

«ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ»

ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ:

ΓΕΩΡΓΙΟΥ ΔΙΑΜΑΝΤΩ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ:

ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥΕΛΕΝΗ

ΠΕΤΡΑΚΗ ΕΛΕΝΗ

ΡΟΥΛΛΗ ΙΟΥΛΙΑ

Πτυχιακή για τη λήψη του πτυχίου στην Κοινωνική Εργασία από το τμήμα Κοινωνικής Εργασίας της Σχολής Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας του Ανώτατου Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος (Α.Τ.Ε.Ι. Πάτρας).

ΠΑΤΡΑ ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 2006

ΓΙΑΤΙ ΝΙΩΘΩ ΤΟΣΟ ΑΔΥΝΑΜΟΣ ;

Το πρόβλημα είναι ότι όταν υποφέρουμε από κατάθλιψη αισθανόμαστε ότι τίποτε δεν μπορεί να μας παρηγορήσει. Ακόμη και όταν γνωρίζουμε τι είναι αυτό που θα μπορούσε να ανεβάσει τη διάθεση μας, δεν μπορούμε να το κάνουμε. Η γνώση από μόνη της δεν μπορεί να μας ελευθερώσει.

Ξέρουμε αλλά δεν μπορούμε.

Οι συμβουλές που μας δίνουν τα αγαπημένα μας πρόσωπα είναι περιττές και μάταιες. Ακόμη και όταν συμφωνούμε μαζί τους ότι όλα όσα μας προτείνουν θα μπορούσαν πράγματι να μας φτιάξουν τη διάθεση νιώθουμε ότι μας είναι αδύνατον να κάνουμε κάτι που θα μπορούσε να μας βοηθήσει.

Αυτό που νιώθουμε περισσότερο από οτιδήποτε άλλο είναι η αδυναμία μας να επιθυμήσουμε κάτι, να εμπνευσθούμε από κάτι, να ενδιαφερθούμε από κάτι.

Σαν να έχει αρρωστήσει μέσα μας ο ψυχικός μηχανισμός που μας βοηθά να δημιουργούμε δεσμούς νοήματος με την πραγματικότητα. Έχει διαταραχθεί η ικανότητα μας να επιθυμούμε και να προσπαθούμε να ικανοποιήσουμε τις επιθυμίες μας.

Γνωρίζουμε τι είναι αυτό που θα έπρεπε να μας ενδιαφέρει αλλά δεν νιώθουμε να μας ενδιαφέρει. Γνωρίζουμε τι είναι αυτό που θα έπρεπε να μας αρέσει αλλά δεν μας αρέσει.

Γνωρίζουμε τι είναι αυτό που θα έπρεπε να κάνουμε αλλά δεν μπορούμε να το κάνουμε.

Γνωρίζουμε τι είναι αυτό που οι άλλοι θέλουν από εμάς αλλά δεν μπορούμε να ανταποκριθούμε.

Και δεν μπορούμε ούτε να ελπίσουμε ότι σε λίγο καιρό θα νιώθουμε καλύτερα.

Έχουμε χάσει την ελπίδα ή καλύτερα η ελπίδα έπαψε να λειτουργεί μέσα μας.

Η κατάθλιψη δεν επιτρέπει στην παρούσα φάση της ζωής μας να ελπίζουμε. Δεν υπάρχει μέσα μας η ελπίδα που θα μπορούσε να κινητοποιήσει τη θεραπευτική αλλαγή.

(Χριστοδούλου, 1998, Χριστοφορίδης, 1991)

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	ΣΕΛ.
ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ.....	7
ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣ.....	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι	
Εισαγωγή.....	11
Το πρόβλημα.....	12
Σκοπός-Στόχος.....	16
Ορισμοί Όρων.....	17
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ	
ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ	
1.Ιστορική Αναδρομή.....	20
2. Η Τρίτη Ηλικία	21
3. Κατάθλιψη στην Τρίτη Ηλικία	23
3.1. Συμπτωματολογία.....	26
3.2. Ταξινόμηση της κατάθλιψης.....	33
3.2.1. Παραδοσιακοί τρόποι ταξινόμησης της κατάθλιψης.....	33
3.2.2. Ταξινόμηση της κατάθλιψης σύμφωνα με το ICD-10.....	34
3.2.3. Ταξινόμηση της κατάθλιψης σύμφωνα με το DSM-IV.....	34
3.3. Επιδημιολογικά Δεδομένα.....	36
4. Είδη κατάθλιψης στην Τρίτη Ηλικία.....	37
5. Κλινικές Εικόνες Κατάθλιψης στην Τρίτη Ηλικία.....	40

5.1 Διαφορική Διάγνωση (κατάθλιψη στην τρίτη ηλικία-άνοια στην τρίτη ηλικία).....	41
5.1.1. Διάκριση της γεροντικής κατάθλιψης από τη γεροντική άνοια.....	45
5.1.2. Κοινά συμπτώματα μεταξύ κατάθλιψης και άνοιας:.....	46
5.1.3. Διαφορικά συμπτώματα υπέρ της κατάθλιψης:.....	46
5.1.4. Διαφορικά συμπτώματα υπέρ της άνοιας:.....	47
6. Αίτια Κατάθλιψης στην Τρίτη Ηλικία.....	47
6.1. Η Συνταξιοδότηση.....	49
6.2 Η Απώλεια Συντρόφου.....	53
6.3 Η Ιδέα του Επερχόμενου Θανάτου.....	58
6.4 Σεξουαλικές Μεταβολές.....	60
7. Θεραπευτική αντιμετώπιση.....	61
7.1 Πως Μπορώ να Βοηθήσω τον Εαυτό μου;.....	63
7.1.1. Αποδοχή της αδυναμίας.....	63
7.1.2. Ψυχοθεραπεία-Συμβουλευτική.....	64
7.1.3. Η προσευχή.....	66
7.1.4. Η αγάπη.....	67

ΚΕΦΑΛΑΙΟ III

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΚΑΙ ΓΗΡΙΑΤΡΙΚΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

1. Εισαγωγή.....	69
2. Αρχές Θεραπείας και η Διαδικασία Παρέμβασης του Κοινωνικού Λειτουργού για την Κάλυψη των Αναγκών Των Ηλικιωμένων Ατόμων.....	72
2.1 Χαρακτηριστικά των Ηλικιωμένων Ατόμων που θα Πρέπει να Λαμβάνει Υπόψη ο Κοινωνικός Λειτουργός.....	75

2.2 Ο Ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού και η Θεραπευτική Ομάδα στα Γηριατρικά και Γηροψυχιατρικά Πλαίσια.....	77
3. Κοινωνική Εργασία και Ασθενείς Τρίτης Ηλικίας με Κατάθλιψη.....	78
3.1 Η Εδραίωση της Θεραπευτικής Σχέσης Ασθενή Τρίτης Ηλικίας-Κοινωνικού Λειτουργού ως Ζωτικό Δυναμικό Στοιχείο για την Θεραπευτική Παρέμβαση.....	82
4. Υπηρεσίες Υγείας και Πλαίσια Φροντίδας Ηλικιωμένων.....	84
4.1. Ανοιχτή φροντίδα και προστασία ηλικιωμένων:.....	86
4.1.1. ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ:.....	86
4.1.2. Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ).....	88
4.1.3. Τηλεσυναγερμός.....	89
4.1.4. Χρόνια Ανοιχτή Φροντίδα-Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας-Κέντρα Υγείας.....	91
4.1.5. Οικογενειακή και άτυπη φροντίδα.....	91
4.1.6. Κατασκηνώσεις και Λουτροθεραπείες ηλικιωμένων.....	92
4.1.7. Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (Κ.Η.Φ.Η.).....	93
4.2. Φροντίδα στην οξεία φάση του προβλήματος που αντιμετωπίζει ο ηλικιωμένος:.....	95
4.3. Κλειστή και χρόνια ιδρυματική φροντίδα	95
 ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV	
Μεθοδολογία.....	99
ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΕΙΣ.....	100
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	104

ΚΕΦΑΛΑΙΟ V

1. Συμπεράσματα.....105

2. Εισηγήσεις.....110

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....112

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....118

ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ

Θα θέλαμε να εκφράσουμε τις ευχαριστίες μας για την ευγενική προσφορά όλων των ατόμων που στάθηκαν σημαντικοί αρωγοί στην προσπάθειά μας να ολοκληρώσουμε την παρούσα εργασία, προσφέροντάς μας πληροφορίες, γνώσεις, καθοδήγηση, τεχνική υποστήριξη και φυσικά τον χρόνο τους!

Αρχικά ευχαριστούμε θερμά την υπεύθυνη επόπτρια μας *κα. Γεωργίου Διαμάντω*, για τον πολύτιμο χρόνο της που μας αφιέρωσε, τις απαραίτητες πληροφορίες που μας παρείχε για την παρούσα μελέτη, τις κατευθύνσεις και τους προσανατολισμούς, καθώς και για την αμέριστη συμπαράσταση που λαμβάναμε, την ανεξάντλητη υπομονή της, τα οποία μας βοήθησαν στην ολοκλήρωση αυτού του έργου.

Επίσης ευχαριστούμε εγκάρδια την *κα. Πετράκη Αγγελική*, τον *κ. Ρούλη Γεώργιο* και τον *κ. Κυρίτση Κωνσταντίνο* για την αδιάκοπη παροχή τεχνικής υποστήριξης, την διάθεση υπολογιστών και την πρόσβαση στο διαδίκτυο.

Ακόμη ευχαριστούμε την *κα. Σκούλα Μαρία*, για την πολύτιμη βοήθεια που μας παρείχε με τις γνώσεις της στην Αγγλική Γλώσσα.

Τέλος να ευχαριστήσουμε ολόψυχα *τις οικογένειες μας* για την ηθική και υλική συμπαράσταση καθ' όλη τη διάρκεια των σπουδών μας αλλά και κατά την εκπόνηση της παρούσας εργασίας.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣ

Η πτυχιακή εργασία αυτή, αποτελεί μια προσπάθεια να παρουσιαστούν τα προβλήματα της τρίτης ηλικίας που συνδέονται με την κατάθλιψη και την σχέση της κοινωνικής εργασίας με τους γηριατρικούς ασθενείς με κατάθλιψη.

Η μελέτη της προχωρημένης ηλικίας άρχισε να καθιερώνεται τη δεκαετία του '60, όταν οι ερευνητές στην αναπτυξιακή ψυχολογία διατύπωσαν την άποψη ότι η ανθρώπινη ανάπτυξη δε σταματά στην εφηβεία αλλά συνεχίζεται δια βίου (Birren, 1964).

Αυτό σημαίνει ότι τόσο τα βιολογικά όσο και τα ψυχολογικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά του ατόμου αλλάζουν με την πρόοδο της ηλικίας σε όλη τη διάρκεια της ζωής του, και ως εκ τούτου χρήζουν ειδικής μελέτης.

Έτσι λοιπόν, στην εισαγωγή δίνονται γενικές πληροφορίες για την τρίτη ηλικία και την κατάθλιψη, και κατόπιν ορίζεται το πρόβλημα, ο σκοπός και οι στόχοι.

Στο 1^ο κεφάλαιο επίσης δίνονται ορισμοί όρων, όπως της κατάθλιψης, της γεροντολογίας, τα συμπτώματα και η ταξινόμηση της κατάθλιψης.

Στο 2^ο κεφάλαιο γίνεται πιο εκτενής αναφορά για την Τρίτη ηλικία και την κατάθλιψη. Αναφέρονται τα επιδημιολογικά δεδομένα, τα είδη, η κλινική εικόνα, η διαφορική διάγνωση, τα αίτια και η θεραπευτική αντιμετώπιση.

Η κατάθλιψη των ηλικιωμένων είναι μια ετερογενής κατάσταση η οποία προκύπτει από διάφορους ψυχο-κοινωνικούς στεσογόνους παράγοντες, βιολογικούς παράγοντες, σωματικές νόσους καθώς και από διάφορα φαρμακευτικά σκευάσματα. Η κλινική εικόνα μπορεί να διαφέρει, γι' αυτό το

λόγο στα πλαίσια της εργασίας έγινε ομαδοποίηση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε ξεχωριστές κατηγορίες.

Τονίζονται επίσης οι μεταβολές τόσο σε ψυχο-κοινωνικό επίπεδο, όσο και σε προσωπικό.

Θέματα που αφορούν περισσότερο την τρίτη ηλικία, όπως η απώλεια, η ιδέα του επερχόμενου θανάτου και η συνταξιοδότηση, αναπτύσσονται ειδικότερα.

Στο 3^ο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στην κοινωνική εργασία και στον ρόλο των διαθέσιμων μέσων καταπολέμησης της κατάθλιψης με αξιόλογες προοπτικές προσδοκώντας να παρέχουν μια νέα οπτική στην θεραπευτική διαδικασία αλλά και μια ευκολότερη, πιο ευχάριστη και ενδεχομένως ταχύτερη πορεία προς την αποκατάσταση με λιγότερες πιθανότητες υποτροπής του ασθενή.

Η κοινωνική εργασία έχει ένα ευρύ πεδίο μέσα στο οποίο μπορεί να υλοποιήσει την παρέμβαση της. Ο κοινωνικός λειτουργός ανάλογα με την φύση των συμπτωμάτων και τις υπάρχουσες συνθήκες του περιβάλλοντος του ασθενή, το χώρο και τις δυνατότητες που του παρέχονται από το θεραπευτικό περιβάλλον στο οποίο είναι εντεταλμένος, επιλέγει αυτόν που θεωρεί πλέον με αποτελεσματικό τρόπο, ώστε το θεραπευτικό αποτέλεσμα να είναι το καλύτερο δυνατό, προσφέροντας στον ηλικιωμένο τη δυνατότητα να ζήσει την υπόλοιπη ζωή του ομαλά, φυσιολογικά και ανθρώπινα, όπως δικαιούται.

Αναφέρονται επίσης οι Υπηρεσίες Υγείας και τα πλαίσια φροντίδας των ηλικιωμένων, ειδικότερα αναλύονται σύμφωνα με την εξής ταξινόμηση:

1. Προληπτική φροντίδα

- 1.1. Κ.Α.Π.Η.,
 - 1.2. Τηλεσυναγεργμός
 - 1.3. χρόνια ανοικτή φροντίδα – κέντρα ημερήσιας φροντίδας,
 - 1.4. Κέντρα Υγείας
 - 1.5. Οικογενειακή και άτυπη φροντίδα
2. Νοσοκομειακή περίθαλψη
 3. Κλειστή και χρόνια ιδρυματική φροντίδα

Στο 4^ο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στην μεθοδολογία και παρουσιάζονται κάποιες από τις συνεντεύξεις που πραγματοποιήθηκαν για τις ανάγκες της εργασίας αυτής.

Στο 5^ο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα συμπεράσματα και οι εισηγήσεις.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

Εισαγωγή

Σ' έναν κόσμο που αλλάζει με ταχύτατο ρυθμό, οι ηλικιωμένοι βρίσκονται καθημερινά ν' αντιμετωπίζουν τη σύγκρουση του χθες με το σήμερα , την ανατροπή των αξιών και των κανόνων συμπεριφοράς που «υπηρέτησαν» στη ζωή τους και καλούνται να λειτουργήσουν σε συνθήκες που είναι περισσότερο σύμπλοκες ακόμη και για τις πιο δραστήριες, λόγω ηλικίας, ομάδες πληθυσμού.

Μέσα σε σχέσεις συγκρουσιακές και ανταγωνιστικές, αποξενωμένοι απ' τον «κύκλο των δικών μας» ή στην καλύτερη περίπτωση, ζώντας σε διαμέρισμα κοντινής πολυκατοικίας με αυτήν των παιδιών τους. Έχοντας να αντιμετωπίσουν τη αρνητική στάση της κοινωνίας μέσα από την προκατάληψη, τον ορισμό της ελευθερίας ως ξέκομμα από την πάνω γενιά, τη στέρηση κάθε ρόλου, κάθε δραστηριότητας, κάθε δυνατότητας για λειτουργία.

Το πέρασμα από τη φάση της ζωής του ενήλικα σε αυτήν του ηλικιωμένου συντελείται απ' τη μια στιγμή στην άλλη, συνήθως οριζόμενο απ' τη συνταξιοδότηση, χωρίς καμία προετοιμασία, ενώ είναι γνωστό ότι αυτά τα κομβικά σημεία της αλλαγής της φάσης της ζωής, όπως και για κάθε άλλη ηλικία, ενέχουν μεγάλη αποσταθεροποίηση και πλήθος συναισθημάτων, αγωνίας, λύπης, άγχους, θυμού που μαζί με άλλους παράγοντες μπορεί να συντελέσουν ακόμα και στην εμφάνιση κατάθλιψης. Αυτό μπορεί να επιφέρει

αρνητικά αποτελέσματα στον ίδιο τον ηλικιωμένο αλλά και στην οικογένεια του.

Γνωρίζουμε για όλα αυτά; Τι σημαίνει κατάθλιψη στην τρίτη ηλικία; Από τι προέρχεται; Υπάρχει πρόληψη; Θεραπεύεται; Πως μπορούμε να βοηθήσουμε;

Δεν είναι δυνατόν λοιπόν να μένουμε αδιάφοροι βλέποντας καθημερινά ηλικιωμένα άτομα να αντιμετωπίζουν ένα πλήθος προβλημάτων όπως είναι τα σωματικά, τα ψυχολογικά και τα κοινωνικά προβλήματα. Εδώ γεννάται το ερώτημα: Τα ηλικιωμένα άτομα χρειάζονται μόνο φαρμακευτική θεραπεία; Μήπως η περισσότερη κατανόηση, φροντίδα αλλά και βοήθεια δεν βλάπτει τόσο από την πλευρά της οικογένειας, όσο και από την πλευρά των ειδικών αλλά και της κοινωνίας γενικότερα;

Το Πρόβλημα

«Δεν είναι η σωματική δύναμη, η ευστροφία, η ταχύτητα που κάνουν τις μεγάλες πράξεις, αλλά η σωφροσύνη το κύρος και η αξία της γνώμης. Τα γηρατειά όχι μόνο δε στερούνται όλα αυτά, αλλά τα έχουν προνομιακά». Αυτά ανήκουν στον αρχαίο ρήτορα Κικέρωνα.

Αλήθεια πότε γερνάει ο σύγχρονος άνθρωπος; Στα 60, στα 70 ή μήπως αργότερα? Στην προσπάθειά μας να εντάξουμε κάποιο πρόσωπο στο γεροντικό πληθυσμό, αποκαλώντας το γέρο, συναντάμε σημαντικά ερωτήματα και ενδοιασμούς και αυτό γιατί δεν υπάρχουν αντικειμενικά κριτήρια που να κατοχυρώνουν τη ένταξη κάποιου στο γεροντικό πληθυσμό, σ' αυτό που αποκαλούμε «τρίτη ηλικία». Γιατί το μόνο κριτήριο που ισχύει γι' αυτή την ένταξη και που αμφισβητείται από πολλούς είναι η ηλικία.

Είναι όμως έτσι απλά τα πράγματα; Ο άνθρωπος έχει μόνο χρονολογική ηλικία? Και η ψυχική του διάθεση δεν είναι στοιχείο που συνθέτει την ηλικία του;

Ένα χαρακτηριστικό που ισχύει σ' αυτή την περίοδο της ζωής του ανθρώπου, είναι η απομάκρυνση του από την ενεργό δράση και προσφορά προς το κοινωνικό σύνολο, που εκφράζεται με τη διακοπή από την εργασία του (Τσελεπόγλου, 1982).

Το όριο των 60-65 χρόνων, είναι το όριο συνταξιοδότησης του εργαζόμενου. Έτσι μπορούμε να πούμε πως θεωρητικά η έναρξη συνταξιοδότησης συμβαδίζει με την είσοδο του ατόμου στην τρίτη ηλικία.

Πολλοί ερευνητές του θέματος υποστηρίζουν πως το γεγονός αυτό της συνταξιοδότησης δρα σαν αιτία για σοβαρές ψυχολογικές και συναισθηματικές αλλοιώσεις που συμβαίνουν αργότερα στο άτομο. Γνωρίζουμε όμως, πως η ψυχολογική και συναισθηματική κατάσταση στον άνθρωπο είναι σε συνάρτηση με τη σωματική του κατάσταση. Γι' αυτό, στην περίοδο αυτή της ζωής του ατόμου παρουσιάζονται και σωματικές αλλοιώσεις (Αβεντισιάν-Παγοροπούλου Άννα, 1993).

Τα γηρατειά ταυτίζονται γενικά με την ανημποριά και την αρρώστια, την ασχήμια και την εγκατάλειψη και οι άνθρωποι τα φοβούνται. Αναμφίβολα οι ηλικιωμένοι παρουσιάζουν σημαντικές διαταραχές και αρρώστιες, όπως αρθρίτιδα-ρευματικά, είναι όμως ανακριβές ότι τα γηρατειά είναι αυτά καθ' αυτά μια μορφή γενικευμένης αρρώστιας. Ακόμη έχει παρατηρηθεί ότι η φυσική κατάσταση και η συνεχής ενασχόληση με αυτή, αποτελεί ζωτικό θέμα συζήτησης για την ψυχολογία των προχωρημένων σταδίων της ζωής. Έτσι ερωτήματα ηλικιωμένων όπως:

- Θα εξακολουθήσω άραγε να βασίζομαι στα μάτια μου, ή στα αυτιά μου;
- Η καρδιά μου, τα νεφρά μου, τι συκώτι μου, οι πνεύμονες μου θα τα βγάλουν πέρα;
- Γενικά το σώμα μου θα είναι σε θέση να αποτρέψει αρρώστιες, να αντιδρά, να συνέρχεται;
- Η ικανότητα μου να θυμάμαι και να σκέφτομαι θα περιοριστεί;
- Μήπως πρέπει να υποταχτώ στα γηρατειά και να περιμένω τις αρρώστιες που προέρχονται απ' αυτά;

επηρεάζουν τη ζωή τους τόσο σωματικά όσο και κοινωνικά.

Ρωτήθηκε κάποια γυναίκα που γιόρταζε σε λίγο τα εκατό της χρόνια, τι είχε κάνει γενικά στη ζωή της. Η γυναίκα αυτή απάντησε αμέσως, χωρίς δεύτερη σκέψη «Πως μπορώ να σου πω, αφού δεν τελείωσε ακόμη;» Η εκατόχρονη αυτή γυναίκα έστειλε το μήνυμα: Εφόσον υπάρχω δημιουργώ. (Μποβουάρ Ντε Σιμόν, 1980, Τσελεπόγλου, 1982).

Σε πάρα πολλούς άνδρες και γυναίκες της τρίτης ηλικίας, προκαλεί αγανάκτηση η περιπαικτική προσαγόρευση: «Γέρο ή γριά, παππού ή γιαγιά» το μέγεθος της πικρίας με την οποία ποτίζουν τους μεγαλύτερους, βυθίζοντας τους μέσα σε δευτερόλεπτα στην απόγνωση μέχρι του σημείου που να τους κάνει να διερωτώνται αλλά και να παρακαλούν τους φίλους και γνωστούς ικετευτικά, να τους απαντήσουν στο ερώτημα “Γέρασα λοιπόν τόσο πολύ;”.

Ο σύγχρονος ηλικιωμένος έχει μια εντελώς υποκειμενική τοποθέτηση πάνω στο θέμα της ηλικίας, ιδίως όταν δραστηριοποιείται πέρα των εβδομήντα ή και ογδόντα χρόνων. Δεν θέλει κατά κανένα τρόπο, να παραδεχτεί ότι διανύει την τρίτη ηλικία ή την τέταρτη ηλικία (υπερήλικας). Άλλωστε γιατί να το παραδεχτεί, αφού εξακολουθεί να είναι ακόμη σχετικά

ακμαίος και παραγωγικός και ίσως παραγωγικότερος από πολλούς νεότερους του. (Αστερίου, 1996, Σπινέλη, 1991).

Είναι άδικο να αποκαλείται γέρος, ένας άνθρωπος που προσπαθεί και αποδίδει σε πολύ υψηλό βαθμό στο επάγγελμα του και που αισθάνεται ακόμα νέος, γεμάτος όρεξη για δουλειά και δημιουργία. Ορθά σκέφτεται όταν διερωτάται: “Μα γιατί εγώ γέρος και όχι ο τάδε νεώτερος μου στα χρόνια, που στο κάτω-κάτω έχει κυρτώσει ή ασπρίσει πάρα πολύ και αποδίδει πολύ λιγότερο απ’ ότι εγώ;”.

Τελικά είναι πολύ δύσκολο να ξεκαθαρίσουμε πότε ένα άτομο είναι ηλικιωμένο, όταν συνταξιοδοτείται, όταν παύει να εργάζεται, όταν εμφανίζονται νοσηρές καταστάσεις, απώλεια νοητικών λειτουργιών ή όταν το ίδιο το άτομο νιώθει ότι αρχίζει να γερνάει και βαδίζει προς την τρίτη ηλικία ανεξάρτητα του αν ήδη βρίσκεται στο 70^ο έτος ή και παραπάνω;

Όμως η χρονολογική ηλικία αποτελεί γενικά το μέτρο τεχνικής για την ταξινόμηση των ανθρώπων. Η αύξηση της ηλικίας, το γέρασμα μπορεί να θεωρηθεί μια διαδικασία ή ένα σύνολο από διαδικασίες που οπωσδήποτε διαρκεί χρόνια και καταλήγει στα γηρατειά. Τα γηρατειά ωστόσο είναι φυσική αλλά και νοητική κατάσταση. Καθορίζεται εκτός από διάφορα εξωτερικά κριτήρια όπως και η χρονολογική ηλικία και από την προσωπική κρίση του ατόμου και γίνεται επιθυμητή κατάσταση ή αγνοείται. Ο όρος γηρατειά χαρακτηρίζει λόγω της σημαντικής και συστηματικής αύξησης των ατόμων της ηλικίας 60 ετών και άνω, όλο και μεγαλύτερες ηλικίες (Πατσάκα, 1992, Σπινέλη, 1991).

Επομένως, μέσα από όλες αυτές τις αλλαγές και τις συνθήκες που περνάει το άτομο που φτάνει στην ηλικία των 65 ετών και άνω σε συνάρτηση

σημαντικών γεγονότων, πιεστικών για εκείνον και δυσάρεστων όπως απώλεια αγαπημένου προσώπου, μιας μεγάλης απογοήτευσης στο σπίτι ή στη εργασία (π.χ. συνταξιοδότηση), προκαλούν και μπορούν να εμφανίσουν ψυχικές διαταραχές μέχρι και κατάθλιψη. Έτσι βλέπουμε τα άτομα αυτά σταδιακά να αποσύρονται στον εαυτό τους, να μην εκφράζουν τα συναισθήματά τους, να είναι απαθή σε όσα τους περιβάλουν και νιώθουν ανάξιοι και ανίκανοι να προσφέρουν οτιδήποτε.

Κλείνοντας πρέπει να τονιστεί ότι ένα μεγάλο ποσοστό της τρίτης ηλικίας πλέον εμφανίζει καταθλιπτικά επεισόδια και πρέπει όλοι να προσπαθήσουμε για τη πρόληψη ή την αντιμετώπιση της.

Σκοπός – Στόχος

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να επισημανθεί κατά πόσο οι κοινωνικοί, Ψυχολογικοί, και βιολογικοί παράγοντες συμβάλουν στην δημιουργία κατάθλιψης στην τρίτη ηλικία.

Ο στόχος που θα επιδιώξει να εκπληρώσει η παρούσα εργασία, είναι να αναδείξει το μέγεθος και τα χαρακτηριστικά του προβλήματος, καθώς και να παρουσιάσει τον ορθό τρόπο αντιμετώπισης του, από τον ίδιο τον ηλικιωμένο, την οικογένεια του, δίνοντας ιδιαίτερη σημασία στο ρόλο που κατέχει η "κοινωνική εργασία" στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης στην τρίτη ηλικία, σε στενή συνεργασία πάντα με τους παραπάνω και με τις υπόλοιπες ειδικότητες των υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Ορισμοί Όρων

Στη συνέχεια παραθέτουμε τους ορισμούς κάποιων βασικών όρων που αναφέρονται στην παρούσα εργασία.

Ανοιχτή Περιθαλψη: Εννοούμε την παροχή εξωϊδρυματικής φροντίδας σε άτομα που έχουν ανάγκη, με απαραίτητη προϋπόθεση την παραμονή τους στο φυσικό τους περιβάλλον (Τεγόπουλος-Φυτράκης, 1999, σελ. 274).

Γεροντολογία: Είναι η επιστήμη που ασχολείται με το φαινόμενο γήρανσης κάθε έμβιου όντως και τα διάφορα προβλήματα της διεργασίας αυτής (Τζιμαράς, 1987, σελ. 3).

Γηρατειά: Είναι μια φυσιολογική, εξελισσόμενη διαδικασία της οποίας ο άνθρωπος παρουσιάζει μια κάμψη στις οργανικές και λειτουργικές ικανότητες του (Παγοροπούλου, 2000β, σελ. 25)

Γηριατρική: Κλάδος της ιατρικής, που ασχολείται με τις ασθένειες τα προβλήματα, την ψυχολογική στήριξη και φροντίδα των ατόμων προχωρημένης ηλικίας (Μπαμπινιώτης, 1998, σελ. 420).

Ηλικιωμένος: Αυτός που βρίσκεται στη γεροντική ηλικία, που είναι προχωρημένης ηλικίας, υπερήλικας (Μπαμπινιώτης, 1998, σελ. 731).

Κλειστό Ίδρυμα: Είναι η ειδική χρήση του όρου ίδρυμα. Αναφέρεται σε μέρη περιορισμού (μερικού ή ολικού) όπου ο τρόπος ζωής είναι αυστηρά περιορισμένος και οργανωμένος με κανόνες οι οποίοι ελέγχονται από ειδικά πρόσωπα (Διαμαντόπουλος, Δ.Π. 1998, σελ. 234).

Τρίτη-Τέταρτη Ηλικία: Η Παγκόσμια Συνέλευση Γήρατος (Βιέννη, 1982) πρότεινε και έγινε αποδεκτό να θεωρείται η ηλικία των ατόμων 60 έως 75 ετών να ανήκουν στην τρίτη ηλικία και άτομα 75 ετών και άνω στην τέταρτη ηλικία (Παγοροπούλου, 2000β σελ. 31).

Κατάθλιψη: Ορίζεται ως μια κατάσταση παθολογικής θλίψης που συνοδεύεται από σημαντική μείωση του αισθήματος προσωπικής αξίας και από την επώδυνη συνείδηση της επιβράδυνσης των νοητικών, ψυχοκινητικών και οργανικών διαδικασιών. Λόγω της έλλειψης ενός λειτουργικού και γενικά αποδεκτού ορισμού, η κατάθλιψη ορίζεται κατά κύριο λόγο από τις ψυχολογικές, συμπεριφορικές, γνωστικές και βιολογικές εκδηλώσεις της (Κλεφτάρας, 1998).

Ποια είναι η Σχέση Ανάμεσα στη Φυσιολογική Θλίψη και την Κατάθλιψη:

Αρνητικά συναισθήματα θλίψης, στενοχώριας και απογοήτευσης είναι κοινά σε όλους τους ανθρώπους. Αισθανόμαστε απογοήτευση μετά από μια αποτυχία ή θλίψη μετά από ένα χωρισμό ή απώλεια. Τα αρνητικά αυτά συναισθήματα είναι φυσιολογικά και δεν επηρεάζουν σημαντικά τη δυνατότητα μας να ανταποκρινόμαστε στις καθημερινές μας υποχρεώσεις. Θα μπορούσαμε μάλιστα να πούμε ότι είναι και χρήσιμα στο βαθμό που μας βοηθούν να γνωρίσουμε καλύτερα κάποιες αδυναμίες του χαρακτήρα μας. Η θλίψη μας σκληραγωγεί και μας εκπαιδεύει ώστε να μπορούμε να αντιμετωπίσουμε δυναμικά τις αντιξοότητες που μπορεί να προκύψουν αργότερα στη ζωή μας (Kennedy, 1996, Wertheimer, 1999).

Η αυτογνωσία που προκύπτει μέσα από τις αρνητικές εμπειρίες μας βοηθά να κάνουμε προσπάθειες να αλλάξουμε τον εαυτό μας ώστε να αποφεύγουμε στο μέλλον τις αρνητικές συνέπειες των ανώριμων συμπεριφορών.

Όταν η θλίψη αντί να μειώνεται με το πέρασμα του χρόνου γίνεται πιο έντονη και διαρκεί περισσότερο από δύο εβδομάδες εμποδίζοντας τις

φυσιολογικές δραστηριότητες της ομαλής ζωής όπως είναι η δουλεία, η διατροφή, ο ύπνος και οι στενές μας σχέσεις τότε είναι πιθανόν να υποφέρουμε από κατάθλιψη και να χρειαζόμαστε τη βοήθεια κάποιου ειδικού για να την αντιμετωπίσουμε. Αυτό που χαρακτηρίζει την κατάθλιψη δεν είναι η παρουσία των αρνητικών συναισθημάτων αλλά η μεγάλη ένταση και η μακρά τους διάρκεια (Wertheimer, 1999).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ II

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

1. Ιστορική Αναδρομή

Στην αρχαία Ελλάδα οι ηλικιωμένοι ήταν σεβαστά πρόσωπα και απολάμβαναν τιμών και προστασίας, δεδομένου ότι εκτός των άλλων πρόσφεραν τη σοφία τους και τις πολύτιμες εμπειρίες της ζωής. Χαρακτηριστικό είναι το ενδιαφέρον του Πλάτωνα να συζητά με ηλικιωμένους «χαίρω διαλεγόμενος τοις σφόδρα πρεσβύταις». Στην αρχαία Ελλάδα η λέξη «γέρων» ήταν τίτλος τιμής. Χαρακτηριστικό και συγκινητικό είναι το παράδειγμα του Αινεία στην Τροία που μετέφερε στους ώμους του το γέροντα πατέρα του.

Στην αρχαία Ελλάδα δεν υπήρχαν γηροκομεία διότι την ευθύνη των γερόντων είχαν ως ιερό καθήκον τα παιδιά τους, πράγμα που τονίζει και ο Αριστοτέλης. Η πολιτεία όμως με νόμους κατοχύρωνε τα δικαιώματα των γερόντων καθώς επίσης την περιουσία τους και το δίκιο τους. Οι μορφωμένοι γέροντες χρησιμοποιούνταν ως παιδαγωγοί (Πουλοπούλου, 1999).

Στη Βυζαντινή περίοδο για πρώτη φορά συναντάτε κοινωνική φροντίδα των ηλικιωμένων και το πρώτο γηροκομείο ιδρύθηκε από το Μεγάλο Βασίλειο στα πλαίσια της Βασιλειάδας.

Στις μέρες μας το κράτος, οι τοπικοί δήμοι (ΚΑΠΗ κ.α.), η Εκκλησία και η ιδιωτική πρωτοβουλία ιδρύουν κατάλληλα κέντρα προστασίας ηλικιωμένων, γηροκομεία, οίκους ευγηρίας και σπίτια γαλήνης. Ο WHO τονίζει: Σε έναν αληθινά υγιή και πολιτισμένο κόσμο οφείλουμε να μεριμνούμε για τα άτομα όλων των ηλικιών, από τα πολύ μικρά παιδιά μέχρι και τους υπερήλικες (Χανιώτη, 1998, Πουλοπούλου, 1999).

2. Η Τρίτη Ηλικία

Ο αριθμός των ηλικιωμένων ατόμων αυξάνει συνεχώς στις σύγχρονες κοινωνίες. Η αύξηση αυτή οφείλεται σε πολλούς λόγους, οι βασικότεροι των οποίων είναι η άνοδος του ορίου ηλικίας του ανθρώπου και η παράταση της ζωής του, η πρόοδος της ιατρικής που μπορεί να καταπολεμά πολλές ασθένειες που ως πρόσφατα ήταν συχνά θανατηφόρες, η πρόοδος της τεχνολογίας που καθιστά δυνατή την επιβίωση ατόμων με συγκεκριμένες δυσκολίες και οι οποίοι παλιότερα δεν μπορούσαν να αντεπεξέλθουν στις δυσκολίες της καθημερινής ζωής (Δοντάς, 1981 Kastenbaum, 1982, Χανιώτης 1989, Παπασπυρόπουλος, 1991).

Η Παγκόσμια Συνέλευση Γήρατος (Βιέννη, 1982), πρότεινε και έγινε δεκτό α) να θεωρείται η ηλικία των 60 ετών το όριο για την τρίτη ηλικία και β) επειδή δεν υπάρχει ομοιογένεια στους υπερήλικες να χωρίζονται σε υποομάδες ώστε άτομα 60 μέχρι 75 ετών να ανήκουν στην τρίτη ηλικία και άτομα 75 ετών και πάνω στην τέταρτη ηλικία.

Η γήρανση δεν είναι νόσος αλλά μια φυσιολογική, εξελισσόμενη διαδικασία της οποίας ο άνθρωπος παρουσιάζει μια κάμψη στις οργανικές και λειτουργικές ικανότητες του (Παγοροπούλου, 2000β).

Στη διάρκεια της τρίτης ηλικίας σημειώνονται σαφείς και σημαντικές βιοσωματικές αλλαγές. Ο ανθρώπινος οργανισμός έχει την ικανότητα να αναπληρώνει τις φυσιολογικές απώλειες, χάρη στους εσωτερικούς αντισταθμιστικούς του μηχανισμούς, μέχρι την ηλικία των 60 ή 75 ετών. Μετά την ηλικία αυτή οι φθορές τόσο στην εξωτερική εμφάνιση του ατόμου όσο και στα εσωτερικά του όργανα και οργανικά συστήματα γίνονται αισθητές. Το σώμα γίνεται βραχύτερο, το σχήμα και η μορφή του σταδιακά μεταβάλλονται,

το δέρμα αποκτά ρυτίδες. Από τα οργανικά συστήματα, το κυκλοφορικό, το αναπνευστικό, το ερειστικό, το μυϊκό, το γαστρεντερολογικό, το γεννητικό, το ουροποιητικό, το ανοσοποιητικό και το νευρικό υφίστανται μικρότερες ή μεγαλύτερες αλλαγές. Πέρα από τις βιοσωματικές αλλαγές που σημειώνονται στην τρίτη ηλικία, μπορεί να εμφανιστούν και κάποιες ψυχιατρικές διαταραχές, όπως η κατάθλιψη, η άνοια και η νόσος Alzheimer (Κωσταρίδου – Ευκλείδη, 1999, Χατζηαντωνίου, 2000).

Η λειτουργία των αισθητήριων οργάνων (όραση, ακοή, γεύση, όσφρηση και αφή μεταβάλλονται. Οι βλάβες που σημειώνονται στην όραση και ακόμα περισσότερο στην ακοή των ατόμων της τρίτης ηλικίας έχουν αντίκτυπο στην ψυχολογική λειτουργία και συμπεριφορά των ατόμων αυτών. Η γεύση και η οσμή μεταβάλλονται επίσης, με την έννοια ότι γίνονται λιγότερο οξείες και αυτό έχει επιπτώσεις στην ποιότητα της διατροφής των ατόμων.

Από την άλλη πλευρά η κινητική ικανότητα και η ικανότητα αντίδρασης είναι δύο ψυχοφυσιολογικές λειτουργίες, στις οποίες σημειώνεται σταδιακή επιβράδυνση (Χατζηαντωνίου, 2000).

Η έλευση της τρίτης ηλικίας δεν συνδέεται αναγκαστικά με την έλευση των ασθενειών παρά τη γενική αντίληψη που επικρατεί. Κάθε άτομο γηράσκει με τον δικό του μοναδικό τρόπο. Κατά συνέπεια σημειώνονται μεγάλες διατομικές διαφορές που πρέπει να προστεθούν και οι ενδοατομικές διαφορές του κάθε ηλικιωμένου ατόμου: ο βαθμός γήρανσης είναι διαφορετικός όσον αφορά τις φυσιολογικές, τις ψυχοφυσιολογικές και τις συμπεριφοριστικές μετρήσεις του ίδιου ατόμου (Κωσταρίδου – Ευκλείδη, 1999).

Οι χρόνιες παθήσεις από τις οποίες ενδέχεται να πάσχουν τα άτομα της τρίτης ηλικίας μπορεί να τους ακολουθούν για πολλά χρόνια χωρίς να

παρακωλύουν την καθημερινή τους φυσιολογική δραστηριότητα. Αντίθετα η λειτουργικές βλάβες έχουν σχέση με την παρεμπόδιση της καθημερινής λειτουργίας του ηλικιωμένου. Η παραίτηση του ηλικιωμένου από το να χρησιμοποιεί όλες τις δυνάμεις που ακόμα διαθέτει οδηγεί σε βαθμιαία παρακμή των δυνάμεων του. Η απραξία εξασθενεί τους ηλικιωμένους ανθρώπους και επιταχύνει τη φυσιολογική τους κάμψη.

Οι συνήθεις ασθένειες της τρίτης ηλικίας είναι η οστεοπόρωση – οστεοαρθρίτιδα που προσβάλλει κυρίως τις γυναίκες, οι ορθοπεδικές βλάβες που μπορεί να οδηγήσουν σε ατυχήματα λόγω πτώσης του ηλικιωμένου, ο καρκίνος, τα καρδιαγγειακά νοσήματα, τα αναπνευστικά νοσήματα και οι οργανικές εγκεφαλικές βλάβες (Κωσταρίδου-Ευκλείδη, 1999, Παγοροπούλου, 2000β).

3. Κατάθλιψη στην Τρίτη Ηλικία

Η κατάθλιψη, σε όλες της τις μορφές, απαντάται συχνότατα σε πληθυσμούς ηλικιωμένων, θεωρείται δε ως ετερογενής κατάσταση, που προκύπτει ως αποτέλεσμα επίδρασης διαφόρων κοινωνικών, ψυχολογικών και βιολογικών παραγόντων. Αν και στα σύγχρονα διαγνωστικά εγχειρίδια δεν υπάρχει ανεξάρτητη κατηγορία κατάθλιψης που να αναφέρεται στο ηλικιακό φάσμα των ατόμων προχωρημένης ηλικίας, εντούτοις, η κατάθλιψη των ηλικιωμένων (κυρίως με όψιμη έναρξη) έχει όχι μόνο χαρακτηριστικά ευρήματα στις σύγχρονες τεχνικές απεικόνισης του εγκεφάλου, αλλά και ιδιαίτερη κλινική-φαινομενικά έκφραση. Έτσι, συχνότερα οι ηλικιωμένοι καταθλιπτικοί εμφανίζουν αϋπνία, ανησυχία, ευερεθιστότητα, υποχονδριακά ενοχλήματα, παραληρητικές ιδέες, γνωσιακή δυσλειτουργία, ενώ σπανιότερα

εμφανίζουν καταθλιπτικό συναίσθημα και εκφραζόμενο αυτοκτονικό ιδεασμό (Tucker, 1999, Χριστοδούλου, Χαβάκη-Κονταξάκη, 2000, Hollander & Wong, 2002).

Τα ηλικιωμένα καταθλιπτικά άτομα μεταπίπτουν συχνότερα σε χρόνια καταθλιπτική συμπτωματολογία, ειδικότερα δε οι ασθενείς με συνυπάρχουσα σωματική νόσο, παρουσιάζουν μακρά διάρκεια του καταθλιπτικού επεισοδίου και έλλειψη κοινωνικών υποστηρικτικών συστημάτων.

Για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης του ηλικιωμένου ατόμου εφαρμόζονται θεραπείες βιολογικού (αντικαταθλιπτικά φάρμακα, ηλεκτροσπασμοθεραπεία) ή και ψυχολογικού τύπου (υποστηρικτική, γνωσιακή-συμπεριφερολογική θεραπεία κ.α.). Δεδομένου ότι σήμερα πολλοί ηλικιωμένοι μένουν μόνοι (λόγω αλλαγής της οικογενειακής δομής), ενώ συγχρόνως εμφανίζουν και προβλήματα σωματικής υγείας, η αποκάλυψη και η αντιμετώπιση της κατάθλιψης του ηλικιωμένου αποτελεί ένα πολύπλοκο και σύνθετο κοινωνικό-ψυχιατρικό πρόβλημα (Quinn & Tomita, 1986, Morinari, 1991).

Η κατάθλιψη αποτελεί μια ψυχική διαταραχή γνωστή από τους αρχαίους χρόνους. Ήδη ο Ιπποκράτης τον τέταρτο αιώνα, περιέγραψε με λεπτομέρεια τόσο την κατάθλιψη όσο και τη μανία. Σήμερα, στο δυτικό κόσμο η συχνότητα της κατάθλιψης είναι ιδιαίτερα αυξημένη, σε σημείο που θα μπορούσαμε να πούμε ότι παίρνει ανησυχητικές διαστάσεις.

Η λέξη «κατάθλιψη» χρησιμοποιείται για ένα ευρύ φάσμα συναισθηματικών καταστάσεων που μπορεί να είναι είτε φυσιολογικές είτε παθολογικές. Έτσι, λοιπόν, η κατάθλιψη μπορεί να αποτελεί: α) μια φυσιολογική διάθεση ή συναίσθημα, όπως για παράδειγμα στην περίπτωση

μιας σημαντικής απώλειας ή θανάτου ενός αγαπημένου προσώπου, β) ένα σύμπτωμα, στην περίπτωση όπου η κατάθλιψη είναι μια μορφή αντίδρασης στο στρες ή μια δευτερογενής αντίδραση σε ασθενείς με οργανικά ή ψυχιατρικά προβλήματα και γ) μια ψυχοπαθολογική διαταραχή ή σύνδρομο, όπως για παράδειγμα η Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή, η Δυσθυμική Διαταραχή ή οι Διπολικές Διαταραχές που μεταξύ άλλων κατατάσσονται, τόσο σύμφωνα με το ICD-10 (World Health Organization, 1993) όσο και με το DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) στις Διαταραχές Διάθεσης.

Παρά το γεγονός ότι η κατάθλιψη είναι σχετικά συχνό φαινόμενο, ο ορισμός της δεν είναι εύκολος. Ακόμη και οι ειδικοί δεν συμφωνούν σχετικά με τη φύση της, ούτε και έχουν καταλήξει με το αν πρόκειται ουσιαστικά για ένα βιολογικό ή για ένα ψυχολογικό φαινόμενο. Σε ένα σημείο εντούτοις υπάρχει ομοφωνία, ότι η κατάθλιψη παρουσιάζεται ως ένα παγκόσμιο χαρακτηριστικό της ανθρώπινης φύσης, από την παροδική θλίψη που μπορεί να συμβεί στον καθένα από εμάς μέχρι τη βαριά κατάθλιψη, Έτσι, η κατάθλιψη θα μπορούσε να οριστεί ως μια κατάσταση παθολογικής θλίψης που συνοδεύεται από σημαντική μείωση του αισθήματος προσωπικής αξίας και από την επώδυνη συνείδηση της επιβράδυνσης των νοητικών, ψυχοκινητικών και οργανικών διαδικασιών. Λόγω της έλλειψης ενός λειτουργικού και γενικά αποδεκτού ορισμού, η κατάθλιψη ορίζεται κατά κύριο λόγο από τις ψυχολογικές, συμπεριφορικές, γνωστικές και βιολογικές εκδηλώσεις της (Κλεφτάρας, 1998).

Σύμφωνα με το DSM-IV της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας (1994) τα λειτουργικά κριτήρια της κατάθλιψης είναι: α) έντονο συναίσθημα θλίψης, β) έλλειψη αντιδραστικότητας του συναισθήματος, γ) έκπτωση της φυσικής, ψυχοφυσιολογικής και ψυχολογικής λειτουργικότητας και δ) διάρκεια

και ένταση των συμπτωμάτων. Ο ορισμός της κατάθλιψης δεν πρέπει να παραλείπει ή να επισκιάζει κάποιο από τα τέσσερα λειτουργικά κριτήρια.

Έτσι με βάση τα προαναφερθέντα κριτήρια, ένας πλήρης κατά το δυνατό ορισμός της κατάθλιψης είναι: «Με τον όρο κατάθλιψη εννοούμε την κατάσταση εκείνη του ασθενούς, στην οποία το αίσθημα θλίψης, απογοήτευσης και ανημποριάς είναι πολύ πιο βαθύ από μια απλή μελαγχολία, δεν επηρεάζεται θετικά από τα ευχάριστα γεγονότα που συμβαίνουν στο περιβάλλον, υποβαθμίζει σημαντικά τη λειτουργικότητα του ασθενούς σε όλους τους τομείς της καθημερινής ζωής και μπορεί να διαρκέσει εβδομάδες ή και μήνες» (Παγοροπούλου, 2000α).

3.1. Συμπτωματολογία

Η κατάθλιψη ορίζεται κυρίως από τα συμπτώματα της, που είναι ποικίλα και συχνά εκδηλώνονται τόσο με τρόπο ψυχολογικό, όσο και οργανικό. Βεβαίως, όλα τα συμπτώματα δεν πρέπει απαραίτητα να είναι παρόντα για να διαγνωστεί η κατάθλιψη. Πολλά εξαρτώνται από την ένταση, τη σοβαρότητα και τη διάρκειά τους σε σχέση με τη συγκεκριμένη κλινική κατάσταση (Χριστοδούλου, 1998, Παγοροπούλου, 2000α).

Θα πρέπει να έχουμε υπόψη μας ότι τα συμπτώματα στην κατάθλιψη μπορεί να είναι παρόντα και σε άλλες διαταραχές εκτός από αυτήν. Τα συμπτώματα της κατάθλιψης μπορούν να κατηγοριοποιηθούν ως εξής:

A) Συμπτώματα σχετικά με το συναίσθημα: λύπη, θλίψη, άγχος, ενοχές, θυμός, εχθρότητα, εκνευρισμός, ευερεθιστότητα.

B) Συμπτώματα συμπεριφοράς: διέγερση, καταθλιπτικό προσωπείο και στάση σώματος, ψυχοκινητική επιβράδυνση, αργή ομιλία και σκέψη, κλάμα και απόπειρες αυτοκτονίας.

Γ) Συμπτώματα σχετικά με τις στάσεις απέναντι στον ίδιο τον εαυτό και στο περιβάλλον: αυτομομφή, χαμηλή αυτοεκτίμηση, αισθήματα ανημποριάς, απαισιοδοξίας και απελπισίας, σκέψεις θανάτου και αυτοκτονίας.

Δ) Συμπτώματα γνωστικής εξασθένησης: μειωμένη ικανότητα σκέψης και αδυναμία συγκέντρωσης.

Ε) Συμπτώματα σχετικά με οργανικές αλλαγές (μεταβολές) και ενοχλήσεις (νευροφυτικά συμπτώματα): αδυναμία να βιώσει κανείς ευχαρίστηση, απώλεια όρεξης, διαταραχές ύπνου, απώλεια ενέργειας και εξάντλησης, μείωση σεξουαλικού ενδιαφέροντος και παράπονα για οργανικά προβλήματα (Χριστοδούλου, 1998, Κωσταρίδου- Ευκλείδη, 1999, Παγοροπούλου, 2000 α).

Τα συμπτώματα της κατάθλιψης αναφέρονται αναλυτικά παρακάτω:

Καταθλιπτική διάθεση: Η πλειοψηφία των καταθλιπτικών αναφέρουν κάποιο βαθμό θλίψης ή ότι αισθάνονται δυστυχισμένοι. Αυτό μπορεί να κυμαίνεται μεταξύ της ήπιας θλίψης ή της μελαγχολίας και της βαθιάς απελπισίας και συχνά περιγράφεται από το άτομο ως μοναξιά, «βαριεστιμάρα» ή και παντελή έλλειψη κάθε ελπίδας για βελτίωση της κατάστασης. Οι καταθλιπτικοί θεωρούν την κατάσταση τους μη αναστρέψιμη και μπορεί να κλαίνε συχνά, μερικοί μάλιστα αναφέρουν ότι αισθάνονται σαν να «κλαίνε εσωτερικά».

Συνήθως οι καταθλιπτικοί παρουσιάζουν το χαρακτηριστικό καταθλιπτικό προσωπείο: οι άκρες του στόματος βρίσκονται σε σχετική

πτώση, τα μάτια είναι κόκκινα και πρησμένα από το κλάμα, το βλέμμα απλανές και η έκφραση θλιμμένη. Στα αρχικά στάδια πάντως, μερικοί είναι δυνατόν να μην εμφανίζουν τέτοια χαρακτηριστικά, να φαίνονται ευδιάθετοι και να χαμογελούν, παρά την εσωτερική τους θλίψη ή και απόγνωση. Συχνά μάλιστα όταν αναφερθεί η «σωστή» ή η «λάθος» λέξη, οι άμυνες τους υποχωρούν, λυγίζουν και ξεσπούν σε λυγμούς (Κλεφτάρας, 1998, Παγοροπούλου, 2000α).

Ανηδονία ή απώλεια του ενδιαφέροντος ή της ευχαρίστησης από συνήθειες δραστηριότητες: Πολλοί καταθλιπτικοί φαίνεται να χάνουν την ικανότητα να αντλούν ικανοποίηση από δραστηριότητες που συνήθιζαν να θεωρούν ευχάριστες, όπως το φαγητό, οι έξοδοι, οι φίλοι, τα σπώρ κ.λ.π. Επιπλέον σοβαρά καταθλιπτικοί ασθενείς μπορούν να βιώσουν μια ολοκληρωτική «παράλυση της βούλησης» που εκδηλώνεται με την αδυναμία να κάνουν το πιο απλό πράγμα, όπως για παράδειγμα να σηκωθούν απ' το κρεβάτι. Οι καταθλιπτικοί συχνά αναφέρουν ότι και οι πιο απλές δραστηριότητες τους φαίνονται δύσκολες και ότι η απόδοση τους είναι κατώτερη τόσο των δικών τους προσδοκιών όσο και των άλλων. Αυτές οι αυτοεκτιμήσεις δεν ανταποκρίνονται πάντα στην πραγματικότητα (Κλεφτάρας, 1998, Παγοροπούλου 2000α).

Αίσθηση κόπωσης και απώλεια ενέργειας: Οι καταθλιπτικοί συχνά αισθάνονται πολύ κουρασμένοι. Η έλλειψη κινήτρων που τους χαρακτηρίζει συνήθως συνοδεύεται από έλλειψη ενέργειας. Έτσι παραπονιούνται για αδυναμία, πόνους και εξάντληση. Έχουν δυσκολία να ξεκινήσουν μία δραστηριότητα και συχνά δεν μπορούν να την ολοκληρώσουν (Κλεφτάρας, 1998).

Επιβράδυνση του λόγου, της σκέψης και της κίνησης: Οι καταθλιπτικοί συνήθως μιλούν πολύ αργά, σε σημείο που πολλές φορές η συνέντευξη μαζί τους είναι δύσκολη, αργούν πολύ να απαντήσουν στις ερωτήσεις που τους γίνονται και όταν απαντήσουν, αυτό γίνεται μονολεκτικά και με μεγάλα κενά. Μοιάζουν να βρίσκονται στα όρια της εξάντλησης και παρουσιάζουν αργή και χωρίς αυθορμητισμό σκέψη και δραστηριότητα. Οι κινήσεις του σώματος είναι αργές και οι ελάχιστες χειρονομίες δυνατές. Οι θεραπευτές συχνά αναφέρουν ότι αισθάνονται εξαντλημένοι μετά από μία συνέντευξη με έναν τέτοιο ασθενή (Κλεφτάρας, 1998, Χριστοδούλου, 1998).

Αλλαγές στην όρεξη: Πολλοί καταθλιπτικοί δεν έχουν όρεξη και χάνουν βάρος. Αρνούνται να φάνε ή τρώνε ελάχιστα, ακόμα και αν πρόκειται για το αγαπημένο τους φαγητό. Ένα μεγάλο ποσοστό καταθλιπτικών, που κυμαίνεται μεταξύ 70% - 80%, υποφέρουν από ανορεξία που συνοδεύεται από απώλεια βάρους και η οποία μπορεί να είναι μικρή, μεγάλη ή και απειλητική ακόμα και για τη ζωή. Αντίθετα, ένα σημαντικά μικρότερο ποσοστό καταθλιπτικών παρουσιάζει αύξηση της όρεξης και παίρνει βάρος λόγω της αυξημένης κατανάλωσης τροφών κυρίως κατά τη διάρκεια της νύχτας (Κλεφτάρας, 1998, Παγοροπούλου, 2000α).

Διαταραχή του ύπνου: Η αϋπνία είναι ένα ιδιαίτερα συνηθισμένο χαρακτηριστικό της κατάθλιψης. Το άτομο που συνήθως αισθάνεται εξαντλημένο και ιδεν έχει πρόβλημα να κοιμηθεί, ξυπνά μετά από μερικές ώρες και του είναι αδύνατον να ξανακοιμηθεί. Η αϋπνία μπορεί να αρχική (το άτομο δεν μπορεί να κοιμηθεί), μέση (αφύπνιση κατά τη διάρκεια της νύχτας και αδυναμία να ξανακοιμηθεί) και τελική (αφύπνιση νωρίς το πρωί). Η αρχική αϋπνία συνήθως συνδέεται περισσότερο με το άγχος παρά με την κατάθλιψη.

Σε μερικές περιπτώσεις η διαταραχή του ύπνου παίρνει τη μορφή υπερυπνίας, κατά την οποία το άτομο μπορεί να κοιμάται δεκαπέντε και πλέον ώρες την ημέρα (Κλεφτάρας, 1998, Χριστοδούλου, 1998)

Σωματικά παράπονα και δυσφορία: Συχνά οι καταθλιπτικοί παραπονιούνται για πόνους και διάφορα οργανικά προβλήματα. Συνήθως επισκέπτονται αρκετούς γιατρούς για να ανακουφιστούν από τους πόνους τους πριν επισκεφτούν έναν ψυχοθεραπευτή. Μερικά από τα πιο κοινά προβλήματα που παρουσιάζουν είναι: πονοκέφαλος, πόνοι ψηλά στην πλάτη και στο σβέρκο, ναυτία, μυϊκές κράμπες, εμετοί, κόμπος στο λαιμό, υπόξινη γεύση στο στόμα, ξηροστομία, πόνοι κατά την διάρκεια της ούρησης κ.λ.π. (Κλεφτάρας, 1998, Παγοροπούλου, 2000α, Χριστοδούλου, 1998).

Διέγερση: Οι καταθλιπτικοί μερικές φορές παρουσιάζουν υπερβολική ανησυχία, ένταση, εκνευρισμό ή διέγερση. Κινούνται συνέχεια, βηματίζουν πάνω – κάτω, στριφογυρνούν τα χέρια τους, κάνουν απότομες κινήσεις κ.λ.π. Αυτές οι δραστηριότητες δεν προσφέρουν καμία ανακούφιση και δεν εκτονώνουν την ένταση.

Ελάττωση της σεξουαλικής διάθεσης: Η απώλεια του ενδιαφέροντος για τη σεξουαλική δραστηριότητα που στους άνδρες μπορεί να εκφραστεί και με διαταραχή της στύσης, είναι άμεσα συνδεδεμένη με την εξάντληση, την απώλεια ενέργειας και τη γενική ανηδονία που χαρακτηρίζει τους καταθλιπτικούς. Μερικές φορές τα σεξουαλικά προβλήματα μπορεί να οφείλονται στη φαρμακευτική αγωγή ή σε άλλα οργανικά ή ψυχογενή προβλήματα (Φουντουλάκης, Ιακωβίδης, Τσολάκη & Ιεροδιάκονος, 1997, Κλεφτάρας, 1998).

Μειωμένη ικανότητα σκέψης και συγκέντρωσης: Η νοητική διαδικασία και δραστηριότητα των καταθλιπτικών επιβραδύνεται και συχνά αυτό συνοδεύεται και από προβλήματα μνήμης. Τείνουν να είναι αναποφάσιστοι και αν έχουν δυσκολίες συγκέντρωσης. Μερικές φορές μάλιστα, κυριολεκτικά «κολλούν» σε κάποιες σκέψεις σε σημείο να παρουσιάζουν (μερικές φορές) ψυχαναγκαστική συμπεριφορά (Κλεφτάρας, 1998).

Συναισθήματα και σκέψεις αναξιότητας, χαμηλής αυτοεκτίμησης, αυτομορφής, ενοχών και ντροπής: Συχνά αυτά τα συμπτώματα αποτελούν ένα κύριο χαρακτηριστικό κατάθλιψης. Οι καταθλιπτικοί μοιάζουν να παραιτούνται από τη ζωή. Αντιλαμβάνονται τον εαυτό ως προβληματικό σε σχέση με όλες εκείνες τις ιδιότητες και τα χαρακτηριστικά τα οποία οι ίδιοι αξιολογούν ως τα πιο σημαντικά (ομορφιά, υγεία κ.ά.). οι καταθλιπτικοί συχνά εκφράζουν ενοχές και τύψεις για λάθη και αποτυχίες του παρόντος ή του παρελθόντος. Μερικές φορές μάλιστα υπερβάλλουν σε τέτοιο βαθμό για τις αποτυχίες ή τα λάθη τους, ώστε να δίνουν την εντύπωση ότι ψάχνουν στο περιβάλλον για αποδεικτικά στοιχεία προβλημάτων που οι ίδιοι έχουν δημιουργήσει (Παγοροπούλου, 2000α).

Ειδικότερα σε ότι αφορά τη χαμηλή αυτοεκτίμηση που χαρακτηρίζει τους καταθλιπτικούς, εκδηλώνεται με την πεποίθηση του ατόμου ότι είναι και θα συνεχίσει να είναι μία «αποτυχία» και μία «απογοήτευση». Οι ειδικοί στην κατάθλιψη διαφωνούν για το αν η χαμηλή αυτοεκτίμηση αποτελεί την αιτία ή το αποτέλεσμα της κατάθλιψης. Τα δύο αυτά παρουσιάζονται σχεδόν, πάντα μαζί και είναι πολύ δύσκολο να γίνει η διάκριση μεταξύ τους, κυρίως στις χρόνιες μορφές κατάθλιψης (Κλεφτάρας, 1998).

Άγχος: Ένα ποσοστό που κυμαίνεται μεταξύ 60% και 70% των καταθλιπτικών, αισθάνεται έντονο άγχος και μερικές φορές υπερβολική ανησυχία (Κλεφτάρας, 1998, Χριστοδούλου, 1998).

Συναισθήματα ανικανότητας, απαισιοδοξίας και απελπισίας. Ο κόσμος όπως τον αντιλαμβάνονται οι καταθλιπτικοί, είναι αποπνικτικός και ανυπόφορος και αισθάνονται ανήμποροι και απελπισμένοι μέσα σ' αυτόν. Δεδομένης αυτής της πεποίθησης, η αυτοκτονία δυστυχώς μπορεί να φαντάζει ως ο μόνος δυνατός τρόπος για να ξεφύγουν από την επώδυνη γι' αυτούς πραγματικότητα. Όταν μάλιστα ο καταθλιπτικός πάρει μια τέτοια απόφαση, τα συναισθήματα απελπισίας μερικές φορές μπορεί να εξαφανισθούν, πράγμα που εξηγεί την ευδιαθεσία την οποία φαίνεται να βιώνουν μερικοί καταθλιπτικοί μετά την απόφασή τους να αυτοκτονήσουν (Παγοροπούλου, 1998).

Σκέψεις θανάτου και αυτοκτονίας: Πολλοί καταθλιπτικοί σκέφτονται το θάνατο και έχουν επαναλαμβανόμενες ιδέες θανάτου και αυτοκτονίας. Συχνά λένε «Δεν έχω λόγους να ζω», «Εύχομαι να μην είχα γεννηθεί ποτέ», «Θα ήθελα να είχα πεθάνει» κ.λ.π. Η ιδέα της αυτοκτονίας αποτελεί το πιο σοβαρό και επικίνδυνο σύμπτωμα που παρουσιάζεται σε καταθλιπτικά άτομα. Βεβαίως, μόνο ένα ποσοστό καταθλιπτικών επιχειρεί να αυτοκτονήσει και αυτό συνήθως συμβαίνει 6 με 9 μήνες μετά τη βελτίωση των συμπτωμάτων του ασθενή. Ιδιαίτερη πάντως προσοχή χρειάζεται όταν ένα άτομο αναφέρει την αυτοκτονία, γιατί, αντίθετα απ' ό τι πιστεύεται, πολλοί από αυτούς που επιχειρούν να αυτοκτονήσουν, μιλούν για τις προθέσεις τους πριν το κάνουν (Κλεφτάρας, 1998, Παγοροπούλου, 2000α).

Τέλος, συχνά τα καταθλιπτικά άτομα φαίνονται παράλογα στους τρίτους. Το άτομο, για παράδειγμα που αντιλαμβάνεται τον εαυτό του ως

ανίκανο και αποτυχημένο μπορεί να φαίνεται στα μάτια των άλλων το ίδιο ικανό και αποτελεσματικό όπως πριν την κατάθλιψη. Ακόμα και ότι οι άλλοι αντιλαμβάνονται κάποιες αλλαγές στη συμπεριφορά του καταθλιπτικού, δεν φαντάζονται ότι αυτές οι αλλαγές είναι μόνιμες, πράγμα που όμως πιστεύει ο καταθλιπτικός. Το χρονικό διάστημα που οι φίλοι και η οικογένεια δεν μπορούν αν καταλάβουν όλη αυτήν την αρνητική διαδικασία που βιώνει ο καταθλιπτικός και η οποία είναι τόσο διαβρωτική και δεισδυτική τα συμπτώματα αντιμετωπίζονται με αμηχανία και οι σκέψεις του καταθλιπτικού ατόμου φαίνονται άστοχες και παράλογες. Στο βαθμό που οι άλλοι περιμένουν από το άτομο να ξεπεράσει δυναμικά την κατάθλιψη του και να σταματήσει να «λυπάται τον εαυτό του», είναι πιθανόν ότι θα δημιουργηθούν σοβαρές συγκρούσεις και ένταση, γεγονός που θα προκαλέσει παρεξηγήσεις, αυξανόμενες ενοχές και αισθήματα απελπισίας (Bonder, 1995, Χριστοδούλου, 1998).

3.2. Ταξινόμηση της κατάθλιψης

3.2.1. Παραδοσιακοί τρόποι ταξινόμησης της κατάθλιψης

- A) Ψυχοσική-Νευρωσική Κατάθλιψη.
- B) Η Υπόθεση του Συνεχούς.
- Γ) Ενδογενής-Εξωγενής Αντιδραστική Κατάθλιψη.
- Δ) Εποχιακή Συναισθηματική Διαταραχή.
- Ε) Πρωτοπαθής-Δευτεροπαθής Κατάθλιψη.
- ΣΤ) Πρώιμη-Όψιμη Κατάθλιψη.
- Ζ) Διπολική-Μονοπολική Κατάθλιψη.

Η) Συγκαλυμμένοι Κατάθλιψη ή Καταθλιπτικό Ισοδύναμο (Κλεφτάρας, 1998, Παγοροπούλου, 2000α).

Αναλυτικά οι παραδοσιακοί τρόποι ταξινόμησης, αναφέρονται στο Παράρτημα.

3.2.2. Ταξινόμηση της κατάθλιψης σύμφωνα με το ICD-10

Σύμφωνα με το σύστημα ταξινόμησης που δημοσιεύθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (1993), η κατάθλιψη υπάγεται στις διαταραχές της διάθεσης (συναισθηματικές διαταραχές). Οι διαταραχές της διάθεσης ταξινομούνται με τους αριθμούς F30-F39 και περιλαμβάνουν τις παρακάτω κατηγορίες:

A. F30 Μανιακό επεισόδιο.

B. F31 Διπολική συναισθηματική διαταραχή.

Γ. F32 Καταθλιπτικό επεισόδιο.

Δ. F33 Υποτροπιάζουσα καταθλιπτική διαταραχή.

E. F34 Επίμονες διαταραχές της διάθεσης (συναισθηματικές).

ΣΤ. F38 Άλλες διαταραχές της διάθεσης (συναισθηματικές).

Z. F39 Μη καθοριζόμενες διαταραχές της διάθεσης (συναισθηματικές).

Η καθεμία από αυτές τις κατηγορίες εμπεριέχουν ένα αριθμό υποκατηγοριών (ICD-10, 1993, Χριστοδούλου, 1998, Κλεφτάρας, 1998).

3.2.3. Ταξινόμηση της κατάθλιψης σύμφωνα με το DSM-IV.

Όπως και το ICD-10 έτσι και το DSM-IV δίνει με ακρίβεια τα κριτήρια για τη διάγνωση των ψυχικών διαταραχών καθώς και συγκεκριμένες πληροφορίες για κάθε διαταραχή, όπως περιγραφή και καθορισμό του αριθμού των

συμπτωμάτων που πρέπει να είναι παρόντα προκειμένου να ικανοποιηθούν τα κριτήρια της διάγνωσης.

Η διάγνωση σύμφωνα με το DSM-IV είναι πολυδιάστατη και περιλαμβάνει πέντε άξονες. Στον άξονα I καταγράφονται το κλινικό σύνδρομο που παρουσιάζει ένα άτομο, εκτός από τις διαταραχές προσωπικότητας που περιλαμβάνονται στον άξονα II. Ο άξονας III αναφέρεται στη γενική ιατρική-οργανική κατάσταση ή διαταραχή του ατόμου, ενώ ο άξονας IV στα ψυχοκοινωνικά και περιβαλλοντικά προβλήματα. Τέλος στον άξονα V καταγράφεται η συνολική εκτίμηση της λειτουργικότητας του ατόμου (Κλεφταράς, 1998).

Με βάση το DSM-IV, οι διαταραχές της διάθεσης διακρίνονται:

A) Στις Καταθλιπτικές Διαταραχές στις οποίες περιλαμβάνονται η Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή, η Δυσθυμική Διαταραχή ή Δυσθυμία και η Καταθλιπτική Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς.

B) Στις Διπολικές Διαταραχές στις οποίες περιλαμβάνονται η Διπολική Διαταραχή I, η Διπολική διαταραχή II, η Κυκλοθυμική Διαταραχή και η Διπολική Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς.

Γ) Στις Άλλες Διαταραχές της διάθεσης στις οποίες περιλαμβάνονται η Διαταραχή της Διάθεσης Οφειλόμενη σε Γενική Ιατρική Κατάσταση, η Διαταραχή της Διάθεσης Οφειλόμενη σε Ψυχοδραστικές Ουσίες και η Διαταραχή της Διάθεσης Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς (Κλεφταράς, 1998, Χριστοδούλου, 1998).

Κάποιες πληροφορίες σχετικά με τα διαγνωστικά κριτήρια των σύγχρονων συστημάτων ταξινόμησης (ISD-10 και DSM-IV) αναφέρονται στο παράρτημα.

3.3. Επιδημιολογικά Δεδομένα

Η συχνότητα εμφάνισης της κατάθλιψης στον πληθυσμό των ηλικιωμένων αποτελεί θέμα προβληματισμού και αμφισβήτησης. Στις περισσότερες επιδημιολογικές έρευνες η καταθλιπτική συμπτωματολογία στους ηλικιωμένους είναι εξαιρετικά συχνή, ενώ η νοσηρότητα από κατάθλιψη (ως ψυχιατρική οντότητα) είναι ίση ή και χαμηλότερη από αυτή του γενικού πληθυσμού. Βέβαια, έχουν επισημανθεί και μεγάλες διακυμάνσεις από έρευνα (Κωσταρίδου-Ευκλείδη, 1999, Δρ. Τσιούνας, 1993).

Το γεγονός αποδίδεται στην ιδιομορφία της ψυχοπαθολογικής εικόνας του καταθλιπτικού ηλικιωμένου ατόμου (συχνή συνύπαρξη γνωσιακής δυσλειτουργίας, άτυπης ή συγκαλυμμένης κατάθλιψης κ.ά.), στη συχνή συνύπαρξη σωματικής νοσηρότητας που τροποποιεί την κλασσική εικόνα της κατάθλιψης και στην ελλιπή συνεργασιμότητα του ηλικιωμένου ασθενούς (ή και της οικογένειάς του) με τις ψυχιατρικές υπηρεσίες.

Έτσι η συχνότητα εμφάνισης της μείζονος κατάθλιψης σε ηλικιωμένα άτομα από 3-21%, της δυσθυμίας από 4-38% και της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας από 11-44%. Οι σημαντικές διαφορές που παρατηρούνται αποδίδονται εκτός από τους παραπάνω λόγους, στους διαφορετικούς πληθυσμούς που μελετήθηκαν (κοινοτικός πληθυσμός, οίκοι ευγηρίας, ιατρικές νοσηλευτικές μονάδες κ.ά.), στις διαφορές στα ηλικιακά φάσματα ηλικιωμένων που διερευνήθηκαν και στα διαγνωστικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν (Φουντουλάκης, Ιακωβίδης, Τσολάκη & Ιεροδιάκονος, 1997, Χαβάκη-Κονταξάκης, 2000).

Η επικράτηση της κατάθλιψης σε πληθυσμό ηλικιωμένων που ζητούν εξωνοσοκομειακή Ιατρική φροντίδα κυμαίνεται από 13-40%, ενώ σε

πληθυσμό νοσηλευόμενων σε ιατρικές μονάδες κυμαίνεται από 10-45%. Εξάλλου σε οίκους ευγηρίας και γηροκομεία, καταθλιπτικές διαταραχές εμφανίζουν το 30-44% των ηλικιωμένων ενοίκων (Μαδιανός, 1998).

Πρόσφατες επιδημιολογικές έρευνες χρησιμοποιώντας έγκυρα και εξειδικευμένα εργαλεία εκτιμούν γενικά ότι η επικράτηση της μείζονος κατάθλιψης μεταξύ των ηλικιωμένων είναι περίπου 3% ενώ η επικράτηση του συνόλου των καταθλιπτικών διαταραχών φτάνει στο 15% (Κωσταρίδου-Ευκλείδη, 1999).

Οι ηλικιωμένες γυναίκες εμφανίζουν συχνότερα καταθλιπτική συμπτωματολογία έναντι των ανδρών. Εκτιμάται ότι 60-70% των ηλικιωμένων ατόμων με κατάθλιψη δεν έχουν ζητήσει ποτέ ψυχιατρική βοήθεια, ενώ 60% των καταθλιπτικών ηλικιωμένων που ζήτησαν βοήθεια από τον οικογενειακό τους ιατρό είτε παρέμειναν αδιάγνωστοι ή υποθεραπεύθηκαν λόγω ανεπαρκούς δοσολογίας αντικαταθλιπτικών φαρμάκων (Χαρτοκόλλης, 1986, Kennedy, 1996, Μαδιανός, 1998, Χριστοδούλου, Χαβάκη-Κονταξάκη & Κονταξάκης, 2000).

4. Είδη Κατάθλιψης στην Τρίτη Ηλικία

Φαίνεται ότι υπάρχουν βαθύτεροι μηχανισμοί που οδηγούν στην ψυχική διαταραχή που ονομάζουμε κατάθλιψη στην τρίτη ηλικία και η οποία είναι συχνή μεταξύ των ηλικιωμένων (Παγοροπούλου, 2000α).

Η κατάθλιψη στους ηλικιωμένους, μπορεί να είναι πρωτογενής ή δευτερογενής, όπως έχει αναφερθεί στο παράρτημα αυτής της εργασίας.

Στις πρωτογενείς μορφές, που περιλαμβάνουν την ψυχιατρική νόσο αγνώστου στην ουσία αιτιολογίας (βιοψυχοκοινωνικά αίτια), περιλαμβάνεται η

Μείζων Κατάθλιψη, η Δυσθυμία και οι συχνές άτυπες ή συγκαλυμμένες μορφές της (Χριστοδούλου, 1998).

Σύμφωνα με το DSM-IV, για τη διάγνωση της Μείζονος Κατάθλιψης χρησιμοποιούνται εννέα συμπτώματα, δηλαδή:

1. Καταθλιπτικό συναίσθημα (στεναχώρια, μελαγχολία, λύπη).
2. Απώλεια ενδιαφέροντος για δραστηριότητες που είχε προηγουμένως ο ασθενής.
3. Διαταραχή της όρεξης και του βάρους.
4. Διαταραχή του ύπνου.
5. Απώλεια ενεργητικότητας και αίσθημα κόπωσης.
6. Χαμηλή αυτοεκτίμηση και ενοχές.
7. Ιδέες αυτοκτονίας.
8. Διαταραχή στη συγκέντρωση ή αναποφασιστικότητα.
9. Ψυχοκινητική διέγερση ή καταστολή.

Αν ο ασθενής παρουσιάζει πέντε από αυτά τα συμπτώματα εκ των οποίων ένα από τα δύο πρώτα εμφανίζεται για τουλάχιστον δύο εβδομάδες, τότε πάσχει από Μείζονα Κατάθλιψη (Χριστοδούλου, 1998, Παγοροπούλου, 2000α).

Τα συμπτώματα για τη διάγνωση της Δυσθυμίας είναι:

1. Καταθλιπτικό συναίσθημα (στεναχώρια, μελαγχολία, λύπη).
2. Απώλεια όρεξης ή υπερφαγία.
3. Αϋπνία ή υπερυπνία.
4. Απώλεια ενεργητικότητας ή κόπωσης.
5. Διαταραχή στη συγκέντρωση.
6. Αίσθημα απελπισίας.

Αν ο ασθενής εμφανίζει το πρώτο σύμπτωμα και τουλάχιστον δύο από τα υπόλοιπα για τουλάχιστον δύο χρόνια, τότε πάσχει από Δυσθυμία (Χριστοδούλου, 1998, Παγοροπούλου, 2000α).

Οι άτυπες μορφές της περιλαμβάνουν τη συγκαλυμμένη κατάθλιψη:

που χαρακτηρίζεται από άρνηση του καταθλιπτικού συναισθήματος, το οποίο καλύπτεται πίσω από σωματικά ή γνωστικά συμπτώματα. Γενικά σε σύγκριση με τους νέους οι ηλικιωμένοι παρουσιάζουν συχνότερα σωματικά συμπτώματα, άγχος, άρνηση του καταθλιπτικού συναισθήματος και δεν αναφέρουν συχνά αίσθημα ενοχών. Σε περίπου 65% των ηλικιωμένων καταθλιπτικών εμφανίζουν υποχονδριακά συμπτώματα τα οποία αποτελούν και ένα σημαντικό παράγοντα κινδύνου αυτοκτονίας.

Η δευτερογενής κατάθλιψη μπορεί να είναι οργανικής αιτιολογίας ή να αποτελεί αντίδραση σε εξωγενείς παράγοντες, οπότε και χαρακτηρίζεται στο DSM-IV ως αντιδραστική διαταραχή.

Οργανικά αίτια της κατάθλιψης στους ηλικιωμένους είναι σωματικά νοσήματα που προκαλούν δομικές ή βιοχημικές μεταβολές στο κεντρικό νευρικό σύστημα και δευτερογενώς κατάθλιψη. Τέτοια νοσήματα είναι το αγγειακό εγκεφαλικό (κυρίως στο αριστερό ημισφαίριο και στα πρόσθια τμήματα του εγκεφάλου, δηλαδή στο μετωπιαίο λοβό), η νόσος Alzheimer, ενδοκρινοπάθειες (π.χ. υπερθυρεοειδισμός), και αβιταμινώσεις (π.χ. έλλειψη βιταμίνης B12 ή φολικού οξέος), (Χριστοδούλου, 1998, Παγοροπούλου, 2000α)

5. Κλινικές Εικόνες Κατάθλιψης στην Τρίτη Ηλικία

Η κλινική εικόνα μεταξύ των ηλικιωμένων καταθλιπτικών μπορεί να διαφέρει από ελάχιστα έως παρά πολύ. Ερευνητές σε μια προσπάθεια τους να βάλουν τάξη σε αυτές τις τόσο διαφορετικές κλινικές εικόνες που εμφανίζουν οι διάφοροι ηλικιωμένοι καταθλιπτικοί, ομαδοποίησαν τα καταθλιπτικά συμπτώματα σε ξεχωριστές κατηγορίες. Αυτές είναι οι εξής:

Οι συναισθηματικές διαταραχές, που είναι κυρίαρχες. Οι εκδηλώσεις του συναισθήματος άλλοτε είναι εμφανείς, οπότε το άτομο ξεσπά σε δάκρυα, τα βλέπει όλα μαύρα και αδυνατεί να νιώσει οποιαδήποτε χαρά και άλλοτε απουσιάζουν ή παρουσιάζονται «μεταμφιεσμένες». Οι μεταμφιέσεις αυτές είναι εξαιρετικά ποικιλόμορφες.

Οι αλλαγές στον τρόπο που σκέπτεται. Το ηλικιωμένο άτομο διατυπώνει αβάσιμες σκέψεις, έχει ενοχές, υιοθετεί αρνητική στάση απέναντι σε όλα (τίποτα δεν έχει αξία, όλα είναι άχρηστα) και πιστεύει ότι ο κόσμος είναι άδειος, αφιλόξενος, εχθρικός. Για τον εαυτό του πιστεύει ότι έχει αρρωστήσει χωρίς δυνατότητα βελτίωσης. Όλοι οι συλλογισμοί είναι υπερβολικοί και αρνητικοί.

Η έλλειψη κινήτρου. Η απουσία κινήτρων καταδικάζει τον ηλικιωμένο σε απραξία και τον βυθίζει στην απάθεια. Βρίσκεται παγιδευμένος, νιώθει ανίκανος να αντιδράσει, κυριεύεται από παραλυτικές σκέψεις και έχει ένα έντονο αίσθημα κενού. Η αδιαφορία του για τη ζωή είναι προφανής.

Οι φυσιολογικές αντιδράσεις του οργανισμού. Εδώ περιλαμβάνονται οι πεπτικές διαταραχές (ναυτίες, καούρες στο στομάχι, δυσκοιλιότητα). Οι φυσιολογικές αντιδράσεις συνδέονται πολλές φορές με διάφορες διαταραχές. Για παράδειγμα σχετίζονται με διαταραχές στην πρόληψη της τροφής, που

εκδηλώνονται είτε ως αδιαφορία για το φαγητό είτε ως ψυχαναγκαστική υπερφαγία και με διαταραχές του ύπνου, που μπορεί να περιλαμβάνουν αϋπνίες, ύπνο υπερβολικής διάρκειας ή υπνηλία στη διάρκεια της ημέρας.

Οι ψυχοφυσιολογικές διαταραχές. Σε αυτές περιλαμβάνονται η ανικανότητα στη συγκέντρωση της προσοχής, ο αργός ρυθμός της σκέψης και η μειωμένη κινητική δραστηριότητα (Φουντουλάκης, Ιακωβίδης, Τσολάκη & Ιεροδιάκονος, 1997, Τρίκκας, 1998, Παγοροπούλου 2000β).

Τέλος οι πιο σοβαρές μορφές κατάθλιψης μπορεί να συνοδεύονται από ψυχωτικά συμπτώματα. Έτσι, το άτομο μπορεί να διακατέχεται από παραληρητικές ιδέες (δηλαδή παράλογες ιδέες που έχουν εγκαθιδρυθεί) ή ψευδαισθήσεις (π.χ. ακούει φανταστικές φωνές που του ψιθυρίζουν τρομακτικές προειδοποιήσεις). Οι παραισθήσεις και οι φαντασιώσεις μπορεί να ταλαιπωρούν εξαιρετικά το ηλικιωμένο άτομο που πάσχει από κατάθλιψη, με αποτέλεσμα να επηρεάσουν δυσμενώς την εξέλιξη της ψυχικής του υγείας (Baldwin, 1997, Wertheimer, 1999).

5.1. Διαφορική Διάγνωση (κατάθλιψη στην τρίτη ηλικία – άνοια στην τρίτη ηλικία).

Η συχνότητα εμφάνισης της κατάθλιψης ως ψυχικής νόσου αυξάνει με την ηλικία. Αυτό δείχνουν ποικίλοι διεθνείς στατιστικοί δείκτες, που αναδεικνύουν την κατάθλιψη των ηλικιωμένων ως ένα από τα σοβαρά, και σχετικά άλυτα, προβλήματα της δημόσιας υγείας σε όλες σχεδόν τις προηγμένες χώρες. Η αιτιοπαθολογία της νόσου χαρακτηρίζεται από μεγάλο εύρος. Για παράδειγμα, έχει υπολογιστεί ότι 800.000 άνθρωποι μένουν χήροι ή χήρες κάθε χρόνο στις Η.Π.Α. και οι περισσότεροι από αυτούς είναι

ηλικιωμένοι. Επίσης, έχει βρεθεί ότι ένα μεγάλο ποσοστό ηλικιωμένων προσφέρει πρωτογενή φροντίδα σε ένα συγγενή που πάσχει από σωματική νόσο ή ακόμη πιο επιβαρυντική ψυχική νόσο. Όλα αυτά τα άτομα υφίστανται ψυχοπιεστικές καταστάσεις που μπορούν να τους οδηγήσουν στην κατάθλιψη. (Κλεφτάρας, 1998) .

Η κατάθλιψη μπορεί να ενσκήψει χωρίς προειδοποίηση για να εγκαθιδρυθεί σε διάστημα ημερών ή εβδομάδων. Μπορεί επίσης να επέλθει σταδιακά μετά από παρέλευση μηνών ή και έτους μετά το τραυματικό στρες και η αιτιοπαθογένεια ανιχνεύεται σε κάποιο μείζων προσωπικό τραύμα (π.χ. απώλεια) ή και μια φυσική καταστροφή (π.χ. σεισμός, πλημμύρα, καταστροφή από πυρκαγιά κ.τ.λ.). Αν η επανάκαμψη γίνει εντός εβδομάδων ή μηνών, τότε η κατάθλιψη είναι οξεία. Αν όμως διαρκέσει περισσότερο από δυο χρόνια, τότε θεωρείται χρόνια κατάθλιψη ή δυσθυμία. Υπάρχουν και καταθλίψεις που εμφανίζουν κυκλικό σταθερότυπο (cyclic pattern), με εναλλαγές οξέων και χρόνιων φάσεων (Μαλλιάρης, 1998).

Δύο ουσίες, που βρέθηκαν να έχουν άμεση σχέση με την κατάθλιψη, είναι η σεροτονίνη και νοραδρεναλίνη. Έλλειψη της σεροτονίνης προκαλεί άγχος, εύκολο εκνευρισμό και προβλήματα στον ύπνο. Έλλειψη της νοραδρεναλίνης προκαλεί αίσθημα μόνιμης κόπωσης και θλίψης.

Η διαφορική διάγνωση της κατάθλιψης είναι δυσχερέστερη στη μεγάλη ηλικία, σε σύγκριση με τις νεότερες ηλικίες. Η ίδια η λέξη «κατάθλιψη» χρησιμοποιείται εναλλακτικά για να περιγράψει το σύμπτωμα, το σύνδρομο ή τη νόσο. Αν και συνιστά διαταραχή του συναισθήματος, η κατάθλιψη έχει συνδεθεί με διαταραχές της νόησης και των βιολογικών ρυθμών, ενώ δεν αφήνει ανεπηρέαστα και τα κίνητρα.

Μία σειρά από άλλους παράγοντες αυξάνουν επίσης την πιθανότητα εγκαθίδρυσης της ψυχικής διαταραχής. Ορισμένα φάρμακα που χορηγούνται για την αντιμετώπιση των σωματικών ενοχλήσεων των ηλικιωμένων, π.χ. της υπέρτασης, μπορεί να προκαλέσουν κατάθλιψη. Σε άλλες περιπτώσεις, ο σωματικός πόνος που συνοδεύει ένα χρόνια σωματικό νόσημα π.χ. την οστεοαρθρίτιδα, είναι δυνατόν να προκαλέσει ψυχοπιεστικές καταστάσεις που διευκολύνουν την έξαρση της νόσου. Ακόμα και μία απλή ίωση, π.χ. η γρίπη, μπορεί να συνεπιφέρει συμπτώματα συχνότερα και εντονότερα στο ηλικιωμένο πρόσωπο, που θα επιδράσουν καταλυτικά στο είδη αλλοιωμένο υπόστρωμα του οργανισμού. Για τούτο επιβάλλεται ο έλεγχος των επιπέδων των βιταμινών, ιδίως της βιταμίνης B12 και του φολικού οξέος (Μαλλιάρης, 1998, Παγοροπούλου, 2000α).

Η διαφορική διάγνωση της κατάθλιψης των ηλικιωμένων επιβάλλει τον πλήρη και λεπτομερειακό σωματικό, νευρολογικό και ψυχιατρικό έλεγχο, ώστε να αποκλεισθούν τα νοσήματα του κεντρικού νευρικού συστήματος, όπως είναι οι νόσοι του Parkinson και Alzheimer. Αφού το βιολογικό και ψυχολογικό στοιχείο σχετίζονται τόσο στενά στην μεγάλη ηλικία – όπως εξάλλου συμβαίνει και με την νεογνική, την βρεφική ή την εφηβική ηλικία – επιβάλλεται οι ενδοκρινολογική εξέταση, ώστε να αποκλειστούν επίσης οι νόσοι του θυρεοειδούς και των επινεφριδίων (Μάνος, 1997, Παγοροπούλου, 2000α).

Η εμφάνιση του καταθλιπτικού συνδρόμου μπορεί ακόμα να οφείλεται σε κάποιο ελαφρύ εγκεφαλικό επεισόδιο ή στην ύπαρξη αγγειακών επεισοδίων του εγκεφάλου, που θα ανιχνευθούν με αξονική τομογραφία. Τέλος, ορισμένες ψυχολογικές δοκιμασίες μπορούν με αξιόπιστο τρόπο να διακρίνουν την ψευδοάνοια από την κατάθλιψη, παρά το γεγονός ότι έχουν ως

κοινό σύμπτωμα τις διαταραχές στην συγκέντρωση της προσοχής και στην μνήμη.

Εάν όλος αυτός ο έλεγχος δεν αποκαλύψει κάποια σωματική νόσο, τότε η πιθανότητα η κατάθλιψη να έχει εγκαθιδρυθεί μεγιστοποιείται. Η δοκιμαστική χρήση των αντικαταθλιπτικών σκευασμάτων που χορηγούνται για την ανακούφιση του ηλικιωμένου από τα συμπτώματα που τον ταλαιπωρούν, μπορεί να επιβεβαιώσει εκ των υστέρων την εγκυρότητα της διαφοροδιάγνωσης, κυρίως στην περίπτωση δυσκολίας διαφοροδιάγνωσης με την άνοια (Quinn & Tomita, 1986).

Μία άλλη δύσκολη περίπτωση είναι εκείνη της «συγκαλυμμένης» κατάθλιψης. Αυτή μας επαναφέρει στην προαναφερθείσα πρωτεύει μορφή της ψυχικής νόσου με τις πολύμορφες εκδηλώσεις της. η συγκαλυμμένη κατάθλιψη είναι αρκετά ύπουλη, αφού είναι δυνατόν να συνυπάρχουν σωματικές διαταραχές, ικανές να προκαλέσουν καταθλιπτική συμπτωματολογία, αλλά η συγκεκριμένη καταθλιπτική διαταραχή να μην οφείλεται σ' αυτές. Είναι δε απαραίτητο για την κατάθλιψη να διαγνωστεί σωστά, γιατί αλλιώς ο ηλικιωμένος θα οδηγηθεί σε λάθος θεραπευτικούς χειρισμούς με σοβαρές παρενέργειες στην ψυχοσωματική του υγεία (Κλεφτάρας, 1998).

Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας διαφοροποιεί την κατάθλιψη με βάση το ταξινομικό σύστημα ICD-10, που δημοσιεύτηκε το 1992. Αντίστοιχα, η Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρία διαφοροποιεί την κατάθλιψη με βάση το διαγνωστικό και στατιστικό εγχειρίδιο των ψυχικών διαταραχών που δημοσιεύθηκε το 1994 (DCM-IV) με βάση αυτά τα δύο συστήματα

ταξινόμησης είναι δυνατό, να γίνει η διαφορική διάγνωση για την κατάθλιψη (ICD-10, 1993, Μαλλιάρης, 1998).

5.1.1. Διάκριση της γεροντικής κατάθλιψης από τη γεροντική άνοια.

Μία μορφή συγκαλυμμένης γεροντικής κατάθλιψης είναι η καταθλιπτική ψευδοάνοια. Λέγεται έτσι γιατί ο ασθενής παρουσιάζει μια υποκειμενική αίσθηση απώλειας της μνήμης, που στην ουσία δεν είναι τίποτα άλλο παρά διαταραχή της συγκέντρωσης.

Προκαλεί απορία το γεγονός ότι μία διαταραχή του συναισθήματος, όπως είναι η κατάθλιψη, μπορεί να συγχέεται με μία διαταραχή στη νοητική σφαίρα, όπως είναι η άνοια. Και όμως, αυτή η ψευδοάνοια παρατηρείται συχνά σε ηλικιωμένους που έχουν προσβληθεί από σοβαρή κατάθλιψη. Ενώ βρίσκεται σε κατάθλιψη, ο ηλικιωμένος χάνει σε τέτοιο βαθμό τα κίνητρά του για δράση, ώστε οι μνημονικές και οι άλλες νοητικές του λειτουργίες πέφτουν κατακόρυφα. Αν προστεθεί και η έλλειψη ενδιαφέροντος που τον χαρακτηρίζει, η κλινική εικόνα του ηλικιωμένου είναι μία πιστή προσομοίωση της γεροντικής άνοιας (Κώστα-Τσολάκη, 1999).

Οι κυριότερες διαφορές μεταξύ της γνήσιας άνοιας και της ψευδοάνοιας είναι τρεις. Πρώτον, οι ψευδοανοϊκή ασθενείς είναι συνήθως καλά προσανατολισμένη στο χώρο και στο χρόνο (δηλαδή γνωρίζουν που βρίσκονται, την ημέρα της εβδομάδας, το λόγο για τον οποίο εξετάζονται). Δεύτερον, οι ψευδοανοϊκή ασθενείς συνήθως έχουν καλύτερες επιδόσεις στο μέσο της ημέρας, δηλαδή κατά της μεσημεριανές ώρες, σε σχέση με τις πρωινές ώρες. Τρίτον, οι ψευδοανοϊκή ασθενείς γνωρίζουν σε ποια

περίπτωση δεν τα πήγαν καλά στην εξέταση και είχαν κακή απόδοση, πράγμα που αγνοούν τραγικά οι γνήσιοι ανοϊκή ασθενείς.

Η νοητική επίδοση των ψευδοανοϊκών συνήθως βελτιώνεται όταν θεραπευτεί η κατάθλιψη, ενώ εκείνη των γνήσιων ανοϊκών δε βελτιώνεται. Γι' αυτό είναι λογικό η διάγνωση της γεροντικής άνοιας να ακολουθεί, αφού έχουν αποκλειστεί όλες οι άλλες πιθανές διαγνώσεις ψυχικής διαταραχής.

Στη συνέχεια θα προσθέσουμε τρεις κατηγορίες συμπτωμάτων που μας βοηθούν στη διαφορική διάγνωση μεταξύ κατάθλιψης και άνοιας, τα διαφορικά συμπτώματα υπέρ της κατάθλιψης και τα διαφορικά συμπτώματα υπέρ της άνοιας.

5.1.2. Κοινά συμπτώματα μεταξύ κατάθλιψης και άνοιας:

- Παράπονα για νοητικές διαταραχές
- Απόσυρση από κοινωνικές δραστηριότητες, ελάττωση ενδιαφέροντος
- Διαταραχές του ύπνου και του φαγητού
- Ανησυχία
- Ψυχοκινητική επιβράδυνση

5.1.3. Διαφορικά συμπτώματα υπέρ της κατάθλιψης:

- Μικρότερη διάρκεια των συμπτωμάτων
- Παράπονα για νοητική έκπτωση – οι απαντήσεις είναι «δεν ξέρω» - και κυρίως για αδυναμία συγκέντρωσης και προβλήματα μνήμης (πρόσφατα και παλαιά)
- Διαταραχές της προσοχής στις ψυχομετρικές δοκιμασίες
- Ψυχοκινητική επιβράδυνση

5.1.4. Διαφορικά συμπτώματα υπέρ της άνοιας:

- Διαταραχές του προσανατολισμού (απαντούν «το ήξερα, θα το έλεγα» ή ζητούν βοήθεια από το συνοδό)
- Σωματικές ενοχλήσεις δεν παρατηρούνται στην άνοια
- Προσβολή της πρόσφατης κυρίως μνήμης στα αρχικά στάδια της νόσου.

Παρά τη διαφοροποίηση που υφίσταται μεταξύ των δύο νόσων, δεν είναι σπάνιες και οι περιπτώσεις συννοσηρότητας . Για παράδειγμα, υπάρχουν άνοιες που συνοδεύονται από κατάθλιψη, καθώς και καταθλίψεις που εξελίσσονται σε άνοιες (Παπασπυρόπουλος, 1991, Κώστα-Τσολάκη, 1999)

Τέλος ο γενικός κανόνας στην αντιμετώπιση της συννοσηρότητας είναι η έμφαση στη θεραπεία της κατάθλιψης και στη συνέχεια η παρακολούθηση του ηλικιωμένου ασθενούς (Παπασπυρόπουλος, 1991, Κώστα-Τσολάκη, 1999, Παγοροπούλου, 2000^α).

6. Αίτια Κατάθλιψης στην Τρίτη Ηλικία

Η κατάθλιψη των ηλικιωμένων θεωρείται μια ετερογενής κατάσταση, που προκύπτει ως αποτέλεσμα επίδρασης διαφόρων κοινωνικών, ψυχολογικών και βιολογικών παραγόντων.

Έτσι διάφοροι ψυχοκοινωνικοί στρεσογόνοι παράγοντες, όπως το πένθος, η συνταξιοδότηση, η μοναξιά, η χηρεία, η αποχώρηση των παιδιών από την οικογένεια, οι ακατάλληλες συνθήκες διαβίωσης, η αποχώρηση από επαγγελματικές ή κοινωνικές δραστηριότητες, οι σεξουαλικές μεταβολές μπορούν να λειτουργήσουν ως εκλυτικοί παράγοντες, οδηγώντας σε κάποιες καταθλιπτικές καταστάσεις (Χριστοδούλου, 1998, Tucker, 1999).

Η παρουσία ποικίλων σωματικών νόσων έχει συσχετιστεί άμεσα ή έμμεσα με την ανάπτυξη καταθλιπτικής συμπτωματολογίας σε ηλικιωμένους. Έτσι, έχουν ενοχοποιηθεί πολλές νευρολογικές παθήσεις όπως του Alzheimer (15% των πασχόντων εμφανίζουν μείζονα κατάθλιψη και 50% εμφανίζουν καταθλιπτική συμπτωματολογία), οι εγκεφαλοαγγειακές παθήσεις, η νόσος του Parkinson (50% των πασχόντων εμφανίζουν κατάθλιψη), η νόσος του Huntington κ.ά. (Κώστα-Τσολάκη, 1999).

Επίσης και αρκετές άλλες παθήσεις σχετίζονται με την εμφάνιση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας σε ηλικιωμένους, όπως ο υποθυρεοειδισμός, η νόσος του Cushing, οι ιογενείς λοιμώξεις, το λέμφωμα, ο καρκίνος της κεφαλής, του παγκρέατος, η τύφλωση, η κώφωση, κ.ά. (Παγοροπούλου, 2000β, Χριστοδούλου, Χαβάκη-Κονταξάκη & Κονταξάκης, 2000).

Εξάλλου, μία σειρά βιολογικών παραγόντων μπορούν να λειτουργήσουν έμμεσα, ευοδώνοντας την εμφάνιση καταθλιπτικού επεισοδίου ή συμβάλλοντας στη χρονιότητα της κατάθλιψης του ηλικιωμένου. Τέτοιοι παράγοντες μπορεί να είναι ο χρόνιος πόνος και οι διαταραχές του ύπνου (συχνά συνυπάρχουν), οι σωματικές μειονεξίες (κινητικές δυσκολίες), η φτωχή και ελλιπή διατροφή.

Ακόμη, πολλά φαρμακευτικά σκευάσματα μπορούν να προκαλέσουν καταθλιπτικά σύνδρομα, όπως η ρεζερπίνη, η κλονιδίνη, η α-μεθυλντόπα, η προπανολόλη, η σιμετιδίνη, τα στεροειδή, τα οιστρογόνα κ.ά. (Tucker, 1999, Μανέττα, 1991).

Οι δομικές και λειτουργικές αλλαγές του εγκεφάλου, που παρατηρούνται σε ηλικιωμένους, έχει υποστηριχτεί ότι συμβάλλουν

«ευαλωτότητα» ως προς την εμφάνιση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας. Τέλος είναι γνωστό ότι ο μεταβολισμός των βιογενών αμινών (ωευροδιαβιβαστών) διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση διαταραχών του συναισθήματος (Baldwin, 1997).

6.1. Η Συνταξιοδότηση

Είναι αποδεδειγμένο ότι η εργασία και η επαγγελματική ζωή παίζουν ένα πολύ σημαντικό ρόλο τόσο στον προσδιορισμό της ταυτότητας του ατόμου όσο και της ψυχολογικής ευεξίας. Η εργασία προσφέρει οικονομική ανεξαρτησία και ασφάλεια αλλά και προσωπική ικανοποίηση και ολοκλήρωση.

Όλα τα άτομα τα οποία βγαίνουν στη σύνταξη δε βιώνουν το γεγονός αυτό με τον ίδιο τρόπο, για κάποιους αποτελεί ευκαιρία για ξεκούραση και για πραγματοποίηση δραστηριοτήτων για τις οποίες δεν είχαν χρόνο ως εργαζόμενοι και για κάποια άλλα άτομα αποτελεί πηγή στρες και βιώνεται ως κάτι το εξαιρετικά απειλητικό.

Είναι λοιπόν σύνηθες το πέρασμα από την εργασία στη συνταξιοδότηση να βιώνεται ως μια αρνητική διαδικασία και αυτό γιατί τα ηλικιωμένα άτομα αισθάνονται μη παραγωγικά. Η απώλεια της καθημερινής απασχόλησης και το γεγονός ότι ο συνταξιοδοτούμενος σταματά να είναι παραγωγικός δημιουργούν αισθήματα ότι ανήκουν πλέον στο περιθώριο και αποξενώνονται από το περιβάλλον το οποίο αποτελούσε την καθημερινότητα τους καθώς η απομάκρυνση τους από την εργασία τους αποκόπτει από έναν ιδιαίτερα σημαντικό στην ιεράρχηση τους κοινωνικό περίγυρο. Το άτομο βιώνει την απομάκρυνση από την εργασία ως απώλεια και η κατάθλιψη

προκύπτει ως αποτέλεσμα του άγχους που έχει το άτομο για την απώλεια αυτή. Στο σημείο αυτό θα πρέπει να τονιστεί ότι το παραπάνω δε συμβαίνει με όλα τα άτομα που πρόκειται να συνταξιοδοτηθούν (Kennedy, 1996 & Baldwin, 1997).

Είναι πολύ σημαντικό ο ηλικιωμένος να βιώνει σταθερότητα και συνέχεια στη ζωή του ώστε οι σημαντικές αλλαγές στην καθημερινότητα του να πραγματοποιούνται με ομαλό και σταδιακό τρόπο. Η προετοιμασία του ηλικιωμένου θα πρέπει να ξεκινάει πριν τη συνταξιοδότηση ώστε να υπάρχουν τα χρονικά περιθώρια να αναδυθούν θετικά συναισθήματα σχετικά με το γεγονός αυτό, και αυτό γιατί υπάρχει σοβαρός κίνδυνος άνθρωποι με προδιαθεσικούς παράγοντες για την εκδήλωση κατάθλιψης με την παρούσα κατάσταση η οποία βιώνεται ως κάτι το εξαιρετικά στρεσογόνο να εμφανίσουν τη νόσο. Έχει βρεθεί ότι τα άτομα τα οποία αντλούσαν ικανοποίηση από το αντικείμενο της εργασίας τους είναι πιο επιρρεπή στην εμφάνιση καταθλιπτικού επεισοδίου μετά τη συνταξιοδότηση (Baldwin, 1997).

Είναι πολύ σημαντική η συμβολή της κοινωνικής εργασίας στην πρόληψη της παραπάνω κατάστασης η οποία μπορεί να γίνει με έναν προγραμματισμό της ζωής του ατόμου και μια προετοιμασία προτού ακόμα αυτό βγει στη σύνταξη.

Ο κοινωνικός λειτουργός ο οποίος ασχολείται στον τομέα αυτό θα πρέπει αρχικά να συζητήσει με τον ηλικιωμένο (πριν τη συνταξιοδότηση του) τις σκέψεις του για το επερχόμενο γεγονός, τα σχέδια που πιθανόν να έχει κάνει και τη στάση του απέναντι στην εργασία του. Έτσι έχοντας συγκεντρώσει πληροφορίες για τον τρόπο που ο ηλικιωμένος αντιλαμβάνεται

τη μετάβαση από το ρόλο του εργαζόμενου στο ρόλο του συνταξιούχου, ο κοινωνικός λειτουργός:

- Θα μπορέσει να δομήσει ένα πλάνο και να προτείνει στο άτομο τρόπους διαχείρισης του ελεύθερου χρόνου που δημιουργείται μετά τη συνταξιοδότηση.
- Μπορεί να παραπέμψει το άτομο σε κατάλληλες δομές όπου θα βοηθηθεί ώστε να ενταχθεί ομαλότερα στη διαδικασία της συνταξιοδότησης.
- Θα μπορέσει να εμπλέξει το άτομο σε δραστηριότητες τις οποίες ήθελε να αναπτύξει όταν εργαζόταν αλλά δε μπορούσε λόγω έλλειψης ελεύθερου χρόνου.

Με αυτόν τον τρόπο το ηλικιωμένο άτομο θα βοηθηθεί ώστε να βιώσει το στάδιο της συνταξιοδότησης θετικά και όχι σαν μια μη παραγωγική και ανούσια περίοδο της ζωής του.

Ακόμα ο κοινωνικός λειτουργός θα πρέπει να γνωρίζει ποιες ακριβώς ασχολίες έχουν ποιο χαρακτήρα για κάθε ηλικιωμένο ώστε να γίνει με ικανοποιητικό τρόπο η αναδιοργάνωση της ζωής του ηλικιωμένου ατόμου. Το ηλικιωμένο άτομο χρειάζεται υποστήριξη προκειμένου να μπορέσει το ίδιο να αναγνωρίσει τους τομείς εκείνους που επαναδυναμώνουν την ταυτότητα του και του προσφέρουν νέους τρόπους για να δομήσει την καθημερινή του ζωή και δραστηριότητα (Κωσταρίδου-Ευκλείδη, 1999).

Η ενασχόληση του ηλικιωμένου ατόμου με δραστηριότητες που έχουν νόημα για το ίδιο είναι σαφές ότι βελτιώνει τη σωματική και ψυχική του ευεξία και λειτουργικότητα, δίνει ικανοποίηση και κάνει το άτομο να αισθάνεται χρήσιμο και αποδοτικό αυξάνοντας έτσι την αυτοεκτίμηση του, βελτιώνει με λίγα λόγια την ποιότητα ζωής του ατόμου.

Η εφαρμογή προγραμμάτων από τον κοινωνικό λειτουργό που βοηθούν το άτομο να ενταχθεί ομαλά στην περίοδο της συνταξιοδότησης μπορεί να γίνει είτε στα πλαίσια εργασίας του ατόμου πριν ακόμα αυτό βγει στη σύνταξη, είτε σε δομές για ηλικιωμένα άτομα όπως Νοσοκομεία Ημέρας, Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων κ.λ.π. αφού το άτομο συνταξιοδοτηθεί (Κωσταρίδου-Ευκλείδη, 1999).

Συνοψίζοντας και σύμφωνα με την Κωσταρίδου (1999), θα λέγαμε ότι η ποιότητα ζωής στη σύνταξη εξαρτάται από την ικανότητα προσαρμογής και τους τρόπους αντιμετώπισης του ατόμου και είναι ευκολότερη όταν:

- A) Τα άτομα διατηρούν τις πηγές ικανοποίησης και προσωπικής πληρότητας.
- B) Η μετάβαση γίνεται προοδευτικά και η προετοιμασία γίνεται πριν ακόμα το άτομο βγει στη σύνταξη.
- Γ) Υπάρχουν προϋποθέσεις για καλή ζωή (εισόδημα, κοινωνική υποστήριξη, καλό επίπεδο υγείας)
- Δ) Καλλιεργούνται οι σχέσεις με φίλους και τα παιδιά του ηλικιωμένου ατόμου.

Τέλος θα πρέπει να σημειωθεί ότι η συνταξιοδότηση δεν είναι κάτι αρνητικό, ούτε όμως και μια εύκολη διαδικασία. Είναι μια μείζων μεταβολή στη ζωή του ατόμου, σύμφωνα με την Κωσταρίδου (1999), η οποία απαιτεί το ίδιο μεγάλη ικανότητα προσαρμογής όπως και οι μεταβατικές περίοδοι σε άλλες φάσεις της ζωής του. Σε αυτή την περίοδο απαιτείται:

- Αναμόρφωση τρόπου ζωής και νοοτροπίας
- Αναδιάταξη στόχων
- Προσαρμογή σε μικρότερο εισόδημα και σωματικές δυνάμεις
- Ανάληψη νέων ρόλων

Σε όλα τα παραπάνω ζωτικής σημασίας είναι η παρέμβαση και η βοήθεια από τον κοινωνικό λειτουργό. (Κωσταρίδου-Ευκλείδη, 1999).

6.2. Η Απώλεια Συντρόφου

Ένας άλλος πολύ σημαντικός εκλυτικός παράγοντας της κατάθλιψης στην τρίτη ηλικία είναι η απώλεια του συντρόφου λόγω θανάτου. Με την απώλεια αυτή το άτομο χάνει μια πηγή ικανοποίησης των ψυχικών του αναγκών και τους πόρους από τους οποίους αντλούσε δύναμη, ενώ διαταράσσεται το σχήμα που έχει διαμορφώσει το άτομο για τη ζωή του και που περιλαμβάνει το αγαπημένο του πρόσωπο, τις προσδοκίες για τη ζωή, τις επιθυμίες και τις πηγές της ικανοποίησης. Χάνει επίσης τη φυσική παρουσία του άλλου ατόμου αλλά και όλα όσα αυτός αντιπροσώπευε: τον αγαπημένο, τον φίλο, το βοηθό, τον συν-γονέα, τον κοινωνικό σύντροφο, τον συνταξιδιώτη, τον υποστηρικτή της επαγγελματικής σταδιοδρομίας. Με την απώλεια δημιουργούνται τα παραπάνω κενά που θα πρέπει το άτομο που πενθεί να τα καλύψει ώστε ανασυγκροτήσει τον κόσμο του και την καθημερινή του ζωή.

Το συναίσθημα που βιώνουν όλοι οι πενθούντες είναι η βαθιά θλίψη, η οδύνη και εκφράζει τις ψυχολογικές, κοινωνικές και σωματικές αντιδράσεις για την απώλεια του αγαπημένου προσώπου.

Οι παράγοντες που επηρεάζουν το πένθος και τη θλίψη είναι ψυχολογικοί, κοινωνικοί και φυσιολογικοί.

Η πορεία του πένθους όπως για όλα τα άτομα, έτσι και για τον ηλικιωμένο ακολουθεί ορισμένα στάδια:

A) Άρνηση – Απομόνωση: Εδώ το άτομο δεν μπορεί να πιστέψει αυτό που του συνέβη και κυρίως χρησιμοποιεί τη φράση «όχι, δεν είναι αλήθεια, αυτό δεν μπορεί να συμβεί σε μένα». Θεωρείται υγιείς αντιμετώπιση η δυνατότητα απομάκρυνσης της σκέψης από τόσο δυσάρεστα και οδυνηρά γεγονότα, ιδιαίτερα όταν ο ασθενής πρέπει να ζήσει με τις σκέψεις αυτές για μεγάλο χρονικό διάστημα. Βασικά η άρνηση, ως μηχανισμός άμυνας, σύντομα αντικαθίσταται από μερική αποδοχή.

B) Θυμός: Το στάδιο της άρνησης αντικαθίσταται από συναισθήματα θυμού, ζήλιας και οργής. «γιατί θα έπρεπε να συμβεί σε μένα;». Σε αντίθεση με το στάδιο της άρνησης, το στάδιο του θυμού είναι πολύ δύσκολο να αντιμετωπιστεί εκ μέρους της οικογένειας. Ο λόγος είναι ότι ο θυμός μετατίθεται προς όλες τις κατευθύνσεις και προβάλλεται στο άμεσο περιβάλλον).

Γ) Παζάρωμα – Διαπραγμάτευση: Το τρίτο αυτό στάδιο, είναι το λιγότερο γνωστό αλλά εξίσου βοηθητικό για το άτομο για ένα σύντομο χρονικό διάστημα. Εάν έχει σταθεί αδύνατο να αντιμετωπίσει το άτομο το θλιβερό γεγονός της πρώτης φάσης με την άρνηση και στη δεύτερη φάση έχει θυμώσει με το Θεό και τους ανθρώπους, στην τρίτη φάση αν ήρθε σε κάποια συμφωνία , ίσως καταφέρει να πιστέψει αυτό που έχει συμβεί).

Δ) Κατάθλιψη: Σε αυτό το στάδιο υπάρχουν δυο κατηγορίες, η πρώτη είναι η «αντιδραστική κατάθλιψη» η οποία δηλ. προέρχεται λόγω των απωλειών που αντιμετωπίζει το άτομο, είναι διαφορετικής φύσεως και συνεπώς χρειάζεται διαφορετική αντιμετώπιση. Στο σημείο αυτό οι κοινωνικοί λειτουργοί, οι γιατροί και οι κληρικοί μπορούν να παίξουν πολύ σημαντικό ρόλο στη συμπαράσταση και βοήθεια των ατόμων συζητώντας μαζί τους για τις ανησυχίες τους. Η

δεύτερη, είναι κάτι σαν «προπαρασκευαστική κατάθλιψη» και δεν συμβαίνει σαν αποτέλεσμα των απωλειών του παρελθόντος αλλά εν όψει του επερχόμενου αποχωρισμού. Σε αυτή την κατηγορία ο θεραπευτής δεν είναι τόσο σκόπιμο να προσπαθεί να ευθυμήσει το άτομο και να το παροτρύνει να μη στεναχωριέται. Συνήθως, τους προτρέπουμε να κοιτούν την ευχάριστη πλευρά της ζωής και να βλέπουν θετικά πράγματα γύρω τους. Αυτό συνήθως είναι έκφραση δικής μας ανάγκης και δικής μας αδυναμίας να αντέξουμε το καταθλιπτικό άτομο για μεγάλο χρονικό διάστημα.

Όμως για την κατάθλιψη που προέρχεται από τον αποχωρισμό με όλα τα αγαπημένα του πρόσωπα και κυρίως του συντρόφου, τότε η επιβεβαίωση και τα ενθαρρυντικά λόγια προς το άτομο έχουν πολύ λίγη σημασία. Το άτομο βρίσκεται στη διαδικασία της απώλειας αγαπημένου του προσώπου. Αν του επιτραπεί να εκφράσει τη θλίψη του, θα έρθει η τελική αποδοχή πολύ ευκολότερα και θα είναι ευγνώμων σ' αυτούς που κάθισαν δίπλα του στη φάση της κατάθλιψης χωρίς συνεχώς να του λένε να μη στεναχωριέται.

Η δεύτερη κατηγορία της κατάθλιψης συνήθως είναι «ήσυχη» σε αντίθεση με την πρώτη. Κατά τη διάρκεια της προκαταρκτικής λύπης υπάρχει ελάχιστη ανάγκη για κουβέντα. Στη φάση αυτή σπουδαιότερο ρόλο παίζει το συναίσθημα που μπορεί να εκφράσει αμοιβαία ένα άγγιγμα του χεριού, ένα χάδι στα μαλλιά ή ακόμη καθισμένοι ο ένας δίπλα στον άλλο ήσυχα χωρίς λόγια. Στη φάση αυτή το άτομο μπορεί να επιθυμήσει να προσευχηθεί και να συγκεντρωθεί στο τι θα γίνει μετά, γι' αυτό λοιπόν οι πολλές επισκέψεις από γνωστούς και φίλους με σκοπό να το ευθυμήσουν μπορεί να παρεμποδίσουν την ψυχολογική και συναισθηματική του «προετοιμασία».

Ε) Αποδοχή: Εάν το άτομο έχει στη διάθεση του αρκετό χρόνο και έχει περάσει όλα τα προηγούμενα στάδια που αναφέρθηκαν, θα φτάσει σε ένα στάδιο κατά το οποίο δεν θα αισθάνεται ούτε θυμό, ούτε κατάθλιψη για τη μοίρα του. Σχεδόν επικρατεί «κενό» συναισθημάτων. Είναι σαν να έχει φύγει ο πόνος, το πένθος δεν έχει λήξει τελείως αλλά το άτομο έχει αποδεχτεί το γεγονός και πλέον προσαρμόζεται στη νέα πραγματικότητα (Kubler Ross 1970).

Συνήθως η κύρια αντίδραση του ηλικιωμένου αλλά και κάθε πενθούντα που εκφράζει τη θλίψη του είναι η απόσυρση από τον έξω κόσμο και η άρνηση να συμμετάσχει όχι μόνο σε κοινωνικές αλλά και στις δικές του καθημερινές δραστηριότητες. (Κωσταρίδου-Ευκλείδη, 1999).

Άλλες συναισθηματικές και ψυχολογικές αντιδράσεις στην απώλεια μπορεί να είναι: απαισιοδοξία, άγχος, πανικός, φόβος, ανασφάλεια, αίσθημα αδυναμίας, ενοχή, απελπισία, αδιαφορία ή απάθεια, περιορισμένο εύρος συναισθημάτων και συναισθηματική αστάθεια.

Επίσης στο νοητικό επίπεδο μπορεί να εμφανίζεται σύγχυση και διάσπαση προσοχής, μειωμένη συγκέντρωση, μνήμη και ικανότητα για λήψη αποφάσεων.

Άλλες αντιδράσεις πένθους που εμφανίζει συχνά το ηλικιωμένο άτομο είναι: έλλειψη ενδιαφέροντος για τον εαυτό του και παραμέληση της αυτοφροντίδας αλλά και της οικιακής φροντίδας, αποδιοργανωμένη δραστηριότητα ή υποδραστηριότητα, απόσυρση ή τάση προσκόλλησης σε τρίτο πρόσωπο.

Άλλα συμπτώματα και αντιδράσεις ενδεικτικά κατάθλιψης στο ηλικιωμένο άτομα είναι:

- ανορεξία και διαταραχές όρεξης που οδηγούν και σε διαταραχές του σωματικού βάρους (μείωση ή αύξηση).
- διαταραχή ύπνου.
- αίσθημα συνεχούς κόπωσης και σωματικής εξάντλησης (Κωσταρίδου-Ευκλείδη 1999).

Από τα παραπάνω γίνεται φανερό ότι η χηρεία είναι μια κατάσταση που προκαλεί έντονα αρνητικά συναισθήματα και ενέχει τον κίνδυνο ο ηλικιωμένος να μη μπορέσει να αντιμετωπίσει το γεγονός, να αποσυρθεί εντελώς και να κατακλειστεί από το συναίσθημα της θλίψης.

Για το λόγω αυτό θα πρέπει, προκειμένου ο ηλικιωμένος να μην παραιτηθεί από την ίδια του τη ζωή, η παρέμβαση να είναι άμεση.

Ο κοινωνικός λειτουργός ο οποίος έχει αναλάβει την παρέμβαση στο ηλικιωμένο άτομο που πενθεί θα πρέπει να αναζητήσει και αρωγούς στο οικογενειακό, συγγενικό και φιλικό περιβάλλον του ατόμου. Τα άτομα του κοντινού περιβάλλοντος μπορούν να παροτρύνουν και να βοηθήσουν τον ηλικιωμένο στο να μην αφεθεί και να μπορέσει να σχεδιάσει την περαιτέρω ζωή του.

Είναι επίσης αναγκαίο ο κοινωνικός λειτουργός να βοηθήσει τον ηλικιωμένο να εκφράσει και να εξωτερικεύσει όλα τα συναισθήματα απόγνωσης, απελπισίας, οργής, θυμού που έχει συσσωρεύσει. Έτσι εκφράζοντας όλα τα αρνητικά του συναισθήματα , ο ηλικιωμένος αισθάνεται ανακούφιση και μπορεί σιγά σιγά και με τη βοήθεια του κοινωνικού λειτουργού να επανασχεδιάσει τη ζωή του. Το ηλικιωμένο άτομο μπορεί να βρει και πάλι νόημα στη ζωή του, να αναπτύξει ελπίδες, προσδοκίες, να βάλει νέους στόχους, στοιχεία πάνω στα οποία θα βασιστεί και θα δομηθεί και η

περαιτέρω παρέμβαση του κοινωνικού λειτουργού (Ohmori, 1997, Γεωργούλας, 1987).

Ένα από τα πιο σημαντικά κομμάτια της παρέμβασης αυτής είναι η κινητοποίηση και η επαναδραστηριοποίηση του ηλικιωμένου ατόμου, ώστε να δοθούν κίνητρα στον ηλικιωμένο ικανά ώστε να αποκτήσει και πάλι την αίσθηση ότι είναι χρήσιμος και ικανός. Έρευνες έχουν αποδείξει ότι ένα πολύ καλό μέσο που δραστηριοποιεί τους ηλικιωμένους είναι η παρουσία και η φροντίδα ενός κατοικίδιου. Η καθημερινή φροντίδα και μέριμνα για τις ανάγκες του ζώου κινητοποιούν τον ηλικιωμένο και παράλληλα μειώνουν το αίσθημα της μοναξιάς. Η φροντίδα ενός κατοικίδιου επίσης δίνει την αίσθηση της χρησιμότητας στο ηλικιωμένο άτομο γεγονός που επιδρά ιδιαίτερα θετικά στην αυτοεκτίμηση του και ικανοποιεί την ανάγκη του για προσφορά. Ακόμα το ηλικιωμένο άτομο «υποχρεώνεται» να εντάξει στην καθημερινότητα του κάποιες ασχολίες επιπλέον οι οποίες λειτουργούν ως δικλείδες ασφαλείας απέναντι σε αρνητικά συναισθήματα (Vincent 1997).

6.3. Η Ιδέα του Επερχόμενου Θανάτου

Ένας βασικός λόγος που μπορεί να οδηγήσει τον ηλικιωμένο να εκδηλώσει κατάθλιψη είναι η συνειδητοποίηση του θανάτου, η οποία αφορά σε σκέψεις σχετιζόμενες με τον επερχόμενο δικό του θάνατο και τη συνειδητοποίηση της θνητότητας του. Η ατελείς προετοιμασία του ηλικιωμένου για το θάνατο τον κάνει να νιώθει ανασφάλεια για το μέλλον του και αίσθηση ματαιότητας για τους στόχους που θέτει. Αισθάνεται ότι διανύει τα τελευταία στάδια της ζωής του και δεν βρίσκει λόγους να σχεδιάσει το μέλλον του, εγκαταλείποντας τον εαυτό του σε μια παθητική αναμονή. Σε αυτή τη

φάση ο ηλικιωμένος δεν έχει κίνητρα και εμφανίζει μια γενικότερη οκνηρία και διάθεση άρνησης, με αποτέλεσμα να εκδηλώνει έλλειψη επιθυμίας για την ανάπτυξη ασχολιών που μπορεί να οδηγήσουν έξω από το τέλμα της απομόνωσης και της απόσυρσης (Aslan, 1998).

Ο κοινωνικός λειτουργός πρέπει να συζητήσει μαζί του τους φόβους και την απογοήτευση που πιθανόν να νιώθει. Είναι σκόπιμο να μην αγγίξει το θέμα του θανάτου από θρησκευτική και φιλοσοφική άποψη πολύ νωρίς, διότι υπάρχει ο κίνδυνος ο ηλικιωμένος να αισθανθεί μπερδεμένος και περισσότερο φοβισμένος, ή να θίγει εξαιτίας των προσωπικών του θρησκευτικών πεποιθήσεων. Ο ηλικιωμένος πρέπει να βοηθηθεί να αναγνωρίσει, να αποδεχθεί και τέλος να εξωτερικεύσει τα αισθήματά του. Η ιδέα του θανάτου σαν μια φυσιολογική κατάληξη της ζωής ίσως είναι δύσκολο να γίνει αποδεκτή από τον ηλικιωμένο, αλλά δίνοντας τον απαραίτητο χρόνο μπορεί να αποφέρει θετικά αποτελέσματα και η αντιμετώπιση της ιδέας του θανάτου να γίνεται με λιγότερο φόβο και δέος (Kennedy, 1996).

Θεραπευτικά αποτελέσματα φαίνεται να έχει πολλές φορές η συμμετοχή του ηλικιωμένου σε ομάδες συζήτησης με άτομα που έχουν τις ίδιες ανασφάλειες και φόβους. Εκεί θα έχει την ευκαιρία να ακούσει από άλλα άτομα αυτά που ο ίδιος νιώθει και φοβάται, να εκφράσει τα συναισθήματά του και μέσα από αυτή την διαδικασία να ενεργοποιήσει τους δικούς του μηχανισμούς άμυνας και να καταπολεμήσει την ηττοπάθεια. Η συμμετοχή σε μια ομάδα θα του δώσει την αίσθηση ταυτότητας ως μέλος μιας κοινωνικής οντότητας, κάνοντας τον να νιώθει ότι μπορεί να μοιραστεί τις σκέψεις του με άτομα που θα τον κατανοήσουν και θα τον υποστηρίξουν. Παράλληλα αποκτά την δυνατότητα να αναπτύξει τις κοινωνικές επαφές του και πέρα από

το συνηθισμένο του περιβάλλον και να έρθει σε επαφή με άτομα που μπορούν να τον βοηθήσουν μέσα από τις κοινές τους αναζητήσεις, απορίες και ανασφάλειες (Φουντουλάκης, Ιακωβίδης, Τσολάκη & Ιεροδιάκονος, 1998).

6.4. Σεξουαλικές Μεταβολές

Μέχρι τελευταία εθεωρείτο ότι η σεξουαλικότητα της γυναίκας ελαττώνεται αρκετά γρήγορα με την εμμηνόπαυση. Αυτό αποδιδόταν τόσο στις διάφορες σωματικές μεταβολές όσο και σε ψυχολογικές επιπτώσεις κλιμακτηρίου. Η διατήρηση ικανοποιητικής σωματικής εμφάνισης με τις σημερινές αισθητικές-ιατρικές δυνατότητες, όπως και η απαλλαγή από το δέος νέας εγκυμοσύνης, είναι παράγοντες οι οποίοι ικανοποιούν τον εγωισμό και την αυτοπεποίθηση της και συντηρούν μια σχετικά κανονική σεξουαλικότητα. Στην προχωρημένη εμμηνόπαυση, η ατροφία του κολπικού βλεννογόνου από έλλειψη οιστρογόνων μπορεί να μετατρέψει τη συνουσία σε επώδυνη πράξη, πράγμα που περιορίζει τη διάθεση της γυναίκας (Tucker, 1999, σελ. 39).

Ο άνδρας πάλι δεν έχει κλημακτηριακές μεταβολές ανάλογες με αυτές που παρουσιάζονται στη γυναίκα, αλλά παρατηρείται μια προοδευτική ελάττωση της συχνότητας επαφών και γενικότερα του σεξουαλικού ενδιαφέροντος. Γενικά άντρες πάνω από τα 60 αναφέρουν σεξουαλικές επαφές περίπου μια φορά την εβδομάδα, αλλά οι δυνατότητες πραγματώσεων είναι σαφώς ανώτερες, εξαρτώνται από την «κατάλληλη διέγερση».

Οι παράγοντες που συμβάλλουν στην ελάττωση της σεξουαλικής πράξης στα ηλικιωμένα άτομα, συνήθως είναι οι εξής:

- Παρουσία γενικής ή τυπικής ασθένειας

- Έντονα οικονομικά, κοινωνικά ή ψυχολογικά προβλήματα
- Ο φόβος αποτυχίας της σεξουαλικής πράξης

Πάντως, τόσο η γυναίκα όσο και ο άντρας των 50-80 ετών μπορούν να έχουν σχετικά ομαλή σεξουαλική συμπεριφορά, εάν φυσικά διατηρούν ορισμένες σωματικές και ψυχολογικές προϋποθέσεις υγείας (Μάνος, 1997, σελ. 225).

7. Θεραπευτική Αντιμετώπιση

Το φάσμα των θεραπευτικών μέσων που συνιστάται να εφαρμοσθούν στους καταθλιπτικούς ασθενείς της τρίτης ηλικίας, είναι ιδιαίτερα ευρύ. Συνήθως, η θεραπευτική αντιμετώπιση βασίζεται αρχικά στην φαρμακοθεραπεία. Η χρήση αντικαταθλιπτικών σκευασμάτων είναι ιδιαίτερα διαδεδομένη με αρκετά καλά αποτελέσματα, ωστόσο πρέπει να ληφθούν υπ' όψιν πολλοί παράγοντες, όπως τα φάρμακα τα οποία ενδεχομένως ο ασθενής λαμβάνει ήδη, γιατί η χρήση πολλών από αυτά μπορεί να επιδεινώσει την καταθλιπτική συμπτωματολογία ή να την καταστήσει ανθεκτική στη φαρμακοθεραπεία (Μανέττα, 1991).

Η δοσολογία των ψυχοθεραπευτικών φαρμάκων πρέπει να είναι καλά μελετημένη και σύμφωνη με την ηλικία και τη σωματική υγεία του ασθενούς, έτσι ώστε να αποφευχθούν οι τυχόν εμφανιζόμενες ανεπιθύμητες παρενέργειες, οι οποίες στους ηλικιωμένους μπορεί να έχουν σοβαρότερες συνέπειες. Πρέπει, επίσης, να ληφθεί υπ' όψιν ότι η διαδικασία του γήρατος μεταβάλλει τον ρυθμό απορρόφησης και αποβολής των φαρμάκων, προκειμένου να ρυθμίζεται η δοσολογία καταλλήλως και να αποφεύγονται κατά το δυνατόν οι παρενέργειες που μπορεί να οφείλονται στην αυξημένη

συγκέντρωση τους στον οργανισμό του ασθενούς. Εξάλλου, εξαιτίας του μειωμένου ρυθμού απορρόφησης των φαρμακευτικών σκευασμάτων παρατηρείται μια καθυστέρηση από την έναρξη της θεραπείας μέχρι την καταστολή των συμπτωμάτων, η οποία και θα πρέπει να αναμένεται. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι, ενώ τα αποτελέσματα της φαρμακευτικής θεραπείας γίνεται αισθητό στο νέο ενήλικα σε διάστημα 3 ως 4 εβδομάδων, στον υπερήλικα απαιτείται μεγαλύτερο χρονικό διάστημα, που μπορεί να φτάσει τις 6 ως 8 ή και 12 εβδομάδες-δηλαδή μέχρι και τρεις μήνες. Επιπλέον, μετά την ανακούφιση του από τα συμπτώματα, η θεραπεία θα πρέπει να συνεχιστεί για 6 μήνες τουλάχιστον. Ακόμη και μετά την αποδρομή της νόσου, ο ηλικιωμένος καταθλιπτικός κινδυνεύει να εμφανίσει εκ νέου τα συμπτώματα της νόσου, εάν δεν συνεχίσει με κάποια συντηρητική αγωγή. Τέλος, επειδή, οι ηλικιωμένοι καταθλιπτικοί ασθενείς εμφανίζουν υψηλά ποσοστά διακοπής της φαρμακοθεραπείας, είναι απαραίτητο να ευαισθητοποιηθεί ανάλογα το οικογενειακό περιβάλλον του, ώστε να προληφθούν οι δυσμενείς επιπτώσεις που ενδέχεται να εμφανιστούν από τη διακοπή των φαρμάκων (Αλεβίζος, 1998, Χριστοδούλου, Χαβάκη-Κονταξάκη & Κονταξάκης, 2000).

Πολύ σημαντικό ρόλο στη θεραπεία του ηλικιωμένου ασθενούς που πάσχει από κατάθλιψη έχει και υποστηρικτική θεραπευτική προσέγγιση, η οποία παρέχεται από εξειδικευμένο προσωπικό. Η θεραπευτική ομάδα θα πρέπει να αποτελείται από Ψυχίατρο, Ψυχολόγο, Ψυχογηριατρικό Νοσηλεύτη, Κοινωνικό Λειτουργό, Εργοθεραπευτή, Φυσιοθεραπευτή και να παρέχεται συντονισμένα και συλλογικά .

Η ψυχοθεραπεία στις διάφορες μορφές της (υποστηρικτική, διαπροσωπική, οικογενειακή) μπορεί να προσφέρει ικανοποιητικά

αποτελέσματα στους ασθενείς που παρουσιάζουν ήπιας και μέτριας βαρύτητα κατάθλιψη, αν και δεν έχει σαν στόχο την θεραπεία αλλά την αντιμετώπιση των άμεσων προβλημάτων που εμφανίζονται. Οι ασθενείς με μείζονα κατάθλιψη είναι μάλλον ακατάλληλοι για την εφαρμογή ψυχοθεραπείας, καθώς εμφανίζουν συνήθως λειτουργικά προβλήματα, τα οποία δεν τους επιτρέπουν τη συμμετοχή τους στη διαδικασία, η οποία απαιτείται για να ευδοκιμήσει η ψυχοθεραπευτική προσέγγιση (Αλεβίζος, 1998, Φουντουλάκης, Ιακωβίδης, Τσολάκη & Ιεροδιάκονος, 1998, Gilbert, 1999).

Έχει αποδεχθεί ότι η πλέον ευεργετική για την πλειονότητα των ηλικιωμένων ασθενών θεραπευτική αντιμετώπιση, είναι ο συνδυασμός φαρμακευτικής και ψυχοθεραπευτικής παρέμβασης στο βαθμό που απαιτείται η κάθε μια από τις παραπάνω μεθόδους, με μεγάλη προσοχή ωστόσο στην επιλογή των ασθενών και στον τρόπο προσέγγισης τους (Φουντουλάκης, Ιακωβίδης, Τσολάκη & Ιεροδιάκονος, 1998, Gilbert, 1999).

7.1. Πώς Μπορώ να Βοηθήσω τον Εαυτό μου;

7.1.1. Αποδοχή της αδυναμίας

Εφόσον δεν μπορούμε να βοηθήσουμε τον εαυτό μας και όλες οι προσπάθειες που κάνουμε επιβαρύνουν τη θέση μας το καλύτερο που μπορούμε να κάνουμε είναι να αποδεχτούμε όσο πιο φιλικά γίνεται αυτή την αδυναμία. Αντί να προσπαθούμε βίαια να αλλάξουμε τον εαυτό μας, να συμφιλιωθούμε με αυτό που είμαστε, με αυτό που νιώθουμε και με αυτό που μπορούμε. Η θλίψη θα μειωθεί και θα φύγει από πάνω μας αλλά δεν μπορούμε να προβλέψουμε με ακρίβεια πότε ακριβώς θα γίνει αυτό. Η θεραπευτική μας πορεία θα εξαρτηθεί από πολλούς παράγοντες. Δεν

χρειάζεται να προσπαθούμε να αλλάξουμε που δεν μπορούμε να αλλάξουμε. Κάθε στιγμή κάνουμε το καλύτερο που μπορούμε για να βοηθήσουμε τον εαυτό μας.

Δεχόμαστε όμως ήσυχα και την αδυναμία μας. Ζούμε μαζί της. Συμβιώνουμε όσο πιο αρμονικά γίνεται με την κατάθλιψη μας μέχρι να απαλλαγούμε από αυτήν. Δεν μας αρέσει η κατάθλιψη αλλά καταλαβαίνουμε ότι είναι μάταιο να την πολεμούμε δυναμικά αφού άλλωστε στην παρούσα φάση της ζωής μας αυτό που μας λείπει είναι η δύναμη, η αποφασιστικότητα και η αγωνιστικότητα. Δεχόμαστε όσο πιο ήρεμα γίνεται όσα διαδραματίζονται μέσα μας και γύρω μας και περιμένουμε να επιστρέψουν οι δυνάμεις μας ώστε να μπορέσουμε να συμπεριφερθούμε και πάλι δυναμικά. Αφού δεν μπορούμε να κάνουμε δυναμικές προσπάθειες είναι καλύτερα να συμβιώνουμε αρμονικά με τη θλίψη μας.

7.1.2. Ψυχοθεραπεία-Συμβουλευτική

Η κατάθλιψη μας δείχνει ότι μέσα μας υπάρχουν προβλήματα σε ένα βαθύτερο επίπεδο που πρέπει να αντιμετωπίσουμε. Δεν πρόκειται για μια απλή ασθένεια αλλά για μια μορφή επικοινωνίας για ένα μήνυμα που πρέπει να αποκωδικοποιήσουμε. Μας συμφέρει να αντιμετωπίζουμε την κατάθλιψη σαν μια αφορμή αυτογνωσίας και σαν κίνητρο για αλλαγές στον ψυχικό μας κόσμο και τις σχέσεις μας.

Ο ψυχοθεραπευτής μπορεί να μας βοηθήσει να καταλάβουμε τους ψυχολογικούς λόγους οι οποίοι συμβάλλουν στη δημιουργία των καταθλιπτικών αισθημάτων και να μας υποστηρίξει στην πορεία της θεραπευτικής μας αλλαγής.

Η ψυχοθεραπεία μπορεί να μας βοηθήσει:

- Να ερευνήσουμε σκέψεις και συμπεριφορές που συμβάλουν στη δημιουργία αισθημάτων απογοήτευσης, μειονεκτικότητας και ενοχής τα οποία συνοδεύουν ή βρίσκονται στη ρίζα της κατάθλιψης.
- Να κατανοήσουμε ποια από τα προβλήματα που μας απασχολούν μπορούμε να επιλύσουμε και με ποιο τρόπο και ποια δεν μπορούμε να επιλύσουμε αλλά οφείλουμε να συμβιώσουμε αρμονικά μαζί τους.
- Να βελτιώσουμε τις σχέσεις μας με τα αγαπημένα μας πρόσωπα.
- Να ξαναβάλουμε σταδιακά στη ζωή μας ευχάριστες δραστηριότητες που μπορούν να ξυπνήσουν μέσα μας τη χαρά της ζωής.
- Να εκφράσουμε τα αληθινά μας συναισθήματα όταν θέλουμε πραγματικά να επικοινωνήσουμε ακόμη και όταν αυτά είναι αρνητικά. (θυμός, πλήξη, επιθετικότητα, θλίψη).
- Να διεκδικούμε τα δικαιώματά μας και να μην υποχωρούμε από φόβο στις απόψεις των άλλων.
- Να στηρίζουμε τις επιλογές μας στις δικές μας αξίες και τις δικές μας επιθυμίες.
- Να ανακτήσουμε τον έλεγχο της ζωής μας.
- Να βάζουμε ρεαλιστικούς στόχους για το μέλλον που μπορούν να μας δώσουν νόημα και να αναλάβουμε το ρίσκο και την ευθύνη αυτών των επιλογών.

Όσο πιο σοβαρή είναι η κατάθλιψη που μας βασανίζει τόσο πιο δύσκολο είναι να μπορέσουμε να νιώσουμε καλύτερα μετά από μια συνάντηση με τον ψυχοθεραπευτή. Αυτό γίνεται διότι η ίδια η κατάθλιψη δεν μας αφήνει να νιώσουμε καλύτερα, να δούμε τον εαυτό μας πιο αισιόδοξα, να

ελπίσουμε σε κάποια αλλαγή. Για τον ίδιο λόγο δεν μπορούν να μας βοηθήσουν ούτε τα άτομα του οικογενειακού μας περιβάλλοντος. Ότι και να μας λένε εμείς το παίρνουμε στραβά. Δίνουμε σε όλα αρνητικό νόημα. Βλέπουμε μόνο την κακή όψη των πραγμάτων.

Ο ψυχοθεραπευτής εξάλλου δεν θέλει απλά να μας παρηγορήσει αλλά να μας βοηθήσει να αλλάξουμε τον εαυτό μας. Όσο πιο υγιείς και δυνατοί αισθανόμαστε τόσο πιο εύκολα μπορούμε με τη βοήθεια του ψυχοθεραπευτή να δουλέψουμε σε ένα βαθύτερο επίπεδο με τον εσωτερικό μας κόσμο για να γνωρίσουμε καλύτερα τον εαυτό μας και να μάθουμε τεχνικές αντιμετώπισης των αρνητικών σκέψεων και αισθημάτων.

Η αυτογνωσία και η καλλιέργεια των ψυχολογικών μας δεξιοτήτων θα μας βοηθήσει να χειριζόμαστε σωστά τις εσωτερικές και τις εξωτερικές αντιξοότητες ώστε να μην ξαναζήσουμε ποτέ πια στο μέλλον άλλη καταθλιπτική περίοδο.

7.1.3. Η προσευχή

Η προσευχή μπορεί να μας βοηθήσει ακόμη και όταν δεν πιστεύουμε συνειδητά στο Θεό. Όσο πιο απογοητευμένοι είμαστε από τα πράγματα του κόσμου τόσο πιο εύκολα νιώθουμε την ανάγκη να παρακαλέσουμε τη βοήθεια του Θεού. Η κατάθλιψη μας αποδυναμώνει και κατά συνέπεια χάνουμε τη μαγιά μας, την εγωιστική εκείνη αξιοπρέπεια που μας κάνει να θεωρούμε τον εαυτό μας τόσο δυνατό ώστε να μη χρειαζόμαστε τη βοήθεια του Θεού αλλά μπορούμε να στηριζόμαστε στις δικές μας δυνάμεις. Η κατάθλιψη μας βοηθά να καταλάβουμε ότι δεν έχουμε δυνάμεις και ότι καταβάθος είμαστε αδύνατοι και αβοήθητοι. Αυτά τα αισθήματα αδυναμίας, απελπισίας, ανασφάλειας και

φόβου καλλιεργούν την ψυχή μας με τέτοιο τρόπο ώστε να είναι περισσότερο δεκτική στη βοήθεια του Θεού. Η θλίψη ελκύει τη Χάρη. Διότι ο Θεός αγαπά την ταπείνωση και εκφράζει την αγάπη του στους πονεμένους και αδύνατους.

Προσευχόμαστε με κάθε τρόπο, όπως μπορούμε και αυτό μας δίνει ένα στήριγμα ένα αποκούμπι που τόσο πολύ το έχουμε ανάγκη. Ακόμη και όταν δεν πιστεύουμε στο Θεό (και είναι φυσικό να μην πιστεύουμε αν δεν Τον γνωρίζουμε) επαναλαμβάνουμε νοερά μέσα μας την *ευχή του Ιησού* το «Κύριε Ιησού Χριστέ Ελέησόν με». Μπορούμε ακόμη να μιλήσουμε ελεύθερα στον Θεό σαν να είναι πατέρας μας ή ένα πολύ αγαπητό πρόσωπο που μπορεί να μας βοηθήσει. «Θεέ μου δεν σε γνωρίζω αλλά σε παρακαλώ να με βοηθήσεις να ξεπεράσω αυτά τα αρνητικά συναισθήματα διότι υποφέρω πολύ. Σε παρακαλώ Βοήθησε με». Και πάλι συνεχίζουμε επαναλαμβάνοντας πολλές φορές την ευχή του Ιησού.

Δεν πρέπει όμως να περιμένουμε γρήγορα και σημαντικά αποτελέσματα. Λέμε την ευχή και αφήνουμε το Θεό να λειτουργήσει μέσα μας την βοήθεια Του όπως Εκείνος γνωρίζει. Προσευχόμαστε χωρίς να εξετάζουμε το αποτέλεσμα, χωρίς να περιμένουμε κάτι. Σιγά-σιγά θα συντελείται μέσα μας η αλλαγή. Η καλλιέργεια της σχέσης μας με το Θεό είναι θεραπευτική.

7.1.4. Η αγάπη

Αυτό που πραγματικά έχουμε ανάγκη κατά την περίοδο της κατάθλιψης είναι η αποδοχή, ο σεβασμός και η αγάπη των άλλων. Δεν χρειαζόμαστε συμβουλές και παροτρύνσεις αλλά άνευ όρων αγάπη. Έχουμε

ανάγκη από λόγια ενίσχυσης και υποστήριξης και κυρίως από στοργή, τρυφερότητα, χάδια και αγκαλιές.

Η γλώσσα του σώματος είναι αυτή που καλύτερα μπορούμε να καταλάβουμε. Ακόμη και τότε που θέλουμε να μείνουμε μόνοι, εγκαταλειμμένοι στο πηγάδι της θλίψης μας, μπορούμε να αναγνωρίσουμε την καλή διάθεση των αγαπημένων μας προσώπων και να παρηγορηθούμε από τη στάση και την παρουσία τους. Ακόμη και όταν η εκδήλωση της αγάπης τους δε είναι αρκετή για να μας αλλάξει άμεσα τη διάθεση πάντοτε ασκεί μέσα μας θεραπευτική ενέργεια και παίζει σημαντικό ρόλο στη θεραπευτική μας πορεία (Σημ. 1, Γέροντος Πορφυρίου Κουσκοκαλυβίτου).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΚΑΙ ΓΗΡΙΑΤΡΙΚΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

1. Εισαγωγή

Όπως αναφέρθηκε και στο πρώτο μέρος της εργασίας αυτής, ο αριθμός των ηλικιωμένων ατόμων αυξάνει συνεχώς στις σύγχρονες κοινωνίες και τα άτομα τρίτης και τέταρτης ηλικίας αντιπροσωπεύουν ένα σημαντικό αριθμό του γενικού πληθυσμού. Οι βασικότεροι λόγοι αυτής της αύξησης φαίνεται να είναι η ιατρική και η τεχνολογική πρόοδος, οι οποίες συντελούν στην αύξηση του ορίου ηλικίας και καθιστούν δυνατή τη επιβίωση των ατόμων (με συγκεκριμένες και πολλαπλές δυσκολίες), παρέχοντας τη δυνατότητα στα άτομα να φθάνουν σε βαθύ γήρας (Κωσταρίδου-Ευκλείδη, 1999, Παγοροπούλου, 2000β).

Η γήρανση αποτελεί μια συνεχώς εξελισσόμενη και σύνθετη διαδικασία μη αναστρέψιμων μεταβολών. Ο ρυθμός και ο Βαθμός της διαδικασίας της γήρανσης ποικίλλει από άτομο σε άτομο αλλά και στα οργανικά συστήματα του ίδιου του ατόμου. Βασικοί παράγοντες που παίζουν ρόλο στη διαδικασία της γήρανσης είναι οι εξής:

- Η κληρονομικότητα
- Το κοινωνικό και οικογενειακό περιβάλλον
- Η κοινωνική προσαρμογή και συμπεριφορά
- Η ψυχοσύνθεση του ατόμου
- Ο τρόπος διαβίωσης (υγιεινός ή μη)

Έτσι σύμφωνα με την Παγοροπούλου(2000β) η ηλικία μπορεί να θεωρηθεί μια πολυσήμαντη έννοια και ενώ υπάρχει η χρονολογική ηλικία ως

αντικειμενικό μέγεθος, συγχρόνως υπάρχει και θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη από όλους όσους ασχολούνται με τα άτομα της τρίτης ηλικίας και τους κοινωνικούς λειτουργούς η βιολογική ηλικία ενός ατόμου, η ψυχολογική, η κοινωνική και η ιατρική. Είναι σημαντικό για το κοινωνικό λειτουργό να γνωρίζει τις αλλαγές που συμβαίνουν στη ζωή του ατόμου κατά την υγιή διαδικασία της γήρανσης ώστε να μπορεί να διαφοροποιεί τη ψυχοπαθολογία από τη φυσιολογική πορεία του γήρατος.

Στο σημείο αυτό θα πρέπει να τονιστεί ότι η γήρανση δεν είναι νόσος, τα άτομα τρίτης και τέταρτης ηλικίας όμως παρουσιάζουν αυξημένα και πολλαπλά προβλήματα υγείας και παθήσεις ανάλογες με αυτές των ατόμων μέσης ηλικίας. Τα πολύ συχνά συναντώμενα και πλέον χαρακτηριστικά προβλήματα υγείας των ηλικιωμένων ατόμων που εμφανίζονται είτε μεμονωμένα είτε περισσότερα του ενός θα μπορούσαν να ενταχθούν στις παρακάτω κατηγορίες:

- Διαταραχές των ομοιοστατικών ρυθμιστικών μηχανισμών.
- Κακώσεις λόγω πτώσεων και απώλειας κινητικότητας.
- Προβλήματα και παθήσεις σε όλα σχεδόν τα συστήματα: κυκλοφοριακό, πεπτικό, νευρικό, ουροποιητικό, ενδοκρινικό, αιμοποιητικό, αναπνευστικό, μυοσκελετικό και αισθητηρίων οργάνων (καρδιαγγειακά νοσήματα, εκφυλιστικές αρθροπάθειες, αγγειακά και εγκεφαλικά επεισόδια, νόσοι του αίματος, νόσοι των οφθαλμών, σακχαρώδης διαβήτης).
- Ψυχολογικά και ψυχιατρικά προβλήματα (Κωσταρίδου-Ευκλείδη, 1999).

Με την έλευση του γήρατος επιπλέον παρατηρείται βαθμιαία μείωση ενδιαφερόντων, των ευθυνών και της ζωτικότητας και αναπτύσσονται αισθήματα ανασφάλειας και απαισιοδοξίας που μπορούν να εξελιχθούν σε

μελαγχολία και κατάθλιψη, ενώ η μείωση και τα προβλήματα σε νοητικό και αντιληπτικό επίπεδο δημιουργούν δυσκολίες στις διαπροσωπικές και κοινωνικές σχέσεις (Κωσταρίδου-Ευκλείδη, 1999, Παγοροπούλου, 2000β).

Παρ' όλο τις αλλαγές σε όλους τους τομείς που αναφέρθηκαν πιο πάνω, το γήρας είναι μια φάση στην ζωή του ατόμου φυσιολογική και ενώ μπορεί τα ηλικιωμένα άτομα να χάνουν σταδιακά μέρος της λειτουργικότητας τους ωστόσο δεν εξετάζονται πλέον μόνο σε σχέση με τα προβλήματα υγείας που μπορεί να αντιμετωπίζουν (Tucker, 1999).

Όλοι οι κλάδοι και τα επαγγέλματα υγείας που ασχολούνται με τα άτομα τρίτης ηλικίας και κατά συνέπεια και η κοινωνική εργασία επικεντρώνουν το ενδιαφέρον τους στους παράγοντες που συντελούν στην υγεία και την ικανοποίηση και ανεξάρτητη λειτουργικότητα του ηλικιωμένου ατόμου με στόχο αυτό να παραμείνει ενεργό μέσα στο κοινωνικό σύνολο (Δρ. Τσιούνας, 1993, Παγοροπούλου, 2000β).

Σε μια βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση του ηλικιωμένου ατόμου, από τον κοινωνικό λειτουργό θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη ότι είναι σημαντικό:

A) Η παραμονή του ηλικιωμένου ατόμου στο οικείο φυσικό και κοινωνικό του περιβάλλον για όσο καιρό το άτομο λειτουργεί μέσα σε αυτό ικανοποιητικά.

B) Η ψυχολογική υποστήριξη τόσο του ηλικιωμένου ατόμου όσο και του προσώπου που έχει αναλάβει την φροντίδα του όταν πλέον το ίδιο δεν μπορεί να φροντίσει ικανοποιητικά τον εαυτό του είτε λόγω κάποιας σοβαρής μακροχρόνιας πάθησης που μειώνει στο ελάχιστο τη λειτουργικότητα του

ατόμου, είτε λόγω αυτής καθεαυτής της απώλειας της ικανότητας λειτουργικής ενασχόλησης.

Κάτι που θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη από τον κοινωνικό λειτουργό είναι το γεγονός ότι η ψυχική κατάσταση του ατόμου που φροντίζει το ηλικιωμένο άτομο επηρεάζει έντονα τον ηλικιωμένο. Έτσι η παρέμβαση από τον κοινωνικό λειτουργό αφορά και τους δυο, αυτόν που φροντίζει και αυτόν που δέχεται τη φροντίδα.

Γ) Η διατήρηση των κοινωνικών επαφών και της κοινωνικότητας του ηλικιωμένου και η κάλυψη του ελεύθερου χρόνου που διαθέτει με δημιουργικό και οργανωμένο τρόπο. Ο κοινωνικός λειτουργός θα πρέπει να φροντίσει ώστε το άτομο να οργανώσει τα χρόνο της καθημερινής του ζωής, των διακοπών, της διασκέδασης και της ψυχαγωγίας του. Ένας τέτοιος προγραμματισμός θα μπορούσε να καλύπτει ανάγκες όπως η αυτοφροντίδα, η φροντίδα του σπιτιού και του κήπου και να περιέχει δραστηριότητες που να αφορούν τη ενασχόληση με χειροτεχνίες, μουσική, θέατρο, επικοινωνία με φίλους και συγγενείς και άλλες κοινωνικές επαφές. Με αυτόν τον τρόπο βοηθάται το ηλικιωμένο άτομο ώστε να αποφύγει πιθανά προβλήματα που θα οδηγούσαν σε κάποια ψυχοσωματική πάθηση ή μεγάλη ψυχολογική επιβάρυνση και παραίτηση που θα επιτάχυνε μια φυσιολογική κάμψη (Παγοροπούλου, 2000β).

2. Αρχές Θεραπείας και η Διαδικασία Παρέμβασης του Κοινωνικού

Λειτουργού για την Κάλυψη των Αναγκών των Ηλικιωμένων Ατόμων

Τα ηλικιωμένα άτομα έχουν τα ίδια δικαιώματα στην αξιοπρέπεια, στην ιδιωτικότητα, στη δυνατότητα επιλογής, στην ανεξαρτησία και στο να νιώθουν

ολοκληρωμένα όπως όλοι οι άνθρωποι από κάθε άλλη ηλικιακή ομάδα (Creek, 1997).

Όταν ένα άτομο τρίτης ηλικίας βιώνει μια σωματική, ψυχική ή νοητική διαταραχή αυτά τα θεμελιώδη δικαιώματα είναι δυνατόν να αγνοηθούν από τρίτα άτομα τα οποία φροντίζουν τον ηλικιωμένο, είτε πρόκειται για το συγγενικό ή φιλικό περιβάλλον του ηλικιωμένου ατόμου, είτε για τους επαγγελματίες υγείας που έχουν αναλάβει τη φροντίδα του.

Ένα πρόγραμμα κοινωνικής εργασίας ενισχύει την ανεξαρτησία και τη δυνατότητα επιλογής του ηλικιωμένου ατόμου και το βοηθά να είναι και να αισθάνεται ολοκληρωμένο. Πολύ σημαντικό είναι το γεγονός ότι μέσα από τη συμμετοχή σε ένα πρόγραμμα κοινωνικής εργασίας παρέχεται βοήθεια στους συγγενείς και στα άτομα που φροντίζουν τον ηλικιωμένο και ταυτόχρονα ενισχύεται η κατανόηση για τα προβλήματα και τις ανάγκες του. Προσφέρεται έτσι αίσθημα ασφάλειας και σιγουριάς τόσο στον ίδιο τον ηλικιωμένο όσο και στα άτομα που τον φροντίζουν. (Creek, 1997, Kennedy, 1996).

Οι βασικές αρχές, η φιλοσοφία και η διαδικασία προσέγγισης της κοινωνικής εργασίας με τα άτομα τρίτης ηλικίας είναι τα ίδια όπως όταν δουλεύει με κάθε άλλη ηλικιακή ομάδα. Βασικό στοιχείο για μια επιτυχημένη παρέμβαση είναι να προσαρμόζεται η διαδικασία της αξιολόγησης, του θεραπευτικού σχεδιασμού, της εφαρμογής του και της επανεκτίμησης έτσι ώστε να επιλέγεται η καταλληλότερη κάθε φορά προσέγγιση και να διασφαλίζεται η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών (Creek 1997, Kennedy, 1996).

Κατά συνέπεια προκειμένου ο κοινωνικός λειτουργός να βοηθήσει ένα ηλικιωμένο άτομο και με στόχο πάντα τη μεγαλύτερη δυνατή ανεξαρτησία στη

λειτουργικότητα, είναι αρχικά απαραίτητο να αξιολογήσει τις ικανότητες, τα προβλήματα, τις προσδοκίες και τα ενδιαφέροντα του ατόμου. Μια αξιολόγηση η οποία εστιάζεται μόνο στο πρόβλημα είναι αρκετά μονόπλευρη , ενώ ο θεραπευτικός σχεδιασμός θα πρέπει να εμπεριέχει τις ικανότητες του ατόμου με σκοπό να τις χρησιμοποιεί και να τις διατηρεί.

Επίσης θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη ότι είναι πολύ πιθανό ένα πρόγραμμα παρέμβασης να κινητοποιεί τους ηλικιωμένους να εμπλακούν σε αυτό όταν είναι δομημένο έτσι ώστε να βασίζεται στις προσδοκίες και στα ενδιαφέροντα κάθε ηλικιωμένου. (Creek, 1997).

Τα συνήθη εργαλεία-μέσα αξιολόγησης που χρησιμοποιούνται και για αυτήν την ομάδα είναι:

Οι συνεντεύξεις, είτε με τον ίδιο τον ηλικιωμένο ή τους συγγενείς και τα άτομα που τον φροντίζουν όταν οι πληροφορίες για το ιστορικό του ατόμου δε μπορούν να δοθούν ικανοποιητικά από τον πρώτο.

Ο θεραπευτής θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη τις μη λεκτικές απαντήσεις και αντιδράσεις του ατόμου που αξιολογεί όπως επίσης και τις αντιδράσεις, τις εκφράσεις, το ύφος και τον τόνο της φωνής του. Επίσης θα πρέπει να χρησιμοποιεί απλή γλώσσα και κλειστές ερωτήσεις , καθώς επίσης να δίνει τον απαραίτητο χρόνο στον ηλικιωμένο να απαντήσει.

Ακόμα υπόψη θα πρέπει να λαμβάνονται τα αισθητηριακά ελλείμματα στην όραση και στη ακοή κατά τη διαδικασία της συνέντευξης.

Η παρατήρηση, του ηλικιωμένου ατόμου καθώς φέρνει εις πέρας καθημερινές δραστηριότητες μπορεί να δείξει όχι μόνο το επίπεδο της ικανότητας ενός ατόμου να επιτυγχάνει ένα αποτέλεσμα αλλά και την

παρουσία ελλειμμάτων για τα οποία θα υπάρξει στη συνέχεια θεραπευτικός σχεδιασμός.

Τα τεστ – ερωτηματολόγια, είναι εργαλεία με τα οποία διαγιγνώσκονται οι δυσκολίες του ηλικιωμένου ατόμου και χρησιμοποιούνται επιπρόσθετα της συνέντευξης και της παρατήρησης έτσι ώστε να αποκτηθεί πλήρης εικόνα για το αξιολογούμενο άτομο. (Creek, 1997, Vincent, 1997).

2.1. Χαρακτηριστικά των Ηλικιωμένων Ατόμων που θα πρέπει να λαμβάνει υπ' όψη του ο Κοινωνικός Λειτουργός

Ο κοινωνικός λειτουργός ο οποίος δουλεύει με άτομα τρίτης και τέταρτης ηλικίας θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη τα χαρακτηριστικά που συνήθως εμφανίζει το ηλικιωμένο άτομο, έτσι ώστε να διευκολύνεται η επικοινωνία κοινωνικού λειτουργού και ηλικιωμένου και να βοηθάται η εδραίωση μιας καλής θεραπευτικής σχέσης. Τα χαρακτηριστικά κάποια από τα οποία ίσως να εμφανίσει ένα ηλικιωμένο άτομο μπορεί να είναι:

- Γενική πτώση σωματικών και νοητικών λειτουργιών.
- Εύκολη κόπωση και έλλειψη αντοχής.
- Κακή διατροφή και αδυναμία.
- Αστάθεια στη βάδιση και άλλα κινητικά προβλήματα.
- Μειωμένη αισθητικότητα, κυρίως μειωμένη όραση και ακοή.
- Έλλειψη κινήτρων και ενδιαφερόντων.
- Αισθήματα μειονεκτικότητας και ανικανότητας.
- Πνευματική σύγχυση και ψυχολογικές διακυμάνσεις (Αστερίου, 1996, Creek, 1997).

Επίσης ο κοινωνικός λειτουργός θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη ότι τα ηλικιωμένα άτομα χρησιμοποιούν πολλές δικαιολογίες προκειμένου να αποφύγουν μια προσπάθεια φοβούμενοι μήπως αποτύχουν. Για το λόγο αυτό χρειάζονται συνεχή ενθάρρυνση, επίβλεψη και καθοδήγηση.

Ακόμα τα ηλικιωμένα άτομα δυσκολεύονται στη λήψη αποφάσεων και συχνά παρουσιάζουν κάποιο αρνητισμό. Σε αυτή την περίπτωση ο κοινωνικός λειτουργός θα πρέπει να δίνει στον ηλικιωμένο να διαλέξει ανάμεσα σε δύο ή τρία το πολύ πράγματα αρχικά, ενώ σταδιακά να δίνει την ευκαιρία για πιο σύνθετες και δύσκολες επιλογές και αποφάσεις. (Καστενμπάουμ, 1982).

Ένα άλλο χαρακτηριστικό των ηλικιωμένων ατόμων είναι το ότι οι ίδιοι δεν προβλέπουν βελτίωση της κατάστασης τους και πολλές φορές δεν έχουν κίνητρα για να βοηθήσουν τον εαυτό τους. Με τη βοήθεια της κοινωνικής εργασίας και τη βελτίωση στους τομείς της αυτοϋπηρέτησης, της κοινωνικοποίησης μπορούν να αποκτήσουν κίνητρα για δραστηριοποίηση (Δοντάς, 1981).

Τέλος θα πρέπει να τονιστεί ότι είναι απαραίτητο τα ηλικιωμένα άτομα να αισθάνονται ευπρόσδεκτα και αγαπητά στους άλλους, ενώ έχουν την ανάγκη να μιλούν αρκετά τα ίδια για τον εαυτό τους και κυρίως για το παρελθόν. Επίσης αγχώνονται καταλαβαίνοντας ότι δεν είναι σε θέση να κάνουν αρκετά πράγματα τα οποία παλαιότερα έφεραν σε πέρας με μεγαλύτερη άνεση, ενώ μαθαίνουν με δυσκολία νέα πράγματα και αντιλαμβάνονται με πιο αργό ρυθμό. Πολλές φορές υπάρχουν δυσκολίες στη μνήμη, την όραση και την ακοή πράγμα που δυσκολεύει κατά πολύ την εκτέλεση ή την επανεκμάθηση μιας δραστηριότητας (Αβεντισιάν-Παγοροπούλου, 1993).

Όλα τα παραπάνω είναι στοιχεία τα οποία θα πρέπει να έχει υπόψη ο κοινωνικός λειτουργός ο οποίος θα εργαστεί με άτομα τρίτης και τέταρτης ηλικίας, ώστε να δημιουργεί το απαραίτητο περιβάλλον μέσα στο οποίο θα εδραιωθεί η θεραπευτική σχέση και ο ηλικιωμένος θα αισθανθεί άνετα και ζεστά έχοντας ανάγκη και δικαίωμα να αντιμετωπίζεται με ευγένεια, ηρεμία και υπομονή.

2.2. Ο Ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού και η Θεραπευτική Ομάδα στα Γηριατρικά και Γηροψυχιατρικά Πλαίσια

Οι ειδικοί που απαρτίζουν την ομάδα η οποία καλείται να αντιμετωπίσει τα ιδιαίτερα προβλήματα και τις ανάγκες των ηλικιωμένων ατόμων, υγιών και ασθενών, προέρχονται από διάφορες επιστημονικές ειδικότητες και στοχεύουν κυρίως στην πρόληψη.

Η σύνθεση της ομάδας ποικίλει ανάλογα με τον τύπο του πλαισίου ή την υπηρεσία που παρέχει φροντίδα στο ηλικιωμένο άτομα. Έτσι ανάλογα με τις ανάγκες που καλείται να καλύψει, η ομάδα μπορεί να απαρτίζεται από:

1. Κοινωνικό Λειτουργό
2. Ψυχολόγο
3. Φυσιοθεραπευτή
4. Εργοθεραπευτή
5. Λογοθεραπευτή
6. Νοσηλεύτη
7. Γηρίατρο-Γηροψυχίατρο
8. Γηροδοντίατρο

9. Ποδίατρο

10. Διαιτολόγο-Διατροφολόγο

Όπως έχει δείξει η εμπειρία μέχρι σήμερα η επιτυχία και η αποτελεσματικότητα της ομάδας εξαρτάται από τη συνεργασία των μελών της (Vincent, 1997).

Σύμφωνα με την Vincent (1997), τα οφέλη από τη ομαδική δουλειά τόσο στη γηριατρική όσο και στη γηροψυχιατρικά αποκατάσταση είναι η βελτίωση της επικοινωνίας, η παροχή συνεχόμενης προσέγγισης και φροντίδας και η παροχή μιας πιο ευρείας προοπτικής στη θεραπευτική διαδικασία.

Ο κοινωνικός λειτουργός συνήθως επικεντρώνεται στις δραστηριότητες καθημερινής ζωής, την εργασία και τη ψυχαγωγία. Η θεραπεία ποικίλει ανάλογα το άτομο, το πλαίσιο, τη φιλοσοφία και τα πιστεύω του θεραπευτή (Vincent, 1997, Creek, 1997).

3. Κοινωνική Εργασία και Ασθενείς Τρίτης Ηλικίας με Κατάθλιψη

Η κοινωνική εργασία μπορεί να παίξει ένα σημαντικό ρόλο στην αξιολόγηση και θεραπεία των ψυχιατρικών προβλημάτων υγείας στα άτομα τρίτης ηλικίας. Όταν τα συμπτώματα της ψυχικής νόσου αναγνωρίζονται στους ηλικιωμένους ασθενείς, οι κοινωνικοί λειτουργοί είναι σε θέση να κινητοποιήσουν τους γιατρούς και τους άλλους εργαζόμενους στην ψυχική υγεία έτσι ώστε να δοθεί η κατάλληλη θεραπεία. Ακόμα πιο σημαντικό όμως είναι το γεγονός ότι ο κοινωνικός λειτουργός μπορεί να παίξει ανεκτίμητο ρόλο στην αποκατάσταση και ανάκτηση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων ατόμων με ψυχιατρικά προβλήματα. (Butin, 1996).

Η κατάθλιψη στα άτομα τρίτης ηλικίας (όπως και στους ενήλικες μέσης ηλικίας) μπορεί να είναι μια εξαιρετικά αποδιοργανωτική κατάσταση εξαιτίας της σοβαρής επίδρασης της τόσο στις λειτουργίες όσο και στις κοινωνικές δραστηριότητες.

Σύμφωνα με τη Butin (1996), από μια γνωστή μελέτη βασισμένη στην κοινότητα (The Epidemiological Catchment Area Programme), η οποία χρηματοδοτήθηκε από το διεθνές Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας, βρέθηκε ότι περίπου το 27% των ατόμων άνω των 60 ετών αναφέρουν συμπτώματα κατάθλιψης που κυμαίνονται από τη δυσφορία ως την κυρίως κατάθλιψη. Από τη μελέτη αυτή επίσης βρέθηκε ότι οι περισσότεροι ηλικιωμένοι ενήλικες με κατάθλιψη δεν αναζητούν θεραπεία παρά το γεγονός ότι το 80% των ατόμων με κλινική κατάθλιψη μπορούν να θεραπευτούν επιτυχώς με φάρμακα και θεραπεία (Levi-Lind, 1996, Ohmori, 1997).

Όμως αν και η κατάθλιψη είναι μια νόσος που μπορεί να θεραπευτεί η διάγνωση και η θεραπεία της στους ηλικιωμένους είναι ελλιπείς σύμφωνα με τους Callahan & Wolinsky (1995) όπως αναφέρει η Levi (1996).

Η διάγνωση και η θεραπεία της κατάθλιψης είναι συχνά αρκετά περίπλοκη λόγω πολλαπλών συνυπάρχουσων χρονίων καταστάσεων. Επίσης πολιτιστικά στερεότυπα σχετικά με την τρίτη ηλικία και το γήρας μπορούν να κάνουν περισσότερο δύσκολη τη διάγνωση. Πολλές φορές οι ηλικιωμένοι αλλά και επαγγελματίες υγείας θεωρούν ότι η κατάθλιψη είναι μια φυσιολογική συνέπεια, μιας σωματικής νόσου, κοινωνικών ή οικονομικών προβλημάτων ή της διαδικασίας της γήρανσης (Quinn & Tomita, 1986).

Τα κριτήρια διάγνωσης, η διαφορική διάγνωση και η συμπτωματολογία της κατάθλιψης στα άτομα τρίτης ηλικίας έχουν αναφερθεί σε προηγούμενο

κεφάλαιο, όμως θα πρέπει εδώ να τονιστεί ότι υπάρχουν αρκετά και αυξανόμενα στοιχεία που δείχνουν ότι η κατάθλιψη στους ηλικιωμένους μπορεί να είναι ποιοτικά διαφορετική από αυτή των ενηλίκων μέσης ηλικίας (Μαλλιάρας, 1998).

Επίσης είναι σημαντικό ο κοινωνικός λειτουργός να μην ξεχνά ότι η κατάθλιψη αποτελεί τόσο αιτία όσο και αποτέλεσμα μιας διαταραχής. Σύμφωνα με μελέτες που έχουν γίνει, βρέθηκε ότι η κατάθλιψη επηρεάζει σημαντικά τα αποτελέσματα της αποκατάστασης στα άτομα τρίτης ηλικίας. Έτσι για παράδειγμα ηλικιωμένα άτομα με κατάθλιψη τα οποία νοσηλεύτηκαν για κάταγμα στο ισχύο ήταν λιγότερο πιθανό να είναι πλήρως αποκαταστημένα και ανεξάρτητα ένα χρόνο μετά από άλλα άτομα της ίδιας ηλικίας με τον ίδιο τραυματισμό χωρίς κατάθλιψη.

Άλλες συνέπειες της κατάθλιψης περιλαμβάνουν ελλείμματα στη διατροφή, αυξημένη ευαισθησία στον πόνο και στις παρενέργειες των φαρμάκων, αυξημένη χρήση των υπηρεσιών υγείας και αυξημένη θνησιμότητα.

Επίσης ελλείμματα στο γνωστικό επίπεδο σε ηλικιωμένους με κατάθλιψη προκύπτουν σε ποσοστό περίπου 15% και είναι γνωστά ως ανοϊκό σύνδρομο της κατάθλιψης (*dementia syndrome of depression*) ή ψευδοάνοια (*preudodementia*), (Levi-Lind, 1996).

Για την κοινωνική εργασία είναι σημαντικό όχι μόνο να συμβάλλει στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης με την εφαρμογή ενός προγράμματος ή μιας μεθόδου, αλλά να συμμετέχει στην πρόληψη και την αποφυγή της στο βαθμό που είναι αυτό δυνατό, με την εξασφάλιση και την προαγωγή της ποιότητας ζωής του ηλικιωμένου ατόμου.

Με την χρήση διαφόρων αξιολογητικών μέσων από τους κοινωνικούς λειτουργούς είναι δυνατό να εντοπιστούν ηλικιωμένα άτομα υψηλού κινδύνου ή στα πρόθυρα εμφάνισης της κατάθλιψης ώστε η παροχή της κατάλληλης θεραπείας να είναι άμεση και αποτελεσματική (Levi-Lind, 1996).

Η συμβολή της κοινωνικής εργασίας στην πρόληψη της κατάθλιψης μπορεί να γίνει με ποικίλους τρόπους όπως: α) η ενθάρρυνση των ηλικιωμένων στη δραστηριοποίηση μετά τη συνταξιοδότηση, β) η υποστήριξη τους μετά την απώλεια του συντρόφου και γ) η προαγωγή της ποιότητας ζωής του.

Πιο συγκεκριμένα το άτομο βιώνει την είσοδο στην τρίτη ηλικία σαν μια περίοδο μεταβολών είτε με τη μορφή απώλειας όπως στην περίπτωση χηρείας και θανάτων συγγενικών και φιλικών προσώπων, είτε με την αλλαγή του ως τότε δεδομένου τρόπου της καθημερινής του ζωής όπως στη φάση της συνταξιοδότησης ή λόγω ασθενειών που το υποχρεώνουν να υιοθετήσει έναν άλλο τρόπο λειτουργίας στην καθημερινότητα του.

Ο κοινωνικός λειτουργός θα πρέπει να βοηθήσει το ηλικιωμένο άτομο να επανασχεδιάσει τον τρόπο ζωής του, να προσαρμοστεί ομαλά στις μεταβολές που προκύπτουν και να βελτιώσει την αρνητική εικόνα που τις περισσότερες φορές δημιουργεί σχετικά με την κατάσταση την οποία βιώνει.

Η παρέμβαση σε όλους τους τομείς ζωής του ηλικιωμένου σωματικό, συναισθηματικό, κοινωνικό, λειτουργικό μπορεί να βοηθήσει ώστε να αποτραπεί ένα καταθλιπτικό επεισόδιο ή να μην υπάρξει επιδείνωση ενός ήδη εκδηλωμένου (Ohmori, 1997).

Στις επόμενες παραγράφους εξετάζονται γεγονότα τα οποία βιώνονται ως αρνητικές διαδικασίες από τα άτομα της τρίτης ηλικίας και μπορούν να

αποτελέσουν εκλυτικούς παράγοντες της κατάθλιψης. Αυτά είναι: α) η συνταξιοδότηση, β) η απώλεια συντρόφου και γ) η ιδέα του επερχόμενου Θανάτου.

3.1. Η Εδραίωση της Θεραπευτικής Σχέσης Ασθενή Τρίτης Ηλικίας – Κοινωνικού Λειτουργού ως Ζωτικό Δυναμικό Στοιχείο για την Θεραπευτική Παρέμβαση

Στην κοινωνική εργασία εξέχουσας σημασίας είναι η σχέση που δημιουργείται ανάμεσα στο άτομο και το θεραπευτή, ενώ το μέσο που εδραιώνει τη σχέση αυτή είναι η μέθοδος που χρησιμοποιείται. Το χαρακτήρα και την ποιότητα της θεραπευτικής σχέσης καθορίζει η ικανότητα του κοινωνικού λειτουργού να κατανοεί τις αντιδράσεις του ατόμου και στη συγκεκριμένη περίπτωση του ηλικιωμένου ασθενή, καθώς και τις απόψεις και την όλη του συμπεριφορά (Vincent, 1997).

Θα πρέπει λοιπόν ο κοινωνικός λειτουργός να λάβει υπόψη του:

- Το λόγο για τον οποίο αντιδρά το ηλικιωμένο άτομο με αυτόν τον τρόπο
- Γιατί έχει σημασία για τον ηλικιωμένο να φέρεται με αυτόν τον τρόπο
- Τι κερδίζει κρατώντας τη συγκεκριμένη στάση και συμπεριφορά
- Πως ο ίδιος ο ηλικιωμένος βλέπει τον εαυτό του

Ο κοινωνικός λειτουργός θα πρέπει να κατανοεί και να δέχεται τις όποιες αντιδράσεις του ατόμου και να φροντίζει ώστε να αισθάνεται ασφάλεια, συνέπεια και επιβεβαίωση. Στοιχεία τα οποία βοηθούν στην εδραίωση μιας καλής θεραπευτικής σχέσης και τα οποία θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη ο κοινωνικός λειτουργός που δουλεύει με τον ηλικιωμένο ασθενή με κατάθλιψη είναι:

- Ο σεβασμός της προσωπικότητας και της αξιοπρέπειας του ηλικιωμένου ατόμου
- Η ειλικρίνεια και η δεκτικότητα οι οποίες δίνουν τη δυνατότητα χειρισμού δύσκολων καταστάσεων
- Ο σεβασμός των δυνατοτήτων και των περιορισμών του ηλικιωμένου ατόμου
- Ο τρόπος που δίνεται ο έπαινος και η επιβράδυνση (αφού μπορεί να προκαλέσουν στον ασθενή με κατάθλιψη αντίθετο αποτέλεσμα, δηλαδή ενοχή και μείωση αυτοπεποίθησης).

Πιο συγκεκριμένα ο κοινωνικός λειτουργός θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη του το μειωμένο ρυθμό στην αντίληψη και στην συναισθηματική απόκριση του ατόμου τρίτης ηλικίας με κατάθλιψη. Τον αργό ρυθμό ομιλίας του ατόμου και ότι θα πρέπει να του δίνει τη δυνατότητα και το χρόνο να κατανοεί και να απαντά (Vincent, 1997).

Επίσης θα πρέπει να μην αποθαρρύνεται από την αρχική απάθεια και αδράνεια του ηλικιωμένου, αλλά να αντιλαμβάνεται και να χρησιμοποιεί την κάθε λεκτική και μη απόκριση του ασθενή ώστε να διευκολύνει την επικοινωνία των δυο.

Ακόμα θα πρέπει να αποδέχεται τον αρνητισμό και τις αντιστάσεις που μπορεί να προβάλλει ο ηλικιωμένος χωρίς να τις αποδοκιμάζει ή το αντίθετο. Θα πρέπει τότε να κατευθύνει την προσοχή του ατόμου σε μια δραστηριότητα ή μια πιο αποδεκτή συμπεριφορά (Creek, 1997, Vincent, 1997).

Ο ηλικιωμένος ασθενής με κατάθλιψη έχει την ανάγκη να νιώθει ότι έχει τη συχνή και συνεχή προσοχή και υποστήριξη του κοινωνικού λειτουργού (όταν η παρέμβαση αφορά στη συμμετοχή σε κοινωνική εργασία με ομάδες).

Καθώς η θεραπευτική σχέση αναπτύσσεται και εξελίσσεται θα πρέπει ο κοινωνικός λειτουργός να παρέχει την ευκαιρία στον ασθενή να συμμετέχει στη λήψη αποφάσεων καθώς επίσης η σχέση θα πρέπει να γίνει αρκετά επιτρεπτική και ανεκτική ώστε ο ασθενής να μπορεί να εκφράσει αισθήματα εχθρικότητας και τελικά να αποδεχτεί, να κατανοήσει και να σεβαστεί αυτά τα αισθήματα . Έτσι θα μπορεί να διαφωνήσει με το θεραπευτή ή άλλα άτομα της ομάδας (αν η θεραπεία είναι ομαδική), να εκφράσει αποδοκιμασία και αποστροφή μέσα στα αποδεκτά κοινωνικά όρια ή να εκφράσει θυμό με αποδεκτό και πάλι τρόπο χωρίς να νιώσει αισθήματα ενοχής (Vincent, 1997).

4. Υπηρεσίες Υγείας και Πλαίσια Φροντίδας Ηλικιωμένων

Με την έλευση της τρίτης ηλικίας αυξάνεται η ανάγκη για παροχή υγειονομικής φροντίδας και περίθαλψης στα άτομα.

Σύμφωνα με την Κωσταρίδου (1999), ο Δαρβέσης αναφέρει ότι με βάση επίσημα στοιχεία, κάθε πέντε χρόνια μετά την ηλικία των 35 η μέση διάρκεια νοσηλείας του ατόμου αυξάνει κατά μια ημέρα.

Η κακή οικονομική κατάσταση αποτελεί συχνά καθοριστική αιτία έλλειψης ιατρικής φροντίδας, καθώς αρκετές φορές τα μηνιαία έσοδα του ηλικιωμένου ατόμου δεν επαρκούν για την αγορά φαρμάκων και τη ειδική διατροφή τους. Επίσης συχνά οι συνθήκες διαμονής στην κατοικία του ηλικιωμένου ατόμου δεν πληρούν τις προδιαγραφές για άνετη και αυτόνομη διαβίωση μια και τι ίδιο το άτομο αδυνατεί να φροντίσει τόσο το σπίτι όσο και τον εαυτό του.

Τα παραπάνω αποτελούν δυο μόνο ενδεικτικές κατηγορίες δυσκολιών που αντιμετωπίζουν τα ηλικιωμένα άτομα ως προς τη φροντίδα της υγείας τους σωματικής και ψυχικής και ως προς την εκτέλεση των βασικών δραστηριοτήτων της καθημερινής τους διαβίωσης – ζωής.

Οι λύσεις που επινοήθηκαν και εφαρμόζονται για τη αντιμετώπιση όλων των δυσκολιών που αντιμετωπίζουν τα άτομα τρίτης και τέταρτης ηλικίας μπορούν να ταξινομηθούν σε τρεις κατηγορίες:

1. Προληπτική φροντίδα
2. Φροντίδα στην οξεία φάση αντιμετώπισης της ασθένειας ή του προβλήματος του ηλικιωμένου
3. Χρόνια φροντίδα

Ένας άλλος διαχωρισμός των τύπων παροχής φροντίδας στα άτομα τρίτης ηλικίας σύμφωνα με την Κωσταρίδου (1999), επιτρέπουν την κατηγοριοποίηση της φροντίδας αυτής σε:

1. Οικογενειακή φροντίδα
2. Άτυπη φροντίδα που δίδεται περιστασιακά από άτομα μη ειδικευμένα στους μοναχικούς ηλικιωμένους
3. Ίδρυματική φροντίδα-κλειστή περίθαλψη από κρατικό ή ιδιωτικό φορέα
4. Φροντίδα στο σπίτι η οποία αναφέρεται στο σύνολο των υπηρεσιών που παρέχονται από κάποιο φορέα και ασκούνται στο σπίτι του ηλικιωμένου-ανοιχτή περίθαλψη-προστασία.

Σε συνέχεια της παραγράφου αυτής θα εξεταστούν μερικοί από τους προαναφερόμενους τύπους φροντίδας μέσα από τους οποίους παρέχονται υπηρεσίες κοινωνικής εργασίας.

4.1. Ανοιχτή φροντίδα και προστασία ηλικιωμένων:

Σε αυτόν τον τύπο φροντίδας για τα άτομα της τρίτης ηλικίας οι συνήθεις δομές ή σχήματα φροντίδας είναι:

4.1.1. ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ:

Παροχή κατ'οίκον βοήθειας:

Είναι ο σύγχρονος τρόπος αντιμετώπισης των προβλημάτων των ηλικιωμένων ατόμων, εφόσον είναι παραδεκτό ότι ο ιδανικός χώρος για να ζει το ηλικιωμένο άτομο είναι το οικείο περιβάλλον (Κωσταρίδου-Ευκλείδη, 1999). Η τοπική αυτοδιοίκηση σε συνεργασία με κρατικές υγειονομικές υπηρεσίες και την οικογένεια του ηλικιωμένου ατόμου, μπορούν να συμβάλλουν ώστε να εξασφαλίζεται η μεγαλύτερη δυνατή παραμονή του ηλικιωμένου στο σπίτι.

Η διεπιστημονική ομάδα που μπορεί να προσφέρει υπηρεσίες φροντίδας στον ηλικιωμένο στο σπίτι, μπορεί να αποτελείται από γηγίατρο ή παθολόγο, εργοθεραπευτή, φυσιοθεραπευτή, κοινωνικό λειτουργό, νοσηλεύτη, επισκέπτη υγείας, οικιακό βοηθό. Η σύνθεση της ομάδας εξαρτάται από την διαπίστωση των αναγκών του ηλικιωμένου μετά από αξιολόγηση τους που συνήθως γίνεται από τον γιατρό (Κωσταρίδου Ευκλείδη, 1999, Δρ. Τσιούνας, 1993).

Η παροχή φροντίδας στο σπίτι μπορεί να αφορά είτε νοσηλευτικές και ιατρικές υπηρεσίες είτε υπηρεσίες αποκατάστασης που παρέχονται στα ασθενή ηλικιωμένα άτομα και που ουσιαστικά είναι ίδιες με αυτές που παρέχονται σε ένα κέντρο αποκατάστασης ή σε νοσηλευτική μονάδα. Επίσης μπορεί να αφορά γενικότερες υπηρεσίες διευκόλυνσης της καθημερινής διαβίωσης του ηλικιωμένου.

Μια τέτοιου τύπου υπηρεσία που υλοποιήθηκε τα τελευταία χρόνια στην Ελλάδα από τις κρατικές υπηρεσίες υγείας και την τοπική αυτοδιοίκηση είναι το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» το οποίο άρχισε να εφαρμόζεται σε 112 Δήμους τη χώρας που υπάρχουν Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων-ΚΑΠΗ (Κωσταρίδου-Ευκλείδη, 1999).

Η ομάδα των ειδικών στην οποία μπορεί να συμμετέχει ο κοινωνικός λειτουργός, καταγράφει τις ανάγκες όσων χρειάζονται βοήθεια και την προσφέρει: νοσηλευτική φροντίδα, σίτιση, εξωτερικές εργασίες, πληρωμές λογαριασμών, συντροφιά. Μια άλλη δράση της ομάδας των ειδικών αφορά στην εκπαίδευση εθελοντών αλλά και των μελών της οικογένειας του ηλικιωμένου ατόμου προκειμένου να προσφέρουν σωστή βοήθεια στον ηλικιωμένο όταν αυτός, είτε περιστασιακά είτε μόνιμα, δεν μπορεί να αυτοϋπηρετηθεί (Creek, 1997).

Προσυνταξιοδοτικός σχεδιασμός:

Μια άλλη ανοιχτού τύπου υπηρεσία φροντίδας που μπορεί να παρασχεθεί στο άτομο που ετοιμάζεται να μπει ή έχει μπει στην τρίτη ηλικία είναι ο σχεδιασμός της συνταξιοδότησης του.

Μελέτες που έχουν γίνει δείχνουν ότι ο άνθρωπος ο οποίος έχει μια απασχόληση ή ένα χόμπι εκτός των εργασιακών του δραστηριοτήτων προσαρμόζεται καλύτερα στη ζωή του συνταξιούχου και συνεχίζει να παίρνει ικανοποίηση από τη ζωή του. Αντίθετα, το άτομο το οποίο δεν προγραμματίζει έγκαιρα τι ζωή θα κάνει σαν συνταξιούχος έχει μεγαλύτερη πιθανότητα να αντιμετωπίσει προβλήματα ψυχικής και σωματικής υγείας. Ένας αρκετά μεγάλος αριθμός συνταξιούχων παρουσιάζει προβλήματα κατάθλιψης, ιδιαίτερα τα άτομα εκείνα που λαμβάνουν μεγάλη ικανοποίηση από την

εργασία τους και είδαν με πολύ αρνητικό τρόπο τη συνταξιοδότηση τους. Επίσης σημασία για το ηλικιωμένο άτομο έχει όχι ο αριθμός αλλά το είδος και η ένταση μιας δραστηριότητας καθώς και ο βαθμός εμπλοκής του σε αυτή (Καστενμπαουμ, 1982).

Οι κοινωνικοί λειτουργοί που ασχολούνται με το συνταξιοδοτικό σχεδιασμό θα πρέπει να λαμβάνουν υπόψη τα παραπάνω, όπως και τις ατομικές ανάγκες, τα ενδιαφέροντα και τις προτιμήσεις των «υποψηφίων» συνταξιούχων και να τους βοηθήσουν να αναδιοργανώσουν τις δραστηριότητες που απαρτίζουν τη ζωή τους. Οι κοινωνικοί λειτουργοί συμβουλεύουν και βοηθούν το άτομο να επαναπροσδιορίσει στόχους στη ζωή του αλλά και τους εργασιακούς, κοινωνικούς και οικογενειακούς ρόλους.

Σε χώρες όπως οι Ηνωμένες Πολιτείες τα προ-συνταξιοδοτικά προγράμματα έχουν χαρακτήρα «εκπαιδευτικό» και αποτελούνται από σεμινάρια, συνεδρίες εξάσκησης και διαλέξεις και μπορεί να αφορούν τη σωστή αξιοποίηση του χρόνου του ατόμου, νομικές συμβουλές, οικονομικά ζητήματα αλλά και την προσαρμογή σε νέους ρόλους και τη φυσική υγεία, διατροφή και άσκηση (Baldwin, 1997).

4.1.2. Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ)

Πρόκειται για μια υπηρεσία παροχής εξωϊδρυματικής προστασίας στα ηλικιωμένα άτομα. Η φιλοσοφία της λειτουργίας τους είναι:

A) Η πρόληψη βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών προβλημάτων.

B) Η διαφώτιση και η συνεργασία του ευρύτερου κοινού και των ειδικών φορέων σχετικά με τα προβλήματα και τις ανάγκες των ηλικιωμένων (Κωσταρίδου-Ευκλείδη, 1999).

Τα ΚΑΠΗ προσφέρουν ιατρικές και κοινωνικές υπηρεσίες. Επίσης παρέχεται φυσικοθεραπεία και εργοθεραπεία για θεραπεία μέσω δημιουργικής απασχόλησης.

Μέσω της κοινωνικής φροντίδας, στα ΚΑΠΗ γίνεται προσπάθεια αξιοποίησης του ελεύθερου χρόνου του ηλικιωμένου, διατήρησης στην ενεργό ζωή, καλλιέργειας ενδιαφερόντων, συμμετοχής στην ζωή της κοινότητας.

Οι κοινωνικοί λειτουργοί χρησιμοποιώντας την κοινωνική εργασία σαν παρέμβαση στην πολλαπλότητα των συναισθηματικών προβλημάτων, που γίνονται μεγαλύτερα όταν προστεθούν σε αυτά τα βιολογικά, κατάφεραν να κινητοποιήσουν και να δραστηριοποιήσουν ομάδες ηλικιωμένων ενθαρρύνοντας τους σε δημιουργικότητα και αξιοποιώντας τις δυνατότητες τους. Μέσω αυτής της δραστηριοποίησης κάλυψαν τις συναισθηματικές ανάγκες των ηλικιωμένων. Έτσι οι ηλικιωμένοι αναθεώρησαν τις ιδέες τους, κινητοποιήσαν την ενέργεια τους, ανέπτυξαν κοινωνική συμμετοχή, επηρεάσθηκε η στάση τους σε διάφορα θέματα, έκαναν προγράμματα και ενστερνίσθηκαν νέες ιδέες, αξιοποίησαν εποικοδομητικά τον ελεύθερο χρόνο τους, και έμαθαν να ανήκουν σε ομάδα. Διαπίστωσαν ότι το να ανήκει κάποιος σε ομάδα δίνει αίσθημα ασφάλειας που ενθαρρύνει την ανεξαρτησία και την αυτενέργεια Αυτό πρέπει να τονιστεί σαν θετική πλευρά των ΚΑΠΗ, διότι οι Έλληνες σε σχέση με άλλες χώρες δεν ενδιαφέρονται να συμμετέχουν σε ομαδικές δραστηριότητες. (Κωσταρίδου-Ευκλείδη, 1999, Ελληνική Εταιρία Κοινωνικής Συμμετοχής, 1994).

4.1.3. Τηλεσυναγερμός

Το πρόγραμμα τηλεσυναγερμός στο σπίτι εφαρμόζεται σε Αθήνα και Θεσσαλονίκη από τον Ελληνικό Ερυθρό Σταυρό με τη συνεργασία του

Υπουργείου Υγείας με σκοπό την παροχή άμεσης βοήθειας σε έκτακτες καταστάσεις και με αρωγό σύγχρονα τεχνολογικά μέσα. Η υπηρεσία αυτή απευθύνεται σε ηλικιωμένα μοναχικά άτομα, άτομα με ειδικές ανάγκες και άτομα με χρόνιες παθήσεις(Κωσταρίδου-Ευκλείδη, 1999).

Ο κεντρικός σταθμός είναι εγκατεστημένος στο κτίριο του Ερυθρού Σταυρού και οι περιφερειακοί σταθμοί συμπληρώνονται από ένα ειδικό δείκτη που είναι τοποθετημένος στο σπίτι του εξυπηρετούμενου ηλικιωμένου. Στην τηλεφωνική συσκευή που είναι απαραίτητο να υπάρχει αλλά και στον ηλικιωμένο, σε περίπτωση που δεν μπορεί να φτάσει τη συσκευή, φοριέται ένας πομπός ο οποίος βρίσκεται σε διαρκεί λειτουργία. Εφόσον φτάσει η κλίση στον κεντρικό σταθμό, ο χειριστής ενημερώνεται για το περιστατικό μέσω ηλεκτρονικού υπολογιστή και ανάλογα ειδοποιεί συγγενείς, φίλους ή γείτονες που έχουν οριστεί από το συνδρομητή της υπηρεσίας Ε.Κ.Α.Β., την Πυροσβεστική ή την Άμεσο Δράση αν είναι απαραίτητο.

Για να μπορέσει κάποιος να γίνει συνδρομητής της υπηρεσίας, απαιτείται αίτηση του ενδιαφερομένου στον Ελληνικό Ερυθρό Σταυρό και διαπίστωση από την υπηρεσία των αναγκών και της κατάστασης της υγείας του ηλικιωμένου ατόμου σε αυτό που μπορεί να συμβάλει και ο κοινωνικός λειτουργός.

Άτομα που μπορούν να τύχουν αυτής της μέριμνας είναι άτομα από κοινωνικές οργανώσεις, την τοπική αυτοδιοίκηση, τα ΚΑΠΗ, τους ασφαλιστικούς οργανισμούς αλλά και ιδιώτες (Κωσταρίδου-Ευκλείδη, 1999).

4.1.4. Χρόνια Ανοιχτή Φροντίδα-Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας-Κέντρα Υγείας

Οι δομές φροντίδας αυτού του τύπου έχουν ως στόχο την όσο γίνεται μικρότερη παραμονή του πάσχοντα ηλικιωμένου στις νοσοκομειακές δομές και την αντιμετώπιση των προβλημάτων της υγείας του ενώ το άτομο ζει στο οικείο του περιβάλλον.

Κατά συνέπεια οι ηλικιωμένοι προσέρχονται στις υπηρεσίες αυτές ως εξωτερικοί ασθενείς, οι οποίοι είτε δεν έχουν ανάγκη εισαγωγής σε νοσοκομείο είτε προσέρχονται για να προληφθεί η εισαγωγή τους. Έτσι παρέχεται συνεχής υποστήριξη στο ηλικιωμένο άτομο και μετανοσοκομειακή φροντίδα σε περίπτωση πρόσφατης εξόδου από το νοσοκομείο (Χριστοδούλου-Κονταξάκης, 2000).

Σε αυτές τις δομές ο κοινωνικός λειτουργός φροντίζει σε συνεργασία με άλλες ειδικότητες, τη βελτίωση ή τη διατήρηση μιας επιμέρους ή της συνολικής λειτουργικότητας του ατόμου. Ως μέσο μπορεί να χρησιμοποιεί διάφορες δραστηριότητες εργασιακές, οικιακής φροντίδας, ψυχαγωγία, με στόχο να βοηθήσει και να ενισχύσει την αξιοποίηση των δυνατοτήτων και ικανοτήτων του ηλικιωμένου ατόμου, να αυξήσει την ανεξαρτησία σε όλους τους τομείς της καθημερινής ζωής και να συμβάλλει στην επανακοινωνικοποίηση του ατόμου.

4.1.5. Οικογενειακή και άτυπη φροντίδα

Πρόκειται για τη φροντίδα που παρέχεται στα ηλικιωμένα άτομα από άτομα του οικογενειακού τους περιβάλλοντος ή φιλικά και γειτονικά πρόσωπα. Στην Ελλάδα σύμφωνα με την Κωσταρίδου (1999), η οικογένεια εξακολουθεί

να αναλαμβάνει αρκετά μεγάλο μέρος της φροντίδας του ηλικιωμένου ατόμου. Η φροντίδα αυτή μπορεί να είναι μακρόχρονη και γι' αυτό η υποστηρικτική παρέμβαση δεν θα πρέπει να αφορά μόνο το ηλικιωμένο άτομο αλλά και τα μέλη της οικογένειας του.

Η φροντίδα των ηλικιωμένων από την οικογένεια δεν είναι μόνο ελληνικό φαινόμενο, σύμφωνα με την Κωσταρίδου (1999), στην Αγγλία το 90% των ηλικιωμένων φροντίζονται από την οικογένεια τους και στις Η.Π.Α. επτά εκατομμύρια άτομα φροντίζουν ηλικιωμένους γονείς.

4.1.6. Κατασκηνώσεις και Λουτροθεραπείες Ηλικιωμένων

Η φιλοξενία των ατόμων τρίτης ηλικίας στις κατασκηνώσεις-λουτροθεραπείες έχει σκοπό να συμβάλλει στην κοινωνικοποίηση των ηλικιωμένων μέσα από μια ευκαιρία για καλοκαιρινές διακοπές με συνομήλικους τους. Διαρκεί συνήθως δέκα μέρες σε κατασκηνώσεις του κρατικού προγράμματος (Δ. Αγ. Ανδρέα Αττικής, Β Ν. Πεντέλης, Γαλατά Πόρου, Αγ. Παρασκευής Λάρισας, Σταυρού Θεσ/νίκης , Ν. Περάμου Καβάλας και Λεπτοκαριάς Πιερίας) είναι οι πιο γνωστές από αυτές που φιλοξενούν ηλικιωμένους.

Η επιλογή των ατόμων γίνεται από τη Διεύθυνση Κοινωνικής Πρόνοιας με τα κριτήρια που κάθε φορά αναφέρονται στο έγγραφο που στέλνεται από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, με δεδομένο ότι το άτομο που θα επιλεγεί είναι αυτοεξυπηρετούμενο. Επίσης απαιτείται ιατρική βεβαίωση από τον ασφαλιστικό τους φορέα ότι δεν πάσχουν από κάποια μεταδοτική νόσο ή νόσο που τυχόν θα επιδεινωθεί από την παραμονή του

ηλικιωμένου στην κατασκήνωση ή νόσο που δεν μπορεί να αντιμετωπιστεί από τον γιατρό της κατασκήνωσης.

Η μετάβαση και η επιστροφή στις και από τις κατασκηνώσεις-λουτροθεραπείες οργανώνεται από τις Διευθύνσεις και Τμήματα Κοινωνικής Πρόνοιας των Νομαρχιών και συνοδεύονται απαραίτητως από υπεύθυνο υπάλληλο προς αποφυγή τυχόν ατυχημάτων. Η δε δαπάνη βαραίνει τους ίδιους τους ηλικιωμένους συμμετέχοντες στο πρόγραμμα, οι οποίοι καταβάλλουν το ποσό συμμετοχής των 30,00 ευρώ (ανάλογα με το ετήσιο εισόδημα τους) στις κατασκηνώσεις και 7,00 ευρώ ημερησίως στις λουτροπόλεις (Δ/νση Κοινωνικής Πρόνοιας).

4.1.7. Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (Κ.Η.Φ.Η.)

Μια ακόμη μορφή ανοιχτής περίθαλψης ηλικιωμένων είναι τα «Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων», που θεσπίσθηκε το 2001. Το συγκεκριμένο πρόγραμμα αποσκοπεί και αυτό στην παραμονή του ηλικιωμένου ατόμου στο οικείο φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον, στη διατήρηση της συνοχής της οικογένειας, στην εναρμόνιση της οικογενειακής και εργασιακής ζωής των ατόμων της οικογένειας με ηλικιωμένο μέλος.

Το πρόγραμμα διέπεται από τις αναγνωρισμένες ειδικές αρχές που αναφέρονται στους ηλικιωμένους. Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στη διασφάλιση των παρακάτω δικαιωμάτων:

- A) Να διαβιούν οι ηλικιωμένοι σε αξιοπρεπείς συνθήκες στο οικείο, φυσικό και κοινωνικό τους περιβάλλον.
- B) Να υποστηρίζονται με τέτοιο τρόπο ώστε να διατηρούν την αυτονομία, την κοινωνική συμμετοχή, την επικοινωνία και την αυτάρκεια τους.

Γ) Να απολαμβάνουν υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας που εξασφαλίζουν υγεία και ποιοτική διαβίωση. Το κάθε Κέντρο οφείλει να διαθέτει αίθουσα υποδοχής, αναψυχής, συγκέντρωσης με ευχάριστη διακόσμηση και διάταξη των επίπλων να επιτρέπει την εύκολη μετακίνηση των ηλικιωμένων μέσα στους χώρους του.

Στόχος του προγράμματος: Τα Κ.Η.Φ.Η. απευθύνονται σε ηλικιωμένους αστικών και ημιαστικών περιοχών, μη δυνάμεων να αυτοεξυπηρετηθούν απόλυτα (κινητικές δυσκολίες, ανία, κ.α.). των οποίων το περιβάλλον που συνήθως τα φροντίζει δεν είναι πια σε θέση να το κάνει αυτό. Οι λόγοι μπορεί να είναι η εργασία, σοβαρά κοινωνικά και οικονομικά προβλήματα ή προβλήματα υγείας και συνεπώς η οικογένεια αδυνατεί να ανταποκριθεί στη φροντίδα που έχει αναλάβει απέναντι στα ηλικιωμένα μέλη της.

Τα Κ.Η.Φ.Η. με το σχεδιασμό και τον τρόπο λειτουργίας τους, μπορούν να αναπληρώσουν αυτό το κενό που δημιουργείται ανάμεσα στους ηλικιωμένους και στα άτομα ή μέλη της οικογένειάς τους. Με το ειδικά στελεχωμένο προσωπικό του προγράμματος παρέχουν οργανωμένη κοινωνική φροντίδα σε κατάλληλα διαμορφωμένους χώρους ημερήσιας ή και ολιγόωρης παραμονής. Στην εύρυθμη και αποδοτική λειτουργία του προγράμματος συμβάλλουν επίσης οι εθελοντές αλλά και άλλοι φορείς κοινωνικής αλληλεγγύης της κοινότητας (Κωσταρίδου-Ευκλείδη, 1999).

4.2. Φροντίδα στην οξεία φάση του προβλήματος που αντιμετωπίζει ο ηλικιωμένος:

Η κάλυψη αυτού του τύπου των αναγκών των ηλικιωμένων ατόμων γίνεται στα διάφορα κρατικά και ιδιωτικά νοσοκομεία, όχι όμως σε εξειδικευμένη γηριατρική κλινική. Αυτού του τύπου οι κλινικές στα γενικά νοσοκομεία αναμένεται να ιδρυθούν σύντομα και στη Ελλάδα και θα παρέχονται εξειδικευμένες ιατρικές υπηρεσίες και νοσηλευτική φροντίδα στο ηλικιωμένο άτομο (Πατσάκα, 1992).

Η θεραπευτική ομάδα στις γηριατρικές κλινικές αποτελείται από το γηρίατρο, το γηρίατρο νοσηλεύτη, τον κοινωνικό λειτουργό, τον εργοθεραπευτή, τον φυσιοθεραπευτή.

Ο γηίατρος μετά τη διάγνωση έχει τη δυνατότητα να παραπέμψει τον ηλικιωμένο ασθενή σε άλλη ειδικότητα. Στόχος πάντα για όλη τη θεραπευτική ομάδα, είναι η μικρότερη δυνατή παραμονή του ατόμου στο νοσοκομείο (Ohmori, 1997).

4.3. Κλειστή και χρόνια ιδρυματική φροντίδα

Σε αυτή την κατηγορία φροντίδας εντάσσονται πλαίσια όπως:

- Τα ιδρύματα χρονίως πασχόντων
- Τα γηροκομεία κρατικά και ιδιωτικά
- Τα οικοτροφεία και οι κρατικές μονάδες στέγασης

Αν και η σύγχρονη τάση των υπηρεσιών υγείας είναι ο περιορισμός της κλειστής περίθαλψης και της ιδρυματικής φροντίδας, ωστόσο υπάρχουν ηλικιωμένα άτομα τα οποία δεν μπορούν να καταφέρουν να ζήσουν με ασφάλεια στο σπίτι τους και επιπλέον δεν έχουν υποστηρικτικό σύστημα

(οικογένεια ή φίλους), αλλά και πόρους ώστε να μπορέσουν να διαβιώσουν αυτόνομα (Ohmori, 1997, Creek, 1997).

Συχνά τα ηλικιωμένα άτομα παρουσιάζουν ιδιαίτερα προβλήματα και πολλαπλές παθήσεις γεγονός που δυσκολεύει τη φροντίδα τους στο σπίτι. Για τα άτομα αυτά η ιδρυματική φροντίδα πιθανά να αποτελεί μέχρι και σήμερα μια λύση.

Αυτού του τύπου πλαίσια φροντίδας θα πρέπει να είναι στελεχωμένα με διεπιστημονική ομάδα που να αποτελείται από τις παρακάτω ειδικότητες: γηρίατρο, νοσηλεύτη, εργοθεραπευτή, φυσιοθεραπευτή, λογοθεραπευτή, κοινωνικό λειτουργό, ψυχολόγο, διαιτολόγο, βοηθητικό προσωπικό (Jonsson, 1997).

Αναλυτικότερα, **τα ιδρύματα χρονίως πασχόντων** περιθάλπουν ηλικιωμένους και άτομα χρονίως πάσχοντα. Ένα μεγάλο ποσοστό κρεβατιών διατίθεται για να εξυπηρετηθούν ανάγκες ηλικιωμένων ατόμων. Επίσης έχουν τη δυνατότητα να αντιμετωπίζουν τις ελάχιστες, ακραίες περιπτώσεις κακοποίησης ή παραμέλησης που καταλήγουν σε αναπηρία ή κατακλίσεις βαριάς μορφής. Αυτό επιτυγχάνεται με τη βοήθεια του ειδικά στελεχωμένου νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού.

Ακόμη παρέχεται ψυχολογική και κοινωνική υποστήριξη, απασχόληση, εργασιοθεραπεία, φυσιοθεραπεία, τόσο σε ηλικιωμένους όσο και σε άτομα που πάσχουν από χρόνιες παθήσεις (πνευματικές ή κινητικές), από 18 ετών και άνω. Τα άτομα αυτά μπορεί να είναι και των δυο φύλων, αυτοεξυπηρετούμενα ή μη, ανάλογα με τις δυνατότητες του Θεραπευτηρίου, πάντα προς όφελος των εξυπηρετούμενων.

Σε όλη την Ελλάδα λειτουργούν 20 ιδιωτικές κλινικές που φιλοξενούν ηλικιωμένους ανθρώπους, με δυναμικότητα 2000 κρεβατιών τουλάχιστον. Επίσης, η Ιερά Αρχιεπισκοπή Αθηνών λειτουργεί από το 1974 μέχρι σήμερα, τη «Στέγη Κατάτοιπων Γερόντων», δυναμικότητας 50 κλινών (Οδηγός του Πολίτη με ειδικές ανάγκες, 1999).

Τα γηροκομεία που λειτουργούν σήμερα στην Ελλάδα είναι κυρίως νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου και αυτοδιοικούμενα. Υπάρχουν πάνω από 125 γηροκομεία που φιλοξενούνται ηλικιωμένοι οι οποίοι για διάφορους λόγους δεν μπορούν να παραμείνουν στο σπίτι με τα παιδιά τους ή να ζήσουν μόνοι τους.

Ορισμένα άλλα από τα ιδρύματα συντηρούνται από δωρεές, τακτικές ή έκτακτες εισφορές ή από κληροδοτήματα. Παράλληλα, λειτουργούν και οι ιδιωτικοί Οίκοι Ευγηρίας για τους ηλικιωμένους που έχουν την οικονομική δυνατότητα να πληρώνουν κάποιο μηνιαίο ποσό προκειμένου να διαμένουν.

Το γηροκομείο Αθηνών είναι ένα από τα μεγαλύτερα ιδρύματα και φιλοξενεί περίπου 400 ηλικιωμένους ως επί το πλείστον άνω των 70 ετών. Στους περιθαλπόμενους παρέχεται ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, σίτιση, ψυχαγωγία, συμβουλευτικές και κοινωνικές υπηρεσίες(Αστερίου,1996).

Σήμερα, οι κοινωνικοί λειτουργοί και οι άλλοι ειδικοί των ίδιων των γηροκομείων βεβαιώνουν ότι κανένας, ούτε στα 80, ούτε στα 90 δεν πρέπει να κλείνεται στο γηροκομείο αν μπορεί να φροντίζει ο ίδιος τον εαυτό του. Ο εγκλεισμός στο γηροκομείο, σημαίνει πάντα μια απώλεια της ανεξαρτησίας και αποτελεί μια σκληρή δοκιμασία. Μια Γαλλική στατιστική πάνω στο θέμα αναφέρει πως το 25% των ηλικιωμένων πεθαίνουν στους πρώτους 6 μήνες και πάνω από το 50% στον πρώτο χρόνο που θα κλειστούν σε γηροκομείο.

Οι αυστηροί κανονισμοί, η μονοτονία το πρωινό ξύπνημα, το ότι πλαγιάζουν νωρίς, αποκομμένοι από το παρελθόν και το περιβάλλον τους, κάνουν τους ηλικιωμένους να χάνουν την προσωπικότητά τους και να γίνονται, αλλά και να νιώθουν ένας σκέτος αριθμός (Μποβουάρ, 1980).

Ευτυχώς όμως η ζωή στα γηροκομεία δεν ήταν πάντα απομόνωση και αποξένωση από τον έξω κόσμο, τα γηροκομεία (τουλάχιστον τα πιο οργανωμένα) προσφέρουν σαν πλεονέκτημα κοινούς χώρους για φαγητό, για ψυχαγωγία και εξασφαλίζουν τις αναγκαίες υγειονομικές υπηρεσίες.

Τέλος, η Εκκλησία με τις κατά τόπους Μητροπόλεις λειτουργεί πολλά γηροκομεία, είτε άμεσα ως Εκκλησιαστικά Ιδρύματα είτε έμμεσα ως Ν.Π.Δ.Δ. κοινωφελούς χαρακτήρα. Οι εννέα Στέγες Γερόντων που λειτουργούν υπό την αιγίδα της Αρχιεπισκοπής Αθηνών είναι ουσιαστικά γηροκομεία με μικρό αριθμό κρεβατιών. Εδώ φιλοξενούνται περίπου 230 ηλικιωμένα άτομα αυτοεξυπηρετούμενα, ενώ μια στέγη δέχεται κατάκοιτους τους οποίους εξυπηρετεί επαγγελματικό προσωπικό. Η παροχή υπηρεσιών είναι εντελώς δωρεάν και δίδεται προτεραιότητα σε άτομα με περιορισμένα εισοδήματα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

Μεθοδολογία

Ο αριθμός των ηλικιωμένων ατόμων αυξάνει συνεχώς, λόγω του προσδοκώμενου επιβίωσης και ταυτόχρονα παρουσιάζεται ανησυχητική αύξηση των καταθλιπτικών επεισοδίων.

Έτσι λοιπόν η επιλογή του θέματος όχι μόνο δεν είναι τυχαία, αλλά συνηγορεί στη σπουδαιότητα του θέματος και στην ανάγκη κοινωνικο-πολιτικής παρέμβασης για την επίλυση του προβλήματος.

Επιδιώκεται να παρουσιαστεί ο ορθός τρόπος αντιμετώπισης του προβλήματος, δίνοντας ιδιαίτερη σημασία στον ρόλο που κατέχει η κοινωνική εργασία στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης στην τρίτη ηλικία.

Έγινε προσπάθεια για όσο το δυνατόν αναλυτική προσέγγιση του θέματος, αλλά κυρίως πιο περιεκτική, έτσι ώστε να μελετηθεί σφαιρικά και να οδηγήσει σε σωστά συμπεράσματα.

Η ερευνητική τεχνική που χρησιμοποιήθηκε είναι η συνέντευξη.

Χρησιμοποιήθηκε σαν κύριο μέσο συλλογής πληροφοριών για την κατάθλιψη στην τρίτη ηλικία, το δείγμα μας είναι οι ηλικιωμένοι του Δημόσιου Γηροκομείου Χίου «Ζωρζής Γ. Μιχαληνός», και η υπόθεσή μας είναι ότι υπάρχει κατάθλιψη στην τρίτη ηλικία.

Για την έρευνά μας ενημερώθηκαν οι ηλικιωμένοι, δεν υπήρχε καθοδήγηση, καθορισμένο πλαίσιο ούτε προκαθορισμένες ερωτήσεις.

Χρησιμοποιήθηκε η μη κατευθυντική συνέντευξη, γιατί οι ερωτώμενοι έπρεπε να έχουν την ελευθερία να εκφράσουν τα υποκειμενικά τους συναισθήματα όσο πιο αυθόρμητα μπορούσαν για το θέμα της κατάθλιψης.

ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΕΙΣ

1^η Συνέντευξη

Σήμερα 4/9/2006 πραγματοποιήθηκε επίσκεψη για τη λήψη κοινωνικού ιστορικού της κας. Κ. στο Δημόσιο Γηροκομείο «ΖΩΡΖΗΣ Γ. ΜΙΧΑΛΙΝΟΣ ».

Η κα. Κ. γεννήθηκε στη Χίο το 1925, δεν παντρεύτηκε ποτέ, εργάζονταν ως υφάντρια και ως αγρότισσα και παίρνει σύνταξη ΟΓΑ. Είχε τέσσερα αδέρφια τα οποία απεβίωσαν εδώ κα χρόνια όπως και οι γονείς της.

Η κα. Κ. ανέφερε ότι η μοναξιά που ένωθε, ήταν η βασική αιτία που την οδήγησε στην επιλογή του Γηροκομείου. Ελάχιστοι οι συγγενείς, και αυτοί αρκετά μακριά, τελευταία επίσκεψή τους πέρυσι τα Χριστούγεννα.

Αναφέρει ότι έχει προβλήματα στον ύπνο και γι' αυτό είναι σε φαρμακευτική αγωγή με ηρεμιστικά, γεγονός που επισημαίνει τα προβλήματα της μοναξιάς. Βέβαια η τρίτη ηλικία συνοδεύεται και από προβλήματα υγείας, και η κα. Κ. έχει μειωμένη ακοή, που σε συνδυασμό με τα προβλήματα μοναξιάς, καθιστούν ακόμα πιο δύσκολη τη μοναξιά της.

Έτσι εδώ και 14 χρόνια (από 7/12/1992) ζει στο Γηροκομείο και όπως η ίδια λέει περνάει όμορφα, δημιούργησε φίλους, βρήκε φροντίδα και παρηγοριά.

Η επιλογή βέβαια του Γηροκομείου δεν είναι η ιδανική και το γνωρίζει, της λείπει η άμεση οικογένεια και αισθάνεται απομακρυσμένη από την οικογενειακή φροντίδα.

2^η Συνέντευξη.

Σήμερα 4/9/2006 πραγματοποιήθηκε επίσκεψη για τη λήψη κοινωνικού ιστορικού του κ. Δ.Π., στο Δημόσιο Γηροκομείο «ΖΩΡΖΗΣ Γ. ΜΙΧΑΛΙΝΟΣ ».

Ο κ. Δ. γεννήθηκε το 1922 στη Μικρά Ασία και την ίδια χρονιά ήρθε με την οικογένεια του να ζήσουν στη Χίο.

Εργάζονταν ως πλανόδιος μανάβης και παίρνει σύνταξη ΟΓΑ. Παντρεύτηκε την κα. Ε. και απέκτησε ένα γιο, ο οποίος και εκείνος έχει δημιουργήσει δική του οικογένεια και έχει αποκτήσει δύο παιδιά. Η κα. Ε. απεβίωσε πριν έξι χρόνια και ο κ. Δ. θέλοντας να μην επιβαρύνει το γιο και την οικογένεια του αποφάσισε να εισαχθεί στο Γηροκομείο. Όπως ισχυρίστηκε από της 6-9-2006 που έγινε η εισαγωγή του μέχρι και σήμερα ,περνάει πάρα πολύ καλά. Εκτός από τη καθαριότητα, το καλό φαγητό που του προσφέρει το προσωπικό, έχει δημιουργήσει πολλούς φίλους και περνάει ευχάριστα την ώρα του. Επίσης το "ελεύθερο" που δίνεται για βόλτα εκτός γηροκομείο του επιτρέπει και επισκέπτεται πολύ συχνά ίδιος το γιο του κι την οικογένεια του. Έτσι δεν αισθάνεται περιορισμένος.

Ο κ. Δ. δεν παρουσιάζει κανένα πρόβλημα υγείας, και τονίζει ότι για την εισαγωγή του στο γηροκομείο δεν επηρεάστηκε από άλλους, ότι ήταν δική του επιλογή.

Όταν όμως ένας ηλικιωμένος παίρνει μια τέτοια απόφαση, υπάρχουν και άλλοι λόγοι τους οποίους ο κ. Δ. γνωρίζει αλλά έχει αποφασίσει να τους κρατήσει για τον εαυτό του.

Από την αρχή της συζήτησης φαινόταν αγχωμένος, σαν να μην είχε διάθεση για κουβέντα. Στην συνέχεια όμως και αφού κατάλαβε ότι ήταν απλώς μια κουβέντα ένωσε πιο άνετα και ανοίχτηκε πιο πολύ. Ο κ. Δ. έδειξε έναν άνθρωπο με ιδιαίτερα κλειστό χαρακτήρα, που κρατάει τις αναμνήσεις και τις εμπειρίες του φυλαγμένες σαν θησαυρό μόνον για εκείνον, και από τον τρόπο

που παρουσιάζει τη ζωή του στο Γηροκομείο (ιδανική σχεδόν) συμπεραίνουμε ότι οι λόγοι της εισαγωγής του ήταν άλλοι.

3η Συνέντευξη

Σήμερα 6/9/2006 πραγματοποιήθηκε επίσκεψη για τη λήψη κοινωνικού ιστορικού του κ. Α.Ν. στο Δημόσιο Γηροκομείο «ΖΩΡΖΗΣ Γ. ΜΙΧΑΛΙΝΟΣ».

Ο κ. Ν. γεννήθηκε το 1929 στη Μυτιλήνη και βρίσκεται στη Χίο από το 1952. Εργάζονταν ως αστυνομικός και ως οδηγός φορτηγού σε εργοστάσιο, αυτός ήταν και ο λόγος που άφησε τη Μυτιλήνη και ήρθε στη Χίο.

Ο κ. Ν. ήταν παντρεμένος και με τη σύζυγο του απέκτησε ένα γιο. Η σύζυγος του απεβίωσε πριν χρόνια. Ο κ. Ν. παρουσίασε τον εαυτό του ως δυναμικό, πολυάσχολο στα νιάτα του και με πολλούς φίλους. Από τότε όμως που συνταξιοδοτήθηκε και έχασε την γυναίκα του, άλλαξε εντελώς η ζωή του. Ο γιος του παντρεύτηκε και έμεινε σε άλλο σπίτι, έτσι ο κ. Ν. ζούσε μόνος του χωρίς άλλους συγγενείς παρά μόνο το γιο του και τη νύφη του οι οποίοι λόγω του φορτωμένου προγράμματος τους, τους έβλεπε σπάνια. Έτσι ο κ. Ν. με παρότρυνση του γιου του αλλά τελική απόφαση δική του αποφάσισε να πάει να ζήσει στο γηροκομείο. Εδώ και έντεκα μήνες βρίσκεται εκεί και είδη απ' ότι είπε είναι πολύ καλύτερα. Πέρα από το φαγητό, τα καθαρά ρούχα, την ιατροφαρμακευτική φροντίδα που του παρέχεται του δόθηκε η ευκαιρία να γνωρίσει καινούριους ανθρώπους και να κάνει νέους φίλους με αποτέλεσμα να μη νιώθει πια τόσο μοναξιά. Επίσης το "ελεύθερο" που δίνεται για βόλτα εκτός γηροκομείου τον κάνει να μην νιώθει περιορισμένος. Βέβαια κάποια προβλήματα υγείας δεν του επιτρέπουν να βγαίνει συχνά. Ο κ. Ν. πάσχει από έλκος στομάχου και του χορηγείται η κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή για την

αντιμετώπιση του. Βέβαια τον επισκέπτονται αρκετά συχνά ο γιος του με την οικογένειά του, αλλά και μερικοί παλιοί φίλοι.

Ο κ. Ν. αναφέρει ότι νιώθει πλήρης από αυτά που έχει ζήσει μέχρι τώρα, πλέων αυτό που τον καλύπτει είναι μία ήρεμη ζωή χωρίς να επιβαρύνει κανέναν. Από ότι ισχυρίστηκε αυτό το βρήκε μέσα στο γηροκομείο, έτσι δεν έχει μετανιώσει καθόλου γι' αυτή του την απόφαση, βέβαια ο λόγος της εισαγωγής του είναι αυτός που προανέφερε ο κ. Ν. “να μην επιβαρύνει κανέναν”. Μια τόσο κοινωνική προσωπικότητα παρουσιάζει σαν ελεύθερη επιλογή την εισαγωγή του στο Γηροκομείο.

4^η Συνέντευξη

Σήμερα 6\9\2006 πραγματοποιήθηκε επίσκεψη για τη λήψη κοινωνικού ιστορικού της κ. Α.Μ. στο Δημόσιο Γηροκομείο «ΖΩΡΖΗΣ Γ. ΜΙΧΑΛΙΝΟΣ».

Η κ. Α. γεννήθηκε στη Χίο το 1914, παντρεύτηκε και απέκτησε τρία παιδιά τον Σιδερή, την Ειρήνη και τον Στέφανο ο άντρας της απεβίωσε πολύ γρήγορα, όταν εκείνη ήταν μόλις 28 χρονών. Δεν θέλησε να ξαναφτιάξει τη ζωή της, αφιερώθηκε ολοκληρωτικά στο μέγαλωμα των παιδιών της. Εργάζονταν ως αγρότισσα και τα έβγαζαν πέρα πάρα πολύ δύσκολα. Αργότερα όταν μεγάλωσαν τα παιδιά, η κόρη της παντρεύτηκε και έφυγε στην Αθήνα ακολουθώντας την αργότερα και η κ. Α. αφού της είχε μεγάλη αδυναμία και ήθελε να της προσφέρει βοήθεια στο σπίτι αλλά και φροντίδα στα δύο εγγόνια που είχε αποκτήσει. Η κ. Α. απ' ότι ισχυρίστηκε πέρασε πολύ καλά χρόνια κοντά στην οικογένεια της κόρης της. Με τους δύο γιους της είχε σπάνια έως καθόλου επικοινωνία.

Η κόρη της Ε. απεβίωσε πριν λίγα χρόνια και αυτό ήταν το μεγαλύτερο πλήγμα για την κ. Α. Μετά από αυτό το γεγονός η κ. Α. δεν μπορούσε να συνεχίσει να μένει με το γαμπρό της έτσι αναγκάστηκε να πάει να ζήσει στο σπίτι του γιου της Σ. Λόγω όμως του φορτωμένου προγράμματος εκείνου και της οικογένειάς του, της πρότεινε να εισαχθεί στο δημόσιο Γηροκομείο της Χίου.

Η κ. Α. παρουσιάζεται σαν μια πολύ δυναμική γυναίκα με επίγνωση των πράξεων και των επιλογών της, σύμφωνα όμως με την παρουσίαση των λόγων που την οδήγησαν στο Γηροκομείο δεν υπήρχαν άλλες επιλογές. Μπορεί να υπάρχει άμεσο οικογενειακό περιβάλλον, δεν υπάρχει όμως ουσιαστική σχέση και έτσι η μοναξιά που νιώθει είναι η βασική αιτία της εισαγωγής της.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Κατάθλιψη στην τρίτη ηλικία υπάρχει και οφείλεται σε πολλούς και διαφορετικούς παράγοντες. Η συμπτωματολογία είναι μεγάλη και εκδηλώνεται όπως ερευνήθηκε κυρίως με προβλήματα ύπνου και σε σχέση με τις στάσεις των ίδιων των ατόμων, της κοινωνίας και της οικογένειάς του απέναντι στους ίδιους τους εαυτούς και στο περιβάλλον.

Βέβαια η τρίτη ηλικία δεν συνδυάζεται αναγκαστικά με την εκδήλωση της κατάθλιψης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ V

1. Συμπεράσματα

“Add life to years, no just more years to life”

Να προσθέσουμε ζωή στα χρόνια, και όχι απλώς περισσότερα χρόνια στη ζωή. (Γεροντολογικός Σύλλογος ΗΠΑ, 1995)

Ενόψει των μεγάλων προβλημάτων που εμφανίζονται στην τρίτη ηλικία διαπίστωσε το απόφθεγμα.

Η κατάθλιψη στην Τρίτη ηλικία οφείλεται σε πολλούς και διαφορετικούς παράγοντες, και η διάγνωσή της είναι ένα δύσκολο έργο λόγω της αλληλοεπικάλυψης των συμπτωμάτων από κάποια νόσο των γηρατειών.

Καθώς όμως στην σύγχρονη κοινωνία παρατηρείται δημογραφική αύξηση των ηλικιωμένων ο σχεδιασμός παρέμβασης κρίνεται σημαντικός μπροστά στην δημιουργία θεραπευτικού αποτελέσματος.

Η κατάθλιψη συνοδεύεται από τα συμπτώματα της ‘πεσμένης διάθεσης’ ή χάσιμο του ενδιαφέροντος ή ευχαρίστησης σε όλες σχεδόν τις δραστηριότητες.

Αναγνωρίζεται από ένα σύνολο ή από έναν συνδυασμό συμπτωμάτων που αλληλεπιδρούν με συνήθεις δραστηριότητες όπως παραδείγματος χάριν ο ύπνος.

Παρόλα αυτά όμως δεν χαρακτηρίζει μόνο το γήρας, αντιθέτως σε μια επιδημιολογική έρευνα που έγινε στις ΗΠΑ βρέθηκε μικρότερο ποσοστό ψυχικών διαταραχών στις ηλικίες άνω των 65 από ότι στις ηλικίες 18 – 64 (Regier, Myers, Kramer, Robins, Blazer, Hough, Eaton & Locke, 1984).

Το πέρασμα στην Τρίτη ηλικία δεν συνδυάζεται αναγκαστικά με την εκδήλωση ασθενειών, ούτε με την εκδήλωση της κατάθλιψης.

Σημαντικές ασθένειες σε συνδυασμό με τις βιοσωματικές αλλαγές και έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης είναι τα συνήθη αίτια της δημιουργίας της κατάθλιψης στην τρίτη ηλικία.

Συχνότερη εμφάνιση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας παρατηρείται στις γυναίκες από τους άντρες.

Υπάρχει η άποψη ότι τα διαγνωστικά κριτήρια δεν είναι ορθά για τους ηλικιωμένους, μπορεί να μην εμφανίζεται με τον ίδιο τρόπο που εμφανίζεται στους νεότερους. Επίσης μπορεί η ηλικιακή εικόνα να διαφέρει ακόμη και μεταξύ των ηλικιωμένων.

Η συμπτωματολογία της κατάθλιψης είναι ποικίλη και κατηγοριοποιείται σχετικά με το συναίσθημα και την συμπεριφορά, σε σχέση με τις στάσεις απέναντι στον ίδιο τον εαυτό και στο περιβάλλον, σχετικά με οργανικές αλλαγές και ενοχλήσεις και της γνωστικής εξασθένησης.

Η θεραπευτική αντιμετώπιση της κατάθλιψης στην τρίτη ηλικία βασίζεται κυρίως στη φαρμακοθεραπεία ωστόσο σημαντικό ρόλο έχει η υποστηρικτική θεραπευτική προσέγγιση από εξειδικευμένο προσωπικό. Ανάλογα πάντα με την μορφή της κατάθλιψης εξαρτάται και η θεραπευτική αντιμετώπιση.

Η ψυχοθεραπεία είναι μια ακόμη θεραπευτική αντιμετώπιση και αποσκοπεί να αλλάξει τις παράλογες και αρνητικές σκέψεις που προκαλούνται από τα αρνητικά συμβάντα της ζωής και να αναπτύξει πιο αποτελεσματικούς τρόπους αντιμετώπισης.

Για την αντιμετώπιση των προβλημάτων της τρίτης ηλικίας χρειάζεται η λειτουργία της διεπιστημονικής ομάδας υγείας (ψυχολόγους, νοσηλευτές, κοινωνικούς λειτουργούς, ιατρούς κ.α.) η οποία θα διασφαλίσει την

αποτελεσματικότητα του έργου της όσο και την προστασία των ίδιων των μελών της από την αναμενόμενη ψυχική φθορά.

Η διευθέτηση των κοινωνικών προβλημάτων είναι έργο των κοινωνικών λειτουργών, το οποίο στηρίζεται σε βασικές αρχές και η διαδικασία προσέγγισης είναι βιοψυχοκοινωνική λαμβάνοντας υπ' όψη το περιβάλλον, την ψυχολογική υποστήριξη (και του οικείου περιβάλλοντος) και την κοινωνικότητα των ηλικιωμένων ατόμων.

Τα εργαλεία του κοινωνικού λειτουργού για την ομάδα των ηλικιωμένων είναι οι συνεντεύξεις, η παρατήρηση και τα τεστ- ερωτηματολόγια.

Σημαντικό στοιχείο στην εργασία με την Τρίτη ηλικία είναι τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά, όπως η πτώση των σωματικών και νοητικών λειτουργιών, τα κινητικά προβλήματα, η μειωμένη αισθητικότητα, η έλλειψη κινήτρων, ο φόβος της αποτυχίας κ.α.

Οι κυρίαρχες σήμερα αντιλήψεις για τους ηλικιωμένους και την υγεία οδηγούν συχνά σε δύο ακραίες καταστάσεις. Η αντίληψη που περιγράφεται από την κοινή έκφραση 'ου γαρ έρχεται μόνον' οδηγεί στην απαξίωση προβλημάτων και συμπτωμάτων των οποίων η συσσώρευση και εξέλιξη μπορεί να οδηγήσει σε ανεπανόρθωτες βλάβες. Από την άλλη μεριά, η υπερκατανάλωση διαγνωστικών υπηρεσιών οδηγεί στην ιατροποίηση της ζωής των ηλικιωμένων και στην ανάπτυξη ιατρογενούς νοσηρότητας με παράλληλη έκπτωση της ποιότητας ζωής (Bulpitt, Benos, Nicholl & Fletchen, 1990). Οι υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα αναπτύχθηκαν με βάση το κυρίαρχο μηχανιστικό παράδειγμα για την υγεία το οποίο καθόρισε και την νοσοκομειοκεντρική και ιατροκεντρική λειτουργία τους (Μπένος, 1998).

Η απουσία υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, ιδιαίτερα στις αστικές περιοχές, αποτελεί το βασικό υπόβαθρο ανάπτυξης των παραπάνω καταστάσεων. Ενώ αρκετοί ηλικιωμένοι ταλαιπωρούνται με ιατρογενή προβλήματα, σημαντικές ανάγκες για φροντίδα στο σπίτι και υποστήριξη δεν καλύπτονται από καμιά υπηρεσία.

Οι λύσεις ταξινομούνται σε τρεις κατηγορίες:

1. Προληπτική φροντίδα
2. Φροντίδα στην οξεία φάση αντιμετώπισης του προβλήματος ή της ασθένειας
3. Χρόνια φροντίδα

Ένας ακόμη διαχωρισμός των τύπων παροχής φροντίδας είναι:

- Οικογενειακή
- Άτυπη
- Ιδρυματική
- Φροντίδα στο σπίτι

Ιδιαίτερης σημασίας γεγονότα που βιώνονται σαν αρνητικές διαδικασίες από τα άτομα της τρίτης ηλικίας και που μπορούν να αποτελέσουν εκλυτικούς παράγοντες κατάθλιψης είναι ο θάνατος, η απώλεια συντρόφου και η συνταξιοδότηση.

Οι άνθρωποι σήμερα αντιμετωπίζουν συχνά τον θάνατο με άγχος, λύπη, θυμό ή και με καρτερία. Για τους ηλικιωμένους το κυρίαρχο συναίσθημα είναι ο φόβος, είναι η κατάσταση της ανημποριάς και της εξάρτησης, η μακριά πορεία της σωματικής και νοητικής έκπτωσης. Κυρίαρχη επιθυμία τους είναι να μην γίνουν 'βάρος' στους δικούς τους ανθρώπους.

Σημαντική κρίνεται η παρέμβαση του κοινωνικού λειτουργού σε αυτή τη φάση, η οποία περιλαμβάνει υποστήριξη, ενθάρρυνση για αναγνώριση της φοβίας, συμμετοχή σε ομάδες.

Ο κοινωνικός λειτουργός δεν σταματά να λαμβάνει υπ' όψη του τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των ηλικιωμένων ατόμων, και να τηρεί τις βασικές αρχές (π.χ. σεβασμός της προσωπικότητας) για την εδραίωση της θεραπευτικής σχέσης.

Η εργασία και η επαγγελματική ζωή στην εποχή μας παίζουν έναν πολύ σημαντικό ρόλο στον προσδιορισμό της ταυτότητας του ατόμου και της ψυχολογικής του ευεξίας (Lemme, 1995). Η εργασία σημαίνει οικονομική ανεξαρτησία και ασφάλεια, και ζωή ανάλογη προς τις κοινωνικές προσδοκίες. Επίσης προσφέρει προσωπική ικανοποίηση, προσωπική ανάπτυξη και ολοκλήρωση, προσωπικές επιτεύξεις και προσφορά καθώς και κοινωνικές συναναστροφές και φιλίες.

Η συνταξιοδότηση από την άλλη μεριά είναι μια συνεχώς αυξανόμενη περίοδος της ζωής του ατόμου η οποία προϋποθέτει προσαρμογή για αρκετά μεγάλο χρονικό διάστημα. Η συνταξιοδότηση δεν είναι αναγκαστικά κάτι κακό ούτε όμως κάτι εύκολο, αποτελεί μια μείζων μεταβολή στη ζωή του ανθρώπου και απαιτεί μεγάλη ικανότητα προσαρμογής.

Η θεραπευτική παρέμβαση του κοινωνικού λειτουργού αφορά την εμπλοκή των ηλικιωμένων σε νέες δραστηριότητες, καινούργιους τρόπους διαχείρισης του ελεύθερου χρόνου, ομαλή ένταξη στην διαδικασία της συνταξιοδότησης με την εφαρμογή προγραμμάτων.

Η απώλεια του συντρόφου είναι ένας ακόμη εκλυτικός παράγοντας της κατάθλιψης για τους ηλικιωμένους, που ακολουθεί τα στάδια του πένθους και συνοδεύεται από τα ενδεικτικά συμπτώματα και αντιδράσεις της κατάθλιψης.

Η παρέμβαση του κοινωνικού λειτουργού θα πρέπει να είναι άμεση και να βοηθήσει στην κινητοποίηση και επαναδραστηριοποίηση του ηλικιωμένου.

2. Εισηγήσεις

Η προσέγγιση των προβλημάτων της τρίτης ηλικίας θα πρέπει να γίνεται χωρίς παρωπίδες που οδηγούν σε αδυναμία εκτίμησης των γενετικών, περιβαντολλογικών, ψυχολογικών, μορφωτικών και οικογενειακών δεδομένων που επιδρούν στην υγεία των υπερηλικών.

Πνεύμα ανθρωπισμού στην προσέγγιση του ηλικιωμένου.

Ενημέρωση για την υποδομή και τις δυνατότητες της υγειονομικής φροντίδας.

Ενημέρωση πλήρης των φαρμακευτικών σκευασμάτων που λαμβάνει ο ηλικιωμένος.

Αντιμετώπιση όλου του συμπλέγματος (ιατρικό – κοινωνικό – οικονομικό) από τους επιστήμονες.

Αντιμετώπιση του δημογραφικού προβλήματος, της αύξησης των ηλικιωμένων από την πολιτεία.

Δημιουργία εξειδικευμένων γηριατρικών νοσοκομείων.

Ουσιαστική εκπαίδευση γηριατρικής και γεροντολογίας από την πολιτεία.

Δραστηριοποίηση των ηλικιωμένων σε επίπεδο ικανοποιητικό από την πολιτεία, κοινωνική ενσωμάτωση.

Συνταξιοδότηση με βάση τις ανάγκες των εργαζομένων.

Αύξηση των πολιτισμικών αποθεμάτων, έτσι ώστε να γίνει δυνατή η αύξηση του ορίου ηλικίας, αλλά και της διατήρησης της λειτουργικότητας ή τη βελτίωση της ποιότητας της ζωής που αντισταθμίζει τις βιολογικές απώλειες. Έτσι ο πολιτισμός λειτουργεί αντισταθμιστικά προς τη φύση.

Μελέτη και κατηγοριοποίηση των ηλικιωμένων και αντίστοιχη κοινωνική υποστήριξη (π.χ. επαναπατριζόμενοι, άστεγοι κ.α.).

Καλλιέργεια του πνεύματος του εθελοντισμού στην τρίτη ηλικία.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

A. ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Aslan Anne, (1988), «Ενάντια στα Γηρατειά», Αθήνα: Νίστερ.
2. Αβεντισιάν - Παγοροπούλου Άννα, (1993), «Η Ψυχολογία της Τρίτης Ηλικίας», Αθήνα: Χ.Ο.
3. Αλεβίζος, Β., (1998), «Βιολογική Θεραπεία Κατάθλιψης», 1^η Γ.Ν., Χριστοδούλου, «Κατάθλιψη», Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις, ΒΗΤΑ.
4. Αστερίου Ελένη, (1996), «Γήρας και Γήρανση», Αθήνα: Χατζηνικολής.
5. Γεωργούλας Μπάμπης, (1987), «Η Σεξουαλικότητα και ο Θάνατος», Αθήνα: Ράππας.
6. Γηριατρική και Γεροντολογία, Τριμηνιαία Έκδοση, Αθήνα: MENTOR.
7. Διαμαντόπουλος, Δ.Π., (1988), «Λεξικό Βασικών Εννοιών», Αθήνα: Πατάκη.
8. Δοντάς, Α., (1981), «Η Τρίτη Ηλικία», Προβλήματα & Δυνατότητες, Αθήνα: Γρηγόριος Παρισσιανός.
9. Ελληνική Γεροντολογική και Γηριατρική Εταιρία, «Οδηγός Φροντίδας Ηλικιωμένων Γονιών», Αθήνα: Εταιρία, ΝΕΣΤΩΡ.
10. Ελληνική Εταιρία Κοινωνικής Συμμετοχής, (1994), «Οδηγός των Κ.Α.Π.Η.», Αθήνα.
11. Καστενμπαούμ Ρόμπερτ, (1982), «Η Τρίτη Ηλικία», Αθήνα: Ψυχογιός.
12. Κλεφτάρας, Γ., (1998), «Η Κατάθλιψη σήμερα», Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
13. Κούρος Ιωάννης, (1990), «Ψυχικά Προβλήματα & Θεραπείες», Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

14. Κώστα - Τσολάκη, Μ., (1999), «Άνοια τύπου Alzheimer, θέματα Γηροψυχολογίας και Γεροντολογίας», Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
15. Κωσταρίδου – Ευκλείδη, Α., (1999), «Θέματα Γηροψυχολογίας και Γεροντολογίας», Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
16. Μαδιανός, Μ.Γ., (1998), «Επιδημιολογία της Κατάθλιψης», 1^η Γ.Ν., Χριστοδούλου, «Κατάθλιψη», Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις, ΒΗΤΑ.
17. Μαλικιώτη - Λοίζου Μαρία, (1993), «Συμβουλευτική Ψυχολογία», Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
18. Μαλλιάρης, Δ., (1998), «Διαφορική Διάγνωση της Κατάθλιψης», 1^η Γ.Ν., Χριστοδούλου, «Κατάθλιψη», Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις, ΒΗΤΑ.
19. Μανέττα Σάσα, (1991), «Ψυχοπαθολογία της Τρίτης Ηλικίας», Αθήνα: Γρηγόρης.
20. Μάνου Νίκος, «Βασικά Στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής», Αθήνα: University Studio Press, Αναθεωρημένη Έκδοση.
21. Μεταξά Κατερίνα, (1993), «Στα Πενήντα: Εξετάζοντας τα Προβλήματα της 7^{ης} Ηλικίας», Αθήνα: Κάτοπτρο.
22. Μπαμπινιώτης, Γ., (1998), «Κέντρο Λεξικολογίας», Αθήνα.
23. Μποβουάρ Ντε Σιμόν, (1980), «Τα Γηρατειά», Αθήνα: Γλάρος.
24. Παγοροπούλου, Α., (2000)α, «Η Γεροντική Κατάθλιψη», Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
25. Παγοροπούλου, Α., (2000)β, «Ψυχολογία της Τρίτης Ηλικίας», Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
26. Παπασπυρόπουλος, Σ., (1999), «Ψυχοπαθολογία της Τρίτης Ηλικίας», Αθήνα: Γρηγόρης.

27. Πατσάκα Α. Ιωάννη, (1992), «Η Τρίτη Ηλικία στα τέλη του 20^{ου} αιώνα»,
Αθήνα: Πιτσιλός.
28. Πουλοπούλου Ήρα, ΕΜΚΕ, (1999), «Έλληνες ηλικιωμένοι Πολίτες –
Παρελθόν, Παρόν και Μέλλον», Αθήνα: Έλλην, Παρίκος & ΣΙΑ Ε.Ε.
29. Σπινέλλη Κ.Π., (1991), «Προσβολές και Προστασία της Τρίτης Ηλικίας»,
Αθήνα: Σάκκουλα.
30. Στεφανής, Κ., - Σαλδάτος, Κ., & Μαυρέας, Β., (1993), «Ταξινόμηση ICD-10
Ψυχικών Διαταραχών της Συμπεριφοράς», Π.Ο.Υ. αποδοχή & επιμέλεια,
Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις, ΒΗΤΑ
31. Στυλιανούδη Λίλη, (1992), «Πλάθοντας Ανθρώπους», Αθήνα: Κέδρος.
32. Τεγόπουλος – Φυτράκης, (1999), «Μείζον Ελληνικό Λεξικό», Αθήνα:
ΑΡΜΟΝΙΑ Α.Ε.
33. Τζιμάρας, Α., (1987), «Τα Γηρατειά και τα Προβλήματα τους»,
Θεσσαλονίκη: Λασκαρίδη.
34. Τριανταφύλλου Τζούντιθ, (1993), «Ποιος Φροντίζει; Η Οικογενειακή
Φροντίδα των Εξαρτημένων Ηλικιωμένων στην Ελλάδα και στην
Ευρώπη», Αθήνα: Sextant.
35. Τρίκκας, Γ., (1998), «Κλινικές Μορφές Κατάθλιψης», 1^η Γ.Ν.,
Χριστοδούλου, «Κατάθλιψη», Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις, ΒΗΤΑ.
36. Τσελεπόγλου Ελένη, (1982), «Η Τρίτη Ηλικία: Τα Χρόνια της
Ολοκλήρωσης», Αθήνα: Ψυχογιός.
37. Τσιούνας Βασίλης Dr, (1993), «Στοιχεία Γεροντολογίας και Γηριατρικής»,
Αθήνα: ΖΗΤΑ.
38. Φουντουλάκης, Κ., Ιακωβίδης, Α., Τσολάκη, Μ., Ιεροδιάκονος, Χ., (1997),
«Η Κατάθλιψη στην Τρίτη Ηλικία – Ι : "Επιδημιολογία & Κλινική Εικόνα"».

39. Φουντουλάκης, Κ., Ιακωβίδης, Α., Τσολάκη, Μ., Ιεροδιάκονος, Χ., (1998), «Η Κατάθλιψη στην Τρίτη Ηλικία – ΙΙ: "Θεραπευτική Αντιμετώπιση & Μελλοντικές Προοπτικές"».
40. Φραγκίσκου Ιωάν. Χανιώτη, (1998), «Εγχειρίδιο Γηριατρικής», Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις, Λίτσας.
41. Χανιώτης, Φ., (1989), «Γηριατρική με Στοιχεία Γεροντολογίας», Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις, Λίτσας.
42. Χαρτοκόλλης, Π., (1986), «Εισαγωγή στην Ψυχιατρική», Αθήνα: Θεμέλιο.
43. Χατζηαντωνίου, Ζ., (2000), «Η Ψυχοκινητική Ψυχολογική και Ψυχοπαθολογική εικόνα του Γήρατος», 1^η Γ.Ν., Χριστοδούλου & Β.Π., Κονταξάκης, «Η Τρίτη Ηλικία», Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις, ΒΗΤΑ.
44. Χριστοδούλου, Γ.Ν., (1998), «Κατάθλιψη», Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις, ΒΗΤΑ.
45. Χριστοδούλου, Γ.Ν., Χατάκη – Κονταξάκη, Μ.Ζ., Κονταξάκης, Β.Π., (2000), «Η Κατάθλιψη στην Τρίτη Ηλικία», 1^η Γ.Ν., Χριστοδούλου & Β.Π., Κονταξάκης, «Η Τρίτη Ηλικία», Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις, ΒΗΤΑ.
46. Χριστόφοριδης, Α. Χριστόφορος, (1991), «Ψυχικές Διαταραχές και Αντιμετώπιση τους», Λευκωσία.

Β. ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Baldwin, R.C., (1997), «Depressive illness», in Jacoby, R., Oppenheimer, C., Psychiatry in the Elderly, New York: Oxford University Press.
2. Butin, N., (1996), «Psychosocial and Psychological Components. In American Occupational Therapy Association Rote the Role of

- Occupational Therapy with the Elderly», New York: American O.T. Association inc.
3. Creek, J., (1997), «Occupational Therapy and Mental Health», Edinburgh: Churchill Livingstone.
 4. Gilbert, P., (1999), «Ξεπερνώντας την Κατάθλιψη: Ένας Οδηγός με Γνωστικές Συμπεριφορές, Τεχνικές», Μετάφραση - Επιμέλεια, Αγγελική, Κ., Ευσταθίου, Γ., Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
 5. Hollander, E., Wong, C., (2002), «Οι συχνότερες Ψυχικές Διαταραχές. Συχνότερες Τάσεις στη Διάγνωση και Αντιμετώπιση», Μετάφραση – Επιμέλεια, Σπανδώνη, Π., Διωτάκος, Ο., Αθήνα: Βαγιανάκη.
 6. Jonsson, H., (1997), «Anticipating Retirement: The formation of Narratives Concerning an Occupational Transition. American Journal of Occupation Therapy», Kastenbaum, R., (1982), «Η Τρίτη Ηλικία», Μετάφραση – Επιμέλεια, Τζελέπογλου, Ε., Αθήνα: Ψυχογιός.
 7. Kennedy, G., J., (1996), «Suicide and Depression in Late Life: Critical Issues in Treatment, Research and Public Policy», Toronto: John Wiley and Sons.
 8. Kubler – Ross, (1970), «On Death And Dying».
 9. Levi – Lind, L., (1996), «Mental Disorders in Aging Adults. In American Occupational Therapy Association, Rote the Role of Occupational Therapy with the Elderly», New York: American O.T. Association.
 10. Morinari, V., (1991), «Mental Health Issues in the Elderly in E. Taira, the Mentally Impaired Elderly: Strategies and Interventions to Maintain Function», New York: The Haworth Press.

11. Nertheimer, J., (1999), «A clinical Point of View about Depression in the Elderly. In Maj, M., Sartorius, N., Depressive Disorders. Evidence and Experience in Psychiatry», Canada: John Wiley and Sons.
12. Ohmori, K., (1997), «Treatment of Depression in the Elderly. In Rush, A., J., Mood Disorders Systematic Medication Management», Switzerland: Karger.
13. Pitsiou Eleni, (1986), «Life Styles of Older Athenians», Volume 1. Nationale Canter of Social Research, (1986), Athens.
14. Quinn, Tomita, S., (1986), «Elder Abuse and Neglect: Causes, Diagnosis and Intervention Strategies», New York: Springer Publishing Company.
15. Tucker, N., (1999), «Εφηβεία, Ωριμότητα και Τρίτη Ηλικία», Μετάφραση – Επιμέλεια, Γαλανάκη, Ε., Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
16. Vincent, E., (1997), «Occupational Therapy for order Persons. In Jacoby, C., and Oppenheimer, C., Psychiatry in the Elderly», New York: Oxford University Press.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΠΑΡΑΔΟΣΙΑΚΟΙ ΤΡΟΠΟΙ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗΣ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Εδώ θα αναφέρουμε αναλυτικά τους παραδοσιακούς τρόπους ταξινόμησης της κατάθλιψης:

A) Ψυχωσική-Νευρωσική Κατάθλιψη: Στην ψυχωσική κατάθλιψη οι παραισθήσεις, οι παραληρητικές ιδέες ή η σοβαρού βαθμού απόσυρση μπλοκάρουν στην ουσία τις διόδους επικοινωνίας μεταξύ του ατόμου και του περιβάλλοντος του και αποκλείουν μια λειτουργικότητα που βοηθάει τη γενικότερη προσαρμογή του. Η νευρωσική κατάθλιψη, αντίθετα, παρά την έντονα αρνητική επίδραση που μπορεί να έχει στη ζωή ενός ατόμου, του επιτρέπει να έχει επίγνωση του τι συμβαίνει γύρω του και να παρουσιάζει μία σχετική λειτουργικότητα.

B) Η Υπόθεση του Συνεχούς: Μερικοί θεωρητικοί υποστηρίζουν ότι ο διαχωρισμός μεταξύ νευρωσικής και ψυχωσικής κατάθλιψης είναι κατά κύριο λόγο ποσοτικός παρά ποιοτικός. Αυτή η θεωρία που είναι γνωστή ως η «Υπόθεση του Συνεχούς», επικεντρώνεται στην ιδέα ότι η κλινική κατάθλιψη αποτελεί έναν έντονα αυξημένο βαθμό καθημερινής θλίψης. Έτσι η ψυχωσική κατάθλιψη, η δυσθυμία και οι φυσιολογικές καταστάσεις που εκφράζονται καθημερινά με το «είμαι πεσμένος» ή «είμαι στις μαύρες μου», αποτελούν διαφορετικά σημεία του ίδιου συνεχούς. Αυτό γίνεται εύκολα κατανοητό αν φανταστεί κανείς μια ευθεία γραμμή με την ένδειξη «φυσιολογικό» στο αριστερό άκρο. Προχωρώντας προς τα δεξιά συναντούμε καταστάσεις όπως «είμαι πεσμένος» ή «είμαι στις μαύρες μου», οι οποίες όσο συνεχίζουμε γίνονται πιο σοβαρές σε σημείο που αυτά τα συναισθήματα επηρεάζουν τη

λειτουργικότητα μας. Αυτή είναι η περιοχή της νευρωσικής κατάθλιψης. Όσο προχωράμε προς τα δεξιά η κατάθλιψη διαρκεί περισσότερο, η λειτουργικότητα περιορίζεται σταδιακά και μπορεί να υπάρχουν παραληρητικές ιδέες, παραισθήσεις και απόπειρες αυτοκτονίας. Βρισκόμαστε στην περιοχή της ψυχωσικής κατάθλιψης.

Σύμφωνα με αυτή τη θεώρηση η κατάθλιψη γίνεται κατανοητή ως μια αντίδραση και πιστεύεται ότι είναι ουσιαστικά ψυχολογικής αιτιολογίας. Το γεγονός ότι οι δυσθυμικοί και οι κυκλοθυμικοί διατρέχουν υψηλό κίνδυνο να αναπτύξουν σοβαρότερες διαταραχές της διάθεσης, υποστηρίζει κατά κάποιον τρόπο την υπόθεση του συνεχούς.

Γ) Ενδογενής-Εξωγενής Αντιδραστική Κατάθλιψη: Οι όροι «εξωγενής», «ψυχογενής» ή «αντιδραστική» κατάθλιψη, χρησιμοποιούνται για να περιγράψουν τους τύπους εκείνους της κατάθλιψης που θεωρείται ότι προκαλούνται από περιβαλλοντικούς παράγοντες, που συχνά ερμηνεύονται ως ψυχολογικοί. Αντίθετα η λέξη «ενδογενής» και «αντιδραστική» αποσκοπούν στο να δηλώσουν αν η κατάθλιψη ακολουθούσε ή όχι κάποιο εκλυτικό γεγονός, όπως για παράδειγμα έναν θάνατο στην οικογένεια ή την απώλεια της εργασίας. Έτσι οι νευρωσικοί τύποι κατάθλιψης θεωρούνταν σε γενικές γραμμές αντιδραστικοί και συνεπώς ψυχογενείς, ενώ η ψυχωσική κατάθλιψη ενδογενής και κατ' επέκταση βιογενής.

Δ) Εποχιακή Συναισθηματική Διαταραχή: Τα τελευταία χρόνια παρατηρήθηκε ότι μερικά άτομα που αναπτύσσουν κατάθλιψη μία συγκεκριμένη μόνο εποχή του χρόνου, υποφέρουν από μία ιδιόμορφη διαταραχή της διάθεσης η οποία ονομάζεται «εποχιακή συναισθηματική διαταραχή». Οι εποχιακές διακυμάνσεις της διάθεσης είναι φαινόμενο

φυσιολογικό και τις βιώνουν σε διαφορετικό βαθμό όλοι οι άνθρωποι, παιδιά και ενήλικες.

Ε) Πρωτοπαθής-Δευτεροπαθής Κατάθλιψη: Ο όρος «πρωτοπαθής κατάθλιψη», αναφέρεται στην περίπτωση όπου η κατάθλιψη δεν ακολουθεί, ούτε συνδυάζεται με άλλη ψυχοπαθολογική κατάσταση και μπορεί να χρησιμοποιηθεί τόσο στη διπολική όσο και στη μονοπολική περίπτωση. Η «δευτερογενής κατάθλιψη», αναφέρεται σε ασθενείς με ιστορικό προϋπάρχουσας ψυχοπαθολογικής διαταραχής, εκτός της κατάθλιψης και της μανίας.

ΣΤ) Πρώιμη-Ώσιμη Κατάθλιψη: Μια ακόμα διάκριση που θεωρείται όλο και πιο σημαντική από τους κλινικούς και τους ερευνητές, είναι η ηλικία έναρξης της κατάθλιψης. Έρευνες με άτομα που παρουσίασαν διαταραχές της διάθεσης, έδειξαν ότι όσο πιο πρώιμη κλινικά είναι η έναρξη τόσο πιο πιθανό είναι ότι οι συγγενείς του ατόμου αυτού θα παρουσίασαν στο παρελθόν διαταραχές της διάθεσης, π.χ. όταν η ηλικία έναρξης της μείζονος κατάθλιψης στους γονείς είναι κάτω των είκοσι, ο κίνδυνος που διατρέχει το παιδί να αναπτύξει μείζονα κατάθλιψη σε κάποια στιγμή της ζωής του είναι δύο φορές πιο αυξημένος συγκριτικά με τον κίνδυνο που έχει όταν η έναρξη της κατάθλιψης στους γονείς γίνει μετά την ηλικία των τριάντα χρόνων, ενώ όταν η έναρξη της κατάθλιψης γίνει μετά τα σαράντα η πιθανότητα να εμφανίσουν οι συγγενείς το ίδιο πρόβλημα δεν είναι μεγαλύτερη απ' αυτήν του γενικού πληθυσμού.

Ζ) Διπολική-Μονοπολική Κατάθλιψη: Η μονοπολική-διπολική διάκριση αποτελεί μια από τις πιο ευρύτερα αποδεκτές υποδιαιρέσεις της καταθλιπτικής διαταραχής. Η διπολική διαταραχή χαρακτηρίζεται τόσο από περιόδους

μανίας όσο και κατάθλιψη, αν και μερικά άτομα μπορεί να παρουσιάζουν μόνο μανία. Τα επεισόδια (μανίας και κατάθλιψη) μπορεί να είναι ήπιες ή σοβαρής μορφής. Ένα άτομο σε φάση μανιακού επεισοδίου μπορεί να παρουσιάσει υπερβολική ευφορία ή ευερεθιστότητα, διογκωμένη αυτοεκτίμηση, ελαττωμένη ανάγκη για ύπνο, πίεση λόγου, διάσπαση της προσοχής, αυξημένη δραστηριότητα και υπερκινητικότητα, συναισθηματική αστάθεια, αλλά και παραληρητικές ιδέες και ψευδαισθήσεις. Μερικές φορές μπορεί να πρόκειται για άτομα πολύ δημιουργικά και πειστικά. Τα καταθλιπτικά επεισόδια της διπολικής διαταραχής είναι όμοια με αυτά της καταθλιπτικής διαταραχής.

Αντίθετα, η μονοπολική κατάθλιψη περιλαμβάνει μόνο καταθλιπτικά επεισόδια, χωρίς καμία ένδειξη οποιασδήποτε μορφής μανίας ή υπομανίας και αποτελεί τη μεγάλη πλειοψηφία των περιπτώσεων που συναντώνται στην κλινική πρακτική.

Η) Συγκαλυμμένη Κατάθλιψη ή Καταθλιπτικό Ισοδύναμο: Η «συγκαλυμμένη κατάθλιψη», είναι μία από τις πιο αμφιλεγόμενες έννοιες στην ψυχοπαθολογία. Ουσιαστικά, πρόκειται για τη διαπίστωση ότι αν και το άτομο παραπονιέται για πολλά προβλήματα (ψυχολογικά ή και οργανικά), μια πιο προσεκτική εξέταση αποκαλύπτει μια υποβόσκουσα μη διαγνωσμένη κατάθλιψη. Επομένως η κατάθλιψη στην προκειμένη περίπτωση συγκαλύπτεται από τα συμπτώματα για τα οποία το άτομο παραπονιέται και των οποίων είναι η αιτία. Συχνά τα συμπτώματα αυτά είναι διάφοροι πόνοι, ανορεξία, αυτοκαταστροφική συμπεριφορά και διαταραχή πανικού.

Ο όρος «συγκαλυμμένη κατάθλιψη», όπως επίσης και οι όροι «καταθλιπτικό ισοδύναμο», «συναισθηματικό ισοδύναμο» και «χαμογελαστή

κατάθλιψη», χρησιμοποιείται συχνά στις περιπτώσεις χρήσης τοξικών ουσιών, αλκοολισμού, εγκληματικής και παραβατικής συμπεριφοράς, συζυγικής κακοποίησης και διαταραχών συμπεριφοράς, σε περιπτώσεις δηλαδή όπου η παρατηρήσιμη συμπεριφορά φαίνεται να συγκαλύπτει μία υποβόσκουσα κατάθλιψη (Κλεφτάρας, 1998, Παγοροπούλου, 2000α).

ΠΙΝΑΚΑΣ Ι

Διαταραχές της διάθεσης σύμφωνα με το ICD – 10

F30 Μανιακό επεισόδιο

- F30.0** Υπομονία
- F30.1** Μανία χωρίς ψυχωσικά συμπτώματα
- F30.2** Μανία με ψυχωσικά συμπτώματα
- F30.8** Άλλα μανιακά επεισόδια
- F30.9** Μανιακό επεισόδιο, μη καθοριζόμενο

F31 Διπολική συναισθηματική διαταραχή

- F31.0** Διπολική συναισθηματική διαταραχή, παρόν επεισόδιο υπομανιακό
- F31.1** Διπολική συναισθηματική διαταραχή, παρόν επεισόδιο μανιακό χωρίς ψυχωσικά
- F31.2** Διπολική συναισθηματική διαταραχή, παρόν επεισόδιο μανιακό με ψυχωσικά συμπτώματα
- F31.3** Διπολική συναισθηματική διαταραχή, παρόν επεισόδιο ήπιας ή μέτριας κατάθλιψης
 - .30** Χωρίς σωματικό σύνδρομο
 - .31** Με σωματικό σύνδρομο
- F31.4** Διπολική συναισθηματική διαταραχή, παρόν επεισόδιο βαριάς κατάθλιψης χωρίς ψυχωσικά συμπτώματα
- F31.5** Διπολική συναισθηματική διαταραχή, παρόν επεισόδιο βαριάς κατάθλιψης με ψυχωσικά συμπτώματα
- F31.6** Διπολική συναισθηματική διαταραχή, παρόν επεισόδιο μεικτό
- F31.7** Διπολική συναισθηματική διαταραχή, σε αποδρομή κατά την παρούσα φάση
- F31.8** Άλλες διπολικές συναισθηματικές
- F31.9** Διπολική συναισθηματική διαταραχή, μη καθοριζόμενη

F32 Καταθλιπτικό επεισόδιο

- F32.0** Ήπιο καταθλιπτικό επεισόδιο
 - .00** Χωρίς σωματικό σύνδρομο
 - .01** Με σωματικό σύνδρομο
- F32.1** Μέτριας βαρύτητας καταθλιπτικό επεισόδιο
 - .10** Χωρίς σωματικό σύνδρομο
 - .11** Με σωματικό σύνδρομο

- F32.2** Βαρύ καταθλιπτικό επεισόδιο χωρίς ψυχωσικά συμπτώματα
- F32.3** Βαρύ καταθλιπτικό επεισόδιο με ψυχωσικά συμπτώματα
- F32.8** Άλλα καταθλιπτικά επεισόδια
- F32.9** Καταθλιπτικό επεισόδιο, μη καθοριζόμενο

F33 Υποτροπιάζουσα καταθλιπτική διαταραχή

- F33.0** Υποτροπιάζουσα καταθλιπτική διαταραχή, παρόν επεισόδιο ήπιο
 - .00** Χωρίς σωματικό σύνδρομο
 - .01** Με σωματικό σύνδρομο
- F33.1** Υποτροπιάζουσα καταθλιπτική διαταραχή, παρόν επεισόδιο μέτριας Βαρύτητας
 - .10** Χωρίς σωματικό σύνδρομο
 - .11** Με σωματικό σύνδρομο
- F33.2** Υποτροπιάζουσα καταθλιπτική διαταραχή, παρόν επεισόδιο βαρύ χωρίς ψυχωσικά συμπτώματα
- F33.3** Υποτροπιάζουσα καταθλιπτική διαταραχή, παρόν επεισόδιο βαρύ με ψυχωσικά συμπτώματα
- F33.4** Υποτροπιάζουσα καταθλιπτική διαταραχή, σε αποδρομή κατά την παρούσα φάση
- F33.8** Άλλου τύπου υποτροπιάζουσες καταθλιπτικές διαταραχές
- F33.9** Υποτροπιάζουσα καταθλιπτική διαταραχή, μη καθοριζόμενη

F34 Επίμονες διαταραχές της διάθεσης [συναισθηματικές]

- F34.0** Κυκλοθυμία
- F34.1** Δυσθυμία
- F34.8** Άλλες επίμονες διαταραχές της διάθεσης [συναισθηματικές]
- F34.9** Επίμονη διαταραχή της διάθεσης [συναισθηματική] μη καθοριζόμενη

F38 Άλλες διαταραχές της διάθεσης [συναισθηματικές]

- F38.0** Άλλες μονήρεις διαταραχές της διάθεσης [συναισθηματικές]
 - .00** Μεικτό συναισθηματικό επεισόδιο
- F38.1** Άλλες υποτροπιάζουσες διαταραχές της διάθεσης [συναισθηματικές]
 - .10** Βραχεία υποτροπιάζουσα καταθλιπτική διαταραχή
- F38.8** Άλλες καθοριζόμενες διαταραχές της διάθεσης [συναισθηματικές]
 - .10** Βραχεία υποτροπιάζουσα καταθλιπτική διαταραχή
- F38.8** Άλλες καθοριζόμενες διαταραχές της διάθεσης [συναισθηματικές]

F39 Μη καθοριζόμενες διαταραχές της διάθεσης [συναισθηματικές]

ΠΙΝΑΚΑΣ II

Διαγνωστικά κριτήρια του καταθλιπτικού επεισοδίου σύμφωνα με το ICD-10

- A.**
1. Το καταθλιπτικό επεισόδιο θα πρέπει να διαρκεί τουλάχιστον **2 εβδομάδες**.
 2. Δεν υπήρξαν αρκετά **υπομανιακά** ή **μανιακά** συμπτώματα που να ικανοποιούν τα κριτήρια για υπομανιακό ή μανιακό επεισόδιο σε οποιαδήποτε περίοδο της ζωής του ατόμου.
 3. Το επεισόδιο **δεν αποδίδεται** σε χρήση **ψυχοδραστικών ουσιών** ή σε κάποια **οργανική ψυχική διαταραχή**.
- B.**
1. **Καταθλιπτική** διάθεση σε βαθμό οπωσδήποτε παθολογικό για άτομο, παρούσα το **μεγαλύτερο** μέρος της ημέρας και **σχεδόν κάθε μέρα**, έντονα επηρεαζόμενη από τις περιστάσεις και διαρκούσα για τουλάχιστον **2 εβδομάδες**.
 2. **Απώλεια ενδιαφέροντος** ή **ευχαρίστησης** για δραστηριότητες που κανονικά είναι ευχάριστες.
 3. **Μειωμένη ενέργεια** και **αυξημένη κούραση**.
- Γ.**
1. **Μειωμένη αυτοεκτίμηση** και εμπιστοσύνη στον εαυτό.
 2. **Παράλογα** συναισθήματα **αυτομορφής** ή υπερβολές και **απρόσφορες ενοχές**.
 3. **Επαναλαμβανόμενες ιδέες θανάτου** ή **αυτοκτονίας** ή οποιαδήποτε συμπεριφορά αυτοκτονίας.
 4. **Παράπονα για μειωμένη ικανότητα σκέψης και συγκέντρωσης**, όπως αναποφασιστικότητα, αμφιταλάντευση, και δισταγμός.
 5. **Αλλαγή στην ψυχοκινητική δραστηριότητα**, με διέγερση ή επιβράδυνση (είτε υποκειμενική είτε αντικειμενική).
 6. **Διαταραχή του ύπνου** οποιασδήποτε μορφής.
 7. **Αλλαγή στην όρεξη** (μείωση ή αύξηση) με αντίστοιχη αλλαγή βάρους.

Υποκατηγορίες: Σωματικό σύνδρομο. Ήπιο καταθλιπτικό επεισόδιο. Μέτριο καταθλιπτικό επεισόδιο. Σοβαρό καταθλιπτικό επεισόδιο με ή χωρίς ψυχωσικά συμπτώματα.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΙΙΙ

Διαγνωστικά κριτήρια του Μείζονος Καταθλιπτικού Επεισοδίου κατά το DSM-

IV

A. Πέντε (ή περισσότερα) από τα παρακάτω συμπτώματα υπάρχουν κατά τη διάρκεια της ίδιας περιόδου δύο εβδομάδων και αντιπροσωπεύουν μία αλλαγή από την προηγούμενη λειτουργικότητα. Τουλάχιστον ένα από τα συμπτώματα είναι είτε 1) καταθλιπτική διάθεση είτε 2) απώλεια του ενδιαφέροντος ή της ευχαρίστησης.

Σημείωση: Να μην συμπεριληφθούν συμπτώματα που οφείλονται σαφώς σε μία σωματική διαταραχή, παραληρητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις ασύμφωνες με τη συναισθηματική διάθεση.

1) Καταθλιπτική διάθεση κατά το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, σχεδόν κάθε μέρα, όπως φαίνεται είτε με υποκειμενική εκτίμηση (π.χ. αισθάνεται λυπημένος ή άδειος) ή σύμφωνα με τις παρατηρήσεις των άλλων (π.χ. φαίνεται δακρυσομένος).

Σημείωση: Στα παιδιά και στους εφήβους η διάθεση μπορεί να είναι ευερέθιστη.

2) Εκσεσημασμένη ελάττωση του ενδιαφέροντος ή της ευχαρίστησης σε όλες ή σχεδόν σε όλες τις δραστηριότητες κατά το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, σχεδόν κάθε μέρα (όπως φαίνεται είτε με υποκειμενική εκτίμηση είτε σύμφωνα με τις παρατηρήσεις των άλλων).

3) Σημαντική απώλεια βάρους χωρίς δίαιτα ή αύξηση βάρους (π.χ. μία αλλαγή μεγαλύτερη του 5% του βάρους του σώματος σε ένα μήνα), ή μείωση ή αύξηση της όρεξης σχεδόν κάθε μέρα.

Σημείωση: Στα παιδιά να ληφθεί υπόψη η μη πρόσληψη του αναμενόμενου βάρους.

4) Αϋπνία ή υπερυπνία σχεδόν κάθε μέρα.

5) Ψυχοκινητική διέγερση ή επιβράδυνση σχεδόν κάθε μέρα (που παρατηρείται από τους άλλους, όχι απλώς υποκειμενικά αισθήματα ανησυχίας ή επιβράδυνσης).

6) Κόπωση ή απώλεια ενέργειας σχεδόν κάθε μέρα.

7) Αισθήματα αναξιότητας ή υπερβολικής ή απρόσφορης ενοχής (που μπορεί να είναι παραληρητικά) σχεδόν κάθε μέρα (όχι απλώς αυτομομφή ή ενοχή σχετικά με το ότι είναι άρρωστος/η).

8) Ελαττωμένη ικανότητα σκέψης ή συγκέντρωσης ή αναποφασιστικότητας, σχεδόν κάθε μέρα (είτε υποκειμενική εκτίμηση είτε σύμφωνα με τις παρατηρήσεις των άλλων).

9) Υποτροπιάζουσες σκέψεις θανάτου (όχι απλός φόβος θανάτου), υποτροπιάζων αυτοκτονικός ιδεασμός χωρίς ένα συγκεκριμένο σχέδιο αυτοκτονίας.

Β. Τα συμπτώματα δεν ικανοποιούν τα κριτήρια για ένα Μεικτό Επεισόδιο.

Γ. Τα συμπτώματα προκαλούν κλινικά σημαντική δυσφορία ή βλάβη (έκπτωση) κοινωνική, επαγγελματική ή σε άλλους σημαντικούς τομείς λειτουργικότητας.

Δ. Τα συμπτώματα δεν οφείλονται σε άμεσες οργανικές επιπτώσεις μίας ουσίας (π.χ. ναρκωτικά, φαρμακευτική αγωγή) ή μίας γενικότερης ιατρικής (οργανικής) κατάστασης (π.χ. υπερθυρεοειδισμός).

Ε. Τα συμπτώματα δεν εξηγούνται καλύτερα από ένα Πένθος, με άλλα λόγια μετά την απώλεια ενός αγαπημένου ατόμου, τα συμπτώματα επιμένουν για περισσότερο από δύο μήνες ή χαρακτηρίζονται από εκσεσημασμένη λειτουργική έκπτωση, νοσηρή ενασχόληση με αισθήματα αναξιότητας, αυτοκτονικό ιδεασμό, ψυχωσικά συμπτώματα ή ψυχοκινητική επιβράδυνση.

ΠΙΝΑΚΑΣ IV

Κριτήρια για το χαρακτηρισμό ενός Μείζονος Επεισοδίου ως παρουσιάζοντος

Κατατονικά Χαρακτηριστικά σύμφωνα με το DSM-IV

Ο προσδιορισμός **Με Κατατονικά Χαρακτηριστικά** μπορεί να μπει στο τρέχον ή στο πιο πρόσφατο Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο σε Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή, σε Διπολική Διαταραχή, σε Διπολική Διαταραχή I ή σε Διπολική Διαταραχή II.

Η κλινική εικόνα κυριαρχείται από δύο τουλάχιστον από τα παρακάτω:

1. **Κινητική Ακίνησία** που γίνεται φανερή με **καταληψία** (συμπεριλαμβανομένης και της **κηρώδους ευκαμψίας**) ή με **εμβροντησία** (stupor),
2. **Υπερβολική Κινητική Δραστηριότητα** (που είναι προφανώς άσκοπη και μη επηρεαζόμενη από εξωτερικά ερεθίσματα),
3. Πολύ **έντονος αρνητισμός** (αντίσταση σε κάθε οδηγία που προφανώς δεν έχει κίνητρο ή διατήρηση μίας **δύσκαμπτης στάσης** σώματος ενάντια σε κάθε προσπάθεια μετακίνησης) ή **αλαλία**,
4. **Ιδιομορφίες της εκούσιας κινητικότητας** όπως γίνονται φανερές από στάσεις σώματος (εκούσια λήψη απρόσφορων ή αλλόκοτων στάσεων σώματος), **στερεότυπες κινήσεις**, χαρακτηριστικούς **μαγνηρισμούς** ή χαρακτηριστικούς **μορφασμούς**.
5. **Ηχολαλία** ή **ηχοπραξία**.

ΠΙΝΑΚΑΣ V

Κριτήρια για το χαρακτηρισμό ενός Μείζονος Καταθλιπτικού Επεισοδίου ως παρουσιάζοντος μελαγχολικά Χαρακτηριστικά σύμφωνα με το DSM-IV

Ο προσδιορισμός **Με Μελαγχολικά Χαρακτηριστικά** μπορεί να μπει στο τωρινό ή στο πιο πρόσφατο Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο της Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής και σε ένα Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο της Διπολικής I ή της Διπολικής II. Διαταραχής μόνο αν είναι ο πιο πρόσφατος τύπος επεισοδίου διάθεσης.

A. Τα ακόλουθα συμπτώματα που συμβαίνουν στην πιο σοβαρή περίοδο του τωρινού επεισοδίου:

- 1) **Απώλεια της ευχαρίστησης** σε όλες ή σχεδόν σε όλες τις δραστηριότητες
- 2) **Έλλειψη αντίδρασης** σε συνήθη ευχάριστα ερεθίσματα (δεν νιώθει πολύ καλύτερα, έστω και προσωρινά, όταν συμβαίνει κάτι καλό)

B. Τρία (ή περισσότερα) από τα ακόλουθα:

- 1) **Ξεχωριστή ποιότητα καταθλιπτικής διάθεσης** (με άλλα λόγια, η καταθλιπτική διάθεση βιώνεται ως ξεχωριστά διαφορετική από τον τύπο του συναισθήματος που βιώνει κανείς μετά τον θάνατο ενός αγαπημένου ατόμου)
- 2) Η **κατάθλιψη** είναι συστηματικά **χειρότερη το πρωί**
- 3) **Πρώιμη πρωινή αφύπνιση** (τουλάχιστον δύο ώρες πριν την συνηθισμένη ώρα αφύπνισης)
- 4) **Εκσεσημασμένη ψυχοκινητική επιβράδυνση** ή διέγερση
- 5) Σημαντική **ανορεξία** ή **απώλεια βάρους**
- 6) **Υπερβολικά ή απρόσφορα αισθήματα ενοχής**

ΠΙΝΑΚΑΣ VI

Κριτήρια για το χαρακτηρισμό Υποτροπιάζοντος Μείζονος Καταθλιπτικού Επεισοδίου ως παρουσιάζοντος Εποχιακό Σχήμα σύμφωνα με το DSM-IV

Ο προσδιορισμός **Με Εποχιακό Σχήμα** μπορεί να μπει στο σχήμα Μειζόνων Καταθλιπτικών Επεισοδίων σε Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή, Υποτροπιάζουσα σε Διπολική Διαταραχή I ή σε Διπολική Διαταραχή II.

A. Υπάρχει **συστηματική χρονική σχέση** ανάμεσα στην έναρξη Μειζόνων Καταθλιπτικών Επεισοδίων σε Διπολική I ή Διπολική II Διαταραχή ή σε Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή, Υποτροπιάζουσα, και σε μια **συγκεκριμένη εποχή του χρόνου** (π.χ. συστηματική εμφάνιση Μείζονος Καταθλιπτικού Επεισοδίου το Φθινόπωρο ή το Χειμώνα).

Σημείωση: Να μην συμπεριληφθούν περιπτώσεις στις οποίες υπάρχει φανερή επίδραση εποχιακά σχετιζόμενων ψυχοκοινωνικών στρεσογόνων παραγόντων (π.χ. συστηματικά άνεργος κάθε χειμώνα).

- Β. Πλήρεις υφέσεις** (η αλλαγή από κατάθλιψη σε μανία ή υπομανία) συμβαίνουν επίσης σε μία **χαρακτηριστική εποχή του έτους** (π.χ. η κατάθλιψη εμφανίζεται την άνοιξη).
- Γ.** Στα τελευταία 2 χρόνια, έχουν συμβεί δύο Μείζονα Καταθλιπτικά Επεισόδια που δείχνουν τις εποχιακές χρονικές σχέσεις οι οποίες ορίζονται στα κριτήρια Α και Β και κανένα μη εποχιακό Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο δεν έχει συμβεί κατά τη διάρκεια της ίδιας περιόδου.
- Δ. Τα εποχιακά Μείζονα Καταθλιπτικά επεισόδια** (όπως περιγράφονται παραπάνω) **ξεπερνούν σημαντικά** σε αριθμό τα μη εποχιακά Μείζονα Καταθλιπτικά Επεισόδια που μπορεί να έχουν συμβεί στη διάρκεια της ζωής του ατόμου.

ΠΙΝΑΚΑΣ VII

Διαγνωστικά Κριτήρια της Δυσθυμικής Διαταραχής σύμφωνα με το DSM-IV

- Α.** Καταθλιπτική διάθεση στο **μεγαλύτερο** μέρος της ημέρας, τις **περισσότερες** μέρες, όπως φαίνεται είτε από υποκειμενική εκτίμηση είτε σύμφωνα με παρατήρηση άλλων, για 2 τουλάχιστον χρόνια.

Σημείωση: Σε παιδιά και εφήβους, η διάθεση μπορεί να είναι ευερέθιστη και η διάρκεια πρέπει να είναι τουλάχιστον για 1 χρόνο.

- Β.** Παρουσία, ενώ το άτομο είναι σε κατάθλιψη, δύο (ή περισσότερων) από τα Παρακάτω:

- 1. ελαττωμένη όρεξη ή υπερφαγία**
- 2. αϋπνία ή υπερυπνία**
- 3. μειωμένη ενέργεια ή κόπωση**
- 4. χαμηλή αυτοεκτίμηση**
- 5. μειωμένη ικανότητα συγκέντρωσης ή δυσκολία λήψης αποφάσεων**
- 6. αισθήματα έλλειψης ελπίδας**

- Γ.** Κατά τη διάρκεια της περιόδου των 2 χρόνων (1 χρόνο για παιδιά ή εφήβους) της διαταραχής, ποτέ το άτομο δεν ήταν χωρίς τα συμπτώματα των κριτηρίων Α και Β για διάστημα μεγαλύτερο από 2 μήνες κάθε φορά.

- Δ.** **Κανένα** Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο δεν ήταν παρών κατά την διάρκεια των **2 πρώτων χρόνων** της διαταραχής (1 χρόνο για παιδιά και εφήβους) δηλαδή η διαταραχή δεν εξηγείται καλύτερα ως χρόνια Μείζον Καταθλιπτική Διαταραχή ή Μείζον Καταθλιπτική Διαταραχή σε Μερική Ύφεση.

Σημείωση: Μπορεί να υπήρξε ένα προηγούμενο Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο, αρκεί να ήταν σε πλήρη ύφεση (όχι σημαντικά σημεία ή συμπτώματα για 2 χρόνια) πριν την ανάπτυξη της Δυσθυμικής Διαταραχής. Επιπρόσθετα, μετά τα αρχικά 2 χρόνια (1 χρόνο για παιδιά ή εφήβους) της δυσθυμικής διαταραχής, μπορεί να επικάθονται επεισόδια Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής, περίπτωση κατά την οποία μπορούν να δοθούν και οι δύο διαγνώσεις όταν πληρούνται τα κριτήρια για ένα Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο.

- Ε.** Δεν υπήρξε ποτέ Μανιακό Επεισόδιο, Μεικτό Επεισόδιο ή Υπομανιακό Επεισόδιο και δεν έχουν ποτέ ικανοποιηθεί τα κριτήρια για Κυκλοθυμική Διαταραχή.
- ΣΤ.** Η διαταραχή δεν συμβαίνει αποκλειστικά κατά την διάρκεια της πορείας χρόνιας **Ψυχοσικής Διαταραχής** όπως η Σχιζοφρένεια ή η Παραληρητική Διαταραχή.
- Ζ.** Τα συμπτώματα δεν οφείλονται στα άμεσα φυσιολογικά αποτελέσματα της δράσης μίας ουσίας (π.χ. ουσία κατάχρησης, φάρμακα) ή μίας γενικής ιατρικής κατάστασης (π.χ. υποθεροειδισμός).
- Η.** Τα συμπτώματα προκαλούν **κλινικά σημαντική υποκειμενική ενόχληση ή έκπτωση στον κοινωνικό, επαγγελματικό ή άλλους σημαντικούς τομείς της λειτουργικότητας.**

Προσδιορίστε αν:

Πρώιμη Έναρξη: αν η έναρξη έγινε πριν την ηλικία των 21 χρόνων

Όψιμη Έναρξη: αν η έναρξη έγινε στην ηλικία των 21 χρόνων ή μετά

Προσδιορίστε (για τα 2 πιο πρόσφατα χρόνια της Δυσθυμικής Διαταραχής):

Με άτυπα χαρακτηριστικά.

Πηγή: Κλεφτάρας, 1998.