

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«ΨΥΧΟΓΗΡΙΑΤΡΙΚΗ»

ΜΕΤΕΧΟΝΤΕΣ ΣΠΟΥΔΑΣΤΕΣ :

ΑΓΓΕΛΙΔΟΥ ΧΡΙΣΤΙΑΝΑ

ΖΑΝΗ ΓΙΑΝΝΑ

ΚΛΕΟΠΑ ΧΡΙΣΤΙΝΑ

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΣ:

Κα. ΤΣΑΜΠΑ ΕΥΔΟΚΙΑ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΛΗΨΗ ΤΟΥ ΠΤΥΧΙΟΥ ΣΤΗΝ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΑΠΟ ΤΟ ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ
ΤΗΣ ΣΧΟΛΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΤΟΥ
ΑΝΩΤΑΤΟΥ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟΥ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΥ ΙΔΡΥΜΑΤΟΣ
(Α.Τ.Ε.Ι.) ΠΑΤΡΑΣ

ΠΑΤΡΑ 2006

Η Επιτροπή για την έγκριση της πτυχιακής εργασίας:

Υπογραφή:

Τσαμπά Ευδοκία
Κοινωνική Λειτουργός
Εξωτερική Συνεργάτης Α.Τ.Ε.Ι Πάτρας

Υπογραφή:

Ψυχογιού Αθηνά
Κοινωνική Λειτουργός
Εξωτερική Συνεργάτης Α.Τ.Ε.Ι. Πάτρας

Υπογραφή:

Αταλόγλου Κωνσταντίνα
Κοινωνική Λειτουργός
Εξωτερική Συνεργάτης Α.Τ.Ε.Ι. Πάτρας

ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ

Σε όλη αυτή μας την προσπάθεια να μελετήσουμε και να δώσουμε μια ολοκληρωμένη εικόνα για το θέμα αυτό, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε αρχικά την καθηγήτρια μας που συνέβαλε στην εκπλήρωση και ολοκλήρωση της Πτυχιακής μας Εργασίας , τόσο για τις κατευθυντήριες γραμμές που μας έδωσε όσο και για την συμπαράσταση που μας έδωσε.

Επίσης θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε όλους τους φορείς που βοήθησαν για την ολοκλήρωση της μελέτης μας τόσο για τις χρήσιμες πληροφορίες όσο και για τον πολύτιμο χρόνο που διέθεσαν για εμάς.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ.....	3
ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣ.....	6-7

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

ΠΡΟΒΛΗΜΑ.....	9-10
ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ.....	11
ΟΡΙΣΜΟΙ ΟΡΩΝ.....	12-14

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....	16
------------------	----

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΑΛΛΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ ΚΑΙ ΣΧΕΤΙΚΩΝ ΣΥΓΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

3.1 ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΟΥ ΓΗΡΑΤΟΣ.....	18
3.2 ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΚΑΙ ΘΕΩΡΙΕΣ ΠΕΡΙ ΓΗΡΑΤΟΣ.....	19
3.3 ΑΙΤΙΑ ΓΗΡΑΤΟΣ.....	20
3.4 ΣΗΜΕΙΑ ΓΗΡΑΤΟΣ.....	21
3.5 ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ.....	22-25
3.6 ΝΟΜΙΚΗ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ.....	26
3.7 ΟΙ ΑΝΑΓΚΕΣ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ.....	27-29
3.8 Η ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ.....	30-34
3.9 ΣΩΜΑΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ.....	35-39
3.10 ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΤΗΣ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ ΣΤΟ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟ ΤΟΜΕΑ...	40-52
3.11 ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ.....	53-55
3.12 ΨΥΧΟΓΗΡΙΑΤΡΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ	

ΣΥΝΗΘΕΙΣ ΨΥΧΟΓΗΡΙΑΤΡΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

A. ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ.....	56-73
B. ΥΠΟΧΟΝΔΡΙΑΣΗ.....	73
Γ. ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΙΑ.....	73-74
Δ. ΠΑΡΑΛΗΡΗΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ.....	74-75

Ε. ΑΓΧΩΔΕΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ.....	75-76
Ζ. ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ.....	76-77
Η. ΑΪΠΝΙΑ.....	77
Θ. ΚΑΤΑΧΡΗΣΗ ΟΥΣΙΩΝ Ή ΟΙΝΟΠΝΕΥΜΑΤΩΔΩΝ ΠΟΤΩΝ.....	78-79
Ι. ΟΡΓΑΝΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ.....	79-85
3.13. Η ΖΩΗ ΤΟΥ ΥΠΕΡΗΛΙΚΑ ΣΤΟ ΙΔΡΥΜΑ.....	86-90
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙV	
4.1. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ.....	92-102
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	103-104
ΨΥΧΟΓΗΡΙΑΤΡΙΚΕΣ ΔΟΜΕΣ.....	106-124
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ.....	125-144
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	145-146

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Με αφορμή την πτυχιακή μας εργασία ασχοληθήκαμε με την Τρίτη ηλικία και πιο συγκεκριμένα με το θέμα της ψυχογηριατρικής.

Σκοπός της μελέτης μας αυτής είναι να μελετήσουμε:

- Τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα άτομα τρίτης ηλικίας και συγκεκριμένα οι ηλικιωμένοι που πάσχουν από ψυχικά προβλήματα και
- Τα ιδρύματα που φιλοξενούν τα άτομα αυτά.

Αρχικά μελετήσαμε και περιγράψαμε τα διάφορα προβλήματα που αντιμετωπίζει η Τρίτη ηλικία, τα σωματικά προβλήματα, την ψυχολογία που έχουν οι ηλικιωμένοι, καθώς και τα ψυχολογικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ηλικιωμένοι μας. Στη συνέχεια δώσαμε περισσότερη έμφαση στους ψυχογηριατρικούς ασθενείς, από ποιους νόσους υποφέρουν και την συμπτωματολογία τους.

Στο ερευνητικό μας κομμάτι, στο οποίο συναντήσαμε και αρκετές δυσκολίες, ερευνήσαμε ποια είναι τα ιδρύματα που φιλοξενούν τα άτομα αυτά, τις υπηρεσίες που τους προσφέρονται στα οικοτροφεία αυτά καθώς και συνεργασία με το επιστημονικό προσωπικό. Ιδιαίτερη έμφαση δώσαμε και στο ρόλο του Κοινωνικού Λειτουργού, ποιος είναι ο ρόλος του στο οικοτροφείο και ποια τα καθήκοντα του.

Αφού μελετήσαμε το θέμα τόσο θεωρητικά όσο και στην έρευνα μας καταλήξαμε στα παρακάτω συμπεράσματα:

- Να μελετηθούν τρόποι για βιώσιμες μονάδες με σωστή αξιοποίηση των πόρων και διαρκή έλεγχο και ποιότητα υπηρεσιών.
- Οι ηλικιωμένοι σήμερα είναι παραμελημένοι, και πρέπει να ευαισθητοποιηθεί το συγγενικό τους περιβάλλον και ευρύτερα η κοινωνία για την καλύτερη αντιμετώπιση των προβλημάτων των ατόμων αυτών.

- Πρέπει να εφαρμοστούν και στην Ελλάδα οι Ευρωπαϊκές πρακτικές για τις δομές κλειστής περίθαλψης έτσι ώστε να αποτελούν και αυτές:
 1. Κέντρα πληροφόρησης για θέματα που αφορούν την Τρίτη ηλικία.
 2. Χώρους ψυχοκοινωνικής και φυσικής αποκατάστασης.
 3. Παράγοντες ανάπτυξης των τοπικών κοινωνιών
 4. Διατήρηση και ανάπτυξη δυνατοτήτων για τους ένοικους αλλά και τους φροντιστές.
- Είναι καιρός να αρχίσουμε να ακούμε, να βλέπουμε και κυρίως να υλοποιούμε τις ανάγκες και τις απαιτήσεις των ηλικιωμένων και των οικογενειών τους.
- Οφείλουμε να μελετήσουμε, να σεβαστούμε και να αξιοποιήσουμε την σημερινή κατάσταση, ούτως ώστε να μπορούμε κάποια στιγμή να μιλάμε για ολοκληρωμένα συστήματα παροχής υπηρεσιών που πράγματι να καλύπτουν τις ανάγκες της ευαίσθητης αυτής ομάδας ανθρώπων.

Τα όσα συμπεράναμε μέσα από την μελέτη που κάναμε, εμείς προτείνουμε τις δικές μας προτάσεις τις οποίες πρέπει να υλοποιήσουν οι διάφοροι φορείς.

- Καθιέρωση ειδικού νοσηλίου αντίστοιχου με αυτού που καταβάλλεται σε κλινικές ή σε κέντρα Αποκατάστασης.
- Ανάπτυξη νέων υπηρεσιών και άλλων μορφών στέγασης και διαβίωσης.
- Εκπαίδευση και κατάρτιση επαγγελματιών Υγείας.
- Κίνητρα για την προσαρμογή των υπαρχουσών μονάδων των εκσυγχρονισμό τους και τη βελτίωση της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών.
- Ενθάρρυνση στα προγράμματα που εφαρμόζονται στην κοινότητα και φροντίδα στους ηλικιωμένους.
- Πληροφόρηση και ευαισθητοποίηση των ενδιαφερομένων.
- Απομάκρυνση από ασυλικές προσεγγίσεις και προοπτικές.
- Κίνητρα στην οικογένεια του ψυχογηριατρικού ασθενούς, έτσι ώστε να του προσφέρεται καλύτερη ποιότητα ζωής στο φυσικό του περιβάλλον

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

ΠΡΟΒΛΗΜΑ

Οι ανάγκες του έντονα αυξανόμενου αριθμού και ποσοστού των ηλικιωμένων ατόμων στον πληθυσμό μας, δημιουργούν μια σοβαρή πρόκληση στην κοινωνική εργασία. Λόγω του μεγέθους του προβλήματος, οι κοινωνικοί λειτουργοί δεν μπορούν να το αγνοήσουν. Μάλλον πρέπει να ετοιμαστούν να αντιμετωπίσουν την πρόκληση με φαντασία, προσαρμοστικότητα και επιδεξιότητα.

Το φαινόμενο της επιβίωσης μεγάλου αριθμού ηλικιωμένων ατόμων είναι σχετικά πρόσφατο και δημιουργεί σοβαρές πιέσεις σε πολλούς από τους κοινωνικούς μας θεσμούς. Το γεγονός ότι υπάρχουν εκατομμύρια υπερήλικων πολιτών στην κοινωνία μας δεν έχει γίνει ακόμη αντιληπτό. Είναι δυνατό δε να υποστηριχθεί ότι οι κοινωνικές επιπτώσεις του γεγονότος αυτού έχουν γίνει αντιληπτές ακόμη πιο πρόσφατα. Αλλαγές στους θεσμούς συνήθως συμβαίνουν πολύ σιγά και είναι συχνά οδυνηρές για τους ανθρώπους οι οποίοι καλούνται να εγκαταλείψουν τους πατροπαράδοτους τρόπους ζωής. Δεν πρέπει να υποθέτει κανείς ότι οι θεσμοί της κοινωνικής πρόνοιας ή και αυτός ο θεσμός της κοινωνικής εργασίας είναι απαλλαγμένοι αυτής της βραδύτητας προσαρμογής στις αλλαγές. Ούτε θα πρέπει να υποτεθεί ότι οι εθελοντικές ή οι κρατικές υπηρεσίες είναι επαρκώς εφοδιασμένες για την αντιμετώπιση των προβλημάτων των ηλικιωμένων. Οι κοινωνικές οργανώσεις δεν είναι έτοιμες να αντιμετωπίσουν τις πολύπλευρες ανάγκες των υπερήλικων στην σύγχρονη κοινωνία μας, και η εκπαίδευση του επαγγελματικού προσωπικού και η στάση των κοινωνικών λειτουργών δεν ανταποκρίνονται στο έργο που χρειάζεται να γίνει.

Τα γηρατειά είναι μια κατάσταση η οποία σχεδόν πάντοτε καταλήγει σε βιολογικές, κοινωνικές, ψυχοδιανοητικές και οικονομικές αλλαγές για το άτομο. Συχνά το ηλικιωμένο άτομο υποφέρει από κάποια χρόνια οργανική αναπηρία η οποία δεν μπορεί να θεραπευτεί και η οποία αυξάνει το αίσθημα της ανικανότητας. Οι κοινωνικές αλλαγές είναι επίσης συχνές, και περιλαμβάνουν απομάκρυνση από την εργασία, απώλεια της ηγετικής του θέσεως στην οικογένεια και πιθανή μείωση των κοινωνικών του επαφών. Όλα αυτά μειώνουν

το αίσθημα της επάρκειας του και πιθανόν να του δημιουργήσουν συναισθήματα μελαγχολίας και μονώσεως. Από ψυχολογικής πλευράς, μπορεί να υποφέρει από οργανική διανοητική κατάπτωση. Η απώλεια μνήμης μπορεί να είναι σημαντική και μπορεί να έχει μειωμένη ικανότητα αντιλήψεως και κατανόσεως ιδεών.

Λαμβάνοντας υπόψη μας τα πιο πάνω προβλήματα και δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι ηλικιωμένοι και τον αυξημένο αριθμό των ατόμων αυτών στην κοινωνία μας, διαπιστώσαμε:

- Την παραμέληση της τρίτης ηλικίας από τους συγγενείς και γενικά από την κοινωνία μας
- Η ανελλιπή ύπαρξη ιδρυμάτων και
- Η έλλειψη εκπαίδευσης του προσωπικού.

Ο προβληματισμός μας περιστρέφεται γύρω από τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ηλικιωμένοι και συγκεκριμένα οι ψυχικά ασθενείς και κατά πόσο τα άτομα αυτά μπορούν να εξυπηρετηθούν από τις παρεχόμενες υπηρεσίες και ποιες είναι οι υπηρεσίες αυτές.

ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Σκοπός της μελέτης μας είναι να ερευνηθούν:

- Τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα άτομα τρίτης ηλικίας και συγκεκριμένα οι ηλικιωμένοι που πάσχουν από ψυχικά προβλήματα και
- Τα ιδρύματα που φιλοξενούν τα άτομα αυτά

ΟΡΙΣΜΟΙ ΟΡΩΝ

Ψυχογηριατρικοί ασθενείς: Η ψυχιατρική της γεροντικής ηλικίας έχει πολλές ομοιότητες με την ψυχιατρική των ενηλίκων. Σύμφωνα με τον Liberman (1988), ως χρόνιος άρρωστος ορίζεται ο άρρωστος που ανταποκρίνεται σε δυο κριτήρια: το κριτήριο της διάγνωσης, ότι δηλαδή νοσεί από σχιζοφρενικές και συναισθηματικές διαταραχές, και το κριτήριο της εξάρτησης για οικονομική υποστήριξη από την οικογένεια ή την κοινωνική πρόνοια. (Μιχάλης Γ. Μαδιανός, Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση από το άσυλο στην κοινότητα. Εκδόσεις: Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1994.)

Σχιζοφρενική διαταραχή: Η σχιζοφρένεια είναι σαν ένα σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από έντονη αλλοίωση της εσωτερικής και εξωτερικής πραγματικότητας, στην οποία το άτομο απαντά με τρόπους που βλάπτουν την ζωή του. Αυτή η αλλοίωση ή παραμόρφωση της πραγματικότητας – ο ψυχωτικός πυρήνας της αρρώστιας – παρουσιάζεται με διαταραχές – συμπτώματα στην αντίληψη, στη σκέψη, στο συναίσθημα, στην ομιλία και στην ψυχοκινητικότητα (Νίκου Μάνου, Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής Αναθεωρημένη Έκδοση University Studio Press, Θεσσαλονίκη 1997)

Διπολική διαταραχή: Οι Διπολικές Διαταραχές είναι ασθένειες που χαρακτηρίζονται από δυο ακραίες συναισθηματικές διαθέσεις: έξαρση και κατάθλιψη. Στην τοπική τους μορφή, οι ασθενείς περνούν από κύκλους ή φάσεις έντονης μανίας εναλλάσσονται με κύκλους ή φάσεις βαθιάς κατάθλιψης. Ουσιαστικά όμως, οι διπολικές διαταραχές είναι ένα φάσμα κλινικών εικόνων ποικίλης έντασης, συχνότητας και μορφής. (Νίκου Μάνου, Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής Αναθεωρημένη Έκδοση University Studio Press, Θεσσαλονίκη 1997)

Μανία: Ο όρος μανία υποδηλώνει υπέρμετρη έξαρση, υπερκινητικότητα, διέγερση και επιταχυμένο ρυθμό ομιλίας συχνά με διαταραγμένη σκέψη. (www.psychologia.gr)

Άνοια: Οι διαταραχές που περιγράφονται ως Άνοια χαρακτηρίζονται από την ανάπτυξη πολλαπλών γνωστικών ελλειμμάτων (συμπεριλαμβανομένης έκπτωσης της μνήμης), που οφείλονται στα άμεσα φυσιολογικά αποτελέσματα κάποιας γενικής ιατρικής κατάστασης, στα επίμονα αποτελέσματα της δράσης κάποιας ουσίας ή σε

πολλαπλές αιτιολογίες(π.χ στον συνδυασμό των αποτελεσμάτων της ύπαρξης αγγειακής νόσου του εγκεφάλου και νόσου του Alzheimer). (Νίκου Μάνου, Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής Αναθεωρημένη Έκδοση University Studio Press, Θεσσαλονίκη 1997)

Επιθετική συμπεριφορά: Η επιθετική συμπεριφορά δεν παρουσιάζεται μόνο σε ψυχικά ασθενείς νέας ηλικίας. Συναντάται επίσης και σε ψυχογηριατρικούς ασθενείς και αποτελεί συχνά λόγω παραπομπής τους σε ψυχιατρικές υπηρεσίες. Οι εκδηλώσεις επιθετικής συμπεριφοράς σχετίζονται με διάφορες παραμέτρους όπως το φύλο, το είδος της ψυχικής παθήσεως, η οικογενειακή κατάσταση και ο τρόπος διαμονής (ασθενείς που κατοικούσαν με οικογένεια, σε ίδρυμα, μόνοι). Παρατηρήθηκε ότι οι ασθενείς με παρανοϊκές διαταραχές βιαιοπραγούσαν συχνότερα κατά των ατόμων από ότι ασθενείς με άλλες παθήσεις. Οι ασθενείς που έπασχαν από σχιζοφρένεια και άνοια παρουσίαζαν επιθετική συμπεριφορά σε ίδια στατιστική συχνότητα. Οι συχνότεροι αποδέκτες της επιθετικής συμπεριφοράς υπήρξαν τα μέλη της οικογένειας τους. (Νίκου Μάνου, Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής Αναθεωρημένη Έκδοση University Studio Press, Θεσσαλονίκη 1997).

Συναισθηματικές Διαταραχές: Είναι μια ομάδα διαταραχών που χαρακτηρίζονται από διαταραχή της συναισθηματικής διάθεσης. Η συναισθηματική διάθεση ή απλά διάθεση είναι ο καθολικός και σταθερός συναισθηματικός τόνος που βιώνεται εσωτερικά και που σε ακραίες περιπτώσεις μπορεί να επηρεάσει σε πολύ μεγάλο βαθμό όλες τις κυριολεκτικά τις πλευρές της συμπεριφοράς ενός ατόμου, καθώς και την αντίληψη για τον κόσμο που έχει το άτομο αυτό. Κοινά παραδείγματα συναισθηματικής διάθεσης είναι η κατάθλιψη, η έξαρση, ο θυμός. Διακρίνουμε τη διάθεση ή συναισθηματική διάθεση από το συναίσθημα, που αποτελεί την εξωτερική έκφραση της. (Νίκου Μάνου, Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής Αναθεωρημένη Έκδοση University Studio Press, Θεσσαλονίκη 1997)

Παρανοϊκές ιδέες: Αναπτύσσονται αρκετά συχνά όσο προχωρεί η ηλικία. Ξεκινούν συνήθως ως γενικότερη καχυποψία και μπορεί να αποτελέσουν μέρος μιας κατάθλιψης ή ενός οργανικού ψυχοσυνδρόμου. Σ' αυτό συμβάλλουν η αισθητηριακή έκπτωση και η μοναξιά, που δημιουργούν αισθήματα αδυναμίας στο άτομο να ανταπεξέλθει στους κινδύνους. Σε μια εγκατεστημένη παρανοϊκή ψύχωση ο άρρωστος φοβάται ότι θα τον κλέψουν, ότι ακόμη και οι συγγενείς θα τον δηλητηριάσουν, οι ηλικιωμένες ότι θα τις βιάσουν κλπ. Μερικές δόσεις

αντιψυχωτικών συνήθως αρκούν. (Νίκου Μάνου, Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής Αναθεωρημένη Έκδοση University Studio Press, Θεσσαλονίκη 1997).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Κατά τη διάρκεια συλλογής των στοιχείων συναντήσαμε διάφορα προβλήματα όπως οι περιορισμένες μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί σχετικά με το θέμα. Αυτό είχε σαν αποτέλεσμα η ανεύρεση της βιβλιογραφίας να είναι αρκετά δύσκολη.

Για τη προσέγγιση του θέματος έγινε:

1. Βιβλιογραφική μελέτη
2. Επίσκεψη και συζήτηση με διάφορους φορείς που φιλοξενούν τα άτομα τρίτης ηλικίας με ψυχικά προβλήματα.
3. Επισκόπηση της σχετικής επιστημονικής βιβλιογραφίας. Για το σκοπό αυτό συμβουλευτήκαμε τις εξής βιβλιοθήκες:

Ø Βιβλιοθήκη Πατρών

Ø Κεντρική Βιβλιοθήκη ΑΕΙ

Ø Δημοτική Βιβλιοθήκη Πατρών

Ø Βιβλιοθήκη Πανεπιστημίου Κύπρου

Ø Δημοτική Βιβλιοθήκη Λευκωσίας

Ø Σερέβιους Βιβλιοθήκη

Ø Ιστοσελίδες από το Internet

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΑΛΛΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ ΚΑΙ ΣΥΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

3.1 Σωματική και πνευματική εξέλιξη του γήρατος

Η σωματική και πνευματική εξέλιξη του γήρατος χωρίζεται σε 3 στάδια:

Πρώτο στάδιο: Αυτό χαρακτηρίζεται από την βραδεία εξασθένηση της λειτουργικότητας των διαφόρων οργάνων που μπορεί να αντισταθμιστεί με την αποφυγή κόπωσης, με την σωστή διατροφή, με την ήρεμη διαβίωση.

Δεύτερο στάδιο: Αυτό εμφανίζεται άλλοτε απότομα και άλλοτε σιγά-σιγά. Η μείωση της ενεργητικότητας του ηλικιωμένου γίνεται εμφανής επειδή η φθορά του οργανισμού του δεν επανορθώνεται πια. Τα κύτταρα και οι ιστοί αλλοιώνονται, οι μύες χάνουν την ελαστικότητά τους, τα οστά γίνονται εύθραυστα, η κυκλοφορία του αίματος παρουσιάζει δυσχέρειες, ο εγκέφαλος και η καρδιά παρουσιάζουν βαθμιαία εξασθένηση της λειτουργικότητας, ενώ τα νεύρα και τα αισθητήρια όργανα χάνουν την ευαισθησία τους και υπολειτουργούν. Η οργανική αυτή εξασθένηση συνοδεύεται συχνά από ψυχικές αλλαγές.

Τρίτο στάδιο: Είναι και το τελευταίο στάδιο της ζωής. Οι άνθρωποι σπάνια πεθαίνουν από γηρατειά, συνήθως πεθαίνουν από κάποια αρρώστια που επιβαρύνουν την ηλικία αυτή. Η διάρκεια και η εξέλιξη της αρρώστιας εξαρτάται από την ηλικία και την γενική κατάσταση του οργανισμού.

Άλλα χαρακτηριστικά της γεροντικής ηλικίας που πρέπει να αντιμετωπίζονται με επιείκεια είναι: Το πείσμα, η επιμονή, η αδιαφορία για την τάξη και την καθαριότητα και ο φόβος.

(Εμμανουήλ Πολυζόπουλος, Ψυχίατρος, Όψιμη Ενήλικη ζωή (Γήρας), Διάλεξη στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος στην Κοινωνική Ψυχιατρική, 11/ 2003)

3.2 Αντιλήψεις και θεωρίες περί γήρατος

Τα γηρατεία προσβάλλουν το μόριο, το κύτταρο, τους ιστούς, τα διάφορα συστήματα.

Το γήρας στο μόριο: προκαλεί αλλαγές του συμπλέγματος των μοριακών πρωτεϊνών, οι οποίες βρίσκονται σε αυξημένη τάση να ακινητοποιούνται μονίμως σχηματίζοντας σταυρωτές αλυσίδες.

Το γήρας των κυττάρων: αποδίδεται κυρίως στην σωματική αλλαγή των γονιδίων. Τα γηρασμένα κύτταρα απενεργοποιούνται και έτσι τα ενεργά ελαττώνονται. Έχει παρατηρηθεί ότι ένα άτομο 6 ετών έχει τα ίδια κύτταρα που έχει ένα άτομο 60 ετών. Και ένα άτομο 2 ετών έχει τα ίδια κύτταρα που έχει ένα άτομο 80 ετών.

Το γήρας των ιστών: Είναι συνέπεια της συντελούμενης ελάττωσης του αριθμού των ενεργών κυττάρων, σε συνδυασμό με αλλαγές αντενεργών συστατικών τους, όπως η ελαστίνη το κολλαγόνο. Το γήρας ενός ιστού προκαλεί ελάττωση της ικανότητας του και εξαφάνιση της νευρικής του δύναμης. Το σύστημα έτσι, κάνει την δύναμη της αναπροσαρμογής και δεν μπορεί να ανταποκριθεί με ικανή ταχύτητα και ελαστικότητα στις ανάγκες του.

Το γήρας του όλου οργανισμού: Οι αλλαγές του όλου οργανισμού λόγω του γήρατος προκαλούν μια ελάττωση προσαρμογής, ανταπόκρισης και μια απροθυμία ή ανικανότητα να αντιδρούν θετικά σε ασυνήθεις καταστάσεις. Όλα τα παραπάνω χαρακτηρίζουν το φυσιολογικό γήρας.

(Εμμανουήλ Πολυζόπουλος, ψυχίατρος, Όψιμη Ενήλικη ζωή (Γήρας), Διάλεξη στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος στην Κοινωνική Ψυχιατρική, 11/ 2003)

3.3 Αίτια γήρατος

Ως προς τα αίτια του γήρατος δεν υπάρχουν σαφείς, γνώσεις υπάρχουν όμως διάφορες θεωρίες από τις οποίες θα αναφέρουμε μερικές:

Θεωρία κληρονομικότητας: Πολλοί πιστεύουν, ότι το γήρας επηρεάζεται από την κληρονομικότητα δηλαδή όσο περισσότερο βεβαρημένο είναι το ιστορικό των γονέων και γενικά των προγόνων τόσο νωρίτερα εμφανίζεται το γήρας. Κατά τη θεωρία αυτή η ευπάθεια κληροδοτείται στους απογόνους σαν χρόνια και λανθάνουσα νοσηρή κατάσταση, η οποία με την επίδραση άλλων εσωτερικών ή εξωτερικών ερεθισμάτων αναζωπυρώνεται προκαλώντας εκφυλιστικές επεξεργασίες στα διάφορα όργανα γνωστές κατά τα γηρατειά.

Θεωρία της ανταλλαγής της ύλης (GREPPI): Σύμφωνα με αυτή, υποστηρίζεται ότι το γήρας είναι αποτέλεσμα μεταβολικών, αναβολικών και βιομηχανικών επεξεργασιών διαφόρων ιστών.

Θεωρία της αυτοδηλητηρίασεως του ζώντος κυττάρου και οργανισμού (MEFCHNICOFT): Σύμφωνα με αυτή το γήρας οφείλεται σε εκφυλιστικές επεξεργασίες λόγω της μακροχρόνιας δηλητηρίασης του οργανισμού από διάφορες επιβλαβείς ουσίες (ενδοτοξίνες κ.α.) οι οποίες δημιουργούνται κατά την ανταλλαγή της ύλης και οι οποίες είτε αποβάλλονται πλημελλώς ή δεν μετατρέπονται σε άλλες ωφέλιμες για τον οργανισμό ενώσεις.

Στην πραγματικότητα με τόσους ορισμούς και θεωρίες που υπάρχουν γύρω από την έννοια των γηρατειών μας οδηγούν χωρίς να το καταλαβαίνουμε να χρησιμοποιούμε πότε τον ένα πότε τον άλλο.

Ρωτήσαμε μερικά άτομα που βρίσκονται στα 70 και 80 τους χρόνια τι θα σήμαινε αν χαρακτήριζαν τον εαυτό τους γέρο ή τους αποκαλούσαν γέρους. Οι απαντήσεις που πήραμε είναι:

«θα ήταν σαν να έλεγα ότι δεν είμαι άνθρωπος πια»

«θα με πέταγαν σαν παλιοπάπουτσο»

«μου έχει απομείνει αρκετή αυτοεκτίμηση για να πω κάτι τέτοιο»

«θα ήταν σαν να ζητούσα οίκτο και συμπόνια και φυσικά δεν είναι αυτό που θέλω».

Η ηλικία είναι τόσο μολυσμένη από αξιολογικά κριτήρια που πολλές φορές διστάζουμε να ομολογήσουμε τα χρόνια μας ή να χαρακτηρίσουμε «γέρο» κάποιο αγαπημένο μας πρόσωπο από φόβο μήπως τον προσβάλουμε. Η ικανότητα μας να σκεφτούμε λογικά το θέμα της ηλικίας και να πάρουμε λογικές αποφάσεις επηρεάζεται κυρίως από αυτό το λόγο. (Εμμανουήλ Πολυζόπουλος, ψυχίατρος, Όψιμη Ενήλικη ζωή (Γήρας), Διάλεξη στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος στην Κοινωνική Ψυχιατρική, 11/ 2003)

3.4 Σημεία γήρατος

Όπως είναι γνωστό η πορεία προς τα γηρατειά διαφέρει πολύ από άτομο σε άτομο. Αλλά και τα διάφορα οργανικά συστήματα του σώματος δεν γερνάνε συμμετρικά. Έτσι σε ένα άτομο γερνάει πρώτα Κ.Ν.Ε. σ' ένα άλλο ο συνδετικός ιστός των αρθρώσεων και σ' ένα τρίτο, οι μυς του σκελετού.

Έχουμε τα φυσιολογικά και βιολογικά κριτήρια του γήρατος τα οποία είναι:

1. Βραδεία αλλά σταθερή εκφύλιση και ατροφία του Κ.Ν.Σ.
2. Βαθμιαία αφυδάτωση των ιστών.
3. Βαθμιαία επιβράδυνση της διαίρεσης και αύξησης των κυττάρων.
4. Ελάττωση του βασικού μεταβολισμού.
5. Ελάττωση της ελαστικότητας των ιστών, εκφύλιση του συνδετικού ιστού καθώς και λιπώδη διήθηση των κυττάρων.
6. Ελάττωση του αριθμού των γαγγλιακών του Κ.Ν.Σ.
7. Βαθμιαία ελάττωση της ικανότητας της προσαρμογής.
8. Ελάττωση της ταχύτητας, της έντασης και της διάρκειας των νευρομυϊκών αντιδράσεων.

(Εμμανουήλ Πολυζόπουλος, ψυχίατρος, Όψιμη Ενήλικη ζωή (Γήρας), Διάλεξη στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος στην Κοινωνική Ψυχιατρική, 11/ 2003)

3.5 Τα Δικαιώματα των Ηλικιωμένων

Οι ηλικιωμένοι, όπως και όλοι οι πολίτες έχουν δικαιώματα και υποχρεώσεις που αναφέρονται σε κείμενα του ΟΗΕ της Ευρωπαϊκής Ένωσης και άλλων διεθνών οργανισμών, οργανώσεων ηλικιωμένων και στη νομοθεσία κάθε χώρας. Από όλα τα κείμενα προκύπτει οι ηλικιωμένοι δεν διαφέρουν από τους άλλους πολίτες και ότι ακόμα και οι εξαρτημένοι ηλικιωμένοι μπορούν να εξακολουθήσουν να ασκούν τα δικαιώματά τους και τις ελευθερίες τους ως πολίτες. Τα περισσότερα κείμενα περιέχουν άμεσα ή έμμεσα την αρχή της μη διάκρισης λόγω ηλικίας και της κοινωνικής συμμετοχής όλων, περιλαμβανομένων και των ηλικιωμένων. Η Παγκόσμια Διακήρυξη των Ανθρώπινων Δικαιωμάτων (άρθρο 25 παρ.1) διακηρύσσει μεταξύ άλλων ότι καθένας έχει το δικαίωμα ασφάλισης γήρατος. Τα άρθρα 48 και 52 της Συνθήκης της ΕΟΚ που παρέχουν ελευθερίας κίνησης για τους εργαζόμενους και τους αυτοαπασχολούμενους, συνεπάγονται το δικαίωμα διαμονής στις χώρες μέλη στις οποίες εξακολουθούν την επαγγελματική τους δραστηριότητα: το δικαίωμα διαμονής πρέπει να χορηγείται και σε όσους έχουν παύσει την επαγγελματική τους δραστηριότητα. Ο Κοινωνικός Χάρτης αφορά τα δικαιώματα των ατόμων σε μια κοινωνία όλων των ηλικιών επομένως και των ηλικιωμένων για θέματα σχετικά με την υγεία, τις συντάξεις την κατοικία, τις υπηρεσίες, την οικογένεια, την εκπαίδευση, τα ΜΜΕ, την κοινωνική πρόνοια, την απασχόληση, την παραγωγικότητα. Στις παραγράφους 24 και 25 αναφέρει ότι κάθε άτομο που φτάνει στην συνταξιοδότηση θα πρέπει να διαθέτει εισόδημα που να του / της επιτρέπει ένα λογικό βιοτικό επίπεδο και ότι κάθε συνταξιούχος που δεν έχει δικαίωμα σύνταξης και δεν διαθέτει άλλα μέσα πρέπει να λαμβάνει επαρκές εισόδημα από την Κοινωνική Πρόνοια ανάλογων με τις ανάγκες του. Το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο υιοθέτησε κείμενα για την αρχή της ίσης αμοιβής άσχετα από φυλή, φύλο, ηλικία, αναπηρία ή θρησκεία. Σύσταση του Συμβουλίου της ΕΕ αναφέρεται σε «επαρκείς πόρους και παροχές ώστε να εξασφαλίζεται η αξιοπρεπής ανθρώπινη διαβίωση». Κύριο αίτημα είναι να καθιερωθεί σε όλα τα κράτη μέλη ένα ελάχιστο εγγυημένο εισόδημα και να προχωρήσει μια πολυδιάστατη στρατηγική καταπολέμησης του κοινωνικού αποκλεισμού. Η αρνητική αντιμετώπιση των ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας και δυσκολίας που έχουν στην εξεύρεση εργασίας είναι ένα σημαντικό πρόβλημα που αντιμετωπίζει η Ευρώπη σήμερα. Το Ευρωπαϊκό Ίδρυμα για την Βελτίωση των Συνθηκών Διαβίωσης και Εργασίας έχει αναλάβει τη διεξαγωγή μελέτης με σκοπό

την εξεύρεση θετικών ενεργειών από τους εργοδότες ώστε να βοηθήσουν τους εργαζόμενους μεγαλύτερης ηλικίας να παραμείνουν ενεργοί και δραστήριοι στις θέσεις εργασίας τους αν το επιθυμούν.

Η Διεθνής Ομοσπονδία Γήρατος αναφέρεται εκτός από τα δικαιώματα και στις υποχρεώσεις των ηλικιωμένων. Τα δικαιώματα προσδιορίζονται με τις έννοιες της ανεξαρτησίας, συμμετοχής, περίθαλψης, ολοκλήρωσης της προσωπικότητας και αξιοπρέπειας. Δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στο εισόδημα, την απασχόληση, την πρόσβαση σε προγράμματα εκπαίδευσης και ειδίκευσης, στη διαβίωση σε ασφαλές περιβάλλον, στην παραμονή στο σπίτι τους, στην ενεργό συμμετοχή τους στην κοινωνία και τη διαδικασία ανάπτυξης της χώρας τους κλπ. Όσον αφορά τις υποχρεώσεις – ευθύνες των ηλικιωμένων όσο το επιτρέπει η υγεία τους και η προσωπική τους κατάσταση είναι: α) να παραμείνουν ενεργοί, ικανοί, να στηρίζονται στον εαυτό τους και να είναι χρήσιμοι. β) να εφαρμόζουν σωστές αρχές σωματικής και πνευματικής υγείας στη ζωή τους. γ) να επωφελούνται από την εκπαίδευση και την ειδίκευση. δ) να προγραμματίζουν και να ετοιμάζονται για τα γηρατειά και τη συνταξιοδότηση. ε) να ενημερώνουν τις γνώσεις τους και τις ειδικότητες τους, ώστε να έχουν δυνατότητα απασχόλησης. στ) να είναι ευέλικτοι, μαζί με τα άλλα μέλη της οικογένειας και να προσαρμόζονται στις σχέσεις που αλλάζουν. ζ) να μοιράζονται γνώσεις, ειδικότητες, εμπειρία και αξίες με τις νεότερες γενεές. η) να συμμετέχουν στην πολιτική ζωή της κοινωνίας. θ) να αναζητούν και να αναπτύσσουν νέες υπηρεσίες στην κοινότητα. ι) να αποφασίζουν για την περίθαλψη τους την οποία γνωρίζει ο γιατρός τους και η οικογένεια.

Τα δικαιώματα των εξαρτημένων ηλικιωμένων

Από το Ινστιτούτο Γεροντολογίας της Γαλλίας έχει προταθεί ένας Χάρτης που έχει ως στόχο τη διατήρηση των δικαιωμάτων και της αξιοπρέπειας των εξαρτημένων ηλικιωμένων που ορίζει: την ελευθερία επιλογής του τρόπου ζωής, τον τόπο ζωής που πρέπει να είναι προσαρμοσμένος στις ανάγκες του, τη διατήρηση των οικογενειακών σχέσεων και των φίλων, τη δυνατότητα του συνόλου των διαθέσιμων πόρων και της περιουσίας του, τη δυνατότητα διατήρησης της ελευθερίας επικοινωνίας, μετακινήσεων και συμμετοχής στην κοινωνική ζωή, την ενθάρρυνση της διατήρησης των δραστηριοτήτων του, τη δυνατότητα άσκησης θρησκείας της επιλογής του, την πρόληψη της εξάρτησης, το δικαίωμα στην περίθαλψη που του

χρειάζεται, την ειδίκευση των ατόμων που ασχολούνται με τον ηλικιωμένο εξαρτημένο, την περίθαλψη και βοήθεια στο άτομο που πεθαίνει. Ο κίνδυνος καταχρηστικής θεραπευτικής άρνησης σε άτομο που έχει προσβληθεί σοβαρά αλλά μπορεί να θεραπευθεί αποτελεί κίνδυνο εξ ίσου απαράδεκτο με εκείνο της αδικαιολόγητης επιμονής για θεραπεία. Ο Χάρτης θεωρεί επίσης ότι η διεπιστημονική έρευνα για τη γήρανση και την εξάρτηση αποτελεί προτεραιότητα και ότι το σύνολο του πληθυσμού πρέπει να έχει πληροφόρηση για τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν τα ηλικιωμένα εξαρτημένα άτομα.

Τα δικαιώματα των ηλικιωμένων ασθενών και εξαρτημένων στην Ελλάδα.

Η ισχύουσα νομοθεσία δηλαδή το Ποινικό και Αστικό Δίκαιο καθώς και η σχετική νομολογία καλύπτουν τα ατομικά δικαιώματα του πολίτη σε περίπτωση ασθένειας. Τα δικαιώματα όλων των ασθενών και επομένως και των υπερηλίκων είναι: η ενημέρωση για την πραγματική κατάσταση της υγείας τους για την ιατρική διάγνωση και θεραπεία, η συμμετοχή στο σχεδιασμό της θεραπείας και της φροντίδας, η άρνηση του υπερήλικα για συμμετοχή σε πειραματική έρευνα, το δικαίωμα να μην υποβάλλεται χειρουργικές και φαρμακευτικές παρεμβάσεις χωρίς πλήρη ενημέρωση για τους κινδύνους που διατρέχει και χωρίς την έγγραφη συγκατάθεσή του που μπορεί ανά πάσα στιγμή να ανακαλέσει, η προσωπική ρύθμιση οικονομικών υποθέσεων, η τήρηση του ιατρικού και νοσηλευτικού απορρήτου.

Τα δικαιώματα των ηλικιωμένων σε ίδρυμα.

Ο σεβασμός των δικαιωμάτων και των ελευθεριών των ηλικιωμένων εξαρτημένων ατόμων, η αναγνώριση της αξίας τους και η προστασία της αξιοπρέπειάς τους αφορά όλα τα μέρη όπου ζουν: σε ξενοδοχεία ηλικιωμένων, οίκους ευγηρίας, κατοικίες, νοσοκομεία χρονίως πασχόντων. Κανείς δεν μπορεί να γίνει δεκτός σε ίδρυμα χωρίς προηγούμενο διάλογο και χωρίς τη συναίνεσή του. Ο τρόφιμος πρέπει να εκφράζει τις επιλογές του και τις επιθυμίες του. Το ίδρυμα πρέπει να διαθέτει ένα προσωπικό χώρο, να ανταποκρίνεται στις ανάγκες του, να ικανοποιεί τις επιθυμίες του, να ενθαρρύνει τις πρωτοβουλίες, να ευνοεί τις ατομικές δραστηριότητες και να αναπτύσσει συλλογικές δραστηριότητες μέσα και έξω από το ίδρυμα.

Πρέπει επίσης να εξασφαλίζει νοσηλευτική και ιατρική περίθαλψη προσαρμοσμένη στην κατάσταση υγείας του τροφίμου και σε περίπτωση ανάγκης, περίθαλψη εκτός ιδρύματος. Το ίδρυμα να δέχεται την οικογένεια, τους φίλους και τους εθελοντές και να τους ενθαρρύνει να συμμετέχουν στις δραστηριότητές του. Μετά από μία προσωρινή απουσία (νοσοκομειακή περίθαλψη, διακοπές κλπ.) ο τρόφιμος να ξαναβρίσκει τη θέση του. Κάθε τρόφιμος πρέπει να διαθέτει προσωπικούς πόρους και να χρησιμοποιεί ελεύθερα το διαθέσιμο τμήμα του εισοδήματός του. Έχει το δικαίωμα ελεύθερης έκφρασης παραπόνων και προτάσεων για αλλαγή στην παρεχόμενη φροντίδα του, προστασίας από σωματική και ψυχική κακοποίηση, ελευθερίας από σωματικό και άλλο περιορισμό. Τέλος έχει τη δυνατότητα επιλογής και χρήσης ενδυμασίας και προσωπικών αντικειμένων, αποδοχής ή μη αποδοχής ορισμένων προσφερομένων υπηρεσιών και το δικαίωμα της ομιλίας.(Πουλόπουλου, Έλληνες Ηλικιωμένοι πολίτες, Παρελθόν Παρόν και Μέλλον. Εκδόσεις « ΕΛΛΗΝ » Ήρα Εκμέ.)

3.6 Η Νομική Προστασία των Ηλικιωμένων

Η ηλικία χρησιμοποιείται ως καθοριστική για την παραχώρηση δικαιωμάτων, υποχρεώσεων και πόρων σχεδόν σε κάθε κοινωνία. Οι διακρίσεις σε βάρος της μεγαλύτερης ηλικίας εργαζόμενων αντιβαίνουν στις αρχές της κοινωνικής δικαιοσύνης αλλά και στην οικονομική λογική. Σε πολλές χώρες ψηφίστηκαν νόμοι που απαγορεύουν τις διακρίσεις λόγω ηλικίας π.χ. στις ΗΠΑ απαγορεύονται οι διακρίσεις λόγω ηλικίας σε θέματα απασχόλησης, δανείων, κατοικίας κλπ. Στην Ελλάδα το άρθρο 21 παρ.3 του Συντάγματος καθιέρωσε την κρατική μέριμνα για την προστασία του γήρατος. Το άρθρο 5 παρ.1 κατοχυρώνει μαζί με τη προσωπική και την οικονομική ελευθερία, την οργάνωση υπηρεσιών προστασίας ηλικιωμένων. Το άρθρο 20 κατοχυρώνει το δικαίωμα δικαστικής προστασίας για κάθε άτομο. Οι επιστήμονες υποστηρίζουν ότι η αγωγιμότητα δεν είναι απαραίτητο γνώρισμα του δικαιώματος προστασίας των ηλικιωμένων, αλλά αντίστροφα η ύπαρξη ενός δημοσίου ή ιδιωτικού δικαιώματος αποτελεί προϋπόθεση για το παραδεκτό της έννομης προστασίας. Μπορεί η αγωγιμότητα του δικαιώματος για κοινωνική πρόνοια να βρίσκεται σε εξαιρετικά χαμηλό επίπεδο, αλλά τυπικά υπάρχει πάντα η δυνατότητα δικαστικού ελέγχου της κοινωνικής διοίκησης.

Το πρόβλημα της νομικής προστασίας του ηλικιωμένου εμφανίζεται μόνο για εκείνους που η διανοητική ή σωματική τους κατάσταση είναι τέτοια ώστε να τους εμποδίζει να εκφράσουν τη θέλησή τους. Η διανοητική ή η σωματική κατάσταση δημιουργεί την ανάγκη να αποφεύγεται να εκτίθενται σε κίνδυνο τα συμφέροντα αυτών των ατόμων από αμέλεια ή κακοβουλία άλλων προσώπων, ακόμα και της οικογένειάς τους. Στη νομοθεσία κάθε χώρας υπάρχουν διατάξεις που εμπιστεύονται σε κηδεμόνα ή επιτροπή υπό τον έλεγχο της δικαιοσύνης, την προστασία των συμφερόντων των ηλικιωμένων στις δικαιοπραξίες που μπορεί ακόμα να εκτελέσει, είτε στην άσκηση αυτών των δικαιοπραξιών για λογαριασμό του. Σκοπός αυτών των νομοθεσιών είναι να καταστεί ικανό το ηλικιωμένο άτομο να διατηρήσει ή να επανακτήσει τον έλεγχο των συμφερόντων του όπου αυτό εμφανίζεται κατορθωτό.

Η νομοθεσία μπορεί να περιορίσει την ελευθερία των ηλικιωμένων και να μειώσει τον έλεγχο που έχουν οι ίδιοι στη ζωή τους στα ακόλουθα θέματα: διαχείριση οικονομικών υποθέσεων, συγκατάθεση για θεραπεία, χρήση φαρμάκων, εισαγωγή σε ίδρυμα, αντιπροσώπευση ηλικιωμένων. (Πουλόπουλου, Έλληνες Ηλικιωμένοι πολίτες, Παρελθόν Παρόν και Μέλλον. Εκδόσεις «ΕΛΛΗΝ» Ήρα Εκμέ).

3.7 Οι Ανάγκες των Ηλικιωμένων

Οι ανάγκες των ηλικιωμένων δεν είναι διαφορετικές από τις ανάγκες των άλλων ανθρώπων. Ωστόσο η γεροντική ηλικία συνοδεύεται από συγκεκριμένες ανάγκες που χρήζουν ικανοποίησης για να γίνει αυτή η περίοδος της ζωής περισσότερο χρήσιμη και ευχάριστη στους ίδιους. Οι ηλικιωμένοι όπως και όλοι οι άνθρωποι έχουν ανάγκη από:

(α) Αρκετή και θρεπτική τροφή, σωστό ρουχισμό και υπόδηση, καθαριότητα και αξιοπρεπή κατοικία με επαρκή θέρμανση, μεταφορά και μετακίνηση, οικιακή βοήθεια, εισόδημα που να καλύπτει τις βασικές τους ανάγκες χωρίς «φιλανθρωπία».

(β) Παραμονή στο σπίτι με συντροφιά, ανθρώπινες σχέσεις, ζεστασιά, αγάπη, στοργή, ενσωμάτωση στην οικογένεια χωρίς το συναίσθημα ότι είναι βάρος στους άλλους. Σεβασμός της ελευθερίας τους, δυνατότητα να ζουν με το δικό τους τρόπο και ρυθμό. Έχουν την ανάγκη να αισθάνονται ότι ανήκουν κάπου, ότι είναι απαραίτητοι, ότι συμμετέχουν δημιουργικά, ότι επηρεάζουν την ζωή τους και τη ζωή των άλλων. Οι ηλικιωμένοι δεν μπορούν να ζουν με την απομόνωση και την απόρριψη από την οικογένεια και την κοινότητά τους.

(γ) Ικανοποιητική ιατροφαρμακευτική κάλυψη και νοσοκομειακή περίθαλψη με σεβασμό στην προσωπικότητά τους χωρίς ταλαιπωρία και καταρράκωση της υπερηφάνειάς τους.

(δ) Δραστηριότητα, απασχόληση, εκπαίδευση, επικοινωνία, προσφορά και αναγνώριση της προσφοράς, κοινωνικές επαφές, διασκέδαση, νέα ενδιαφέροντα, πνευματικά ερεθίσματα, προσδοκίες.

(ε) Δυνατότητα να κινηθούν ανεξάρτητοι στο χώρο τους. Μερικοί ευάλωτοι, ανάπηροι, ασθενείς ηλικιωμένοι χρειάζονται φροντιστή και βοήθεια στην κίνησή τους όταν έχουν ανάγκη, ή διάφορα βοηθήματα π.χ. μπαστούνι, αναπηρικό αμαξίδιο.

(στ) Έγκαιρη και ορθή ενημέρωση σε θέματα που τους αφορούν.

(ζ) Πρόσβαση σε υπηρεσίες μέσα στην κοινότητα ή και κατ' οίκον βοήθεια και νοσηλεία.

(η) Δυνατότητα να πεθάνουν με αξιοπρέπεια ανάμεσα σε αγαπημένα άτομα.

Η ιδέα ότι οι υπερήλικες έχουν λιγότερες ανάγκες και δεν χρειάζονται πολλά για να ζήσουν είναι πολύ διαδεδομένη αλλά δεν ανταποκρίνεται στην

πραγματικότητα γιατί μερικές δαπάνες μειώνονται ενώ ταυτόχρονα αυξάνονται άλλες που προκύπτουν εξ αιτίας της ελαττωμένης σωματικής κινητικότητας και των δυσλειτουργιών που προκαλούνται από προβλήματα υγείας, η αντιμετώπιση των οποίων είναι ιδιαίτερα πολυέξοδη.

Η περιορισμένη κινητικότητα μερικών καθιστά τη ζωή τους πιο ακριβή: για να μην ζουν κλεισμένοι στο σπίτι τους πρέπει να έχουν την δυνατότητα να δαπανούν για ταξί, τηλέφωνο, και συγκεντρώσεις φίλων που οργανώνουν στο δικό τους χώρο. Επίσης λίγα χρόνια μετά την συνταξιοδότηση οι ηλικιωμένοι διαπιστώνουν ότι τα διαρκή καταναλωτικά αγαθά που διαθέτουν χρειάζονται επισκευή ή αλλαγή. Όσοι έχουν χαμηλότερα εισοδήματα θίγονται περισσότερο διότι συνήθως αγοράζουν είδη πιο φθηνά επομένως χειρότερης ποιότητας. Το ίδιο συμβαίνει και με τα είδη ένδυσης και υπόδησης. Έτσι με τις χαμηλές συντάξεις που λαμβάνουν είναι δύσκολο να αποταμιεύουν ώστε να αγοράζουν νέα διαρκή καταναλωτικά αγαθά, ρούχα και παπούτσια. Συνήθως οι υπερήλικες ζουν πιο συχνά μόνοι σε σύγκριση με τους νέους ηλικιωμένους και επομένως το κόστος ζωής ενός ατόμου είναι υψηλότερο.

Ικανοποιούνται οι βασικές ανάγκες των ηλικιωμένων;

Για τους περισσότερους ηλικιωμένους ικανοποιούνται με κάποιο τρόπο οι ανάγκες διατροφής και στέγασης. Ωστόσο οι βασικές οικονομικές ανάγκες δεν καλύπτονται για ένα μεγάλο μέρος ατόμων μεγάλης ηλικίας, αφού ουσιαστικής και μερικές φορές μοναδικός πόρος ζωής των ηλικιωμένων είναι η σύνταξη και οι περισσότερες συντάξεις είναι χαμηλές. Πολλοί ηλικιωμένοι στηρίζονται για την επιβίωση τους είτε στα παιδιά τους είτε στην κρατική βοήθεια, η οποία κυρίως προσφέρεται με την μορφή της ιδρυματικής περίθαλψης αφού δεν έχουν τα οικονομικά μέσα να ζήσουν ανεξάρτητοι.

Συχνά οι κοινωνικές ανάγκες, οι ανάγκες για συμμετοχή στην κοινωνική ζωή δεν καλύπτονται. Για τους περισσότερους ασθενείς με βαριές χρόνιες ασθένειες που ζουν στο σπίτι τους δεν ικανοποιούνται οι ανάγκες για υπηρεσίες υγείας και κοινωνικές υπηρεσίες, ιδιαίτερα όταν ανήκουν στις κατώτερες κοινωνικό-οικονομικές τάξεις.

Επίσης στην Ελλάδα δεν ικανοποιούνται οι ανάγκες για κατ' οίκον υπηρεσίες: τα προγράμματα που υπάρχουν είναι πιλοτικά ή βρίσκονται στα πρώτα βήματα τους. Ο τομέας αυτός σήμερα καλύπτεται μόνο εν μέρει και με πολλές ελλείψεις, από την

Τοπική Αυτοδιοίκηση μέσω των ΚΑΠΗ, από την εκκλησία και τις μη κυβερνητικές οργανώσεις. Οι ηλικιωμένοι που ζουν σε αγροτικές περιοχές και σε μικρά νησιά στερούνται σωστής ιατροφαρμακευτικής και νοσοκομειακής περίθαλψης. Η ενημέρωσή τους για θέματα που τους αφορούν είναι ελλιπής έως ανύπαρκτη. Οι ενδιαφερόμενοι συνήθως δεν γνωρίζουν τα μέτρα που λαμβάνονται, τις υπηρεσίες υγείας – πρόνοιας και τις διάφορες παροχές που προσφέρουν το Κράτος, η Τοπική Αυτοδιοίκηση και μη Κυβερνητικές Οργανώσεις προς τους ηλικιωμένους – αρρώστους και τις οικογένειές τους. .(Πουλόπουλου, Έλληνες Ηλικιωμένοι πολίτες, Παρελθόν Παρόν και Μέλλον. Εκδόσεις « ΕΛΛΗΝ » Ήρα Εκμέ.)

3.8 Η Ψυχολογία της τρίτης Ηλικίας

Σχετικά με τους ηλικιωμένους, μια πρώτη διαπίστωση, είναι πως μπαίνουν στο περιθώριο και γι' αυτό υπεύθυνη είναι και η κοινωνία. Η κατηγορία δεν είναι αβάσιμη αν και πολλές φορές φταίνε λίγο και οι ίδιοι οι ηλικιωμένοι. Δεν είναι μόνο δηλαδή η κοινωνία που τους αποκλείει αλλά και εκείνοι οι ίδιοι που δέχονται παθητικά αυτό τον αποκλεισμό, ενώ ελάχιστοι είναι εκείνοι που ετοιμάζονται ψυχολογικά για τα γηρατειά.

Ο ρόλος των ηλικιωμένων έχει βέβαια σχέση με το πολιτιστικό επίπεδο κάθε χώρας και με τις αντιλήψεις κάθε εποχής. Αλλά εξαρτάται επιπλέον και από τις συνθήκες ζωής τα «πρότυπα ζωής» που επικρατούν κατά καιρούς και κατά τόπους. Η εκτίμηση και χρησιμοποίηση π.χ. των γερόντων δεν είναι άσχετα με το κατά πόσον η κοινότητα που ανήκουν έχει ξεπεράσει την τραγικότητα του βιοτικού προβλήματος, αν οι αξίες που κυριαρχούν στους κόλπους της, έχουν σχέση με τη σωματική ρώμη ή την πνευματική, αν η οικονομική δομή χρειάζεται την παρουσία ηλικιωμένων κλπ. Έτσι βλέπουμε π.χ. να έχουν περισσότερη ισχύ σε χώρες που κυριαρχεί ο ανατολικός τρόπος ζωής παρά εκεί που κυριαρχεί ο δυτικός. Ακόμα στην Αρχαία Αθήνα και Σπάρτη, ιδιαίτερα δε στη Αρχαία Ρώμη, οι ηλικιωμένοι άρχοντες είχαν μεγάλη εκτίμηση.

Η σημερινή κοινωνία, γνωρίζουμε πως διακατέχεται από το πνεύμα της οικονομικής και της πραγματιστικής αποτελεσματικότητας και ζητεί από τα άτομα ότι και από τις μηχανές. Παραγωγική ικανότητα και εμπορεύσιμη εμφάνιση. Οι γέροντες όμως δεν διαθέτουν ούτε την απαιτούμενη δύναμη και ταχύτητα, ούτε την φυσική έλξη. Επομένως μπαίνουν στο περιθώριο της ζωής και από ρόλους δυναμικούς που είχαν λίγο πριν, πρέπει να περιορισθούν σε αδύνατους και δευτέρους. Η αλλαγή δε αυτή, για μερικούς που γερνούν απότομα είναι τόσο γρήγοροι, που η προσαρμογή συνήθως αποτυγχάνει.

Γι' αυτό είναι αρκετοί εκείνοι που δεν δέχονται το γεγονός των γηρατειών. Άλλοι βρίσκουν τρόπους φυγής, αναζητούν υποκατάστατα, άλλοι κυνηγούν μάταια ελιξίριο νεότητας. Τέλος άλλοι πεθαίνουν πιο γρήγορα από το σαράκι ενός υποτιμητικού στερεότυπου της γερωντικής ηλικίας. Υπάρχουν όμως και μερικοί που διαθέτουν αρκετή ψυχική ισορροπία ή ικανή μόρφωση για να μην βλέπουν τα γεράματα μόνο σαν κακό.

Ο περίφημος συγγραφέας H.Ellis γράφει «Είχα το συναίσθημα ότι είμαι νέος και ότι όλη η ζωή βρίσκεται μπροστά. Για τους ώριμους ένιωθα σεβασμό, σαν να μην μου είχε γίνει συνείδηση, γι' αρκετό διάστημα, ότι και εγώ βρισκόμουν στην ίδια ηλικία. Έκπληξη με κυρίευε κάθε φορά που αντιλαμβανόμουν ότι πρόσωπα αξιοσέβαστα ήσαν νεότερα από εμένα. Κάποια μέρα όμως το εντελώς αυθόρμητο συναίσθημα έσβησε και ξαφνικά, ένιωσα γερασμένος. Η καινούργια όψη της ζωής όμως καθόλου δεν έκλωσε τα μελλοντικά μου σχέδια, που ξεπλήρωνα χωρίς βία, αλλά και δίχως καθυστέρηση.» Η αυτάρκεια σπάνια δίνει στον ηλικιωμένο την αίσθηση πως είναι «μέσα» στην κοινωνία. Όποιος λοιπόν δεν έχει ούτε φυσική ούτε οικονομική επάρκεια καταλήγει να βρεθεί «έξω» δηλαδή στο περιθώριο. Εδώ θα μπορούσαμε να μιλήσουμε για μια «συνεχόμενη εκπαίδευση» τόσο για τους ηλικιωμένους όσο και για τους νέους και τους ενήλικες (τους αυριανούς ηλικιωμένους), αλλά ίσως ούτε και αυτό να άλλαζε τη σημερινή κατάσταση ανεξάρτητα δηλαδή από την καλή θέληση του καθένα, μια και δεν υπάρχουν οι κατάλληλοι θεσμοί.

Η προσωπικότητα των ηλικιωμένων χαρακτηρίζεται από την εσωτερική γαλήνη που είχε στις προηγούμενες ηλικίες του, με κάποιες αλλοιώσεις που ούτε την βελτιώνουν ούτε την επιδεινώνουν. Είναι λάθος να πιστεύουμε πως ένας ηλικιωμένος δεν έχει να προσφέρει τίποτε περισσότερο στην προσωπικότητα του. Είναι φυσικό στα γηρατειά να τονίζονται μερικά από τα λιγότερα θετικά στοιχεία της προσωπικότητας και να χάνονται μερικά από τα πιο θετικά. Και οι δύο περιπτώσεις δυσκολεύουν τις κοινωνικές σχέσεις του ηλικιωμένου και τη συμβίωση του με άλλους.

Είναι γνωστή η σχεδόν λογοτεχνική μορφή του γέρου οικογενειάρχη, στραβόξυλο και εγωιστή που δυσκολεύει τη ζωή των δικών του (που τουλάχιστον ικανοποιείται με την αίσθηση ότι αυτός διατάζει). Εξίσου γνωστή είναι η πιο δραματική μορφή του «παπούλη» που κάθεται σε μια γωνιά και που κανείς δεν του δίνει σημασία.

Η τάση για απομόνωση είναι πιο συχνή σε ανθρώπους που ήταν πάντα ντροπαλοί και καθόλου κοινωνικοί. Με τον ίδιο τρόπο ανικανοποίητοι μένουν εκείνοι που ποτέ δεν γνώρισαν την ικανοποίηση και τη χαρά της ζωής. Μερικές δυσάρεστες αλλοιώσεις συμπεριφοράς όμως οφείλονται και στη διαδικασία της ανέλιξης της ψυχής. Οι αλλοιώσεις των κυττάρων του νευρικού συστήματος νωρίτερα ή αργότερα,

είναι ίδιες σ' όλους τους ηλικιωμένους και μπορούν να καταλήξουν και σε ολοκληρωτική τροποποίηση της προσωπικότητάς τους. Έτσι, μερικοί, από ανοιχτόκαρδοι και ευδιάθετοι γίνονται εσωστρεφείς και μισάνθρωποι, ενώ άλλοι ανέκαθεν σοβαροί γίνονται ζωηροί και ελαφρόμυαλοι σαν παιδιά.

Με τα γηρατειά λοιπόν δεν προβλέπεται, τουλάχιστον στις φυσιολογικές περιπτώσεις, μια παθητική ή στατική ζωή, λες και ο ρυθμός των διανοητικών και συναισθηματικών λειτουργιών πρέπει να σταματήσει μετά από κάποια αγωνία και λήθαργο του πνεύματος και του σώματος.

Η λεγόμενη συναισθηματικής ανέλιξη (που ίσως να εκδηλωθεί με έναν εγωκεντρισμό) δεν είναι εκείνη για όλους τους ηλικιωμένους ούτε παρουσιάζεται στον ίδιο βαθμό και μπορεί να ποικίλει ανεξάρτητα από τη φυσική κατάπτωση, μια και που αυτή δεν σχετίζεται με την ψυχική κατάπτωση. Η κατάπτωση έχει φυσιολογικά και ψυχολογικά χαρακτηριστικά. Συμβαίνουν βασικές δομικές αλλαγές στη «μήτρα» των ιστών, στις ίνες και στα υγρά μέσα από τα οποία φθάνουν θρεπτικές ουσίες στα ζωντανά κύτταρα. Η φθορά των συστημάτων και των οργάνων είναι η βασική αιτία αφού η ανατροφοδότηση των κυττάρων καθίσταται δύσκολη. Πιο συγκεκριμένα παρατηρείται βαθμιαία ξήρανση των ιστών, επιβράδυνση στην υποδιαίρεση των κυττάρων, ελάττωση της αναπτυξιακής και ανανεωτικής τους ικανότητας, οξειδωση και γι' αυτό πτώση της ταχύτητας που μέχρι τώρα είχε ο ρυθμός ζωής του ατόμου. Κυτταρικός λοιπόν εκφυλισμός, εκφυλισμός του νευρικού συστήματος και γενική κατάπτωση του μηχανισμού που διατηρεί ένα αρκετά σταθερό εσωτερικό περιβάλλον, απαραίτητο στη ζωή των κυττάρων και των ιστών.

Τα γεράματα επιταχύνονται όταν παρατηρηθεί συσσώρευση ουσιών, όπως του σιδήρου και του ασβεστίου στο κυτταρόπλασμα, πράγμα που επηρεάζει τη διαβρωτικότητα του κυτταρικού υλικού από τα οποιαδήποτε προϊόντα. Έτσι οι γερασμένοι ιστοί και τα φθαρμένα όργανα ευνοούν τις αρρώστιες.

Η ψυχική όμως κατάσταση του ατόμου επηρεάζει ανάλογα το process των γηρατειών. Ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο παίζει η χρήση και άσκηση των ψυχολογικών ικανοτήτων από το άτομο στις προηγούμενες ηλικίες («Αν π.χ. έχει ήδη μάθει να αντιμετωπίζει την πραγματικότητα της ζωής σωστά, να θαυμάζει εμπρός το καινούριο και στο απροσδόκητο και όχι απλώς να μην ταραίζεται από τις αλλαγές αλλά να αντλεί ευχαρίστηση απ' αυτές»). Η γνώμη και η στάση που παίρνουμε απέναντι στον

εαυτό μας και στους άλλους οδηγεί στα γεράματα. Η έλλειψη νέων ενδιαφερόντων είναι υπεύθυνη για το απότομο πολλές φορές γέρασμα των συνταξιούχων. Βέβαια οι ατομικές διαφορές δίνουν και εδώ τη σφραγίδα τους (ιδιαίτερα οι κληρονόμοι, κοινωνικό-οικονομικοί και μορφωτικοί παράγοντες) καθώς και ο τρόπος ζωής και ο τρόπος αντίδρασης του ατόμου στις περιστάσεις ζωής.

Μπορούμε να πούμε πως η συναισθηματική ανέλιξη εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την ποιότητα της προηγούμενης συναισθηματικής ζωής. Όπως και αν εκδηλώνεται το γήρας, κατά τον Αμερικάνο, γεροντολόγο Λειζινγκ, είναι πιθανή «μια προοδευτική διαδικασία δυσάρεστων αλλαγών σε στενή σχέση με το πέρασμα του χρόνου που υποχρεωτικά καταλήγει στο θάνατο». Όταν αυτή η διαδικασία παίρνει τη μορφή του εγωισμού, δεν μπορούμε να μιλάμε για εγωκεντρισμό, αφού το υπερβολικό και αποκλειστικό ενδιαφέρον για τον εαυτό μας καταργεί κάθε σκέψη και σεβασμό για τους άλλους.

Ο εγωισμός των ηλικιωμένων προσφέρεται για πολλές ερμηνείες και πολλοί τον θεωρούν σαν υποσυνείδητη επιστροφή σ' έναν προηγούμενο καταπιεσμένο ναρκισσισμό σύζυγος π.χ. νομίζει πως αγαπάει τη γυναίκα του, ενώ κατά βάθος ενδιαφέρεται μόνο για τις υπηρεσίες που του προσφέρει.

Εγωκεντρισμός και εγωισμός υπάρχουν και στη φυσιολογική συναισθηματική ζωή, αλλά μπορούν να τονιστούν ιδιαίτερα στα γηρατειά: αποτέλεσμα είναι μια λιγότερο ή περισσότερο φανερή απώλεια της ισορροπίας, με εκρήξεις οργής και άλλες εκδηλώσεις. Σε τέτοιες περιπτώσεις εμφανίζεται μια ανακύκλωση δράσεων και αντιδράσεων, που σταματάει μόνο με την καλή θέληση του ίδιου του ηλικιωμένου και μια μεγάλη δόση υπομονής εκ μέρους των δικών του.

Δεν πρέπει να ξεχνάμε όμως, ότι καταστάσεις, όπως κατάθλιψη, ανησυχία, αϋπνία, φοβίες κτλ, δεν είναι παρά τα αρχικά συμπτώματα, οργανικών ασθενειών που εξαφανίζονται, μαζί με τις επιπτώσεις τους, μόλις εντοπιστούν και θεραπευτούν οι ασθενείς.

Ας μην βιαστούμε να συμπεράνουμε πως ορισμένες διαταραχές συμπεριφοράς είναι αποτέλεσμα προχωρημένης ηλικίας η ψυχική ισορροπία θα μπορούσε να κλονιστεί μόνο από βίαιες σωματικές διαταραχές που εύκολα θεραπεύει ένας καλός γιατρός. (Γκούμας Κωτσιόπουλος, Υγεία/Οδηγός Υγιεινής, Τόμος 3^ο, Εκδόσεις « Δομική Ο.Ε» 1995).

εαυτό μας και στους άλλους οδηγεί στα γεράματα. Η έλλειψη νέων ενδιαφερόντων είναι υπεύθυνη για το απότομο πολλές φορές γέρασμα των συνταξιούχων. Βέβαια οι ατομικές διαφορές δίνουν και εδώ τη σφραγίδα τους (ιδιαίτερα οι κληρονόμοι, κοινωνικό-οικονομικοί και μορφωτικοί παράγοντες) καθώς και ο τρόπος ζωής και ο τρόπος αντίδρασης του ατόμου στις περιστάσεις ζωής.

Μπορούμε να πούμε πως η συναισθηματική ανέλιξη εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την ποιότητα της προηγούμενης συναισθηματικής ζωής. Όπως και αν εκδηλώνεται το γήρας, κατά τον Αμερικάνο, γεροντολόγο Λειζινγκ, είναι πιθανή «μια προοδευτική διαδικασία δυσάρεστων αλλαγών σε στενή σχέση με το πέρασμα του χρόνου που υποχρεωτικά καταλήγει στο θάνατο». Όταν αυτή η διαδικασία παίρνει τη μορφή του εγωισμού, δεν μπορούμε να μιλάμε για εγωκεντρισμό, αφού το υπερβολικό και αποκλειστικό ενδιαφέρον για τον εαυτό μας καταργεί κάθε σκέψη και σεβασμό για τους άλλους.

Ο εγωισμός των ηλικιωμένων προσφέρεται για πολλές ερμηνείες και πολλοί τον θεωρούν σαν υποσυνείδητη επιστροφή σ' έναν προηγούμενο καταπιεσμένο ναρκισσισμό σύζυγος π.χ. νομίζει πως αγαπάει τη γυναίκα του, ενώ κατά βάθος ενδιαφέρεται μόνο για τις υπηρεσίες που του προσφέρει.

Εγωκεντρισμός και εγωισμός υπάρχουν και στη φυσιολογική συναισθηματική ζωή, αλλά μπορούν να τονιστούν ιδιαίτερα στα γηρατειά: αποτέλεσμα είναι μια λιγότερο ή περισσότερο φανερή απώλεια της ισορροπίας, με εκρήξεις οργής και άλλες εκδηλώσεις. Σε τέτοιες περιπτώσεις εμφανίζεται μια ανακύκλωση δράσεων και αντιδράσεων, που σταματάει μόνο με την καλή θέληση του ίδιου του ηλικιωμένου και μια μεγάλη δόση υπομονής εκ μέρους των δικών του.

Δεν πρέπει να ξεχνάμε όμως, ότι καταστάσεις, όπως κατάθλιψη, ανησυχία, αϋπνία, φοβίες κτλ, δεν είναι παρά τα αρχικά συμπτώματα, οργανικών ασθενειών που εξαφανίζονται, μαζί με τις επιπτώσεις τους, μόλις εντοπιστούν και θεραπευτούν οι ασθενείς.

Ας μην βιαστούμε να συμπεράνουμε πως ορισμένες διαταραχές συμπεριφοράς είναι αποτέλεσμα προχωρημένης ηλικίας η ψυχική ισορροπία θα μπορούσε να κλονιστεί μόνο από βίαιες σωματικές διαταραχές που εύκολα θεραπεύει ένας καλός γιατρός. (Γκούμας Κωτσιόπουλος, Υγεία/Οδηγός Υγιεινής, Τόμος 3^ο, Εκδόσεις «Δομική Ο.Ε» 1995).

3.9 Σωματικά Προβλήματα των Ηλικιωμένων

1) **Ακράτεια και επίσχεση ούρων:** Η ακράτεια είναι ένα από τα σημαντικότερα κλινικά προβλήματα ηλικιωμένων αρρώστων πολύ συχνότερα από την ακράτεια κοπράνων και ίσως η κυριότερη αιτία που εξαναγκάζει τους συγγενείς να μεταφέρουν τον ασθενή από το σπίτι του στο νοσοκομείο και στην έξοδό του να μην τον δέχονται πίσω αλλά να τον κατευθύνουν σε ίδρυμα και το αποτέλεσμα είναι να επιδεινώνεται αμέσως η κατάστασή του. Η ακράτεια ούρων είναι σύμπτωμα με ποικίλα αίτια και όχι νόσημα, μπορεί να θεραπεύεται σχεδόν πάντοτε αν απομακρυνθούν νωρίς τα αίτια. Πρέπει να σημειωθεί ότι η ακράτεια ούρων είναι υπεύθυνη όσο και η ακινησία στο κρεβάτι για την δημιουργία ελκών. Άλλα δυσουρικά προβλήματα πέρα από την ακράτεια είναι: Η νυχτουρία (64% συχνότερη σε άντρες) η αιφνίδια έπειξη (40% ίση και στα δύο φύλα) η καυσουρία (11% συχνότερη σε γυναίκες), η διαφυγή ούρων σε αιφνίδιες αυξήσεις της ενδοκοιλιακής πύξης (9% συχνότερη σε γυναίκες).

Αίτια της ακράτειας:

α) **Ελαττωματική φλοιώδης αναστολής των εγκεφαλικών νεύρων που αναστέλλουν το αντανακλαστικό της ούρησης.** Κανονικά μόλις η κύστη φτάνει κάποιο βαθμό πληρότητας διεγείρονται αισθητικά νεύρα τα οποία ενεργοποιούν το κέντρο ούρησης στην ιερή μοίρα του νωτιαίου και διεγείρουν παρασυμπαθητικά νεύρα που προκαλούν μερικές συσπάσεις του τοιχώματός της. Όσο το άτομο έχει συνείδηση της διάτασης της κύστης στέλνει από τον φλοιό αντανακλαστικές ώσης που σταματούν τις μικρές αυτές συσπάσεις και η ούρηση δεν γίνεται. Στην λεγόμενη ασταθή κύστη η αναστολή είναι ανεπαρκής για έναν από τους ακόλουθους λόγους:

Η κύστη στέλνει περισσότερα ερεθίσματα από το κανονικό π.χ. σε φλεγμονές. Η ενδοκυστική πίεση ξαφνικά γίνεται πολύ μεγάλη π.χ. σε βήχα, σε προσπάθεια ή σε ψυχρό περιβάλλον .

Η κεντρική αναστολή είναι ανεπαρκής λόγω συγκίνησης, γέλιου ή αρρώστιας. Γενικά στην προχωρημένη ηλικία η κύστη χάνει περισσότερες αυτόματες συσπάσεις ενώ παράλληλα έχει μειωμένη χωρητικότητα. Έτσι το άτομο αναγκάζεται να σηκώνεται συχνά τη νύχτα. Αν λόγω αρρώστιας ή ακινησίας δεν μπορεί ο άρρωστος να πάει εγκαίρως στην τουαλέτα τότε ακολουθεί ακράτεια. Σε αυτές τις περιπτώσεις

το άδειασμα της κύστης είναι σχεδόν πλήρες. Η χορήγηση όμως μικρού ποσοστού αντιχολερικών ουσιών βοηθά την διατήρηση της εγκράτειας.

Άτομα που περιποιούνται ηλικιωμένους ασθενείς πρέπει να έχουν υπόψη ότι η συχνή κένωση της κύστης είναι αναγκαία για να προληφθεί το αρχικό επεισόδιο ακράτειας μετά το οποίο η αυτόματη κένωση γίνεται πολύ συχνότερη.

β) Μυϊκή αδυναμία: με την ηλικία οι μυς της βάσης της πυέλου και ο έσω σφιγκτήρας χάνουν την δύναμή τους. Σε περιπτώσεις αιφνίδιας ανόδου της ενδοπυελικής πίεσης η ανεπάρκεια αυτή συνοδεύεται από εκροή μικρών ποσών ούρων ιδίως σε γυναίκες που μπορούν έτσι να βραχούν αρκετά. Πρέπει να διαχωριστεί αυτή η κατάσταση από την προηγούμενη στην οποία μια αύξηση πίεσεως οδηγεί σε συστολή όλου του τοιχώματος της κύστης και μεγάλη απώλεια ούρων. Η θεραπεία στην περίπτωση επανορθώσεων βλαβών συνίσταται στην ριζική χειρουργική επέμβαση. Αναβολικές ορμόνες μπορούν να δοκιμαστούν σε περιπτώσεις γενικότερης μυϊκής ατροφίας ή καταβολικών καταστάσεων.

γ) Ατροφική ουρηθρίτιδα: Σημαντικά ποσοστά ηλικιωμένων γυναικών έχουν ατροφική κολπίτιδα από έλλειψη οιστρογόνων. Επιθήλιο ανάλογο μ' εκείνο του κόλπου υπάρχει και στο τρίγωνο της κύστεως και την ουρήθρα.

Η ατροφική κολπίτιδα συνδυάζεται τότε με την ατροφική ουρηθρίτιδα με δυσουρικά συμπτώματα στα οποία συμπεριλαμβάνεται και η ακράτεια ούρων. Τέτοια σύνδρομα δυσουρίας – συχνοουρίας που θυμίζουν τις κοινές ουρολοιμώξεις σπάνια οφείλονται σε λοίμωξη από κοινά μικρόβια. Η θεραπεία της ατροφικής ουρηθρίτιδας απαιτεί την χορήγηση οιστρογόνων σε μικρές δόσεις.

δ) Υπερτροφία του προστάτη: Μπορεί να καταλήξει σε σημαντική στένωση του έσω στομίου της ουρήθρας, διάταση της κύστης και ούρηση από υπερχειλίση. Σπανιότερα μπορεί να παραμορφωθεί το έσω στόμιο της ουρήθρας, ώστε η ακράτεια να συνοδεύεται από μικρή χωρητικότητα της κύστεως. Η θεραπεία είναι χειρουργική αφαίρεση του προστάτη, ελάχιστα είναι τα άτομα των οποίων η γενική κατάσταση δεν επιτρέπει να υποβληθούν στην σχετικά απλή επέμβαση.

ε) Έμπαξη κοπράνων στο αλευθυσμένο: Είναι συχνό επίσης αίτιο ακράτειας ούρων, με κύστη είτε διατεταγμένη, είτε μικρής χωρητικότητας. Τέλος η παρουσία λίθου ή καρκινώματος της κύστης είναι πιο σπάνια αλλά ευκολοδιάγνωστη αιτία ακράτειας ούρων και δέχεται συγκεκριμένη θεραπεία.

1. Επίσχεση: Η αιφνίδια επίσχεση ούρων είναι ένα μεγάλο και δραματικό επεισόδιο στην ζωή κυρίως αντρών μεγάλης ηλικίας, ατόμων που συχνά δεν έχουν δείξει συμπτώματα διαταραχής του ουροποιητικού. Για τον περιπατητικό ηλικιωμένο το συμβάν αυτό τον οδηγεί αμέσως στο νοσοκομείο. Επίσχεση ούρων παρουσιάζεται συνήθως στον άντρα με καλοήγη υπερτροφία του προστάτη μετά από οινοποσία τις χολενεργικές ίνες του παρασυμπαθητικού της πυέλου. Καμιά φορά τα φάρμακα για τελείως διαφορετική χρήση μπορούν να προκαλέσουν μυϊκή χαλάρωση του εξωστήρα ώστε ο υπερήλικας δεν μπορεί να ουρήσει, η κύστη μένει γεμάτη η δε διάστασή της συνοδεύεται από συχνούς πόνους στο υπογάστριο (π.χ. κινιδίνη για καρδιακή αρρυθμία). Κακοήθεις επεξεργασίες του προστάτη μπορούν να παρουσιαστούν σαν οξείες επισχές μετά από μια ένεση σπασμολυτική για κωλικό του νεφρού. Η οξεία επίσχεση που δεν είχε μέχρι εκείνη την ώρα συμπτώματα δυσουρίας πρέπει να οδηγεί σε πλήρη έλεγχο όλου του ουροποιητικού.

Η θεραπευτική αντιμετώπιση της απόφραξης συνιστάται στην εισαγωγή μέσω της ουρήθρας καθετήρα FOLLEY και την κένωση μ' αυτόν τον τρόπο της κύστης. Αν η δίοδος από την ουρήθρα είναι δύσκολη η υπερηβική παρακέντηση με λεπτή βελόνα μπορεί να αποσυμφορήσει την κύστη ελαττώνοντας έτσι την διάταση και ανακουφίζοντας άμεσα τον πόνο. Μετά την άρση της διάτασης συνήθως η κύστη μπορεί ν' αδειάζει πάλι μόνη της.

2. Ακράτεια κοπράνων: Η ακράτεια κοπράνων σε κατάκοιτους ασθενείς εμφανίζεται με δύο κλινικές μορφές:

α)Είτε σαν συχνό και μόνιμο λέρωμα των σεντονιών από ημυδαρή κόπρανα και

β)Είτε σαν ανεξέλεγκτη κένωση σχηματισμένων κοπράνων μια ή δύο φορές την ημέρα.

Και στις δύο περιπτώσεις ο άρρωστος ενοχλείτε από τα κόπρανα στο δέρμα του είτε έχει είτε δεν έχει επίγνωση της ακράτειας. Αν δεν έχει επίγνωση και δεν ζητήσει βοήθεια λερώνεται και μπορεί μέσα σε λίγα λεπτά να μεταβληθεί σε μια θάλασσα κακοσμίας και μόλυνσης.

Τα αίτια των δύο αυτών μορφών ακράτειας κοπράνων είναι συνήθως: 1^ο) Η δυσκοιλιότητα, 2^ο) η υπερβολή λήψη καθαρτικών ή οργανική πάθηση του παχέος εντέρου και 3^ο) νευρογενείς διαταραχές.

Το πιο συνηθισμένο αίτιο ακράτειας ειδικά σε άτομα κατάκοιτα και με κινητική αναπηρία είναι η χρόνια δυσκοιλιότητα. Ημίρρευστα ή υδαρή κόπρανα σε διάφορες ποσότητες αποβάλλονται συχνά. Η θεραπεία συνίσταται στην κένωση όλου του ορθού και μεγάλου μέρους του παχέος εντέρου με υποκλυσμούς οι οποίοι πρέπει να συνεχιστούν για πολλές μέρες μέχρι να εκκενωθεί τελείως το παχύ έντερο. Αν παρ' όλη την καλή κένωση εξακολουθεί η ακράτεια, πρέπει να ελεγχθεί ακτινολογικά όλο το παχύ έντερο για την πιθανότητα νεοπλασίας.

Δεύτερο αίτιο ακράτειας κοπράνων είναι η υπερβολική λήψη καθαρτικών. Η θεραπεία σ' αυτές τις περιπτώσεις συνιστάται στην διακοπή του φαρμάκου ή την καταπολέμηση της βασικής νόσου.

Τρίτο αίτιο ακράτειας, είναι η νευρογενής ακράτεια λόγω μη αναστολής του γαστροκολικού αντανακλαστικού. Μετά από κάθε γεύμα σημαντική ποσότητα κοπράνων μετακινείται από το κατίον στο απευθυσμένο του οποίου ο έσω σφιγκτήρας χαλαρώνει. Εάν η επικοινωνία με το Κ.Ν.Σ. είναι ακέραια, τότε ο έσω σφιγκτήρας ξαναβρίσκει τον τόνο του. Αν όμως η επικοινωνία είναι ατελής όπως σε διάχυτες εγκεφαλικές ανεπάρκειες η αναστολή αυτή δεν γίνεται και εμφανίζεται μετά από κάθε γεύμα μια κανονική και κένωση σχηματισμένη. Σε άτομα με καλή επικοινωνία το συχνότερο αίτιο ακράτειας κοπράνων είναι η δυσκοιλιότητα, σε ασθενείς χωρίς επικοινωνία, τόσο η δυσκοιλιότητα όσο και οι νευρογενείς διαταραχές.

Η θεραπεία πρέπει να βασίζεται στην επανεκμάθηση του αντανακλαστικού της αφόδευσης μόνο σε ορισμένες ώρες, μετά από προσεκτική παρατήρηση του αρρώστου. Αν οι κενώσεις ακολουθούν το πρωινό ρόφημα τότε η καλύτερη μέθοδος είναι να τοποθετείται αναπαυτικά ο άρρωστος στην σκοραμίδα. Αν είναι τελείως απρόβλεπτες οι ώρες των κενώσεων τότε συμφέρει να δίνεται στον άρρωστο αντιδιαρροϊτικό ώστε να σταματούν οι κενώσεις να γίνεται δε ένας καλός υποκλυσμός κάθε 2 ή 3 μέρες στο κρεβάτι.

Επίμονη και συνεχή απώλεια κοπράνων σε ηλικιωμένο άρρωστο σημαίνει σοβαρή τοπική ή γενική νόσο και ταυτόχρονα ελλιπή νοσηλευτική και ιατρική

φροντίδα. Δεν είναι συνοδό σύμπτωμα φυσιολογικού γήρατος.
(<http://www.inpsy.gr/Articles/Third%20age%20and%20Alzheimer.htm>).

3.10 Μεταβολές της Τρίτης Ηλικίας στο Ψυχολογικό Τομέα

Σχετικά με τους ηλικιωμένους μια πρώτη διαπίστωση είναι πως μπαίνουν στο περιθώριο και γι' αυτό υπεύθυνη είναι η κοινωνία. Η κατηγορία είναι αβάσιμη αν και πολλές φορές φταίει λίγο και οι ίδιοι οι ηλικιωμένοι. Δεν είναι δηλαδή μόνο η κοινωνία που τους αποκλείει αλλά και εκείνοι οι ίδιοι δέχονται παθητικά αυτό τον αποκλεισμό, ενώ υπάρχουν ελάχιστοι που ετοιμάζονται ψυχολογικά για τα γηρατεία. Το πολύ – πολύ σκέφτονται μια μελλοντική οικονομική άνεση. Αυτή η αυτάρκεια σπάνια δίνει στον ηλικιωμένο την αίσθηση πως είναι «μέσα» στην κοινωνία. Όποιος δεν έχει ούτε φυσική ούτε οικονομική επάρκεια καταλήγει να βρεθεί «έξω», δηλαδή στο περιθώριο. Αυτό μπορούμε να το χαρακτηρίσουμε για μια «συνεχόμενη εκπαίδευση», τόσο για τους ηλικιωμένους όσο και για τους νέους και τους ενήλικες (τους αυριανούς ηλικιωμένους), αλλά ίσως ούτε και αυτό να άλλαζε την σημερινή κατάσταση, ανεξάρτητα δηλαδή από την καλή θέληση του καθένα, μια και δεν υπάρχουν οι κατάλληλοι θεσμοί.

Οι μεταβολές της τρίτης ηλικίας στον ψυχολογικό τομέα είναι η μοναξιά, η ελάττωση της συγκέντρωσης και διανοητικής λειτουργίας, ο φόβος του θανάτου, η μανία – υπομανία και η άνοια.

A. ΜΟΝΑΞΙΑ

Πολλοί από τους συγγραφείς υποστηρίζουν πως η μοναξιά (όχι για τους απροσάρμοστους αλλά για εκείνους που η πικρή πραγματικότητα την επιβάλλει) είναι αυτή που προσβάλλει περισσότερο τους ηλικιωμένους. Ο αριθμός των ανθρώπων που μετά τα 65 τους χρόνια, που ζουν μόνοι αυξάνεται πολύ και ενώ παλιά, με συντομότερη διάρκεια ζωής, η αναλογία τους ήταν 20%, τώρα είναι γύρω στο 60%.

Οι ηλικιωμένοι χρησιμοποιώντας την επαναστροφή, την παθητικότητα και την εσωστρέφεια καταλήγουν σταδιακά στην αποξένωση από τον κόσμο. Μια έρευνα δείχνει ότι το 31,5% των συνταξιούχων στις ΗΠΑ δε δέχεται ποτέ επισκέψεις. Το ποσοστό αυτό περιλαμβάνει και τις επισκέψεις από φίλους που μέχρι τότε θεωρούνταν αχώριστοι.

Αν λοιπόν στη μείωση των κοινωνικών σχέσεων προστεθεί και η απώλεια του συντρόφου και του τελευταίου αληθινού φίλου, τότε επέρχεται η καταστροφή.

Η «κοινωνική αφομοίωση» είναι το βασικό φάρμακο κατά της μοναξιάς, που σε κάποιες εξελιγμένες κοινωνίες πετυχαίνετε ευκολότερα απ' ότι σε άλλες, όπου η έλλειψη κατάλληλων θεσμών και ειδικευμένων λειτουργών προτείνει για τη μοναξιά σαν μοναδική λύση το κλείσιμο σε γηροκομείο. Φυσικά, η κοινωνική αφομοίωση πρέπει να γίνεται μέσα στην κοινωνία και όχι στα περιθώρια της, όπου ένας άνθρωπος μόνος συνεχίζει να νιώθει μόνος ανάμεσα σε πολλούς άλλους ανθρώπους «μόνους».

Το πρόβλημα της ανασφάλειας: Ιδιαίτερα σ' ένα ηλικιωμένο άτομο, πιο εύκολα μπορεί να υπονομευτεί η αίσθηση της ασφάλειας, η οποία η ίδια αναμονή ότι θα κλονιστεί ανεπανόρθωτα δημιουργεί μεγάλη αναστάτωση. Ας πάρουμε για παράδειγμα το άτομο που έχει συνηθίσει να καθορίζει με την γνώμη και τις επιθυμίες του την ζωή της οικογένειάς του. Σε κάποια στιγμή θα έρθει η μέρα που κανένας δεν θα υπακούει πια στις προσταγές του και ακόμη να μην τις ακούει, τότε θα νοιώσει άσχημα σίγουρα. Η αίσθηση της ασφάλειας που προερχόταν από την ικανότητα του να ελέγχει ή να επηρεάζει χαρακτηριστικά την ζωή των γύρω του. Δημιουργεί πανικό ο οποιοσδήποτε υπαινιγμός γύρω από την πιθανή απώλεια του διαπροσωπικού ελέγχου. Επίσης, μπορεί να οδηγήσει σε φοβερή ανασφάλεια η οποιαδήποτε αλλαγή στην οικογενειακή ιεραρχία (ακόμη και η πιθανότητα αλλαγής).

Αυτή είναι μια πιθανή πηγή ανασφάλειας. Κάποιος άλλος νιώθει ανασφάλεια μέσα από την σταθερή συναισθηματική τροφοδότηση που του προσφέρει ο σύντροφος του. Άλλος πάλι βασίζει την ασφάλεια του σε οικονομικά στηρίγματα, με το να βάζει λίγα λεφτά στην άκρη, κάποια σύνταξη, έχει την αίσθηση ότι με την οικονομική δυνατότητα μπορεί να καλύψει τωρινές και μελλοντικές ανάγκες.

Υπάρχουν που μερικοί άνθρωποι επενδύουν την ασφάλεια τους στην δουλειά και τη δραστηριότητα τους. νοιώθουν απειλή όταν χάνουν την δουλειά τους γιατί στερούνται κάθε διέξοδο επικοδομητικής δραστηριότητας και αυτοέκφρασης. Το άτομο δεν μπορεί πια να καθορίσει τον εαυτό του με βάση το επάγγελμα του. Ακόμα, η περίπτωση μήπως χάσει την δουλειά του ή κάποια άλλη αυτοκαθοριστική δραστηριότητα δημιουργεί ανησυχία η οποία είναι αρκετή για να επισπεύσει μια εσωτερική κρίση.

Για μερικούς ανθρώπους η αίσθηση ασφάλειας είναι απτή και ορατή: Το μέρος όπου ζουν, τα πρόσωπα που τους περιστοιχίζουν, τα οικεία αντικείμενα και η

γειτονία τους. Ίσως να μην το απολαμβάνουν πραγματικά. Και ίσως συνεχώς να παραπονιούνται για τον θόρυβο που κάνουν οι γείτονες, για την κακή θέρμανση κλπ. Οτιδήποτε συμβάλλει στην συνέχιση της καθημερινής ζωής συμβάλλει και στην διατήρηση της ασφάλειας τους. Το άτομο συνεχίζει να γνωρίζει και να εκτιμά τον εαυτό του στον βαθμό που οι οικείοι του εξακολουθούν να επιβεβαιώνουν την ταυτότητα του.

Υπάρχει κι' άλλη πιθανή απειλή για την ασφάλεια. Ένα άτομο μετά τα 50 χρόνια μπορεί να ζει μέσα από τα παιδιά και τα εγγόνια του στον ίδιο βαθμό που ζει μέσα από τις δικές του άμεσες εμπειρίες. Απαιτεί πολύ λίγα για τον εαυτό του και καμιά αρρώστια και οικονομική δυσκολία ή άλλη αντιξοότητα δεν μπορεί να υπονομεύσει την προσωπική αίσθηση ασφάλειας του. Σε περίπτωση που συμβεί κάποιο κακό στην νεότερη γενιά, ολόκληρη η ζωή του καταρρέει. Μπορεί να αποτελέσει μόνιμη πηγή αναστάτωσης, η ανησυχία μιας επερχόμενης καταστροφής.

Συνήθως αποδίδουμε με εύκολο τρόπο την κατάθλιψη ή αναταραχή ενός ηλικιωμένου στα γηρατειά. Μπορούμε να καταλάβουμε την ψυχολογική διαταραχή του ατόμου και να την θεωρήσουμε φυσική αντίδραση σε απειλές που δοκιμάζει, όταν γνωρίζουμε το άτομο και τις καταστάσεις απ' όπου εξαρτάται η συναισθηματική του ασφάλεια. Πιο σημαντικό είναι το γεγονός ότι το άτομο βιώνει τις απειλές σαν πραγματικές. (Γκούμας Κωτσιόπουλος, Υγεία/Οδηγός Υγιεινής, Τόμος 3^ο, Εκδόσεις « Δομική Ο.Ε» 1995).

B. ΕΛΑΤΤΩΣΗ ΤΗΣ ΣΥΓΚΕΝΤΡΩΣΗΣ ΚΑΙ ΔΙΑΝΟΗΤΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ

Σύμφωνα με τις καθιερωμένες θεωρίες πάνω στην νοητική εξέλιξη και τις συνηθέστερες μεθόδους για την εκτίμηση της νοητικής λειτουργίας, το άτομο φτάνει στην αιχμή του στην εφηβεία ή στα 20 περίπου παραμένει εκεί για ένα διάστημα και μετά αρχίζει να μπαίνει στην φάση της παρακμής.

Αποδείχτηκε πολύ απλοϊκή αυτή η εικόνα. Η χρησιμοποίηση περισσότερων εκλεπτυσμένων ερευνητικών τεχνικών δείχνει ότι η εξέλιξη της νοητικής λειτουργίας είναι πιο πολύπλοκη και ενδιαφέρουσα απ' ό,τι πίστευαν παλαιότερα.

Έχει σημασία να αναγνωρίσουμε την πολυδιάστατη φύση της νοημοσύνης πρώτα. Κάθε άτομο είναι εξυπνότερο σε ορισμένους τομείς, ενώ σε άλλους όχι.

Μπορεί, για παράδειγμα, να είναι ιδιαίτερα προικισμένο στο μαθηματικό συλλογισμό, προβληματικό στην ικανότητα του να αντιλαμβάνεται νοερά σχέσεις στον χώρο και μέτριο στην κατανόηση και την χρησιμοποίηση του λόγου. Αυτός είναι ένας από τους πολλούς πιθανούς συνδυασμούς που μπορεί να χαρακτηρίσουν κάποιο άτομο επιπλέον, η σχέση ανάμεσα σε όλες τις διαστάσεις της νοητικής λειτουργίας μπορεί να τυποποιηθεί από την παιδική ηλικία ως τα γηρατειά. Καθώς ο άνθρωπος μεγαλώνει, ορισμένες πλευρές της νοητικής του λειτουργίας μπορεί να βελτιώνονται αντί να εξασθενούν. Γνωρίζει περισσότερα γύρω από πολλά θέματα και γίνεται πιο έμπειρος στην χρησιμοποίηση των ικανοτήτων που έχει αναπτύξει με τα χρόνια..(Γκούμας Κωτσιόπουλος, Υγεία/Οδηγός Υγιεινής, Τόμος 3^ο, Εκδόσεις « Δομική Ο.Ε» 1995)

Γ. ΦΟΒΟΣ ΤΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ

Σε προχωρημένη ηλικία πολλοί δείχνουν να φοβούνται το θάνατο, έστω και αν η υγεία τους είναι καλή, χωρίς αυτό να είναι γενικό φαινόμενο. Αυτό παρουσιάζεται πιο συχνά σε ασταθείς χαρακτήρες και σε νευρωτικούς χαρακτήρες, ενώ όσοι αντιμετώπισαν σθεναρά τις αντιξοότητες της ζωής δείχνουν το ίδιο σθένος και στα γηρατειά.

Υποστηρίζουν οι ψυχολόγοι πως μεγαλώνει το φόβο του θανάτου η μοναξιά και γι' αυτό συμβουλεύουν τους ηλικιωμένους να συνεχίζουν τις επαφές με τους φίλους, να δημιουργούν νέες φιλίες και να βρίσκουν καινούρια ενδιαφέροντα.

Μεγαλώνει το φόβο του θανάτου ακόμα και το ότι κοιμούνται μόνοι, ιδιαίτερα σε ασθενείς ηλικιωμένους. Σε τέτοιες περιπτώσεις, οι συγγενείς ή η νοσοκόμα πρέπει να κοιμούνται στο ίδιο δωμάτιο με τον ασθενή. Αν αυτό δε γίνεται, καλό είναι ν' αφήνουν την πόρτα ανοιχτή για να νιώθει πιο κοντά τους ο ασθενής.

Από τις σημαντικότερες επιπτώσεις του φόβου του θανάτου είναι η αϋπνία: γι' αυτό οι ψυχολόγοι συμβουλεύουν τους ηλικιωμένους ασθενείς να κουβεντιάζουν με συγγενείς, φίλους και γιατρούς έτσι ώστε να ξεχνούν τους φόβους τους. Στη λύση του προβλήματος ένα ελαφρό υπνωτικό συμβάλλει αρκετά. Μερικές συμβουλές για τους ηλικιωμένους που σκέφτονται πολύ συχνά το θάνατο:

- να τους ενθαρρύνουμε να κάνουν μια ζωή δραστήρια χωρίς ν' αποξενώνονται από τις ευθύνες

- να ενημερώνονται για τα γεγονότα τις επικαιρότητας, να κάνουν μελλοντικά σχέδια, έστω και μακροπρόθεσμα, ξεχνώντας το παρελθόν
- να ενδιαφέρονται και να σκέφτονται τους άλλους, προπάντων εκείνους που χρειάζονται τη συμβουλή τους για να θεωρούν τον εαυτό τους χρήσιμο
- να κάνουν καινούριους φίλους, κατά προτίμηση με εύθυμο χαρακτήρα.

Σχετικά με την προειδοποίηση ενός ηλικιωμένου για επικείμενο θάνατο (το πρόβλημα ισχύει και για τους μη ηλικιωμένους) οι ψυχολόγοι δε συμφωνούν, πράγμα δύσκολο εξάλλου, αφού αντιδρά διαφορετικά το κάθε άτομο. Πολλοί υποστηρίζουν πως για τον επικείμενο θάνατο τους, είναι καλό να προειδοποιούνται ανοιχτά οι άνθρωποι. Αυτό δεν ισχύει για τις περιπτώσεις ασταθών χαρακτήρων που θα ήταν ανίκανοι να ξεπεράσουν την κρίση και ν' αντιμετωπίσουν το τέλος του.

Δ. MANIA - ΥΠΟΜΑΝΙΑ

Ο όρος μανία υποδηλώνει υπέρμετρη έξαρση, υπερκινητικότητα, διέγερση και επιταχυμένο ρυθμό ομιλίας συχνά με διαταραγμένη σκέψη. Ο όρος υπομανία αναφέρεται σ' ένα σύνδρομο παρόμοιο, αλλά όχι τόσο βαρύ ή έντονο όσο η μανία.

Συμπτώματα της μανίας και υπομανίας:

- Διαταραχή της συναισθηματικής διάθεσης. Ο μανιακός ασθενής συνήθως βιώνει ευφορία και αυτή η διάθεση είναι «κολλητική» στους γύρω του. Έτσι κατά τη συνέντευξη ενός μανιακού ασθενή μπορεί κανείς ασυναίσθητα να χαμογελάσει και να βρεθεί στην ανάγκη να συγκρατήσει μια παρόρμηση να γελάσει (είναι φυσικά αντιθεραπευτικό και αντιδεοντολογικό να γελάσει κανείς ή να κοροϊδέψει τον ασθενή). Η αντίδραση αυτή που νιώθει ο κλινικός θα πρέπει να τον κάνει να υποψιασθεί τη διάγνωση της μανίας. Για τους ανθρώπους του περιβάλλοντος του ασθενή είναι σαφές ότι η ευφορία του είναι υπερβολική και έξω από το χαρακτήρα του. Οι μανιακοί ασθενείς παρουσιάζονται ιδιαίτερα ενθουσιώδεις στις διαπροσωπικές τους αντιδράσεις, μιλούν στους πάντες και αναζητούν ανθρώπους για να μιλήσουν κατά ενοχλητικό και εξωπραγματικό τρόπο (τηλεφωνούν φίλους π.χ. στις τέσσερις το πρωί χωρίς να λογαριάζουν ότι κοιμούνται).

Θυμίζουμε και πάλι όμως ότι η προεξάρχουσα συναισθηματική διάθεση σε ορισμένους μανιακούς ασθενείς είναι η ευερεθιστότητα κι όχι η ευφορία. Ιδιαίτερα αν οι επιθυμίες του μανιακού ασθενή δεν τύχουν της δέουσας προσοχής, μπορεί αυτός ν'

απαντήσει με έντονη δυσφορία, εκνευρισμό, επιθετικότητα και ενδεχόμενα οργή και βία (από όπου και ο όρος «μανιακός»).

- Διογκωμένη αυτοεκτίμηση. Την εξηρημένη συναισθηματική διάθεση συχνά συνοδεύει μια εξωπραγματική αίσθηση – εκτίμηση των ικανοτήτων και της σημαντικότητας του ατόμου. Μερικοί ασθενείς παρουσιάζονται απλώς με διογκωμένη και υπερβολική αυτοπεποίθηση και έλλειψη αυτοκριτικής. «Άλλοι όμως αναπτύσσουν αίσθηση υπερεκτίμησης και υπεραξίας του εαυτού τους μέχρι το σημείο της εμφάνισης σαφώς εξωπραγματικών παραληρητικών ιδεών μεγαλείου. Έτσι, μανιακοί ασθενείς, μπορεί να φθάσουν να πιστεύουν ότι έχουν ειδική σχέση με το Θεό, ότι έχουν ένα καταπληκτικό σχέδιο με το οποίο θα σώσουν τον κόσμο από την καταστροφή ή ότι έχουν μοναδικά ταλέντα ή ικανότητες (σε τομείς που δεν έχουν καν ειδικές γνώσεις) για το πώς π.χ. να αναμορφωθεί η Υγεία ή τα Ηνωμένα Έθνη κτλ. ή στο να συνθέσουν μουσική, να συγγράψουν ένα μυθιστόρημα κ.ο.κ.

- Ελαττωμένη ανάγκη για ύπνο. Σχεδόν όλοι οι μανιακοί ασθενείς βιώνουν μιαν ελαττωμένη ανάγκη για ύπνο, που είναι χαρακτηριστική και θα πρέπει να ρωτηθεί. Οι μανιακοί ασθενείς νιώθουν γεμάτοι ενέργεια και ενεργητικότητα παρά το ότι δεν ξεκουράζονται καθόλου ή πολύ λίγο. Δεν κουράζονται, δεν νιώθουν την ανάγκη για ανάπαυση και μπορεί να συνεχίζουν χωρίς ύπνο για μέρες χωρίς να αισθανθούν κούραση.

- Πίεση λόγου. Οι μανιακοί ασθενείς μιλούν σα να βρίσκονται κάτω από πίεση να βγάλουν τις λέξεις έξω. Μιλούν δυνατά και γρήγορα και συνήθως είναι δύσκολο να τους διακόψει κανείς. Το περιεχόμενο της ομιλίας τους μπορεί να είναι φυσιολογικό ή γεμάτο αστεία και λογοπαίγνια ή γεμάτο κατηγορίες, εχθρότητα και υβρεολόγια. Συχνά οι μανιακοί ασθενείς μπορεί να έχουν θεατρικό στυλ, να χορεύουν και να τραγουδούν και να παρουσιάζονται αρκετά διασκεδαστικοί. Οι συνειρμοί και η επιλογή των λέξεων μπορεί να βασίζονται περισσότερο στους ήχους παρά στις ιδέες – σκέψεις με αποτέλεσμα να έχουμε ηχητικούς συνειρμούς (Δώσ' μου ένα μήλο – δεν σε έχω φίλο – θα φας ξύλο).

- Φυγή των ιδεών (Ιδεοφυγή). Είναι οι απότομες αλλαγές από το ένα θέμα στο άλλο σε μια συνεχή ροή επιταχυμένου λόγου. Ο ασθενής κάνει συνειρμούς που είναι κατανοητοί, αλλά βασίζονται σε λογοπαίγνια, εξωτερικά ερεθίσματα ή άλλους

τυχαίους παράγοντες. Αν η φυγή των ιδεών γίνει πολύ έντονη τότε ο λόγος γίνεται αποδιοργανωμένος και ακατανόητος.

- Διάσπαση της προσοχής συνήθως υπάρχει και εκδηλώνεται με ταχείες αλλαγές στην ομιλία ή στις δραστηριότητες σαν αποτέλεσμα ποικίλων άσχετων εξωτερικών ερεθισμάτων, όπως θόρυβοι ή επιγραφές ή εικόνες στον τοίχο κτλ.

- Αυξημένη δραστηριότητα / Υπερκινητικότητα. Περιλαμβάνει κινητική ανησυχία και υπερβολική εμπλοκή σε σεξουαλικές, ψυχαγωγικές, επαγγελματικές, πολιτικές, θρησκευτικές κ.ά. δραστηριότητες. Σχεδόν πάντα υπάρχει αυξημένη κοινωνικότητα με προσπάθειες για ανανέωση παλιών γνωριμιών και τηλεφωνήματα σε φίλους όλη τη νύχτα. Οι ασθενείς μπορεί ν' αρχίσουν ταυτόχρονα πολλά σχέδια π.χ. να βάψουν το σπίτι τους, να γράψουν ένα μυθιστόρημα, να κάνουν γενική επισκευή του αυτοκινήτου τους κτλ. – όλα την ίδια μέρα. Οποσδήποτε αυτή η υπερβολική εμπλοκή δείχνει και έλλειψη κριτικής ικανότητας.

- Υπερβολική εμπλοκή σε δραστηριότητες που μπορεί να έχουν οδυνηρές συνέπειες. Η έλλειψη κριτικής ικανότητας μαζί με την υπερβολική διαχυτικότητα, το αίσθημα μεγαλείου και την εξωπραγματική αισιοδοξία μπορεί να οδηγήσουν τους ασθενείς σε πράξεις με οδυνηρές συνέπειες. Έτσι, π.χ. ένας μανιακός ασθενής μπορεί να ξοδέψει μια περιουσία ή ν' αγοράσει του κόσμου τα πράγματα και να καταχρεωθεί ή να οδηγήσει απρόσεκτα και επικίνδυνα, να φύγει ξαφνικά σε ταξίδι για να γυρίσει τον κόσμο, να παρουσιάσει αχαρακτήριστη συμπεριφορά ή να στέκεται στις γωνιές του δρόμου και να ανοίγει ενοχλητικά συζήτηση με περαστικούς. Μπορεί επίσης να ντύνεται με προκλητικά ρούχα, να βάφεται (γυναίκες ασθενείς) χτυπητά ή απρόσεκτα και έντονα, να μοιράζει γλυκά, λεφτά κτλ.

- Συναισθηματική αστάθεια. Ορισμένοι μανιακοί ασθενείς περνούν γρήγορα από ευφορία σε θυμό ή κατάθλιψη, παρουσιάζουν δηλαδή ευμετάβλητη ή ασταθή συναισθηματική διάθεση. Οι μεταβολές ή διακυμάνσεις αυτές του συναισθήματος μπορούν να διαρκέσουν από λεπτά μέχρι ώρες, σπάνια περισσότερο. Μερικές φορές καταθλιπτικά και μανιακά συμπτώματα μπορεί να συμβαίνουν ταυτόχρονα ή να εναλλάσσονται γρήγορα κάθε λίγες μέρες.

- Παραληρητικές ιδέες και ψευδαισθήσεις. Όταν υπάρχουν παραληρητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις το περιεχόμενο τους συνήθως είναι σαφώς σύμφωνο με τη συναισθηματική διάθεση π.χ. η φωνή του θεού εξηγεί στο άτομο την ειδική αποστολή

του ή το άτομο καταδιώκεται λόγω κάποιας ειδικής σχέσης ή λόγω κάποιας συγκεκριμένης δύναμης ή ικανότητας.

E. ANOIA

Το βασικό χαρακτηριστικό της Άνοιας είναι η ανάπτυξη πολλαπλών γνωστικών ελλειμμάτων, που περιλαμβάνουν έκπτωση της μνήμης και τουλάχιστον κάποια από τις παρακάτω γνωστικές διαταραχές: αφασία, απραξία, αγνωσία ή διαταραχή της εκτελεστικής λειτουργίας.

Η Άνοια συνήθως αρχίζει ύπουλα και εξελίσσεται επιδεινούμενη για μήνες και χρόνια. Συχνά αρχίζει με ασαφή μη ειδικά σωματικά ενοχλήματα, κακοδιαθεσία ή ευερεθιστότητα και μείωση του ενδιαφέροντος για τη ζωή. Οι ασθενείς φαίνονται σαν να μην είναι ο παλιότερος εαυτός τους, σαν να χάνουν τη ζωντάνια τους. Τα αρχικά συμπτώματα είναι τόσο ασαφή και απροσδιόριστα, που η οικογένεια του ασθενή περισσότερο νιώθει σαν να έπαψε ο ασθενής να τους αγαπά και να ενδιαφέρεται, παρά ότι είναι άρρωστος. Σιγά-σιγά όμως, ο ασθενής αρχίζει να δείχνει ότι έχει δυσκολία σε κάθε δραστηριότητα που απαιτεί απόκτησης καινούριας γνώσης – γι' αυτό και η άνοια γίνεται εμφανής νωρίτερα σ' αυτούς που ασχολούνται με διανοητική ή δημιουργική εργασία.

Η έκπτωση της μνήμης, που τελικά θα γίνει από τα πιο έντονα συμπτώματα, στην αρχή περνά απαρατήρητη και από τον ασθενή και από την οικογένεια, π.χ. ο ασθενής μπορεί ν' αρχίσει να ξεχνά ημερομηνίες ή αριθμούς τηλεφώνων, αλλά να το καλύπτει κρατώντας σημειώσεις. Προοδευτικά αρχίζει να ξεχνά διευθύνσεις, οδηγίες ή εντολές και να χρειάζεται να τις επαναλάβει πολλές φορές για να εγγραφούν στην μνήμη του. Άλλοι ασθενείς αντιλαμβάνονται τα προοδευτικά αυξανόμενα ελλείμματα της μνήμης, άλλοι όμως δεν τα καταλαβαίνουν, ενώ είναι εμφανή στην οικογένεια τους. Φυσικά, ανοϊκοί ασθενείς μπορεί να χρησιμοποιήσουν μυθοπλασίες (ψευδή στοιχεία) για να καλύψουν τα κενά της μνήμης τους. Καθώς προχωρεί η Άνοια, η μνήμη χειροτερεύει σε βαθμό που ο ασθενής να ξεχνά τα ονόματα στενών συγγενών και φίλων του, το επάγγελμά του, την ημερομηνία γέννησης του κτλ. Ταυτόχρονα, το έλλειμμα της μνήμης δημιουργεί προβλήματα και κινδύνους στην καθημερινή του ζωή – ξεχνά γιατί άρχισε κάτι, πού πήγαινε, ξεχνά τη βρύση ανοιχτή, την κουζίνα αναμμένη κ.ο.κ.

Η έκπτωση της μνήμης στην Άνοια αφορά, λοιπόν, τόσο την άμεση και την πρόσφατη μνήμη (εκμάθηση καινούριων πληροφοριών), όσο και την απώτερη. Πάντως, πρώτα emπίπτει η άμεση και η πρόσφατη μνήμη. Προοδευτικά, το ανοϊκό άτομο χάνει και άλλες δεξιότητες και εμφανίζεται αφασία (διαταραχή του λόγου), απραξία (έκπτωση στην ικανότητα να διεκπεραιώνει κινητικές δραστηριότητες παρά την άθικτη κινητική λειτουργία), αγνωσία (αδυναμία να αναγνωρίζει ή να προσδιορίζει αντικείμενα ή άτομα παρά την άθικτη αισθητηριακή λειτουργία), διαταραχή της εκτελεστικής λειτουργίας (δηλ. διαταραχή στην ικανότητα να μπορεί να κάνει σχέδια, να οργανώνει, να βάζει στη σειρά, να λειτουργεί αφαιρετικά). Η χειροτέρευση του λόγου (αφασία) εκδηλώνεται με δυσκολία του ατόμου να βρει τα ονόματα ατόμων και αντικειμένων και μπορεί να εξετασθεί ζητώντας από τον ασθενή να ονομάσει αντικείμενα στο δωμάτιο (π.χ. φόρεμα, γραφείο, λάμπα) ή ν' ακολουθήσει οδηγίες (π.χ. «Δείξε την πόρτα και μετά το τραπέζι»). Εξαιτίας της αφασίας η ομιλία γίνεται ασαφής ή κενή, με μεγάλες φράσεις, που δεν προσφέρουν πληροφόρηση και κάνουν υπερβολική χρήση όρων αορίστων όπως «αυτό» και «πράγμα». Σε βαριά άνοια το άτομο μπορεί να γίνει βωβό και να μην αντιδρά στο περιβάλλον.

Τα άτομα με απραξία δεν μπορούν να μιμηθούν τη χρήση αντικειμένων (π.χ. να χτενίσουν τα μαλλιά τους) ή να εκτελέσουν γνωστές πράξεις (π.χ. να νεύσουν αντίο), οπότε δυσκολεύονται να μαγειρέψουν, να ντυθούν και να περιποιηθούν τον εαυτό τους κ.ο.κ. Η απραξία μπορεί να ανιχνευθεί ζητώντας από το άτομο να εκτελέσει διάφορες πράξεις (π.χ. να δείξει πώς βουρτσίζουν τα δόντια ή να αντιγράψει διατεμνόμενα πεντάγωνα).

Η αγνωσία εξετάζεται ζητώντας από το άτομο να αναγνωρίσει αντικείμενα όπως π.χ. καρέκλες ή μολύβια. Καθώς η άνοια επιδεινώνεται το άτομο μπορεί να φθάσει λόγω της αγνωσίας στο σημείο να μην αναγνωρίζει τους συγγενείς του ή ακόμη ούτε την αντανάκλαση του στον καθρέπτη.

Η διαταραχή στην επιτελική / εκτελεστική λειτουργία μπορεί να φανεί ζητώντας από το άτομο να μετρήσει ως το 10, να πει την αλφαβήτα, να πει όσα περισσότερα ζώα μπορεί να πει σ' ένα λεπτό, να βρει ομοιότητες και διαφορές ανάμεσα σε σχετιζόμενες λέξεις (αφαιρετική ικανότητα).

Η προσωπικότητα του ασθενή επίσης παρουσιάζει μεταβολές. Συνήθως το άτομο γίνεται πιο ήσυχο και αποσυρμένο μπορεί όμως να γίνει πιο ενεργητικό κατά κοινωνικά απρόσφορο όμως τρόπο, οπότε ξοδεύει, θυμώνει και επιτίθεται, κάνει απρέπειες κτλ., καθώς έκπτωση της κρίσης και της ευαισθησίας δεν του επιτρέπουν να εκτιμήσει σωστά ούτε την πραγματικότητα ούτε τα ελλείμματά του. Μπορεί επίσης να επιταθούν προνοσηρά χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς του και το άτομο να παρουσιάσει παραληρητικές ιδέες δίωξης ή ζηλοτυπίας.

Γενικά, πάντως παραληρητικές ιδέες και μάλιστα δίωξης (π.χ νομίζει ότι του έκλεψαν αντικείμενα, ενώ ξέχασε που τα έβαλε) είναι συχνές στους ανοϊκούς. Ψευδαισθήσεις, επίσης, μπορεί να εμφανισθούν, ιδιαίτερα οπτικές. Παραλήρημα επίσης μπορεί να επικαθήσει εύκολα στην Άνοια με αφορμή κάποιο φάρμακο ή κάποια γενική ιατρική κατάσταση.

Όταν η Άνοια γίνει πάρα πολύ βαριά, οι ασθενείς δεν μπορούν να ανταπεξέλθουν ούτε στις απλές καθημερινές τους ανάγκες, οπότε παρουσιάζουν ακράτεια, απρόσφορη παιδική συμπεριφορά (με κρίσεις γέλιου ή κλάματος), δεν μπορούν να φάνε μόνοι τους κ.ο.κ. Ο θάνατος μπορεί τότε να έρθει σε λίγους μήνες, μπορεί όμως να περάσουν και πολλά χρόνια.

- Ηλικία έναρξης και Επιπολασμός

Αν και η Άνοια είναι πιο κοινή στη γεροντική ηλικία, δεν πρέπει να θεωρείται συνώνυμη με τη μεγάλη ηλικία, ούτε είναι φυσιολογικό επακόλουθο των γηρατειών. Είναι διάχυτη νόσος του εγκεφάλου, που η διάγνωσή της αφορά οποιαδήποτε ηλικία μετά τα 3 ή 4 (ηλικία που ο δείκτης ευφυΐας αποκτά σημαντική σταθερότητα). Σε άτομα κάτω των 18 ετών με Διανοητική Καθυστέρηση θα μπει επιπρόσθετα η διάγνωση της Άνοιας, μόνον αν η κατάστασή τους δεν εξηγείται επαρκώς από τη διάγνωση της Διανοητικής Καθυστέρησης.

Οποσδήποτε, πάντως αν και η Άνοια δεν είναι συχνή σε παιδιά και εφήβους, μπορεί να συμβεί από γενικές ιατρικές καταστάσεις (όπως π.χ. τραύμα κεφαλής, όγκοι του εγκεφάλου, λοίμωξη από HIV, αδρενολευκοδυστροφίες) και να εμφανισθεί είτε με έκπτωση λειτουργικότητας είτε με καθυστέρηση ή παρέκκλιση στη φυσιολογική ανάπτυξη.

Όσον αφορά τον επιπολασμό της Άνοιας, εκτιμάται ότι 2-4% του πληθυσμού πάνω από 65 χρονών έχουν Άνοια Τύπου Alzheimer, ενώ οι άλλες άνοιες είναι πολύ

λιγότερο συχνές. Ο επιπολασμός της Άνοιας, ειδικά της Άνοιας Τύπου Alzheimer και της Αγγειακής, αυξάνει με την ηλικία, ιδιαίτερα μετά την ηλικία των 75 ετών και φθάνει το 20% και περισσότερο μετά τα 85.

- Πορεία και Επιπλοκές:

Ο τρόπος έναρξης της Άνοιας, ανάλογα με την αιτιολογία της, μπορεί να είναι αρκετά απότομος όπως π.χ. σε εγκεφαλίτιδα, τραύμα της κεφαλής κ.ά. ή βαθμιαίος και αργός όπως στην Άνοια Τύπου Alzheimer, τους όγκους του εγκεφάλου, το υποσκληρίδιο αιμάτωμα κ.ά.

Η πορεία της Άνοιας εξαρτάται επίσης από την αιτία της. Αν η αιτία μπορεί να θεραπευθεί (όπως π.χ. σε όγκους του εγκεφάλου, στον υποθυρεοειδισμό, στο υποσκληρίδιο αιμάτωμα, στον υδροκέφαλο φυσιολογικής πίεσης, στην τριτογενή σύφιλη κ.ά.) τότε η Άνοια μπορεί να αναχαιτισθεί ή και να αναστραφεί. Αν πρόκειται για Άνοια Τύπου Alzheimer τότε ο θάνατος είναι η κατάληξη μετά από μακρά πορεία.

Ανοϊκοί ασθενείς μπορεί ν' αναπτύξουν ψευδαισθήσεις ή και παραλήρημα, παραληρητικές ιδέες, υποχονδριακές ιδέες, κατάθλιψη και ιδέες αυτοκτονίας ιδιαίτερα σαν αποτέλεσμα των μεγάλων μεταβολών της προσωπικότητάς τους. Τα συμπτώματα της Άνοιας επιδεινώνονται με το στρες, την αλλαγή σε μη οικείο περιβάλλον, τη νοσηλεία, τον θάνατο αγαπημένου προσώπου κ.ά.

Ο θάνατος συνήθως προέρχεται από την αδυναμία του ατόμου να φροντίσει τον εαυτό του, που έχει σαν αποτέλεσμα την κακή διατροφή, τις κατακλίσεις, τα ατυχήματα, τις λοιμώξεις και την πνευμονία από εισρόφηση (η πιο συχνή αιτία θανάτου).

- Διάγνωση:

Οι διαταραχές που περιλαμβάνονται στην Άνοια μοιράζονται μια κοινή εικόνα συμπτωμάτων, αλλά διαφοροποιούνται με βάση την αιτιολογία τους. Έτσι το DSM-IV διαμόρφωσε κριτήρια για Άνοια Τύπου Alzheimer, Αγγειακή Άνοια, Άνοια Οφειλόμενη σε Άλλες Γενικές Ιατρικές Καταστάσεις (HIV, Τραύμα Κεφαλής, Νόσο του Πάρκινσον, Νόσο του Huntington, Νόσο του Pick, Νόσο Creutzfeldt – Jacob κ.ά.), Άνοια Επίμονη Προκαλούμενη από Ουσίες και Άνοια Πολλαπλής Αιτιολογίας. Για άνοιες, που δεν συμπληρώνουν τα κριτήρια για καμιά από τις παραπάνω

κατηγορίες (π.χ. δεν μπορεί να βρεθεί συγκεκριμένη αιτιολογία) χρησιμοποιείται ο όρος Άνοια μη προσδιοριζόμενη αλλιώς.

Συνήθως η οικογένεια είναι αυτή που φέρνει τον ανοϊκό ασθενή για εξέταση λόγω της συμπεριφοράς του (συγκινησιακές εκρήξεις, καχυποψία και παρανοϊκότητα, απρέπειες, επικίνδυνη συμπεριφορά κτλ.). Σημειώνουμε, ότι στην εξέταση, μπορεί να μη φαίνεται τίποτε άλλο από ένα ευπρεπή, αξιοπρεπή κύριο ή κυρία, γι' αυτό και οι ερωτήσεις πρέπει να γίνονται προσεκτικά. Ιδιαίτερα η αποκάλυψη της έκπτωσης των γνωστικών λειτουργιών – μνήμης, αφαιρετικής σκέψης, κρίσης κτλ., μπορεί να είναι καταστροφική για τον άρρωστο. Γι' αυτό απαιτείται ευγένεια, τακτ και βαθμιαίο δυσκόλεμα των ερωτήσεων. Η διαγνωστική εξέταση του ανοϊκού ασθενή βασίζεται στην:

1. Προσεκτική διευκρίνιση του ιστορικού: πορεία της αρρώστιας (βαθμιαία ή ταχεία εγκατάσταση, βαθμός λειτουργικής έκπτωσης), συνοδά ψυχιατρικά συμπτώματα (κατάθλιψη, έξαρση, εναλλαγές συναισθημάτων, ψευδαισθήσεις, παραληρητικές ιδέες κτλ.), χρήση ουσιών – φαρμάκων και πιθανώς έκθεση σε τοξίνες, άλλο ιατρικό ή νευρολογικό ή ψυχιατρικό ιστορικό, οικογενειακό ιστορικό (άλλα άτομα με Άνοια, ιστορικό κατάθλιψης ή μανίας), υποστηρικτικά συστήματα για τη φροντίδα του ασθενή.

2. Προσεκτική εξέταση των ψυχικών λειτουργιών και ιδιαίτερα του προσανατολισμού, της μνήμης – άμεσης, πρόσφατης και απότερης, της προσοχής και της συγκέντρωσης, της αριθμητικής ικανότητας, της αφαιρετικής ικανότητας, της κρίσης του λόγου. Το Mini-Mental State Exam (MMSE) είναι ένα τεστ που μπορεί να δώσει μια γρήγορη (σε 5') εκτίμηση των βασικών γνωστικών λειτουργιών του ατόμου (προσανατολισμός, μνήμη, κατασκευαστική δεξιότητα και ικανότητα για ανάγνωση, γραφή, αριθμητικές πράξεις). Βαθμολογία κάτω από 25 είναι ενδεικτικής έκπτωσης και βαθμολογία κάτω από το 20 σημαίνει οπωσδήποτε έκπτωση.

3. Προσεκτική φυσική (σωματική) εξέταση με ιδιαίτερη προσοχή για οίδημα της θηλής, εστιακά νευρολογικά σημεία (αύξηση των εν τω βάθει τενόντων αντανάκλασεων, θετικό Babinski, ψευδοπρομηκική παράλυση, διαταραχές της βάδισης, αδυναμία ενός άκρου) και παθολογικά αντανάκλαστικά του μετωπιαίου λοβού (απομύζησης, θηλασμού, παλαμοπωγωνικό σύλληψης κτλ.) και

4. Στις εργαστηριακές εξετάσεις, που πρέπει να περιλαμβάνουν ανάλυση ούρων, ακτινογραφία θώρακος, εξετάσεις αίματος (λευκά, τύπος, αιμοσφαιρίνη, αιματοκρίτης, ηλεκτρολύτες, σάκχαρο, ουρία, κρεατίνη), εξετάσεις ηπατικής λειτουργίας, ταχύτητα καθίζησης, ασβέστιο ορού, ορολογικές εξετάσεις για σύφιλη και HIV, εξετάσεις λειτουργίας του θυρεοειδούς, προσδιορισμό βιταμίνης B12 και φολικού οξέος, αξονική ή μαγνητική τομογραφία (που μπορεί να δείξει ατροφία του εγκεφάλου, εστιακές εγκεφαλικές βλάβες (εγκεφαλικά επεισόδια, όγκους, υποδόρια αιματώματα), υδροκέφαλο ή ισχαιμική εγκεφαλική βλάβη γύρω από τις κοιλίες), ηλεκτροκαρδιογράφημα και ενδεχόμενα οσφυονωτιαία παρακέντηση, ανίχνευση τοξινών, αέρια αίματος, ηλεκτροεγκεφαλογράφημα (σε θόλωση της συνείδησης (Παραλήρημα), σε υποψία εστιακών βλαβών) και μέτρηση της εγκεφαλικής ροής του αίματος (π.χ. σε ασθενείς με Άνοια Τύπου Alzheimer η SPECT δείχνει χαρακτηριστική ελάττωση της ροής του αίματος στις οπίσθιες κροταφοβρεγματικές περιοχές). Πολύ χρήσιμες είναι και οι νευροψυχολογικές δοκιμασίες για τη διάγνωση και την εκτίμηση της πορείας της Άνοιας, όπως και για τη δ.δ της Άνοιας από το Παραλήρημα και την Κατάθλιψη. (Νίκου Μάνου, Βασικά Στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής, Αναθεωρημένη Έκδοση).

3.11 ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ (κακοποίηση υπερηλίκων)

Η παραμέληση ή και η κακοποίηση των ηλικιωμένων, είτε στο οικιακό περιβάλλον, είτε σε κάποιο ίδρυμα περίθαλψης ηλικιωμένων είναι ένα θέμα για το οποίο η κοινωνία οφείλει να βρει τρόπους επιτυχούς αντιμετώπισης του, μετά από την αλματώδη αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης στις αναπτυσσόμενες χώρες που έχουν προκύψει νέα ιατροψυχοκοινωνικά ζητήματα. Στην Ελλάδα, συνήθως τη φροντίδα του ανήμπορου ηλικιωμένου μοιράζονται τα παιδιά του, όπου το καθένα συνεισφέρει με το δικό του τρόπο. Το έργο αυτό, συγκεκριμένα, το αναλαμβάνει συνήθως κάποια γυναίκα της στενής ή της ευρύτερης οικογένειας, όπως σύζυγος, νύφη, αδελφή κ.ά.

Η φροντίδα ενός ηλικιωμένου με χρόνια σωματικά ή και ψυχιατρικά προβλήματα είναι γεγονός ότι απαιτεί υπέρμετρες προσπάθειες, σημαντικές και ψυχολογικές, από την πλευρά του περιθάλποντα. Ο περιθάλπων χρειάζεται τη συμπαράσταση με κάθε τρόπο του στενού και ευρύτερου περιβάλλοντος. Κυρίως στα μεγάλα αστικά κέντρα αυτό δεν είναι πάντοτε εύκολο. Συνήθως η ελληνική οικογένεια δείχνει τη συμπαράσταση της στο άτομο που αναλαμβάνει να φροντίσει το ανήμπορο ηλικιωμένο μέλος της, το φορτίο αυτής της χρόνιας φροντίδας γίνεται μερικές φορές δυσβάστακτο.

Συχνά έχει ψυχολογικές και σωματικές επιπτώσεις στην υγεία της γυναίκας που έχει αναλάβει τη φροντίδα του ηλικιωμένου μέσα στην οικογένεια. Η χρόνια κόπωση του περιθάλπονταν αντανακλά στην ποιότητα της φροντίδας που δέχεται ο ηλικιωμένος και εκφράζεται με την παραμέληση ή και την κακοποίηση του.

Επίσης, τα τελευταία χρόνια οι αλλαγές που έχουν επισυμβεί στις αξίες της ελληνικής κοινωνίας δεν προδιαγράφουν ένα μέλλον, όπου οι ηλικιωμένοι θα έχουν ως φυσικό τους χώρο το οικογενειακό περιβάλλον τους, δεχόμενοι τις φροντίδες συγγενικών τους προσώπων.

Η παραμέληση – κακοποίηση του ηλικιωμένου αποτελεί ένα σημαντικό ιατροκοινωνικό πρόβλημα, το οποίο εκφράζει πολιτισμικές πτυχές της κοινωνίας μας, καλώντας την να δώσει νέες οπτικές προσεγγίσεις αυτού του σημαντικού ζητήματος.

«Το σύνδρομο κακοποίησης ηλικιωμένων αναφέρεται σε άτομα, τα οποία έχουν υποστεί σωματική, ψυχολογική ή ιατρική κακοποίηση, έχουν κακοποιηθεί κατ'επανάληψη και είναι τουλάχιστον 60 χρονών».

Διάφορες μορφές περικλείονται στο σύνδρομο κακοποίησης ηλικιωμένων οι οποίες όμως δεν απαντώνται όλες με την ίδια συχνότητα, ούτε έχουν τα ίδια καταστρεπτικά αποτελέσματα για το θύμα.

Τις μορφές αυτές τις ταξινομούμε σε οχτώ τύπους:

1. Την οικονομική κακοποίηση που περιέχει κλοπή χρημάτων, κειμηλίων οικονομικής αξίας ή άλλων χρυσαφικών, κακή χρήση των εισοδημάτων και την χρήση της περιουσίας του ηλικιωμένου από τους οικείους του.
2. Την ψυχολογική κακοποίηση και σαρκασμό, τις απειλές, την επίθεση με λόγια και έντονη και συνεχή προσβολή, εξουθένωση της βούλησης του θύματος και εκφοβισμό μέχρι την τρομοκράτηση. Οι απειλές συνήθως αναφέρονται σε κλείσιμο σε ιδρύματα, σε στέρηση φαγητού κλπ. Επίσης, όταν φέρονται στους ηλικιωμένους σαν να είναι βρέφη είναι μια άλλη μορφή ψυχολογικής κακοποίησης.
3. Σωματική κακοποίηση: Περικλείει απότομα σπρωξίματα, κατάγματα, χτυπήματα, τον τακτικό ξυλοδαρμό, σχίσιμο του δέρματος ακόμα το δέσιμο του θύματος στο κρεβάτι ή στην καρέκλα του. Μπορεί να γίνει αντιληπτή από τρίτους αυτή η μορφή.
4. Στέρηση ατομικών – κοινωνικών δικαιωμάτων: Σ' αυτή την κατηγορία περιλαμβάνονται όπως οι περιπτώσεις ελέγχου της αλληλογραφίας του ηλικιωμένου, βίαιη έξωση ή εγκλεισμό σε ίδρυμα παρά τη θέληση του και τη δυνατότητα του να διαλέξει που και με ποιον θέλει να συγκατοικήσει. Μια άλλη μορφή τέτοιας κακοποίησης που συναντάται σε μικρό βαθμό είναι η παραβίαση του εκλογικού δικαιώματος.
5. Την εγκατάλειψη – παραμέληση του ηλικιωμένου: Στην κατηγορία αυτή περιλαμβάνονται καταστάσεις χρόνιας αδιαφορίας των οικείων από τους οικείους του υπερήλικα. Εκδηλώνεται αδιαφορία για τις ιδιαίτερες ανάγκες για περιποίηση (π.χ. μπάνιο, πλύσιμο των ρούχων, τακτικό χτένισμα) και για την καλή διατροφή του υπερήλικα. Σε ακραίες περιπτώσεις η απομόνωση στο δωμάτιο και η στέρηση του φαγητού σαν τιμωρία, επιταχύνει την κατάρρευση των ψυχοσωματικών λειτουργιών του οργανισμού του ηλικιωμένου.
6. Παραμέληση – εγκατάλειψη του φυσικού περιβάλλοντος: Σ' αυτή την κατηγορία συμπεριλαμβάνεται η τρομερή δυσοσμία, ακαθαρσίες από γάτες – σκυλιά, ακαθαρσία του σπιτιού, υπερβολική σκόνη. Ο κίνδυνος της μόλυνσης

και τελικά της ασθένειας μπορεί να υπάρξουν μέσα σε ένα τέτοιο παραμελημένο σπίτι.

7. Ιατρική κακομεταχείριση: Παρουσιάζεται κυρίως στην υπερβολική χρήση φαρμάκων που κάποιες φορές ναρκώνουν το θύμα και περιορίζουν τις απαιτήσεις για φροντίδα από τους οικείους ή το προσωπικό των ιδρυμάτων και κάποιες άλλες φορές χρησιμοποιείται για να ελέγχεται η συμπεριφορά ιδίως των γερόντων που είναι απαιτητικοί ή πάσχουν από ψυχικές νόσους, γεροντική άνοια κλπ. Μπορεί να οδηγήσει στο θάνατο του θύματος αυτή η μορφή και γι' αυτό χαρακτηρίζεται επικίνδυνη.(Γ.Ν. Χριστοδούλου, Προληπτική Ψυχιατρική και ψυχική Υγιεινή, Επιμέλεια Έκδοση Β.Π. Κονταξάκης, Μ.Ι. Χαβάκη - Κονταξάκη, Εκδόσεις ΒΗΓΑ Αθήνα 2005)
8. Αυτοκτονίες: Γενικά η συχνότητα αυτοκτονιών αυξάνει για τους άνδρες με την ηλικία και διπλασιάζεται για άτομα μεγαλύτερα των 65 ετών. Η ίδια τάση παρατηρείται και για τις γυναίκες σε μικρότερο βαθμό όμως και ίσως να φθάνει κάποιο ανώτερο όριο σταθερό σε ηλικίες άνω των 65 ετών. Ανάμεσα στους σημαντικούς παράγοντες κινδύνους αυτοκτονίας είναι η μοναξιά και η κοινωνική απομόνωση. Ένας ηλικιωμένος άνδρας που ζει μόνος, έχει μια πρόσφατη απώλεια, πάσχει από κατάθλιψη και κάνει χρήση αλκοόλ πρέπει να αξιολογηθεί σοβαρά από τον γιατρό για την πιθανότητα μιας επικείμενης απόπειρας αυτοκτονίας. Είναι πολύ επικίνδυνο να υποθέσει κανείς ότι ο ασθενείς που μιλά για αυτοκτονία σπάνια την εκτελεί. Επιπλέον οι ηλικιωμένοι σπάνια μιλούν για τέτοιές ιδέες και να πρέπει ο γιατρός να ρωτά ευθέως για την ύπαρξη αυτοκτονικών ιδεών όσο δύσκολο και αν είναι. (Ι.Δ. Παράσχος, Κατάθλιψη στους ηλικιωμένους, Εκδόσεις Deprelfiel.)

3.12 Ψυχογηριατρικά Προβλήματα των Ηλικιωμένων

ΣΥΝΗΘΗ ΨΥΧΟΓΗΡΙΑΤΡΙΚΑ ΣΥΝΔΡΟΜΑ

A. Κατάθλιψη

Με τον όρο κατάθλιψη περιγράφεται μια κατάσταση του ασθενούς όπου το αίσθημα θλίψης, απελπισίας και ανημποριάς είναι πολύ πιο σοβαρό και έντονο από μια απλή καθημερινή στεναχώρια, δεν επηρεάζεται από χαρούμενα γεγονότα που συμβαίνουν στο περιβάλλον του, εμποδίζει τη συνήθη λειτουργικότητα του στις καθημερινές δραστηριότητες και παραμένει για αρκετές εβδομάδες ή και μήνες.

Η συχνότητα εμφάνισης της κατάθλιψης αυξάνει με την ηλικία, όπως δείχνουν διεθνείς στατιστικές. Επιπλέον μόνο ένα μικρό ποσοστό των ηλικιωμένων καταθλιπτικών, που δεν ξεπερνά το 20%, αναγνωρίζει τη νόσο και ζητά βοήθεια. Συνοπτικά θα μπορούσε να υποστηριχθεί ότι η κατάθλιψη στους ηλικιωμένους είναι μία από τις πιο υποαναγνωριζόμενες, υποδιαγνωζόμενες και ελλιπώς αντιμετωπιζόμενες νόσους.

Η κατάθλιψη δεν είναι χαρακτηριστικό των ηλικιωμένων και δεν θα πρέπει να θεωρείται φυσιολογική μία καταθλιπτική αντίδραση σ' αυτή την ηλικία. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ηλικιωμένων προσαρμόζεται με επιτυχία στις μεταβολές που συμβαίνουν όταν εισέρχονται σ' αυτό το στάδιο ζωής.

Έτσι συμπτώματα όπως η μείωση των κοινωνικών επαφών και δραστηριοτήτων, η ελάττωση λήψης πρωτοβουλιών, το άγχος και η ανησυχία δεν είναι φυσικά επακόλουθα της γήρανσης, αλλά σε πολλές περιπτώσεις μπορεί να υποδηλώνουν την παρουσία κατάθλιψης.

Δυστυχώς οι περισσότεροι ασθενείς αλλά και οι συγγενείς τους δεν αναγνωρίζουν ότι πίσω από αυτές τις εκδηλώσεις μπορεί να κρύβεται μία κατάθλιψη, με αποτέλεσμα οι άνθρωποι αυτοί να μην αναζητούν ποτέ βοήθεια.

- Επιδημιολογία

Η κατάθλιψη είναι συχνό νόσημα στους ηλικιωμένους. Σύμφωνα με τα υπάρχοντα επιδημιολογικά στοιχεία η συχνότητα της είναι 15% (10-45%), δηλαδή ένας στους έξι ηλικιωμένους πάσχει από την νόσο. Αν υποθέσουμε ότι σήμερα στην Ελλάδα υπάρχουν 1.500.000 ηλικιωμένοι (>60ετών) σύμφωνα με την απογραφή του 1991, τότε οι ηλικιωμένοι καταθλιπτικοί ανέρχονται στις 225.000. Η συχνότητα της κατάθλιψης εξαρτάται από τον ορισμό της από πλευράς σοβαρότητας, άλλα και από τον συγκεκριμένο πληθυσμό που εξετάζει κανείς. Στην κοινότητα τα ποσοστά κυμαίνονται από 10-25%, στο γενικό νοσοκομείο για ηλικιωμένους 20-35%, ενώ σε ιδρύματα μακροχρόνιας φροντίδας όπως τα γηροκομεία και οι οίκοι ευγηρίας τα ποσοστά είναι ακόμη μεγαλύτερα (35-45%). Μάλιστα σε αυτές τις τελευταίες δομές η κατάθλιψη μπορεί να είναι και ο λόγος εισαγωγής του ηλικιωμένου, ειδικά αν η νόσος δεν διαφοροποιηθεί σωστά από την άνοια (νόσος με κύριο χαρακτηριστικό την απώλεια μνήμης).

Σε συμφωνία με αυτά τα στοιχεία βρίσκονται και Ελληνικά δεδομένα από τρεις μελέτες, οι δυο σε γενικό πληθυσμό και η μία σε πληθυσμό εξωτερικών ιατρείων πρωτοβάθμιας φροντίδας. Πιο συγκεκριμένα οι Μαδιανός και συν, με τη χρήση μιας κλίμακας κατάθλιψης (CES-D) ανέφεραν στους δήμους Βύρωνα και Καισαριανής ποσοστό καταθλιπτικών συμπτωμάτων 27.1% και με τη χρήση κλινικής διάγνωσης βρήκαν ποσοστά 6% στις ηλικίες 65-74 και 15% στις ηλικίες >75 ετών των διαταραχών της μείζονος κατάθλιψης, της δυσθυμίας και της διαταραχής προσαρμογής με καταθλιπτικό συναίσθημα. Επίσης οι Παράσχος και συν με τη χρήση της κλίμακας GDS-4 βρήκαν ποσοστά καταθλιπτικών συμπτωμάτων 29% στον πληθυσμό τεσσάρων ΚΑΠΗ του λεκανοπεδίου Αττικής και ενός της Θεσσαλονίκης. Τέλος οι Μαυρέας και συν (προσωπική επικοινωνία) σε δείγμα προσερχόμενων σε τέσσερις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας της Αθήνας σημείωσαν ποσοστά κατάθλιψης 23-40% ανάλογα με την ηλικία και το φύλο (πίνακας 1).

Πίνακας 1: Συχνότητα κατάθλιψης και δυσθυμίας σε δείγμα τεσσάρων υπερησίων πρωτοβάθμιας περίθαλψης της Αθήνας (%)

	18-64	65-70	71-80	81+
Άνδρες				
Κατάθλιψη	6.5	20.7	5.3	15.1
Δυσθυμία	1.8	8.3	29.4	8.0
Σύνολο	8.3	29.0	34.7	23.1
Γυναίκες				
Κατάθλιψη	6.4	29.0	30.1	30.5
Δυσθυμία	1.2	4.4	12.3	10.6
Σύνολο	7.6	33.4	42.4	41.1

- Αιτιολογία

Η αιτιολογία της κατάθλιψης στους ηλικιωμένους, (όπως και σε άλλα ψυχικά νοσήματα) είναι πολυπαραγοντική. Σύμφωνα με τις σύγχρονες απόψεις της επιστήμης που εκφράζονται από το βίο-ψυχοκοινωνικό μοντέλο του G.Engels, τα αίτια ανήκουν σε δύο μεγάλες κατηγορίες, τα βιολογικά και τα ψυχοκοινωνικά. Στην πρώτη κατηγορία περιλαμβάνονται η κληρονομικότητα, οι βιολογικές μεταβολές του εγκεφάλου κατά τη γήρανση, σωματικά νοσήματα (εκφυλιστικές νόσοι του εγκεφάλου, ενδοκρινοπάθειες,) έλλειψη βιταμινών, θεραπεία με ορισμένα φάρμακα, ενώ στη δεύτερη κατηγορία, περιλαμβάνονται η προσωπικότητα, η έλλειψη κοινωνικού υποστηρικτικού δικτύου και οι πολλαπλές απώλειες που είναι συχνές σε αυτή την ηλικία.

- Η βιολογία της γήρανσης

Η πιο γνωστή βιοχημική υπόθεση της κατάθλιψης ενοχοποιεί ελλείμματα δύο νευροδιαβιβαστών (χημικές ουσίες που χρησιμοποιούνται για την επικοινωνία μεταξύ των νευρικών κυττάρων στον εγκέφαλο) ως βιολογικό υπόστρωμα της κατάθλιψης.

Αυτές οι ουσίες είναι η νοραδρεναλίνη και η σεροτονίνη οι οποίες έχουν βρεθεί ότι μειώνονται με την πάροδο της ηλικίας και πιο σημαντικά μετά την ηλικία των 65 ετών. Συνεπώς οι ηλικιωμένοι ή κάποια υποομάδα τους παρουσιάζουν μια προδιάθεση για την εμφάνιση κατάθλιψης μέσω αυτών των βιοχημικών μεταβολών.

✓ Σωματικά νοσήματα

- Άνοια: Μεγάλη συχνότητα εμφάνισης κατάθλιψης (10-50%) έχει αναφερθεί σε ασθενείς που πάσχουν από νόσο Alzheimer. Παρόλο που ερευνητές υπέθεσαν ότι η εμφάνιση της κατάθλιψης ακολουθεί την επίγνωση των ασθενών αυτών για την απώλεια των γνωστικών τους ικανοτήτων (μνήμη), παράλληλα έχει βρεθεί και πιθανό κοινό βιολογικό υπόστρωμα. Είναι γνωστό ότι οι ανοϊκοί ασθενείς εμφανίζουν μεταξύ άλλων εκφύλιση νευρικών κυττάρων που παράγουν σεροτονίνη και νοραδρεναλίνη, τους δυο νευροδιαβιβαστές δηλαδή που προδιαθέτουν στην εμφάνιση κατάθλιψης.

- Εγκεφαλικό Επεισόδιο: Περίπου 30-50% από τους ασθενείς με εγκεφαλικό επεισόδιο εμφανίζουν κατάθλιψη σύμφωνα με διάφορες μελέτες. Πιο ευάλωτοι στην εμφάνιση κατάθλιψης είναι ασθενείς με βλάβες στο πρόσθιο μέρος του εγκεφάλου (μετωπιαίο λοβό) και στο αριστερό ημισφαίριο. Πιθανώς τέτοιες βλάβες καταστρέφουν τμήματα των περιοχών που ελέγχουν το φυσιολογικό συναίσθημα με αποτέλεσμα την εμφάνιση της κατάθλιψης.

- Νόσος Parkinson: Η κατάθλιψη συχνά συνυπάρχει σε ασθενείς που πάσχουν από νόσο Parkinson. Σύμφωνα με τις μελέτες, 70% αυτών των ασθενών εμφανίζουν καταθλιπτικά συμπτώματα, ενώ σχεδόν 40% διαγιγνώσκονται ταυτόχρονα με τη νόσο κατάθλιψη. Είναι γνωστό ότι στη νόσο Parkinson παρατηρείται εκφύλιση σε ορισμένους πυρήνες του εγκεφάλου (βασικά γάγγλια), που ταυτόχρονα συμμετέχουν σε κυκλώματα που ελέγχουν το συναίσθημα. Ίσως αυτή η εκφύλιση να είναι το κοινό σημείο στην συνύπαρξη των δύο νοσημάτων.

- Ενδοκρिनοπάθειες: Η κατάθλιψη μπορεί να σχετίζεται με διάφορες ενδοκρिनοπάθειες. Για παράδειγμα υψηλά επίπεδα γλυκοκορτικοειδών στο σώμα μπορεί να προκαλέσουν κατάθλιψη (86% ασθενών με νόσο Cushing έχουν συμπτώματα κατάθλιψης). Επίσης ο υποθυρεοειδισμός που είναι συχνός στους ηλικιωμένους παρουσιάζει κλινική εικόνα που συχνά περιλαμβάνει καταθλιπτικά συμπτώματα.

- Έλλειψη βιταμινών: Ποικίλα νευροψυχιατρικά συμπτώματα σχετίζονται με την έλλειψη βιταμίνης B12 μεταξύ των οποίων είναι η κατάθλιψη και η άνοια. Χαμηλά επίπεδα της B12 στους ηλικιωμένους εμφανίζονται χωρίς την ταυτόχρονη παρουσία αναιμίας , ενώ 32% των ηλικιωμένων έχουν ανεπαρκή απορρόφηση της B12 από τον γαστρεντερικό σωλήνα, γεγονός που προδιαθέτει για αβιταμίνωση. Επιπλέον έλλειψη φολικού οξέος (μιας άλλης βιταμίνης) μπορεί να εκδηλωθεί με κατάθλιψη και γνωστικά ελλείμματα όπως έχουν δείξει διάφορες μελέτες.

▼ Φάρμακα

Μερικά φάρμακα έχουν αναφερθεί ότι προκαλούν συμπτώματα κατάθλιψης στους ηλικιωμένους (πίνακας 2). Ελεγχόμενες μελέτες δεν υποστηρίζουν πλήρως αυτό το γεγονός, όμως υπάρχουν επαρκείς ενδείξεις από αναφορά περιστατικών. Το σίγουρο είναι ότι το αντιυπερτασικό ρεζερπίνη που μειώνει δραστικά τους νευροδιαβιβαστές νοραδρεναλίνη, ντοπαμίνη και σεροτονίνη, εμφανίζει και τον μεγαλύτερο κίνδυνο για την πρόκληση κατάθλιψης.

Πίνακας 2: Φαρμακολογικά αίτια καταθλιπτικών συμπτωμάτων

Μεθυλντόπα	Ινδομεθακίνη
Προπρανολόλη	Φαινακετίνη
Ρεζερπίνη	Αμπικιλίνη
Κλονιδίνη	Τετρακυκλίνη
Πραζοσίνη	Βενζοδιαζεπίνες
Προκαϊναμίδη	Κορτικοστεροειδή
Ιβουπροφαίνη	Πρεδνιζολονή

▼ Κοινωνικά υποστηρικτικά δίκτυα

Η ύπαρξη κοινωνικού υποστηρικτικού δικτύου είναι ένας σημαντικός παράγοντας προφύλαξης του ηλικιωμένου από την εμφάνιση της κατάθλιψης. Αυτό έχει βρεθεί σε διάφορες μελέτες όπου η έλλειψη υποστήριξης ήταν ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση κατάθλιψης. Επιπλέον

διάφορες μελέτες έχουν συσχετίσει την ύπαρξη μιας στενής προσωπικής σχέσης με την προφύλαξη από την εμφάνιση κατάθλιψης.

Ο γάμος είναι προστατευτικός παράγοντας ειδικά στους άνδρες. Καταθλιπτικά επεισόδια είναι πιο συχνά σε διαζευγμένους ή χήρους/ες, η συσχέτιση αυτή όμως δεν φαίνεται να είναι απλά αποτέλεσμα απουσίας συντρόφου, αφού άνθρωποι που δεν έχουν παντρευτεί ποτέ εμφανίζουν χαμηλά ποσοστά κατάθλιψης.

Ένας επίσης σημαντικός παράγοντας κινδύνου για την εμφάνιση κατάθλιψης είναι και η φροντίδα ενός άλλου ηλικιωμένου ατόμου. Μελέτες έχουν δείξει ότι η συχνότητα εμφάνισης της νόσου σε συντρόφους φροντιστές ασθενών με νόσο Alzheimer είναι υψηλή. Παρόλο που η φροντίδα ενός άλλου ανθρώπου έχει πολλά θετικά στοιχεία και δεν οδηγεί πάντα σε κατάθλιψη, φαίνεται ότι η φροντίδα ηλικιωμένων ατόμων που εμφανίζουν διαταραχές στη συμπεριφορά, όπως επιθετικότητα ή σύγχυση μπορεί να αποτελέσει παράγοντα κινδύνου εμφάνισης της νόσου για τον φροντιστή.

▼ Στρεσογόνα γεγονότα ζωής

Σοβαρά γεγονότα ζωής είναι πιο συχνά σε καταθλιπτικούς ασθενείς κατά τη διάρκεια του έτους πριν την εμφάνιση της νόσου. Γεγονότα απώλειας είναι τα σημαντικά συμβάντα που ανήκουν σε αυτήν την κατηγορία, όπως θάνατος συντρόφου, παιδιά που φεύγουν από το σπίτι, απώλεια εισοδήματος με την συνταξιοδότηση ή απώλεια σπιτιού όταν ένας ηλικιωμένος μπαίνει σε ιδρύματα χρόνιας φροντίδας. Επίσης σε τέτοια γεγονότα οδηγούν και χρόνια νοσήματα που είναι συχνά στους ηλικιωμένους.

Πιο συγκεκριμένα, τα σωματικά νοσήματα μπορούν να προκαλέσουν αίσθημα απώλειας κινητικότητας ή απώλειας της ικανότητας να φροντίζει ο ασθενής τον εαυτό του και συνεπώς αίσθημα αυξημένης εξάρτησης από τους άλλους.

Σε τέτοιες περιπτώσεις όμως που υπάρχουν σοβαρά γεγονότα, χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή για να διαχωριστούν οι ασθενείς που εμφανίζουν την νόσο κατάθλιψη και χρειάζονται θεραπεία από αυτούς που περνούν απλά τη διαδικασία του πένθους για την απώλεια και που η εκδήλωση μελαγχολίας είναι ένα από τα στάδια του φυσιολογικού πένθους.

ν Συμπτώματα της κατάθλιψης

Η κλινική εμφάνιση της κατάθλιψης όπως παρουσιάζεται σε νεαρότερες ηλικίες συναντάται και σε πληθυσμούς ηλικιωμένων και κάποιες ιδιαιτερότητες που θα αναφερθούν παρακάτω (πίνακας 3).

Πίνακας 3: Διαφορές στην εκδήλωση της κατάθλιψης σε νέους και ηλικιωμένους ασθενείς

Ηλικιωμένοι	Νέοι
Το αίσθημα θλίψης μπορεί να απουσιάζει αλλά η απώλεια ευχαρίστησης είναι παρούσα.	Το σημαντικότερο σύμπτωμα είναι το αίσθημα της θλίψης και μελαγχολίας.
Προεξάρχουν οι καταθλιπτικές – μαύρες σκέψεις.	Καταθλιπτικές σκέψεις είναι παρούσες.
Συχνή παρουσία ενασχόλησης με σωματικά συμπτώματα κυρίως πόνο και κόπωση.	Σωματικά συμπτώματα είναι λιγότερο συχνά.
Ψευδοάνοια ή υποκειμενικές δυσκολίες με τη μνήμη υπάρχουν συχνά.	Ψευδοάνοια είναι σπάνια.
Η αϋπνία είναι πολύ συχνή.	Η αϋπνία είναι συχνή.
Η διέγερση είναι αρκετά συχνή και σοβαρή εκδήλωση.	Η διέγερση είναι λιγότερο εμφανής.
Ιδέες αυτοκτονίας εκφράζονται λιγότερο συχνά.	Ιδέες αυτοκτονίας εκφράζονται περισσότερο συχνά.
Οι επιτυχημένες απόπειρες αυτοκτονίας είναι πιο συχνές.	Οι επιτυχημένες απόπειρες αυτοκτονίας είναι λιγότερο συχνές.

Πιο συγκεκριμένα η διάγνωση της κατάθλιψης γίνεται με βάση συγκεκριμένο αριθμό συμπτωμάτων και εφόσον αυτά υπάρχουν στον ασθενή για συγκεκριμένο χρονικό διάστημα.

Τα συμπτώματα αυτά φαίνονται στον πίνακα 4 και είναι:

Πίνακας 4: Κριτήρια DSM-IV για τη διάγνωση της κατάθλιψης

5 από τα 9 Συμπτώματα (απαραίτητα ένα από τα δύο πρώτα) για
διάστημα τουλάχιστο 2 εβδομάδων.

1. Καταθλιπτικό Συναίσθημα
2. Απώλεια Ενδιαφέροντος
3. Έλλειψη ενεργητικότητας ή Εύκολη Κόπωση
4. Μεταβολές Βάρους (αύξηση ή ελάττωση)
5. Διαταραχές του Ύπνου (αϋπνία ή υπνηλία)
6. Αίσθημα ανησυχίας ή Καταστολή
7. Αίσθημα Αναξιοσύνη και Ενοχές
8. Αναποφασιστικότητα και Διαταραχή στη συγκέντρωση
9. Ιδέες Αυτοκτονίας

1. Το καταθλιπτικό συναίσθημα που περιλαμβάνει τη λύπη, στενοχώρια ή μελαγχολία που αισθάνεται ο ασθενής.
2. Η απώλεια ενδιαφέροντος σε δραστηριότητες που ευχαριστούσαν τον ασθενή μέχρι πρόσφατα. Ειδικά για τους ηλικιωμένους η απώλεια της ευχαρίστησης ή ανηδονία δεν είναι κάτι φυσιολογικό παρόλη την αντίθετη άποψη που υπάρχει σήμερα στην κοινή γνώμη. Για την καλύτερη αξιολόγηση αυτού του συμπτώματος πρέπει να προσδιοριστούν πρώτα οι δραστηριότητες εκείνες που έδιναν χαρά στον ασθενή έως πρόσφατα. Η τηλεόραση, επισκέψεις από συγγενείς, η ενασχόληση με τα εγγόνια είναι κάποιες από αυτές τις δραστηριότητες και ειδικά η τελευταία πολύ σπάνια εγκαταλείπεται από τον ηλικιωμένο που δεν πάσχει από κατάθλιψη.
3. Η έλλειψη ενεργητικότητας ή η εύκολη κόπωση που εκφράζεται σε αυτούς τους ασθενείς με ένα αίσθημα ότι απλές καθημερινές δραστηριότητες απαιτούν σημαντική προσπάθεια για να εκτελεστούν. Η ελαττωμένη ενεργητικότητα είναι ένα φαινόμενο που συνοδεύει τους ηλικιωμένους συνήθως και γι' αυτό χρειάζεται ειδική

αξιολόγηση. Μια πρόσφατη μεταβολή στην ενεργητικότητα ή ένα συνεχές αίσθημα κούρασης ή ανίας ακόμη και όταν κανείς δεν κάνει δουλειές είναι χρήσιμα στοιχεία που μπορούν να βοηθήσουν στην αξιολόγηση του καταθλιπτικού ηλικιωμένου.

4. Οι μεταβολές στο βάρος, με πιο συχνή την απώλεια βάρους, λόγω του ότι αυτοί οι ασθενείς χάνουν την όρεξή τους για φαγητό.

5. Οι διαταραχές στον ύπνο, με πιο συχνή την αϋπνία .

6. Το αίσθημα ανησυχίας ή η καταστολή που μπορούν και τα δύο να είναι συμπτώματα κατάθλιψης. Τα συμπτώματα αυτά περιγράφουν το πώς φαίνεται από κινητικής απόψεως ο ασθενής στον γιατρό. Όταν ο ασθενής εμφανίζει αδυναμία να καθίσει ήρεμος, κινείται συνεχώς, τρίβει τα χέρια του, τότε παρουσιάζει ψυχοκινητική ανησυχία. Αντίθετα, όταν η σκέψη του ή η ομιλία του είναι αργή ή ακόμη και οι κινήσεις του είναι αργές τότε χαρακτηρίζεται από ψυχοκινητική καταστολή.

7. Το αίσθημα αναξιότητας και οι ενοχές. Αυτά εκφράζονται με την αντίληψη του ασθενούς ότι μικρές δυσκολίες σε ουδέτερα ή ασήμαντα καθημερινά γεγονότα αποτελούν ενδείξεις προσωπικής ανικανότητας, ή την έντονη αίσθησή τους ότι είναι υπεύθυνοι για όλα τα ατυχή γεγονότα που συμβαίνουν σ' αυτούς και στο περιβάλλον τους.

8. Η διαταραχή της συγκέντρωσης εκφράζεται με την αδυναμία του ασθενή να διαβάσει είτε την εφημερίδα του ή ένα βιβλίο, ένα άρθρο. Ο ασθενής ώσπου να φθάσει στο μέσον του διαβάσματός του έχει ξεχάσει την αρχή, επειδή στην ουσία δεν μπορεί να συγκεντρωθεί.

9. Τέλος πιο σοβαρό από τα συμπτώματα είναι σκέψη του ασθενούς να θέσει τέλος στη ζωή του, που στις περισσότερες περιπτώσεις αποτελεί και μία ένδειξη ανάγκης νοσηλείας για τον ασθενή.

Αν ένας ηλικιωμένος έχει πέντε από αυτά τα συμπτώματα, εκ των οποίων το ένα από τα δύο πρώτα, για τουλάχιστον δύο εβδομάδες, τότε πληρεί τα κριτήρια της διάγνωσης της μείζονος κατάθλιψης ή αλλιώς της νόσου κατάθλιψης. Ένας ασθενής που έχει μεταξύ δύο και τεσσάρων συμπτωμάτων, εκ των οποίων το ένα από τα δύο πρώτα, πάσχει από ελάσσονα κατάθλιψη.

Πιο συγκεκριμένα τα δύο πρώτα συμπτώματα (πίνακας 4) σχετίζονται με το θυμικό ή το συναίσθημα του ασθενούς. Τα τρία επόμενα αφορούν σωματικές εκδηλώσεις και συχνά όταν πρόκειται για τους ηλικιωμένους είναι τα συμπτώματα με

τα οποία προσέρχεται ο ασθενής στον γιατρό της πρωτοβάθμιας φροντίδας και στη συνέχεια δημιουργούν διαφοροδιαγνωστικά προβλήματα. Το έκτο σύμπτωμα αφορά την εξωτερική κινητική εκδήλωση της κατάθλιψης του ασθενούς. Ειδικά στην περίπτωση της ανησυχίας μπορεί να εκληφθεί ότι ο ασθενής πάσχει από μία άλλη κατηγορία συχνών ψυχιατρικών διαταραχών, τις αγχώδεις διαταραχές (άγχος) και να προκαλέσει πρόβλημα διάγνωσης. Τέλος τα τρία τελευταία συμπτώματα αφορούν γνωστικές λειτουργίες και το περιεχόμενο της σκέψης του ασθενούς που είναι αρνητικό. Σε αυτό το σημείο πρέπει να γίνει ειδική μνεία για τη σχέση κατάθλιψης και αυτοκτονίας στους ηλικιωμένους.

Οι ηλικιωμένοι καταθλιπτικοί διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να αυτοκτονήσουν σε σχέση με τους νεαρότερους ασθενείς.

Μια άλλη νοσολογική οντότητα με διαταραχή στο συναίσθημα που υπάρχει στους ηλικιωμένους είναι η δυσθυμία.

Η δυσθυμία είναι κατάθλιψη ελαφρότερης βαρύτητας από τη μείζονα κατάθλιψη, αλλά μεγαλύτερης διάρκειας. Ο ασθενής πρέπει να εμφανίζει τα συμπτώματα που αναφέρονται στον πίνακα 5 για τουλάχιστον 2 χρόνια, για να διαγνωσθεί η δυσθυμία.

Πίνακας 5: Κριτήρια DSM-IV για τη διάγνωση της Δυσθυμίας

3 από τα 7 συμπτώματα (απαραίτητα το πρώτο) για διάστημα τουλάχιστο 2 ετών.

1. Καταθλιπτικό Συναίσθημα
2. Μεταβολές στη όρεξη για φαγητό (αύξηση ή ελάττωση)
3. Διαταραχές του Ύπνου (αϋπνία ή υπνηλία)
4. Έλλειψη ενεργητικότητας ή Εύκολη Κόπωση
5. Χαμηλή αυτοεκτίμηση
6. Έλλειψη συγκέντρωσης ή δυσκολία στη λήψη αποφάσεων
7. Αίσθημα Απελπισίας

Αρκετές φορές η εμφάνιση της κατάθλιψης στους ηλικιωμένους δεν είναι τυπική με αποτέλεσμα η διάγνωση να διαφεύγει. Παρακάτω αναφέρονται ορισμένα σημεία τα

οποία πρέπει ο κλινικός να λάβει υπόψη του κατά την αξιολόγηση ενός ηλικιωμένου που πιθανώς πάσχει από κατάθλιψη.

Αίσθημα θλίψης και μελαγχολίας: Συχνά οι ηλικιωμένοι αποφεύγουν να αναφέρουν ή να δείχνουν τη θλίψη ή τη μελαγχολία τους, γιατί αισθάνονται ενοχές σε σχέση με αυτό το σύμπτωμα. Αν χαίρονται τη ζωή λιγότερο από πριν μπορεί να σκέπτονται ότι αυτό είναι ένα φυσιολογικό επακόλουθο των γηρατειών. Συνεπώς η μελαγχολία είναι λιγότερο εμφανής στους ηλικιωμένους, ενώ σωματικά συμπτώματα ή άγχος είναι πιο εμφανή.

Άγχος: Το άγχος εκδηλώνεται με ανησυχία που είναι μεγαλύτερη από την αναμενόμενη ως αποτέλεσμα ενός εξωτερικού κινδύνου. Επίσης εκδηλώνεται με ορισμένα συμπτώματα από το αυτόνομο νευρικό σύστημα, όπως ταχυκαρδία, τρόμος (τρεμούλιασμα), αύξηση του ρυθμού και του βάθους των αναπνοών και ζάλη. Το άγχος είναι συχνό φαινόμενο στους ηλικιωμένους και η συχνότητα του υπολογίζεται στο 15% όσο και της κατάθλιψης. Υψηλή συχνότητα άγχους έχει βρεθεί και σε ηλικιωμένους καταθλιπτικούς σε σύγκριση με νεότερους καταθλιπτικούς.

Σωματικά συμπτώματα: Συχνά η κατάθλιψη στους ηλικιωμένους εμφανίζεται με σωματικά συμπτώματα από τα οποία συγκαλύπτεται η θλίψη του ασθενούς. Με αυτό τον τρόπο είτε σωματοποιείτε το άσχημο συναίσθημα είτε ενισχύονται τα συμπτώματα μιας συνυπάρχουσας σωματικής νόσου.

Τα πιο συχνά σωματικά συμπτώματα με τα οποία εμφανίζεται ένας καταθλιπτικός ασθενής φαίνονται στον πίνακα 6. Παρόλο που οι σωματικές λειτουργίες επηρεάζονται και σε νέους και σε ηλικιωμένους καταθλιπτικούς, οι ηλικιωμένοι αναφέρουν αυτά τα συμπτώματα συχνότερα.

Πίνακας 6: Συνήθη σωματικά συμπτώματα που σχετίζονται με την κατάθλιψη στους ηλικιωμένους.

Σύμπτωμα	Συχνότητα (%)
Αδυναμία	29
Πονοκέφαλος	25
Αίσθημα παλμών στο στήθος	17
Διάχυτοι πόνοι	14
Ζάλη	12
Πόνος στην κοιλιά	11
Δύσπνοια	10
Πόνος σε συγκεκριμένο μέρος	9
Πόνος στη μέση	7

Γνωστικά ελλείμματα: Η παρουσία γνωστικών ελλειμμάτων (διαταραχές στη μνήμη και συγκέντρωση) , στην κλινική εμφάνιση της κατάθλιψης των ηλικιωμένων είναι μεγάλης διαγνωστικής σημασίας, διότι οι ασθενείς αυτοί μπορεί να εμφανίζουν τέτοια ελλείμματα και στα πλαίσια μιας εκφυλιστικής νόσου του εγκεφάλου (π.χ. άνοια Alzheimer). Τα γνωστικά ελλείμματα που οφείλονται στην κατάθλιψη αναφέρονται ως «ψευδοάνοια» και είναι πολύ σημαντικό να διαχωριστεί αυτή η κατάθλιψη από την πραγματική άνοια. Γενικά, οι καταθλιπτικοί ασθενείς με γνωστικά ελλείμματα δεν είναι πρόθυμοι να αξιολογηθούν με κλίμακες για τα ελλείμματα αυτά και είναι συνήθως γνωστές των ελλειμμάτων τους. Σε αντίθεση, οι ανοϊκοί ασθενείς συνεργάζονται με την αξιολόγηση αλλά δίνουν λάθος απαντήσεις και συνήθως δεν αντιλαμβάνονται ότι έχουν γνωστικά ελλείμματα.

Ψυχωσικά συμπτώματα: Οι ιδέες και οι απόψεις του ασθενούς επηρεάζονται από την κατάθλιψη και όσο η θλίψη αυξάνει, τόσο οι σκέψεις γίνονται περισσότερο απαισιόδοξες. Σε ακραίες καταστάσεις αυτές οι σκέψεις χάνουν την επαφή με την πραγματικότητα και γίνονται εξωπραγματικές με αποτέλεσμα να παίρνουν τον

χαρακτήρα παραληρήματος. Η διαφοροποίηση όμως από άλλες ψυχωσικές καταστάσεις βασίζεται στο γεγονός ότι συνήθως στην κατάθλιψη αυτές οι εξωπραγματικές σκέψεις έχουν περιεχόμενο που συμβαδίζει με το αρνητικό συναίσθημα και τη θλίψη.

▼ Μορφές της κατάθλιψης

Η κατάθλιψη στους ηλικιωμένους μπορεί να είναι πρωτογενής ή δευτερογενής αποτέλεσμα δηλαδή μιας άλλης ψυχιατρικής ή μη διαταραχής.

Στις πρωτογενείς μορφές ανήκουν:

1. Η μείζων κατάθλιψη όπως ορίζεται από τα δύο διεθνή ταξινομικά συστήματα DSM-IV της Αμερικάνικης Ψυχιατρικής Εταιρείας και ICD-10 της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας. Τα κριτήρια διάγνωσης αναφέρθηκαν παραπάνω στον πίνακα 4.
2. Η ελάσσων κατάθλιψη που περιλαμβάνει καταθλίψεις που δεν πληρούν τα κριτήρια για μείζονα κατάθλιψη. Ο ασθενής έχει 2-4 συμπτώματα μείζονος κατάθλιψης, όπως περιγραφικά και επιπλέον εμφανίζει λειτουργική έκπτωση.
3. Η δυσθυμία όπως αυτή ορίστηκε στον πίνακα 5.
4. Άτυπες μορφές που ονομάζονται και συγκαλυμμένες καταθλίψεις. Αυτές οι μορφές χαρακτηρίζονται από άρνηση ή απουσία καταθλιπτικού συναισθήματος και εμφάνιση του ασθενούς με σωματικά ή γνωστικά συμπτώματα. Φυσικά αυτοί οι ασθενείς σε προσεκτικότερη αξιολόγηση έχουν όλα τα χαρακτηριστικά συμπτώματα της κατάθλιψης, όπως απώλεια ενδιαφέροντος, κόπωση και αρνητικό περιεχόμενο της σκέψης. Τα κύρια συμπτώματα είναι σωματικά στις σωματοποιημένες μορφές κατάθλιψης και τα συχνότερα από αυτά είναι κόπωση, διάχυτα άλγη, συμπτώματα από το γαστρεντερικό. Η εμφάνιση με γνωστικά ελλείμματα (απώλεια μνήμης και συγκέντρωσης) χαρακτηρίζει την καταθλιπτική ψευδοάνοια, η οποία πρέπει να διαχωριστεί από την πραγματική άνοια.

Η δευτερογενής κατάθλιψη στους ηλικιωμένους μπορεί να είναι δύο μορφών:

1. Η οργανική κατάθλιψη που είναι αποτέλεσμα βιολογικών μεταβολών στον οργανισμό του ασθενούς είτε λόγω μίας νόσου που προσβάλλει ή επηρεάζει το κεντρικό νευρικό σύστημα (ΚΝΣ), είτε λόγω λήψεως φαρμάκων που προκαλούν αντίστοιχες βιοχημικές μεταβολές. Ενδεικτικά μερικά νοσήματα

που προκαλούν οργανική κατάθλιψη δευτερογενώς είναι τα εγκεφαλικά επεισόδια (κυρίως αριστερό ημισφαίριο), οι νόσοι Parkinson και Alzheimer, ορισμένα ενδοκρινικά νοσήματα (π.χ. υποθυρεοειδισμός), νεοπλάσματα (π.χ. παγκρέατος), μεταβολικές διαταραχές (π.χ. αφυδάτωση), αναιμία κ.α. Επίσης στα φάρμακα που προκαλούν ως παρενέργεια κατάθλιψη ανήκουν τα αντιυπερτασικά (β-αναστολείς, κλονιδίνη, μεθυλντόπα), τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη, οι βενζοδιαζεπίνες και τα κορτικοστεροειδή.

2. Οι καταθλιπτικές αντιδράσεις ως αποτέλεσμα σωματικών νοσημάτων, με πιο συχνή ψυχολογική αντίδραση στη σωματική νόσο την αντίδραση προσαρμογής όπως ορίζεται στο DSM-IV. Το πρώτο σύμπτωμα που εμφανίζεται σε τέτοιες περιπτώσεις είναι το άγχος, ενώ στη συνέχεια μπορεί να εκδηλωθεί κατάθλιψη. Ειδικά στους ηλικιωμένους, η σωματική νόσος συνήθως είναι χρόνια και πιθανόν να επιδεινώνεται με την πάροδο του χρόνου.

Αυτό σε συνδυασμό με τις άλλες απώλειες που έχουν άνθρωποι αυτής της ηλικίας, όπως απώλεια της κοινωνικής θέσης, εισοδήματος, πιθανός θάνατος φίλων, απώλεια ανεξαρτησίας λόγω της σωματικής νόσου, μπορεί να προκαλέσει την εξέλιξη της διαταραχής προσαρμογής σε πραγματική καταθλιπτική νόσο. Ασθενείς με τέτοια μορφή δευτερογενούς κατάθλιψης συνήθως παρουσιάζουν περισσότερο άγχος, αίσθημα έλλειψης συμπαράστασης και απαισιοδοξία.

▼ Διαφορική διάγνωση

Σε αυτό το κεφάλαιο θα γίνει αναφορά σε δύο καταστάσεις που είναι σημαντικό να διαχωρίζονται από την κατάθλιψη στους ηλικιωμένους. Αυτές είναι τα ανοϊκά σύνδρομα και οι περιπτώσεις συνύπαρξης κατάθλιψης με σωματικά νοσήματα.

Τα ανοϊκά σύνδρομα έχουν ως κύρια κλινική εκδήλωση την διαταραχή της μνήμης που μπορεί να εμφανίζεται είτε ως ανικανότητα να μαθαίνει ο ασθενής καινούριες πληροφορίες, είτε να ανακαλεί ο ασθενής παλαιότερες μνήμες.

Στην πλήρη εκδήλωση του ο ασθενής εμφανίζει και άλλες γνωστικές διαταραχές όπως αφασία (διαταραχή στην ομιλία), απραξία (διαταραχή στην εκτέλεση κινητικών δραστηριοτήτων με ανέπαφη κινητική λειτουργία), αγνωσία

(διαταραχή στην αναγνώριση προσώπων ή αντικειμένων με ανέπαφη λειτουργία των αισθήσεων) και διαταραχή στην εκτελεστική λειτουργία (π.χ. σχεδιασμός, οργάνωση, διαδοχή πράξεων, αφαιρετική σκέψη).

Όπως προαναφέρθηκε μια από τις μορφές της κατάθλιψης των ηλικιωμένων, η καταθλιπτική ψευδοάνοια, εκδηλώνεται με προεξάρχουσα διαταραχή της μνήμης και αυτό είναι το σύμπτωμα που μπορεί να δυσκολέψει τον κλινικό στον διαχωρισμό της από τα ανοϊκά σύνδρομα.

Η διαφορική διάγνωση των δύο καταστάσεων υποβοηθείται κυρίως από την κλινική αξιολόγηση (συνέντευξη και νευρολογική εξέταση), ενώ τα ευρήματα σε παρακλινικές εξετάσεις (π.χ. αξονική τομογραφία) δεν είναι ειδικά και διαγνωστικά για καμία από τις δύο νόσους. Μια κλίμακα που μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την αξιολόγηση ύπαρξης άνοιας είναι το MMSE (Mini Mental State Examination ή Βραχεία Αξιολόγηση της Νοητικής Κατάστασης, Εικόνα 4). Η κλίμακα αυτή εξετάζει τον προσανατολισμό στον χώρο, χρόνο και άτομο, την προσοχή, την πρόσφατη μνήμη και την ομιλία. Αν ο ασθενής βαθμολογηθεί με λιγότερο του 24 με μέγιστο το 30, τότε θα πρέπει να αξιολογηθεί σοβαρά η πιθανότητα ύπαρξης άνοιας. Επίσης ορισμένα κλινικά χαρακτηριστικά που μπορούν να χρησιμοποιηθούν στην διαφορική διάγνωση των δύο καταστάσεων φαίνονται στον πίνακα 7, χωρίς όμως και αυτά να είναι απόλυτα. Τέλος ο αξιολογητής πάντοτε θα πρέπει να έχει στο νου του ότι σε πολλές περιπτώσεις (περίπου 30%) των ανοϊκών ασθενών συνυπάρχει κατάθλιψη, παρουσία της οποίας επιδεινώνει την κλινική τους εικόνα και πρέπει να διαγνωσθεί σωστά και να αντιμετωπισθεί.

Η συνύπαρξη σωματικών νοσημάτων είναι ο δεύτερος τομέας προβλημάτων στην διαφορική διάγνωση της κατάθλιψης των ηλικιωμένων.

Όπως προαναφέρθηκε η κατάθλιψη στους ηλικιωμένους συχνά εκδηλώνεται με σωματικά συμπτώματα (κόπωση, διάχυτα άγχη, γαστρεντερικά συμπτώματα, ανορεξία), τα οποία αποπροσανατολίζουν και τον ασθενή και τον γιατρό από τη σωστή διάγνωση. Επιπλέον η συνύπαρξη ενός σωματικού νοσήματος που είναι αρκετά συχνή στους ηλικιωμένους δημιουργεί σημαντικό πρόβλημα στην αναγνώριση της από τον γιατρό.

Αυτό συμβαίνει γιατί ο γιατρός και ειδικά στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, συνηθισμένος να ασχολείται με τα σωματικά συμπτώματα του ασθενούς,

παραβλέπει την πιθανότητα συνύπαρξης κατάθλιψης και τις περισσότερες φορές εστιάζει στην αντιμετώπιση των σωματικών προβλημάτων που μπορεί να παρουσιάζουν και πιο άμεση αντιμετώπισης.

Το σημαντικό όμως είναι ότι αν δεν αντιμετωπισθεί ταυτόχρονα και η κατάθλιψη, η έκβαση του σωματικού νοσήματος δεν είναι καλή όπως έχει δείξει έρευνα τόσο σε ασθενείς με έμφραγμα του μυοκαρδίου, όσο και σε ασθενείς με εγκεφαλικό επεισόδιο.

Σε αυτές τις περιπτώσεις προτείνονται διάφορα συμπτώματα δείκτες που βοηθούν στην καλύτερη αξιολόγηση ασθενών με κατάθλιψη και συνυπάρχοντα σωματικά νοσήματα. Πιο συγκεκριμένα η παρουσία ανηδονίας (απώλεια ικανότητας για ευχαρίστηση), η παρουσία των συμπτωμάτων της τριάδας του Beck (αρνητική αξιολόγηση του γύρω κόσμου, του εαυτού και του μέλλοντος) και σημαντική παρουσία αισθήματος απελπισίας είναι συμπτώματα που βοηθούν στην διάγνωση της κατάθλιψης σε ηλικιωμένους ασθενείς με σωματικά νοσήματα. Επιπλέον αν ο ηλικιωμένος ασθενής παραπονιέται σε δυσανάλογο με την κατάσταση του βαθμό για άγχος, σωματικές δυσλειτουργίες (πόνος, δυσκοιλιότητα, κόπωση) ή απώλεια συγκέντρωσης και υποκειμενική δυσκολία με την μνήμη του, ο γιατρός θα πρέπει να υποψιασθεί την ύπαρξη κατάθλιψης.

▼ Θεραπεία

Η κατάθλιψη είναι νόσος που θεραπεύεται σε μεγάλο ποσοστό που πλησιάζει το 80% με τα μέσα που υπάρχουν σήμερα. Οι πιο συχνά χρησιμοποιούμενες θεραπείες είναι τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα, η ψυχοθεραπεία ή συνδυασμός τους.

▼ Φαρμακευτική Αντιμετώπιση

Η έναρξη της δράσης των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων δεν είναι άμεση. Συνήθως μεσολαβεί ένα μεσοδιάστημα δύο εβδομάδων μέχρι να εμφανιστούν σημαντικές ενδείξεις βελτίωσης. Γι' αυτό το λόγο, η αξιολόγηση της απάντησης του ασθενούς δεν πρέπει να γίνεται πριν περάσουν 4-6 εβδομάδες από την έναρξη της αγωγής.

Σ' αυτό το χρονικό σημείο αναμένεται ότι ο ασθενής θα έχει παρουσιάσει τουλάχιστον 50% βελτίωση στην ένταση ή / και συχνότητα των

συμπτωμάτων του. Η βελτίωση συνεχίζει και μετά τις 6 εβδομάδες και συνήθως μετά από 10-12 εβδομάδες τα συμπτώματα υποχωρούν τελείως.

Ειδικά στους ηλικιωμένους το χρονικό διάστημα έναρξης δράσης, όπως και εμφάνιση του τελικού αποτελέσματος είναι μεγαλύτερα.

Μια από τις σημαντικές θετικές εκβάσεις για τον ασθενή είναι η επαναφορά της κοινωνικής λειτουργικότητας του, η οποία όμως είναι και το τελευταίο σύμπτωμα που βελτιώνεται και απαιτεί μεγάλα χρονικά διαστήματα και αρκετές φορές ταυτόχρονη ψυχοθεραπευτική αντιμετώπιση.

Τα σημαντικά χρονικά σημεία κατά τη διάρκεια της θεραπείας του καταθλιπτικού ασθενούς, στα οποία ο γιατρός θα πρέπει να πάρει συγκεκριμένες θεραπευτικές αποφάσεις, είναι τα εξής:

- Όταν διαγνώσει σε έναν ασθενή κατάθλιψη πρέπει να αποφασίσει για την κατάλληλη χρήση ενός αντικαταθλιπτικού. Σε αυτή τη φάση αν η περίπτωση το απαιτεί (π.χ. ο ασθενής έχει έντονη αϋπνία ή έχει έντονο άγχος), μπορεί να συγχορηγηθεί μια βενζοδιαζεπίνη. Όμως η συγχορήγηση δεν πρέπει να ξεπερνά τις 2-3 εβδομάδες, χρονικό διάστημα κατά το οποίο θα πρέπει να διακοπεί η χορήγηση της βενζοδιαζεπίνης. Αυτό θα πρέπει να το γνωρίζει ο ασθενής από την αρχή της θεραπείας.

- Σε 4 εβδομάδες από την έναρξη της αγωγής πρέπει να αξιολογηθεί η απάντηση του ασθενούς. Αν δεν υπάρχει καμιά βελτίωση τότε απαιτείται επιβεβαίωση της διάγνωσης και, αν η διάγνωση είναι σωστή, αλλαγή του φαρμάκου. Αν υπάρχει βελτίωση αλλά όχι σημαντική (<50%), τότε μπορεί η δόση του αντικαταθλιπτικού να μεγιστοποιηθεί αν αυτό είναι εφικτό.

▼ Συμπεράσματα

Η κατάθλιψη στους ηλικιωμένους είναι συχνό νόσημα, που προσβάλλει περίπου το 15% αυτού του πληθυσμού. Η νόσος εκδηλώνεται συχνά με σωματικά συμπτώματα (κόπωση, διάχυτα άγχη, αϋπνία, γαστρεντερικά ενοχλήματα) ή με γνωστικά συμπτώματα (διαταραχή στη μνήμη και συγκέντρωση). Πίσω από αυτά όμως κρύβονται τα χαρακτηριστικά συμπτώματα της κατάθλιψης όπως απώλεια ενδιαφέροντος και αρνητικές σκέψεις. Η κατάθλιψη των ηλικιωμένων θεραπεύεται σε

ποσοστό που φθάνει το 80% και οι τρόποι θεραπείας είναι τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα και η ψυχοθεραπεία. Έμφαση πρέπει να δοθεί στην ενημέρωση της κοινότητας ώστε το ποσοστό της αναγνώρισης της νόσου να αυξηθεί και οι ασθενείς να βρίσκουν πρόσβαση στην θεραπεία με αποτέλεσμα τη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους και την ανακούφιση του περιβάλλοντός τους. (I.Δ. Παράσχος, Κατάθλιψη στους ηλικιωμένους, Εκδόσεις Deprelfiel.)

B. Υποχονδρίαση

Η διαταραχή χαρακτηρίζεται από το ότι το άτομο φοβάται ότι έχει μια σοβαρή ασθένεια. Έτσι ο υποχονδριακός ασθενής ασχολείται έντονα με τις σωματικές του λειτουργίες και παρερμηνεύει σωματικά συμπτώματα ως παθολογικά. Η έντονη αυτή ενασχόληση με το φόβο της αρρώστιας επιμένει παρά το γεγονός ότι οι ιατρικές εξετάσεις είναι αρνητικές και παρά τις επανειλημμένες διαβεβαιώσεις των γιατρών.

Η υποχονδρίαση είναι εξίσου κοινή σε άντρες και σε γυναίκες. Μπορεί να εμφανισθεί σε οποιοδήποτε ηλικία, αν και η πιο κοινή ηλικία έναρξης είναι η νεαρική ενήλικη ζωή. Η ανάπτυξη της υποχονδρίασης σχετίζεται, σε αρκετές περιπτώσεις, με προϋπάρχουσα σωματική ασθένεια ή χειρουργική επέμβαση και αφορά το εν λόγω οργανικό σύστημα.

Η θεραπευτική αντιμετώπιση της υποχονδρίασης βασίζεται στη χορήγηση αντιαγχωδών ή και αντικαταθλιπτικών φαρμάκων με παράλληλη ψυχοθεραπευτική βοήθεια. (Νίκου Μάνου, Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής Αναθεωρημένη Έκδοση University Studio Press, Θεσσαλονίκη 1997)

Γ. Σχιζοφρένεια

Η σχιζοφρένεια στην γεροντική ηλικία αφορά κυρίως ασθενείς που ανέπτυξαν ήδη από νεαρή ηλικία σχιζοφρενική συμπτωματολογία και συνεχίζουν να νοσοούν.

Ένας σημαντικός αριθμός ατόμων μπορεί να αναπτύξει σχιζοφρενική συμπτωματολογία σε προχωρημένη ηλικία. Η ηλικία έναρξης της σχιζοφρένειας υπήρξε θέμα διχογνωμιών και αντιπαραθέσεων. Έτσι, π.χ. στο DSM-I, για τη διάγνωση της σχιζοφρένειας θεωρείται ως απαραίτητη προϋπόθεση η έναρξη της διαταραχής πριν από την ηλικία των 45 ετών, ενώ στο DSM-IIIR προτείνεται η υποκατηγορία της «όψιμης έναρξης» σχιζοφρένειας (μετά την ηλικία των 45 ετών). Αντίθετα, στα σύγχρονα διαγνωστικά κριτήρια (DSM-IV , ICD-10) δεν υπάρχει

χρονικός περιορισμός όσον αφορά την έναρξη της σχιζοφρένειας ούτε ειδική υποκατηγορία που να αναφέρεται στην όψιμη έναρξης σχιζοφρένειας. Υπάρχει επίσης έντονος προβληματισμός όσον αφορά την ύπαρξη σχετικής κλινικής οντότητας, αφού σχιζοφρενικοί ασθενείς με όψιμη έναρξη εμφανίζουν συχνά ιδιαίτερα κλινικά χαρακτηριστικά.

ΌΨΙΜΗΣ ΕΝΑΡΞΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ

Στο παρελθόν έχουν χρησιμοποιηθεί οι κατηγορίες «παράνοια» και «παραφρενία», συμπεριλαμβάνοντας την μεγάλη πλειονότητα των ασθενών με όψιμη σχιζοφρενική συμπτωματολογία.

Η όψιμης έναρξης απαντάται συχνότερα μεταξύ έγγαμων γυναικών. Η ύπαρξη αισθητηριακών διαταραχών και η παρουσία παρανοειδών ή σχιζοειδικών χαρακτηριστικών στην προνησηρή προσωπικότητα του ατόμου έχουν θεωρηθεί ως προδιαθεσικοί – εκλυτικοί παράγοντες.

Στην κλινική εικόνα προεξάρχουν οι παραληρητικές ιδέες και οι ακουστικές ψευδαισθήσεις, ενώ σπανίζουν οι διαταραχές της δομής της σκέψης και του συνειρμού και η συναισθηματική ρηχότητα.

Οι θεραπευτικοί χειρισμοί περιλαμβάνουν την χορήγηση αντιψυχωσικών φαρμάκων σε μικρές συνήθως δόσεις, ψυχοκοινωνικές και υποστηρικτικές θεραπευτικές παρεμβάσεις. (Γ.Ν. Χριστοδούλου και Συνεργάτες «Ψυχιατρική, Δεύτερος τόμος, Εκδόσεις ΒΗΤΑ)

Δ. Παραληρητική Διαταραχή

Η κατηγορία αυτή χαρακτηρίζεται από την ύπαρξη παραληρητικών ιδεών διαφόρων τύπων – δίωξης, ζηλοτυπίας, ερωτομανίας, σωματικών, μεγαλείου κτλ, γι' αυτό στο DSM-IV προτιμήθηκε ο όρος παραληρητική διαταραχή. Χαρακτηριστικά των παραληρητικών αυτών ιδεών είναι ότι δεν είναι αλλόκοτες, δηλαδή περιλαμβάνουν καταστάσεις που απαντώνται στην πραγματική ζωή, όπως το να νιώθει το άτομο ότι το παρακολουθούν, ότι προσπαθούν να το δηλητηριάσουν, ότι τον / την απαιτούν, ότι αναδίδει μια άσχημη μυρωδιά. (Νίκου Μάνου, Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής Αναθεωρημένη Έκδοση University Studio Press, Θεσσαλονίκη 1997)

Η παραληρητική διαταραχή εκτιμάται ότι απαντά στο 10% των ψυχιατρικών εισαγωγών ατόμων ηλικίας μεγαλύτερης των 60 ετών. Η επικράτηση της υπολογίζεται σε 2% του πληθυσμού των ηλικιωμένων ατόμων, ενώ εμφανίζεται συχνότερα σε γυναίκες.

Επίσης τα άτομα με παραληρητική διαταραχή χρησιμοποιούν κυρίως, το μηχανισμό της προβολής, ενοχοποιώντας άλλους για βιολογικές ή ψυχοκοινωνικές αλλαγές που παρατηρούν στον εαυτό τους και που σχετίζονται συνήθως με το γήρας.

Το οικογενειακό ιστορικό σχιζοφρένειας, η ύπαρξη χαρακτηριστικών προσωπικότητας παρανοειδούς ή σχιζοειδικού τύπου, το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο και η χρόνια κώφωση θεωρούνται προδιαθεσικοί παράγοντες.

Κύριο κλινικό χαρακτηριστικό της παραληρητικής διαταραχής είναι οι επίμονες παραληρητικές ιδέες, ενώ η διαδρομή της είναι συνήθως χρόνια.

Η θεραπευτική αντιμετώπιση στηρίζεται στη χορήγηση αντιψυσικών φαρμάκων. Αρκετοί ασθενείς δεν συμμορφώνονται στην θεραπεία. Σ' αυτούς προτιμώνται τα μακράς δράσης σκευάσματα. (Γ.Ν. Χριστοδούλου και Συνεργάτες «Ψυχιατρική, Δεύτερος τόμος, Εκδόσεις ΒΗΤΑ)

E. Αγχώδεις Διαταραχή

Το άγχος είναι η δυσάρεστη συναισθηματική κατάσταση που περιλαμβάνει αισθήματα τάσης, φόβου ή ακόμη και τρόμου σαν απάντηση σε κίνδυνό του οποίου η πηγή είναι σε μεγάλο βαθμό άγνωστη ή μη αναγνωρίσιμη. Συνοδεύεται από διέγερση του συμπαθητικού συστήματος που εκδηλώνεται με ιδρώτα, ταχυκαρδία, τρόμο, επιτάχυνση της αναπνοής και γαστρεντερική δυσφορία.

Εάν το άγχος δημιουργεί προβλήματα στην καθημερινή λειτουργικότητα, στην επίτευξη επιθυμητών στόχων ή στην συναισθηματική ηρεμία του ατόμου θεωρείται παθολογικό, οπότε έχουμε κάποια Αγχώδη διαταραχή. (Νίκου Μάνου, Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής Αναθεωρημένη Έκδοση University Studio Press, Θεσσαλονίκη 1997)

Η επικράτηση των αγχωδών διαταραχών στην γεροντική ηλικία φαίνεται να είναι χαμηλότερη σε σχέση με αυτή των νεότερης ηλικίας ατόμων. Το γεγονός αυτό

μπορεί να οφείλεται σε διάφορους λόγους και ακόμη στο γεγονός ότι η έναρξη αγχωδών εκδηλώσεων μετά την ηλικία των 65 ετών είναι σχετικά σπάνια.

Οι αγχώδεις διαταραχές στους ηλικιωμένους εμφανίζονται συνήθως ως γενικευμένη αγχώδης διαταραχή ή ως φοβία και με διπλάσια συχνότητα στις γυναίκες έναντι των ανδρών.

Η ανάπτυξη αγχωδών διαταραχών έχει συσχετιστεί με διάφορους κοινωνικούς παράγοντες, όπως το πένθος, η χηρεία, η κοινωνική απομόνωση, η συνταξιοδότηση, η φροντίδα του άρρωστου συζύγου κ.ά.

Συχνά οι αγχώδεις διαταραχές των ηλικιωμένων συνυπάρχουν με σωματικές ή άλλες ψυχικές διαταραχές. Έτσι οι αγχώδεις εκδηλώσεις συχνά συνοδεύουν χρόνιες, επώδυνες ή τερματικές νόσους.

Η αντιμετώπιση των αγχωδών διαταραχών σε ηλικιωμένους δεν διαφέρει από αυτή των νεότερων ατόμων. Χρησιμοποιούνται ελάχιστα ηρεμιστικά σε μικρές δόσεις, λόγω του μειωμένου ηπατικού μεταβολισμού των ηλικιωμένων και του κινδύνου ανεπιθύμητων ενεργειών, όπως σύγχυσης, απάθειας. Ακόμη συνιστώνται ψυχοθεραπευτικού τύπου παρεμβάσεις. (Γ.Ν. Χριστοδούλου και Συνεργάτες «Ψυχιατρική, Δεύτερος τόμος, Εκδόσεις ΒΗΤΑ)

Z. Διαταραχές Προσωπικότητας

Οι διαταραχές προσωπικότητας του συχνότερα απαντούν κατά τη γεροντική ηλικία είναι η εξαρτητική και η αποφευκτική και αφορούν, κυρίως, γυναικείο πληθυσμό.

Σήμερα, υποστηρίζεται ότι ορισμένοι τύποι διαταραχών προσωπικότητας παραμένουν σταθεροί στο χρόνο έχοντας χρόνια διαδρομή, ενώ άλλοι τύποι προσωπικότητας όπως η μεθοριακή, η αντικοινωνική, η παθητική – επιθετική κ.α., που χαρακτηρίζονται από ανεπαρκή έλεγχο της παρορμητικής – επιθετικής συμπεριφοράς, συνήθως βελτιώνονται με την πάροδο του χρόνου.

Η συνύπαρξη διαταραχών της προσωπικότητας με καταθλιπτικού τύπου συμπτωματολογία ή και προβλημάτων υγείας καθιστά πολλές φορές δύσκολη τη θεραπευτική προσπάθεια.

Η θεραπευτική αντιμετώπιση των διαταραχών της προσωπικότητας κατά την γεροντική ηλικία στοχεύει σε ψυχοθεραπευτική βοήθεια του ασθενούς, εστιάζοντας

με ρεαλισμό στο «εδώ και τώρα», περιλαμβάνοντας υποστηρικτικούς και περιβαλλοντικούς χειρισμούς.

Στην ψυχοθεραπευτική διαδικασία, εάν είναι δυνατό, εμπλέκονται και πρόσωπα του άμεσου περιβάλλοντος του ασθενούς. (Γ.Ν. Χριστοδούλου και Συνεργάτες « Ψυχιατρική, Δεύτερος τόμος, Εκδόσεις ΒΗΤΑ)

Η. ΑΨΠΝΙΑ

Ποσοστό 30-50% των ηλικιωμένων ατόμων παραπονιούνται για προβλήματα ύπνου. Βέβαια, σε πολλές περιπτώσεις η αϋπνία μπορεί να οφείλεται σε κακές συνθήκες υπνικής υγιεινής όπως υπερβολικός χρόνος παραμονής στο κρεβάτι, ακατάλληλες συνθήκες υπνοδωματίου, έλλειψη σωματικής δραστηριότητας, κακές διαιτητικές συνήθειες, κατάχρηση καφεΐνης, οινόπνευματών ή φαρμακευτικών ουσιών.

Συχνά, η αϋπνία μπορεί να οφείλεται σε προβλήματα σωματικής υγείας (επώδυνες καταστάσεις, χρόνιες αρθρίτιδες , αναπνευστικές , καρδιακές ή νευρολογικές παθήσεις) ή σε προβλήματα ψυχικής υγείας (αγχώδεις διαταραχές, κατάθλιψη, άνοια, συγχυτικό παραλήρημα) ή ακόμη σε κατάχρηση ορισμένων φαρμακευτικών σκευασμάτων.

Η αντιμετώπιση του πρωτογενούς προβλήματος αναμένεται να βοηθήσει στην αντιμετώπιση της αϋπνίας.

Χρειάζεται ιδιαίτερα προσοχή στην αντιμετώπιση της αϋπνίας του ηλικιωμένου με φαρμακευτικά σκευάσματα. Τα φάρμακα αυτά, αν και προσφέρουν μια πρόσκαιρη βελτίωση του ύπνου , εντούτοις σε μακρόχρονη χορήγηση τους μπορεί να οδηγήσουν σε εθισμό, προοδευτική μείωση της δραστηριότητας τους και φαρμακοεξαρτωμένη αϋπνία. (Γ.Ν. Χριστοδούλου και Συνεργάτες « Ψυχιατρική, Δεύτερος τόμος, Εκδόσεις ΒΗΤΑ)

Θ. Κατάχρηση ουσιών ή οινόπνευματών ποτών

Τα άτομα προχωρημένης ηλικίας είναι κατεξοχήν, αυτά που κάνουν κακή χρήση η κατάχρηση νομίμων φαρμακευτικών ουσιών. Αντίθετα η κατάχρηση παράνομων ουσιών ελαττώνεται προοδευτικά με την πάροδο της ηλικίας.

Εκτιμάται ότι περίπου 50% των ηλικιωμένων ατόμων χρησιμοποιούν πολλαπλά φάρμακα και κάνουν κακή χρήση φαρμακευτικών σκευασμάτων (κυρίως ψυχοτρόπων), με όλους τους κινδύνους που αυτό συνεπάγεται.

Η κατάχρηση βενζοδιαζεπινών, που αφορούν κυρίως ηλικιωμένες γυναίκες, μπορεί να οδηγήσει σε σύγχυση, καταστολή της αναπνευστικής λειτουργίας, υπόταση, καρδιακή δυσλειτουργία. Εξάλλου, η μακρόχρονη χρήση υπνωτικών, κατασταλτικών και αγχολυτικών σκευασμάτων μπορεί να οδηγήσει σε διαταραχές των γνωσιακών λειτουργιών.

Η κατάχρηση οινόπνευματών σε ηλικιωμένα άτομα είναι αρκετά συχνή, αν και υπολείπεται της αντίστοιχης των νεότερων ατόμων. Βέβαια, εξαιρετικά υψηλά είναι τα ποσοστά αλκοολισμού μεταξύ ηλικιωμένων ασθενών με ιατρικά ή και ψυχιατρικά προβλήματα, άστεγων ατόμων, νοσηλευμένων ασθενών ή ατόμων που διαμένουν σε μονάδες προστατευμένης στέγασης.

Συχνά, ηλικιωμένα άτομα που κάνουν κατάχρηση οινόπνευματών έχουν οικογενειακά προβλήματα, υφίσταται ατυχήματα, ζουν κάτω από ανθυγιεινές συνθήκες και έχουν κακή διατροφή.

Διάφορες επιπλοκές συνοδεύουν την κατάχρηση οινόπνευματών, όπως το τρομώδες παραλήρημα, το σύνδρομο Korsakoff, η εγκεφαλοπάθεια του Wernicke.

Η αποτοξίνωση του ηλικιωμένου αλκοολικού ασθενούς, αλλά και η αντιμετώπιση των συνοδών επιπλοκών, πρέπει να γίνεται σε εξειδικευμένη νοσοκομειακή μονάδα και είναι αντίστοιχη με αυτήν που εφαρμόζεται σε νεότερης ηλικίας άτομα. Ιδιαίτερη προσοχή χρειάζεται στην ενυδάτωση, τη σίτιση και τη διατήρηση του ισοζυγίου των ηλεκτρολυτών του ηλικιωμένου ασθενούς. (Γ.Ν. Χριστοδούλου και Συνεργάτες «Ψυχιατρική, Δεύτερος τόμος, Εκδόσεις ΒΗΤΑ)

I. Οργανικές Διαταραχές της γεροντικής ηλικίας

Τα συνηθέστερα ψυχιατρικά προβλήματα των ηλικιωμένων είναι οι καταθλιπτικές συνδρομές, οι γνωσιακές διαταραχές, οι φοβίες και η χρήση της αλκοόλης.

Οι γηριατρικοί ασθενείς μπορούν να εμφανίσουν διαταραχές των λειτουργικών της γνωσίας από ποικίλα σωματικά νοσήματα, περιβαλλοντικά και ιατρογενή αίτια, καθώς και από φαρμακολογικές επιδράσεις.

Οι συνηθέστερες καταστάσεις που εντάσσονται στις οργανικές διαταραχές της συμπεριφοράς των ηλικιωμένων, είναι τα συγχυτικά επεισόδια, τα συγχυτικά παραληρήματα, οι ανοϊκές συνδρομές, τα αμνησιακά σύνδρομα, και οι μικτού τύπου διαταραχές, που προκαλούνται από σωματικά νοσήματα, ουσιοεξαρτήσεις και φάρμακα. (Γ.Ν. Χριστοδούλου και Συνεργάτες «Ψυχιατρική, Δεύτερος τόμος, Εκδόσεις ΒΗΤΑ)

(α) Οξεία οργανικά ψυχοσύνδρομα Συγχυτικά επεισόδια και συγχυτικά παραληρήματα

Τα συγχυτικά επεισόδια είναι αρκετά συχνά στους υπερήλικες και στις ήπιες μορφές περνούν πολλές φορές απαρατήρητα.

Συμβαίνουν συνήθως μετά από σωματική κόπωση, μετά από λήψη φαρμάκων, πλημμελή ενυδάτωση, στέρηση ύπνου κ.α., κατά την νυκτερινή αφύπνιση.

Σε σχέση με το οργανικό παραλήρημα, σύμφωνα με τις εκτιμήσεις του DSM-IV, οι γηριατρικοί ασθενείς εμφανίζουν τον υψηλότερο κίνδυνο για την ανάπτυξη του. Οι ίδιες πηγές εκτιμούν ότι το 10% των ασθενών άνω των 65 ετών που εισάγονται στα νοσοκομεία για κάποιο οργανικό νόσημα βρίσκονται σε κατάσταση συγχυτικού παραληρήματος, ενώ ένα ακόμα μεγαλύτερο ποσοστό, που φθάνει το 15%, αναπτύσσει παραλήρημα κατά την διάρκεια της ενδονοσοκομειακής νοσηλείας. Ακόμα, τα ηλικιωμένα άτομα που εγκαταλείπουν το νοσοκομείο με τροποποιημένη η νέα φαρμακευτική αγωγή πριν από την αποκατάσταση του προβλήματος της υγείας τους, διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο να εμφανίσουν παραλήρημα μέσα στις επόμενες μέρες στο σπίτι τους. (Γ.Ν. Χριστοδούλου και Συνεργάτες « Ψυχιατρική, Δεύτερος τόμος, Εκδόσεις ΒΗΤΑ)

(β) Χρόνια οργανικά ψυχοσύνδρομα Ανοϊκά σύνδρομα

Σύμφωνα με το DSM-IV, τα ανοϊκά σύνδρομα εμφανίζονται συνήθως στην όψιμη ηλικία, ανεξάρτητα από τις αιτίες που τα προκαλούν.

Τα σύνδρομα αυτά συνιστούν προοδευτικές και γενικά μη αναστρέψιμες διαδικασίες έκπτωσης των νοητικών λειτουργιών, η επίπτωση των οποίων αυξάνεται με την πάροδο της ηλικίας.

Στην ηλικία των 65 ετών και άνω , περίπου το 5% των ατόμων πάσχει από σοβαρή άνοια και το 15% από ηπιότερες μορφές, ενώ μετά τα 80 έτη οι σοβαρές μορφές άνοιας αυξάνονται σε ποσοστό , φθάνοντας το 20-40% του πληθυσμού.

Από τους ασθενείς που αναφέρθηκαν παραπάνω, ένα ποσοστό 15% πάσχει από δυνητικά ιάσιμη κατάσταση αν τύχει ορθής και έγκαιρης διάγνωσης.

Ανάλογα με τις περιοχές του εγκεφάλου που θίγονται περισσότερο, τα ανοικά σύνδρομα ταξινομούνται σε φλοιώδη και υποφλοιώδη. Στην πρώτη κατηγορία εντάσσονται η νόσος του ΑAlzheimer και νόσος του Pick που εκδηλώνονται κλινικά με αγνωσία, απραξία και αποπροσανατολισμό.

Στη δεύτερη κατηγορία περιλαμβάνονται η νόσος του Parkinson, η χορεία του Huntington οι πολυεμφρακτικές άνοιες και ο υδροκέφαλος φυσιολογικής πίεσης, που χαρακτηρίζονται κλινικά από διαταραχές της κινητικότητας, απραξία βάδισης, ψυχοκινητική επιβράδυνση και απάθεια.

Όμως στην πράξη, υπάρχει συχνά τέτοιος βαθμός αλληλοεπικάλυψης των κλινικών συμπτωμάτων, που η ακριβής διάγνωση τίθεται μόνο νεκροτιμικά. (Γ.Ν. Χριστοδούλου και Συνεργάτες « Ψυχιατρική, Δεύτερος τόμος, Εκδόσεις ΒΗΤΑ)

- Νόσος Alzheimer

Η νόσος ΑAlzheimer είναι η πιο συχνή μορφή άνοιας. Από το 5-10% του πληθυσμού ηλικίας 65ετών και άνω που παρουσιάζουν κάποια γνωσιακή έκπτωση, πάνω από το 50% των περιπτώσεων οφείλεται σε νόσο Alzheimer. Η νόσος ΑAlzheimer αναγνωρίζεται τώρα από τις επίσημες κατευθύνσεις της Παγκόσμιας Ψυχογηριατρικής Εταιρίας που ορίστηκαν το 1997, ως μια κλινοκοπαθολογική οντότητα, η οποία υπόκειται μάλλον σε μια θετική διάγνωση παρά απλά και μόνο σε διάγνωση εξ αποκλεισμού.(Δημόκριτος Σαρανρίδης, «Βασική υποστήριξη της ζωής» Εκδόσεις: Ελληνικό Συμβούλιο Αναζωογόνησης)

Ο Barry Reisberg και συνεργάτες περιγράφουν στην Κλίμακα Σφαιρικής Επιδείνωσης επτά κύρια κλινικά στάδια, που ξεκινούν από την φυσιολογική λειτουργικότητα και φτάνουν μέχρι τη βαρύτερη νόσο του ΑAlzheimer.

ΣΤΑΔΙΟ 1. Στο στάδιο αυτό η κατάσταση των ασθενών είναι φυσιολογική χωρίς αντικειμενικά η υποκειμενικά στοιχεία γνωσιακής έκπτωσης. Σύμφωνα με τα

τρέχοντα επιδημιολογικά δεδομένα, σε αυτήν την κατηγορία ανήκει η μειοψηφία των ηλικιωμένων.

ΣΤΑΔΙΟ 2. Φυσιολογική κατάσταση για την ηλικία – υποκειμενικά ενοχλήματα γνωσιακής έκπτωσης.

Οι περισσότεροι άνθρωποι άνω των 65 αναφέρουν ότι δεν θυμούνται ονόματα και την θέση των αντικειμένων τόσο καλά όσο πριν από 5-10 χρόνια.

Για να αντιμετωπίσουν αυτά τα προβλήματα οι ηλικιωμένοι συχνά λαμβάνουν σκευάσματα που περιέχουν λεκιθίνη , χολίνη , και βιταμίνες , όπως και διάφορες φυτικής προέλευσης ουσίες. Σύμφωνα με τα σημερινά δεδομένα για την πρόγνωση , τα συμπτώματα της συνδεδεμένης με την ηλικία μνημονικής έκπτωσης δεν προοιωνίζονται περαιτέρω έκπτωση στους ηλικιωμένους.

ΣΤΑΔΙΟ 3. Ήπια γνωσιακή έκπτωση – λεπτές ενδείξεις αντικειμενικής έκπτωσης στις γνωσιακές λειτουργίες ή στην εκτελεστική λειτουργικότητα.

Τα ήπια ελλείμματα μπορεί να φανερώνονται με διάφορους τρόπους. Για παράδειγμα ο ασθενής μπορεί να χαθεί όταν ταξιδέψει σε ένα άγνωστο μέρος, οι συνεργάτες του μπορεί να παρατηρήσουν μείωση της επίδοσης του σε μια δύσκολη εργασία, ο ασθενής μπορεί να δυσκολεύεται σημαντικά να βρει λέξεις και ονόματα, οι κλινικές δοκιμασίες μπορεί να αναδεικνύουν ελλείμματα συγκέντρωσης, ο ασθενής μπορεί να έχει τάση να ξεχνά μόλις ειπωθεί και να επαναλαμβάνει τα ίδια λόγια.

Όταν υπάρχουν αυτά τα ήπια πλην όμως εμφανιστούν συμπτώματα, η πρόγνωση ποικίλει. Σε πολλές περιπτώσεις τα συμπτώματα αποτελούν τις πρώτες εκδηλώσεις της νόσου του Alzheimer, μπορεί δε να διαρκέσουν μέχρι και 7 χρόνια. Επίσης σε αυτό το στάδιο, η διάγνωση της νόσου του Alzheimer μπορεί να τεθεί με αξιόπιστο τρόπο μόνο αναδρομικά. Ως εκ τούτου , στους ασθενείς που βρίσκονται σε αυτό το στάδιο τίθεται η διάγνωση της, ήπιας γνωσιακής έκπτωσης.

Στους ασθενείς με ήπια γνωσιακή έκπτωση, τα γνωσιακά ελλείμματα συχνά συνοδεύονται από άγχος. Δεδομένου ότι η πρόγνωση είναι συχνά καλή, ότι σε αυτό το στάδιο δεν μπορεί να τεθεί αξιόπιστη διάγνωση εκφυλιστικής άνοιας, και ότι, όταν πρόκειται για ανερχόμενη νόσο του Alzheimer, αυτό το στάδιο έχει μεγάλη διάρκεια, η αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση, αυτού του άγχους, είναι η απομάκρυνση του ασθενούς από τις δραστηριότητες που του προκαλούν άγχος.

ΣΤΑΔΙΟ 4. Η νόσος στο στάδιο αυτό είναι ήπια με σαφή ελλείμματα τα οποία αναδεικνύονται στην προσεχτική κλινική εξέταση.

Ελλείμματα στην προσοχή, στη μνήμη, στον προσανατολισμό ή στο επίπεδο της λειτουργικότητας. Το έλλειμμα της προσοχής είναι πολύ μεγάλο και ο ασθενής δυσκολεύεται να κάνει ακόμη τις πιο απλές αφαιρέσεις. Επίσης η διαταραχή της πρόσφατης μνήμης μπορεί να είναι τέτοια, ώστε ο ασθενής να μη μπορεί να θυμηθεί σημαντικά γεγονότα της προηγούμενης εβδομάδας. Ο ασθενής δεν μπορεί πλέον να ελέγχει τα οικονομικά του, δεν θυμάται πια να πληρώσει το νοίκι και άλλους λογαριασμούς, δυσκολεύεται να ετοιμάσει γεύματα, ή εμφανίζει ανάλογα ελλείμματα στην ικανότητα διεκπεραίωσης σύνθετων επαγγελματικών και κοινωνικών δραστηριοτήτων.

Σ' αυτό το στάδιο, μπορεί να τεθεί η διάγνωση της νόσου του Alzheimer. Η μέση διάρκεια του σταδίου είναι περίπου 2 έτη, τα συμπτώματα όμως μπορούν να σταθεροποιηθούν σ' αυτή την φάση. Κάποιοι ασθενείς δεν εμφανίζουν περαιτέρω κλινική επιδείνωση για 4 χρόνια ή και περισσότερο.

Τα προεξάρχοντα ψυχιατρικά συμπτώματα του σταδίου 4 είναι η ελάττωση του ενδιαφέροντος για τις προσωπικές και κοινωνικές δραστηριότητες και η επιπέδωση του συναισθήματος. Μπορεί επίσης να παρατηρηθούν καταθλιπτικού τύπου συμπτώματα, συνήθως όχι αρκετά έντονα για να χρήζουν αντιμετώπισης.

Οι ασθενείς διατηρούν ακόμα την δυνατότητα να μένουν μόνοι τους, εφόσον τους παρέχεται βοήθεια ή καθοδήγηση σε σύνθετες δραστηριότητες όπως η καταβολή του ενοικίου και η διαχείριση τραπεζικού λογαριασμού.

ΣΤΑΔΙΟ 5. Η νόσος του Alzheimer στο 5 στάδιο είναι μέτριας βαρύτητας και τα ελλείμματα είναι αρκετά μεγάλα ώστε να εμποδίζουν τους ασθενείς να ζουν ανεξάρτητα μέσα στην κοινότητα χωρίς βοήθεια.

Οι ασθενείς που βρίσκονται σε αυτό το στάδιο συχνά δεν μπορούν πλέον να θυμηθούν σημαντικές πλευρές και γεγονότα της ζωής τους. Εκτός από την ανικανότητα τους να φέρουν σε πέρας τις σύνθετες δραστηριότητες της καθημερινής ζωής, οι ασθενείς συνήθως δυσκολεύονται να διαλέξουν τα κατάλληλα ρούχα για την κάθε εποχή και περίσταση.

Το στάδιο αυτό διαρκεί περίπου 1.5 έτος, ωστόσο, όπως συμβαίνει και με το προηγούμενο στάδιο, τα συμπτώματα ορισμένων ασθενών μπορεί να σταθεροποιηθούν για αρκετά χρόνια.

Τα ψυχιατρικά συμπτώματα των σταδίων αυτών μοιάζουν από πολλές πλευρές με τα συμπτώματα του σταδίου 4. Ο αρνητισμός και η συναισθηματική επιπέδωση είναι συνήθως πιο εμφανείς. Μπορεί να εμφανίζονται καταθλιπτικού τύπου συμπτώματα. Συνεχώς επίσης είναι ο θυμός, όπως και ορισμένες από τις πιο έκδηλες διαταραχές της συμπεριφοράς της νόσου του Alzheimer. Αναλόγως της φύσεως και της εντάσεως των ψυχιατρικών συμπτωμάτων, μπορεί να χρειάζεται θεραπεία με αντικαταθλιπτικά ή αντιψυχωσικά. Όταν δεν υπάρχει πρόσφατη βοήθεια για τους ασθενείς αυτού του σταδίου μπορεί να χρειαστεί εισαγωγή στο ίδρυμα. Οι ασθενείς όμως που μένουν μαζί με σύζυγο συχνά αντιστέκονται στην πρόσθετη βοήθεια διότι την αισθάνονται σαν εισβολή στο σπίτι τους.

ΣΤΑΔΙΟ 6. Εδώ η νόσος είναι αρκετά βαριά και τα ελλείμματα είναι τόσο μεγάλα ώστε να απαιτείται βοήθεια στις βασικές δραστηριότητες της καθημερινής ζωής.

Οι ασθενείς αυτού του σταδίου μπορεί περιστασιακά να ξεχνούν το όνομα τους\ της συζύγου τους, στον \ στην οποία βασίζονται να επιβιώσουν. Επίσης ξεχνούν σε ποια σχολεία πήγαν, αλλά θυμούνται κάποιες πλευρές της πρώιμης ζωής τους, όπως το που γεννήθηκαν, τι δουλειά έκαναν παλιά ή πως λεγόταν ο ένας από τους γονείς τους.

Κατά την διάρκεια του έκτου σταδίου, που κρατάει περίπου 2,5 χρόνια, τα ελλείμματα στο ντύσιμο στο πλύσιμο σταδιακά επιδεινώνονται. Στην τελική φάση αυτού του σταδίου εμφανίζονται προβλήματα, στην ατομική υγιεινή και στον έλεγχο των σφιγκτήρων. Τα προβλήματα του συναισθήματος και της συμπεριφοράς γίνονται πιο εμφανή και ενοχλητικά.

Παρουσιάζονται συμπτώματα διέγερσης, θυμού, διαταραχές του ύπνου, βίαιης συμπεριφοράς και αρνητισμού, τα οποία χρήζουν θεραπευτικής αντιμετώπισης. Η χορήγηση αντιψυχωσικών σε χαμηλές δόσεις μπορεί να είναι χρήσιμη.

Οι ασθενείς που μένουν στην κοινότητα χρήζουν συνεχούς βοήθειας. Αν ο ασθενής ζει μαζί με τον \ την σύζυγο του, ο \ η σύζυγος θα χρειάζεται τουλάχιστον μερικού χρόνου πρόσθετη βοήθεια.

ΣΤΑΔΙΟ 7. Η νόσος του Alzheimer στο στάδιο αυτό είναι βαριά με ελλείμματα που απαιτούν συνεχή βοήθεια στις καθημερινές δραστηριότητες.

Η ικανότητα για ομιλία περιορίζεται σημαντικά στην αρχή αυτού του σταδίου και σταδιακά χάνεται εντελώς. Κατά την εξέλιξη αυτού του σταδίου χάνεται επίσης η ικανότητα βάδισης και άλλες κινητικές ικανότητες. Οι περισσότεροι ασθενείς επιζούν μέχρι αυτό το στάδιο, πεθαίνουν όμως σε οποιοδήποτε σημείο αυτού του σταδίου. Ο διάμεσος χρόνος θανάτου συμπίπτει περίπου με το χρόνο απώλειας της ικανότητας βάδισης.

Επίσης κάποιοι ασθενείς επιβιώνουν για 7 χρόνια ή και περισσότερο σ' αυτό το στάδιο, οι περισσότεροι πεθαίνουν 2-3 χρόνια μετά την έναρξη του. Η συνηθέστερη άμεση αιτία θανάτου είναι η πνευμονία.

Η διέγερση εξακολουθεί να είναι πρόβλημα για κάποιους ασθενείς, οι δόσεις των ψυχοτρόπων φαρμάκων μπορούν συχνά να ελαττωθούν σταδιακά από την έναρξη του 7 σταδίου, μέχρι τελικής διακοπής τους. Οι ασθενείς που μένουν με την οικογένεια τους μπορεί να χρειάζονται εικοσιτετράωρη κατ'οικον βοήθεια, καθώς εμφανίζεται ακράτεια και αδυναμία αυτοεξυπηρέτησης σε τομείς όπως η ατομική υγιεινή και η σίτιση. Ο ψυχίατρος θα πρέπει να είναι έτοιμος να δώσει συμβουλές στα μέλη της οικογένειας για ζητήματα όπως η εισαγωγή σε ίδρυμα και το νόημα που συνεχίζει να έχει η ζωή του ασθενούς. (Kaplan & Sandock' s, Εγχειρίδιο Κλινικής Ψυχιατρικής)

▼ Νόσος Pick

Είναι υπεύθυνη για το 5% περίπου των μη αναστρέψιμων ανοιών και δεν μπορεί να ξεχωριστεί κλινικά από τη νόσο Alzheimer. Η οριστική της διάγνωση μπαίνει μόνο μετά τον θάνατο, παθολογοανατομικά. (Kaplan & Sandock' s, Εγχειρίδιο Κλινικής Ψυχιατρικής)

▼ Η χορεία του Huntington

Είναι μια κληρονομική εκφυλιστική πάθηση, η οποία μπορεί στα τελικά της στάδια να οδηγήσει σε άνοια. (Kaplan & Sandock' s, Εγχειρίδιο Κλινικής Ψυχιατρικής)

▼ Υδροκέφαλος Φυσιολογικής Πίεσης

Σ' ένα μικρό αριθμό ατόμων με Άνοια βρέθηκε ότι έπασχαν από υδροκέφαλο (υπερβολική συλλογή εγκεφαλονωτιαίου υγρού (ENY) που διατείνει τις κοιλίες του εγκεφάλου) με φυσιολογική πίεση ENY.

Ο υδροκέφαλος αυτός οφείλεται σε απόφραξη της ροής του ΕΝΥ από τις κοιλίες προς τον υπαραχνοειδή χώρο (όπου φυσιολογικά απορροφάτε). Σε πολλές περιπτώσεις δεν ανευρίσκεται καμιά αιτία σε ορισμένες περιπτώσεις ανευρίσκεται ιστορικό μηνιγγίτιδας, υπαραχνοειδούς αιμορραγίας ή τραύματος που μπορεί να ευθύνονται για τον υδροκέφαλο. Το σύνδρομο αναπτύσσεται βραδέως μέσα σε 6-12 μήνες και χαρακτηρίζεται από Άνοια , απραξία της βάδισης (το άτομο έχει φυσιολογική δύναμη και συντονισμό κινήσεων, αλλά χάνει την ικανότητα οργάνωσης της πράξης της βάδισης) και ακράτεια ούρων.

Η αξονική τομογραφία αποκαλύπτει τις εξαιρετικά διατεταγμένες κοιλίες, που είναι επίσης δυσανάλογα διατεταγμένες σε σχέση με τον βαθμό της ατροφίας του εγκεφαλικού ιστού. Η θεραπεία είναι η χειρουργική παροχέτευση του ΕΝΥ σε άλλη κοιλότητα του σώματος, όπως η περιτοναϊκή. Η βελτίωση είναι δραματική σε πρώιμη διάγνωση (προγνωστικό στοιχείο της βελτίωσης είναι ο βαθμός βελτίωσης του βαδίσματος κατά την αφαίρεση ΕΝΥ στην οσφουονωτιαία παρακέντηση). .(Kaplan & Sandock' s, Εγχειρίδιο Κλινικής Ψυχιατρικής.

3.13 Η ΖΩΗ ΤΟΥ ΥΠΕΡΗΛΙΚΑ ΣΤΟ ΙΔΡΥΜΑ

Το φαινόμενο της επιβίωσης μεγάλου αριθμού ηλικιωμένων ατόμων είναι σχετικά πρόσφατο και δημιουργεί σοβαρές πιέσεις σε πολλούς από τους κοινωνικούς μας θεσμούς. Το γεγονός ότι υπάρχουν εκατομμύρια υπερηλίκων πολιτών στην κοινωνία μας δεν έχει γίνει ακόμη εντελώς αντιληπτό. Είναι δυνατό να υποστηριχθεί ότι οι κοινωνικές επιπτώσεις του γεγονότος αυτού έχουν γίνει αντιληπτές ακόμη πιο πρόσφατα. Αλλαγές στους θεσμούς συνήθως συμβαίνουν πολύ σιγά και είναι συχνά οδυνηρές για τους ανθρώπους οι οποίοι καλούνται να εγκαταλείψουν τους πατροπαράδοτους τρόπους ενέργειας. Δεν πρέπει να υποθέτει κανείς ότι οι θεσμοί της κοινωνικής πρόνοιας ή και αυτός ο θεσμός της κοινωνικής εργασίας είναι απαλλαγμένοι αυτής της βραδύτητας προσαρμογής στις αλλαγές. Ούτε θα πρέπει να υποθέτει κανείς ότι οι εθελοντικές ή οι κρατικές υπηρεσίες είναι επαρκώς εφοδιασμένες για την αντιμετώπιση των προβλημάτων των ηλικιωμένων. Οι κοινωνικές οργανώσεις δεν είναι έτοιμες να αντιμετωπίσουν τις πολύπλευρες ανάγκες των υπερηλίκων στην σύγχρονη κοινωνία μας και η εκπαίδευση του επαγγελματικού προσωπικού και η στάση των κοινωνικών λειτουργών δεν ανταποκρίνεται στο έργο που χρειάζεται να γίνει.

Εκείνοι που είναι εγκατεστημένοι για καιρό σε κάποιο ίδρυμα, δημιουργούν συχνά, φιλίες με συγκατοίκους και μέλη του προσωπικού, με αποτέλεσμα να τους βλέπουμε σαν οικογένεια. Αυτό είναι ένα πολύ ενδιαφέρον φαινόμενο.

Συμβαίνει συνήθως όταν οι οικογενειακές επισκέψεις αραιώνουν ή σταματούν ή όταν η σταθερότητα στη σύσταση του προσωπικού προσφέρει τον απαραίτητο χρόνο για την ανάπτυξη προσωπικών σχέσεων. Έτσι, οι ηλικιωμένοι ανακουφίζονται στην ιδέα της καινούριας τους οικογένεια, και το προσωπικό καταλήγει να ενδιαφέρεται για μια «γιαγιά» ή ένα «θείο» πέρα από τα όρια του επαγγελματικού καθήκοντος. Η ανθρωπιά θριαμβεύει, τελικά πάνω στην απρόσωπη ιδρυματική νοοτροπία.

Παρ' όλα αυτά, πολλοί ηλικιωμένοι, μετά από μακρά περίοδο ιδρυματοποίησης, νιώθουν μοναξιά, κοινωνική απομόνωση και άνοια. Αυτό συμβαίνει συνήθως στην περίπτωση μεγάλων «οίκων ευγηρίας». Από την πλευρά της ψυχολογικής προσαρμογής, η διαφορά σε οίκους ευγηρίας 100 και 500 ατόμων μπορεί να είναι μικρότερη από τη διαφορά ανάμεσα σε ιδρύματα με 25 και 50 άτομα.

Αυτό το ξέρουν καλά αρκετό από το προσωπικό που απασχολείται σε διάφορα ιδρύματα γι' αυτό και σήμερα γίνονται προσπάθειες για τη δημιουργία μικρότερων «οίκων ευγηρίας», που θα προσφέρουν στον ηλικιωμένο τη δυνατότητα να νιώθει πραγματικά σαν το σπίτι του.

Η έρευνα των Λίμπερμαν – Τομπιν βάζει το ερώτημα τι ακριβώς σημαίνει φυσιολογική προσαρμογή. Άλλωστε όπως υποστηρίζουν οι ίδιοι, οι ηλικιωμένοι σε ένα ίδρυμα αναγκάζονται να προσαρμοστούν σε ένα «κόσμο γεμάτος αρρώστια και θάνατο». Ένας ηλικιωμένος γεμάτος ζωντάνια μπορεί να νιώθει κατάθλιψη ακόμη και όταν η προσαρμογή του στο ίδρυμα είναι επιτυχημένη. Η προσαρμογή αυτή, είναι προσαρμογή σε καθορισμένα όρια. Πρόκειται για ταυτοποίηση με τον ασθενικό και ανήμπορο. Το άτομο που δεν δείχνει να προσαρμόζεται στην ιδρυματική ζωή, μπορεί τουλάχιστον να προκαλέσει την προσοχή με τη μη – προσαρμοστικότητα του.

Δεν θα πρέπει λοιπόν, να θεωρούμε τόσο απλή την προσαρμογή στη ζωή ενός ιδρύματος για ηλικιωμένους. Και φυσικά, οι σχέσεις που αναπτύσσονται εκεί είναι το ίδιο πολύπλοκες με τις ανθρώπινες σχέσεις οπουδήποτε αλλού. Η ευτυχία μπορεί να εξαρτάται από τις αυξομειώσεις στη διάθεση ενός ή δυο στενών φίλων ή άσπονδων εχθρών.

Ένας μεσήλικας μπορεί να γυρίσει από τη δουλειά πικραμένος ή απογοητευμένος, γιατί κάποιος άλλος συνάδελφος πήρε το γραφείο με τη θέα, την προαγωγή ή την άδεια στην καλύτερη εποχή. Παρόμοια, ο ηλικιωμένος γονιός του, στο ίδρυμα, μπορεί να είναι θυμωμένος ή χαρούμενος για το καινούριο του δωμάτιο, την επιλογή του συγκατοίκου ή οποιαδήποτε άλλο γεγονός επηρεάζει τη μέρα του. Μερικά πράγματα δεν εξαφανίζονται απλά και μόνο γιατί το άτομο μπαίνει σε ένα ίδρυμα. Είναι ευκολότερο να καταλάβουμε τη χαρά ή τη λύπη ενός ηλικιωμένου, όταν κατανοούμε τη σημασία των καθημερινών γεγονότων, που συνδέονται με φυσικές δυσκολίες και ίσως μια νοσταλγία για τον έξω κόσμο. Ειδικά Προβλήματα των Υπερήλικων

Ποιες είναι οι ειδικές ανάγκες των υπερήλικων οι οποίες απαιτούν ειδικές προσπάθειες από την πλευρά των κοινωνικών υπηρεσιών οι οποίες προσφέρουν κοινωνική εργασία;

Αυτές οι ειδικές ανάγκες πηγάζουν από το γεγονός ότι τα εξυπηρετούμενα άτομα ηλικιώνονται. Παρά το γεγονός ότι οι αντιδράσεις κάθε ατόμου διαφορετικές,

γενικώς οι ηλικιωμένοι τείνουν να αισθάνονται ότι οι άλλοι δεν τους θέλουν και τους απωθούν. Τα συναισθήματα αυτά ενισχύονται από το εκτελεστικό κλίμα που παραμερίζει τους ηλικιωμένους. Γενικά στην εποχή μας δίδεται έμφαση στην πραγματικότητα και υπάρχει τάση εξάρσεως της νεότητας και της ρώμης. Οι ομορφιές της νεότητας υπάρχουν στις διαφημίσεις, στα κινηματογραφικά έργα και στη φιλολογία. Μεταξύ των αιτιών για αυτή την άλωση των ηλικιωμένων από τους νέους, όπως αναφέρει ένας άλλος συγγραφέας, είναι ο φόβος του θανάτου και το γεγονός ότι ο ηλικιωμένος είναι το σύμβολο της θνησιμότητας. Οι νέοι άνθρωποι κυριαρχούνται από ανάμικτα συναισθήματα σεβασμού για τους ηλικιωμένους σαν κατόχους σοφίας και ώριμης κρίσεως, και αντιπάθειας προς αυτούς σαν σύμβολα συνειδήσεως και αζήτητους κριτές. Γενικά «υπάρχουν βάσιμοι λόγοι να πιστεύει κανείς ότι σε ένα ομαλό ώριμο άνθρωπο υπάρχει ένας συνδυασμός προσωπικών ιδιοτήτων, ο οποίος γίνεται περισσότερο πλούσιος με την πάροδο της ηλικίας και ότι βασικά οι ηλικιωμένοι διαπνέονται από αλτρουιστικά και γενναιόδωρα συναισθήματα για τις νεότερες γενεές». Οι νέοι όμως σπάνια αντιδρούν ανάλογα λόγω των «εγωκεντρικών και των αφιερωμένων στην απόλαυση, απασχολήσεων τους». Το αποτέλεσμα είναι να υπάρχει ένας «εμφύλιος πόλεμος» μεταξύ των παθητικών δυνάμεων των ηλικιωμένων και των επιθετικών και επαναστατικών δυνάμεων των νεανικών στοιχείων της κοινωνίας. Ολιγάριθμοι και εξουθενωμένοι, οι ηλικιωμένοι αισθάνονται μοναξιά στην απομόνωση τους η οποία τους οδηγεί να βρίσκουν ολοένα και λιγότερα ενδιαφέροντα στη ζωή των πόλεων.

Οι γενικές αυτές εκπολιτιστικές τάσεις, θα περίμενε κανείς, να έχουν απήχηση σε όλους όσους θα έσπευδαν σε βοήθεια των ηλικιωμένων. Η αδιαφορία ή η επιθετικότητα της οικογένειας, των κοινωνικών παραγόντων, των ιατρών ακόμη και ψυχιάτρων για το τι μπορεί η ψυχιατρική ή κοινωνική εργασία να προσφέρει στους υπερήλικες συνήθως πηγάζει από την ανησυχία ή την αγανάκτηση που δημιουργείται από την υπερβολική αδυναμία καθώς και τη φτώχεια των πόρων που διαθέτουν οι προστατευόμενοι τους. Επιπλέον επειδή οι δυσκολίες τους φαίνονται να είναι τόσο πραγματικές, η άμεση υλική θεωρείται ο μόνος τρόπος ενισχύσεως και μια μακροχρόνια εξερεύνηση του ψυχικού εδάφους - βοηθητική τόσο για τον πελάτη όσο και για τη οικογένεια - εγκαταλείπεται σαν χαμένος χρόνος. Όλοι συμπεριλαμβανομένων και των ιατρών και των ψυχιάτρων, δικαιολογούν μια απαισιόδοξη στάση, δίνοντας έμφαση στην σπατάλη χρόνου και προσπάθειας σε

πελάτες οι οποίοι δεν έχουν παρά μόνο λίγα χρόνια ζωής, και των οποίων οι περιορισμένες δυνάμεις υπόσχονται περιορισμένη παραγωγικότητα. Οι κοινωνικοί λειτουργοί συχνά αντιδρούν με τις ίδιες αρνητικές τάσεις. (Κοινωνική Εργασία σε Ιδρύματα)

Ανάγκες και προβλήματα των υπερήλικων στο ίδρυμα

Τα συνηθέστερα προβλήματα που οδηγούν ένα ηλικιωμένο σε ίδρυμα είναι:

- (α) Προβλήματα υγείας από αδυναμία αυτοεξυπηρέτησης.
- (β) Μη αποδοχή από τον ηλικιωμένο της αλλαγής που συμβαίνει στον ίδιο. (ψυχολογικής, σωματικής, διανοητικής).
- (γ) Αδυναμία της οικογένειας να αντιμετωπίσει την αλλαγή αυτή, με αποτέλεσμα να αναγκάζεται να αναθέσει την αντιμετώπιση, τη φροντίδα του υπερήλικα σε κάποιο ίδρυμα, γεγονός που προκαλεί και αισθήματα ενοχής και στην ίδια την οικογένεια για την απόφαση αυτή.

Όταν αποφασιστεί η μεταφορά του ηλικιωμένου στο ίδρυμα, πρέπει να του δοθεί χρόνος ώστε να συνηθίσει την ιδέα, να γνωρίσει μέσα από επισκέψεις το καινούργιο περιβάλλον του, δηλαδή να γίνει μια γενικότερη προσπάθεια για αποφυγή του ψυχολογικού σοκ που θα προκαλούσε μια απότομη, βιαστική και άκαιρη μεταφορά του.

Η φροντίδα των ηλικιωμένων έχει ιδιαίτερη μορφή. Σήμερα δίνεται μεγαλύτερη προσοχή στο πώς να ζήσει ομαλά και ευτυχισμένα ο ηλικιωμένος, έχοντας τις προσωπικές δραστηριότητες του ώστε να μην οδηγηθεί στο φαινόμενο αποκαλούμενο ως «Θάνατο από συνταξιοδότηση». Η φροντίδα που πρέπει να προσφέρεται στα ηλικιωμένα άτομα δεν θα πρέπει να διαφέρει και πολύ από αυτή των άλλων ασθενών, εντούτοις απαιτεί μεγαλύτερη προσπάθεια. Οι γέροντες δεν έχουν μόνο ιατρικά προβλήματα αλλά έχουν επίσης ψυχολογικά και κοινωνικοοικονομικά. Η μη ύπαρξη ειδικευμένου προσωπικού σε θέματα γηριατρικής, σε συνδυασμό με την γενικότερη έλλειψη προσωπικού και ιδιαίτερα κοινωνικών λειτουργών συμβάλλει στο να γίνουν αυτά τα προβλήματα ακόμη εντονότερα. Αποτέλεσμα όλων αυτών είναι να μην μπορούν να κατανοήσουν την ειδική ψυχολογία των γερόντων και έτσι πολλές φορές οδηγούμαστε σε απαράδεκτες συμπεριφορές που καταρρακώνουν τους γέροντες.

Οι περισσότεροι ηλικιωμένοι στο ίδρυμα έχουν την αίσθηση της εγκατάλειψης και της ανθρώπινης μοναξιάς. Νιώθουν φυλακισμένοι μέσα στα δωμάτια, χωρίς να διαθέτουν ένα μικρό χώρο να κάνουν το περίπατο τους. Γενικότερα δεν έχουν ερεθίσματα και ενδιαφέροντα που να τους δώσουν την ώθηση να συνεχίσουν αναπόσπαστοι την ζωή τους.

Υπάρχουν διάφορες υπουργικές αποφάσεις στις οποίες αναφέρονται οι όροι που πρέπει να πληρούν τα ιδρύματα καθώς και τον τρόπο που πρέπει να είναι στελεχωμένα με προσωπικό εντούτοις ελάχιστα τηρούνται. Γίνονται κατά καιρούς έλεγχοι από επιτροπές κάτι που οδήγησε στο κλείσιμο πολλά ιδρύματα που λειτουργούσαν κάτω από απαράδεκτες συνθήκες. Αυτό είναι ένα ελπιδοφόρο και αισιόδοξο μήνυμα για το μέλλον.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙV

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ

Η Ψυχιατρική φροντίδα στην χώρα μας, τα τελευταία χρόνια άρχισε να συστηματοποιείται με δρομολόγηση για την δημιουργία ψυχιατρικών κλινικών στα Γενικά Νοσοκομεία και Κέντρων Ψυχικής Υγείας.

Ο σκοπός των φορέων αυτών, είναι θεραπευτικός και προληπτικός και στοχεύει να βοηθήσει τα άτομα να επιλύσουν τα προβλήματα τους ή να μάθουν να τα χειρίζονται μέσα στο κοινωνικό τους περιβάλλον και έτσι να μείνουν έξω από το χώρο του ασύλου. Εγκλεισμός στο άσυλο, όχι πριν πολλά χρόνια, ήταν ο συνήθης τρόπος χειρισμού ατόμων με ψυχικές διαταραχές στην χώρα μας.

Η Κοινωνική Εργασία σαν μια εφαρμοσμένη επιστήμη αναπτύσσει τις επαγγελματικές της δραστηριότητες σε ένα ευρύ φάσμα χώρων πρωτογενών κοινωνικών οργανισμών. Στους χώρους αυτούς οι επαγγελματικές ενασχολήσεις του κοινωνικού λειτουργού είναι διαγνωστικές, προληπτικές, διορθωτικές και θεραπευτικές. Αυτές είναι:

ΠΡΩΤΟΝ. Σε σχέση με άτομα που αντιμετωπίζουν προβλήματα, που είναι απόρροια άγνοιας, ολικής ή μερικής έλλειψης ικανοτήτων στην αντιμετώπιση οικογενειακών και περιβαντολογικών κρίσιμων καταστάσεων και πιέσεων που μπορεί να σχετίζονται με την σωματική και ψυχική υγεία τους, αναπτυξιακούς, εργασιακούς και οικονομικούς λόγους.

ΔΕΥΤΕΡΟΝ. Σε σχέση με ομάδες ατόμων που αντιμετωπίζουν κοινά προβλήματα είτε μέσα σε ένα θεραπευτικό χώρο ή χώρο εργασίας ή γενικά μέσα στον κοινωνικό χώρο που τα άτομα ζουν.

ΤΡΙΤΟΝ. Σε σχέση με τα υπάρχοντα κοινοτικά ή ευρύτατα κοινωνικά συστήματα παροχής υπηρεσιών με αντικειμενικό σκοπό την καλύτερευση τους ή την σωστή ανταπόκριση τους στις ατομικές ή συλλογικές ανάγκες των ατόμων.

Ο κοινωνικός λειτουργός σαν μέρος της θεραπευτικής ομάδας πρέπει να στοχεύει λέγοντας ότι «όχι μόνο να θεραπεύσουμε άμεσα την ψυχοδυσνοητική αρρώστια, αλλά και ίσως μάλιστα ακόμα περισσότερο να βελτιώσουμε την θέση του αρρώστου μεριμνώντας πια τις υλικές συνθήκες διαβίωσης. Όταν οι ασθενείς έχουν διατηρήσει

την επαφή τους με την οικογένεια είναι αναγκαίο να διατηρήσουμε αυτές τις επαφές και στην ανάγκη να τις βελτιώσουμε, μάλιστα να τις αποκαταστήσουμε.

Επίσης η παρέμβαση πρέπει να επεκτείνεται και στο εξωοικογενειακό περιβάλλον, στους γείτονες, στους προμηθευτές κ.ο.κ.»

Διαγνωστικός ρόλος

Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού μέσα στο ψυχογηριατρικό χώρο, είναι «ρόλος κλειδί» όπως αυτός του ψυχιάτρου και έχει καθοριστική σημασία για την επίτευξη των αντικειμενικών θεραπευτικών στόχων του ψυχιατρικού σχεδίου. Ο κοινωνικός λειτουργός δεν εργάζεται για τον ψυχίατρο, συνεργάζεται με τον ψυχίατρο και τους άλλους ειδικούς μέσα στην θεραπευτική ομάδα για το καλό του ασθενή, που είναι και δικός του ασθενής. Έτσι πρέπει να νιώθει ότι ο ασθενής είναι και δικός του, για να είναι ενεργό μέλος της θεραπευτικής ομάδας. Όταν ο κοινωνικός λειτουργός αναλαμβάνει την ευθύνη να πάρει το κοινωνικό ιστορικό είτε απ' ευθείας από τον ασθενή, είτε από την οικογένεια του, δεν το κάνει αυτό με κάποια μεθοδολογία διαφορετική από αυτή που θα χρησιμοποιούσε ο ψυχίατρος ή όποιος άλλος ειδικός. Χρησιμοποιεί όλους τους βασικούς κανόνες της συνέντευξης με έμφαση, σε αυτό που λέγεται σχέση, θεραπευτική σχέση. Χρησιμοποιεί γνώσεις από ένα ευρύ φάσμα, για να κάνει μια διαγνωστική αξιολόγηση, που θα είναι βοηθητική στη συλλογική διάγνωση της θεραπευτικής ομάδας, πάνω στην οποία η θεραπευτική παρέμβαση πρέπει να βασίζεται.

Η διαγνωστική προσφορά του κοινωνικού λειτουργού που περιλαμβάνει, όχι αποκλειστικά τις περιβαλλοντικές, οικογενειακές και κοινωνικές διαστάσεις του προβλήματος, αλλά και τις ψυχολογικές επιπτώσεις που αυτές έχουν στην λειτουργικότητα του ατόμου, είναι βασικός ρόλος στη συλλογική προσπάθεια της θεραπευτικής ομάδας.

Ο κοινωνικός λειτουργός με τον προσανατολισμό που έχει, σαν αποτέλεσμα της εκπαίδευσης του, να μπαίνει μέσα στο περιβάλλον αυτού που έχει ανάγκη, του ασθενή, το κάνει με άνεση, χωρίς να νιώθει υποβιβασμό της επαγγελματικής του αξίας. Τα «ζωντανά» στοιχεία ή πληροφορίες που συλλέγει, δίνουν την πιο πραγματιστική διάσταση στη συλλογική προσπάθεια της θεραπευτικής ομάδας, αφού η ομάδα μέσω του κοινωνικού λειτουργού παρακολουθεί τον ασθενή, ιδιαίτερα μετά το

πέρας της νοσηλείας του στην κλινική και δίνει τον χαρακτηρισμό της αναγκαίας «συνέχειας» στην αποθεραπεία.

Συμβουλευτικός ρόλος

Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού, εκτός από την διαγνωστική προσφορά του, είναι ιδιαίτερα σημαντικός, ως ο συνδετικός κρίκος μεταξύ της κλινικής και της οικογένειας του ασθενή κατά την εισαγωγή και κατά την διάρκεια της νοσηλείας του. Ο ρόλος αυτός συνίσταται σε προγραμματισμένες επαφές με μέλη της οικογένειας του ασθενή ή και με ολόκληρη την οικογένεια, με σκοπό να δώσει αναγκαίες πληροφορίες, να επεξηγήσει το διαγνωστικό αποτέλεσμα της θεραπευτικής ομάδας, να δώσει διευκρινήσεις για ερωτήματα που, έχουν όσο αφορά την πορεία της νοσηλείας, να συμβουλευτεί, να βοηθήσει στην αντιμετώπιση επίκαιρων πρακτικών προβλημάτων, να αποκτήσει μια πρώτη βιογιολογική εικόνα και να δημιουργήσει μια σχέση συνεργασίας και αποδοχής. Ο ρόλος του είναι συμπληρωματικός και απελευθερώνει τον χρόνο του ψυχιάτρου να ασχοληθεί και με τον ασθενή, αλλά και με άλλες περιπτώσεις που χρήζουν άμεσης προσοχής και φροντίδας. Οι επαφές αυτές του κοινωνικού λειτουργού, είναι καθοριστικές για την προσαρμογή του ασθενή κατά την διάρκεια της νοσηλείας του ή και μετά από την έξοδο του από την κλινική.

Θεραπευτικός ρόλος

Η συστηματική εμπλοκή της οικογένειας του ασθενή στην θεραπεία του, είναι γενικά αναγνωρισμένη σαν απαραίτητη, για να είναι αποτελεσματική. Αυτό δε που συμβαίνει στις ψυχιατρικές κλινικές, είναι τελείως αντιφατικό με την γνώση που έχουμε σήμερα, ότι πολλά από τα προβλήματα των ψυχασθενών έχουν τις ρίζες τους στο περιβάλλον που ζουν και ιδιαίτερα στον οικογενειακό τους χώρο. Βέβαια ο εκπαιδευόμενος ψυχίατρος ή και ο ψυχολόγος στην οικογενειακή θεραπεία, μπορεί να το κάνει αυτό. Αναμφίβολα όμως όχι χωρίς ειδική εκπαίδευση σε αυτή την μέθοδο. Εξάλλου η πραγματικότητα που αντιμετωπίζουμε στη χώρα μας, αφού υπάρχει έλλειψη ψυχιάτρων γενικά και ειδικά στον δημόσιο τομέα υγείας και μάλιστα εκπαιδευμένων στη μέθοδο αυτή παρέμβασης, υπαγορεύει μια άλλη κατεύθυνση πάνω σ' αυτό το ζήτημα. Η κατεύθυνση αυτή είναι η ανάληψη αυτού του ρόλου από τον κοινωνικό λειτουργό, που έχει μια ευρύτητα γνώσης και μάλιστα επαγγελματική ευληξία. Η λύση αυτή έχει δοθεί σε πολλές χώρες στο εξωτερικό και ιδιαίτερα στις

Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής, σε ψυχιατρικά πλαίσια και κυρίως σε κέντρα Ψυχική Υγείας, όπου οι κοινωνικοί λειτουργοί, έχουν αναλάβει το ρόλο αυτό, υπό την επίβλεψη ενός εκπαιδευμένου ειδικού ή και με συνεργασία της θεραπευτικής ομάδας.

Ο κοινωνικός λειτουργός που εργάζεται στο ψυχιατρικό πλαίσιο, έχει την ευαισθησία και τις γνώσεις, λόγω εκπαίδευσης που με την κατάλληλη εποπτεία και ενίσχυση, μπορεί να εκπληρώσει τον ρόλο αυτόν. Στο σημείο αυτό θα πρέπει να διευκρινιστεί ότι ο όρος θεραπεία, δεν αναφέρεται αποκλειστικά σε κλινική - ψυχαναλυτική παρέμβαση, αλλά κυρίως σε μια ψυχοδυναμική - συστημική προσέγγιση, που σκοπό έχει την καλύτερευση σχέσεων, την απόκτηση σχετικής με τα προβλήματα γνώσης, την προσαρμογή στο οικογενειακό και ευρύτερο κοινωνικό χώρο, την ανάπτυξη ικανοτήτων για την επίλυση προβληματικών καθημερινών καταστάσεων και γενικά υποστηρικτική εργασία. Κύριος στόχος της εργασίας αυτής είναι η σχέση με την ψυχική υγεία που πρέπει να χαρακτηρίζουν τα άτομα όπως συναίσθηση ανεξαρτησίας, ατομικότητας ευθιγής, επιτυχίας για το παρόν και το μέλλον και διάθεση για λύση προβλημάτων.

Ακόμη η εργασία αυτή δεν επικεντρώνεται αποκλειστικά στα προβλήματα που οι ασθενείς αντιμετωπίζουν σε σχέση με τις οικογένειες τους και τον άμεσο και ευρύτερο κοινωνικό χώρο, αλλά και με τα προβλήματα που οι οικογένειες τους έχουν λόγω της ανάληψης της κύριας φροντίδας τους. Σύμφωνα με το FFSP (La Frontera Family Support Program) πρόγραμμα, οικογενειακές ομάδες βοήθιούνται από ψυχιατρικούς κοινωνικούς λειτουργούς να αποκτήσουν τις αναγκαίες γνώσεις, δεξιότητες και υποστήριξη. Τα τρία αυτά στοιχεία γίνονται «ο καταλύτης που δυναμώνει τις οικογένειες των ψυχασθενών και τους δίνει την ομαδική συνδετικότητα που είναι αναγκαία για αυτές τις οικογένειες να συνεχίσουν τις προσπάθειές τους» στο να φροντίζουν τους ασθενείς. Όπως αναφέρθηκε πιο πάνω, είναι αντιφατικό για μια ολοκληρωμένη θεραπευτική προσέγγιση, να μην δίνεται η δέουσα προσοχή στο περιβάλλον και στον οικογενειακό χώρο του ασθενή και η θεραπεία να περιορίζεται σε εξονυχιστικές διαγνώσεις, φάρμακα και ίσως σποραδικές επαφές με την οικογένεια του.

Ο ρόλος αυτός του κοινωνικού λειτουργού σαν τον ειδικό που παρεμβαίνει άμεσα στην οικογένεια, είναι αυτός που ουσιαστικά υλοποιεί αυτό που αναφέρεται με τον όρο κοινωνική επανένταξη. Βέβαια με του είδους τις περιπτώσεις που η

ψυχιατρική κλινική του Γενικού νοσοκομείου ασχολείται ο όρος αυτός δεν είναι απόλυτα σχετικός, αφού οι ασθενείς κατά πλειονότητα δεν είναι αποκομμένοι από τον κοινωνικό χώρο για μεγάλο χρονικό διάστημα. Πάντως γεγονός παραμένει, χωρίς συστηματική υποστηρικτική δουλειά στο χώρο που ζουν, αναγκάζονται να έρχονται κατά επανάληψη στην ψυχιατρική κλινική, με αποτέλεσμα να χαρακτηρίζονται σαν χρόνιες περιπτώσεις, να απωθούνται έξω από αυτή, χωρίς να τους δίνεται ουσιαστική βοήθεια, εκτός ίσως κάποια συνταγή για φάρμακα. Ουσιαστική βοήθεια στοχεύει στη μείωση της ψυχικής αναπηρίας η οποία πρέπει να είναι πολυδιάστατη και που περιλαμβάνει την ψυχολογική, επαγγελματική, ψυχαγωγική και οικογενειακή αποκατάσταση του ασθενή στην κοινωνία. Και αυτόν τον ρόλο ο κοινωνικός λειτουργός μπορεί να τον εκπληρώσει με επιτυχία αφού εκπαιδεύεται με ιδιαίτερη έμφαση και στον τομέα αυτό της υποστηρικτικής παρέμβασης.

Είναι αναγκαίο να σημειωθεί ότι στη χώρα μας, καμιά άλλη ειδικότητα στις κοινωνικές επιστήμες, δεν εκπαιδεύει για εφαρμοσμένο τρόπο δουλειάς, όσο η Κοινωνική Εργασία, αν και θα πρέπει να υπογραμμισθεί ότι η εκπαίδευση αυτή πρέπει να γίνεται σε Πανεπιστημιακό επίπεδο.

Ρόλος Χειριστής ομάδων

Ένας άλλος σπουδαίος ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στην ψυχογριατρική κλινική, είναι αυτός που αναλαμβάνει για την δημιουργία μικροομάδων με ασθενείς. Ο σκοπός των ομάδων αυτών, μπορεί να είναι ψυχαγωγικός ή να στοχεύει να επανασυνδέσει τους ασθενείς με την πραγματικότητα, να δημιουργήσει μια πιο στενή σχέση μεταξύ τους και μια καλύτερη προσαρμογή στην θεραπεία τους, ως επίσης μια καλύτερη προσαρμογή στην κλινική.

Η δημιουργία τέτοιων μικροομάδων με τους προαναφερθέντες σκοπούς, όχι μόνο βοηθάει τους ασθενείς σε σχέση με την απομόνωση που συνήθως νιώθουν μέσα στην κλινική, αλλά είναι ένα χρήσιμο διαγνωστικό μέσον που επιβοηθά την θεραπευτική ομάδα, στον χειρισμό των ατομικών περιπτώσεων. Εκτός από αυτές τις ομάδες ο κοινωνικός λειτουργός, ιδιαίτερα αυτός που έχει πείρα στο ψυχιατρικό πλαίσιο, μπορεί μαζί με άλλο θεραπευτή, να αναλαμβάνει ομάδες αποκλειστικά θεραπευτικές υπό την άμεση εποπτεία ενός ψυχιάτρου ή της θεραπευτικής ομάδας της οποίας είναι μέλος. Για παράδειγμα στην κλινική που κατ'εμφημισμό ονομάζεται

Λευκός Οίκος του Πανεπιστημίου Johns Hopkins, επαγγελματίες κοινωνικοί λειτουργοί και εκπαιδευόμενοι, όχι μόνο χειρίζονται περιστατικά ψυχολογικών διαταραχών αλλά και ομάδες σε συνεργασία πάντοτε με ψυχιάτρους και άλλους ειδικούς.

Αναμφίβολα, υπάρχουν αντιρρήσεις για την ανάθεση ενός τέτοιου θεραπευτικού -κλινικού ρόλου στον κοινωνικό λειτουργό επειδή δεν είναι ειδικά εκπαιδευόμενος για αυτήν την δουλειά.

Θα πρέπει να παραδεχθούμε, ότι πολλές φορές στη χώρα μας, σε θέματα ζωτικής σημασίας, που έχουν καταστεί προβληματικά, όπως αυτό της ολοκληρωμένης ψυχιατρικής περίθαλψης, εθελουφλούμε και αρνούμενοι να δούμε τι συμβαίνει γύρω μας εξαιτίας ενός στείρου εξοπραγματικού επαγγελματικού σοβινισμού. Το γεγονός, ότι χιλιάδες ψυχογηριατρικοί ασθενείς μένουν έγκλειστοι σε άσυλα, χωρίς την ύπαρξη ενός συστήματος επανένταξης τους στην κοινωνία και ακόμη ότι χιλιάδες άτομα κάθε ηλικίας και οι οικογένειες τους, που έχουν ανάγκη ψυχοκοινωνικής προληπτικής παρέμβασης, μένουν χωρίς καμία φροντίδα και άτομα που εάν υποθεθεί ότι το ψυχιατρικό πλαίσιο τα βοήθησε, μένουν χωρίς συστηματική υποστηρικτική φροντίδα μετά την κλινική θεραπεία τους, είναι ενδεικτικό της ανάγκης που υπάρχει για μια πολύπλευρη συστηματική επαγγελματική συμμετοχή, για την αντιμετώπιση αυτών των προβλημάτων.

Οργανωτικός ρόλος

Ο οργανωτικός ρόλος του κοινωνικού λειτουργού είναι σε σχέση με την ύπαρξη της κλινικής ψυχιατρική του Γενικού Νοσοκομείου, μέσα στον άμεσο και ευρύτερο κοινωνικό χώρο που αυτό εξυπηρετεί. Η επιτυχία ενός οποιουδήποτε προγράμματος που απευθύνεται σε άτομα με ειδικές ανάγκες όπως για παράδειγμα οι ψυχογηριατρικοί ασθενείς, έχει ανάγκη από την υποστήριξη και ενεργό συμμετοχή, άμεση ή έμμεση, του κοινοτικού και κοινωνικού χώρου που το περιβάλλει.

Προϋποθέσεις

Όλοι οι ρόλοι αυτοί, που ο κοινωνικός λειτουργός μπορεί να αναλαμβάνει στην ψυχογηριατρική κλινική, δεν είναι ειδικοί, αλλά γενικοί ρόλοι, που ανατίθενται ανάλογα με τις υπάρχουσες ανάγκες και βέβαια ειδικές ικανότητες του κάθε κοινωνικού λειτουργού.

Η εκπλήρωση αυτών των ρόλων μέσα στην σημερινή υπάρχουσα πραγματικότητα στις Ψυχιατρικές κλινικές είναι δυνατή, υπό ορισμένες προϋποθέσεις, οι οποίες είναι οι εξής:

1. Η δημιουργία μέσα στην κλινική υπηρεσίας Κοινωνικής Εργασίας, η οποία να είναι στελεχωμένη με ικανό αριθμό πτυχιούχων κοινωνικών λειτουργών, υπό την άμεση εποπτεία εμπείρων ψυχιατρικών κοινωνικών λειτουργών.

Η ύπαρξη οργανωμένης και καλά στελεχωμένης Κοινωνικής Υπηρεσίας, εγγυάται όχι μόνο ότι η δουλειά θα γίνεται συστηματικά και υπεύθυνα, αλλά βοηθά τον κοινωνικό λειτουργό, να διατηρήσει μια υψηλή επαγγελματική ταυτότητα και συγχρόνως επενεργεί ανασταλτικά στις πολλές υπερβολικές απαιτήσεις από άλλες ειδικότητες που δημιουργούν ένα βαρύ φόρτο εργασίας γι' αυτόν, με αποτέλεσμα να μην μπορεί να ανταποκριθεί σωστά στους ρόλους του.

2. Η δημιουργία ενός συνεχούς προγράμματος εκπαίδευσης, που να απευθύνεται όχι μόνο στους κοινωνικούς λειτουργούς, αλλά και σε άλλες ειδικότητες, που είναι μπλεγμένες στο θεραπευτικό έργο της ψυχογηριατρικής κλινικής. Σκοπός του εκπαιδευτικού προγράμματος είναι η απόκτηση γνώσης σε βάθος της δουλειάς, που οι διάφορες ειδικότητες κάνουν, η απόκτηση γενικών θεωρητικών και πρακτικών γνώσεων ως ειδικών γνώσεων και δεξιοτήτων, σε θέματα θεραπευτικών μεθόδων ατομικής, οικογενειακής και ομαδικής παρέμβασης.

Οι αντικειμενικοί στόχοι μιας τέτοιας εκπαίδευσης είναι η ευαισθητοποίηση και η ανάπτυξη σεβασμού για την δουλειά που ο καθένας προσφέρει και η γεφύρωση του χάσματος που σήμερα υπάρχει μεταξύ των διαφόρων ειδικοτήτων, που είναι ανασταλτικός παράγοντας στη συνεργασία που πρέπει να υπάρχει.

3. Η δημιουργία διεπιστημονικού κλίματος, όπου ο επαγγελματικός σοβινισμός να μην έχει θέση, αφού είναι επιστημονικά αποδεδειγμένο ότι τα συμφέροντα του ασθενή, εξυπηρετούνται καλύτερα, όταν υπάρχει ουσιαστική, όχι τυπική σύνδεση και συνεργασία μεταξύ αυτών που τον βοηθούν να αντιμετωπίσει τα προβλήματα του.

4. Η δημιουργία Κέντρων εκπαίδευσης σπουδαστών Κοινωνικής Εργασίας, όπου θα μπορούν να αποκτήσουν εξειδίκευση στον τομέα αυτό, σύμφωνα με τα πρότυπα εκπαίδευσης σε ψυχογηριατρικά πλαίσια του εξωτερικού. Η δημιουργία τέτοιων κέντρων εκπαίδευσης, ετοιμάζει κοινωνικούς λειτουργούς για τις ειδικές ανάγκες των ψυχογηριατρικών πλαισίων. (Κοινωνική Εργασία, Τεύχος 12^ο, Αθήνα 1998)

Που βρίσκεται η ευθύνη μας ως Κοινωνικοί Λειτουργοί

Το φαινόμενο της επιβίωσης μεγάλου αριθμού ηλικιωμένων ατόμων είναι σχετικά πρόσφατο και δημιουργεί σοβαρές πιέσεις σε πολλούς από τους κοινωνικούς μας θεσμούς. Το γεγονός ότι υπάρχουν εκατομμύρια υπερήλικων πολιτών στην κοινωνία μας δεν έχει γίνει ακόμα πλήρως αντιληπτό. Είναι δυνατό δε να υποστηριχθεί ότι οι κοινωνικές επιπτώσεις του γεγονότος αυτού έχουν γίνει πιο έντονα εμφανείς στη σημερινή πραγματικότητα. Αλλαγές στους θεσμούς συνήθως συμβαίνουν με πολύ αργούς ρυθμούς και είναι συχνά οδυνηρές για τους ανθρώπους οι οποίοι καλούνται να εγκαταλείψουν τους πατροπαράδοτους τρόπους δράσης τους. Δεν πρέπει να πιστέψει κάποιος ότι και οι θεσμοί της κοινωνικής πρόνοιας ή και αυτός ο θεσμός της κοινωνικής εργασίας είναι απαλλαγμένοι από αυτή τη βραδύτητα για να προσαρμοστούν σε αλλαγές και νέα δεδομένα. Ούτε θα πρέπει κάποιος να υποθέσει ότι οι εθελοντικές ή οι κρατικές υπηρεσίες είναι επαρκώς στελεχωμένες για την αντιμετώπιση των προβλημάτων των ηλικιωμένων. Οι κοινωνικές οργανώσεις δεν είναι πραγματικά έτοιμες να αντιμετωπίσουν τις πολύπλευρες ανάγκες των υπερήλικων στην σύγχρονη κοινωνία και η εκπαίδευση και η στάση των κοινωνικών λειτουργών σε τελική ανάλυση δεν ανταποκρίνεται στο έργο που πρέπει να επιτελεστεί.

Η πρωταρχική ευθύνη του Κοινωνικού Λειτουργού είναι στη συμμετοχή και στη προσπάθεια προώθησης καλύτερων προγραμμάτων ιατρικής περίθαλψης, στεγάσεως, οικονομικής παροχής και ψυχαγωγίας για τους ηλικιωμένους. Παρόλο που οι κοινωνικοί λειτουργοί πρέπει να βρίσκονται στην εμπροσθοφυλακή τέτοιων κινήσεων αυτό δεν είναι αρκετό. Πρέπει επίσης να αναλάβουν την ευθύνη να χρησιμοποιήσουν την επαγγελματική τους ικανότητα για να βοηθήσουν το άτομο, προσφέροντας όλη την κατανόηση, οξυδέρκεια και προσωπική και οργανωτική ελαστικότητα την οποία απαιτεί η μέθοδος της κοινωνικής εργασίας.

Οι κοινωνικοί λειτουργοί συχνά τείνουν να θεωρούν την ατομική εργασία και τις ενέργειες για κοινωνική αλλαγή απολύτως αντίθετες, ενώ στην πραγματικότητα είναι παράλληλες μέθοδοι εργασίας για την πραγμάτωση της επαγγελματικής μας ευθύνης. Η κοινωνική μεταρρύθμιση, ακόμη και στα πιο καλά οργανωμένα εφαρμοζόμενα προγράμματα, θα πρέπει να έχει διαλύσει οποιεσδήποτε φαντασιώσεις είχαμε ποτέ για το ότι προβλήματα ατομικής προσαρμογής και διαπροσωπικών σχέσεων μπορούν να λυθούν με ευρείες αλλαγές στους κοινωνικούς μας θεσμούς.

Ακόμη και μια ιδανική κοινωνία θα είχε το μερίδιό της, καταδιωκόμενο από συναισθήματα κατωτερότητας, επιθετικότητας και αποστερήσεως. Είναι μάλιστα πιθανόν ότι ο πόλεμος μέσα στον εαυτό μας να ήταν πολύ πιο έντονος εάν τα άτομα έχαναν την ισορροπία που τους προσφέρει η συγκέντρωση στα χειροπιαστά, εξωτερικά προβλήματα.

Σχετικά με τους ηλικιωμένους, οι κοινωνικές ασφαλίσσεις και τα προγράμματα πρόνοιας δεν καλύπτουν τις ανάγκες τους σε επαρκές σημείο ώστε να μην έχουν ανάγκη ατομικής βοήθειας. Τα προγράμματα στέγασης για τους ηλικιωμένους, όσο επαρκή και αν είναι για την αντιμετώπιση ειδικών αναγκών, δεν θα εξασφαλίσουν στους ένοικους μια γαλήνια και χωρίς προβλήματα ζωή. Καλύτερα προγράμματα ιατρικής περιθάλψεως, γηροκομείων ή άλλων ιδρυμάτων για την θεραπεία χρόνιων ασθενειών τις οποίες τόσο συχνά παρουσιάζουν τα υπερήλικα άτομα δεν θα συμπεριλαμβάνουν κατ' ανάγκη τις κοινωνικές υπηρεσίες που είναι τόσο αναγκαίες, για την προσωπική και οικογενειακή προσαρμογή στις καταστάσεις ασθενείας και αναπηρίας. Περισσότερο από κάθε άλλη φορά, το άτομο πρέπει να αντιμετωπίσει το γεγονός ότι η κοινωνία, έχοντας αυξήσει τις πιθανότητες επιβιώσεως του σε περισσότερο προχωρημένες ηλικίες, μπορεί να του έχει προσφέρει ένα διαφορετικό δώρο. Μια συγγραφέας παρατηρεί ότι «...ούτε οι αντιλήψεις μας, ούτε οι κοινωνικές συνθήκες είναι προς το παρόν προσανατολισμένες προς την αξιοποίηση, κοινωνικά και προσωπικά των πρόσθετων αυτών ετών ζωής».

Ευρέα κοινωνικά προγράμματα ιατρικής περιθάλψεως, στεγάσεως και επιδοτήσεως είναι απαραίτητα, αλλά θα είναι ανεπαρκή και ελλιπή εάν δεν συνοδεύονται από την πρόβλεψη για παροχή ειδικών κοινωνικών υπηρεσιών με σκοπό να βοηθήσουν το ηλικιωμένο άτομο και την οικογένειά του, να προσαρμοστούν πιο ικανοποιητικά στην πραγματικότητα των γηρατειών. Η ανάγκη παροχής ατομικής, κοινωνικής εργασίας στα ηλικιωμένα άτομα ξεκινά από την ατομικότητα της ανθρώπινης προσωπικότητας, την ποικιλία των ανθρωπίνων καταστάσεων και την συγκεκριμένη αντίδραση του ηλικιωμένου στα γηρατειά. Η ατομική κοινωνική εργασία θα πρέπει να τεθεί στα θεμέλια των κοινωνικών μας υπηρεσιών για τους ηλικιωμένους. (Κοινωνική Εργασία με Ιδρύματα)

Θεραπευτικοί Σκοποί και Στάσεις Κοινωνικού Λειτουργού

Η μεγαλύτερη διαφορά στην κοινωνική εργασία με τον ηλικιωμένο πελάτη σε σύγκριση με αυτή που γίνεται με τον νεότερο πελάτη βρίσκεται στον καθορισμό των θεραπευτικών σκοπών. Με το νέο άτομο ο κοινωνικός λειτουργός ελπίζει να ενθαρρύνει μια αλλαγή σε ορισμένα βασικά σχήματα συμπεριφοράς μέσω της αναλύσεως και της ερμηνείας. Η συμπεριφορά του ηλικιωμένου ατόμου επιδέχεται λιγότερο αλλαγή, αλλά μπορεί να βοηθηθεί να τροποποιήσει τις στάσεις του απέναντι στον εαυτό και το περιβάλλον του διαμέσου υποστηρικτικής κοινωνικής εργασίας. Στην κοινωνική εργασία με τους ηλικιωμένους θα πρέπει να επιδιώκεται η αλλαγή στάσεων και συναισθημάτων και η επέμβαση στο περιβάλλον.

Γενικά μια σωστή ψυχοκοινωνική διάγνωση του ηλικιωμένου ατόμου πρέπει να περιλαμβάνει στοιχεία πάνω στα εξής:

1. Τις δυνατότητες του πελάτη και την προσαρμοστική του ικανότητα στις αλλαγές που επιφέρει η γεροντική ηλικία.
2. Την δυνατότητα αλλαγής των συναισθημάτων του και της στάσεως του απέναντι στον εαυτό και το περιβάλλον του.
3. Την δυνατότητα υποκινήσεως του να χρησιμοποιήσει τις ικανότητες του και τις πηγές της ικανότητας ώστε να αποκτήσει ένα σκοπό και να αισθάνεται λιγότερο ανεπαρκής και απομονωμένος.
4. Τις δυνατότητες επεμβάσεως στο περιβάλλον οι οποίες θα τόνωναν τη προσωπικότητα του. Την χρησιμότητα να μείνει στο σπίτι του να αλλάξει περιβάλλον την σκοπιμότητα με κάποια εργασία.
5. Την ανάγκη εργασίας με τα ενήλικα παιδιά του πελάτη, ώστε να βελτιωθούν οι στάσεις τους απέναντι του, ιδίως σε περίπτωση που τα παιδιά τείνουν να είναι υπερπροστατευτικά και θέλουν να διευθύνουν τη ζωή του πελάτη.

Ποια όμως πρέπει να είναι και η στάση του κοινωνικού λειτουργού που εργάζεται με τον ηλικιωμένο πελάτη; Γενικά, οι ιδιότητες που πρέπει να διαθέτει ο κοινωνικός λειτουργός στην εργασία αυτή δεν είναι διαφορετικές από αυτές που πρέπει να διαθέτει για την εργασία του με οποιαδήποτε περίπτωση. Πάντα ο κοινωνικός λειτουργός πρέπει να είναι εν γνώση της δικής του στάσεως και των αντιδράσεων του κατά την αντιμεταβίβαση συναισθημάτων προς τον πελάτη. Θα πρέπει ανεξαρτήτως ηλικίας του πελάτη ο κοινωνικός λειτουργός να μάθει να κυριαρχεί πάνω στα προσωπικά του συναισθήματα, ούτως ώστε να μπορεί να

προσφέρει επαγγελματική υπηρεσία. Εργαζόμενος με τον ηλικιωμένο πελάτη, πρέπει να γνωρίζει τα συναισθήματα του απέναντι στη γεροντική ηλικία και να είναι ιδιαίτερα προσεχτικός μήπως τα συναισθήματα του προς τους δικούς του γονείς επέμβουν στις αποφάσεις του για τον πελάτη. Ακόμη πρέπει να συμπαθεί τους ηλικιωμένους, να έχει μερικές γνώσεις για την γεροντική ηλικία, και την ικανότητα να πλησιάσει τον πελάτη. Χρειάζεται επίσης να είναι υπομονετικός, εφόσον ο ρυθμός προόδου ή αλλαγή στους ηλικιωμένους είναι εξαιρετικά βραδεία.

Γενικά ο κοινωνικός λειτουργός στην εργασία με το ηλικιωμένο άτομο αξιοποιεί τις δυνατότητες και τις ικανότητες που υπάρχουν μέσω της κοινωνικής εργασίας με σκοπό την διατήρηση της ελπίδας του πελάτη για όσο το δυνατό μακρότερο διάστημα. (Κοινωνική Εργασία με Ιδρύματα).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

- Να μελετηθούν τρόποι για βιώσιμες μονάδες με σωστή αξιοποίηση των πόρων και διαρκεί έλεγχο και ποιότητα υπηρεσιών.
- Οι ηλικιωμένοι σήμερα είναι παραμελημένοι , και πρέπει να ευαισθητοποιηθεί το συγγενικό τους περιβάλλον και ευρύτερα η κοινωνία για την καλύτερη αντιμετώπιση των προβλημάτων των ατόμων αυτών.
- Πρέπει να εφαρμοστούν και στην Ελλάδα οι Ευρωπαϊκές πρακτικές για τις δομές κλειστής περίθαλψης έτσι ώστε να αποτελούν και αυτές:
 1. Κέντρα πληροφόρησης για θέματα τρίτης ηλικίας
 2. χώρους ψυχοκοινωνικής και φυσικής αποκατάστασης
 3. παράγοντες ανάπτυξης των τοπικών κοινωνιών
 4. διατήρηση και ανάπτυξη δυνατοτήτων για τους ένοικους αλλά και τους φροντιστές
- Είναι καιρός να αρχίσουμε να ακούμε, να βλέπουμε και κυρίως να υλοποιούμε τις ανάγκες και τις απαιτήσεις των ηλικιωμένων και των οικογενειών τους.
- Οφείλουμε να μελετήσουμε, να σεβαστούμε και να αξιοποιήσουμε την σημερινή κατάσταση, ούτως ώστε να μπορούμε κάποια στιγμή να μιλάμε για ολοκληρωμένα συστήματα παροχής υπηρεσιών που πράγματι να καλύπτουν τις ανάγκες της ευαίσθητης αυτής ομάδας ανθρώπων.

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

- Καθιέρωση ειδικού νοσηλίου αντίστοιχου με αυτού που καταβάλλεται σε κλινικές ή σε Κέντρα αποκατάστασης.
- Ανάπτυξη νέων Υπηρεσιών και άλλων μορφών στέγασης και διαβίωσης.
- Εκπαίδευση και κατάρτιση Επαγγελματιών Υγείας.
- Κίνητρα για την προσαρμογή των υπάρχουσων μονάδων, τον εκσυγχρονισμό τους και την βελτίωση της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών.
- Ενθάρρυνση στα προγράμματα που εφαρμόζονται στην κοινότητα και φροντίδα στους ηλικιωμένους.
- Πληροφόρηση και ευαισθητοποίηση των ενδιαφερομένων
- Απομάκρυνση από ασυλικές προσεγγίσεις και προοπτικές.
- Κίνητρα στην οικογένεια του ψυχογηριατρικού ασθενούς, έτσι ώστε να του προσφέρεται καλύτερη ποιότητα ζωής στο φυσικό του περιβάλλον.

ΨΥΧΟΓΗΡΙΑΤΡΙΚΕΣ ΔΟΜΕΣ
(ΕΠΙΣΚΕΨΕΙΣ – ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ
ΤΡΟΠΩΝ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ)

A. ΙΡΙΣ

ΕΤΑΙΡΙΑ ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΠΑΙΔΙΩΝ ΚΑΙ ΕΝΗΛΙΚΩΝ

Η εταιρία Προαγωγής Ψυχοκοινωνικής Υγείας Παιδιών και Ενήλικων ΙΡΙΣ, είναι σωματείο μη κερδοσκοπικό, αναπτύσσει πρωτοβουλία στο χώρο της ψυχικής υγείας στους Νομούς Αττικής και Αχαΐας. Από τις αρχές του 2003 στο Νομό Αττικής λειτουργεί Μονάδα ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης – Οικοτροφείο 15 ατόμων με νοητική υστέρηση και συνοδά ψυχιατρικά προβλήματα. Την ίδια χρονική περίοδο λειτουργεί στο Νομό Αχαΐας Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης – Οικοτροφείο 15 ατόμων με Νοητική υστέρηση και συνοδά ψυχιατρικά προβλήματα. Αρχές Ιουνίου 2003 στο Νομό Αττικής μπαίνει σε λειτουργία και άλλη μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης – Οικοτροφείο 15 ατόμων με βαριά νοητική υστέρηση και αυτισμό.

Κατά το έτος 2003 προβλέπεται η ίδρυση άλλων δύο μονάδων Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης στο Νομό Αττικής καθώς επίσης και μια εξειδικευμένης Μονάδας Περίθαλψης – Κέντρο Ημέρας.

Τα έργα εντάσσονται στο γενικό σχεδιασμό του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας για τη ψυχιατρική μεταρρύθμιση, στο πρόγραμμά «Ψυχαργός». Υλοποιείται δε στο πλαίσιο του Επιχειρησιακού Προγράμματος «Υγεία – Πρόνοια» 2000 – 2006 του τρίτου Κοινοτικού Πλαισίου Στήριξης, «Αποασυλοποίηση και Κοινωνικοοικονομική επανένταξη ψυχικά ασθενών», με συγχρηματοδότηση 75% από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο και 25% από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας.

ΜΟΝΑΔΑ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΑΧΑΪΑΣ

Π.Ε.Ο ΠΑΤΡΩΝ – ΑΘΗΝΩΝ 10, 265 00 ΑΓ.ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ, ΠΑΤΡΑ

- Βασικός στόχος της λειτουργίας της Μονάδας είναι η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση δηλαδή η εφαρμογή εξειδικευμένων προγραμμάτων για την ανάκτηση των λειτουργιών που η ψυχική νόσος ή το ιδρυματικό περιβάλλον του πάσχοντα ατόμου είχε υποβαθμίσει ή ακυρώσει.

- Στο Οικοτροφείο φιλοξενούνται άτομα βαρείας μορφής που πάσχουν από ψυχικές ασθένειες και αυτή τη στιγμή φιλοξενούνται 15 άτομα, τα οποία κατάγονται από την περιοχή και τα καθορίζει ο Νόμος. Τα άτομα που διαμένουν στην Μονάδα δεν είναι ικανά να αυτοεξυπηρετηθούν παρά μόνο με τη βοήθεια του προσωπικού.

- Το Οικοτροφείο είναι ανοιχτής περίθαλψης αλλά λόγω έλλειψης ενδιαφέροντος από το συγγενικό περιβάλλον οι ασθενείς παραμένουν για όλο το 24ωρο στο οικοτροφείο.

- Η σύνθεση του προσωπικού που απαρτίζει την Πολυκλαδική Θεραπευτική Ομάδα και καλύπτει σε 24ωρη λειτουργία τη Μονάδα είναι:

1. Επιστημονικός Υπεύθυνος
2. Ψυχίατρος – Ψυχοθεραπευτή
3. Ψυχολόγος – Ψυχοθεραπευτής
4. Διοικητικός
5. Κοινωνικός Λειτουργός
6. Νοσηλευτές
7. Εργαζόμενοι γενικών καθηκόντων

8. Οικοδέσποινα
9. Καθαρίστριες

Η πολυκλαδική Θεραπευτική Ομάδα δύναται να πλαισιώνεται και με άλλες ειδικότητες όπως Εξωτερικού Επόπτη Ψυχοθεραπευτή, Ιατρού Παθολόγου, Θεραπευτή Τέχνης, Εργοθεραπευτή κλπ.

- Η ενεργοποίηση της παραπάνω ομάδας αφορά:
 1. Στην περαιτέρω βελτίωση των ατομικών και κοινωνικών ικανοτήτων των ψυχικά πασχόντων μέσω της εκπαίδευσης και της εργοθεραπείας
 2. Στη διαρκή βελτίωση της λειτουργικότητας των ατόμων και στην ελαχιστοποίηση των ανικανοτήτων και μειονεξιών τους
 3. Στη διασφάλιση της ποιότητας ζωής και στην όσο το δυνατόν μεγαλύτερη αυτονόμηση τους
 4. Στην επανασύνδεση με τις οικογένειες τους
 5. Στη μείωση του στίγματος και των διακρίσεων
 6. Στη διασφάλιση της ποιότητας της ειδικής φροντίδας για τους ασθενείς – ενοίκους της Μονάδας Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης

- Παράλληλα γίνεται έργο αγωγής κοινότητας για την ενσωμάτωση της Μονάδας στο κοινωνικό περιβάλλον όπου εντάσσεται και την αλλαγή της στάσης των κατοίκων της περιοχής απέναντι στο ψυχικά πάσχοντα άνθρωπο.

- Η Μονάδα φιλοδοξεί να παίζει ρόλο εκπαιδευτικού θεσμού σε διασύνδεση με σχολές Πανεπιστημίου, Τ.Ε.Ι. και την κοινότητα ευρύτερα μέσω ειδικών προγραμμάτων εκπαίδευσης, που απευθύνονται αφενός σε επαγγελματίες ψυχικής υγείας (νοσηλευτές, ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί κλπ.) και αφετέρου σε νη ειδικούς – εθελοντές.

Β. ΜΟΝΑΔΑ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

«ΣΕΜΕΛΗ»

- Η «Σεμέλη» εντάχθηκε στην οικογένεια της < Κλίμακας > στις 9 Ιουνίου 2003. Δημιουργήθηκε στα πλαίσια του προγράμματος αποασυλοποίησης και ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης χρόνιων ψυχικά πασχόντων «Ψυχαργώς Β' Φάση» του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, με συγχρηματοδότηση του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Ταμείου.

- Λειτουργεί στην περιοχή του Άνω Αλισσού Αχαΐας και φιλοξενεί άτομα ηλικίας 30 – 70 ετών με δευτερογενείς ψυχικές διαταραχές που προέρχονται από τα χρόνια τμήματα του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Τριπόλεως.

- Στόχοι της δομής είναι η παροχή ολοκληρωμένης φροντίδας και υποστήριξης, η προαγωγή της υγείας, η επανάκτηση δεξιοτήτων και η κοινωνική επανένταξη των ενοίκων. Επιπλέον, επιχειρείται η προσέγγιση και ευαισθητοποίηση της τοπικής κοινότητας, με απώτερο σκοπό την καταπολέμηση του στίγματος, των διακρίσεων και του κοινωνικού αποκλεισμού των ψυχικά πασχόντων.

- Το προσωπικό της Σεμέλης συνθέτουν ο Επιστημονικός Υπεύθυνος, η επιστημονική ομάδα (ψυχολόγος, κοινωνική λειτουργός, φυσιοθεραπευτής και ειδική απασχόλησης) διοικητικός, νοσηλευτές και άτομα γενικών καθηκόντων ως φροντιστές.

ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ – ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ

Επανεκπαίδευση

- Στα πλαίσια του ημερησίου προγράμματος απασχόλησης, οι ένοικοι ενθαρρύνονται να συμμετάσχουν δημιουργικά στις καθημερινές δραστηριότητες που υλοποιούνται εντός της δομής. Στόχοι της κινητοποίησης αυτής, είναι η ανάπτυξη δεξιοτήτων ατομικής υγιεινής και αυτοεξυπηρέτησης, η εκμάθηση κανόνων κοινής διαβίωσης και η ενίσχυση του βαθμού αυτονομίας και λειτουργικότητας. Επιπλέον δίνεται βάση σε δραστηριότητες ψυχαγωγίας των ενοίκων (π.χ. ομάδες χορού, επιτραπέζια παιχνίδια).

Δημιουργική Απασχόληση

- Η καθημερινή συμμετοχή των ενοίκων στις ομάδες δημιουργικής απασχόλησης, συμβάλλει θετικά τόσο στην αξιοποίηση του χρόνου και των ενδιαφερόντων τους όσο και στη διατήρηση και επανάκτηση ατομικών δεξιοτήτων. Η ανάπτυξη της συγκέντρωσης, της φαντασίας, της δημιουργικής ικανότητας, της συνεργασίας και του ομαδικού πνεύματος, αποτελούν βασικούς στόχους της απασχολησιοθεραπευτικής διαδικασίας. Η ομάδα απασχόλησης σε συνεργασία με φορείς της κοινότητας, έχει πλέον επεκτείνει τη δράση της, αναλαμβάνοντας τη φιλοτέχνηση των ευχητήριων καρτών τους.

Εξωτερικές δράσεις

- Μια βασική πτυχή της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, αποτελούν οι εξωτερικές δράσεις που πραγματοποιούνται με στόχο την άσκηση, την κινητοποίηση, τη ψυχαγωγία και την άμεση σύνδεση των ενοίκων με την κοινότητα. Οι εξωτερικές δραστηριότητες περιλαμβάνουν από ένα απλό περίπατο, ψώνια στην τοπική αγορά, μπάνιο στη θάλασσα ή φαγητό σε εστιατόριο έως εκδρομές, ταξίδια, εκπαιδευτικές επισκέψεις και επαφή με άλλες δομές. Η οργάνωση εξωτερικών δράσεων διαδραματίζει αποδεδειγμένα ευεργετικό ρόλο στην ψυχοκοινωνική εξέλιξη και στην πορεία της κοινωνικής επανένταξης των ενοίκων της δομής.

Κοινότητα

- Η αγωγή κοινότητας προσπαθεί να επιτύχει την ενημέρωση του τοπικού πληθυσμού έτσι ώστε να συνεισφέρει στο έργο της πρόληψης και θεραπείας των ψυχικών διαταραχών καθώς και στη φάση στήριξης, επανένταξης και αποκατάστασης των ενοίκων. Η καθημερινή επαφή και η σταδιακή εξοικείωση μεταξύ ενοίκων – κοινότητας, η συμμετοχή σε εκδηλώσεις κοινού ενδιαφέροντος, η οργάνωση δραστηριοτήτων και ενημερωτικών ημερίδων και η διατήρηση σχέσης συνεργασίας με τοπικούς φορείς (Δήμος, εκκλησία, σχολείο), συνθέτουν την προσπάθεια της «Σεμέλης» για άρση των προκαταλήψεων και για κοινωνική ενσωμάτωση των ενοίκων.

Οικογένεια

- Παρόμοια προσπάθεια για αποδοχή και επανένταξη των ενοίκων, καταβάλλεται και με τη «μικρογραφία» της κοινότητας: την οικογένεια. Η μακροχρόνια παραμονή των ενοίκων σε ψυχιατρικά Νοσοκομεία, οδήγησε σε συναισθηματική αποξένωση τους από το οικογενειακό πλαίσιο. Γι' αυτό επιχειρείται η επαναπροσέγγιση, η ευαισθητοποίηση και η ενεργή συμμετοχή των μελών του οικογενειακού περιβάλλοντος στα ζητήματα που αφορούν τους ένοικους. Οι ένοικοι και οι εργαζόμενοι αποτελούν την οικογένεια της «Σεμέλης». Δε διεκδικούμε το ρόλο της φυσικής οικογένειας των ενοίκων. Διεκδικούμε απλά την υγεία, την ασφάλεια, την αξιοπρέπεια και την ποιότητα ζωής των ιδιαίτερων συνανθρώπων μας..... Αυτός είναι και ο ρόλος μας.....

Γ. ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟ «ΤΖΕΡΑΝΗΣ»

Το 1972 ο Ελευθέριος Τζεράνης ίδρυσε το Θεραπευτήριο. Από τότε και μέχρι σήμερα το θεραπευτήριο μας παρέχει ανελλιπώς υπηρεσίες στον τομέα της ψυχικής υγείας. Τις φροντίδες μας έχουν δεχθεί περισσότεροι από 8000 ασθενείς με όλων των ειδών τα ψυχιατρικά προβλήματα και συνεχίζουμε με αμείωτη ευαισθησία να παρέχουμε τις υπηρεσίες μας σε περίπου 220 ασθενείς κάθε χρόνο .

Φιλοδοξία και συνεχής προσπάθεια όλων των συντελεστών του θεραπευτηρίου μας είναι η παροχή υπηρεσιών υψηλού επιστημονικού και νοσηλευτικού επιπέδου από στελέχη πρόθυμα με ανθρωπιά, ευαισθησία και κατανόηση, άρτια εκπαιδευμένα και με πολυετή εμπειρία σε όλο το φάσμα της ψυχικής υγείας.

Το θεραπευτήριο μας βρίσκεται στο προάστιο της Νεας Πεντέλης σε πευκόφυτο περιβάλλον με εύκολη πρόσβαση αλλά μακριά από πηγές θορύβων και οχλήσεων. Στεγάζεται σε ιδιόκτητες κτιριακές εγκαταστάσεις, περιβάλλεται δε από κατάφυτο και μεγάλο κήπο. Στο κυρίως κτίριο κάθε μέριμνα έχει ληφθεί ώστε η διαμονή των ασθενών να είναι ευχάριστη και ασφαλής .Στον περιβάλλοντα χώρο υπάρχουν επίσης χώροι εργαστηρίων (για την λειτουργία ομάδων κατασκευών χορού, art therapy κτλ), θερμοκηπιακή εγκατάσταση (για το εργαστήριο παραγωγής κηπευτικών) και γήπεδο μπάσκετ.



[Το θεραπευτήριο μας.](#)



[Εσωτερικοί χώροι](#)



Εσωτερικοί χώροι



Εσωτερικοί χώροι



Το θερμοκήπιο μας

Το Θεραπευτήριο μας παρέχει τις παρακάτω υπηρεσίες

- Κλειστή νοσηλεία:

Στο θεραπευτήριο μας λειτουργεί τμήμα κλειστής νοσηλείας με κλιματιζόμενα μονόκλινα, δίκλινα και τρίκλινα δωμάτια. Στα μονόκλινα δωμάτια υπάρχει επίσης τηλεόραση και γραμμή τηλεφώνου. Σε κάθε όροφο υπάρχει ευρύχωρο σαλόνι ενώ όλα τα δωμάτια είναι φωτεινά και έχουν θέα στο πευκόδασος της Πεντέλης.

- Ψυχοθεραπεία

Οι νοσηλευόμενοι στο θεραπευτήριο μας αλλά και εξωτερικοί ασθενείς παρακολουθούνται από ψυχιάτρους και ψυχολόγους ατομικά ενώ σε εβδομαδιαία βάση διενεργούνται συνεδρίες ομαδικής ψυχοθεραπείας

- Εργοθεραπεία

Στο θεραπευτήριο μας λειτουργεί τμήμα εργοθεραπείας όπου οι θεραπευόμενοι απασχολούνται καθημερινά σε δραστηριότητες και εργαστήρια όπως το εργαστήριο καλλιτεχνικών και χειροτεχνιών ή η ομάδα παραγωγής κηπευτικών.

- Κοινωνική Υπηρεσία

Η κοινωνική υπηρεσία του θεραπευτηρίου μας φροντίζει για την ενημέρωση ασθενών και οικείων για ζητήματα κοινωνικής μέριμνας, ασφαλιστικά συνταξιοδοτικά κτλ ενώ βοηθά και στην επίλυση τους με την συνδρομή κοινωνικού λειτουργού

- Ομάδες art therapy

Εβδομαδιαία λειτουργεί ομάδα με αντικείμενο την θεραπεία μέσω της τέχνης

- Τμήμα ημερήσιας φροντίδας

Στο θεραπευτήριο μας εδώ και μια τριετία λειτουργεί τμήμα ημερήσιας φροντίδας ασθενών που δεν είναι νοσηλευόμενοι πλέον αλλά συνεχίζουν να μετέχουν στις ομάδες ψυχοθεραπείας, εργοθεραπείας, art therapy καθώς και σε κάποιες από τις εξωτερικές μας δραστηριότητες(περιπάτους ,εκδρομές, θαλάσσια μπάνια κτλ) που γίνονται με την συνεργασία των ειδικευμένων θεραπειών της κλινικής μας.

Για τις παραπάνω υπηρεσίες υπάρχουν συμβάσεις με διάφορα ταμεία, για λεπτομερή στοιχεία μπορείτε να επικοινωνήσετε μαζί μας.

Δ. ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΓΕΡΟΝΤΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΙ ΓΗΡΙΑΤΡΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ

Ιδρύθηκε το 1977 σαν «Ελληνική Γεροντολογική Εταιρεία». Μετονομάστηκε σε «Ελληνική Γεροντολογική και Γηριατρική Εταιρεία» το 1995. Ακολουθούν τα όσα η εταιρεία κάνει σε συστηματική βάση:

- Προωθεί λύσεις για τα θέματα που άπτονται της Τρίτης και Τέταρτης Ηλικίας (δημιουργία δομών , ανάπτυξη γεροντολογικής και γηριατρικής εκπαίδευσης, δημιουργία ειδικότητας γηριατρικής, ειδικές νομοθετικές ρυθμίσεις για τους ηλικιωμένους , ρυθμίσεις για τα μέσα μαζικής μεταφοράς).

- Εκπροσωπεί τη χώρα σε Διεθνείς Οργανισμούς και εταιρείες για θέματα που αφορούν τους ηλικιωμένους (IAG , EUGMS , AGE , Eurolink Age).

- Αποτελεί ουσιαστικό σύμβουλο του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας για θέματα Ηλικιωμένων, και η Εταιρεία και βασικά της στελέχη.

- Ενημερώνει και ευαισθητοποιεί Επαγγελματίες Υγείας και το Γενικό Πληθυσμό.

- Παρέχει εκπαίδευση σε Επαγγελματίες Υγείας.

- Διαθέτει τη Βιβλιοθήκη της σε φοιτητές και σπουδαστές.

- Οργανώνει Συνέδρια και Ημερίδες.

- Αναπτύσσει διάφορα προγράμματα σχετικά με τα ηλικιωμένα άτομα και τα άτομα με άνοια (εκπαίδευση εθελοντών σε διατροφή , Δίκτυο Νόσου Alzheimer, κατάλληλη χώροι για άτομα με ειδικές ανάγκες, εκπαίδευση επαγγελματιών υγείας, οργάνωση Master στη γεροντολογία).

- Εκδίδει έντυπο υλικό σε ποικιλία τομέων που σχετίζονται με τους ηλικιωμένους (συγγράμματα Γεροντολογία – Γηριατρικής , Πρακτικά Συνεδρίων και Ημερίδων, την άνοια – διάγνωση, θεραπεία, φροντίδα, διατροφή – την κατάθλιψη των ηλικιωμένων , τη Διατροφή , Αγωγή και Προαγωγή Υγείας των ηλικιωμένων).

- Παρέχει Υπηρεσίες (Γραμμή SOS – 0103303678, ατομική Συμβουλευτική σε ποικιλία τομέων όπως νομικά και ασφαλιστικά θέματα, ιατρική αντιμετώπιση σε ειδικά κέντρα, νοσηλεία, ομαδικές συναντήσεις την 1^η Τετάρτη κάθε μήνα).

Ε. ΣΩΜΑΤΕΙΟ ΑΛΛΗΛΟΒΟΗΘΕΙΑΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΝΟΣΟ ALZHEIMER ΚΑΙ ΣΥΝΑΦΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

Ιδρύθηκε τον Δεκέμβριο του 1997 από συγγενείς – φροντιστές ατόμων τα οποία πάσχουν από άνοια.

Οι βασικές δραστηριότητες του Σωματείου είναι:

- Παροχή πληροφοριών για τις υπάρχουσες δομές για τα άτομα με άνοια (νοσοκομεία , οίκοι ευγηρίας κλπ) ώστε να διευκολύνεται στις υπάρχουσες επιλογές η οικογένεια του ατόμου με άνοια.

- Παροχή συμβουλών νομικού, οικονομικού και ασφαλιστικού περιεχομένου για άτομα με Νόσο Alzheimer ή άλλη μορφή άνοιας.

- Ανοικτές συγκεντρώσεις στα γραφεία της Ελληνικής Γεροντολογικής και Γηριατρικής Εταιρείας την πρώτη Τετάρτη κάθε μήνα.

- Ατομική Συμβουλευτική για ενημέρωση της οικογένειας στην επίλυση των καθημερινών προβλημάτων των ατόμων με άνοια.

- Προώθηση της ανάγκης δια τη δημιουργία ανάλογων σωματείων στην κεντρική και νότια Ελλάδα με ενημέρωση του γενικού πληθυσμού και των Επαγγελματιών Υγείας που ασχολούνται με ηλικιωμένους.

- Προώθηση της ανάγκης για πρόωμη διάγνωση.

- Ενημέρωση για τις νέες θεραπευτικές προσεγγίσεις.

- Συνεργασία με αντίστοιχους κυβερνητικούς και ιδιωτικούς μη κερδοσκοπικούς φορείς για τη διεύρυνση της συνεργασίας και την επίτευξη των στόχων.

- Λειτουργία τηλεφωνικής γραμμής SOS Alzheimer / Τηλ. 010-3303678, σε συνεργασία με την Ελληνική Γεροντολογική και Γηριατρική Εταιρεία.

Z. ΨΥΧΟΓΗΡΙΑΤΡΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ «Ο ΝΕΣΤΩΡ»

Αναπτύχθηκε το 2001 προκειμένου να αναπτύξει υπηρεσίες που σχετίζονται με την άνοια και άλλα ψυχιατρικά προβλήματα των ηλικιωμένων, δεδομένης της δραματικής αύξησης των αναγκών για υπηρεσίες λόγω της αύξησης της μερίδας του πληθυσμού των ηλικιωμένων άνω των 65 χρόνων.

Δραστηριότητες με το αντικείμενο της εταιρείας υπήρξαν στο παρελθόν στα πλαίσια της Ελληνικής Γεροντολογικής και Γηριατρικής Εταιρείας (Δίκτυο Νόσου Alzheimer, Εκστρατεία για την υποδιάγνωση και υποαναγνώριση της κατάθλιψης του ηλικιωμένου), όπως στα ίδια πλαίσια είχαν γίνει ποικιλία εκδόσεων με αντικείμενο κυρίως την άνοια.

Φέρεται, εξ άλλου, συνδιοργανωτής του 7^{ου} και 8^{ου} Πανελλήνιου Συνεδρίου Γεροντολογίας – Γηριατρικής, ενώ η πρώτη έκδοση που φέρει και τα στοιχεία της καινούριας αυτής εταιρείας είναι η μετάφραση των οδηγιών προς τους γιατρούς πρωτοβάθμιας φροντίδας για την πρόωπη διάγνωση της άνοιας στις ΗΠΑ.

Από τις αρχές του 2003 λειτουργούν με συγχρηματοδότηση της Ευρωπαϊκής Ένωσης και του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης δυο Ψυχογηριατρικά Οικοτροφεία , ένα στην Αθήνα και ένα στο Χαλάνδρι.

Επίσης λειτουργεί ένα Κέντρο Ημέρας καθημερινά, και μια Κοινωνική Λέσχη (Alzheimer καφέ), (Ηλία Ζερβού 94 Αθήνα), με ιατρική, ψυχολογική, νομική και συμβουλευτική υποστήριξη. Επίσης λειτουργούν και εξωτερικά ιατρεία με νευροψυχολογικές δοκιμασίες.

Υπάρχει έγκριση σκοπιμότητας από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης προκειμένου η Ψυχογηριατρική Εταιρεία «Ο Νέστωρ» να δημιουργήσει και να λειτουργήσει ένα Κέντρο Alzheimer στην Αθήνα. Το κέντρο Alzheimer θα προσφέρει: διαγνωστική προσέγγιση για τη νόσο, τμήμα βραχείας νοσηλείας , Κέντρο ημέρας, μονάδα βοήθειας στην οικογένεια, εκπαίδευση φροντιστών και άλλες υπηρεσίες.

ΨΥΧΟΓΗΡΙΑΤΡΙΑΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ «Ο ΝΕΣΤΩΡ»

ΨΥΧΟΓΗΡΙΑΤΡΙΑΚΟ ΟΙΚΟΤΡΟΦΕΙΟ

ΕΝΑΣ ΔΡΟΜΟΣ ΓΙΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΠΑΝΕΝΤΑΞΗ

Το Οικοτροφείο είναι «Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης» (όπως ορίζεται βάσει του νόμου 2716/99, άρθρο 9), η οποία ιδρύθηκε με συγχρηματοδότηση της Ευρωπαϊκής Ένωσης και του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας (Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Υγεία – Πρόνοια» 2000 – 2006, άξονα προτεραιότητας 2 «Ψυχική Υγεία», Μέτρο 2.1 Αποασυλοποίηση και κοινωνικό – οικονομική (επανένταξη ψυχικά ασθενών).

Το Ψυχογηριατρικό Οικοτροφείο άρχισε να λειτουργεί τον Ιανουάριο του 2003, στην οδό Ιωάννου Σούτσου 12 στην Αθήνα, και αποτελεί στέγη μακράς διαμονής με δυνατότητα να παρέχει τις εξής υπηρεσίες ψυχοκοινωνικής υποστήριξης σε δεκαπέντε ενήλικους με χρόνια προβλήματα ψυχικής υγείας:

- Διαμονή και διατροφή.
- Εξατομικευμένη ψυχιατρική και νοσηλευτική παρακολούθηση και φροντίδα.
- Ψυχολογική και ψυχοθεραπευτική υποστήριξη.
- Μέριμνα σε κοινωνικοπρονοιακά θέματα.
- Εκπαίδευση σε δεξιότητες (αυτοφροντίδα, κυκλοφοριακή αγωγή, διαχείριση προσωπικών οικονομικών πόρων κλπ).
- Εργοθεραπευτικές δραστηριότητες (εργαστήρι μικροκατασκευών, ζωγραφική).
- Ψυχαγωγικές δραστηριότητες.
- Τακτική ιατρική και οδοντιατρική παρακολούθηση.
- Συνεργασία με δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς για την εκπαίδευση και εργασιακή απασχόληση των ενοίκων.

Αποτελείται από διεπιστημονική ομάδα Επαγγελματιών Ψυχικής Υγείας διαφόρων ειδικοτήτων (ψυχίατρο, ψυχολόγους, εργοθεραπεύτρια, κοινωνική λειτουργό, κοινωνιολόγο με ειδική εμπειρία, νοσηλευτές, φυσιοθεραπευτή), από Νοσηλευτές και από άτομα Γενικών Καθηκόντων. Η ομάδα συμπληρώνεται από

οικοδέσποινα – οικονόμο αρμόδια για τη σίτιση των ενοίκων και τη φροντίδα του χώρου.

Το προσωπικό εργάζεται με κυκλικό ωράριο σε 24ωρη βάση για να ανταποκρίνεται στις ανάγκες του φιλόδοξου προγράμματος του Οικοτροφείου. Μέσα από το πρόγραμμα προβλέπεται συνεχή επιμόρφωση του εξειδικευμένου προσωπικού, σύνδεση και συνεργασία με άλλες μονάδες και φορείς με ανάλογο περιεχόμενο και προσανατολισμό δράσης, τη διεξαγωγή ερευνητικό έργο και τη συμμετοχή σε προγράμματα κατάρτισης και εκπαίδευσης.

Οι άμεσοι και μακροπρόθεσμοι στόχοι μας επιδιώκουν:

Όσον αφορά τους φιλοξενούμενους:

- Σταδιακή αυτονόμηση στην προσωπική και κοινοτική ζωή με την μέγιστη δυνατή για κάθε ένοικο ανεξαρτησία και αξιοπιστία
- Εκπαίδευση σε δεξιότητες ανεξάρτητης διαβίωσης και σε κοινωνικές δεξιότητες. Εναρμόνιση της καθημερινής ζωής, στο χώρο διαμονής και έξω από αυτόν, σύμφωνα με τους ρυθμούς και τις ανάγκες της σύγχρονης κοινωνικής πραγματικότητας
 - Αποκαταστασιακούς στόχους (αποϊδρυματισμός, αναθεώρηση «κακών συνηθειών» χρόνιας νοσηλείας).
 - Απασχόληση με την εφαρμογή Ημερήσιου Προγράμματος Απασχόλησης (εργαστήρια μνήμης, φυσιοθεραπεία, εκπαίδευση κοινωνικών δεξιοτήτων)
 - Διασφάλιση και εφαρμογή κανόνων ομαδικής διαβίωσης.
 - Υποστήριξη της επικοινωνίας των ενοίκων με τις οικογένειές τους με τη διατήρηση τακτικής επικοινωνίας.
 - Συμμετοχή των ενοίκων στις καθημερινές ανάγκες διαχείρισης και φροντίδας της κατοικίας και της κοινής ζωής
 - Ενασχόληση με την προσωπική φροντίδα και περιποίηση
 - Ελεύθερη διαχείριση του προσωπικού χώρου και χρόνου των ενοίκων
 - Ενθάρρυνση των κοινωνικών επαφών και σχέσεων με άλλα μέλη της κοινότητας
 - Ατομικές και ομαδικές δραστηριότητες που προάγουν την κοινωνικοποίηση και την ανεξαρτητοποίηση.

- Ψυχαγωγικές δραστηριότητες ποικίλου περιεχομένου τόσο μέσα στην πόλη όσο και έξω από αυτήν.

Όσον αφορά την Κοινότητα:

- Διαρκή ενημέρωση και ευαισθητοποίηση της κοινότητας για τη θεραπευτική διαχείριση των ατόμων με χρόνια ψυχικά προβλήματα και μαθησιακές δυσκολίες. Ενημερωτικές ομιλίες σε ΚΑΠΗ της ευρύτερης κοινότητας και σε Ημερίδες και Συνέδρια

- Εκπαιδευτικό σεμινάριο (ψυχοεκπαιδευτική ομάδα) φροντιστών ατόμων με άνοια μηνιαίας συχνότητας, προκαθορισμένου κύκλου και ομάδα φροντιστών με στόχο την ενημέρωση και επίλυση προβλημάτων

- Ανάπτυξη και διατήρηση σταθερών σχέσεων συνεργασίας με τη γειτονιά, τους κοινοτικούς φορείς και μέσα μαζικής ενημέρωσης

- Ανακοινώσεις σε επιστημονικά Συνέδρια

- Εκπαίδευση κλινική και εξάσκηση προπτυχιακών φοιτητών και σπουδαστών

- Ενημέρωση μέσω Internet στην ιστοσελίδα (φορείς, δραστηριότητες, υπηρεσίες)

Θ. ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΕΡΚΥΡΑΣ

1. «ΚΕΠΕ»

Ιδρύθηκε το 1991. Εξυπηρετεί ψυχογηριατρικά άτομα. Σε 6 μήνες θα σταματήσει η λειτουργία του, γιατί τα άτομα που φιλοξενούνται θα μεταφερθούν σε οικοτροφεία.

Το κτήριο είναι δύοροφο και αποτελείται από το ισόγειο το οποίο περιλαμβάνει τη γραμματεία, την τραπεζαρία – κουζίνα, τουαλέτες, αποθήκη, πλυντήρια ρούχων και τον πρώτο όροφο που είναι τα δωμάτια των ατόμων μαζί με τους προσωπικούς τους χώρους.

Στην μονάδα φιλοξενούνται 15 άτομα, 13 γυναίκες και 2 άνδρες οι οποίοι είναι ηλικίας 70 ετών και άνω.

Το προσωπικό που απαρτίζει τη μονάδα είναι:

- Ψυχίατρος
- Κοινωνικός Λειτουργός
- Εργοθεραπευτής
- Νοσηλευτές
- Ειδικός γιατρός
- Γενικό προσωπικό και
- Ψυχολόγο

Οι ασθενείς ακολουθούν καθημερινό πρόγραμμα και συνεργάζονται με όλη την επιστημονική ομάδα. Λειτουργούν δύο ομάδες. Μια ομάδα η οποία συνεργάζεται με ψυχίατρο και μια άλλη ομάδα η οποία είναι υπεύθυνη για το πλυντήριο. Οι ενικοί εμπλέκονται σε όλες τις δουλειές τις μονάδας αλλά πάντα υπό την επίβλεψη του προσωπικού. Επίσης καθημερινά κάνουν εργοθεραπεία και ασχολούνται με επιτραπέζια παιχνίδια, εξόδους και διάφορες συζητήσεις. Άλλες δραστηριότητες που πραγματοποιούν είναι μαγειρική και ζαχαροπλαστική μια φορά την βδομάδα.

Όσον αφορά το οικογενειακό περιβάλλον δεν ενδιαφέρονται και τόσο για τα άτομα αυτά. Γι' αυτό επιχειρείται η επαναπροσέγγιση, η ευαισθητοποίηση και η

ενεργή συμμετοχή των μελών του οικογενειακού περιβάλλοντος στα ζητήματα που αφορούν τους ένοικους.

Μέσα στο ΚΕΠΕ εντάσσονται και άλλα τμήματα που το κάθε τμήμα ασχολείται με διαφορετικό χαρακτήρα στο πρόβλημα του ασθενούς.

2. ΤΜΗΜΑ ΟΞΕΩΝ

Είναι πρόγραμμα κλειστής φροντίδας και στο τμήμα αυτό εντάσσονται άτομα τα οποία είναι σε υποτροπή ή καινούριες περιπτώσεις. Στο τμήμα αυτό γίνονται οι απαραίτητες εξετάσεις για να διαγνωστεί η κατάσταση του ασθενούς και να του παραχωρηθεί η ανάλογη φαρμακευτική αγωγή. Η φαρμακευτική αγωγή γίνεται πάντα με συνεργασία της επιστημονικής ομάδας και του ασθενούς.

Στο τμήμα οξέων απασχολούνται 18 άτομα, 6 άτομα ανά βάρδια και φιλοξενεί 13 ασθενείς. Οι ασθενείς ακολουθούν καθημερινό πρόγραμμα. Οι ασθενείς μπορούν να φύγουν από την μονάδα με βεβαίωση του γιατρού και με την συνοδεία ατόμου από το οικογενειακό του περιβάλλον. Αν το άτομο δεν μπορεί να φιλοξενηθεί από το οικογενειακό του περιβάλλον τότε το άτομο είτε διαμένει στο τμήμα οξέων αν η κατάσταση του κριθεί ότι δεν είναι τόσο καλή είτε τον μεταφέρουν σε άλλη κλινική (ΚΕΠΕ, Γαλήνιος).

3. “ΓΑΛΗΝΙΟΣ”

Το τμήμα αυτό είναι κλειστής φροντίδας και φιλοξενεί 8 άτομα. Είναι βαριάς μορφής και τα άτομα αυτά δεν επικοινωνούν με το περιβάλλον τους. Στο τμήμα αυτό απασχολούνται:

- 2 Νοσηλευτές
- 4 Βοηθούς Νοσηλευτές και
- 4 Φύλακες.

Το τμήμα αυτό ανοίγει 2 ώρες την ημέρα, και οι δραστηριότητες στην κλινική αυτή δεν υπάρχουν λόγω της σοβαρότητας της κατάστασης των ασθενών.

4.«ΙΠΠΟΚΡΑΤΗΣ»

Και το τμήμα αυτό είναι κλειστής φροντίδας και οι ασθενείς είναι βαριάς μορφής. Φιλοξενούνται 21 άτομα και τα άτομα είναι από ηλικίες 70 μέχρι 95 ετών. Το προσωπικό που απασχολείται είναι:

- 5 Νοσηλευτές και
- 10 Φύλακες.

Και στην κλινική αυτή οι ασθενείς ακολουθούν καθημερινό πρόγραμμα. Το πρωινό γίνεται η καθαριότητα και έπειτα ακολουθεί η φροντίδα των ασθενών.

Όσον αφορά το οικογενειακό τους περιβάλλον, τους επισκέπτονται αρκετά συχνά οι συγγενείς τους.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

ΨΥΧΟΓΗΡΙΑΤΡΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ «Ο ΝΕΣΤΩΡ»

ΨΥΧΟΓΗΡΙΑΤΡΙΚΟ ΟΙΚΟΤΡΟΦΕΙΟ

Ένας Δρόμος για Κοινωνική Επανένταξη

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ

ΥΠ. ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ

Το Οικοτροφείο είναι «Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης» (όπως ορίζεται βάσει του νόμου 2716/99, άρθρο 9), η οποία ιδρύθηκε με συγχρηματοδοτήσεις της Ευρωπαϊκής Ένωσης και του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας (Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Υγεία □ Πρόνοια» 2000-2006, άξονα προτεραιότητας 2 «Ψυχική Υγεία», Μέτρο 2.1 Αποασυλοποίηση και κοινωνικό-οικονομική (επαν)ένταξη ψυχικά ασθενών).

Το Ψυχογηριατρικό Οικοτροφείο άρχισε να λειτουργεί τον Ιανουάριο του 2003, στην οδό Ιωάννου Σούτσου 12 στην Αθήνα, και αποτελεί στέγη μακράς διαμονής με δυνατότητα να παρέχει τις εξής υπηρεσίες ψυχοκοινωνικής υποστήριξης σε δεκαπέντε ενήλικους με χρόνια προβλήματα ψυχικής υγείας:



- Διαμονή και διατροφή

- Εξατομικευμένη ψυχιατρική και νοσηλευτική παρακολούθηση και φροντίδα
- Ψυχολογική και ψυχοθεραπευτική υποστήριξη
- Μέριμνα σε κοινωνικοπρονοιακά θέματα
- Εκπαίδευση σε δεξιότητες (αυτοφροντίδα, κυκλοφοριακή αγωγή, διαχείριση προσωπικών οικονομικών πόρων κλπ)
- Εργοθεραπευτικές δραστηριότητες (εργαστήρια μικροκατασκευών, ζωγραφική)
- Ψυχαγωγικές δραστηριότητες
- Τακτική ιατρική και οδοντιατρική παρακολούθηση.
- Συνεργασία με δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς για την εκπαίδευση και εργασιακή απασχόληση των ενοίκων.

Αποτελείται από διεπιστημονική ομάδα Επαγγελματιών Ψυχικής Υγείας διαφόρων ειδικοτήτων (ψυχίατρο, ψυχολόγους, εργοθεραπεύτρια, κοινωνική λειτουργό, κοινωνιολόγο με ειδική εμπειρία, νοσηλευτές, φυσιοθεραπευτή), από Νοσηλευτές και από άτομα Γενικών Καθηκόντων. Η ομάδα συμπληρώνεται από οικοδέσποινα-οικονόμο αρμόδια για τη σίτιση των ενοίκων και τη φροντίδα του χώρου.

Το προσωπικό εργάζεται με κυκλικό ωράριο σε 24ωρη βάση για να ανταποκρίνεται στις ανάγκες του φιλόδοξου προγράμματος του Οικοτροφείου. Μέσα από το πρόγραμμα προβλέπεται συνεχή επιμόρφωση του εξειδικευμένου προσωπικού, σύνδεση και συνεργασία με άλλες μονάδες και φορείς με ανάλογο περιεχόμενο και προσανατολισμό δράσης, τη διεξαγωγή ερευνητικό έργο και τη συμμετοχή σε προγράμματα κατάρτισης και εκπαίδευσης.



Οι άμεσοι και μακροπρόθεσμοι στόχοι μας επιδιώκουν:

Όσον αφορά τους φιλοξενούμενους:

- Σταδιακή αυτονόμηση στην προσωπική και κοινοτική ζωή με την μέγιστη δυνατή για κάθε ένοικο ανεξαρτησία και αξιοπιστία
- Εκπαίδευση σε δεξιότητες ανεξάρτητης διαβίωσης και σε κοινωνικές δεξιότητες. Εναρμόνιση της καθημερινής ζωής, στο χώρο διαμονής και έξω από αυτόν, σύμφωνα με τους ρυθμούς και τις ανάγκες της σύγχρονης κοινωνικής πραγματικότητας
- Αποκαταστασιακούς στόχους (αποϊδρυματισμός, αναθεώρηση «κακών συνηθειών» χρόνιας νοσηλείας)
- Απασχόληση με την εφαρμογή Ημερήσιου Προγράμματος Απασχόλησης (εργαστήρια μνήμης, φυσιοθεραπεία, εκπαίδευση κοινωνικών δεξιοτήτων, □)
- Διασφάλιση και εφαρμογή κανόνων ομαδικής διαβίωσης
- Υποστήριξη της επικοινωνίας των ενοίκων με τις οικογένειές τους με τη διατήρηση τακτικής επικοινωνίας
- Συμμετοχή των ενοίκων στις καθημερινές ανάγκες διαχείρισης και φροντίδας της κατοικίας και της κοινής ζωής

- Ενασχόληση με την προσωπική φροντίδα και περιποίηση
- Ελεύθερη διαχείριση του προσωπικού χώρου και χρόνου των ενοίκων
- Ενθάρρυνση των κοινωνικών επαφών και σχέσεων με άλλα μέλη της κοινότητας
- Ατομικές και ομαδικές δραστηριότητες που προάγουν την κοινωνικοποίηση και την ανεξαρτητοποίηση
- Ψυχαγωγικές δραστηριότητες ποικίλου περιεχομένου τόσο μέσα στην πόλη όσο και έξω από αυτήν



Όσον αφορά την Κοινότητα:

- Διαρκή ενημέρωση και ευαισθητοποίηση της κοινότητας για τη θεραπευτική διαχείριση των ατόμων με χρόνια ψυχικά προβλήματα και μαθησιακές δυσκολίες. Ενημερωτικές ομιλίες σε ΚΑΠΗ της ευρύτερης κοινότητας και σε Ημερίδες και Συνέδρια
- Εκπαιδευτικό σεμινάριο (ψυχοεκπαιδευτική ομάδα) φροντιστών ατόμων με άνοια μηνιαίας συχνότητας, προκαθορισμένου κύκλου και ομάδα φροντιστών με στόχο την ενημέρωση και την επίλυση προβλημάτων
- Ανάπτυξη και διατήρηση σταθερών σχέσεων συνεργασίας με τη γειτονιά, τους κοινοτικούς φορείς και μέσα μαζικής ενημέρωσης

- Ανακοινώσεις σε επιστημονικά Συνέδρια
- Εκπαίδευση κλινική και εξάσκηση προπτυχιακών φοιτητών και σπουδαστών
- Ενημέρωση μέσω Internet στην ιστοσελίδα (φορείς, δραστηριότητες, υπηρεσίες)

(www.gerontology.gr/frameset_1.htm)

Παγκόσμια Ημέρα Νόσου Αλτσχάιμερ: Βοηθήστε μας να χαρούμε τη ζωή!



Γιάννης Δεβετζόγλου



“Η έγκαιρη διάγνωση της άνοιας αποτελεί το πρώτο βήμα βοήθειας στους πάσχοντες”. Αυτό είναι το μήνυμα που θέλει να περάσει φέτος η Παγκόσμια Ημέρα για τη Νόσο Αλτσχάιμερ (21 Σεπτεμβρίου). Η ημέρα αυτή προτάθηκε για πρώτη φορά το 1994 κατά τη διάρκεια της εορτής για τα δέκα χρόνια της Διεθνούς Εταιρείας Νόσου Αλτσχάιμερ.

Η Διεθνής Εταιρεία είναι μια οργάνωση που ιδρύθηκε το 1984 από τρεις χώρες: την Αυστραλία, τον Καναδά και τις ΗΠΑ. Σήμερα, 57 χώρες είναι συνδεδεμένες σε ένα δίκτυο ανταλλαγής πληροφοριών, στην προσπάθειά τους να υποστηρίξουν και να ενημερώσουν τα άτομα που πάσχουν από άνοια, καθώς και όσους τα περιθάλπουν. Πρόεδρος της εταιρείας είναι η πριγκίπισσα Yasmin Aga Khan, η μητέρα της οποίας, Rita Hayworth, έπασχε από άνοια τύπου Αλτσχάιμερ. Αυτά ανέφερε η καθηγήτρια Νευρολογίας στο ΑΠΘ και πρόεδρος της Ελληνικής Εταιρείας για τη νόσο Αλτσχάιμερ, κ. Μάγδα Τσολάκη, σε ειδική εκδήλωση που διοργανώθηκε με την ευκαιρία του εορτασμού της Παγκόσμιας Ημέρας (21 Σεπτεμβρίου).

Ελπίδες για θεραπεία του Αλτσχάιμερ

Η κ. Μάγδα Τσολάκη, αναφερόμενη στα επιδημιολογικά στοιχεία της νόσου Αλτσχάιμερ, τόνισε ότι είναι η πλέον σημαντική μορφή άνοιας, εξαιτίας της μεγάλης της συχνότητας. Σήμερα, 18 εκατομμύρια άνθρωποι σε όλο τον κόσμο πάσχουν από αυτή την ανίατη ασθένεια, ενώ τα επόμενα 20 χρόνια προβλέπεται ότι ο αριθμός αυτός θα διπλασιαστεί.

Το ελληνικό τοπίο

Στην Ελλάδα, το 9% των ηλικιωμένων άνω των 70 ετών πάσχει από άνοια, ενώ το 6% υποφέρει από άνοια τύπου Αλτσχάιμερ, σύμφωνα με επιδημιολογική μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Πυλαία Θεσσαλονίκης με προσωπικές συνεντεύξεις τυχαίου δείγματος. Αν και η αιτιολογία της νόσου Αλτσχάιμερ δεν έχει καθοριστεί ακόμη, έχουν ενοχοποιηθεί πολλοί παράγοντες κινδύνου, όπως η ηλικία, το οικογενειακό ιστορικό, το γυναικείο φύλο, το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, παλαιά κρανιοεγκεφαλική κάκωση και έμφραγμα του μυοκαρδίου. Η διάγνωση της νόσου για τους ανθρώπους των αναπτυγμένων χωρών αποτελεί σοκ, καθώς είναι ενημερωμένοι για την πορεία της φοβερής αυτής ασθένειας. Ωστόσο, πιστεύουν ότι είναι καλύτερα να γνωρίζουν το νωρίτερο δυνατόν για την πορεία της, προκειμένου να προγραμματίσουν και να προσαρμοστούν στην καινούρια κατάσταση.

Για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων, η αγωγή που ακολουθείται είναι είτε φαρμακευτική είτε μη

φαρμακευτική. Στην Ελλάδα κυκλοφορούν φαρμακευτικές ουσίες που καθυστερούν την εξέλιξη των συμπτωμάτων, καθώς και φάρμακα που ελέγχουν τις διαταραχές συμπεριφοράς. Η ιατρική φροντίδα των ασθενών με άνοια στη χώρα μας είναι άριστη και γίνεται κυρίως στα Κέντρα Μνήμης και Άνοιας που στεγάζονται στα νοσοκομεία των μεγάλων πόλεων. Δυστυχώς, όμως, δεν υπάρχουν ψυχογηριατρικά κέντρα, στα οποία θα μπορούσαν να φιλοξενηθούν για μικρά χρονικά διαστήματα οι ασθενείς, προκειμένου να ανακουφιστούν οι συγγενείς τους, ούτε κέντρα ημέρας όπου η απασχόληση των ασθενών θα βελτίωνε την ποιότητα ζωής τόσο των ίδιων όσο και των συγγενών τους. Στη συνέχεια της εκδήλωσης ο κ. Π.Γιαννουλάτος, διευθυντής Ψυχικής Υγείας του υπουργείου Υγείας, αναφέρθηκε στην ανάπτυξη δράσεων στην Ελλάδα για την αντιμετώπιση της νόσου Άλτσχάιμερ. "Ο αυξανόμενος ρυθμός της νόσου Άλτσχάιμερ, της κόπωσης της οικογένειας και η ευρεία κλίμακα ανεπάρκειας υπηρεσιών του κράτους για τη στήριξη αυτών των ατόμων οδηγούν σε μια διευρυνόμενη τάση ψυχιατροποίησης τους.

Για το λόγο αυτόν, η πολιτεία, κατανοώντας αυτή την "κάκιση διαδικασία" εξυπηρέτησης των ατόμων με άνοια και κυρίως με νόσο Άλτσχάιμερ, αξιοποιώντας τη συσσωρευμένη γνώση και εμπειρία των πρωτοπόρων στην Ελλάδα γιατρών και άλλων επαγγελματιών, αποφάσισε να οργανώσει υπηρεσίες για την εξυπηρέτηση των ατόμων αυτών και των συγγενών τους.

Νέα ουσία για την επιβράδυνση της νόσου Άλτσχάιμερ

Ήδη, έχει συσταθεί ειδική επιτροπή από τους πρωτοπόρους επιστήμονες στη χώρα μας σε θέματα αντιμετώπισης της νόσου Άλτσχάιμερ, η οποία θα επεξεργαστεί ένα ολοκληρωμένο πλέγμα υπηρεσιών που έχει ανάγκη η χώρα, ώστε να διατυπωθούν το αντίστοιχο νομικό πλαίσιο, οι θεσμοί και οι κανόνες που θα διέπουν αυτό το δίκτυο των υπηρεσιών.



Στο Γ Κοινωνικό Πλαίσιο Στήριξης έχουν προβλεφθεί οι αναγκαίοι πόροι για τη χρηματοδότηση μέχρι το 2006 πέντε (5) ολοκληρωμένων κέντρων στήριξης των ασθενών αυτών.

Ωστόσο, όπως τόνισε ο διευθυντής Ψυχικής Υγείας του υπουργείου Υγείας "εκείνο που έχει μεγαλύτερη σημασία δεν είναι μόνο η ανάπτυξη των κέντρων αυτών καθαυτών, αλλά κυρίως το ότι η θεσμοθέτηση της οργανωμένης παρέμβασης της πολιτείας φέρνει το θέμα στην επιφάνεια, ανοίγει το δρόμο στην οργανωμένη και συστηματική εκπαίδευση των επαγγελματιών, επιστημοποιεί την έρευνα και τη συσσώρευση εμπειριών και καλών πρακτικών, ενώ παράλληλα ενδυναμώνει την οικογένεια και προσπαίζει το δικαίωμα της αξιοπρέπειας του ατόμου που πάσχει από τη νόσο Άλτσχάιμερ".

Στο πρόγραμμα υπηρεσιών για ηλικιωμένους και ανοϊκούς που ισχύει στην Ολλανδία αναφέρθηκε η κ. Ν.Κακογιάννη, ψυχολόγος, με μεγάλη εμπειρία στην υποστήριξη ατόμων με άνοια αλλά και των συγγενών τους.

Η Ολλανδία διαθέτει δύο κατηγορίες υπηρεσιών για ηλικιωμένους και ανοϊκούς:

1. Τον απλό οίκο ευγηρίας, στον οποίο εισάγονται άτομα που δεν έχουν ανάγκη ολικής φροντίδας, αλλά δεν μπορούν και να ζήσουν ανεξάρτητα. Διατηρούν το δικό τους μικρό διαμέρισμα, αλλά εξακολουθούν να παρακολουθούνται από τον οικογενειακό γιατρό.
2. Το νοσοκομειακό οίκο ευγηρίας, στον οποίο εισάγονται άτομα που έχουν ανάγκη σωματικής και ψυχογηριατρικής φροντίδας. Οι ψυχογηριατρικοί αυτοί οίκοι προσφέρουν βοήθεια με τρεις τρόπους:

Ο πρώτος είναι τα διαθέσιμα κέντρα ημέρας, στα οποία εργάζονται ειδικευμένα άτομα και απασχολούν επί πολλές ώρες (πολλές φορές περίπου δέκα ώρες) τους ασθενείς με διάφορες ασχολίες, με σκοπό την πνευματική και σωματική ενεργοποίησή τους.

Ο δεύτερος τρόπος είναι τα διαθέσιμα κρεβάτια που παραχωρούνται για ημερήσια νοσηλεία του ασθενή. Αυτό γίνεται για να δοθεί η δυνατότητα στον περιθάλποντα να ξεκουραστεί και να ανακτήσει τις δυνάμεις που τόσο χρειάζεται, διότι η φροντίδα ανοϊκού είναι εξαιρετικά δύσκολη, αφού καλούμαστε να ασχοληθούμε με άτομα που δεν επικοινωνούν εύκολα, λόγω γλωσσικών διαταραχών και αλλαγής συμπεριφοράς.

Ο τρίτος τρόπος βοήθειας περιλαμβάνει την ψυχολογική συμπαράσταση που προσφέρεται από τον ψυχολόγο σε μορφή ψυχοθεραπείας, ατομικής ή σε ομάδα (έξι έως οκτώ ατόμων) ζευγαριών με το ίδιο πρόβλημα, την ψυχοεκπαίδευση και πολλές φορές επισκέψεις στο σπίτι από κοινωνικό λειτουργό, προκειμένου να ανιχνεύσει με ποιον τρόπο μπορεί να διευκολύνει την παραμονή στο σπίτι.

Αντισώματα κατά της νόσου Αλτσχάιμερ

Αξίζει να σημειωθεί ότι το Αμστερνταμ με 1.300.000 κατοίκους διαθέτει 42 απλούς οίκους ευγηρίας και 17 νοσοκομειακούς. Το ίδιο ισχύει και για το Ρότερνταμ με 1.100.000 κατοίκους και 41 απλούς οίκους και 16 νοσοκομειακούς.

Επίσης, ένας άλλος τρόπος βοήθειας είναι η διοργάνωση του λεγόμενου Αλτσχάιμερ cafe, από ψυχολόγους και σε συνεργασία με την Εταιρεία Αλτσχάιμερ της Ολλανδίας, προκειμένου να προωθηθεί η ανοιχτή συζήτηση για τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς και οι οικογένειές τους. Στη Θεσσαλονίκη πρόκειται να λειτουργήσει το πρώτο Αλτσχάιμερ cafe τον προσεχή Οκτώβρη.

Σχεδόν ένας στους δύο Έλληνες ταυτίζει τον σοβαρά ψυχικά ασθενή με άτομα που έχουν διαπράξει σοβαρά ποινικά αδικήματα, με τα στερεότυπα του «τρελού», δηλαδή του κακού, του επικίνδυνου, του δράκου ή του δαιμονισμένου.

Τα ανωτέρω προκύπτουν από έρευνα που διεξήγαγε το Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής, με αφορμή τη σημερινή Παγκόσμια Ημέρα για την Καταπολέμηση του Ρατσισμού.

Σύμφωνα με την έρευνα, το 44,2% των ερωτηθέντων απαντά ότι θα τους ενοχλούσε εάν μετακόμιζε δίπλα τους ένα άτομο που έχει σχιζοφρένεια, το 50,8% ένα άτομο που ήταν στη φυλακή για σοβαρό ποινικό αδίκημα και το 30,9% ένα άτομο που έχει AIDS.

Στην ερώτηση με ποιον θα τους ενοχλούσε να δουλεύουν μαζί, το 50,5% απαντά για το άτομο που έχει σχιζοφρένεια, το 47,4% με ποινικούς και το 33,5% με άτομο που έχει AIDS.

Κατά την ψυχίατρο Μαρίνα Οικονόμου, επιστημονική υπεύθυνη του Προγράμματος: «Ο ρατσισμός δεν έχει να κάνει μόνο με το χρώμα, τη φυλή, την εθνικότητα. Έχει να κάνει με την καταπάτηση των δικαιωμάτων πολλών ομάδων πληθυσμού. Μία από αυτές τις ομάδες, καθόλου ευκαταφρόνητη στον αριθμό, είναι η ομάδα των ψυχικά ασθενών. Η ομάδα αυτή υφίσταται καθημερινά έναν ειδικού τύπου ρατσισμό, που συνίσταται στην απόρριψη, την περιθωριοποίηση και τον κοινωνικό στιγματισμό σχεδόν σε όλες τις εκφάνσεις της καθημερινής ζωής».

Και, όπως τονίζει, ο τρόπος που προσεγγίζουν τα ΜΜΕ τον ψυχικά ασθενή, απλώς επιβεβαιώνει τις προκαταλήψεις και τους φόβους του κοινού και ο ψυχικά ασθενής εκλαμβάνεται ως επικίνδυνος.

ΕΛΕΥΘΕΡΟΤΥΠΙΑ

www.chrisxx.com/news/palia

Η κατάθλιψη μόνιμη συντροφιά των ηλικιωμένων

Μόνιμη συντροφιά των ηλικιωμένων αποτελεί τις περισσότερες φορές η κατάθλιψη, καθώς το 15% των ατόμων της τρίτης ηλικίας εμφανίζει καταθλιπτικά συμπτώματα. Το πρόβλημα είναι πιο έντονο στους ανθρώπους, που αναγκάζονται να ζουν στους οίκους ευγηρίας, όπου ένας στους τέσσερις, δηλαδή το 25% πάσχει από κατάθλιψη σοβαρής μορφής, που πιθανότατα δεν θα θεραπευτεί ποτέ.

Η κατάθλιψη, από την οποία υπολογίζεται ότι πάσχουν σήμερα περισσότεροι από 200.000 Έλληνες ηλικιωμένοι, είναι μια ψυχιατρική νόσος, που εκδηλώνεται με θλίψη ή στενοχώρια, προβλήματα στον ύπνο και στην όρεξη, εύκολη κόπωση και άσχημες αρνητικές σκέψεις, που μπορούν να φτάσουν και μέχρι την ιδέα της αυτοκτονίας.

Όπως τονίστηκε κατά τη διάρκεια των εργασιών του 18ου Πανελληνίου Συνεδρίου Ψυχιατρικής, που διοργανώθηκε από την Ελληνική Ψυχιατρική Εταιρεία και πραγματοποιείται στο συνεδριακό κέντρο «Κυπριώτης» της Κω με την προεδρία του καθηγητού ψυχιατρικής Γεωργίου Χριστοδούλου, η κατάθλιψη μπορεί να προκαλέσει σημαντική έκπτωση της λειτουργικότητας του ατόμου, παρόμοια με αυτή, που προκαλούν τα καρδιαγγειακά νοσήματα και ο διαβήτης. Το πρόβλημα είναι ότι οι ασθενείς, αλλά και οι συγγενείς τους, θεωρούν τα συμπτώματα της κατάθλιψης φυσιολογικά για την ηλικία αυτή, με αποτέλεσμα ένα πολύ μικρό ποσοστό να ζητεί βοήθεια από το γιατρό.

Από την άλλη η διάγνωση της κατάθλιψης στους ηλικιωμένους είναι πραγματικός πονοκέφαλος για τους ειδικούς γιατρούς, καθώς το πιο χαρακτηριστικό σύμπτωμα αυτής της διαταραχής δηλαδή η καταθλιπτική διάθεση, δεν είναι τόσο χαρακτηριστικό, όσο άλλα καταθλιπτικά συμπτώματα, όπως η ανορεξία, η απώλεια βάρους, η αϋπνία και η απώλεια ενδιαφέροντος για τη ζωή, καθώς και ποικίλα διάχυτα σωματικά συμπτώματα.

Παράλληλα η κατάθλιψη έχει ποικιλία στην εκδήλωσή της, σε ό,τι αφορά την ηλικιακή αυτή ομάδα, αφού στις περισσότερες περιπτώσεις συνυπάρχουν διάφορα προβλήματα υγείας, τα οποία δημιουργούν λειτουργική αναπηρία ή επηρεάζουν ψυχολογικά τον άρρωστο, με αποτέλεσμα να συνεισφέρουν στην παθογένεση της κατάθλιψης ή να προκαλούν επιπλοκές στη θεραπευτική αντιμετώπισή της. Στις περιπτώσεις αυτές τα υπάρχοντα στοιχεία δείχνουν, ότι τα καταθλιπτικά συμπτώματα

μπορούν να ανταποκριθούν στη θεραπεία, ιδιαίτερα στη φαρμακευτική, αφού η κατάθλιψη μπορεί να θεραπευτεί σε ποσοστό, που πλησιάζει το 90%.

Βέβαια για τη γηριατρική κατάθλιψη ευθύνονται και άλλοι παράγοντες, όπως είναι οι μεγάλες κοινωνικές αλλαγές στη ζωή του ατόμου, που επέρχονται μετά τη συνταξιοδότηση είτε με την απώλεια του άμεσου περιβάλλοντος. Και είναι εντυπωσιακό ότι το ποσοστό των ηλικιωμένων, που λαμβάνουν τελικά θεραπεία για την κατάθλιψη, είναι πολύ μειωμένο σε σύγκριση με τα νεότερα άτομα. Μόνο ένας στους δέκα ηλικιωμένους, από αυτούς που χρειάζονται ψυχιατρική βοήθεια, βοηθιέται τελικά.

Οι σύγχρονες ψυχιατρικές υπηρεσίες διαθέτουν σήμερα τα μέσα για έγκαιρη υποβοήθηση των καταθλιπτικών, τόσο με νεότερα φάρμακα, απαλλαγμένα από σοβαρές παρενέργειες, όσο και με ψυχοθεραπευτικές μεθόδους, για να μπορεί να εκδηλώσει και να τακτοποιήσει ο ασθενής τα προβλήματά του.

www.diadiktio.gr/modules.php?name=News&file=print&sid=66 - 5k }

Πηγή: ΜΠΕ

ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Μια ευρεία κλίμακα στρατηγικών είναι διαθέσιμη για την βελτίωση της ψυχικής υγείας και την πρόληψη ψυχικών διαταραχών. Αυτές οι στρατηγικές μπορούν επίσης να συνεισφέρουν στη μείωση άλλων προβλημάτων, όπως η εφηβική παραβατικότητα, η κακοποίηση παιδιών, η εγκατάλειψη του σχολείου και η απώλεια ημερών εργασίας λόγω ασθένειας.

Το πιο κατάλληλο σημείο για να ξεκινήσει κανείς την προαγωγή της ψυχικής υγείας εξαρτάται από τις ανάγκες και από το κοινωνικό και πολιτιστικό περιβάλλον. Τα όρια και το επίπεδο των δραστηριοτήτων μπορεί να ποικίλλουν από το τοπικό μέχρι το εθνικό επίπεδο, όπως και τα είδη των δραστηριοτήτων που αναλαμβάνονται για την δημόσια υγεία (ανάπτυξη υπηρεσιών, πολιτική, διάδοση πληροφοριών, προβολή θεμάτων στην κοινή γνώμη κλπ). Πιο κάτω δίδονται παραδείγματα παρεμβάσεων διαφόρων ειδών.

Παρεμβάσεις που στοχεύουν παράγοντες οι οποίοι προκαθορίζουν μια κακή κατάσταση της υγείας.

Η ψυχοκοινωνική και γνωστική ανάπτυξη των βρεφών και των νηπίων εξαρτάται από την αλληλεπίδρασή τους με τους γονείς τους. Τα προγράμματα που αναβαθμίζουν την ποιότητα αυτών των σχέσεων μπορούν να βελτιώσουν την συναισθηματική, κοινωνική, γνωστική και σωματική ανάπτυξη των παιδιών. Για παράδειγμα, το πρόγραμμα στις ΗΠΑ "Βήματα προς την αποτελεσματική και απολαυστική μητρότητα" (Steps Towards Effective Enjoyable Parenting, STEEP) απευθύνεται σε μητέρες με ένα παιδί και άλλους με γονεϊκά προβλήματα, ιδιαίτερα σε οικογένειες με χαμηλό εκπαιδευτικό υπόβαθρο (Erickson 1989). Υπήρξε μείωση του άγχους και της κατάθλιψης στις μητέρες, καλύτερη οργάνωση της οικογενειακής ζωής, και δημιουργία ενός περιβάλλοντος για τα παιδιά πλουσιότερου σε ερεθίσματα.

Παρεμβάσεις που στοχεύουν ομάδες πληθυσμού.

Το 2025 θα υπάρχουν 1,2 δισεκατομμύρια άνθρωποι στον κόσμο ηλικίας άνω των 60 ετών, εκ των οποίων σχεδόν τα τρία τέταρτα στον αναπτυσσόμενο κόσμο. Εάν όμως θέλουμε η γήρανση να είναι θετική εξέλιξη, θα πρέπει να συνοδεύεται από βελτίωση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων.

Παρεμβάσεις που στοχεύουν συγκεκριμένα περιβάλλοντα.

Τα σχολεία έχουν αποφασιστικό ρόλο στην προετοιμασία των απιδιών για τη ζωή, αλλά πρέπει να ενθαρρύνουν περισσότερο την υγιή κοινωνική και συναισθηματική ανάπτυξη

τους. Η διδασκαλία δεξιοτήτων απαραίτητων στην ζωή, όπως της λύσης προβλημάτων, κριτικής σκέψης, επικοινωνίας, διαπροσωπικών σχέσεων, κατανόησης του συνανθρώπου (empathy), και μεθόδων ελέγχου του συναισθήματος θα δώσει τη δυνατότητα στα παιδιά να θεμελιώσουν την ψυχική τους υγεία (Mishara & Ystgaard 2000).

Μία εκπαιδευτική πολιτική φιλική προς τα παιδιά, η οποία ενθαρρύνει την ανοχή και την ισότητα μεταξύ των φύλων, των εθνών, των εθνικών, θρησκευτικών και κοινωνικών ομάδων, προάγει ένα υγιές ψυχοκοινωνικό περιβάλλον (Who 1990). Προάγει την ενεργητική συμμετοχή και συνεργασία, αποφεύγει τη χρήση σωματικής τιμωρίας, και δεν ανέχεται την καταπίεση και τον εκφοβισμό. Βοηθάει στην δημιουργία δεσμών μεταξύ της σχολικής και οικογενειακής ζωής, ενθαρρύνει την δημιουργικότητα και τις ακαδημαϊκές επιδόσεις και προάγει την αυτοεκτίμηση και αυτοπεποίθηση των παιδιών.



ΕΥΑΙΣΘΗΤΟΠΟΙΗΣΗ ΤΗΣ ΚΟΙΝΗΣ ΓΝΩΜΗΣ

Το κύριο εμπόδιο που πρέπει να υπερπηδηθεί στην κοινότητα είναι το στίγμα και οι συνακόλουθες διακρίσεις εναντίον των ατόμων που πάσχουν από ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές.

Η αντιμετώπιση του στίγματος και των διακρίσεων απαιτεί μια πολυεπίπεδη προσέγγιση, όπου εμπλέκεται η εκπαίδευση όλων των εργαζομένων στην υγεία, το κλείσιμο ψυχιατρικών ιδρυμάτων που συντηρούν ή ενδυναμώνουν το στίγμα, η προσφορά υπηρεσιών ψυχικής υγείας στο κοινοτικό επίπεδο, και η εφαρμογή νομοθεσίας που προστατεύει τα δικαιώματα των ψυχικά πασχόντων. Η μάχη κατά του στίγματος απαιτεί επίσης εκστρατείες ενημέρωσης και εκπαίδευσης της κοινής γνώμης, σχετικά με την φύση, την έκταση και τα επακόλουθα των ψυχικών διαταραχών, ώστε να διαλυθούν οι σχετικοί μύθοι και να ενθαρρυνθούν θετικότερες στάσεις και συμπεριφορές.

ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΜΜΕ

Οι διάφορες μορφές των ΜΜΕ είναι δυνατόν να χρησιμοποιηθούν ώστε να

καλλιεργηθούν θετικότερες στάσεις και συμπεριφορές της κοινότητας έναντι των ανθρώπων με ψυχικές διαταραχές. Είναι δυνατόν να αναληφθεί δράση ώστε να ελεγχθεί ή να προληφθεί η χρήση εικόνων, μηνυμάτων, ή ιστοριών στα μέσα, που δυνητικά θα είχαν αρνητικές επιπτώσεις στους πάσχοντες από ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές. Τα μέσα μπορούν επίσης να χρησιμοποιηθούν για την πληροφόρηση του κοινού, για να προκαλέσουν αλλαγή συμπεριφοράς και στάσης των ατόμων, να προπαγανδίσουν υπέρ της αλλαγής κοινωνικών, δομικών και οικονομικών παραγόντων που επηρεάζουν τις ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές. Η διαφήμιση, αν και δαπανηρή, είναι χρήσιμη για την ευαισθητοποίηση και εξουδετέρωση των προλήψεων. Η δημοσιότητα είναι ένας σχετικά φθηνότερος τρόπος δημιουργίας ειδήσεων που προσελκύουν την προσοχή του κοινού, μορφοποιεί ένα πρόβλημα στην κοινή συνείδηση και οδηγεί σε στήριξη σχετικών πρωτοβουλιών. Η τοποθέτηση θεμάτων για την υγεία και κοινωνικών μηνυμάτων στα ψυχαγωγικά μέσα βοηθάει στην αλλαγή στάσεων, πεποιθήσεων και συμπεριφορών.

Παραδείγματα εκστρατειών στα ΜΜΕ ενάντια στο στίγμα είναι το "Changing minds - every family in the land" από το Royal College of Psychiatrists στο Ηνωμένο Βασίλειο και το "Open [the doors](#)" της Παγκόσμιας Ψυχιατρικής Εταιρίας (δες Πλαίσιο 4.9).

Το Διαδίκτυο είναι ένα ισχυρό εργαλείο επικοινωνίας και πρόσβασης σε πληροφορίες για την ψυχική υγεία. Χρησιμοποιείται όλο και περισσότερο ως μέσο πληροφόρισης και εκπαίδευσης σε θέματα ψυχικής υγείας ασθενών, φοιτητών, εργαζομένων στο χώρο της υγείας, ομάδων καταναλωτών, μη κυβερνητικών οργανώσεων και του πληθυσμού γενικά. Επίσης φιλοξενεί ομάδες αυτοβοήθειας και συζήτησης και παρέχει κλινική φροντίδα. Με το Διαδίκτυο ως πηγή πληροφόρησης, η κοινότητα θα είναι πιο ενημερωμένη και, κατά συνέπεια, θα έχει καλύτερες απαντήσεις από τις υπηρεσίες όσον αφορά την προσφερόμενη θεραπεία και φροντίδα. Η αρνητική πλευρά είναι ότι πρέπει να αναλύσει και να κατανοήσει κανείς τεράστιο όγκο δημοσιευμάτων, η ακρίβεια των οποίων κυμαίνεται (Griffiths & Christiansen 2000). Οι χρήστες του Διαδικτύου όλο και περισσότερο θα προσδοκούν να έχουν εύκολη πρόσβαση σε θεραπείες και συμβουλές από ειδικούς στην υγεία, που θα αρχίζουν από απλές ερωτήσεις, έως πιο περίπλοκες συμβουλευτικές συνεδρίες με βίντεο ή τηλεϊατρική.

Είναι μεγάλη πρόκληση να χρησιμοποιηθεί αυτή η τεχνολογία προς όφελος της ψυχικής υγείας στις αναπτυσσόμενες χώρες. Αυτό απαιτεί αυξημένη πρόσβαση στο Διαδίκτυο (στην Αφρική των 700 εκατομμυρίων λιγότερο από 1 εκατομμύριο άνθρωποι έχουν πρόσβαση) και να υπάρχουν πληροφορίες για την ψυχική υγεία σε πολλές γλώσσες.

ΧΡΗΣΗ ΚΟΙΝΟΤΙΚΩΝ ΠΟΡΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΩΘΗΣΗ ΑΛΛΑΓΩΝ

Αν και το στίγμα και οι διακρίσεις εκπηγάζουν από την κοινότητα, πρέπει να αναγνωρίσουμε ότι η κοινότητα θα προσφέρει πόρους για την αντιμετώπιση των αιτίων και των αποτελεσμάτων μέσα στο περιβάλλον της. Θα προσφέρει επίσης πόρους για την βελτίωση της θεραπείας και της φροντίδας που δίδεται στους πάσχοντες από ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές.

Ο ρόλος της κοινότητας μπορεί να αρχίζει από την αυτοβοήθεια ή την αμοιβαία βοήθεια και να φθάνει στις ομάδες πίεσης για την προώθηση αλλαγών στην ψυχική υγεία και την διάθεση πόρων, τις εκπαιδευτικές δραστηριότητες, την συμμετοχή στον έλεγχο και την αξιολόγηση της φροντίδας, και την δραστηριοποίηση για την αλλαγή στάσεων και την καταπολέμηση του στίγματος.

Οι μη κυβερνητικές οργανώσεις είναι επίσης ένας πολύτιμος κοινοτικός πόρος για την ψυχική υγεία. Είναι συχνά πιο ευαίσθητες στην τοπική πραγματικότητα από τα προγράμματα κεντρικού σχεδιασμού και συνήθως υποστηρίζουν σθεναρά τους νεωτερισμούς και την αλλαγή.

Πλαίσιο 4.9 Μάχη ενάντια στο στίγμα.

Το "Ανοίχτε τις κόσμο από άλλες πρόσφατων πόρτες" είναι το προσπάθειες κατά του διαθέσημων πρώτο παγκόσμιο στίγματος. Το υλικό πληροφοριών για πρόγραμμα ενάντια δοκιμάστηκε στην την διάγνωση και στο στίγμα και τις Αυστρία, στον Καναδά, θεραπεία της διακρίσεις και στην Κίνα, στην σχιζοφρένειας και σχετίζεται με την Αίγυπτο, στη Γερμανία, για στρατηγικές για σχιζοφρένεια. Οι στην Ελλάδα, στην την ενσωμάτωση στόχοι αυτού του Ινδία, στην Ιταλία και των πασχόντων προγράμματος της στην Ισπανία, ενώ στην κοινότητα. Το Παγκόσμιας αρχίζουν να το στίγμα που Ψυχιατρικής χρησιμοποιούν και προσάπτεται στην Εταιρίας που άρχισε αλλού. Σε κάθε μέρος σχιζοφρένεια το 1999 2 είναι : να δημιουργήθηκε μια δημιουργεί έναν αυξηθεί η γνώση και ομάδα από φάυλο κύκλο η συνειδητοποίηση αντιπροσώπους την αποξένωσης και της φύσης της κυβέρνησης και μη διακρίσεων, που σχιζοφρένειας και κκυβερνητικών οδηγεί σε κοινωνική δυνατών θεραπειών. οργανώσεων, απομόνωση,

<p>Να βελτιωθεί ο δημοσιογράφος, τρόπος που επαγγελματίες από το αντιμετωπίζονται χώρο της υγείας, μέλη όσοι έχουν ή είχαν οργανώσεων σχιζοφρένεια και οι ασθενών και οικογένειές τους. Να αναληφθούν άλλους που δράσεις ώστε να δραστηριοποιούνταν παύσει το στίγμα, οι κατά του στίγματος και διακρίσεις, και η των διακρίσεων. Η προκατάληψη. Η αποτελέσματα από τα Εταιρία έφτιαξε ένα προγράμματα βήμα προς βήμα διαφορετικές οδηγό για την ανάπτυξη ενός προγράμματος κατά του στίγματος, όπως και αναφορές σχετικά με την εμπειρία των χωρών που χρησιμοποιήσαν το πρόγραμμα. Συνέλεξε πληροφορίες από όλο τον</p>	<p>ανικανότητα προς εργασία, κατάχρηση του αλκοόλ ή των φαρμακευτικών ουσιών, απώλεια της στέγης, ή υπερ δέον ιδρυματοποίηση. Έτσι, οι πιθανότητες ανάρρωσης και ομαλής ζωής μειώνονται. Το "Ανοίχτε τις πόρτες" θα επιτρέψει στους ανθρώπους με σχιζοφρένεια να επανέλθουν στις οικογένειές τους και στο σχολείο ή την εργασία τους, και να μέλλον με ελπίδα.</p>
---	--

Οι διεθνείς μη κυβερνητικές οργανώσεις βοηθούν στην ανταλλαγή εμπειριών και λειτουργούν ως ομάδες πίεσης, και σε τοπικό επίπεδο είναι υπεύθυνες για πολλά νεωτερικά προγράμματα και λύσεις. Παίζουν επίσης πολύ σπουδαίο ρόλο, όταν δεν υπάρχει επίσημο σύστημα ή καλώς λειτουργούν σύστημα για την ψυχική υγεία, αναπληρώνοντας τα κενά των κοινοτικών υπηρεσιών και στρατηγικών (δες Πλαίσιο 4.10).

Οι ομάδες καταναλωτών έχουν εξελιχθεί σε ισχυρή, δραστήρια και διεκδικητική δύναμη, που συχνά δεν ικανοποιείται με τις υπάρχουσες υπηρεσίες φροντίδας και θεραπείας. Αυτές οι ομάδες συνέβαλλαν αποφασιστικά στη μεταρρύθμιση της ψυχικής υγείας (WHO 1989). Είναι ανεπίσημες χαλαρές ομαδοποιήσεις, αλλά και μεγάλες οργανώσεις με καταστατικό και νομική κατοχύρωση. Αν και έχουν διαφορετικούς στόχους, όλες

στηρίζουν την άποψη του καταναλωτή.

Οι αρχές που είναι υπεύθυνες για την λειτουργία των υπηρεσιών, είναι υπόλογες στους καταναλωτές του συστήματος. Ένα σημαντικό βήμα ώστε οι αρχές να πιέζονται από τις ευθύνες τους, είναι να συμμετέχουν οι καταναλωτές στην δημιουργία των υπηρεσιών, στον έλεγχο του επιπέδου της νοσοκομειακής περίθαλψης, και στην ανάπτυξη και εφαρμογή πολιτικών και της νομοθεσίας.

Σε πολλές αναπτυσσόμενες χώρες, οι οικογένειες παίζουν ένα ρόλο κλειδί στην φροντίδα των ψυχικά ασθενών και κατά διαφορετικούς τρόπους υποκαθιστούν την πρωτοβάθμια περίθαλψη. Το σταδιακό κλείσιμο των ψυχιατρικών σε χώρες με αναπτυγμένα συστήματα υγείας, επίσης μεταθέτει τις ευθύνες στις οικογένειες. Οι οικογένειες μπορούν να έχουν θετική ή αρνητική επίδραση, ανάλογα με την κατανόηση, γνώση, δεξιότητες και ικανότητα να φροντίσουν το πρόσωπο με την ψυχική διαταραχή. Για αυτούς τους λόγους, μια σημαντική στρατηγική στο κοινοτικό επίπεδο είναι να βοηθηθούν οι οικογένειες ώστε να κατανοούν την ασθένεια, να ενθαρρύνουν την κανονική λήψη της αγωγής, να αναγνωρίζουν έγκαιρα τα σημεία υποτροπής, και να αντιμετωπίζουν άμεσα τις κρίσεις.

Πλαίσιο 4.10 Η Πρωτοβουλία της Γενεύης

<p>Η Πρωτοβουλία της Γενεύης για την Ψυχιατρική ιδρύθηκε το 1980 για να παλέψει ενάντια στην χρήση της ψυχιατρικής στην πολιτική ως οργάνου καταπίεσης . Παρά την ονομασία της, η διεθνής Πρωτοβουλία έχει βάση στην Ολλανδία.</p>	<p>Αν και είχαν αναληφθεί πολλές μεταρρυθμίσεις σε όλη την περιοχή και πολλοί είχαν αποκτήσει νέες δεξιότητες και γνώσεις, δεν υπήρχε επαφή μεταξύ των μεταρρυθμιστών, αλλά έλλειψη εμπιστοσύνης και ενότητας.</p>
--	--

<p>Η All-Union Society of Psychiatrists and Neuropathologists (AUSPN) των πρώην ΕΣΣΔ αποχώρησε από την Παγκόσμια Ψυχιατρική Εταιρία (WPA) το 1983 αντιδρώντας στην πίεση των εκστρατειών της Πρωτοβουλίας,</p>	<p>Η πρώτη συνάντηση των Μεταρρυθμιστών στην Ψυχιατρική οργανώθηκε στην Μπρατισλάβα της Τσεχοσλοβακίας το Σεπτέμβριο του 1993 με οικονομική υποστήριξη του Ιδρύματος Σόρος. Έκτοτε, έχουν λάβει</p>
--	---

<p>και το 1989 το συνέδριο της WPA έθεσε αυστηρές προϋποθέσεις για την επιστροφή της. Η Ρώσικη Ομοσπονδία παραδέχτηκε ότι η ψυχιατρική χρησιμοποιήθηκε για πολιτικούς σκοπούς και κάλεσε την WPA να στείλει μια ομάδα παρατηρητών στην Ρωσία.</p> <p>Ταυτόχρονα, όλο και περισσότεροι ψυχίατροι έρχονταν σε επαφή με την Πρωτοβουλία ζητώντας βοήθεια για να μεταρρυθμίσουν την φροντίδα για την ψυχική υγεία. Εν τω μεταξύ, η κατάσταση άλλαζε δραματικά: τα προηγούμενα δύο χρόνια ουσιαστικά όλοι οι πολιτικοί κρατούμενοι είχαν απελευθερωθεί από φυλακές, στρατόπεδα, εξορία και ψυχιατρεία.</p> <p>Μεταξύ του 1989 και του 1993 η Πρωτοβουλία εστίασε τη δράση της σε μερικές ανατολικοευρωπαϊκές χώρες, και ιδιαίτερα την Ρουμανία και την Ουκρανία. Έγινε σαφές ότι χρειαζόταν νέα προσέγγιση στο μεταρρυθμιστικό κίνημα για την ψυχική υγεία.</p>	<p>χώρα πάνω από είκοσι παρόμοιες συναντήσεις του δικτύου.</p> <p>Σήμερα, το Δίκτυο των Μεταρρυθμιστών αποτελείται από περίπου 500 άτομα από 29 χώρες της Κεντρικής και Ανατολικής Ευρώπης και τα πρόσφατα ανεξαρτητοποιημένα κράτη, και έχει δεσμούς με πάνω από 100 μη κυβερνητικές οργανώσεις ψυχικής υγείας.</p> <p>Τα μέλη του είναι ψυχίατροι, ψυχολόγοι, ψυχιατρικοί/ες νοσοκόμοι/ες, κοινωνικοί λειτουργοί, κοινωνιολόγοι, δικηγόροι, συγγενείς ανθρώπων με ψυχικές διαταραχές, και ένας αυξανόμενος αριθμός καταναλωτών των προϊόντων ψυχικής υγείας. Κυρίως μέσω του Δικτύου, η Πρωτοβουλία της Γενεύης λειτουργεί τώρα σε πάνω από 20 χώρες, όπου διαχειρίζεται περίπου 150 προγράμματα.</p> <p>Η Πρωτοβουλία της Γενεύης προσπαθεί να βελτιώσει δομές, και έτσι εστιάζει σε προγράμματα που αφορούν την αλλαγή των πολιτικών, της ιδρυματικής φροντίδας και της εκπαίδευσης. Έχει στόχο την αδράνια και προσπαθεί να επιτύχει βιωσιμότητα και σταθερή χρηματοδότηση. Πέρις, στην</p>
--	--

Πρωτοβουλία απονεμήθηκε το Βραβείο της Γενεύης για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα στην Ψυχιατρική.

Περισσότερες πληροφορίες στην ιστοσελίδα <http://www.geneva-initiative.org/geneva/index.html>

Αυτό θα οδηγήσει σε ταχύτερη ανάρρωση και θα μειώσει την κοινωνική και προσωπική αναπηρία. Επισκέπτριες κοινοτικές νοσοκόμοι και άλλοι εργαζόμενοι στην υγεία μπορούν να δώσουν σημαντική υποστήριξη, όπως και τα δίκτυα ομάδων αυτοβοήθειας και οικονομικής υποστήριξης.

Δύο σημεία είναι σκόπιμο να προσεχτούν. Πρώτον, η διάβρωση της διευρυμένης οικογένειας στις αναπτυσσόμενες χώρες, συν η εσωτερική μετανάστευση προς τις πόλεις, είναι μια πρόκληση για όσους σχεδιάζουν να χρησιμοποιήσουν την οικογένεια για την φροντίδα των ασθενών. Δεύτερο, όταν το οικογενειακό περιβάλλον δεν προσφέρεται για καλή ποιότητα φροντίδας και υποστήριξης, και μάλιστα μπορεί να είναι και βλαπτικό, η οικογένεια δεν είναι εφαρμόσιμη λύση.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- [1] Γιώργος Κατσάγγελος «Σιωπή» Εκδόθηκε από το ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Καλοκαίρι 2001
- [2] Γκούμας Κωτσιόπουλος, Υγεία/Οδηγός Υγιεινής, Τόμος 3^ο, Εκδόσεις « Δομική Ο.Ε» 1995
- [3] Γ.Ν. Χριστοδούλου, Προληπτική Ψυχιατρική και ψυχική Υγιεινή, Επιμέλεια Έκδοση Β.Π. Κονταξάκης, Μ.Ι. Χαβάκη, Εκδόσεις ΒΗΤΑ Αθήνα 2005.
- [4] Δημόκριτος Σαραντίδης, «Βασική υποστήριξη της ζωής» Εκδόσεις: Ελληνικό Συμβούλιο Αναζωογόνησης.
- [5] Ι.Δ. Παράσχος, Κατάθλιψη στους ηλικιωμένους, Εκδόσεις Deprelfiel.
- [6] Κοινωνική Εργασία σε Ιδρύματα
- [7] Λυμπεράκης Ευστάθιος και Ευθυμίου Στέφανη, «Το Σημερινό Ψυχιατρικό πρόβλημα στην Ελλάδα» Ελληνοαγγλικό Συμπόσιο Κοινωνικής Ψυχιατρικής, Εκδόσεις Καστανιώτης, Αθήνα 1984
- [8] Μαδιανός Γ. Μιχάλης, Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση από το άσυλο στην κοινότητα. Εκδόσεις; Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1994.
- [9] Μάνου Νίκος,, Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής Αναθεωρημένη Έκδοση University Studio Press, Θεσσαλονίκη 1997
- [10] Μπεριδήμας Παναγιώτης, Προβλήματα Ψυχικής Υγείας σε τρόφιμους Γηροκομείου, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Πέτρας Ολύμπου, Ανακοίνωση: 2^ο Συνέδριο ΕΨΨΕΠ – Αθήνα, Απρίλιος 1993
- [11] Nicholas Tucker, Εξελικτική Ψυχολογία 4, Εφηβεία, Ωριμότητα και Τρίτη Ηλικία, Επιμέλεια; Νικόλαος Δ. Γιαννιτσάς, Επόπτης ελληνικής Έκδοσής: Ιωάννης Ν. Παρασκευόπουλος, Β' Έκδοση, Ελληνικά γράμματα.
- [12] Πουλόπουλου, Έλληνες Ηλικιωμένοι πολίτες, Παρελθόν Παρόν και Μέλλον, Εκδόσεις «ΕΛΛΗΝ» Ήρα Εκμέ.
- [13] Εμμανουήλ Πολυζόπουλος, Ψυχίατρος, Όσιμη Ενήλικη ζωή (Γήρας), Διάλεξη στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος στην Κοινωνική Ψυχιατρική, 11/2003

ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ

[1] Κοινωνική Εργασία, Τεύχος 12^ο, Αθήνα 1998 σελ.18

WEB SITES

[1] <http://www.inpsy.gr/Articles/Third%20age%20and%20Alzheimer.htm>

[2] www.chrisxx.com/news/palia

[3] www.diadiktio.gr/modules.php?name=News&file=print&sid=66 - 5k

Πηγή: ΜΠΕ

[4] www.gerontology.gr/frameset_1.htm

[5] www.health.in.gr