφρίδια.

Είναι γεγονός πλέον ότι οι προαναφερόμενες καταστάσεις επιφορτίζουν με αρνητικό πρόσημο ήδη την αλλοίωση εξαιτίας των γηρατειών. Χαρακτηριστικά στον εγκέφαλο υφίστανται φυσιολογικές αλλοιώσεις, αποτέλεσμα της γήρανσης. Οι πιο μελετώμενες αλλαγές έχουν να κάνουν με την υπολειτουργία του ακετολυχονεργικού συστήματος και ειδικότερα με τη μείωση των μουσκαρινικών υποδοχέων και τη ακετυλοτρανσφεράσης. Επιπλέον είναι εμφανής η μειωμένη παρουσίαση νευροδιαβιβαστών της ντοπαμίνης και της σεροτονίνης στο κερκοφόρο πυρήνα και στο κέλυφος αντίστοιχα..Επομένως όπως είναι εύλογο θα είναι κάτω των φυσιολογικών επιπέδων οι μεταβολίτες της σεροτονίνης στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό (ENY). Στο υπερήλικο πληθυσμό η μειωμένη παρουσία του κυριότερου μεταβολίτη της σεροτονίνης ανευρίσκεται στον υποθάλαμο, πέρα από το ENY. Σημαντικό να αναφερθεί είναι ότι τα προαναφερόμενα είναι απολύτως φυσιολογικά και κοινά σε όλους τους ηλικιωμένους, επομένως από μόνα τους δεν είναι ικανά να πυροδοτήσουν μια καταθλιπτική συμπτωματολογία στους ηλικιωμένους, εξαιτίας ότι στον εγκέφαλο ενυπάρχουν αντισταθμικοί παράγοντες, επιφέροντας κατά κάποιο τρόπο την ισορροπία (Μεϊμάρης,2007).

Επίσης έχει διαπιστωθεί αυξημένη παρουσία του ενζύμου MAO στα αιμοπετάλια (ένζυμο που διασπά τους νευροδιαβιβαστές που σχετίζονται με την κατάθλιψη, όπως είναι η σεροτονίνη και νερεπινεφρίνη), και μειωμένη δέσμευση της3H- μιπραμίνης στα αιμοπετάλια (Μεϊμάρης,2007).

2.2.1 Η σωματική υγεία ως αιτία στην κατάθλιψη τρίτης ηλικίας

Η σωματική υγεία σε όλα τα αναπτυξιακά στάδια έχει μία ιδιαίτερη σημασία στη ψυχολογία του ατόμου (Καραδήμας,2005). Δεδομένου ότι η σωματική υγεία χαρίζει το αίσθημα της αυτονομίας, της ανεξαρτητοποίησης είναι και πηγή θετικής ενίσχυσης και ανατροφοδότησης (Ραγιά,1993, Κυριακίδης,2011). Όμως η σωματική υγεία στη Τρίτη ηλικία αρχίζει να κλονίζεται. Σε αυτή την ηλικιακή ομάδα πολλοί ηλικιωμένοι έρχονται αντιμέτωποι με σοβαρές σωματικές ασθένειες. Η άρρηκτη σχέση σοβαρής σωματικής νόσου και κατάθλιψης έχει γίνει αντικείμενο έρευνας εδώ και δεκαετίες (Bruce,2002), θεωρώντας την ως την κυριότερη αιτία εμφάνισης κατάθλιψης στη Τρίτη ηλικία (Munk,2007,Γούρνελλης,2011).

Κατά τη γήρανση το άτομο γίνεται αρκετά ευάλωτο στις απειλές των σωματικών νόσων. Οι σωματικές ασθένειες ανάλογα τη σοβαρότητα τους δύναται να προκαλέσουν μείωση της λειτουργικότητας του ηλικιωμένου ασθενή (Borson,1992) και να προκαλέσουν ως επακόλουθο την εμφάνιση αρνητικών σκέψεων για την υγεία τους (Badger et al.,2000). Οι ασθενείς σωματικών νόσων συχνά αξιολογούν αρνητικά το επίπεδο της υγείας τους (Alexopoulos,1996,Zarit et al.,1997). Με λίγα λόγια θεωρούν ότι είναι περισσότερο άρρωστοι από την πραγματικότητα (Robac et al.,2002). Η ανημποριά για αυτοεξυπηρέτηση έχει συσχετιστεί θετικά με τη γέννηση καταθλιπτικών και ενοχικών συμπτωμάτων (Χριστοδούλου et al., 2000).

Ειδικότερα η εμφάνιση μιας σοβαρής σωματικής νόσου στους ηλικιωμένους λειτουργεί ως στρεσογόνο παράγοντας που με συνδυασμό με άλλους (απώλεια συζύγου)

οδηγεί στην επανεμφάνιση μια προγενέστερης κατάθλιψης ή στη εξ ολοκλήρου γέννησης μιας (Soledan,1995, Hendersen,1997, Χριστοδούλου et al.,2000). Σημαντικό να αναφερθεί είναι η αναλογική σχέση ανάμεσα στη λειτουργικότητα και στην ένταση των ψυχολογικών συμπτωμάτων της κατάθλιψης. Όσο μειώνεται η λειτουργικότητα ενός ηλικιωμένου ατόμου (μέχρι το επίπεδο της ανικανότητας της αυτοεξυπηρέτησης), τόσο αυξάνεται η πιθανότητα εκδήλωσης μια βαριάς κατάθλιψης. Η πιθανότητα εκδήλωσης κατάθλιψης ενός νοσούντα ηλικιωμένου μέτριας σωματικής ασθένειας αγγίζει το 3.7 σε σχέση με ένα υγιή άτομο της τρίτης ηλικίας (Chong,2001).

Ως προς τα χαρακτηριστικά των σωματικών ασθενειών στη Τρίτη ηλικία είναι ότι επιφέρουν φρικτούς πόνους, ιατρικές επιπλοκές καθιστώντας το υποκείμενο παθητικό σε σχέση με την πορεία της νόσου · ενώ σε άλλα στάδια ο ασθενής παίρνει πρωτοβουλίες απέναντι στη νόσο του, στη Τρίτη ηλικία αυτό δεν παρατηρείται, αλλά παραδίδεται (Κυριακίδης,2011), εντείνουν τη εμφάνιση και την σοβαρότητα της κατάθλιψης (Ρούπα et al.,2009).

Οι κυριότερες ασθένειες που πλήττουν την Τρίτη ηλικία, οι οποίες εμφανίζουν τη μεγαλύτερη συννοσηρότητα με την καταθλιπτική διαταραχή εμφανίζονται στο παρακάτω πίνακα.

Ασθένεια	% συννοσηρότητας
Αρτηριακή Πίεση	60%
Δυσλιπιδαιμία	45%
Σακχαρώδης διαβήτης	20%
Στεφανιαία νόσος	15%
Καρδιακή ανεπάρκεια	20%
Χρόνια αρθρίτιδα	5%
Χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια	60%
Νόσος Cushing	20-80%
Alzheimer	30%
Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο	20-50%
Νόσος Parkinson	10%
Διαβήτης	50%
Καρκίνος	20%
Υποθυρεοειδισμός	25-40%
Έμφραγμα του μυοκαρδίου	50%

Αγγειακή άνοια	25%
Άνοια κάθε αιτιολογίας	50%

(Λυκούσα,2012,Γουρνέλλης,2011Παπαδημητρίου 2006).

Μια ιδιαίτερη μορφής κατάθλιψης απόρροια των καρδιακών νοσημάτων, της υπέρτασης και του διαβήτη είναι η αγγειακή κατάθλιψη. Η εν λόγω θεωρία υποστηρίζει ότι οι πρώην και οι νυν πάσχοντες ανεξαρτήτου φύλου με εγκεφαλικά επεισόδια ή με καρδιακά εμφράγματα έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν κατάθλιψη (Alexopoulos et al.,1997). Η θεωρία αναφέρει ότι η κατάθλιψη και η καρδιοπάθεια έχουν μια αμφίδρομη σχέση, εξαιτίας του ότι η κατάθλιψη λειτουργεί ως προγνωστικός παράγοντας στη αγγειακή νόσο, αλλά και με τη σειρά της η δυναμική της αγγειακής νόσου μπορεί να προκαλέσει την εμφάνιση καταθλιπτικής συμπεριφοράς (Khawaja et al.,2009) Η κατάθλιψη λειτουργεί επιβαρυντικά στους καρδιοπαθείς όπως το υπέρμετρο κάπνισμα και τα αυξημένα επίπεδα τριγλυκεριδίων και κακής χοληστερόλης, καθώς ενδέχεται να είναι υπεύθυνη για τη υποτροπή ενός θανατηφόρου καρδιακού εμφράγματος (Goldston et al.,2008).

Τέλος στους αγγειακούς καταθλιπτικούς άνω των 65 σε επίπεδο εγκεφάλου εντοπίζονται υπερπυκνώσεις της λευκής ουσίας και μεγάλος αριθμός εγκεφαλικών εφράκτων (Krishnan,et.al,1997).

Η παρούσα θεωρία αποδεικνύεται από τα παρακάτω επιστημονικά δεδομένα:

- το 20% των καρδιοπαθών πάσχουν από κατάθλιψη
- 1:5 ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια υποφέρει με κατάθλιψη (Rutledge et.al 2006).

- η θεραπεία της μείζων κατάθλιψης μειώνει το κίνδυνο θανάτου από έμφραγμα του μυοκαρδίου (Schoevers et al., 2000), πλέον θεωρείται επιτακτική ανάγκη η χορήγηση χαμηλής ποσότητας αντικαταθλιπτικών σε ασθενείς που υποφέρουν από τις παραπάνω ασθένειες (Αντωνιάδης et al,2004), λόγω του ότι η κατάθλιψη ενδέχεται να αυξήσει τις πιθανότητες υποτροπής ενός θανατηφόρου καρδιακού επεισοδίου

2.3 Αυτοκτονία και κατάθλιψη στην Τρίτη ηλικία

Μία από τις συνέπειες της κατάθλιψης στη Τρίτη ηλικία είναι και η αυτοκτονία (Αργυρόπουλος Κ. et al., 2012, Gournellis, 2011), γεγονός που αποδεικνύεται από το ποσοστό των αυτοχειρών ηλικιωμένων της τάξης του 93% στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής που έπασχαν από ψυχιατρικά διαγνωσμένη κατάθλιψη. Παγκοσμίως το ποσοστό αυτοκτονιών Τρίτης ηλικίας που σχετίζεται με τη κατάθλιψη ανέρχεται στο 33% (Beumann, 1989, Manthorpe J. et al., 2006, Ρούπα et al. 2009).

Τα άτομα της τρίτης ηλικίας θεωρούν λανθασμένα ότι η αυτοκτονία και κατ' επέκταση ο θάνατος είναι ο λυτρωτής εναντίων των καταθλιπτικών συμπτωμάτων τους, τα οποία συνήθως επιφορτίζονται με το αίσθημα της ενοχής και άλλων παραγόντων (Πωγωνίδης Χ., 2007, Gournellis, 2011).

Στη παρούσα υπό εξέταση ηλικιακή ομάδα παρατηρείται το μεγαλύτερο ποσοστό αυτοκτονιών έναντι των άλλων ομάδων καθώς και το μικρότερο ποσοστό ανεπιτυχών αποπειρών αυτοκτονιών σε σχέση με τα άλλα αναπτυξιακά στάδια που υπερέχουν αριθμητικά ως προς τις ανεπιτυχείς απόπειρες (Segal, 2000). Το γεγονός αυτό ερμηνεύεται ότι τα μεγάλα ποσοστά επιτυχών αποπειρών οφείλεται στο ενδελεχή σχεδιασμό του τρόπου αυτοκτονίας (είναι σίγουροι για την επικείμενη πράξη τους, μεγάλο χρονικό διάστημα επεξεργασίας, έλλειψη παρορμητικότητας κ.α). Οι συνηθέστεροι τρόποι αυτοκτονίας είναι η κατάχρηση φαρμακευτικών σκευασμάτων, πέσιμο από ύψος και χρήση όπλων σε ζωτικής σημασίας μέρη του σώματος, τραυματισμός με αιχμηρά αντικείμενα, εισπνοή μονοξειδίου του άνθρακα, πνιγμός, απαγχονισμός (McIntosh, J.L., 1991 Πωγωνίδης Χ., 2007). Κοινό χαρακτηριστικό των προαναφερόμενων τρόπων αυτοκτονίας και ευρύτερα όσων χρησιμοποιούνται από τα

άτομα της τρίτης ηλικίας είναι ότι επιφέρουν το θάνατο, δεν υπάρχει πιθανότητα σωτηρίας (Κυριακίδης,2011).

Αναφορικά με το φύλο του αυτόχειρα φαίνεται ότι οι άνδρες υπερτερούν με μεγάλη διαφορά σε σχέση με τις γυναίκες. Η πιθανότητα απόπειρας αυτοκτονίας των ανδρών έναντι των γυναικών ανέρχεται στο 53 προς 1(Κυριακίδης,2011), ενώ η αναλογία των αυτοκτονιών ανέρχεται στο 4:1(Μεϊμαρης I.,2012) .

Τα μεγαλύτερα ποσοστά αυτοκτονιών λαμβάνουν χώρα στο σπίτι των ατόμων ή και στο εξωτερικό περιβάλλον, ενώ σε περιβάλλοντα όπως είναι τα γηροκομεία, εξαιτίας τη συνεχούς επίβλεψης οι αυτοκτονίες, όπως είναι αναμενόμενο είναι περιορισμένες (Szanto ,et al.,2001).Σε περιορισμένα πλαίσια παρατηρούμε παρα-αυτοκτονικές και αυτοκαταστροφικές τάσεις συνήθως με τη άρνηση λήψης φαρμάκων, μη συμμόρφωση με τις ιατρικές συμβουλές, διακοπή θρέψης και πόσης, άρνηση να δει το ιατρικό προσωπικό της δομής, βίαιη συμπεριφορά προς τον εαυτό του με συχνό τραυματισμό (Χαβάκη-Κονταξάκη et al.,2000, Κυριακίδης,2011, Μεϊμάρης I., 2012) .

Οι παράγοντες κινδύνου που υποβοηθούν ένα καταθλιπτικό άτομο της τρίτης ηλικίας να τερματίσει τη ζωή του, έχουν γίνει αντικείμενο έρευνας εδώ και δεκαετίες. Οι ερευνητές της αυτοκτονικότητας των ηλικιωμένων (Segal, 2000, Χριστοδούλου, 2000, Νίκας et al.2009,Ιωάννου,2003, Timonen,2002) έχουν καταλήξει στους παρακάτω παράγοντες:

- **Φύλο:** Παραπάνω είδαμε οι άντρες έχουν περισσότερες πιθανότητες να αυτοκτονήσουν σε αντιδιαστολή με τις γυναίκες.
- **Ηλικία:** Όσο αυξάνεται η ηλικία ενός καταθλιπτικού ατόμου της τρίτης ηλικίας τόσο αυξάνεται η πιθανότητα να διαπράξει απόπειρα αυτοκτονίας. Ειδικότερα οι άνδρες ηλικίας 85 και άνω παρουσιάζουν μεγάλο ποσοστό πιθανοτήτων να τελέσουν μια

απόπειρα αυτοκτονίας. Το 2000 ο Segal προσπάθησε να υπολογίσει το κατά πόσο αυξάνονται οι πιθανότητες απόπειρας αυτοκτονίας με θετική έκβαση όσο αυξάνεται η ηλικία του δράστη. Οι 65 χρόνοι δράστες έχουν 5 φορές μεγαλύτερες πιθανότητες να αυτοκτονήσουν σε σχέση με καταθλιπτικούς πρότερων αναπτυξιακών σταδίων, ενώ οι 85 χρόνοι και άνω, η πιθανότητα θεωρείται ότι αυξάνεται κατά μια μονάδα.

- **Μοναχικότητα/αίσθημα μοναξιάς/διαβίωση μόνος**
- **Απουσία κοινωνικής στήριξης**
- **Προηγούμενο ιστορικό κατάθλιψης**
- **Σοβαρή σωματική ασθένεια**

Το 34-95% των αυτοχείρων ηλικιωμένων στις Η.Π.Α. έπασχε από κάποια μορφή σοβαρής σωματικής ασθένειας.

- **Κοινωνική απομόνωση**
- **Προηγούμενες ανεπιτυχείς προσπάθειες αυτοκτονίας.**

(Όπως είναι εύλογο ο κίνδυνος αυτοκτονίας στη περίπτωση αυτή είναι αυξημένος).

- **Οικονομική δυσχέρεια των Συνταξιούχων**
- (Το μεγαλύτερο ποσοστό των καταθλιπτικών ηλικιωμένων τη χώρας μας είναι συνταξιούχοι. Η βασική σύνταξη στη χώρα μας αγγίζει τα όρια της εξαθλίωσης.
- **Σημαντικά γεγονότα ζωής ήδη σε καταθλιπτικά άτομα, παραδείγματός χάριν χηρεία, διαζύγιο, συνταξιοδότηση, πένθος.**

Η ανάγκη για έγκαιρο εντοπισμό ενός υποψήφιου αυτόχειρα οδήγησε τη ερευνητική ομάδα του Patterson το 1989 στη κατασκευή ενός ψυχομετρικού εργαλείου, υπό την ονομασία SAD PERSONS το οποίο θα μελετά και θα προσδιορίζει αν το υποκείμενο είναι επικίνδυνο να αυτοκτονήσει (Patterson et al,1989).

Η κλίμακα SAD-PERSONS έχει σταθμιστεί για τον ελληνικό χώρο. Η ονομασία του πρωτοκόλλου πάρθηκε από τα αρχικά των παρακάτω εννοιών, που συνάμα αποτελούν και τους παράγοντες που αξιολογεί το συγκεκριμένο πρωτόκολλο. Οι παράγοντες είναι:

- Sex, το φύλο
- Age, η ηλικία
- Depression, η κατάθλιψη

S-A-D

- Psychiatric History, Ψυχιατρικό Ιστορικό
- Excessive drug use, Κατάχρηση ουσιών
- Rationality loss, Απώλεια λογικής σκέψης
- Separated, Αποχωρισμός
- Organized Plan, Οργανωμένο σχέδιο
- No supports, Απουσία συμπαράστασης
- Sickness, Παθήσεις

P-E-R-S-O-N-S.

Η κωδικοποίηση της εν λόγω κλίμακας γίνεται χωριστά για κάθε παράγοντα και στο τέλος συνολικά αθροίζονται όλοι οι παραπάνω παράμετροι. Οι απαντήσεις που αξιολογούνται με μία **μονάδα** είναι, αν ο εξεταζόμενος είναι άντρας (Sex), αν η ηλικία του είναι άνω των 45 ετών (Age), αν έχει βεβαιωμένο ψυχιατρικό ιστορικό (Psychiatric History), αν έχει κάνει στο παρελθόν προηγούμενες απόπειρες, αν κάνει χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών (Excessive drug use), όπως οινόπνευμα ή άλλες φαρμακευτικές ουσίες και τέλος αν πάσχει από κάποια χρόνια πάθηση (Sickness) και αν είναι κοινωνικά απομονωμένος (No supports & Separated). Αντιθέτως οι παράγοντες που αξιολογούνται με **δυο μονάδες** είναι

τρεις α) αν πάσχει από μείζων καταθλιπτική διαταραχή (Depression), β) αν απουσιάζει ο λογικός ειρμός της σκέψης εξαιτίας κάποιας ψύχωσης ή κάποιας βαριάς κατάθλιψης (Rationality loss), γ) και τέλος αν το υποκείμενο εκθέτει στο ερευνητή ή σε κάποιον άλλον ότι έχει οργανωμένο πλάνο, με το οποίο θα αποπειραθεί να αυτοκτονήσει (Organized Plan). Αν το συνολικό άθροισμά των παραμέτρων είναι μεγαλύτερο από 7 ο κίνδυνος απόπειρας αυτοκτονίας είναι πολύ πιθανός. Ανάλογα το συνολικό σκορ του υποκειμένου, αν είναι από:

- 0-2: Όχι ουσιαστικό πρόβλημα, συνίσταται η επαγρύπνηση
- 3-4: Παραμονή στο σπίτι, αλλά συχνός έλεγχος από τους οικείους
- 5-6: Εκούσια ή Ακούσια Νοσηλεία, εξαρτάται από το οικογενειακό πλαίσιο αν είναι σε θέση να τον φροντίσει.
- 7-10 Ακούσια Νοσηλεία. (Juhnke,1994).

Συμπερασματικά η αυτοκτονία στους ηλικιωμένους θεωρείται το μεγαλύτερο πρόβλημα της τρίτης ηλικίας. Η μοναδική λύση ώστε να μειωθούν τα συνεχώς αυξανόμενα από το 1985 περιστατικά είναι η συστηματική παρατήρηση του ηλικιωμένου από τους οικείους του. Η συνεχής προσοχή ενδέχεται να εντοπίσει συμπεριφορές-κλειδιά που υποδηλώνουν τη πρόθεση του για αυτοκτονία. Παρατίθενται μερικές συνήθεις συμπεριφορές:

- Ευθεία λεκτική προειδοποίηση
- Φράσεις όπως: ‘‘Πρόκειται να φύγω’’
- Συμπεριφορές όπως: Επίσκεψη στο δικηγόρο για σύνταξη διαθήκης, δωρεά πολυαγαπημένων αντικειμένων, εύρεση καταφυγίου ζώων συντροφιάς, χρήση αλκοόλ, απόκτηση επικίνδυνων αντικειμένων,
- Αλλαγές στη διάθεση και στην προσωπικότητα.
- (Clibert,1999, Gender et al,1996, Beumann,1989, Bennett et al,2001)

Η προσεκτική παρακολούθηση του ασθενή είναι καίριας σημασίας, αφού θα τον αποτρέψουμε να παραιτηθεί χωρίς επιστροφή από τη ζωή.

Παράδειγμα αξιολόγησης με την κλίμακα SAD PERSONS

Ο κύριος Ν. είναι συνταξιούχος και πάσχει από χρόνια προβλήματα καρδιοπάθειας. Στο παρελθόν έχει κάνει μια επέμβαση ανοιχτής καρδιάς και 2 bypass. Πριν λίγους μήνες έχασε την σύζυγο του και ως εκ τούτου μένει μόνος του σε μια τουριστική επαρχιακή πόλη, με ελάχιστους μονίμους κατοίκους τους χειμερινούς μήνες. Οι κόρες του εξαιτίας εργασιακών υποχρεώσεων διαμένουν στο εξωτερικό, επομένως είναι δύσκολα να τον επισκέπτονται. Η επαφή τους είναι δύο φορές το χρόνο από κοντά και μέσω τηλεφώνου. Η παρηγοριά του είναι όπως αναφέρει είναι να πίνει, αν και γνωρίζει ότι αυτό του κάνει κακό στη σωματική του υγεία κάτι που ο ιατρός του το επισημαίνει συνεχώς. Σε ψυχολογικό επίπεδο μετά το χαμό της γυναίκας του είναι πιο μελαγχολικός, νευρικός, δεν κοιμάται, έχει διαταραχές ύπνου και όρεξης. Τέλος ομολόγησε σε ένα συγχωριανό του ότι περιοδικά σκέφτεται να τερματίσει την ζωή του, πίνοντας όλα τα φάρμακα του.

Αξιολόγηση αυτοκτονικής επικινδυνότητας του Κυρίου Ν.....

- (S) Άντρας.....1 μονάδα.
- (A) Άνω των 45 ετών.....1 μονάδα
- (D) Δείγματα αντιδραστικής κατάθλιψης λόγω του χαμού της συζύγου του.....2 μονάδες.
- (P) Απουσία πρότερου Ψυχιατρικού αναμνηστικού.....0 μονάδες
- (E) Κατάχρηση Φαρμάκων/ουσιών.....1 μονάδα
- (R) Απουσία Απώλειας λογικής σκέψης..... 0 μονάδες
- (S) Αποχωρισμός (απώλεια συζύγου).....1 μονάδα
- (O) Οργανωμένο Σχέδιο.....2 μονάδες
- (N) Απουσία συμπαράστασης.....1 μονάδα
- (S) Παθήσεις..... 1 μονάδα

Συνολικό Άθροισμα παραγόντων: 10 μονάδες.

Το σκορ του υποκειμένου είναι αρκετά υψηλό, επομένως σύμφωνα με τις οδηγίες της κλίμακας απαιτείται ακούσιος εγκλεισμός για την αποφυγή απόπειρας αυτοκτονίας.

2.4 Η θεραπευτική αντιμετώπιση της Κατάθλιψης της Τρίτης ηλικίας

Η κατάθλιψη στους ηλικιωμένους δυστυχώς υποδιαγνωσκέται (Αργυρόπουλος et. al, 2012), δεδομένου του ότι στη πρωτοβάθμια περίθαλψη διαγιγνώσκονται μόνο ο μίσος πληθυσμός που πάσχει από κατάθλιψη, από τον οποίο το ½ αυτού θα λάβει αντικαταθλιπτική αγωγή το σωστό χρονικό διάστημα, ώστε να εκμηδενιστούν τα καταθλιπτικά συμπτώματα, αλλά και να συντηρηθεί η κατάσταση αυτή (Μειμάρης,2009). Σύμφωνα με τον Παράσχο, το 1998 μόνο το 20% αναγνωρίζει το πρόβλημα και ζητά βοήθεια. Σκοπός της παρούσας θεματικής ενότητας είναι να ξεδιαλύνει τους παράγοντες που συμβάλλουν ως τροχοπέδη στην έγκαιρη διάγνωση της νόσου, παρεμποδίζοντας έτσι τη βελτίωση και την ανακούφιση του προβλήματος τόσο στον ίδιο τον ασθενή, αλλά και του οικογενειακού περιβάλλοντος που έχει αναλάβει χρέη φροντιστή (Gournellis,2011). Η οριοθέτηση των αιτιών του παραπάνω προβλήματος είναι καίριας σημασίας, διότι μέσω αυτών θα είμαστε σε θέση να παρέμβουμε αποτελεσματικά.

Πιο συγκεκριμένα η φύση της συμπτωματολογίας (απουσία τυπικής καταθλιπτικής συμπτωματολογίας-υπερτονισμός από τον ασθενή των σωματικών συμπτωμάτων) στη παρούσα ηλικιακή ομάδα επιτρέπει, εξαιτίας της ελλιπής γνώσης ψυχοπαθολογίας, στο γενικό ιατρό να εστιαστεί λανθασμένα στην αιτιολόγηση αυτών των σωματικών συμπτωμάτων, αγνοώντας το καταρρακωμένο ψυχολογικό προφίλ του ηλικιωμένου (Ρούπα et al,2009, Mulsant et al,1999, Palsson et al, 1997, Gershenfeld et al, 2005). Η απουσία ενδιαφέροντος στη ψυχολογία του ηλικιωμένου είναι η επίδραση της καθολικά διαμορφωμένης στάσης, ότι είναι φυσιολογική η παρουσία κατάθλιψης στο γεροντικό πληθυσμό (Katona et al,2000). Μία πεποίθηση ολοκληρωτικά λάθος, διότι οι υγιείς

ηλικιωμένοι είναι σε θέση να αφομοιώσουν επιτυχώς κάθε στρεσογόνα αλλαγή (Παράσχος,1998).

Πέρα από τη φύση της συμπτωματολογίας ο κυριότερος παράγοντας είναι η τρομοκρατία της οικογένειας από το στίγμα των ψυχολογικών διαταραχών (Katona et al,2000). Ο φόβος της οικογένειας να αποδεχτεί ότι ένας μέλος της νοσεί, θεωρείται παγκοσμίως στο επιστημονικό στερέωμα ο κύριος παράγοντας που καθυστερεί την επαφή με ένα ειδικό. Ο ρόλος της οικογένειας δεν είναι σίγουρα η παρατηρούμενη παθητική στάση απέναντι στη νόσο της κατάθλιψης, αλλά να προσφέρει στον ηλικιωμένο το δικαίωμα για έγκαιρη παραπομπή και θεραπεία (Κουκία, 2002).

Ο φόβος ότι οι θεραπευτικές επιλογές για τη γεροντική κατάθλιψη είναι μάταιες, είναι μύθος.

Η πεποίθηση αυτή διαμορφώθηκε εξαιτίας των διαφορών που παρατηρούνται ανάμεσα στη φαρμακοκινητική των ηλικιωμένων και σε άλλα άτομα διαφορετικής ηλικιακής κατηγορίας από αυτών, είναι αποτέλεσμα της γήρανσης (μείωση της νεφρικής και της ηπατικής κάθαρσης και αύξηση του χρόνου για σταθερά επίπεδα και πλήρης αποβολής του φαρμάκου. Φαίνεται ότι ακόμη και η συσσωρευμένη χρήση φαρμάκων να επηρεάζει τη φαρμακοκινητική της θεραπευτικής ουσίας.(Μεϊμάρης,2009). Όμως η θεραπευτική φαρέτρα των ειδικών ψυχικής υγείας (ψυχολόγοι-ψυχίατροι) είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική, αν και μόνο αν το περιστατικό διαγνωσθεί έγκαιρα (Αργυρόπουλος et al,2012). Και σε αυτό το σημείο φαίνεται ο σημαντικός ρόλος της οικογένειας απέναντι στο ασθενή και στη νόσο.

Λεπτομερώς το θεραπευτικό πολυκλαδικό-πολύπλευρο οπλοστάσιο κατά της κατάθλιψης στη Τρίτη ηλικία διακρίνεται σε: **φαρμακοθεραπεία, ηλεκτροσπασμοθεραπεία** και τέλος σε **ψυχοθεραπεία**.

Οι φαρμακοθεραπευτικές επιλογές είναι τα αντικαταθλιπτικά, όπως οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (SSRIs), οι αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης-νοραδρεναλίνης (SNRIs) και τα τρικυκλικά. Ο ψυχίατρος πρέπει να χορηγήσει στον ασθενή το κατάλληλο φαρμακευτικό σκεύασμα, έτσι ώστε να περιοριστεί το ενδεχόμενο φαινόμενο παρουσίας παρενεργειών (Γουρνέλλης 2011). Οι συνήθως πολύ-συνταγογραφούμενες ψυχοδραστικές ουσίες στους ηλικιωμένους αποτυπώνονται στο παρακάτω πίνακα.

Φαρμακευτική ουσία	Κατηγορία αντικαταθλιπτικών
Νορτριπυλίνη-δευτερογενείς αμίνες	Τρικυκλικά
Δεσιπραμίνη-δευτερογενείς αμίνες	Τρικυκλικά
Φλουοξετίνη	SSRIs
Παροξετίνη	SSRIs
Σετραλίνη	SSRIs
Φλουβοξαμίνη	SSRIs
Σιταλοπράμη	SSRIs
Σερτραλίνη	SSRIs
Βενλαφαξίνη	SNRIs
Ντουλοξετίνη	SNRIs
Μοκλοβεμίδη	Αναστολέας MAO

(Salzman, 1993, Salzman,1999,Aizenstein et al,2001).

Οι πιο αποτελεσματικές ψυχοθεραπευτικές διαδικασίες θεωρούνται οι βραχείες (Συμπεριφορική,Γνωσιακή, Οικογενειακή) στο γεροντικό πληθυσμό, αν τα περιστατικά είναι ελαφράς συμπτωματολογίας π.χ. αντιδραστική κατάθλιψη λόγω πένθους. Ο συνδυασμός

ψυχοθεραπείας και φαρμακοθεραπείας υπερέχει σε αποτελεσματικότητα σε χρόνια σοβαρή μορφή κατάθλιψης (Γούρνελλης,2011, Κυριακίδης, 2011). Τέλος η ηλεκτοσπασμοθεραπεία ενδείκνυται σε περιπτώσεις όπου οι προαναφερόμενες πρακτικές δεν επέφεραν καρπούς π.χ. ανθεκτικής μορφή κατάθλιψης στα αντικαταθλιπτικά (Παπαδημητρίου et al, 2007, Van Der Wurff, 2003).

Συνεπικουρητικά των κυριότερων παρεμβατικών κατηγοριών θετική έκβαση στη αντιμετώπιση της κατάθλιψης έχουν και οι παρακάτω μορφές παρέμβασης:

- Βελτίωση διατροφής
- Καλύτερευση σωματικής υγείας
- Άσκηση-αύξηση μυϊκής μάζας-χάσιμο λίπους
- Διαχείριση πόνου
- Πίστη τήρηση της λήψης φαρμάκων
- Ύπνος
- Μείωση κατανάλωσης αλκοόλ και καπνού (.Ronald et al, 1990)

Εν κατακλείδι καμία από τις προαναφερόμενες θεραπευτικές επιλογές δεν είναι αποτελεσματική αν ο ασθενής δεν επιδιώκει να βοηθηθεί. Η ύπαρξη καλής θεραπευτικής συμμαχίας αποτελεί το κυριότερο κίνητρο σε τέτοιου είδους αρνήσεις, να συνεχίσει ο πάσχων την θεραπευτική αγωγή, βοηθώντας να επανακατακτήσει την έννοια του νοήματος της ζωής.

2.5 Κλινικές περιπτώσεις (Case Studies)

Κρίθηκε σκόπιμο να ενυπάρχουν δύο κλινικές περιπτώσεις σχετικά με το υποεξέταση θέμα της παρούσας διπλωματικής εργασίας, οι οποίες θα προσδίδουν στον αναγνώστη μια σφαιρική εικόνα περί του θέματος.

Οι πρωταγωνιστές των κλινικών περιπτώσεων είναι δύο άτομα του αντίθετου φύλου. Είναι άτομα της τρίτης ηλικίας, άνω των 65 και πάσχουν από ψυχιατρική διαγνωσμένη κατάθλιψη. Είναι και οι δύο σε φάση συντήρησης. Η ιστορία τους καταγράφηκε μετά το πέρας ψυχοθεραπευτικής συνεδρίας τους, απών του ψυχοθεραπευτή στο ψυχιατρικό πλαίσιο που επισκέπτονται, το οποίο βρίσκεται στο Ηράκλειο. Το παραπάνω υλικό είναι αποτέλεσμα της πρακτικής άσκησης του συγγραφέα στην Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου.

Η κυρία Μ..... είναι 67 ετών , ο λόγος της χαρακτηρίζεται ιδιαίτερα γλαφυρός, αφού χρησιμοποιεί μεταφορικά στοιχεία του λόγου για να περιγράψει την προσωπική της επαφή με την κατάθλιψη. «Ένιωθα σαν ένα αναμμένο κερί, που η φλόγα του, με έλιωνε και εγώ ανίκανη και παρατημένη ανυπομονούσα το τέλος, το θάνατο». Κατά την διάρκεια της συνάντησης μας, η συζήτηση κατευθύνθηκε στα πιθανά αίτια αυτής της διαταραχής. Κατά την εξιστόρηση αυτών, συμπεραίνουμε ότι η κατάθλιψη της απορρέει αντιδραστικά από δύο σημαντικές απώλειες σημαντικών άλλων για την ζωή της α) του συζύγου της από τροχαίο ατύχημα, και β) της κλινήρης μητέρας της σε σύντομο χρονικό διάστημα από το θάνατο του συζύγου της. Σημειωτέο είναι ότι η μητέρα της ήταν κατάκοιτη, εξαιτίας ενός ισχυρού αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου. Η κυρία Μ.....ως μοναδικό τέκνο αυτής είχε αναλάβει πλήρως την φροντίδα της άρρωστης μητέρας της, ζητώντας ακουσίως από την εργασίας της

να συνταξιοδοτηθεί. Η μελαγχολία που την διέκρινε από παιδί, γιγαντώθηκε και πλαισιώθηκε από τη μοναξιά και το πένθος. Σε διάστημα τριών εβδομάδων από το θάνατο της μητέρας της εμφάνισε σταδιακά την τυπική καταθλιπτική συμπτωματολογία. Η κόρης της, με εισαγγελική παρέμβαση ζήτησε ψυχιατρική και ψυχολογική βοήθεια, φοβούμενη για επικείμενη αυτοκτονική συμπεριφορά, εξαιτίας των συνεχών ευχών θανάτων. Σημαντικό βοήθημα πέρα από τις φαρμακευτικές και ψυχολογικές υπηρεσίες της κλινικής όπου η ασθενής νοσηλεύτηκε ήταν και το γεγονός γέννησης του εγγονού της, την περίοδο νοσηλείας της, όπως ίδια αναφέρει.

Η άλλη προσωπική ιστορία του Κυρίου Π..... είναι εξίσου ενδιαφέρουσα. Ο λόγος του δεν είναι ιδιαίτερα γλαφυρός, αλλά μονολεκτικός με ένα ύφος ντροπής. Κατά την διάρκεια της συζήτησης η βλεμματική επαφή ήταν ανύπαρκτη. Στο ερώτημα περιγραφής πώς ήταν για αυτό η βίωση της κατάθλιψης, απάντησε «Σκοτάδι, φόβος, ανημποριά, δυστυχία, απλή συνάντηση με το Χάρο από μακριά». Η αιτιοπαθόγενεια σύμφωνα με αυτόν είναι τα παρακάτω γεγονότα.

- Διαζύγιο στα 56 έτη του,
- Αίσθημα βάρους στο παιδί του
- Αίσθημα ανικανότητας (όχι σεξουαλική φύσεως αλλά λόγω της συχνής ανάγκης για ούρησης) λόγω μετά από επέμβαση προστάτη σε ηλικία 63 χρονών. Δεδομένο που του στέκεται εμπόδιο στην εκτέλεση καθημερινών εξωτερικών ασχολιών και εξαιτίας αυτού αναγκάζεται να παραμένει συνεχώς περιορισμένος στο σπίτι του.

Επιλογικά ως προς την τραγική συνέπεια της μείζονας καταθλιπτικής διαταραχής στην Τρίτη ηλικία, την αυτοκτονία, η οποία υποδηλώνει εκδραματικά την χαωτική ψυχολογική κατάσταση του υποκειμένου, μίλησε μονολεκτικά με ένα ύφος ενοχής « Ναι, τόλμησα».

Ο συνδυασμός γνωσιακής ψυχοθεραπείας και φαρμακευτικών σκευασμάτων, φάνηκε ιδιαίτερα αποτελεσματικός για τους πρωταγωνιστές των παραπάνω κλινικών μελετών, με συνέπεια να ζουν αξιοπρεπώς με τη στήριξη και των προνοιακών υπηρεσιών του Δήμου Ηρακλείου.

Συμπεράσματα-Κριτική

Η κατάθλιψη στη Τρίτη ηλικία δεν πλήττει κάθε αυτόν τον νοσούντα ηλικιωμένο, αλλά και την οικογένεια που αναλαμβάνει χρέη φροντιστή. Η σωστή αντιμετώπιση και πρόληψη της πανδημίας της κατάθλιψης στο συνεχώς αυξανόμενο ηλικιωμένο πληθυσμό πέρα του ότι θα δώσει ανακούφιση στο τομέας της υγείας, θα επαναφέρει στο άτομο το δικαίωμα μιας ποιοτικής και αξιοπρεπής ζωής.

Σημαντικό ρόλο συντονισμού πρέπει να λάβει η πολιτεία, να επιχορηγήσει προληπτικά και θεραπευτικά προγράμματα παρέμβασης αλλά και να επανδρώσει δομές (νοσοκομεία, ΚΑΠΗ, Πρόγραμμα Βοήθειας στο σπίτι, Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων) με το κατάλληλο επιστημονικό προσωπικό.

Η χρήση ψυχομετρικών εργαλείων για τον εντοπισμό της γεροντικής κατάθλιψης από τους ειδικούς ψυχικής υγείας είναι ιδιαίτερα βοηθητική. Παρόλα αυτά, πιστεύω ότι η δημιουργία μιας κλίμακας που θα αξιολογεί αν ο ηλικιωμένος πάσχει από κατάθλιψη με λιγότερα items θα είναι πιο κατανοητή και λιγότερη αγχωτική για τους ευθραύστους ασθενείς, αφού θα απαιτεί λιγότερο χρόνο συμπλήρωσης.

Ολοκληρώνοντας την παρούσα διπλωματική εργασία θεώρησα σκόπιμο να παραθέσω ένα απόσπασμα της αρθρογράφου Ευαγγελίας Σούρζης, η οποία χαρακτηριστικά αναφέρει:

« Ας μην ξεχνάμε ότι αυτοί οι άνθρωποι μας μεγάλωσαν και στάθηκαν δίπλα μας για ένα μεγάλο μέρος της ζωής μας, συχνά θυσιάζοντας κομμάτι από τη δική τους. Είναι πραγματικά σκληρό να νιώθουν ότι τα παιδιά τους, τους έχουν εγκαταλείψει αφού τις περισσότερες των περιπτώσεων κάτι τέτοιο δεν τους αξίζει. Ίσως να μην αξίζει σε κανένα άνθρωπο. Αν μη τι

άλλο, ας συλλογιζόμαστε συχνά αν εμείς οι ίδιοι θα θέλαμε κάποια στιγμή να εγκαταλειφθούμε με τον ίδιο τρόπο κάπου ξεχασμένοι. Άλλωστε, αν τέτοιο είναι το παράδειγμα που δίνουμε στους νεότερους, με τον ίδιο τρόπο θα μας φερθούν και οι ίδιοι όταν θα είμαστε εμείς οι αδύναμοι ».

(Βήμα, 04/10/2012)

Βιβλιογραφία

- Αβεντισιόν-Παγοροπούλου, Α. (2000). Ψυχολογία της τρίτης ηλικίας. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Amoretti G. (1991) IL cervello della terza eta', Carocci Editore, Roma
- Alexopoulos G, Buckwalter K, Olin J, Martinez R, Wainscott C, Krishnan KR. (2002) Comorbidity of late life depression: an opportunity for research on mechanism and treatment. Biol Psychiatry; 52:543-558.
- Alexopoulos G.(1996) Depression in the elderly. Lancet; 365: 1961-70.
- Alexopoulos G, Borson S, Cuthbert B, Devanand DP, Mulsant B, Olin J, Oslin D.(2002) Assessment of late life depression. Biol Psychiatry; 52: 164-174.
- Αντωνιάδης Δ. , Μεγαλοοικονόμος Π., Ψικάκου Π., Κουρούκλης Σ., Λαζαρίδης Κ. (2004).
- Στεφανιαία Νόσος και Κατάθλιψη, Ιατρική Επιθεώρησις Ενόπλων Δυνάμεων 38(3-4), 65-72.
- Αργυρόπουλος Κ., Γουρζής Φ., Γελαστοπούλου Ε.,(2012) Επιπολασμός της κατάθλιψης σε πληθυσμό ηλικιωμένων, Ψυχιατρική 23, 1.
- Badger A.T.,(1998) Depression, physical health impairment and service use among older adults. Public health Nursing 15.136-145
- Baumann P, Bertschy G. Pharmacodynamic and Pharmacokinetic Interactions of SSRIs with other psychotropic drugs. Nord. J. Psychiatry, 1993; 47 (suppl30): 13-19.
-

Beumann J. Suicide and antidepressant overdose in general practice. Br. J. Psychiatry, 1989;

155 (suppl 6): 27-31.

Baroni M (2010)., I processi psicologici dell'invecchiamento, Carocci Editore, Roma

Baroni M (2010). La valutazione psicologica della terza età, Carocci Editore, Roma

Borson, S.(1992). Impairment in mood psychical symptoms and function with nortriptyline for

depression in patients with O.B.S., Psychomatics, 33.190-201

Bruce, I. M. (2002). Major depression in elderly home healthy care patients,. The American

Journal Of Psychiatric. 159(8) 1367-1374

Gilbert, P. (1999). Ξεπερνώντας την κατάθλιψη, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα

Chong Y. M. (2001). Community Study of depression in old age in Taiwan, The British Journal of Psychology. 178-29-3531

Goldston, K. & Baillie, A. (2008). Depression and coronary heart disease: A review of the epidemiological evidence, explanatory mechanisms and management approaches. Clinical Psychology Review, 28, 288-306.

Γούρνελλης P.(2011) Η κατάθλιψη στη Τρίτη ηλικία: Σύγχρονα δεδομένα ,Εγκέφαλος 48, 141-142, 2011

Heun, R. & Hein, S. (2005). Risk factors of major depression in the elderly, European Psychiatry, 20, 199-204

Hendersen, A.S.(1997) The course of Depression in the elderly. Psychological Medicine 27.

119-129

Ιωάννου Ι.(2009) Η κατάθλιψη στη Τρίτη ηλικία. Πτυχιακή εργασία Τμήμα Νοσηλευτικής

Πανεπιστημίου Κύπρου

Juhnke, G.E. "SAD PERSONS scale review." Measurement & Evaluation in Counseling & Development, 1994, 27, 325328

Juhnke, G.E. ("The adapted SAD PERSONS: As assessment scale designed for use with children" Elementary School Guidance & Counseling, 1996, 252258

Kandel E.(2007) La memoria, Mondatori, Roma

Καραδήμας Ε.Χ.(2005) Ψυχολογία Υγείας, Τυπωθύτω, Αθήνα

Katona, C. (2000) Impact of screening old people with physical illness of depression. The Lancet, 356.91-92

Krishnan K.R.(1997) MRI defined vascular depression, American Journal of Psychiatry 154.497-500

Κουκιά, Ε.(2002). Η αναγνώριση της κατάθλιψης της τρίτης ηλικίας στην Πρωτοβάθμια φροντίδα Υγείας. Νοσηλευτική. 2-163-168

Κυπραίου Ηλίας (2005) Πτυχιακή εργασία, το Γήρας, ΑΤΕΙ Θεσσαλονίκης

Κυριακίδης Σ. (2011) Η ανάπτυξη στη Τρίτη ηλικία, Σχολές γονέων, ΥΠΕΘ.

Κωσταρίδου-Ευκλείδη, Α. (1999). *Θέματα Γηροψυχολογίας και Γεροντολογίας*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα

Μ. Λόττι-Λυκούσα, Α.Α. Παπαδόπουλος, Ι. Βρεττός, Κ. Καμποσιώρας, Ε. Παππά, Π.

Ανδριόπουλος, Δ. Νιάκας(2012) Εκτίμηση συχνότητας της κατάθλιψης σε ασθενείς της

πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 2012, 29(1):77-84
32

Mandolesi L,(2004) La psicologia della terza eta', Springer Milano

McNeil, J.K. & Has any, M. (1989). An age difference view of depression, Canadian Psychology, 30(3), 608-615.

Munk, K. (2007). Late-life depression. Also a field for psychotherapists! I., Nordic Psychology, 59(1), 7-26.

Munk, K. (2007). Late-life depression. Also a field for psychotherapists! II., Nordic Psychology, 59(1), 27-44.

Munk, K. (2007). The elderly are coming!, Nordic Psychology, 59 (1), 1-6.

Μειμάρης Γ.(2009). Η κατάθλιψη στη Τρίτη ηλικία, Αυτοέκδοση Θεσσαλονίκη

Νέστορος Ι.(2009). Πανεπιστημιακές Σημειώσεις για το μάθημα Ψυχοπαθολογία Ενηλίκων

Μ.Νίκας, Π.Σωτηροπούλου, Ε.Μακρυνίκα, Θ.Παραλίκας, Ι.Παπαθανασίου Ε.Λαχανά,
Ε.Πράπα, Α.Κουλούρη, Ζ.Ρούπα (2009) Η Κοινωνικότητα Και Το Αίσθημα
Μοναχικότητας

Σε Ηλικιωμένους Των Δήμων Του Λεκανοπεδίου Αττικής ,Interscientific Health Care, 1,
34-42

Παναγής Γ.(2011). Πανεπιστημιακες Σημειωσεις για το μάθημα Βιοψυχολογία των
Ψυχικών Διαταραχών

Παράσχος Ι. Α.(1998) Η κατάθλιψη στους ηλικιωμένους: Το πρόβλημα της
υποαναγνώρισης. Ψυχιατρική 9. 113-118

Patterson, W, Dohn, H , Bird, J, Patterson, G. Psychosomatics, 1983, 24, 343349

Πωγωνίδης Χ. Αυτοκτονία και Κατάθλιψη .Σεμινάριο στη νόσο Alzheimer

Ρούπα Ζ., Τάτσιου Ι., Τσικληταρά Α., Κουλούρη Α., Νίκας Μ., Μπισκίνη Ι.,
Σωτηροπούλου Π. (2009) Άγχος και κατάθλιψη σε ομάδα ηλικιωμένων Interscientific
Health Care (2009) Vol 1, Issue 2, 61-66

Robac, R. N. (2000) Socioeconomic and health status differences in depression in the
elderly. American Journal of Emergency Medicine 20.(2.) 71-73

Salzman C. Pharmacologic Treatment of Depression in the Elderly. J Clinic Psychiatry
1993;54(suppl 2):23-28.

Segal, D.L. (2000). Levels of knowledge about suicide facts and myths among younger
and older adults, Clinical Gerontologist, 22 (2), 71-80.

Soledan, A.W.(1995) Instruction of Geriatric patients, Mandatory. USA 33

Schoerers, R.A. (2000) The natural history of late life depression. Journal of Affective
disorders, 1

Slatev, R. (2003). *Γηρατειά: Θλιμμένος χειμώνας ή δεύτερη άνοιξη;* Αθήνα: Ελληνικά
Γράμματα

Siegel D (2009) *La terza eta'*, Editore, Milano

Siegel D. (2011) *La psicologia della terza eta'*, Editore , Milano

Δαρδαβέσης Θ, (1999) *Θέματα Γηροψυχολογίας και Γεροντολογίας*, Τόπος, Αθήνα

Παγκαλάτσος Α, *Στοιχεία Παθολογίας*, Πανεπιστημιακές Σημειώσεις Θεσσαλονίκη

Τζημουράκα Α.(2002) *Γηριατρική* 11, Θεσσαλονίκη ,.

Τζημουράκα Α (2000), *Γηριατρική* I, Θεσσαλονίκη Χανιώτη Φ(1998) , *Γηριατρική* ,
Αθήνα

Χατζηαντωνίου.Ι , (2005)Ψυχοπαθολογία της τρίτης ηλικίας, Θεσσαλονίκη

Δαρδαβέσης Θ. (1989) Ιατροκοινωνικά προβλήματα της τρίτης ηλικίας, Τόπος, Αθήνα

Van Der Wurff, F.B. et al. The efficacy and safety of ECT in depressed older adults, a literature review. *Int J Geriatr Psychiatry* 2003; 18: 894–904.

Χαβάκη-Κονταξάκη ΜΙ, Κονταξάκης ΒΠ. Αυτοκαταστροφική συμπεριφορά ηλικιωμένων. Στο: Χριστοδούλου ΓΝ, Κονταξάκης ΒΠ (Επιμ. Εκδ.) Η Τρίτη ηλικία. Αθήνα. Ιατρ. Εκδ.Βήτα, 2000: 203-210.

Χριστοδούλου Γ., Κονταξάκης, Β.(2000). Η κατάθλιψη στη Τρίτη ηλικία Αθήνα, Εκδόσεις Βήτα

Χριστοδούλου Γ. και συνεργάτες (2000). Ψυχιατρική κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών. Αθήνα Εκδόσεις Βήτα

Fountoulakis KN, Tsolaki M, Iacovides A, Yesavage J, O'Hara R, Kazis A et al. The Validation of the Short Form of Geriatric Depression Scale (GDS-15) in Greece. *Aging: Clin Exp Res* 1999, 11:367–372

World Health Organization (WHO) 2007. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*. 10th Revision. Version for 2006

World Health Organization (WHO). Depression 2009. Available from http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/

<http://www.nstr.gr/>

<http://www.gerontology.gr/>

<http://giriatriki.gr/frontoffice/portal.asp?cpage=NODE&cnode=1>