



**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ
ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ
ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ**

**ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ-
ΠΡΟΝΟΙΑΣ**

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΣΤΗΝ «ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ»



ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

η κατάθλιψη στην τρίτη ηλικία

ΟΝΟΜΑ ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑΣ:

ΣΤΕΡΓΙΟΥΛΗ ΜΑΡΙΑ νοσηλεύτρια ΤΕ

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗ:

ΜΠΑΚΟΥΡΑΣ ΣΙΔΕΡΗΣ νευρολόγος- ψυχίατρος επιβλέπων καθηγητής

ΘΩΜΑΣ ΑΛΕΞΗΣ ψυχίατρος, μέλος τριμελούς επιτροπής

ΚΑΡΑΟΥΛΑΝΗΣ ΣΩΚΡΑΤΗΣ ψυχίατρος, μέλος τριμελούς επιτροπής

ΛΑΡΙΣΑ 2014

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ
ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ
ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ



ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ-
ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΣΤΗΝ «ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ»



ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

η κατάθλιψη στην τρίτη ηλικία

ΟΝΟΜΑ ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑΣ:

ΣΤΕΡΓΙΟΥΛΗ ΜΑΡΙΑ νοσηλεύτρια ΤΕ

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗ:

ΜΠΑΚΟΥΡΑΣ ΣΙΔΕΡΗΣ νευρολόγος- ψυχίατρος επιβλέπων καθηγητής

ΘΩΜΑΣ ΑΛΕΞΗΣ ψυχίατρος, μέλος τριμελούς επιτροπής

ΚΑΡΑΟΥΛΑΝΗΣ ΣΩΚΡΑΤΗΣ ψυχίατρος, μέλος τριμελούς επιτροπής

ΛΑΡΙΣΑ 2014

**TECHNOLOGICAL INSTITUTE
OF THESSALY**



**SCHOOL OF HEALTH SCIENCES
AND SOCIAL WELFARE
DEPARTMENT OF NURSING
POSTGRADUATE STUDIES
IN "MENTAL HEALTH"**



SUBJECT OF DISSERTATION:

Depression in elderly

NAME OF STUDENT:

STERGIOULI MARIA nurse

TRIPARTITE COMMISSION:

MPAKOURAS SIDERIS neurologist- psychiatrist supervising professor

THOMAS ALEKSIS psychiatrist, Committee Member

KARAOULANIS SOKRATIS psychiatrist, Committee Member

LARISA 2014

Αν εννοήσουμε την κατάθλιψη ως "ένα βαθύ πηγάδι, ένα βούλιαγμα, μια τρύπα, μια δύναμη που σε τραβάει προς τα κάτω, σε συνθλίβει", θα κατανοήσουμε την ασθένεια ως γενική ψυχοκινητική επιβράδυνση (μείωση ενεργητικότητας και απώλεια ευχαρίστησης). Η απουσία ενδιαφέροντος εκδηλώνεται με έλλειψη επιθυμίας, απουσία πρωτοβουλίας ή διάθεσης να ασχοληθείς με δραστηριότητες και γενικά να κάνεις πράγματα που πρώτα σου ήταν ευχάριστα, όπως να πας στη δουλειά σου, να συμμετέχεις σε κοινωνικές ή οικογενειακές συγκεντρώσεις, κλπ. Στο συναισθηματικό επίπεδο εκφράζεται ως θλίψη, υπαρξιακό κενό, ενοχή, αίσθηση μοναξιάς κλπ. Στο διανοητικό-πνευματικό επίπεδο δημιουργείται μεγάλη απαισιοδοξία, αρνητικές σκέψεις που πολλαπλασιάζονται και γίνονται όλο και πιο έντονες, ανασφάλεια κλπ. Για τη διάγνωση μιας ασθένειας απαιτούνται όλα αυτά τα χαρακτηριστικά. Το γεγονός, δηλαδή, ότι κάποιος αισθάνεται θλίψη ή απαισιοδοξία ή ανασφάλεια ή δυσθυμία, δεν εγγυάται ότι το άτομο αυτό έχει κατάθλιψη.

Χόρχε Μπουκάι, από το βιβλίο του "Ο δρόμος της απώλειας" (σελ. 92-94, Εκδ. Opera)

Αφιερωμένη στην αγαπημένη μου μητέρα!!!

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Ευχαριστίες	σελ. 7
Περίληψη στα ελληνικά	σελ. 8
Περίληψη στα αγγλικά	σελ. 9

ΓΕΝΙΚΟ ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο**

Ιστορία της κατάθλιψης	σελ. 10-11
Σύγχρονα διαγνωστικά κριτήρια	σελ. 12-13
Επιδημιολογία της κατάθλιψης	σελ. 14-16
Κατάθλιψη και πρωτοβάθμια περίθαλψη	σελ. 17
Αντιμετώπιση της κατάθλιψης	σελ. 18-22

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

Ψυχικές διαταραχές ηλικιωμένων	σελ. 23
Άνοια	σελ. 24-26
Η κατάθλιψη των ηλικιωμένων- Ορισμός	σελ. 27-28

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο**

Μεθοδολογία έρευνας	σελ. 29-31
Χαρακτηριστικά επιστημονικής έρευνας	σελ. 31
Σκοποί και τύποι επιστημονικής έρευνας	σελ. 32
Μέθοδοι για νοσηλευτική έρευνα	σελ. 33

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

Μεθοδολογία έρευνας της εργασίας	σελ. 34-37
Δείγμα και διαδικασία επιλογής	σελ. 37
Στατιστική επεξεργασία	σελ. 38-51

Συμπεράσματα	σελ. 52-53
Βιβλιογραφία	σελ. 54-55

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η επιστροφή μου στο χώρο του ΤΕΙ έπειτα από μικρό χρονικό διάστημα από την ολοκλήρωση των προπτυχιακών μου σπουδών στον ίδιο χώρο ήταν κάτι το αναπάντεχο. Καινούργια πρόσωπα, καινούργιες παρέες, γνώριμοι για μένα διδάσκοντες αλλά και καινούργιοι, όλοι μαζί αλλά και ο καθένας ξεχωριστά έβαλε το δικό του λιθαράκι στην ολοκλήρωση του 1^{ου} κύκλου σπουδών του συγκεκριμένου μεταπτυχιακού προγράμματος.

Η παρούσα διπλωματική εργασία πραγματοποιήθηκε στο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Θεσσαλίας και συγκεκριμένα στο Τμήμα Νοσηλευτικής.

Η ολοκλήρωση της διπλωματικής εργασίας θα ήταν αδύνατη χωρίς τη συμβολή του επιβλέποντος καθηγητή Κ. Μπακούρα Σιδέρη ο οποίος ήταν παρών κάθε φορά που τον χρειάστηκα από την αρχή έως το τέλος της εκπόνησης της εργασίας. Του χρωστώ ένα μεγάλο ευχαριστώ για όλη τη βοήθεια που μου προσέφερε.

Ένα μεγάλο ευχαριστώ στην Κα. Κοτρώτσιου Ευαγγελία η οποία αποτέλεσε πηγή έμπνευσης για την πραγματοποίηση του συγκεκριμένου μεταπτυχιακού. Οι γνώσεις της και η αγάπη της για την νοσηλευτική φροντίδα αποτέλεσαν τις βάσεις για την υλοποίηση διαφόρων προγραμμάτων.

Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω την Κα. Τσακιστάρα Κατερίνα, γραμματέας του ΠΜΣ στην Ψυχική Υγεία, η οποία ήταν πάντα δίπλα μου σε ότι την χρειάστηκα καθ' όλη την διάρκεια του προγράμματος. Η προθυμία της για βοήθεια και η ευγένεια της θα μου είναι αξέχαστα.

Ένα βαθύ ευχαριστώ, στον συνοδοιπόρο μου στη ζωή ο οποίος είναι πάντα δίπλα μου σε ότι χρειαστώ και πάντα πρόθυμος να με βοηθήσει στην εξέλιξη μου.

Τελειώνοντας, το πιο μεγάλο ευχαριστώ το οφείλω στην αγαπημένη μου μητέρα η οποία πάντα είναι κοντά μου και με υποστηρίζει σε ότι βήμα θελήσω να κάνω. Άγρυπνη δίπλα μου, μέρα- νύχτα σκυμμένη επάνω μου κάποιες φορές με μικρούς καυγάδες και κάποιες με επαίνους με μοναδικό της σκοπό την ευτυχία μου και την πρόοδο μου.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Πέραν των συναισθημάτων του φόβου, του άγχους, του θυμού, της οργής, της έκπληξης που εμπλέκονται σε χαρακτηριστικές ψυχοπαθολογικές καταστάσεις, τα ανθρώπινα συναισθήματα κυμαίνονται μεταξύ των δυο πόλων της ευθυμίας και χαράς και από την άλλη πλευρά της δυστυχίας και της δυσαρέσκειας. Ανάμεσα σε αυτά τα δυο σημεία αναπτύσσονται καταστάσεις όπως παραδείγματος χάριν: ευφορία, ευθυμία, ευεξία, χαρά, δυσαρέσκεια, ευερεθιστότητα, απογοήτευση, απαισιοδοξία, λύπη, απελπισία.

Η κατάθλιψη, μια από τις πιο οδυνηρές ανθρώπινες δοκιμασίες, καλύπτει ένα μεγάλο φάσμα συναισθηματικών διαταραχών. Μπορεί να ξεκινήσει από ένα απλό φυσιολογικό συναίσθημα και να καταλήξει σε νόσο ή σύνδρομο. Η διάρκεια της ποικίλλει από άτομο σε άτομο και ταυτόχρονα το ίδιο ισχύει και στη συμπτωματολογία της. Οι διαφορές μεταξύ των δυο φύλων στη συχνότητα της κατάθλιψης δεν έχουν εξηγηθεί ακόμα επαρκώς αλλά προς το παρόν υπερτερούν οι γυναίκες με αναλογία 2:1 σε σχέση με τους άνδρες.

Σε ότι αφορά την τρίτη ηλικία, η κατάθλιψη είναι η πιο συχνή συναισθηματική διαταραχή. Ορισμένες φορές συνυπάρχει με άλλες παθολογικές καταστάσεις με αποτέλεσμα να καθιστά την πρόγνωση της δυσμενή καθώς δεν μπορεί να αντιμετωπιστεί με την κατάλληλη φαρμακευτική αντιμετώπιση. Μια από τις νόσους που μερικές φορές συνδυάζεται με την κατάθλιψη είναι η άνοια η οποία είναι μια επίκτητη, προοδευτική μη αναστρέψιμη έκπτωση της νοητικής λειτουργίας που εκδηλώνεται με διαταραχές κυρίως της μνήμης αλλά και της συμπεριφοράς και του συναισθήματος.

Λέξεις κλειδιά: κατάθλιψη, άνοια, MMSE, GDS, CSDD, τρίτη ηλικία

ABSTRACT

Beyond the emotions of fear, of anxiety, of anger, of rage, of surprise involved in typical psychopathological situations, human emotions range between the two poles of mirth and joy on the other side of misery and discontent. Between these two points developed situations like for example: euphoria, exhilaration, euphoria, joy, frustration, irritability, frustration, pessimism, regret, despair.

Depression, one of the most painful human suffering, covers a wide range of emotional disorders. Can be launched from a simple normal feeling and result in disease or syndrome. The duration varies from person to person and the same applies to the symptomatology of. The differences between the two sexes in the frequency of depression have not yet adequately explained but currently outnumber women by a 2: 1 ratio in relation to men.

In the third age, depression is the most common emotional disorder. Sometimes co-exist with other medical conditions making to the forecast of unfavorable as it cannot be treated with proper medical treatment. One of the diseases that they sometimes combined with depression is dementia which is an acquired, progressive irreversible mental functioning discount manifested with particular memory disorders and behavior and emotion.

Keywords: depression, dementia, MMSE, GDS, CSDD, third age

ΓΕΝΙΚΟ ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

Η ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Από τα βάθη της αρχαιότητας η κατάθλιψη ξεχώρισε ως ιδιαίτερη κλινική οντότητα. Σημαντικές προσωπικότητες επιχείρησαν μέσα από διάφορες θεωρίες να την περιγράψουν και να προσεγγίσουν τα αίτια της. Ο Ιπποκράτης για πρώτη φορά χρησιμοποίησε τον όρο μελαγχολία (μέλανα- χολή) την οποία την περιέγραφε ως απέχθεια στο φαγητό, ανικανότητα, αυπνία, ευερεθιστότητα και ανησυχία. Με αυτό τον τρόπο για πρώτη φορά στην αρχαία Ελλάδα κάποια πάθηση περιεγράφηκε με όρους οργανικότητας (Stanley W. Jackson 1986). Στην αρχαιότητα υπήρχε η αντίληψη πως η ασθένεια ξεκινούσε από το υπόστρωμα της μελαγχολικής ψυχοσύνθεσης. Η μελαγχολική ψυχοσύνθεση κάτω από την επίδραση του πλανήτη Κρόνου έκανε τη σπλήνα να εκκρίνει μαύρη χολή η οποία μέσω της δράσης της στον εγκέφαλο επηρέαζε αρνητικά τη διάθεση. Ο Ιπποκράτης διαπίστωσε τη σχέση που υπάρχει μεταξύ άγχους- κατάθλιψης. Υποστήριζε ότι τα άτομα που υπόκεινται σε μακροχρόνιες καταστάσεις φόβου είναι επιρρεπή στη μελαγχολία. Ο Γαληνός υποστήριξε ότι η μελαγχολία εκδηλώνεται με φόβο και θλίψη που είναι ασυμβίβαστα με τη ζωή καθώς και μίσος για τους ανθρώπους. Λίγα χρόνια αργότερα, ένας άλλος Ρωμαίος τόνισε τη σημασία της επιθετικότητας στην μελαγχολία και τη σχέση της με την αυτοκτονία καθώς και με την παρανοϊκή χαρά που μπορεί να προκύψει.

Από τον 17ο αιώνα έως τον 19ο αιώνα, ήταν η εποχή της επιστήμης, η οποία μέσω πειραματισμών επεδίωξε να προσδιορίσει τη δομή και τη λειτουργία του εγκεφάλου και να επεξεργαστεί βιολογικές και κοινωνικές στρατηγικές για να βάλει χαλινάρι στο νου που ξέφευγε από τον έλεγχο.

Σε αντίθεση με τους Έλληνες που χαρακτήρισαν την μελαγχολία ως μια εσωτερική προδιάθεση του ατόμου, οι Ρωμαίοι στράφηκαν στην επίδραση του περιβάλλοντος στον ψυχισμό του ανθρώπου. Σημαντικές αιτίες στη μελαγχολία για τους Ρωμαίους ήταν η κατανάλωση αλκοόλ, οι διαταραχές της ψυχής που οφείλονται σε πάθη καθώς και οι διαταραχές ύπνου.

Πάντως η αντίληψη Ελλήνων και Ρωμαίων για την υγεία βασίζεται στην ισορροπία μεταξύ των τεσσάρων χυμών, αίματος, μαύρης, κίτρινης χολής και φλέγματος που το κάθε ένα από αυτά είχε και μια δυσάρεστη επίδραση στον ψυχισμό του ατόμου. Έτσι το αίμα που θεωρούνταν και το πιο υγιές έκανε τους ανθρώπους πιο δραστήριους και πιο αγαπητούς αλλά σε υπερβολική ποσότητα μπορούσε να οδηγήσει σε μανία. Η μαύρη χολή μπορούσε να οδηγήσει σε μελαγχολία, η κίτρινη σε ευερεθιστότητα και εχθρικότητα ενώ το φλέγμα έκανε τους ανθρώπους νωθρούς, διστακτικούς και

συνεσταλμένους. Η θεωρία αυτή πιστεύεται ότι είναι ο πρόδρομος για την θεωρία των νευροδιαβιβαστών ουσιών.

Το πρώτο σύγγραμμα στα αγγλικά που αναφερόταν στην κατάθλιψη ήταν το *Anatomy of Melancholy* το οποίο εκδόθηκε το 1621 και συγγραφέας του ήταν ο Robert Burton. Υπήρχαν πάρα πολλές αναφορές για διάφορες συναισθηματικές διαταραχές ενώ οι περιγραφές που αφορούσαν στην κατάθλιψη ήταν εντυπωσιακές αλλά και εκτενείς. Ο Jean Philip Esquirol ήταν εκείνος ο οποίος διαχώρισε την κατάθλιψη από την παραφροσύνη ενώ ο Kraepelin αναφέρει ότι η κατάθλιψη και η μανία είναι αποτελέσματα μιας νοσολογικής οντότητας η οποία αναφέρεται ως μανιοκατάθλιψη. Μετά τη δεκαετία του 1960, οι ειδικοί διαχώρισαν την μείζονα κατάθλιψη από την διπολική διαταραχή. Ο Meyer εισήγαγε τον όρο ψυχοβιολογία για να τονίσει ότι τόσο οι ψυχολογικοί όσο και οι βιολογικοί παράγοντες εμπλέκονται στα αίτια που αφορούν την κατάθλιψη. Ήταν εκείνος ο οποίος εισήγαγε τον όρο depression και απέσυρε τον όρο μελαγχολία.

Εβδομήντα χρόνια μετά το θάνατο του Ιπποκράτη, η Σχολή του Αριστοτέλη άρχισε να ασκεί ισχυρή επίδραση στον τρόπο που σκεφτόμαστε για τη σκέψη. Η άποψη του για την κατάθλιψη, αντίθετα με τον Ιπποκράτη, δεν ήταν τελείως αρνητική. Ο Αριστοτέλης πήρε από τον Πλάτωνα την ιδέα της θείας παραφροσύνης και την ιατρικοποίησε συσχετίζοντάς την με τη μελαγχολία. Παρόλο που Αριστοτέλης αναζητούσε τρόπους για να ανακουφίσει την πάθηση, πίστευε επίσης ότι μία ορισμένη ποσότητα μμαύρης χολής ήταν απαραίτητη για τη μεγαλοφυΐα: «όλοι όσοι έχουν διαπρέψει στη φιλοσοφία, στην ποίηση, στην τέχνη και στην πολιτική, ακόμα και ο Σωκράτης και ο Πλάτων, είχαν μία μελαγχολική έξη, μερικοί μάλιστα υπέφεραν από τη νόσο της μελαγχολίας».

Παρόλα αυτά ο όρος κατάθλιψη έφερε αρκετές συγχύσεις στην ιατρική κοινότητα γιατί αναφέρεται σε πολλές νοσολογικές οντότητες όπως απλή διαταραχή έως και βαριές καταθλίψεις. Γι' αυτό το λόγο δημιουργήθηκαν δύο διαγνωστικά εγχειρίδια τα οποία είναι το DSM και το ICD.

ΣΥΓΧΡΟΝΑ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ

Σύμφωνα με το DSM- IV ως **μείζων καταθλιπτικό επεισόδιο** ορίζεται η παρουσία 5 τουλάχιστον παραγόντων σε περίοδο πάνω από δύο εβδομάδες τα οποία έχουν αλλαγές στον ψυχισμό του ατόμου.

Σύμφωνα με το DSM- IV τα κριτήρια είναι τα εξής:

- Καταθλιπτική διάθεση σε μεγάλο μέρος κατά τη διάρκεια της ημέρας και κάθε μέρα και αυτό αναφέρεται είτε από το ίδιο το άτομο είτε από τον περίγυρο του.
- Μειωμένο ή και ανύπαρκτο ενδιαφέρον για διάφορες καθημερινές δραστηριότητες.
- Μειωμένη όρεξη ή αυξημένη όρεξη η οποία σημαίνει και απώλεια ή αύξηση βάρους αντίστοιχα.
- Αυπνία ή υπερβολική τάση για ύπνο.
- Καταβολή και απώλεια ενέργειας.
- Αισθήματα αναξιότητας ή ενοχής.
- Μειωμένη ικανότητα σκέψης αλλά και έλλειψη αυτοσυγκέντρωσης
- Αυτοκτονικός ιδεασμός

Αυτός ο όρος στο ICD- 10 αναφέρεται ως **καταθλιπτικό επεισόδιο**. Τα συμπτώματα είναι καταθλιπτικό συναίσθημα, απώλεια ενδιαφέροντος, μειωμένη δραστηριότητα η οποία συνοδεύεται από κόπωση. Έτσι και στο ICD- 10 τα διαγνωστικά κριτήρια είναι:

- Καταθλιπτική διάθεση σε μεγάλο μέρος κατά τη διάρκεια της ημέρας και κάθε μέρα και αυτό αναφέρεται είτε από το ίδιο το άτομο είτε από τον περίγυρο του.
- Μειωμένο ή και ανύπαρκτο ενδιαφέρον για διάφορες καθημερινές δραστηριότητες.
- Μειωμένη όρεξη ή αυξημένη όρεξη η οποία σημαίνει και απώλεια ή αύξηση βάρους αντίστοιχα.
- Αυπνία ή υπερβολική τάση για ύπνο.
- Καταβολή και απώλεια ενέργειας.
- Αισθήματα αναξιότητας ή ενοχής.
- Μειωμένη ικανότητα σκέψης αλλά και έλλειψη αυτοσυγκέντρωσης
- Αυτοκτονικός ιδεασμός

Και στα δύο συστήματα το επεισόδιο χαρακτηρίζεται ως: *ήπιο, μέτριο και βαρύ* ενώ η διάρκεια εκδήλωσης είναι η παρατεταμένη εμφάνιση των συμπτωμάτων για δύο εβδομάδες συνεχόμενα. Επίσης, και στα δύο συστήματα το βαρύ επεισόδιο συνοδεύεται από ψυχωτικά επεισόδια.

Στο ICD- 10 το μέτριο επεισόδιο συνοδεύεται και από την εμφάνιση συμπτωμάτων σωματικού συνδρόμου.

Το σωματικό σύνδρομο χαρακτηρίζεται από:

- Απώλεια ενδιαφέροντος
- Έλλειψη συναισθήματος
- Πρωινό ξύπνημα πριν από την καθορισμένη ώρα
- Επιβράδυνση ή υπερδιέγερση
- Κατάθλιψη κυρίως το πρωί
- Μειωμένη όρεξη ή αυξημένη όρεξη

Ταυτόχρονα, θα πρέπει να αναφερθούν και οι αυτοκτονικές τάσεις. Η εκτίμηση της κατάστασης βασίζεται στον αριθμό, τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων. Η σοβαρότητα της κατάστασης βασίζεται στην επίπτωση που έχουν τα συμπτώματα κατά την διάρκεια των καθημερινών, κοινωνικών δραστηριοτήτων.

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Κατά την διάρκεια των τελευταίων δεκαετιών έρευνες έχουν δείξει ότι σε ορισμένη χρονική στιγμή ένα ποσοστό του πληθυσμού κατά τη διάρκεια της ζωής του θα περάσει κάποια ψυχική διαταραχή. Τα ποσοστά της μείζονος κατάθλιψης σχεδόν στις περισσότερες χώρες ήταν υψηλότερα στις γυναίκες συγκριτικά με τους άνδρες. Άτομα τα οποία ήταν χωρισμένα ή βρίσκονταν σε διαδικασία χωρισμού είχαν περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης σε σχέση με τον έγγαμο πληθυσμό (WHO 2001). Επιδημιολογικές έρευνες στο ICD- 10 έδειξαν ότι δεν υπήρχαν μεγάλες διαφορές στην κατάθλιψη μεταξύ των Ελλήνων που βρίσκονται στην Ελλάδα σε σχέση με τους Έλληνες του εξωτερικού σε αντίθεση με τις αγχώδεις διαταραχές που εκεί παρουσιάστηκαν μεγάλα ποσοστά συμπτωμάτων στους Έλληνες μετανάστες (Mavreas and Bedington, 1988). Αναφέρεται στην σύγχρονη βιβλιογραφία ότι έως το 2020 αν συνεχιστούν οι σημερινές τάσεις η κατάθλιψη θα είναι πράγματι παράγοντας επιβάρυνσης κάποιων νόσων.

Οι διαφορές που υπάρχουν στην επιπολασμό αναφέρονται μόνο στους ενήλικες καθώς δεν υπάρχουν οι ίδιες ενδείξεις για τα παιδιά. Υπάρχουν πολλοί λόγοι οι οποίοι αναφέρονται στη μεγαλύτερη εμφάνιση συμπτωμάτων της κατάθλιψης περισσότερο στις γυναίκες από ότι στους άνδρες. Κάποια παραδείγματα είναι βιολογικοί, γενετικοί αλλά και ορμονικοί παράγοντες οι οποίοι συνδέονται και με τον τοκετό και όχι μόνο με καθημερινές ασχολίες (Patel et al, 1999). Ακόμη σημαντικό ρόλο παίζουν και οι κοινωνικοί- περιβαλλοντικοί παράγοντες και γι' αυτό το λόγο οι γυναίκες παίρνουν περισσότερες αγχώδεις καταστάσεις (WHO,2001). Η κατάθλιψη μπορεί να προσβάλει οποιαδήποτε ηλικία συνήθως όμως εμφανίζεται στην εφηβεία αλλά και στην πρώιμη ενήλικη ηλικία (Lewinshon et al, 1993). Η κατάθλιψη, θα πρέπει επίσης να σημειωθεί, ότι είναι υποτροπιάζουσα. Οποιαδήποτε υποτροπή εμφανιστεί, μπορεί να διαρκεί από μερικούς μήνες έως και μερικά χρόνια τα οποία συνοδεύονται με διαστήματα φυσιολογικής ζωής. Το 20% ακολουθεί χρόνια πορεία χωρίς ύφεση όταν δεν αντιμετωπίζεται με κάποια θεραπεία (Tornicroff and Sartorius, 1993). Οι υποτροπές εμφανίζονται συνήθως σε άτομα άνω των 45 ετών και καθώς αυξάνεται η ηλικία, αυξάνεται και τα επίπεδο της κατάθλιψης. Σε μια μελέτη που έγινε αναφέρθηκε ότι άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών είχαν κατάθλιψη σε ποσοστό 11,2% του πληθυσμού (Newman et al, 1998). Έχει διαπιστωθεί ότι οι καταθλιπτικές διαταραχές δημιουργούν αλλαγές τόσο σε ανοσοποιητικές όσο και σε ενδοκρινικές λειτουργίες. Έχει αναφερθεί ότι το άγχος ευθύνεται για το κρυολόγημα (Cohen et al, 1991) ενώ σε άλλες περιπτώσεις ευθύνεται για καρδιακές παθήσεις(Ferketich et al, 2000).

Η πιο σημαντική επίπτωση της κατάθλιψης εως και σήμερα είναι η αυτοκτονία (Goodwin and Jameson, 1990).

Παράλληλα την τελευταία δεκαετία στη χώρα μας εξαπλασιάστηκε η χρήση φαρμάκων για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης. Σύμφωνα με το Ινστιτούτο Φαρμακευτικής Έρευνας και Τεχνολογίας (ΙΦΕΤ) σήμερα καταναλώνονται περίπου 144 εκατομμύρια χάπια το χρόνο. Οι αιτίες για την αύξηση των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων είναι πολλές, όπως υποστηρίζουν οι ειδικοί επιστήμονες. Ως σημαντικότεροι λόγοι προβάλλονται η αύξηση στη συχνότητα των καταθλιπτικών συνδρόμων, η καλύτερη διάγνωση της νόσου αλλά και η κυκλοφορία στο εμπόριο νέων σκευασμάτων τα οποία έχουν λιγότερες παρενέργειες από τα προηγούμενα σκευάσματα.

Ας αναλύσουμε όμως την επιδημιολογία της κατάθλιψης ξεχωριστά σε γυναίκες, άνδρες και παιδιά-εφήβους:

ΓΥΝΑΙΚΕΣ

Οι διαζευγμένες και οι γυναίκες που μεγαλώνουν μόνες τους παιδιά διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να παρουσιάσουν καταθλιπτικό επεισόδιο. Στη σύγχρονη εποχή η γυναίκα καλείται να διαδραματίσει δύσκολους κοινωνικούς ρόλους, γεγονός που την καθιστά πιο ευάλωτη στη νόσο. Παρά το γεγονός ότι τα δύο φύλα μπορεί να έχουν τα ίδια συμπτώματα όταν αισθάνονται κατάθλιψη, αντιδρούν διαφορετικά. Οι γυναίκες εκδηλώνουν περισσότερο συναισθήματα χαμηλής αυτοεκτίμησης, απελπισίας και απόγνωσης. Συχνά νιώθουν κουρασμένες και έχουν δυσκολία στη λήψη αποφάσεων. Η εικόνα της καταθλιπτικής γυναίκας συμπληρώνεται επίσης από την έλλειψη διάθεσης, το έντονο άγχος, τη νευρικότητα την ανορεξία ή αντίθετα τη βουλιμία, τον διαταραγμένο ύπνο και τις δυσάρεστες σκέψεις όπως η αυτοκτονία.

ΑΝΤΡΕΣ

Οι άντρες με κατάθλιψη, από την άλλη πλευρά, είναι ηλικίας 25 έως 50 ετών, μέσης προς ανώτερης οικονομικής τάξης, οι οποίοι όμως νιώθουν αφόρητη πίεση από τις οικονομικές υποχρεώσεις τους και αισθάνονται ότι δεν τους φτάνουν οι ώρες για να εργασθούν, νιώθουν συνέχεια κουρασμένοι, καπνίζουν ή πίνουν πολύ και γενικώς νιώθουν σωματική και ψυχολογική κατάπτωση. Για τη χώρα μας, πρακτικά αυτό σημαίνει ότι ανά πάσα στιγμή πάσχει από κατάθλιψη το 8% του πληθυσμού κατά μέσον όρο. Τα καταθλιπτικά επεισόδια που ενσκήπτουν σ' αυτές τις ηλικιακές ομάδες έχουν ενοχοποιηθεί για την αυξημένη χρήση αλκοόλ ή άλλων ψυχοδραστικών ουσιών. Η μείζονα κατάθλιψη έχει υψηλό δείκτη θνησιμότητας: μέχρι και 15 % των ασθενών αυτοκτονούν. Επιπλέον, στους ασθενείς πάνω από 55 ετών η συχνότητα αυτοκτονίας είναι τετραπλάσια της συχνότητας θανάτου του γενικού πληθυσμού. Η βαρύτητα της νόσου ποικίλλει. Τα επεισόδια που αναδύονται κυμαίνονται από ήπια έως σοβαρά. Μπορεί να εμφανιστεί ένα και μοναδικό επεισόδιο ή η νόσος να μεταπέσει σε χρόνια ή υποτροπιάζουσα μορφή. Οι ασθενείς με μείζονα κατάθλιψη αναφέρουν συχνότερα πόνο και

σωματικές νόσους, κάνουν περισσότερες επισκέψεις στους γιατρούς και έχουν μειωμένη συνολική λειτουργικότητα. Με τα σύγχρονα θεραπευτικά μέσα η κατάθλιψη είναι μία νόσος που μπορεί να αντιμετωπιστεί. Ωστόσο, μόνο το 10-25% των ασθενών υποβάλλονται σε θεραπευτική αγωγή.

ΠΑΙΔΙΑ- ΕΦΗΒΟΙ

Η επίπτωση της κατάθλιψης στα παιδιά κυμαίνεται ανάλογα με τις μελέτες από 0,4-2,5% για παιδιά κάτω των 12 ετών και τα οποία θα είχαν όφελος από παιδοψυχιατρική παρέμβαση. Το ποσοστό ανέρχεται σε 10-13% κατά την εφηβεία, ενώ 5% των εφήβων παρουσιάζει σοβαρή κατάθλιψη. Στην όψιμη εφηβεία η συχνότητα κυμαίνεται από 10% έως 20%. Το 0.6-1.7% των παιδιών και 1.6-8% των εφήβων πάσχουν από δυσθυμία. Σε παιδιατρικά νοσοκομεία 7% των παιδιών παρουσιάζουν κατάθλιψη και 40% εκείνων νοσηλεύονται σε παιδονευρολογικά τμήματα για ανεξήγητες κεφαλαλγίες. Σε κλινικούς πληθυσμούς τα ποσοστά επικράτησης είναι πολύ υψηλότερα κυμαινόμενα από 28% των ασθενών ενός παιδοψυχιατρικού τμήματος έως 59% στους ενδο νοσοκομειακούς ασθενείς. Τα ποσοστά αυτά δείχνουν πόσο συνηθισμένη είναι η κατάθλιψη στην καθημερινή παιδοψυχιατρική πρακτική. Στην Ελλάδα, σε μία έρευνα που συμπεριέλαβε 1316 εφήβους ηλικίας 12-17 ετών, διαπιστώθηκαν ιδιαίτερα αυξημένα ποσοστά κατάθλιψης (20,3%). Είναι ενδιαφέρον να παρατηρηθεί ότι η επίπτωση της κατάθλιψης είναι μεγαλύτερη όταν οι ίδιοι οι έφηβοι συμπληρώνουν τις διαγνωστικές κλίμακες και μικρότερη όταν τις συμπληρώνουν οι γονείς τους. Το ποσοστό αυτό αυξάνει όταν πρόκειται για κλινικούς πληθυσμούς. Έχει υπολογιστεί ότι 1 στα 5 παιδιά που παραπέμπονται σε ψυχιατρικά τμήματα παρουσιάζει καταθλιπτική συμπτωματολογία. Στα παιδιά, η μείζων καταθλιπτική διαταραχή εκδηλώνεται σε περίπου ίδια αναλογία σε αγόρια και κορίτσια, σε αντίθεση με τους εφήβους και τους ενήλικες όπου υπερτερούν οι γυναίκες. Η διαφορά αποδίδεται σε διαφορετικές αιτίες παρά στην ηλικία αυτή καθ' αυτή, όπως αλλαγές στο επίπεδο των ορμονών, οι οποίες μπορούν να προδιαθέτουν σε κάποια ευαισθησία. Ωστόσο η εφηβεία συνοδεύεται και από σημαντικές αλλαγές στις γνωστικές λειτουργίες, καθώς και από διαφορετικές ψυχοπνευματικές καταστάσεις. Σε πολλές χώρες η αυτοκτονία είναι μια από τις τρεις πιο κοινές αιτίες του θανάτου στην ομάδα ηλικίας 15-34 ετών. Οι περισσότεροι έφηβοι που αποπειρώνται να αυτοκτονήσουν πάσχουν από κάποιας μορφής συναισθηματική διαταραχή (Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας 1999). Τα αγόρια εμφανίζουν μεγαλύτερα ποσοστά θανάτου εξαιτίας αυτοκτονίας, ενώ τα κορίτσια υπερτερούν στην απόπειρα αυτοκτονίας και τον ιδεασμό αυτοκτονίας, χωρίς όμως να επέρχεται ο θάνατος. Η σχέση μεταξύ πρώτης απόπειρας αυτοκτονίας και επόμενης κυμαίνεται μεταξύ 0,24% και 4,30%.

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ

Σε ποσοστό 24% των ατόμων που προσέρχονται στην πρωτοβάθμια περίθαλψη για εξέταση εμφανίζει κάποια ψυχική διαταραχή με πιο συνηθισμένες να εμφανίζονται η κατάθλιψη, η χρήση ουσιών και το άγχος (Goldberg and Lecrubier, 1995).

Παρότι οι ψυχικές διαταραχές είναι πολλές και όσο περνούν οι δεκαετίες τόσο περισσότερο αυξάνονται, οι περισσότερες από αυτές παραμένουν αδιάγνωστες και δύσκολα εντοπίζονται. Αυτό ίσως οφείλεται στην αδυναμία των ιατρών να διαγνώσουν μια ψυχική διαταραχή αλλά και στην αδυναμία των ασθενών και του περιβάλλοντος τους να καταφύγουν σε βοήθεια. Οι ασθενείς διστάζουν, δεν γνωρίζουν ότι αυτό που έχουν θεραπεύεται, ντρέπονται αλλά και ίσως επιθυμούν να κρύψουν την πάθησή τους (Rost et al, 1998). Οι πλέον συνηθισμένες ψυχικές διαταραχές εμφανίζουν συνήθως σωματικά συμπτώματα (Goldman et al, 1999). Οι μισοί από τους ασθενείς που έρχονται στην πρωτοβάθμια περίθαλψη έχουν αυτοκτονικό ιδεασμό αλλά παρόλα αυτά οι περισσότεροι ακόμα και μετά από μεγάλο χρονικό διάστημα συνεχίζουν να εμφανίζουν συμπτώματα μείζονος κατάθλιψης (Rost et al, 1998). Πάνω από το 70% των περιπτώσεων παραμένουν αδιάγνωστες ενώ σε όλη τη χώρα μας, οι γιατροί που δουλεύουν στην πρωτοβάθμια περίθαλψη μπόρεσαν να διαγνώσουν μόνο τη μια κατάθλιψη από τις δέκα περιπτώσεις (WHO, 2001). Σε αυτό σημαντικό ρόλο παίζει η άγνοια τους σε όλη τη χώρα τα διαγνωστικά κριτήρια αλλά και τις βασικές αρχές της θεραπείας της. Βέβαια, υπήρχαν και περιπτώσεις όπου ορισμένοι ιατροί ενημερώθηκαν και έτσι όχι μόνο μπόρεσαν να διαγνώσουν την κατάθλιψη αλλά και να την αντιμετωπίσουν. Καλύτερα αποτελέσματα υπήρξαν όταν η ίδια η κοινωνία πραγματοποίησε μαθήματα- σεμινάρια ενημέρωσης τόσο για το ιατρικό προσωπικό όσο και για τους ίδιους τους ασθενείς (Kutcher et al, 2002).

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Η κατάθλιψη αντιμετωπίζεται με την πρόληψη αλλά και με την θεραπεία. Η έννοια της πρόληψης απευθύνεται τόσο στην ενημέρωση του γενικού πληθυσμού, όσο και στην ενημέρωση των ομάδων που απευθύνονται σε ευπαθείς ομάδες. Σε ότι αφορά την θεραπεία της, η κατάθλιψη αντιμετωπίζεται με διάφορα είδη ψυχοθεραπείας, φαρμακευτική αγωγή αλλά και ορισμένες εναλλακτικές θεραπείες (Cooper and Murray, 1998).

Ψυχοθεραπευτική αντιμετώπιση

Πιστεύεται ότι η κατάθλιψη οφείλεται σε διάφορους αγχογόνους παράγοντες που διαταράσσουν τις φυσιολογικές λειτουργίες και προκαλούν χαμηλή αυτοεκτίμηση των ατόμων. Ο βαθμός της επανατροφοδότησης σχετίζεται με τη διαθεσιμότητα ενισχυτικών γεγονότων που μπορούν να δράσουν τονωτικά καθώς και θα πρέπει να υπάρχουν ικανότητες του ατόμου οι οποίες με τη σειρά τους επιδρούν τόσο στο περιβάλλον του ατόμου όσο και σε διάφορες περιπτώσεις που αγχώνουν το άτομο. Αν το άτομο δεν μπορεί να αλλάξει τις αρνητικές επιδράσεις που επιδρούν στο περιβάλλον, αυτό θα έχει σαν αποτέλεσμα το άτομο να οδηγείται σε συναισθηματική απόσυρση. Αυτή η θεωρία αναφέρει επίσης ότι μπορεί να υπάρχει ένα μοντέλο αρνητικής ανατροφοδότησης για καταθλιπτικές συμπεριφορές όταν κινητοποιείται η οικογένεια για να βοηθήσει τον καταθλιπτικό ασθενή. Σκοπός της θεραπείας των ευχάριστων δραστηριοτήτων είναι να αυξηθεί η ποιότητα και η συχνότητα ευχάριστων δραστηριοτήτων. Οι καταθλιπτικοί δεν ασχολούνται με διάφορες κοινωνικές δραστηριότητες. Έτσι, αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να μην βελτιώνεται η διάθεση τους.

Γνωστική συμπεριφορά

Πρόκειται για μια βραχύχρονη ψυχοθεραπεία η οποία απαιτεί την απόλυτη συνεργασία μεταξύ θεραπευτή και θεραπευόμενου. Στοχεύει στο να επαναπροσδιορίσει τις σκέψεις του ατόμου οι οποίες οδηγούν στην κατάθλιψη. Σύμφωνα με την θεωρία αυτή, ο ασθενής εστιάζει στις αρνητικές σκέψεις και αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να προδιαγράφεται από την αρχή η αποτυχία σε κάθε του δραστηριότητα. Σκοπός της θεραπείας είναι να εντοπίσει τις αρνητικές πεποιθήσεις του ατόμου, να ανατρέψει τα διαστρεβλωμένα γνωστικά σύμβολα και να βοηθήσει τον ασθενή να αποκτήσει μια περισσότερο προσαρμοστική συμπεριφορά (Beck, 1995). Οι τεχνικές οι οποίες χρησιμοποιούνται είναι οι εξής:

Διδακτική στάση σύμφωνα με την οποία ο ασθενής διδάσκεται τη σχέση που υπάρχει μεταξύ σκέψης- κατάθλιψης και συναισθήματος- συμπεριφοράς

Οι γνωστικές τεχνικές όπως ο εντοπισμός των αυτόματων σκέψεων, η αξιολόγηση τους, ο εντοπισμός δυσλειτουργικών παραγόντων και η αντιμετώπιση τους.

Συμπεριφορικές τεχνικές όπως ο προσδιορισμός δραστηριοτήτων, το ποσοστό της ευχαρίστησης που μπορεί το άτομο να πάρει από τις δραστηριότητες, η πρόβα στη διαχείριση και η αντιμετώπιση διάφορων προκλήσεων, η εκμάθηση αυτοεξυπηρέτησης.

Η γνωστική- συμπεριφορική θεραπεία θεωρείται αποτελεσματική στην αντιμετώπιση της ήπιας έως μέτριας κατάθλιψης, ενώ δεν θεωρείται αποτελεσματική σε βαριές μορφές κατάθλιψης.

Η συμπεριφορική ψυχοθεραπεία

Βασίζεται στην άποψη ότι τα δυσπροσαρμοστικά συμπεριφορικά σχήματα περιορίζουν την θετική ανατροφοδότηση που λαμβάνει το άτομο από την κοινωνία. Η συμπεριφορική θεραπεία βασίζεται στην αλλαγή των δυσπροσαρμοστικών σχημάτων έτσι ώστε το άτομο να λαμβάνει θετικά σήματα. Τρεις βασικές προσεγγίσεις έχει η συμπεριφορική θεραπεία (Karlan Sadock, 2005). Η πρώτη προσέγγιση βασίζεται στην τεχνική που πραγματοποίησε ο Lewinshon και στοχεύει στην αύξηση των ευχάριστων δραστηριοτήτων ανάμεσα στο περιβάλλον του ατόμου. Η δεύτερη προσέγγιση αναπτύχθηκε από τον Rehm και στοχεύει στο να διορθώσει ελλείμματα του ασθενή σε ότι αφορά τον αυτοέλεγχο, την αυτοεκτίμηση και την αυτοανατροφοδότηση. Η Τρίτη προσέγγιση αναπτύχθηκε από τον Hersen and Bellack. Βασίζεται στην εκπαίδευση σε κοινωνικές δεξιότητες έτσι ώστε να αυξηθεί η θετική κοινωνική αντίδραση.

Οι αρχές που χρησιμοποιούν οι τεχνικές αυτές είναι οι εξής:

- Είναι αυστηρά δομημένες
- Η ανατροφοδότηση αποτελεί το κλειδί για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης
- Η αλλαγή της συμπεριφοράς θεωρείται ο πιο αποτελεσματικός τρόπος αντιμετώπισης της κατάθλιψης
- Η θεραπεία απαιτεί σαφήνεια στον καθορισμό των στόχων και προσπάθεια για την επίτευξη τους

Οι τεχνικές οι οποίες χρησιμοποιούνται είναι:

- η καταγραφή της διάθεσης και των δραστηριοτήτων, η αύξηση των ευχάριστων και η μείωση των δυσάρεστων δραστηριοτήτων, η ανάπτυξη νέων ανατροφοδοούμενων μοντέλων, οι τεχνικές χαλάρωσης, η διαχείριση του χρόνου και η εκπαίδευση σε γενικές γνωστικές δεξιότητες (Stravynski and Greenberg).

Η ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία

Ο Freud προσέγγισε το πρόβλημα της κατάθλιψης μέσα από το έργο του <θρήνος και μελαγχολία> (Freud, 1917- Clewell, 2004). Η θεραπεία αυτή επικεντρώνεται σε άλυτες συγκρούσεις της παιδικής ηλικίας. Σύμφωνα με την θεωρία αυτή, η κατάθλιψη είναι το αποτέλεσμα του πένθους από την απώλεια κάποιου γονέα ή ενός άλλου σημαντικού προσώπου. Συχνά, οι καταθλιπτικοί ασθενείς καταθλίβονται επειδή στρέφουν τον θυμό τους στον ίδιο τους τον εαυτό. Στη διάρκεια της εξέλιξης της θεωρίας αυτής διατυπώθηκε η άποψη ότι οι καταθλιπτικοί διαμορφώνουν προσωπικότητα που οδηγεί στην κατάθλιψη. Ο χαρακτήρας ενός καταθλιπτικού ατόμου έχει ανάγκη από συνεχή επιβεβαίωση, αγάπη, θαυμασμό και είναι διαρκώς εξαρτημένος από άλλα άτομα προκειμένου να ικανοποιείται ναρκισσιστικά και να διατηρεί την αυτοεκτίμηση. Οι θεραπευτές συζητούν με τους θεραπευόμενους για τα απωθημένα τους. Σκοπός της θεραπείας είναι να επιφέρει αλλαγή στον χαρακτήρα του ατόμου και όχι στα να βγάλει κάποια συμπεράσματα. Η διάρκεια της θεραπείας ποικίλλει από λίγους μήνες έως και πολλά έτη και η διάρκεια αυτή συνοδεύεται από αρκετό άγχος του ατόμου. Οι τεχνικές που χρησιμοποιούνται είναι η μεταβίβαση, η ταύτιση, η έμφαση στη δυναμικότητα του ατόμου, καθώς και η αμοιβαία συνεργασία μεταξύ θεραπευτή και θεραπευόμενου. Κάποιες από τις υπάρχουσες θεωρίες, θεωρούν την τεχνική αυτή λιγότερο αποτελεσματική ενώ κάποιες άλλες την θεωρούν αποτελεσματική (Horn et al, 2005).

Η διαπροσωπική ψυχοθεραπεία

Η θεραπεία αυτή αναπτύχθηκε από τον Klerman. Βασίζεται στην άποψη ότι τα τρέχοντα διαπροσωπικά προβλήματα που έχουν τις ρίζες τους σε πρώιμες δυσλειτουργίες, σχετίζονται με την ανάπτυξη της κατάθλιψης. Εστιάζει στην σύγκρουση ρόλων, στο άλυτο πένθος και στα κοινωνικά ελλείματα (Weismann and Markowitz, 1994). Πραγματοποιούνται 12- 16 συνεδρίες μία φορά την εβδομάδα. Έχει ενεργή θεραπευτική παρέμβαση χωρίς να αντιμετωπίζονται ουσιαστικά οι μηχανισμοί άμυνας και ο διαταραγμένος ψυχισμός του ατόμου.

Οι τεχνικές που χρησιμοποιούνται είναι οι εξής:

- Διερευνητικές τεχνικές που χρησιμοποιούνται για να διαπιστωθούν τα προβλήματα του ατόμου
- Η συναισθηματική ενίσχυση η οποία βοηθάει τον ασθενή να αισθανθεί καλύτερα και να αντιμετωπίζει με καλύτερο τρόπο τα επώδυνα συναισθήματα
- Η ανάλυση της επικοινωνίας έτσι ώστε αν εντοπιστεί κάποιο πρόβλημα να μπορεί να αλλάξει η επικοινωνία
- Η συμπεριφορική τεχνική η οποία βοηθά το άτομο να λύσει απλά προβλήματα

Η υποστηρικτική ψυχοθεραπεία

Στηρίζεται στη σχέση θεραπευτή- θεραπευόμενου και χρησιμοποιούνται τεχνικές υποστήριξης, επιβεβαίωσης, αποσαφήνισης προβλημάτων, συμβουλές και διδασκαλία.

Ψυχοθεραπεία βασισμένη στην επίλυση των προβλημάτων

Η θεραπεία αυτή έχει τρία στάδια: 1^ο στάδιο: τα συμπτώματα του ασθενή συνδέονται με τα προβλήματα του ασθενή, 2^ο στάδιο: εντοπίζονται τα προβλήματα και αντιμετωπίζονται και 3^ο στάδιο: γίνεται η επίλυση των προβλημάτων με έναν τρόπο πιο λειτουργικό και δομημένο. Αυτό το είδος ψυχοθεραπείας χρησιμοποιείται περισσότερο στην πρωτοβάθμια παροχή υγείας καθώς μπορεί να χρησιμοποιηθεί και από μη ειδικούς σε αυτό τον τομέα.

Οικογενειακή ψυχοθεραπεία

Χρησιμοποιείται σε περιπτώσεις κατά τις οποίες η κατάσταση στην οποία βρίσκεται το άτομο θέτει σε κίνδυνο την οικογένεια του αλλά και το περιβάλλον του. Πολλές φορές έχει παρατηρηθεί ότι μπορεί να πάσχει και ο σύντροφος από κάποιου είδους κατάθλιψη(Goodman and Shippy,2002).

Φαρμακευτική αντιμετώπιση

Για την αντιμετώπιση της μείζονος κατάθλιψης, υπάρχουν πολλές και αποτελεσματικές φαρμακευτικές θεραπείες καθώς έχει παρατηρηθεί ότι η αγωγή βοηθάει αρκετά τον ασθενή. Θα πρέπει να περάσει το διάστημα των 3- 4 εβδομάδων έτσι ώστε να παρατηρήσουμε κατά πόσο η φαρμακευτική αγωγή βοηθάει το άτομο(Martire et al,2004). Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα διακρίνονται ανάλογα με τις λειτουργίες τους. Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα που υπάρχουν είναι τα εξής:

- Αναστολείς επαναπρόσληψης νοραδρεναλίνης
- Αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης
- Αναστολείς επαναπρόσληψης νοραδρεναλίνης- σεροτονίνης
- Αναστολείς επαναπρόσληψης ντοπαμίνης
- Παράγοντες μικτής δράσης
- Συμπαθητικομιμητικά

Για να δώσει κάποιος την κατάλληλη αγωγή θα πρέπει να υπάρχουν κα ποιες προϋποθέσεις.

Παράδειγμα, αν ο ασθενής έχει υποβληθεί σε κάποια θεραπεία, αυτό θα κριθεί σαν ιστορικό για να

επιλεχθεί η καλύτερα αγωγή. Γενικότερα, παρατηρούνται επίσης τυχόν αλλεργίες που μπορεί να έχει το άτομο σε ορισμένες ουσίες. Τα νέας γενιάς αντικαταθλιπτικά δεν έχουν σοβαρές παρενέργειες. Εάν ο θεράπων ιατρός δεν παρατηρήσει κάποια αλλαγή στη συμπεριφορά του ατόμου, τότε θα αντικαταστήσει την αγωγή που χορηγεί με κάποια άλλη. Επίσης, υπάρχει δυνατότητα να γίνει ένας συνδυασμός αντικαταθλιπτικών φαρμάκων με την ταυτόχρονη χρήση λιθίου που βοηθάει τον ασθενή.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

Η γήρανση είναι μια περίπλοκη διαδικασία, που λαμβάνει ιδιαίτερα χαρακτηριστικά για κάθε άνθρωπο εξαιτίας της εξατομίκευσης των βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραμέτρων. Η αυξημένη συχνότητα εμφάνισης προβλημάτων ψυχικής υγείας (κατάθλιψη, άνοια κ.α.) σε άτομα άνω των 65 ετών δημιούργησε την αναγκαιότητα τόσο των ειδικών διαγνωστικών κριτηρίων όσο και των θεραπευτικών προσεγγίσεων. Όλα αυτά τα στοιχεία οδήγησαν στη γένεση της ψυχογηριατρικής.

Ψυχογηριατρική είναι ο κλάδος της ψυχιατρικής ο οποίος ασχολείται με την προαγωγή της ψυχικής υγείας των ηλικιωμένων και με την πρόληψη, τη διάγνωση και τη θεραπεία των ψυχικών τους διαταραχών. Οι ψυχοπαθολογικές εκδηλώσεις των ηλικιωμένων περιλαμβάνουν αγχώδεις διαταραχές, τις συναισθηματικές διαταραχές, την άνοια, την όψιμη σχιζοφρένεια αλλά υπάρχει πιθανότητα να εμφανιστούν και άλλα ψυχικά προβλήματα που ανέπτυξαν οι ασθενείς σε νεαρή ηλικία και συνεχίζονται και στην Τρίτη ηλικία.

Τα προβλήματα τα οποία πλήττουν κυρίως τους ηλικιωμένους είναι κυρίως κοινωνικοοικονομικά αλλά και σωματικά νοσήματα. Οι συγκεκριμένοι παράγοντες σε συνδυασμό με τις βιολογικές τους αλλαγές τις οποίες συνοδεύουν το γήρας μπορούν να τροποποιήσουν σε αρκετά μεγάλο βαθμό την εικόνα της ψυχικής νόσου και αυτό έχει ως αποτέλεσμα να καταστεί ανεπαρκή τα διαγνωστικά κριτήρια. Οι ηλικιωμένοι δεν είναι σε θέση να αναφέρουν τα συμπτώματα που αφορούν στην ψυχοπαθολογία τους γιατί θεωρούν ότι όλα αυτά αποδίδονται στο γήρας. Έτσι δεν μπορούν να ερμηνεύσουν τα συμπτώματα που οφείλονται κυρίως στην κατάθλιψη παρά στο γήρας όπως παραδείγματος χάριν η σημαντική απώλεια ανεξαρτησίας, η γνωστική δυσλειτουργία και τα σωματικά ενοχλήματα. Οι πιο σοβαρές παράμετροι της ανεπαρκούς αντιμετώπισης των ψυχικών προβλημάτων στην Τρίτη ηλικία είναι η ελλιπής αναγνώριση των συμπτωμάτων από τον ασθενή αλλά και η απουσία της κατάλληλης θεραπείας. Ο οικογενειακός ιατρός δεν είναι σε θέση να εκτιμήσει τα συμπτώματα ή τα υποτιμά με αποτελέσματα να μην μπορεί να αναγνωρίσει μια ψυχική διαταραχή. Έτσι, η συμπεριφορά του ψυχικά πάσχοντος ηλικιωμένου χαρακτηρίζεται ως απρόβλεπτη, ενοχλητική, προσποιητή ή ορισμένες φορές αποδίδεται στην λήψη πολλών φαρμάκων. Επιπλέον, σε ένα ηλικιωμένο ασθενή εξετάζεται τόσο η οπτική όσο και η ακουστική λειτουργία, η ικανότητα φροντίδας του εαυτού, οι γνωστικές λειτουργίες, η διατροφική κατάσταση του ατόμου αλλά και τυχόν αναφερόμενες πτώσεις. Οι πτώσεις αποτελούν σοβαρό πρόβλημα με σημαντικές επιπτώσεις για την υγεία τους λαμβάνοντας υπόψιν ότι το 1/3 των ατόμων ηλικίας άνω των 65 ετών αναφέρει πτώσεις.

Πιθανοί παράγοντες που ενοχοποιούνται είναι:

- οι εκφυλιστικές αλλοιώσεις στις αρθρώσεις
- η κατάθλιψη
- η έκπτωση γνωστικών λειτουργιών
- ορισμένα προβλήματα όρασης
- μυϊκή αδυναμία αλλά και
- η λήψη φαρμάκων διαφορετικής κατηγορίας το κάθε ένα.

Τέλος, η κλινική εκτίμηση του ηλικιωμένου συμπληρώνεται με ένα βιοχημικό και εργαστηριακό έλεγχο που περιλαμβάνει εκτός από τις συνηθισμένες εξετάσεις και εξέταση βιταμίνης B12 αλλά και φυλλικού οξέος τα οποία είναι υπεύθυνα τόσο για σωματικά ενοχλήματα όσο και για ψυχιατρικά συμπτώματα.

ΑΝΟΙΑ

Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, μια από τις πιο συχνές νόσους η οποία συναντάται με την κατάθλιψη σε ένα ποσοστό πασχόντων είναι η άνοια. Οι άνοιες αποτελούν την κλινική έκφραση πολλών νευροεκφυλιστικών νοσημάτων, με συχνότερες την νόσο Alzheimer και την αγγειακή άνοια. Παράλληλα, η άνοια μπορεί να αποτελέσει και το τελικό αποτέλεσμα ποικίλων άλλων αιτιών που πλήττουν δυσμενώς την εγκεφαλική λειτουργία. Οι ανοικές νόσοι αποτελούν σοβαρό πρόβλημα στις ανεπτυγμένες χώρες, με συχνότητα εμφάνισης στους ηλικιωμένους που υπερβαίνει το 15% και η οποία συνεχώς αυξάνεται (Skoog et al, 1993). Η άνοια ξεκινά ύπουλα και βαθμιαία επιδεινώνεται, μέσα σε μια χρονική διάρκεια μηνών ή και ετών. Ξεκινά με σωματικά ενοχλήματα που δεν είναι σαφή: ο ασθενής είναι κακοδιάθετος, παρουσιάζει ευερεθιστότητα και έλλειψη ενδιαφέροντος για τη ζωή. Το σημαντικότερο σύμπτωμα της νόσου είναι η διαταραχή της μνήμης. Ξεκινά με επανάληψη των ίδιων φράσεων, οι ασθενείς χρίζουν σημειώσεων για να θυμούνται, ενώ μερικοί πλάθουν μυθοπλασίες για να καλύψουν τα κενά που υπάρχουν στη μνήμη τους. Όσο τα ελλείματα της μνήμης γίνονται πιο εμφανή, καθίσταται και η καθημερινότητα τους πιο δύσκολη και επικίνδυνη, επειδή μπορεί να ξεχάσουν εστίες αναμμένες, βρύση ανοιχτή ή και να θέσουν τον εαυτό τους σε κίνδυνο όπως αν χαθούν στο δρόμο. Όσο προχωρά η νόσος, μειώνεται ακόμη περισσότερο η μνήμη και αλλάζει αρκετά η συμπεριφορά των ασθενών. Σταδιακά γίνονται παθητικοί, ευερέθιστοι, επιθετικοί και πλέον δεν παίρνουν πρωτοβουλίες. Σοβαρή επίπτωση υπάρχει και στην λειτουργικότητά τους, η οποία διαταράσσεται και έτσι δεν μπορούν να ανταπεξέλθουν στις καθημερινές και απλές δραστηριότητες τους πχ. να μαγειρέψουν, να ψωνίσουν, να χρησιμοποιήσουν τα μέσα μαζικής μεταφοράς, να διαχειριστούν τα οικονομικά τους. Παραμελούν την υγιεινή τους και έχουν

συναισθηματικές διαταραχές, εμφάνιση μελαγχολίας, αδιαφορίας καθώς και ψυχωτικά συμπτώματα όπως πχ. ότι κάποιος μπαίνει στο σπίτι και τους κλέβει πράγματα.

Νόσος Alzheimer

Ο Alois Alzheimer (1864-1915) περιγράφει για πρώτη φορά τα αποτελέσματα από τις εξετάσεις που έκανε στο εργαστήριο του, τον Νοέμβριο του 1906, για μια άγνωστη νευρολογική ασθένεια που πρωτοεμφανίστηκε σε μία ασθενή, η οποία πέθανε μετά από τέσσερα χρόνια από πνευμονία εξαιτίας της εξελισσόμενης άνοιας. Ήταν ο πρώτος που συνέδεσε την εμφάνιση και την επέκταση της ασθένειας με τις γεροντικές ή αμυλοειδικές πλάκες (senile plaques). Η νόσος Alzheimer είναι η πιο συνηθισμένη μορφή και αποτελεί το 50-70% των περιπτώσεων της άνοιας. Είναι μια νευροεκφυλιστική νόσος, η οποία εξελίσσεται προοδευτικά και κλινικά εκδηλώνεται μετά τα 60 έτη. Περιλαμβάνει 6 παθολογοανατομικά στάδια τα οποία σε συνδυασμό με τα συμπτώματα που εμφανίζει ο ασθενής μας δίνουν μια ολοκληρωμένη κλινική εικόνα (Cooper et al, 1991). **Τα πιο συνηθισμένα συμπτώματα που εμφανίζονται είναι τα εξής:**

- διαταραχή της όσφρησης με αδυναμία διάκρισης των οσμών κατά τα πρώιμα στάδια
- προοδευτική απώλεια της πρόσφατης αρχικά και της αναδρομικής μνήμης αργότερα, που αποτελεί και το θεμελιώδες χαρακτηριστικό της νόσου
- κλονισμός της προσωπικότητας
- παραληρητικές ιδέες
- διαταραχές αναγνώρισης προσώπων
- διαταραχές της συμπεριφοράς

Επειδή σε πολλούς καταθλιπτικούς ηλικιωμένους ασθενείς η συμπτωματολογία της κατάθλιψης συνοδεύεται από μεγάλη έκπτωση των νοητικών ικανοτήτων, είναι φρόνιμο να θεωρείται κάθε πρωτοεμφανιζόμενη ανοική συμπτωματολογία ως οφειλόμενη σε κατάθλιψη και να αντιμετωπίζεται αναλόγως. Αν πρόκειται για κατάθλιψη, τα ανοϊκά φαινόμενα θα υποχωρήσουν μαζί με την κατάθλιψη, κάτι που δεν θα συμβεί σε περίπτωση νόσου Alzheimer. Η αιτιολογία της νόσου είναι άγνωστη. Στους παράγοντες κινδύνου περιλαμβάνονται:

- ηλικία
- οικογενειακό ιστορικό
- εγκεφαλικά επεισόδια
- βενζοδιαζεπίνες, αντιχολινεργικά φάρμακα
- κατάθλιψη

Από τους μηχανισμούς που θεωρείται ότι ενοχοποιούνται για την παθογένεια της κατάθλιψης, ένας αριθμός φαίνεται να είναι κοινός και στη νόσο του Alzheimer. Μάλιστα ένας αυξανόμενος αριθμός

δεδομένων συνηγορεί στο ότι η εμφάνιση κατάθλιψης στο ατομικό ιστορικό, μπορεί να αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη της νόσου Alzheimer, δίνοντας παράλληλα έμφαση τόσο στον αριθμό των καταθλιπτικών επεισοδίων, όσο και στην ηλικία έναρξής τους. Μια πιθανή εξήγηση φαίνεται να είναι και το ότι το χρόνιο στρες που απαντάται συχνά στους καταθλιπτικούς ασθενείς, ενεργοποιεί τους μηχανισμούς που σχετίζονται με την εμφάνιση της νόσου Alzheimer. Σημαντικός αριθμός επιδημιολογικών μελετών προτείνουν ότι η καταθλιπτική διαταραχή στο ιστορικό του ασθενούς, συσχετίζεται με αυξημένη πιθανότητα ανάπτυξης γνωστικών διαταραχών(Castaneda, A.E., Tuulio-Henriksson, A., Marttunen, M., Suvisaari, J., Lönnqvist, J., A review on cognitive impairments in depressive and anxiety disorders with a focus on young adults. *J. Affect. Disord.* 2008, 106, 1–27) και ειδικότερα με τη νόσο του Alzheimer (Ownby, R.L., Crocco, E., Acevedo, and A., John, V., Lowenstein, D., Depression and risk for Alzheimer disease: systematic review, meta-analysis, and metaregression analysis. *Arch. Gen. Psychiatry* 2006, 63, 530–538). Είναι βέβαια γνωστό πως κατά τη διάρκεια ενός καταθλιπτικού επεισοδίου κυρίως σε ηλικιωμένα άτομα μπορούν να εμφανιστούν γνωστικές διαταραχές, “δίκην άνοιας”. Αυτές είναι γνωστές ως ψευδοάνοιες. Ο όρος “ψευδοάνοια” χρησιμοποιείται για να περιγράψει μια κλινική εικόνα που χαρακτηρίζεται από κατάθλιψη σε συνδυασμό με ελάττωση των γνωστικών λειτουργιών, η οποία απαντά θετικά στην αντικαταθλιπτική αγωγή και υποχωρεί με την ύφεσή της, σε αντίθεση με την κλασική άνοια η οποία έχει προοδευτική μορφή (Gualtieri, C.T., Johnson, L.G. Age-related cognitive decline in patients with mood disorders. *Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry* 2008. 32,962–967). Για τον λόγο αυτό, θα πρέπει να γίνει ορθή διαφοροδιάγνωση μεταξύ της άνοιας και της ψευδοάνοιας. Η συστηματική ανάλυση του Ownby και των συνεργατών του που έγινε το 2006 και στην οποία εξετάστηκαν τα αποτελέσματα δεκάδων επιδημιολογικών μελετών κατέληξε ότι:

- Καταθλιπτική διαταραχή στο ιστορικό σχετίζεται με αυξημένη πιθανότητα ανάπτυξης ΝΑ. Από αυτό το συμπέρασμα προκύπτει ότι αναφερόμαστε σε πιθανούς κοινούς θεραπευτικούς στόχους, αφού θεραπεύοντας αποτελεσματικά μια κατάθλιψη σήμερα, πιθανόν προλαμβάνουμε μια εξέλιξη σε ΝΑ στο μέλλον.
- Υπάρχει θετική χρονική συσχέτιση μεταξύ εμφάνισης του καταθλιπτικού επεισοδίου και πιθανότητας ανάπτυξης της ΝΑ. Δηλαδή όσο αυξάνεται η χρονική απόσταση ανάμεσα στο καταθλιπτικό επεισόδιο και στην εμφάνιση της ΝΑ τόσο οι πιθανότητες γίνονται πιο ευδιάκριτες (Ownby, R.L., Crocco, E., Acevedo, A., John, V., Loewenstein, D., Depression and risk for Alzheimer disease: systematic review, meta-analysis, and metaregression analysis. *Arch. Gen. Psychiatry* 2006, 63, 530–538).

Η ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

Η πιο συχνή συναισθηματική διαταραχή στην Τρίτη ηλικία είναι η κατάθλιψη. Θεωρείται ότι η κατάθλιψη, η έναρξη της οποίας τοποθετείται στην ηλικία των 50 ετών, αποτελεί δυσμενή δείκτη για το γήρας.

Ορισμένες από τις πιο συνηθισμένες παθολογικές καταστάσεις που συνοδεύονται από κάποιο βαθμό κατάθλιψης είναι: τα κακοήθη νοσήματα, τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, η καρδιακή ανεπάρκεια αλλά και η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια.

Από την άλλη πλευρά υπάρχουν παθολογικές καταστάσεις οι οποίες μπορεί να εκδηλωθούν με καταθλιπτικά συμπτώματα όπως ο υποθυρεοειδισμός, οι κακοήθειες του κεντρικού νευρικού συστήματος, η νόσος Alzheimer. Δυστυχώς, η πρόγνωση είναι δυσμενής και αυτό συμβαίνει διότι η κατάθλιψη δεν μπορεί να αντιμετωπιστεί με την κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή και αυτό συμβαίνει για δυο κυρίως λόγους: ο πρώτος λόγος είναι επειδή συνοδεύεται από υψηλού βαθμού θνησιμότητα συνήθως από καρδιολογικά προβλήματα και ο δεύτερος λόγος είναι ότι οι ασθενείς άνω των 65 ετών που παρουσιάζουν κατάθλιψη έχουν εντονότερη αυτοκαταστροφική συμπεριφορά σε σύγκριση με οποιαδήποτε άλλη ομάδα ασθενών.

ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Στην αιτιοπαθογένεια της κατάθλιψης στην τρίτη ηλικία περιλαμβάνονται βιολογικά και ψυχοκοινωνικά μοντέλα. Στατιστικές μελέτες έχουν δείξει ότι περισσότερο από το 60% των ασθενών με κατάθλιψη βρίσκονται σε ψυχοπαιστικές καταστάσεις όπως είναι η φτώχεια, χρόνια προβλήματα υγείας και ψυχολογικές μορφές επιβάρυνσης. Οι βιολογικές αλλοιώσεις στον εγκέφαλο μπορούν να προδιαθέτουν την ευαλωτότητα στην κατάθλιψη. Η χρήση απεικονιστικών τεχνικών όπως αξονικής τομογραφίας και μαγνητικής τομογραφίας σε καταθλιπτικούς ασθενείς ηλικίας άνω των 65 ετών έδειξε μορφολογικές αλλαγές οι οποίες περιλαμβάνουν αύξηση του εύρους του συστήματος κοιλιών και αλλοιώσεις αρτηριοσκληρωτικού χαρακτήρα, γεγονός το οποίο δεν συναντάται σε νεαρούς καταθλιπτικούς ασθενείς. Τέλος, τα νευρολογικά νοσήματα και τα παθολογικά προβλήματα υγείας αποτελούν παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση της κατάθλιψης στην τρίτη ηλικία.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Η κατάθλιψη στην τρίτη ηλικία μπορεί να εμφανιστεί με τις εξής κλινικές μορφές: *μείζων καταθλιπτικό επεισόδιο, υποτροπιάζουσα κατάθλιψη, ελάσσων καταθλιπτική διαταραχή τύπου δυσθυμίας, μικτή αγχώδης και καταθλιπτική διαταραχή*. Επίσης, έχει χαρακτηριστεί ως *σύνδρομο χαμαιλέοντος*. Αυτό σημαίνει ότι στην κλινική εικόνα δεν είναι περισσότερο προβαλλόμενες οι διαταραχές του συναισθήματος αλλά οι διαταραχές της συμπεριφοράς, της ψυχοκινητικότητας και των γνωστικών λειτουργιών.

Τα σωματικά συμπτώματα μπορεί να είναι τυπικά ή άτυπα, χωρίς σαφή εντόπιση. Η μειωμένη διάθεση, η διαταραχή της μνήμης, το έντονο άγχος, η απάθεια, το μειωμένο κίνητρο και η αυπνία είναι κάποια από τα συμπτώματα και όλη αυτή η κλινική εικόνα μας δείχνει την συγκαλυμμένη κατάθλιψη.

Η εξέλιξη της νόσου είναι χρόνια και υποτροπιάζουσα. Ηλικιωμένοι ασθενείς οι οποίοι εμφανίζουν την νόσο σε μεγαλύτερη ηλικία έχουν μικρότερα ποσοστά οικογενειακού ιστορικού κατάθλιψης, μεγαλύτερα ποσοστά ανοϊκών συνδρόμων και σοβαρότερου βαθμού νευροψυχολογικά ελλείματα όπως είναι οι σοβαρές αισθητηριακές διαταραχές.

Στη σημερινή εποχή ως η πλέον οργανική κατάθλιψη είναι η όψιμης έναρξης κατάθλιψη. Οι ασθενείς αυτού του είδους κατάθλιψης εμφανίζουν γνωστικές διαταραχές, μεγάλου βαθμού αναπηρία, απουσία οικογενειακού ιστορικού κατάθλιψης και μικρότερου βαθμού συμμετοχή των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας.

Σε αντίθεση με την πρόιμη έναρξη της κατάθλιψης δηλαδή η κατάθλιψη η οποία ξεκινά πριν από την ηλικία των 60 ετών, σχετίζεται με χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, οικογενειακό ιστορικό ψυχικής διαταραχής και αρκετά μεγάλου βαθμού δυσλειτουργία στις διαπροσωπικές σχέσεις.

Ο παθογενετικός μηχανισμός της γηριατρικής κατάθλιψης δεν είναι ακόμη κατανοήτος. Παρόλα αυτά, μείζονος σημασίας θεωρείται η δυσλειτουργία της επικοινωνίας ανάμεσα στο μετωπιαίο λοβό και τα βασικά γάγγλια το οποίο είναι υπεύθυνο για την δυσλειτουργία των εκτελεστικών ικανοτήτων δηλαδή της εγκεφαλικής λειτουργίας που είναι υπεύθυνη για την οργάνωση, τον προγραμματισμό και την εκτέλεση σύνθετων δραστηριοτήτων.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣΚΕΦΑΛΑΙΟ 10ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣΒΑΣΙΚΑ ΣΤΑΔΙΑ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑΣ ΤΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΩΝ ΕΡΓΑΣΙΩΝ

Τα βασικά στάδια προετοιμασίας των επιστημονικών εργασιών με βάση την σύγχρονη βιβλιογραφία είναι τα εξής:

- 1) Η επιλογή και η οριοθέτηση του αντικειμένου της έρευνας
- 2) Η βιβλιογραφική έρευνα
- 3) Η συστηματική επιλογή, μελέτη, καταγραφή και αρχειοθέτηση των κύριων βιβλιογραφικών πηγών, ώστε να αποσαφηνισθούν:
 - οι κύριες έννοιες, το περιεχόμενο και τα όρια του θέματος
 - η μεθοδολογία για τη διερεύνησή του
- 4) Η επανεξέταση και η διατύπωση του προβλήματος με βάση τις γνώσεις από τη βιβλιογραφική έρευνα (literature overview)
- 5) Η οριστική επιλογή της μεθοδολογίας
- 6) Ο σχεδιασμός της έρευνας αναφορικά με:
 - το μοντέλο το οποίο πρόκειται να χρησιμοποιηθεί,
 - τα μέσα συγκέντρωσης των απαραίτητων στατιστικών στοιχείων, π.χ. ερωτηματολόγια, συνεντεύξεις, αρχεία κ.λ.π. και η διεξαγωγή ελέγχων αξιοπιστίας,
 - το δείγμα της έρευνας,
 - τους τρόπους καταχώρησης και επεξεργασίας των στοιχείων,
 - την προετοιμασία των ατόμων που, εκτός των ερευνητών, θα ασχοληθούν με τη διεξαγωγή της έρευνας, π.χ. με τη συμπλήρωση και τη συγκέντρωση των ερωτηματολογίων, την καταχώρηση των στοιχείων κ.λ.π.
- 7) Η συγκέντρωση των στατιστικών στοιχείων, η ταξινόμηση και η αρχειοθέτησή τους

- 8) Η καταχώρηση των στοιχείων στον ηλεκτρονικό υπολογιστή και ο προσεκτικός έλεγχος για τυχόν λάθη καταχώρησης
- 9) Η στατιστική επεξεργασία των στοιχείων
- 10) Η εξαγωγή των πρώτων αποτελεσμάτων και η ερμηνεία τους
- 11) Η εξαγωγή των συμπερασμάτων και η σύγκρισή τους με τα συμπεράσματα άλλων σχετικών ερευνών
- 12) Η διαπίστωση του κατά πόσο οι βασικές υποθέσεις της έρευνας (hypotheses) έχουν ή όχι επαληθευτεί (Μεθοδολογία έρευνας, εφαρμογές στο χώρο της υγείας, Σαχίνη- Καρδάση εκδόσεις Βήτα, γ' έκδοση).

Η Επιλογή και η Οριοθέτηση του Αντικειμένου της Έρευνας

1. Παράγοντες και κριτήρια επιλογής του θέματος της έρευνας

Όπως προαναφέρθηκε ήδη, η επιλογή και η οριοθέτηση του αντικειμένου της έρευνας, και πιο συγκεκριμένα, η οριστική διατύπωση του θέματος ή του τίτλου της εργασίας, αποτελούν μια αρκετά δύσκολη και απαιτητική διανοητική διεργασία.

Σε ότι αφορά ειδικότερα το συγκεκριμένο πρόγραμμα, όπου απαιτείται η ολοκλήρωση μιας εργασίας από τους φοιτητές και τις φοιτήτριες του Μεταπτυχιακού, ως κριτήρια για την επιλογή του θέματος είναι καλό κατ' αρχήν να θεωρούνται: *το προσωπικό ενδιαφέρον για ένα θέμα, η απορία και η ύπαρξη βασικών ερωτημάτων τα οποία απαιτούν απαντήσεις προκειμένου να διαπιστωθεί ή να γίνει γνωστό κάτι ή ακόμη και να προχωρήσει μια ανακάλυψη*. Η επιλογή του θέματος με βασικό κριτήριο το ενδιαφέρον του ερευνητή βοηθά ώστε η ενασχόληση του με αυτό να αποτελεί πηγή ευχαρίστησης, ικανοποίησης, εφορίας και όχι ανώφελη θυσία χρόνου και κόπου ή ακόμη λόγο πίεσης και δυσαρέσκειας. Η σχέση με το αντικείμενο των σπουδών η οποία θα επιτρέψει όχι μόνο την αξιοποίηση των γνώσεων που υπάρχουν, αλλά θα λειτουργήσει και ως κίνητρο αναζήτησης και συμπλήρωσης χρήσιμων συμπληρωματικών γνώσεων. Δηλαδή, το αντικείμενο των σπουδών ίσως θα πρέπει να αποτελεί ένα είδος 'πλατφόρμας' για την επιλογή του θέματος. Αυτό σημαίνει ότι, η απόφαση ενασχόλησης με ένα θέμα είναι καλό και χρήσιμο να συνδέεται κατά κάποιο τρόπο και να αποτελεί μέρος των μελλοντικών σχεδίων, επιδιώξεων και φιλοδοξιών τους σε επαγγελματικό ή προσωπικό επίπεδο. Έτσι, ο χρόνος που θα απαιτηθεί κάθε άλλο παρά χαμένος μπορεί να θεωρηθεί. Αντίθετα θα αποτελεί ένα είδος επένδυσης για την πραγματοποίηση των μελλοντικών 'κύριων' στόχων τους.

2. Προβληματισμοί σχετικά με την επιλογή του θέματος

Αναπόφευκτα η επιλογή του θέματος της εργασίας, όπως και κάθε επιστημονικής έρευνας, συνδέεται με κάποιους προβληματισμούς που κυρίως συνδέονται με τα παρακάτω αναφερόμενα προβλήματα:

- 1) Να επιλέξω εύκολο ή δύσκολο θέμα;
- 2) Ποιο θέμα αξίζει τον κόπο να ασχοληθώ;
- 3) Τα αποτελέσματα θα προσελκύουν το ευρύτερο ενδιαφέρον;
- 4) Συνδέεται με πολλούς χώρους όπως:
 - εννοιολογικούς,
 - επαγγελματικούς
 - επιστημονικούς
- 5) Θα τα καταφέρω;
- 6) Τι προσπάθεια συνεπάγεται;
- 7) Πόσος χρόνος απαιτείται;

Η επιστημονική προσέγγιση είναι η πιο προχωρημένη μέθοδος απόκτησης γνώσης που έχει αναπτυχθεί. Συνδυάζει τρόπους λογικού συλλογισμού με άλλα χαρακτηριστικά για να δημιουργήσει ένα σύστημα λύσης του προβλήματος που είναι αξιόπιστο από τους υπόλοιπους τρόπους απόκτησης γνώσης.

ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η επιστημονική προσέγγιση στην έρευνα αναφέρεται σε μια γενική σειρά συστηματικών, ελεγχόμενων διαδικασιών τα οποία χρησιμοποιούνται για να αποκτηθεί εξαρτημένη και χρήσιμη πληροφορία. Τα χαρακτηριστικά της επιστημονικής έρευνας είναι τα εξής:

- Τάξη και συστηματικότητα: ο ερευνητής κινείται με τακτικό και συστηματικό τρόπο από τον ορισμό του προβλήματος, μέσω του σχεδίου μελέτης και της συλλογής δεδομένων στη λύση του προβλήματος.
- Έλεγχος: περιλαμβάνει την επιβολή συνθηκών στην ερευνητική κατάσταση, ώστε να ελαχιστοποιηθούν οι προκαταλήψεις και να αυξηθεί η ακρίβεια και η εγκυρότητα.

- Εμπειρική μαρτυρία: στηρίζεται στην αντικειμενική πραγματικότητα που συγκεντρώνεται άμεσα ή έμμεσα μέσω των ανθρώπινων αισθήσεων.
- Γενίκευση: ένας σημαντικός σκοπός της επιστήμης είναι να κατανοεί τα φαινόμενα σε μια ευρεία, γενική έννοια (Μεθοδολογία έρευνας, εφαρμογές στο χώρο της υγείας, Σαχίνη-Καρδάση εκδόσεις Βήτα, γ' έκδοση).

ΣΚΟΠΟΙ ΚΑΙ ΤΥΠΟΙ ΤΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Οι βασικοί στόχοι της επιστημονικής έρευνας είναι: α) να αναπτύσσει ερμηνείες της πραγματικότητας και β) να βρίσκει λύσεις σε διάφορα προβλήματα.

*Η έρευνα που γίνεται για ανάπτυξη θεωρίας ονομάζεται **βασική ή καθαρή έρευνα** σε αντίθεση η έρευνα που κατευθύνεται προς λύση πρακτικών προβλημάτων ονομάζεται **εφαρμοσμένη έρευνα**.*

Η διάκριση αυτή ανάμεσα στην βασική και εφαρμοσμένη έρευνα ελαχιστοποιείται στην επιστήμη της νοσηλευτικής. Ο πρώτος λόγος που συμβαίνει αυτό είναι διότι είναι αρκετά δύσκολη η περιγραφή ερευνητικών μελετών στην νοσηλευτική. Αυτό προκύπτει από το γεγονός ότι εμπλέκονται και άλλοι παράγοντες όπως το stress, η αντιμετώπιση από τους αρρώστους, τα πιστεύω τους για την υγεία.

Επιπρόσθετα, η επεξηγηματική έρευνα σχεδιάζεται για να διαπιστώσει το <<γιατί>> ενός συγκεκριμένου φυσικού φαινομένου. Πόσο εφικτό μπορεί να είναι αυτό σε ένα χώρο όπου παρέχονται υπηρεσίες φροντίδας και εμπλέκονται τόσο εσωτερικοί όσο και εξωτερικοί παράγοντες όπως το οικογενειακό περιβάλλον;

Επίσης, είναι συχνά δυνατό να γίνει πρόβλεψη και έλεγχος φαινομένων με βάση τα ευρήματα από τις επιστημονικές έρευνες. Όμως, στις νοσηλευτικές μελέτες ή σε μελέτες που αφορούν την υγεία η πρόβλεψη και ο έλεγχος αποτελούν βασικούς αντικειμενικούς σκοπούς.

ΜΕΘΟΔΟΙ ΓΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ

Οι μέθοδοι που οι νοσηλευτές ερευνητές χρησιμοποιούν προκειμένου να μελετήσουν προβλήματα ενδιαφέροντος στην ανάπτυξη επιστημονικής βάσης για τη νοσηλευτική είναι ποικίλες. Συχνά, γίνεται διάκριση ανάμεσα σε δύο μεγάλες προσεγγίσεις για συλλογή επιστημονικών πληροφοριών: *την ποσοτική και την ποιοτική* (American Nurses Association, cabinet on nursing research- directions for nursing research, Kansas city).

Η ποσοτική έρευνα περιλαμβάνει τη συστηματική συλλογή αριθμητικών πληροφοριών και την ανάλυση τους. **Η ποιοτική έρευνα** περιλαμβάνει τη συστηματική συλλογή και ανάπτυξη υποκειμενικού διηγηματικού υλικού.

Η επιλογή της κατάλληλης μεθόδου εξαρτάται τόσο από την προτίμηση και τη φιλοσοφία του ερευνητή όσο και από την φύση της ερευνητικής ερώτησης (Polit, Hungler essentials of nursing research methods, appraisal and utilization, Philadelphia Lippincott, 1993).

Υπάρχουν σημαντικές διαφορές ανάμεσα σε αυτές τις δυο μεθόδους νοσηλευτικής έρευνας οι οποίες αναφέρονται ξεχωριστά:

Ποσοτική προσέγγιση:

- Εστιάζει σε σχετικά μικρό αριθμό συγκεκριμένων εννοιών
- Αρχίζει με προδιαμορφωμένες ιδέες για το πώς σχετίζονται οι έννοιες
- Χρησιμοποιεί δομημένες διαδικασίες και τυποποιημένα όργανα για συλλογή πληροφοριών
- Συλλέγει τις πληροφορίες υπό συνθήκες ελέγχου
- Δίνει έμφαση στην αντικειμενικότητα κατά την συλλογή και ανάλυση δεδομένων
- Αναλύει αριθμητικές πληροφορίες μέσω στατιστικών διαδικασιών

Ποιοτική προσέγγιση:

- Επιχειρεί να κατανοήσει την ολότητα κάποιου φαινομένου
- Έχει λίγες προδιαμορφωμένες ιδέες και τονίζει τη σπουδαιότητα της διερμηνείας γεγονότων και συνθηκών από τα άτομα
- Συλλέγει πληροφορίες χωρίς τυποποιημένα και δομημένα όργανα
- Δεν επιχειρεί να ελέγξει το πλαίσιο της έρευνας αλλά προσπαθεί να συλλάβει το πλαίσιο στην ολότητα του
- Αναλύει πληροφορίες με οργανωμένο και διαισθητικό τρόπο

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 20ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η συγκεκριμένη εργασία είναι ερευνητική και βασίζεται στην μελέτη ατόμων ηλικίας 65-85 (άνδρες-γυναίκες).

Στόχος της είναι:

- να φανεί αν και σε τι ποσοστό η τρίτη ηλικία μπορεί ή νοσεί από κατάθλιψη
- σε ποια δεκαετία παρατηρούνται τα περισσότερα περιστατικά κατάθλιψης
- αν η κατάθλιψη σχετίζεται με την παρουσία συμπτωμάτων άνοιας

Για την συγκεκριμένη μελέτη εκτός από την βιβλιογραφική αναφορά στο πρώτο μέρος όπου αναφέρεται η ιστορική αναδρομή της νόσου, η φύση, η συμπτωματολογία και η αντιμετώπιση της, για την ερευνητική μελέτη οι στόχοι επιτεύχθηκαν με την χρήση των παρακάτω διαγνωστικών κριτηρίων:

- *Standardized mini-mental state examination (SMMSE)*
- *Cornell scale for depression in dementia*
- *Geriatric depression scale (GDS)*

Ας αναλύσουμε κάθε διαγνωστικό κριτήριο ξεχωριστά για να διευκρινισθεί η ακριβής χρήση του στην συγκεκριμένη μελέτη:

Standardized mini-mental state examination (SMMSE)

Το διαγνωστικό αυτό τεστ χρησιμοποιείται για να εξετάσει τις ψυχομετρικές ιδιότητες και την αποδοχή σε μια εσωτερική ιατρική πρακτική. Το mini-mental State Examination (MMSE) ή δοκιμασία Folstein είναι μια σύντομη δοκιμή σε ένα ερωτηματολόγιο 30 σημείων που χρησιμοποιείται για την εξέταση της γνωστικής δυσλειτουργίας. Συνήθως χρησιμοποιείται στην ιατρική για τη διαλογή στην άνοια. Χρησιμοποιείται επίσης για να εκτιμηθεί η σοβαρότητα της γνωστικής εξασθένησης και να ακολουθήσει την πορεία του σε άλλες γνωστικές αλλαγές σε ένα άτομο σε συνάρτηση με το χρόνο με αποτέλεσμα να είναι ένας αποτελεσματικός τρόπος για να τεκμηριώσει ο θεράπων την απόκριση ενός ατόμου προς θεραπεία αποφάσεων. Χρειάζονται περίπου 10 λεπτά για να εξεταστούν κάποιες λειτουργίες όπως την αριθμητική, τη μνήμη και τον προσανατολισμό. Εισήχθη από Folstein et al το 1975. Η δοκιμή αυτή δεν είναι μια εξέταση της νοητικής κατάστασης. Το

τυποποιημένο έντυπο MMSE το οποίο δημοσιεύεται σήμερα από την Psychological Resources Assessment βασίζεται στην αρχική σύλληψη του 1975 με μικρές μεταγενέστερες τροποποιήσεις από τους συγγραφείς. Το τεστ MMSE περιλαμβάνει απλές ερωτήσεις και προβλήματα σε μια σειρά από τομείς όπως την ώρα και τον τόπο της εξέτασης, επανάληψη λέξεων, αριθμητική, τη χρήση της γλώσσας και την κατανόηση, και τις βασικές κινητικές δεξιότητες. Για παράδειγμα, ένα ερώτημα, που προέρχεται από την παλαιότερη Bender-Gestalt Test ζητά την αντιγραφή ενός σχεδίου δύο πεντάγωνων. Παρά το γεγονός ότι η συνεπής εφαρμογή των ίδιων ερωτήσεων αυξάνει την αξιοπιστία των συγκρίσεων που πραγματοποιήθηκαν με τη χρήση της κλίμακας, η δοκιμή είναι μερικές φορές προσαρμοσμένη για χρήση σε ασθενείς που είναι για παράδειγμα τυφλοί ή μερικώς ακινητοποιημένοι.

Οποιοδήποτε σκορ μεγαλύτερο από ή ίσο με 27 βαθμούς (από 30) δείχνει μια κανονική γνωστική λειτουργία. Κάτω από αυτό, η βαθμολογία μπορεί να υποδηλώνουν σοβαρή (≤ 9 μονάδες), μέτρια (10-18 βαθμοί) ή ήπια (19-24 βαθμοί), γνωστική δυσλειτουργία.

Η πρώτη βαθμολογία μπορεί επίσης να χρειασθεί να διορθωθεί για το μορφωτικό επίπεδο και την ηλικία. Χαμηλές έως πολύ χαμηλές βαθμολογίες σχετίζονται στενά με την παρουσία της άνοιας, αν και άλλες ψυχικές διαταραχές μπορούν επίσης να οδηγήσουν σε μη φυσιολογικά ευρήματα στις δοκιμές MMSE. Η παρουσία των καθαρά σωματικά προβλήματα μπορεί επίσης να παρεμβαίνει με την ερμηνεία, αν δεν σημειωθεί σωστά. Για παράδειγμα, ένας ασθενής μπορεί να είναι σωματικά σε θέση να ακούσει ή να διαβάσει τις οδηγίες σωστά, ή μπορεί να έχει ένα κινητικό έλλειμμα που επηρεάζει γραφής και σχεδίασης δεξιότητες.

Cornell scale for depression in dementia

Η κλίμακα έχει σχεδιαστεί ως ένα εργαλείο διαλογής και δεν είναι διαγνωστική. Περιλαμβάνει 2 βήματα:

- 1) Τις συνεντεύξεις του κλινικού φροντιστή του ατόμου για κάθε ένα από τα 19 σημεία της κλίμακας. Ο φροντιστής έχει εντολή να στηρίξει την έκθεσή του / της σχετικά με τις παρατηρήσεις της συμπεριφοράς του ατόμου κατά τη διάρκεια της εβδομάδας πριν από τη συνέντευξη.
- 2) Τις απαντήσεις του ίδιου του ασθενή κατά την διάρκεια της συνέντευξης. Ο συνολικός χρόνος είναι περίπου 30 λεπτά.

Η κλίμακα είναι πολύτιμη για να αποδείξει την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων που πραγματοποιήθηκαν κατά τη διάρκεια των συνεντεύξεων ιδιαίτερα σε ένα αντικαταθλιπτικό πλαίσιο

θεραπείας όταν θα έχει ολοκληρωθεί αρκετές εβδομάδες μετά. Κάθε θέμα βαθμολογείται σε μια κλίμακα δύο σημείων:

0 = απύσασα// 1 = ήπια ή διαλείπουσα//2 σοβαρή

Ο φροντιστής καλείται να περιγράψει τη συμπεριφορά του ατόμου που παρατηρείται κατά τη διάρκεια της εβδομάδας πριν από τη συνέντευξη. Δύο στοιχεία, "απώλεια ενδιαφέροντος" και "έλλειψη ενέργειας" αποτελούν μια διαταραχή που συμβαίνει κατά τη διάρκεια της εβδομάδας πριν από τη συνέντευξη με σχετικά οξείες αλλαγές σε αυτούς τους τομείς που συμβαίνουν σε λιγότερο από ένα μήνα. Σε αυτά τα 2 στοιχεία, ο φροντιστής έχει εντολή να υποβάλει έκθεση σχετικά με τη συμπεριφορά του ατόμου αυτού, κατά τη διάρκεια της εβδομάδας πριν από τη συνέντευξη και να δώσει στη συνέχεια την ιστορία της εμφάνισης των αλλαγών σε αυτούς τους 2 τομείς. Εάν υπάρχει διαφωνία μεταξύ της κλινικής εικόνας που έχει εκτιμηθεί από τον γιατρό και της έκθεσης του φροντιστή, ο φροντιστής καλείται να πραγματοποιήσει την συνέντευξη ξανά προκειμένου να διευκρινιστεί η πηγή της ασυμφωνίας.

Geriatric depression scale (GDS)

Η Γηριατρική Κλίμακα Κατάθλιψης (15-item Geriatric Depression Scale- GDS-15) είναι από τις λίγες που έχει σχεδιαστεί ειδικά για χρήση σε ηλικιωμένους, και έχει μεταφραστεί και σταθμιστεί στα ελληνικά. Είναι αυτοσυμπληρούμενη, αν και πολλές φορές κρίνεται σκόπιμο να την διαβάζει εξεταστής στον ασθενή. Οι 15 ερωτήσεις της συντομευμένης μορφής της απαιτούν μόνο μια απάντηση τύπου ΝΑΙ-ΟΧΙ και ως εκ τούτου είναι κλίμακα με εύκολη εφαρμογή. Εστιάζει κυρίως σε ψυχικές ανησυχίες του ασθενούς και στον τρόπο αντίληψης της ποιότητας της ζωής του, αποφεύγοντας ερωτήσεις για σωματικά ενοχλήματα (Φουντουλάκης & συν., 1999). Δεν περιέχει αντικείμενα για την εκτίμηση διεγερτικής ή ψυχωτικής συμπεριφοράς. Θεωρείται ότι καταγράφει μια γνωστική (σκεπτική) διάσταση της κατάθλιψης. Η GDS είναι μια ευρύτατα χρησιμοποιούμενη κλίμακα διεθνώς για την εκτίμηση της κατάθλιψης της τρίτης ηλικίας. Έχει αναπτυχθεί ακόμα και μια εκδοχή της για χρήση μέσω τηλεφώνου καθώς και έκδοση που συμπληρώνεται από συγγενή ή κάποιον που έχει την ευθύνη του ασθενή. Θεωρείται απαραίτητο βοήθημα στην κλινική πράξη (Yesavage JA: Depression in the Elderly: How to recognize masked symptoms and choose appropriate therapy. Postgrad Med 1992) .

Σύμφωνα με την Γηριατρική Κλίμακα Κατάθλιψης η βαθμολογία είναι η εξής:

0–5 βαθμοί αντιστοιχούν σε απουσία καταθλιπτικών συμπτωμάτων,

6–10 σε μέτρια κατάθλιψη και 11–15 σε σοβαρή κατάθλιψη.

Για τη συντομευμένη έκδοση η βαθμολογία είναι 12, είναι το καλύτερο διαγνωστικό όριο της κλίμακας GDS για τα ηλικιωμένα άτομα. Αυτό σημαίνει, ότι όσοι ηλικιωμένοι έχουν σκορ από 12 και πάνω θεωρείται ότι παρουσιάζουν αξιοσημείωτα στοιχεία κατάθλιψης.

ΔΕΙΓΜΑ- ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΕΠΙΛΟΓΗΣ

Στην συγκεκριμένη εργασία το δείγμα που χρησιμοποιήθηκε για τη μελέτη συγκεντρώθηκε από ιδιωτική ψυχιατρική κλινική της Λάρισας. Κατόπιν συνεννοήσεως με την διεύθυνση της κλινικής καθώς και με την επιστημονική διευθύντρια, οι επισκέψεις στη συγκεκριμένη δομή για την συμπλήρωση των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε την χρονική περίοδο Μάιος- Αύγουστος 2014. Στην παρούσα έρευνα έλαβαν μέρος 60 ηλικιωμένα άτομα, 37 γυναίκες και 23 άνδρες, (ηλικία 65-85 ετών). Στη συνέχεια κατηγοριοποιήθηκαν σε άνδρες 65-75 ετών// άνδρες 75 -85 ετών και γυναίκες 65-75 ετών// γυναίκες 75-85 ετών.

Ενημερώθηκαν όλοι όσοι πληρούσαν τα παραπάνω κριτήρια σχετικά με το σκοπό της μελέτης και τη διαδικασία και παράλληλα διευκρινίστηκε ότι η συμμετοχή ήταν προαιρετική. Όσοι δέχτηκαν να συμμετάσχουν, ήταν άτομα συνεργάσιμα. Η λίστα των ατόμων που αποτέλεσε το δείγμα ήταν από ασθενείς οι οποίοι ήταν αρκετό καιρό νοσηλευόμενοι στη δομή με ελάχιστες εξαιρέσεις ορισμένους οι οποίοι εισήχθησαν πρόσφατα ή έρχονταν για τυπικό ραντεβού με την ψυχίατρο της κλινικής. Παράλληλα, τηρήθηκε η ανωνυμία των ατόμων. Οι συγκεκριμένες ομάδες ατόμων συμμετείχαν σε προσωπικές συνεντεύξεις και απάντησαν στις ερωτήσεις των ερωτηματολογίων που έχουν προαναφερθεί. Η πλειοψηφία των ατόμων απάντησε σε όλες σχεδόν τις ερωτήσεις με εξαίρεση κάποια άτομα τα οποία αρνήθηκαν να απαντήσουν σε ορισμένες ερωτήσεις και αυτό γιατί αρνούσαν να κατανοήσουν τον τύπο της ερώτησης.

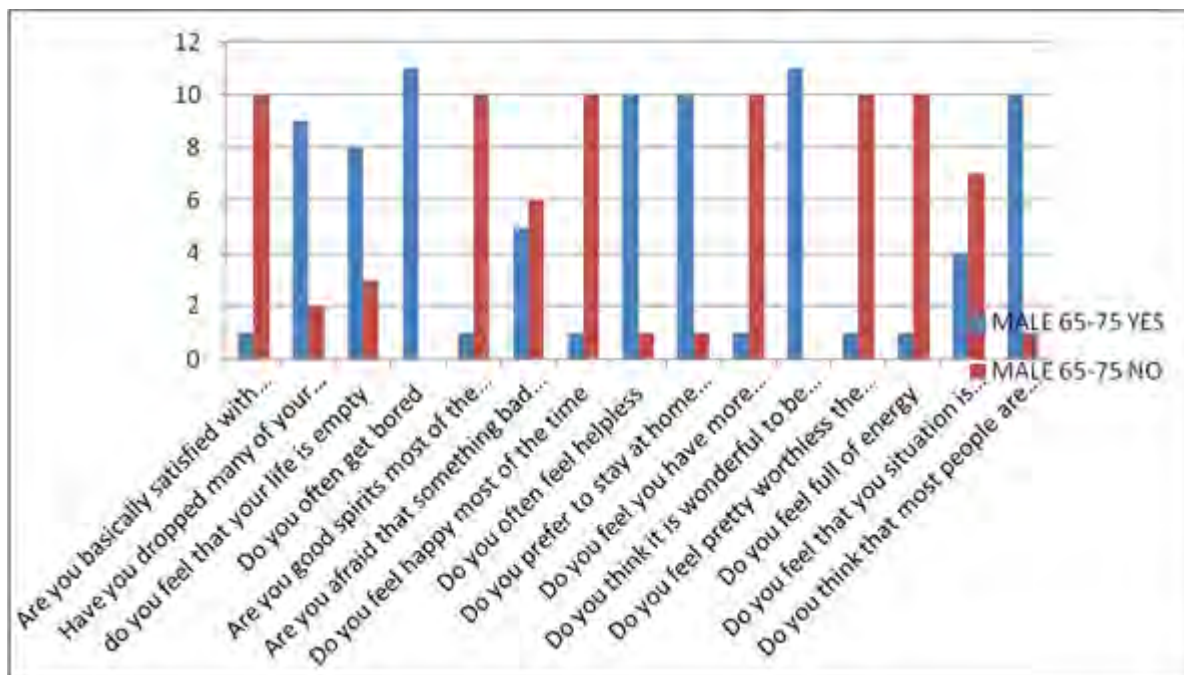
ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ

Ένα πρόβλημα που συχνά απαντάται στην κλινική πράξη είναι το κατά πόσον η εφαρμογή της GDS είναι αξιόπιστη σε ασθενείς με άνοια ή γενικότερα με σημαντική έκπτωση των γνωσιακών τους λειτουργιών. Γενικά, θεωρείται ότι το χαμηλότερο όριο του MMSE μέχρι το οποίο η εφαρμογή της GDS παραμένει έγκυρη κι αξιόπιστη είναι το >12.

Σημειωτέων, ότι όλα τα άτομα της παρούσας μελέτης είχαν σκορ στο MMSE από 12 και πάνω και η εφαρμογή της GDS είναι αξιόπιστη κι έγκυρη.

Πίνακας 1 : Άντρες σε ηλικία 65-75 ετών

MALE 65-75		
QUESTION	YES	NO
Are you basically satisfied with your life	1	10
Have you dropped many of your activities and interests	9	2
do you feel that your life is empty	8	3
Do you often get bored	11	
Are you good spirits most of the time	1	10
Are you afraid that something bad is going to happen to you	5	6
Do you feel happy most of the time	1	10
Do you often feel helpless	10	1
Do you prefer to stay at home rather than go out do new things	10	1
Do you feel you have more problems with your memory than most	1	10
Do you think it is wonderful to be alive now	11	
Do you feel pretty worthless the way you are now	1	10
Do you feel full of energy	1	10
Do you feel that you situation is hopeless	4	7
Do you think that most people are better than you are	10	1



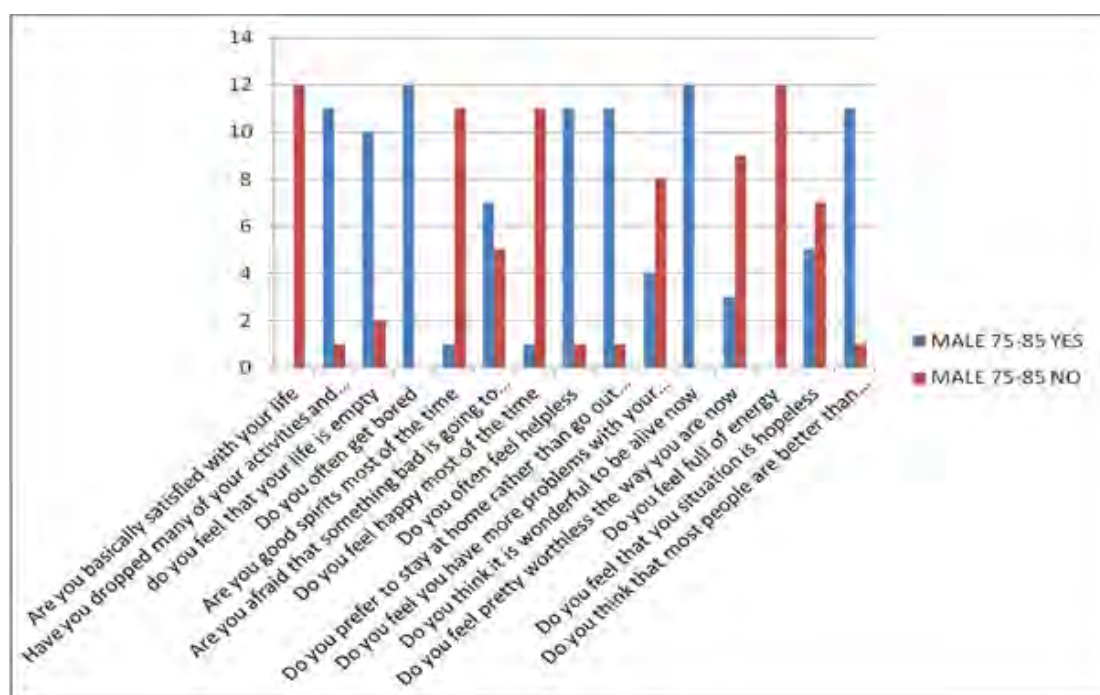
Στον πίνακα 1 της έρευνας που διεξήχθη σε άντρες ηλικίας 65-75 ετών παρατηρείται ότι **91%** των ερωτηθέντων δεν είναι ευχαριστημένοι από τη ζωή τους, το **82%** εγκατέλειψαν τις δραστηριότητες και τα ενδιαφέροντα τους και το **18%** συνεχίζει να παραμένει ενεργό. Ένα ποσοστό **73%** θεωρούν τη ζωή τους κενή, ενώ **100%** των ερωτηθέντων δηλώνει ότι βαριέται συχνά. Το **91%** έχουν χάσει το κέφι τους, ενώ το ποσοστό που δηλώνει φόβο ανέρχεται στο **45%**. Το ίδιο μεγάλο ποσοστό (**91%**) παρατηρείται ότι αρνούνται ή αγνοούν αν έχουν πρόβλημα στη μνήμη τους, ενώ σε αυτό το ποσοστό ανέρχονται και αυτοί που θεωρούν ότι η κατάσταση τους είναι απελπιστική και ότι υπάρχουν άνθρωποι που βρίσκονται σε καλύτερη κατάσταση από αυτούς. Παρόλο που τα αποτελέσματα είναι αρνητικά και δείχνουν σε μεγάλο ποσοστό τάσεις άνοιας και κατάθλιψης, όλοι οι ερωτηθέντες δηλαδή το **100%** θέλουν και χαίρονται που είναι ζωντανοί.

Όπως παρατηρούμε στον **πίνακα 2**, στην έρευνα που διεξήχθη σε άντρες ηλικίας 75-85 ετών, τα ποσοστά κυμαίνονται στο ίδιο περίπου ύψος με αυτά της προηγούμενης έρευνας με μια άνοδο που φτάνει το **10%** και δηλώνει αύξηση της κατάθλιψης. Το **100%** των ερωτηθέντων δεν είναι ευχαριστημένοι από τη ζωή τους, ένα **92%** εγκατέλειψαν τις δραστηριότητες και τα ενδιαφέροντα τους και μόνο ένα **8%** συνεχίζει να παραμένει ενεργό. Ένα ποσοστό **83%** θεωρούν τη ζωή τους κενή, ενώ **100%** των ερωτηθέντων δηλώνει ότι βαριέται συχνά. **92%** έχουν χάσει το κέφι τους, ενώ το ποσοστό που δηλώνει φόβο αυξάνεται στο **58%**.

Παρόλο που και σε αυτή την κατηγορία τα αποτελέσματα είναι αρνητικά και δείχνουν σε μεγάλο ποσοστό τάσεις άνοιας και κατάθλιψης, όλοι οι ερωτηθέντες δηλαδή το **100%** θέλουν και χαίρονται που είναι ζωντανοί.

Πίνακας 2 : Άντρες σε ηλικία 75-85 ετών

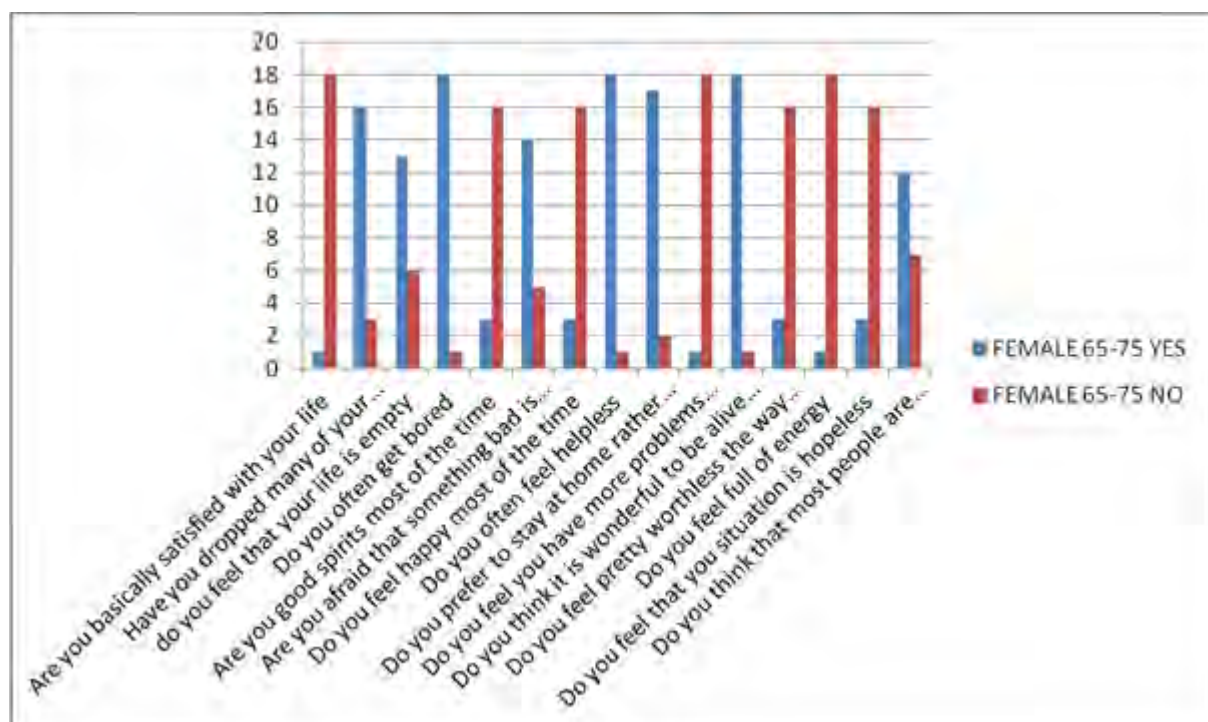
MALE 75-85		
QUESTION	YES	NO
Are you basically satisfied with your life		12
Have you dropped many of your activities and interests	11	1
do you feel that your life is empty	10	2
Do you often get bored	12	
Are you good spirits most of the time	1	11
Are you afraid that something bad is going to happen to you	7	5
Do you feel happy most of the time	1	11
Do you often feel helpless	11	1
Do you prefer to stay at home rather than go out do new things	11	1
Do you feel you have more problems with your memory than most	4	8
Do you think it is wonderful to be alive now	12	
Do you feel pretty worthless the way you are now	3	9
Do you feel full of energy		12
Do you feel that you situation is hopeless	5	7
Do you think that most people are better than you are	11	1



Στον πίνακα 3 της έρευνας καταγράφονται τα αποτελέσματα σε γυναίκες ηλικίας 65-75 ετών, όπου παρατηρείται ότι 95% των ερωτηθέντων δεν είναι ευχαριστημένοι από τη ζωή τους, το 84% εγκατέλειψαν τις δραστηριότητες και τα ενδιαφέροντα τους και ένα 16% συνεχίζει να παραμένει ενεργό. Όπως στους άντρες έτσι και στις γυναίκες το μεγαλύτερο ποσοστό 95% θεωρούν τη ζωή τους κενή, ενώ το 95% των ερωτηθέντων δηλώνει ότι βαριέται συχνά. Το ποσοστό που δηλώνει φόβο στις γυναίκες είναι σχεδόν το διπλάσιο από αυτό των αντρών και ανέρχεται στο 74%. 84 % δεν είναι ευτυχισμένες, αισθάνονται αβοήθητες και δεν θέλουν να βγαίνουν έξω. Μεγαλύτερο ποσοστό, το οποίο ανέρχεται στο 95 % παρατηρείται ότι αρνούνται ή αγνοούν αν έχουν πρόβλημα στη μνήμη τους, ενώ σε αυτό το ποσοστό ανέρχονται και αυτοί που θεωρούν ότι η κατάσταση τους είναι απελπιστική, ότι υπάρχουν άνθρωποι που βρίσκονται σε καλύτερη κατάσταση από αυτούς. Παρόλο που τα αποτελέσματα είναι αρνητικά και δείχνουν σε μεγάλο ποσοστό τάσεις άνοιας και κατάθλιψης, όλοι οι ερωτηθέντες δηλαδή το 95% θέλουν και χαίρονται που είναι ζωντανοί με ένα 5% να είναι αρνητικές στη ζωή.

Πίνακας 3 : Γυναίκες σε ηλικία 65-75 ετών

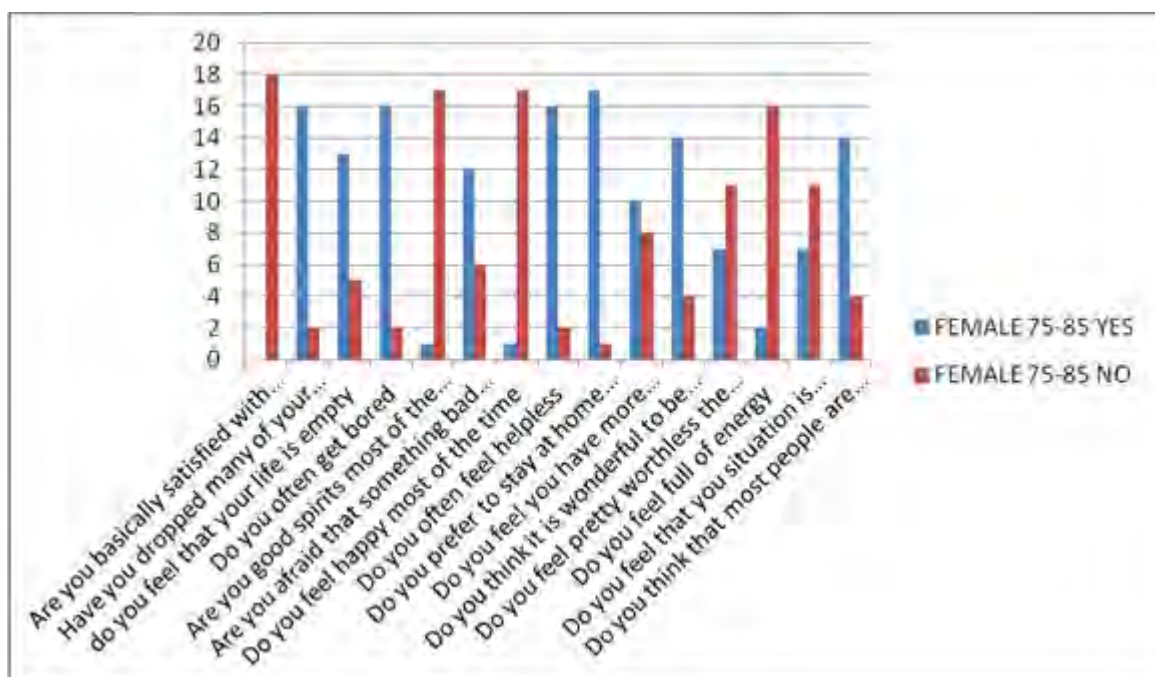
FEMALE 65-75		
QUESTION	YES	NO
Are you basically satisfied with your life	1	18
Have you dropped many of your activities and interests	16	3
do you feel that your life is empty	13	6
Do you often get bored	18	1
Are you good spirits most of the time	3	16
Are you afraid that something bad is going to happen to you	14	5
Do you feel happy most of the time	3	16
Do you often feel helpless	18	1
Do you prefer to stay at home rather than go out do new things	17	2
Do you feel you have more problems with your memory than most	1	18
Do you think it is wonderful to be alive now	18	1
Do you feel pretty worthless the way you are now	3	16
Do you feel full of energy	1	18
Do you feel that you situation is hopeless	3	16
Do you think that most people are better than you are	12	7



Στον πίνακα 4 έχουμε την τελευταία ομάδα της έρευνας η οποία αποτελείται από γυναίκες ηλικίας 75-85 ετών. Και εδώ τα αποτελέσματα κυμαίνονται όπως στις προηγούμενες κατηγορίες με διακυμάνσεις και αυξήσεις. Εδώ το **100%** των ερωτηθέντων δεν είναι ευχαριστημένο από τη ζωή του και ένα μικρότερο ποσοστό συγκριτικά με την προηγούμενη ομάδα της έρευνας που ανέρχεται στα **77%** εγκατέλειψαν τις δραστηριότητες και τα ενδιαφέροντα τους και ένα **23 %** συνεχίζει να παραμένει ενεργό. Παρατηρείται επίσης ότι το ποσοστό των γυναικών σε αυτή την κατηγορία που θεωρούν τη ζωή τους κενή μειώνεται στα **72%**, ενώ το **89%** των ερωτηθέντων δηλώνει ότι βαριέται συχνά. **94%** έχουν χάσει το κέφι τους, ενώ το ποσοστό που δηλώνει φόβο ανέρχεται στο **67%**. **94%** δεν είναι ευτυχισμένες, αισθάνονται αβοήθητες και δεν θέλουν να βγαίνουν έξω. Μεγαλύτερο ποσοστό, το οποίο ανέρχεται στο **56 %** παρατηρείται ότι αρνούνται ή αγνοούν αν έχουν πρόβλημα στη μνήμη τους, ενώ σε **61%** ανέρχονται αυτοί που θεωρούν ότι η κατάσταση τους είναι απελπιστική, και σε **78%** αυτοί που πιστεύουν ότι υπάρχουν άνθρωποι που βρίσκονται σε καλύτερη κατάσταση από αυτούς. Παρόλο που τα αποτελέσματα είναι αρνητικά και δείχνουν σε μεγάλο ποσοστό τάσεις άνοιας και κατάθλιψης, το ποσοστό των ερωτηθέντων που θέλουν και χαίρονται που είναι ζωντανοί ανέρχεται στο **78%** με ένα **22%** να είναι αρνητικές στη ζωή.

Πίνακας 4: Γυναίκες σε ηλικία 75-85 ετών

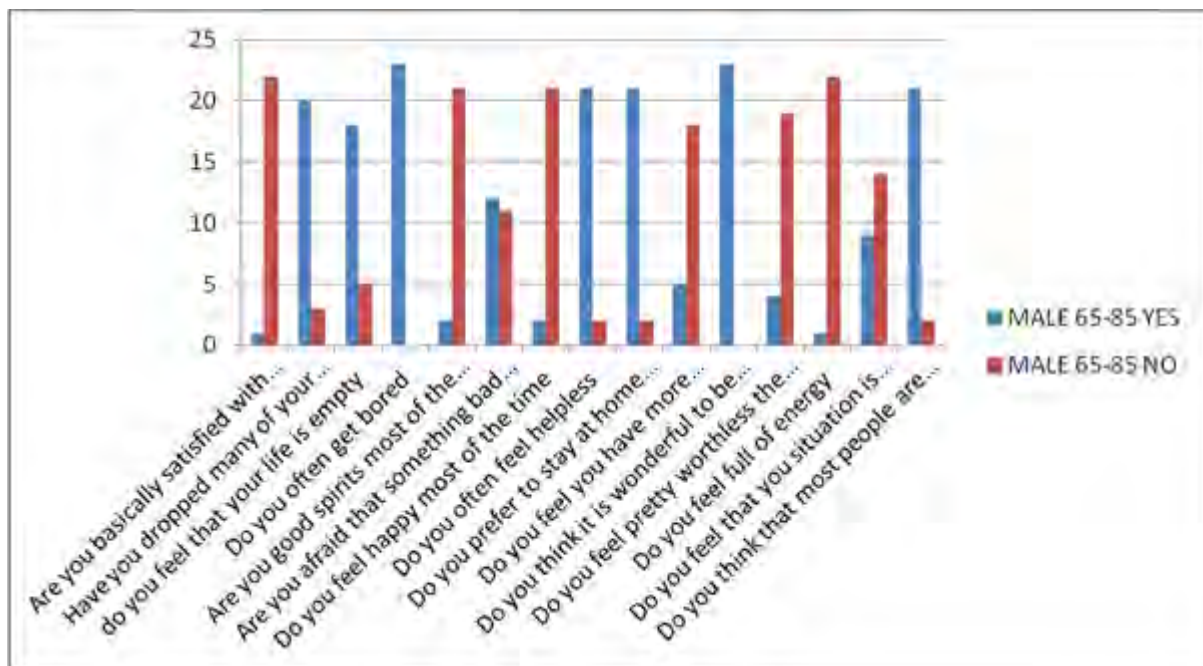
FEMALE 75-85		
QUESTION	YES	NO
Are you basically satisfied with your life		18
Have you dropped many of your activities and interests	16	2
do you feel that your life is empty	13	5
Do you often get bored	16	2
Are you good spirits most of the time	1	17
Are you afraid that something bad is going to happen to you	12	6
Do you feel happy most of the time	1	17
Do you often feel helpless	16	2
Do you prefer to stay at home rather than go out do new things	17	1
Do you feel you have more problems with your memory than most	10	8
Do you think it is wonderful to be alive now	14	4
Do you feel pretty worthless the way you are now	7	11
Do you feel full of energy	2	16
Do you feel that you situation is hopeless	7	11
Do you think that most people are better than you are	14	4



Στον πίνακα 5 υπάρχουν συγκεντρωτικά τα στοιχεία της έρευνας για την ομάδα των ανδρών ηλικίας 65-85, όπου μπορεί να παρατηρηθεί ότι το **96 %** του συνόλου των ερωτηθέντων αντρών δεν είναι ευχαριστημένοι από την ζωή τους. Το **87%** έχουν εγκαταλείψει τις δραστηριότητες και τα ενδιαφέροντα τους, ένα **78%** θεωρούν την ζωή τους άδεια και το **100%** βαριούνται. **52%** φοβούνται ότι θα συμβεί κάτι κακό ενώ **91%** των ερωτηθέντων δεν είναι ευτυχισμένοι, καθώς και στο ίδιο ποσοστό ανέρχονται αυτοί που αισθάνονται αβοήθητοι. Υψηλό ποσοστό υπάρχει και σε αυτούς που θεωρούν την κατάσταση τους απελπιστική, ενώ στο ίδιο ποσοστό ανέρχονται και αυτοί που είναι ευχαριστημένοι που ζουν.

Πίνακας 5: Άντρες σε ηλικία 65-85 ετών

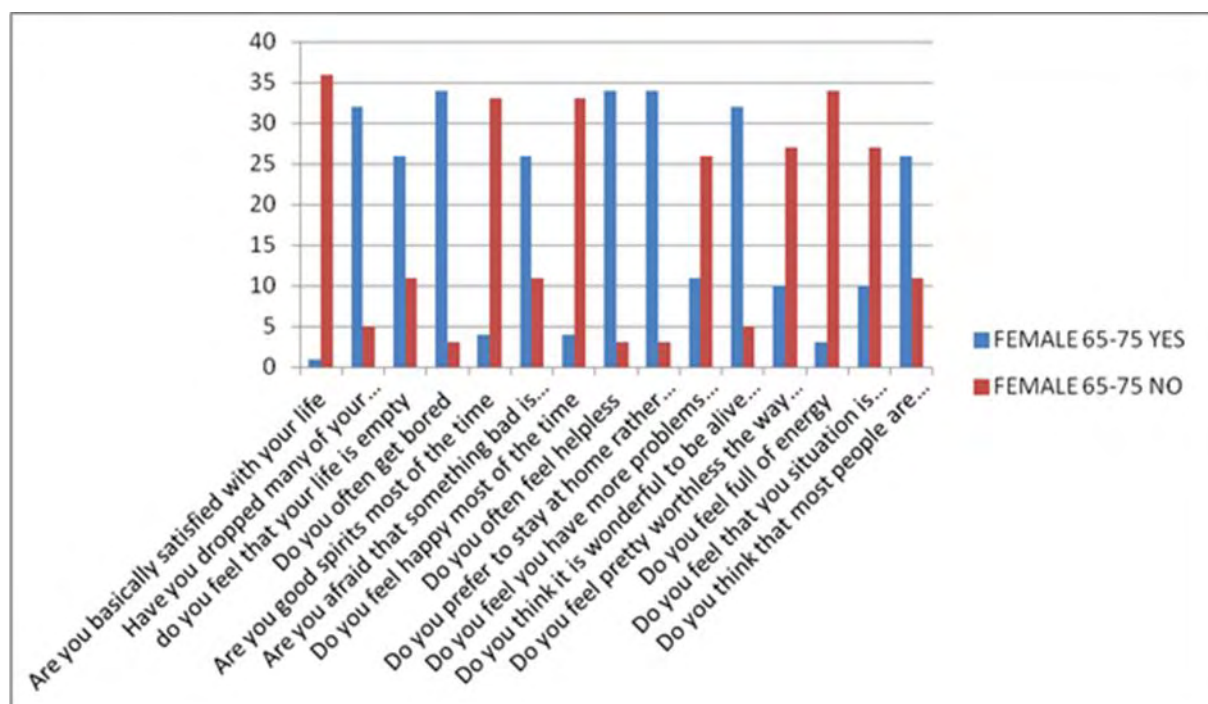
MALE 65-85		
QUESTION	YES	NO
Are you basically satisfied with your life	1	22
Have you dropped many of your activities and interests	20	3
do you feel that your life is empty	18	5
Do you often get bored	23	
Are you good spirits most of the time	2	21
Are you afraid that something bad is going to happen to you	12	11
Do you feel happy most of the time	2	21
Do you often feel helpless	21	2
Do you prefer to stay at home rather than go out do new things	21	2
Do you feel you have more problems with your memory than most	5	18
Do you think it is wonderful to be alive now	23	
Do you feel pretty worthless the way you are now	4	19
Do you feel full of energy	1	22
Do you feel that you situation is hopeless	9	14
Do you think that most people are better than you are	21	2

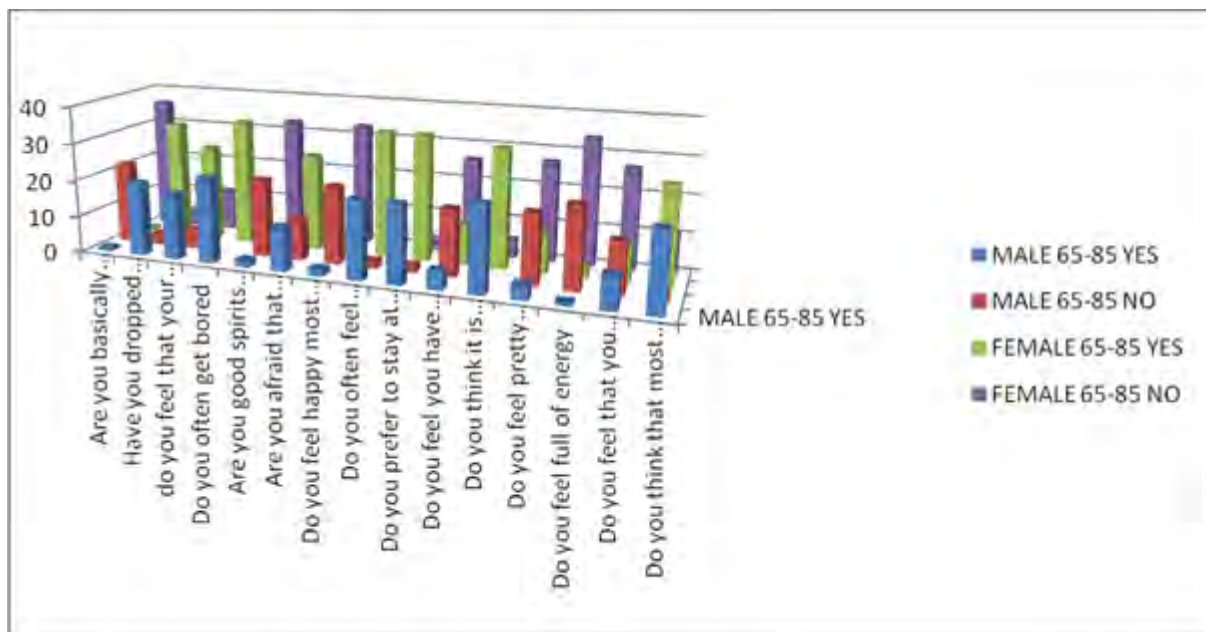


Στον πίνακα 6 υπάρχουν τα αντίστοιχα συγκεντρωτικά στοιχεία για την ομάδα των γυναικών ηλικίας 65-85 ετών. Εδώ το **97%** δεν είναι ευχαριστημένο από τη ζωή τους, ενώ ένα **86%** έχουν εγκαταλείψει τις δραστηριότητες τους και τα ενδιαφέροντα τους. Συγκριτικά με τους άντρες τα υπόλοιπα ποσοστά είναι ελάχιστα αυξημένα σε κάποια σημεία, ενώ το ποσοστό φόβου στις γυναίκες ανέρχεται στο **70 %**. Στο ίδιο ύψος κυμαίνεται και το ποσοστό που δεν αντιλαμβάνεται τα προβλήματα που παρουσιάζονται στην μνήμη ενώ μειωμένο παρουσιάζεται και το ποσοστό στις γυναίκες που είναι ευχαριστημένες που είναι ζωντανές **89%**.

Πίνακας 6: Γυναίκες σε ηλικία 65-85 ετών

FEMALE 65-85		
QUESTION	YES	NO
Are you basically satisfied with your life	1	36
Have you dropped many of your activities and interests	32	5
do you feel that your life is empty	26	11
Do you often get bored	34	3
Are you good spirits most of the time	4	33
Are you afraid that something bad is going to happen to you	26	11
Do you feel happy most of the time	4	33
Do you often feel helpless	34	3
Do you prefer to stay at home rather than go out do new things	34	3
Do you feel you have more problems with your memory than most	11	26
Do you think it is wonderful to be alive now	32	5
Do you feel pretty worthless the way you are now	10	27
Do you feel full of energy	3	34
Do you feel that you situation is hopeless	10	27
Do you think that most people are better than you are	26	11

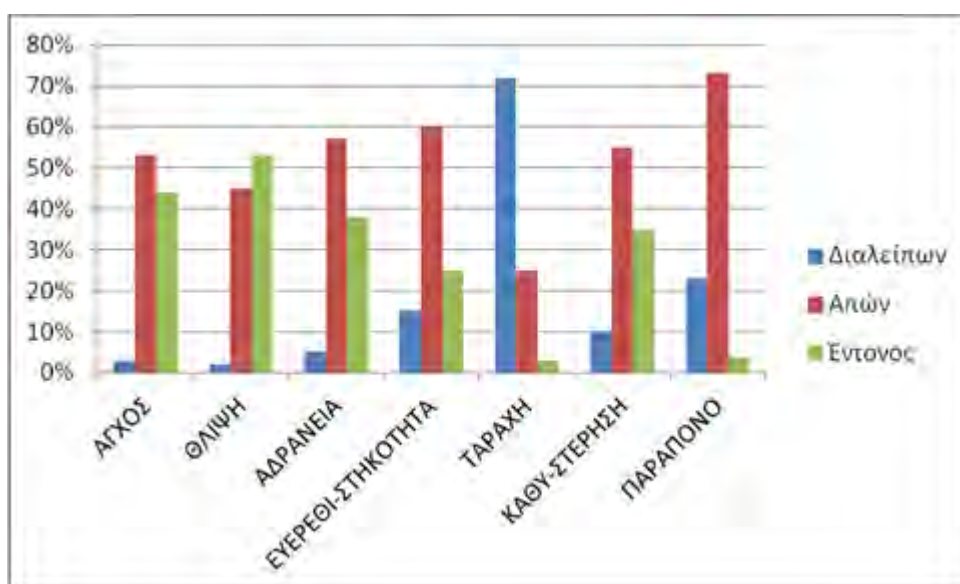




Στον παρακάτω πίνακα (πίνακας 7, 8, 9) παρατηρούμε το ποσοστό αναλογίας που αντιστοιχεί στην γενική ομάδα έρευνας σε κάθε κατηγορία που δείχνει μεγάλη τάση για κατάθλιψη και λιγότερο για άνοια. Αναλυτικά παρατηρούμε :

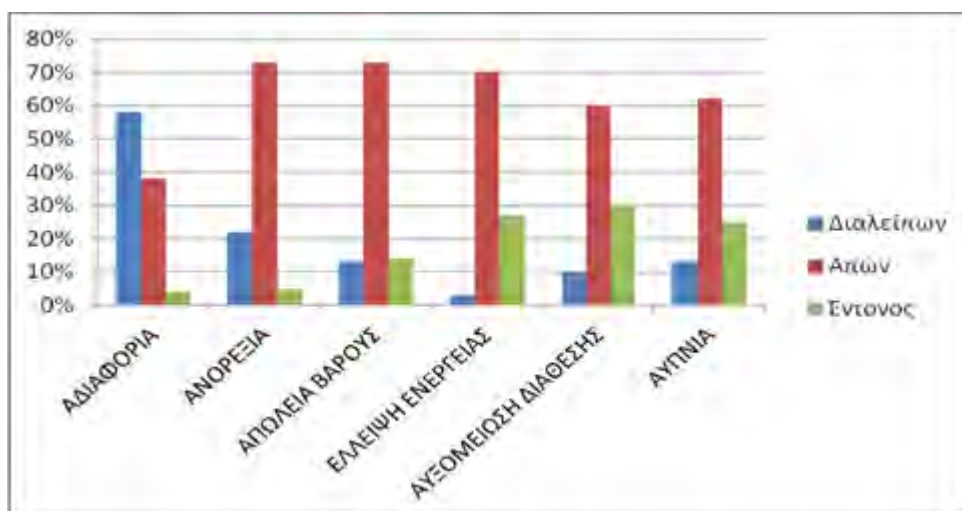
Πίνακας 7:

	ΑΓΧΟΣ	ΘΛΙΨΗ	ΑΔΡΑΝΕΙΑ	ΕΥΕΡΕΘΙ- ΣΤΗΚΟΤΗΤΑ	ΤΑΡΑΧΗ	ΚΑΘΥ- ΣΤΕΡΗΣΗ	ΠΑΡΑΠΟΝΟ
Διαλείπων	3%	2%	5%	15%	72%	10%	23%
Απών	53%	45%	57%	60%	25%	55%	73%
Έντονος	44%	53%	38%	25%	3%	35%	4%



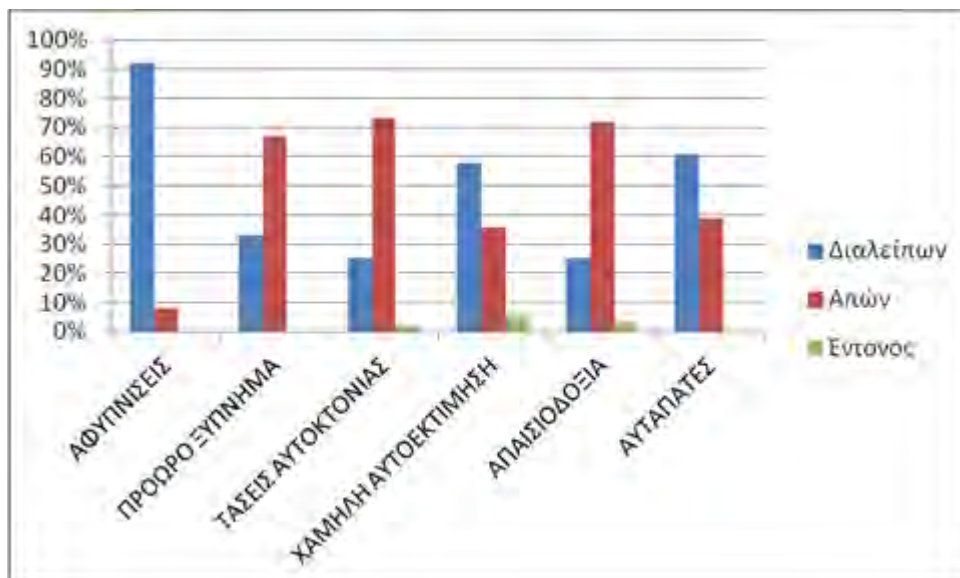
Πίνακας 8:

	ΑΔΙΑΦΟΡΙΑ	ΑΝΟΡΕΞΙΑ	ΑΠΩΛΕΙΑ ΒΑΡΟΥΣ	ΕΛΛΕΙΨΗ ΕΝΕΡΓΕΙΑΣ	ΑΥΞΟΜΕΙΩΣΗ ΔΙΑΘΕΣΗΣ	ΑΥΠΝΙΑ
Διαλείπων	58%	22%	13%	3%	10%	13%
Απών	38%	73%	73%	70%	60%	62%
Έντονος	4%	5%	14%	27%	30%	25%



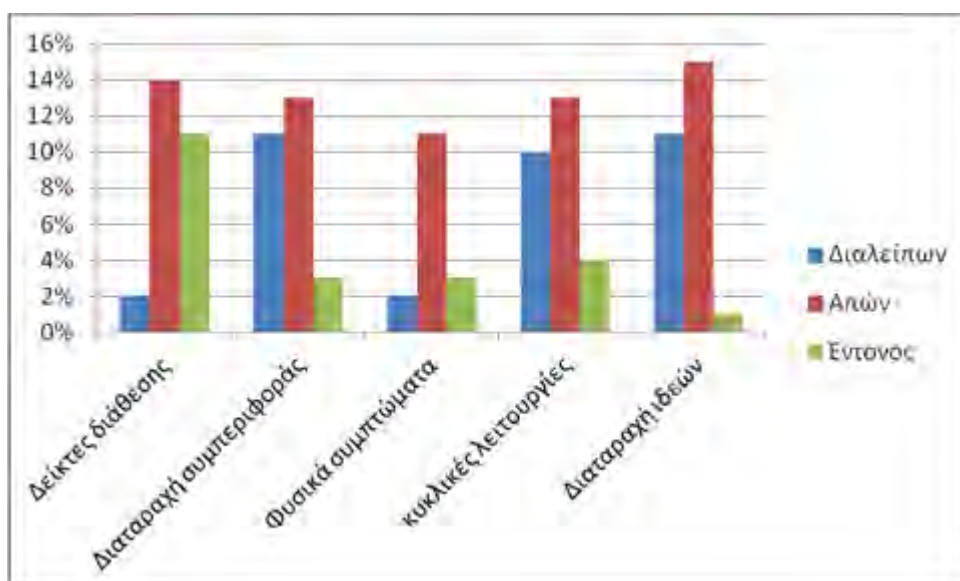
Πίνακας 9:

	ΑΦΥΠΝΙΣΕΙΣ	ΠΡΟΩΡΟ ΞΥΠΝΗΜΑ	ΤΑΣΕΙΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ	ΧΑΜΗΛΗ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ	ΑΠΑΙΣΙΟΔΟΞΙΑ	ΑΥΤΑΠΑΤΕΣ
Διαλείπων	92%	33%	25%	58%	25%	61%
Απών	8%	67%	73%	36%	72%	39%
Έντονος	0%		2%	6%	3%	



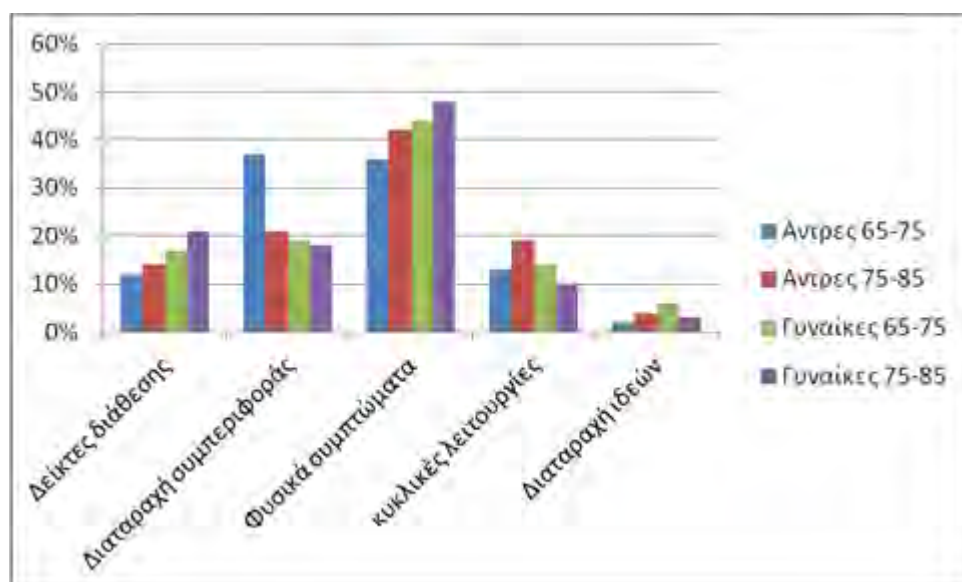
Στον παρακάτω πίνακα φαίνεται το ποσοστό των ερωτηθέντων ατόμων στις 4 κατηγορίες, όπου διακρίνεται ότι έντονα συμπτώματα παρουσιάζει ένα ελάχιστο ποσοστό ερωτηθέντων συγκριτικά με αυτούς που παθαίνουν διαλείψεις. το ποσοστό εμφανίζεται εντονότερο και στις τέσσερις κατηγορίες των ατόμων που είναι απών.

	Δείκτες διάθεσης	Διαταραχή συμπεριφοράς	Φυσικά συμπτώματα	κυκλικές λειτουργίες	Διαταραχή ιδεών
Διαλείπων	2%	11%	2%	10%	11%
Απών	14%	13%	11%	13%	15%
Έντονος	11%	3%	3%	4%	1%



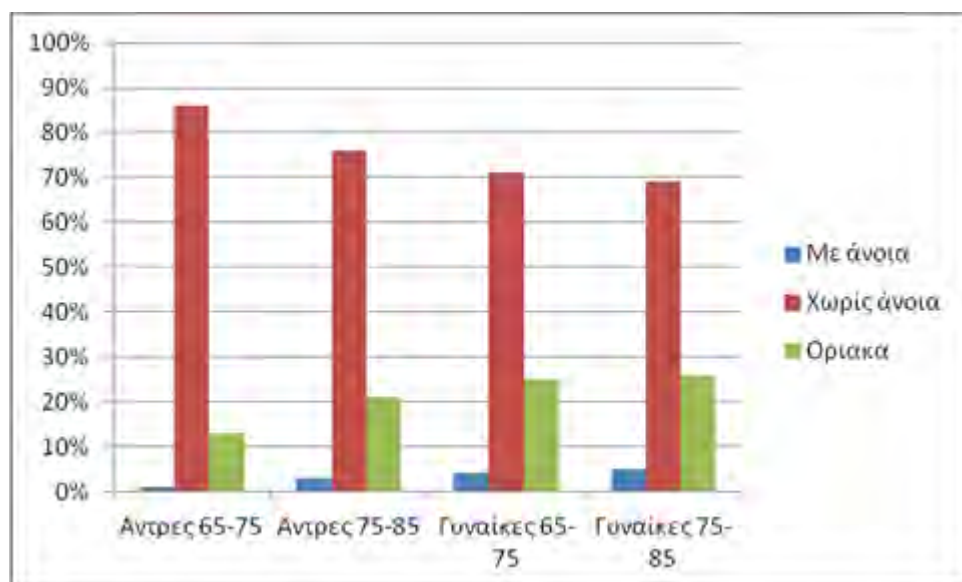
Στην κατηγοριοποίηση που έγινε στους άντρες και στις γυναίκες, παρατηρείται ότι οι γυναίκες είναι πιο επιρρεπείς για κατάθλιψη από τους άντρες.

	Δείκτες διάθεσης	Διαταραχή συμπεριφοράς	Φυσικά συμπτώματα	κυκλικές λειτουργίες	Διαταραχή ιδεών
Άντρες 65-75	12%	37%	36%	13%	2%
Άντρες 75-85	14%	21%	42%	19%	4%
Γυναίκες 65-75	17%	19%	44%	14%	6%
Γυναίκες 75-85	21%	18%	48%	10%	3%



Πίνακας 10

	Με άνοια	Χωρίς άνοια	Οριακά
Αντρες 65-75	1%	86%	13%
Αντρες 75-85	3%	76%	21%
Γυναίκες 65-75	4%	71%	25%
Γυναίκες 75-85	5%	69%	26%



Στον πίνακα 10 παρατηρείται ότι τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες των δεκαετιών που αναφέρονται, τα ποσοστά που αφορούν την εμφάνιση άνοιας στην κατάθλιψη είναι ιδιαίτερα χαμηλά γεγονός που οδηγεί στο συμπέρασμα ότι οι ηλικιακές ομάδες των προαναφερθέντων δεν πάσχουν από άνοια. Συγκεκριμένα, από τις 37 γυναίκες και των δυο δεκαετιών που ερωτήθηκαν, μόλις το 9% πάσχει από άνοια και αντίστοιχα οι άνδρες πάσχουν μόνο 4%. Γενικότερα, παρατηρούμε ότι οι γυναίκες έχουν μεγαλύτερη τάση έναντι των ανδρών εμφάνισης άνοιας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^οΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Στην εποχή μας και ειδικότερα τις τελευταίες δεκαετίες παρατηρείται ραγδαία αύξηση του ηλικιωμένου πληθυσμού. Η αύξηση της ομάδας των ηλικιωμένων ατόμων και η επιμήκυνση του ορίου ζωής φέρει δυσάρεστες συνέπειες καθώς και πλήθος κοινωνικών προβλημάτων. Μια σημαντική όμως ασθένεια που πλήττει μεγάλο ποσοστό του γηραιού πληθυσμού είναι η κατάθλιψη. Η εσωστρέφεια αυξάνεται κατά την τρίτη ηλικία, αλλά ταυτόχρονα μειώνεται ο νευρωτισμός. Σύμφωνα με τη θεωρία της απόσυρσης οι ηλικιωμένοι στερούνται μεγάλου μέρους των κοινωνικών τους ρόλων, αλλά και η ίδια η κοινωνία τους περιθωριοποιεί (κυρίως για λόγους που σχετίζονται με την παραγωγή και την οικονομία). Κοινωνικά αίτια αναγκάζουν τους ηλικιωμένους να αποδεχτούν ρόλους εξάρτησης (από την οικογένεια, την κρατική μέριμνα, το σύστημα Κοινωνική Αλληλεγγύης και περίθαλψης), που πολλές φορές είναι γενεσιουργοί παράγοντες κατάθλιψης. Στο σημείο αυτό είναι αναγκαίο να υπογραμμιστεί ότι η αλλαγή των εξωτερικών χαρακτηριστικών στους ηλικιωμένους, θεωρείται αναμενόμενο, και αναπόφευκτο γεγονός, αφού είναι επακόλουθο αυτής της περιόδου αρκεί να συμφιλωθεί το άτομο στην ιδέα του γήρατος.

Σε ότι αφορά την παρούσα εργασία, όπως έχει αναφερθεί χρησιμοποιήθηκαν 3 ερωτηματολόγια τα οποία είναι τα εξής: *Standardized mini-mental state examination (SMMSE)*, *Cornell scale for depression in dementia* και *Geriatric depression scale (GDS)* και το δείγμα ήταν άνδρες και γυναίκες ηλικίας 65-85 ετών. Τα συγκεκριμένα ερωτηματολόγια σε συνδυασμό με την γενική εικόνα του κάθε ατόμου η οποία κρίθηκε μέσα από την συζήτηση, βοήθησαν στο να κατανοήσουμε πως η τρίτη ηλικία βιώνει την καθημερινότητα της, ποια είναι τα συναισθήματα που διακατέχουν κάθε άτομο και κάθε φύλο ξεχωριστά και σε γενικότερο πλαίσιο πως βλέπουν την ζωή τους. Ταυτόχρονα, παρατηρούμε αν η κατάθλιψη σχετίζεται με συμπτώματα άνοιας.

Επομένως, με βάση την στατιστική ανάλυση οι γυναίκες υπερτερούν έναντι του ανδρικού φύλου σε ότι αφορά την κατάθλιψη στην τρίτη ηλικία. Πιο συγκεκριμένα, η ομάδα των γυναικών ηλικίας 65-75 εμφανίζει μια μικρή αύξηση στα ποσοστά έναντι της ηλικιακής ομάδας 75-85 ετών σε ότι αφορά το αίσθημα απαισιοδοξίας, έλλειψης ενδιαφέροντος και κοινωνικότητας τα οποία παρουσιάστηκαν λίγο καιρό μετά την διακοπή της εργασίας τους (συνταξιοδότηση). Τα ποσοστά που αναφέρονται στο αίσθημα φόβου ήταν διπλάσια και στις δυο ομάδες γυναικών εν συγκρίσει με την ομάδα των ανδρών.

Σε ότι αφορά τους άνδρες, υπήρχαν αυξημένα ποσοστά σε ότι αφορά την έλλειψη ενδιαφέροντος και κοινωνικότητας και σε κάποια σημεία συνέκλιναν με τον γυναικείο πληθυσμό.

Παρα ταύτα, ούτε οι άνδρες ούτε οι γυναίκες ένιωθαν δυσαρεστημένοι που βρίσκονταν στη ζωή με εξαίρεση ένα 5% που εμφανίστηκε στο γυναικείο πληθυσμό.

Από τα αποτελέσματα της παρούσας εργασίας, κάποια συνέκλιναν με την διεθνή βιβλιογραφία που χρησιμοποιήθηκε σύμφωνα με την οποία οι γυναίκες είναι πιο ευάλωτες στην εμφάνιση κατάθλιψης.

Συμπερασματικά, υπενθυμίζεται πως τόσο η κατάθλιψη, όσο και η ΝΑ, είναι ασθένειες με πολυ-παραγοντική φύση. Παρόλα αυτά φαίνεται πως η επίδραση του χρόνιου στρες ασκεί μια σαφέστατα καταστρεπτική δράση, οδηγώντας στην εκδήλωση τόσο καταθλιπτικής διαταραχής, όσο και ΝΑ.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- i. Alexopoulos GS, depression in the elderly Lancet, 2005
- ii. Χατζηνικολάου ψυχοπαθολογία της τρίτης ηλικίας university studio press Θεσσαλονίκη, 2005
- iii. WHO psychiatry of the elderly: a consensus statement Geneva, WHO 1996
- iv. Σύγγραμμα ψυχιατρικής Κ. Σολδάτος- Λ. Λυκουρας εκδόσεις Βήτα
- v. Ανθούλα Πορφυριάδου- Αγγελίδου, γηριατρική- γεροντολογία
- vi. DSM-IV-TR εγχειρίδιο διαφορικής διάγνωσης, Michael B. First, Allen Frances, Harold Alan Pincus επιμέλεια: Ελευθέριος Λύκουρας, Αναστασία Μιχοπούλου Ιατρικές Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης, 2006
- vii. Ταξινόμηση ICD-10 ψυχικών διαταραχών και διαταραχών της συμπεριφοράς, Κλινικές περιγραφές και οδηγίες για τη διάγνωση μετάφραση: Κ. Στεφανής, Κ. Σολδάτος, Β. Μαυρέας Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις, 1997
- viii. Μεθοδολογία έρευνας εφαρμογές στο χώρο της υγείας Σαχίνη- Καρδάση εκδόσεις Βήτα γ' έκδοση
- ix. Νικηφόρος Αγγελόπουλος ιατρική ψυχολογία και ψυχοπαθολογία, εκδόσεις Βήτα
- x. Τσολάκη Μ. νόσος Alzheimer: Πρόκληση στην αρχή της χιλιετίας. Αρχεία ΕΨΨΕΠ 2001

ΠΑΡΑΠΟΜΠΕΣ

1. Stanley W. Jackson, 1986
2. WHO, 2001
3. Mavreas and Bedington, 1988
4. Patel et al, 1999
5. Lewinshon et al, 1993
6. Tornicroff and Sartorius, 1993
7. Newman et al, 1998
8. Cohen et al, 1991
9. Ferketich et al, 2000
10. Goldberg and Lecrubier, 1995
11. Rost et al, 1998
12. Goldman et al, 1999
13. Rost et al, 1998
14. WHO, 2001
15. Kutcher et al, 2002
16. Cooper and Murray, 1998

17. Beck 1995
18. Kaplan, Sadock 2005
19. Stravynski and Greenberg
20. Freud 1917- Clewell 2004
21. Horn et al, 2005
22. Weismann and Markowitz, 1994
23. Goodman and Shippy, 2002
24. Martire et al, 2004
25. Μεθοδολογία έρευνας εφαρμογές στο χώρο της υγείας Σαχίνη- Καρδάση
26. American Nurses Association cabinet on nursing research: directions for nursing research, Kansas city
27. Polit, Hungler essentials of nursing research, methods, appraisal and utilization, Philadelphia Lippincott 1993
28. Yesavage depression in elderly: how to recognize masked symptoms and choose appropriate therapy, Postgrad med 1992
29. Fountoulakis et al, 1999
30. Skoog et al, 1993
31. Cooper et al, 1991
32. Castaneda, A.E., Tuulio-Henriksson, A., Marttunen, M., Suvisaari, J., Lönnqvist, J., A review on cognitive impairments in depressive and anxiety disorders with a focus on young adults. J. Affect. Disord. 2008, 106, 1–27
33. Ownby, R.L., Crocco, E., Acevedo, and A., John, V., Lowenstein, D., Depression and risk for Alzheimer disease: systematic review, meta-analysis, and metaregression analysis. Arch. Gen. Psychiatry 2006, 63, 530–538
34. Gualtieri, C.T., Johnson, L.G. Age-related cognitive decline in patients with mood disorders. Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry 2008. 32,962–967