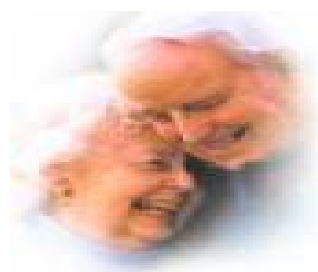


**Α.Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ**  
**Σ.Ε.Υ.Π.**  
**ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**

**«Ο ΘΑΝΑΤΟΣ, ΤΟ ΠΕΝΘΟΣ ΚΑΙ Η ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΤΗΝ  
ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ»**

**ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ**  
**ΜΠΑΛΛΑ ΑΝΤΙΓΟΝΗ**  
**ΦΡΥΔΑΚΗ ΓΕΩΡΓΙΑ**



**ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ**  
**ΝΙΚΟΛΑΚΟΠΟΥΛΟΥ ΚΑΛΛΙΟΠΗ**

**Πάτρα, Οκτώβριος 2006**

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε την υπεύθυνη καθηγήτριά μας κα. Νικολακοπούλου Καλλιόπη για τη πολύτιμη βοήθεια και τη σωστή καθοδήγηση, καθ' όλη τη διάρκεια της προσπάθειάς μας για την ολοκλήρωση αυτής της πτυχιακής εργασίας.

Επίσης, σ' αυτή την σημαντική προσπάθειά μας, σπουδαίο ρόλο έπαιξαν η στήριξη και η υπομονή των οικογενειών μας και θα θέλαμε να τους ευχαριστήσουμε γι' αυτό.

Θα ήταν άδικο να μην αναγνωρίσουμε τη συμπαράσταση και τη βοήθεια των φίλων μας, οι οποίοι ήταν δίπλα μας σε όλη τη διάρκεια της πτυχιακής.

# Ο ΘΑΝΑΤΟΣ, ΤΟ ΠΕΝΘΟΣ ΚΑΙ Η ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....	6
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1</u> .....	8
• 1. 1. Ορισμοί Όρων.....	9
• 1. 2. Σκοπός Μελέτης .....	11
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>: Γενικά χαρακτηριστικά της τρίτης ηλικίας</u> .....	13
• 2. 1. Ορισμός της τρίτης ηλικίας.....	14
• 2. 2. Γενικά για την τρίτη ηλικία.....	15
• 2. 3. Παραδοσιακές τυπολογίες προσωπικότητας των ηλικιωμένων .....	22
• 2. 3. α. Σύγχρονες τυπολογίες της προσωπικότητας των ηλικιωμένων.....	28
• 2. 4. Χαρακτηριστικά ηλικιωμένων.....	37
• 2. 4. α. Βιολογικά χαρακτηριστικά.....	41
• 2. 4. β. Ψυχολογικά χαρακτηριστικά.....	57
• 2. 4. γ. κοινωνικά χαρακτηριστικά.....	60
• 2. 4. δ. οικονομικά χαρακτηριστικά.....	70
• 2. 4. ε. δημογραφικά χαρακτηριστικά.....	75
• 2. 5. Στάση Οικογένειας.....	82
• 2. 6. Στάση της κοινωνίας απέναντι στους ηλικιωμένους, στην Αρχαία Ελλάδα.....	95
• 2. 6. α. Η στάση της κοινωνίας απέναντι στους ηλικιωμένους σήμερα.....	96
• 2. 7. Θεωρίες που βοηθούν να κατανοήσουμε πώς και γιατί αναπτύσσουμε στερεότυπα για τους άλλους.....	102
• 2. 7. α. Στερεότυπες αντιλήψεις για την τρίτη ηλικία.....	106
• 2. 7. β. Αρνητικά στερεότυπα σχετικά με τους ηλικιωμένους.....	109

- 2. 7. γ. Προσκόλληση των ηλικιωμένων στα στερεότυπα της τρίτης ηλικίας.....113
- 2. 8. Δικαιώματα ηλικιωμένων.....115

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup> : Τρίτη ηλικία και θάνατος.....119

- 3. 1. Ορισμός θανάτου.....120
- 3. 2. Γενικά για το θάνατο.....122
- 3. 3. Πώς ορίζεται σήμερα ο θάνατος από τους επιστήμονες.....125
- 3. 4. Αντιλήψεις πολιτισμών για το θάνατο.....126
- 3. 5. Στάδια θανάτου.....129
- 3. 6. Συστήματα θανάτου.....133
- 3. 7. Ο φόβος και το άγχος του θανάτου στον ηλικιωμένο.....138
- 3. 8. Αν πεθάνει πρώτη η γυναίκα.....143
- 3. 9. Αν πεθάνει πρώτος ο άνδρας.....144
- 3. 10. Η χηρεία.....146
- 3. 11. Μαρτυρίες ασθενών που βρίσκονται σε τελικό στάδιο για το πώς βιώνουν την έλευση του θανάτου.....147

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup> : Τρίτη ηλικία και πένθος.....149

- 4. 1. Ορισμός του πένθους.....150
- 4. 2. Γενικά για το πένθος.....151
- 4. 3. Πορεία του πένθους.....152
- 4. 4. Πορεία φυσιολογικού πένθους .....166
- 4. 5. Χειρισμός του πένθους .....167
- 4. 6. Η θλίψη του πένθους.....169
- 4. 7. Παθολογικές αντιδράσεις πένθους.....172
- 4. 8. Παράγοντες που επηρεάζουν το πένθος και τη θλίψη.....177
- 4. 9. Το πένθος στους ηλικιωμένους .....181

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup> : Τρίτη ηλικία και κατάθλιψη.....183

- 5. 1. Ορισμός κατάθλιψης.....184

- 5. 2. Η κατάθλιψη ως μια φυσιολογική αντίδραση μετά το θάνατο.....185
- 5. 3. Η κατάθλιψη ως σύμπτωμα.....187
- 5. 4. Η κατάθλιψη ως ψυχοπαθολογική διαταραχή .....187
- 5. 5. Η έννοια της κατάθλιψης στην ψυχιατρική.....189
- 5. 6. Κλινική έμφαση και συμπτώματα της καταθλιπτικής συμπεριφοράς .....190
- 5. 7. Μορφές κατάθλιψης.....192
- 5. 8. Συχνότητα κατάθλιψης στους ηλικιωμένους.....195
- 5. 9. Διαγνωστική εκτίμηση της κατάθλιψης των ηλικιωμένων..... 196
- 5. 10. Η ψυχολογική πραγματικότητα και εκλυτικά αίτια της γεροντικής κατάθλιψης.....197
- 5. 11. Σχέση άγχους και κατάθλιψης στην τρίτη ηλικία.....200
- 5. 12. Αυτοκτονία και κατάθλιψη.....202
- 5. 13. Διάκριση της γεροντικής κατάθλιψης από τη γεροντική άνοια .....203
- 5. 14. Μύθοι και αλήθειες για τη γεροντική κατάθλιψη .....205

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6<sup>ο</sup> : Τρόποι πρόληψης και αντιμετώπισης.....208

- 6. 1. Θεραπεία.....209
- 6. 1. α. Φαρμακοθεραπεία.....209
- 6. 1. β. Ψυχοθεραπευτική παρέμβαση.....212
- 6. 1. γ. Υποστηρικτική ψυχοθεραπεία .....212
- 6. 1. δ. Γνωσιακή – συμπεριφοριστική ψυχοθεραπεία .....213
- 6. 1. ε. Οικογενειακή Ψυχοθεραπεία .....214
- 6. 1. στ. Συμβουλευτική εργασία .....215
- 6. 2. Ενδοιασμοί των ηλικιωμένων να ζητήσουν ψυχολογική βοήθεια.....217
- 6. 3. Ενδοιασμοί των ψυχολόγων, θεραπευτών να αναλάβουν ηλικιωμένα άτομα .....219
- 6. 4. Καλύτερη θεραπεία είναι η πρόληψη.....221
- 6. 5. Ο κοινωνικός λειτουργός και ο καταθλιπτικός υπερήλικας .....223
- 6. 6. Ο κοινωνικός λειτουργός χρησιμοποιώντας και τις τρεις μεθόδους Κοινωνικής Εργασίας .....225
- 6. 7. Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στην διεπιστημονική ομάδα. ....227

• ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7<sup>ο</sup>

• 7. 1. Συμπεράσματα.....	231
• 7. 2. Προτάσεις.....	233
• 7. 3. Επίλογος.....	236
• 7. 4. Βιβλιογραφία.....	243

## **ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

«Ο Ντοστογιέφσκι έγραψε πως τα γηρατειά είναι η μεγαλύτερη ανηθικότητα. Βαριά κατηγορία...

Για πολλά μπορούν να κατηγορηθούν βέβαια. Σίγουρα συνιστούν παρακμή.

Το σώμα αλλάζει, το πρόσωπο καταγράφει τη φθορά. Φθορά που δεν οφείλεται μόνο στη βλαβερή επενέργεια της φύσης αλλά και σε ψυχικούς παράγοντες. Η φθορά της ζωής.

Η τρίτη ηλικία... Σαν "Τρίτος Κόσμος" ακούγεται, σαν μειωτικός χαρακτηρισμός.

Κι όμως. Αν προσπαθήσουμε να ταξινομήσουμε τις αναμνήσεις μας, μάλλον οι περισσότεροι θα φέρουν μπροστά στα κλειστά μάτια τους το χαμόγελο και την ευγενική μορφή μιας αγαπημένης γιαγιάς. Ενός ηλικιωμένου θείου που μας φρόντιζε και μας καλούσε σε παιχνίδια και δώρα αναπάντεχα. Του παππού που ποτέ δεν διαμαρτυρόταν να βοηθά τον εγγονό με το ποδηλατάκι του, με τη μια βοηθητική να λείπει, αγόγγυστα...» (Ιστοσελίδα [www.servitoros.gr](http://www.servitoros.gr), 2006).

Παρόλα αυτά η εικόνα του ανθρώπου που βρίσκεται στο τρίτο και τελευταίο κομμάτι της ζωής του είναι μια εικόνα υποκειμενική. Μπορεί να είναι μία εικόνα από θετικά συναισθήματα, όταν ο ηλικιωμένος απολαμβάνει στιγμές ευτυχίας και ασφάλειας κοντά στην οικογένειά του...

Υπάρχει όμως και η άλλη όψη του νομίσματος...η θλίψη και η μελαγχολία που νιώθει ο ηλικιωμένος όταν έρχεται αντιμέτωπος με το θάνατο...

Δεν έχει κανένα νόημα, δεν ωφελεί σε τίποτα, ν' απασχολείται ο ηλικιωμένος με τη σκέψη πως δεν είναι μακριά το τέλος. Ας απαλλαγεί από την έγνοια για τις ενοχλήσεις και τα δυσάρεστα που φέρνουν τα γηρατειά. Κάτι που συμβαίνει σε όλους δε φαίνεται τόσο βαρύ, όπως αν τύχει να γίνει σ' ένα μονάχα. Ταξιδεύουμε όλοι με το ίδιο καράβι μέσα στον χρόνο, έχουμε την ίδια πορεία, φτάνουμε όλοι στο ίδιο λιμάνι.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>

*Κανένας τη ζωή δεν αγαπάει*

*Όσο εκείνος που γερνάει*

*Κράτης*

## **1. 1. ΟΡΙΣΜΟΙ ΟΡΩΝ**

**ΘΑΝΑΤΟΣ:** (ο) ουσιαστικό [< αρχ. Θάνατος] 1. Είναι η παύση των ζωτικών λειτουργιών ενός ζωντανού οργανισμού, η νέκρωση οποιασδήποτε λειτουργίας ή αισθήσεως ή η στέρηση ιδιότητας. (Μείζον Ελληνικό Λεξικό, Τεγόπουλος – Φυτράκης, 1997 Εκδόσεις Αρμονία Α. Ε.)

2. Η νέκρωση όλων των λειτουργιών ενόργανου όντος (μτφρ). Η νέκρωση, η καταστροφή, ο δυνατός ψυχικός ή σωματικός πόνος. (Λεξικό της δημοτικής, ορθογραφικό – ερμηνευτικό, Εκδόσεις Κ. Κωστόπουλος, 1983, Γ΄ έκδοση συμπληρωμένη και διορθωμένη, 1994).

**ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ:** 1. Η δυνατή πίεση. Η μεγάλη στεναχώρια. (Λεξικό της δημοτικής, ορθογραφικό – ερμηνευτικό, εκδόσεις Κ. Κωστόπουλος, 1983, Γ΄ έκδοση συμπληρωμένη και διορθωμένη, 1994).

2. Η ψυχική κατάσταση που χαρακτηρίζεται από έμμνη μελαγχολία (Μείζον Ελληνικό Λεξικό, Τεγόπουλος – Φυτράκης, 1997 Εκδόσεις Αρμονία Α. Ε.).

**ΠΕΝΘΟΣ:** Το συναίσθημα που δηλώνει ψυχική οδύνη, μεγάλη θλίψη, για δυστυχία ή συμφορά, κυρίως για θάνατο αγαπημένου προσώπου / το διάστημα που πενθοφορεί κανείς / μαύρη ταινία σε ένδυμα, που δηλώνει τον θάνατο συγγενικού

προσώπου. (Μείζον Ελληνικό Λεξικό, Τεγόπουλος – Φυτράκης, 1997 Εκδόσεις Αρμονία Α. Ε).

2. (το) Λύπη, κυρίως από θάνατο. Το διάστημα του πένθους. Μαύρη ταινία, διακριτικό πένθους. (Λεξικό της δημοτικής, ορθογραφικό – ερμηνευτικό, εκδόσεις Κ. Κωστόπουλος, 1983, Γ΄ έκδοση συμπληρωμένη και διορθωμένη, 1994).

**ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΣ:** ο άνθρωπος προχωρημένης ηλικίας • συνών. Γηραίος, γηραλέος • Αντιθ. Νέος (Μείζον Ελληνικό Λεξικό, Τεγόπουλος – Φυτράκης, 1997 Εκδόσεις Αρμονία Α. Ε).

## **1. 2. ΣΚΟΠΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ**

Η τρίτη ηλικία θεωρείται περίοδος ιδιαίτερα καθοριστική και σημαντική για τα άτομα εκείνα που έχουν εισέλθει σε αυτή τη φάση της ζωής τους.

Πολλοί φτάνουν σ' αυτή τη φάση με λογής προβλήματα που με τα χρόνια φορτώθηκαν στους ώμους τους και με άλλα προβλήματα που θα ακολουθήσουν στην συνέχεια. Είναι μια περίοδος που αλλάζει καθοριστικά η ζωή του ατόμου, η υγεία του, η ψυχολογία του, η κοινωνική του υπόσταση, ο τρόπος που τον αντιμετωπίζουν οι γύρω του.

Ο καθένας βιώνει τα γηρατειά ανάλογα με τα βιώματα που κουβαλάει μέσα του, ανάλογα με την στήριξη και την προσωπική επαφή που έχει με το περιβάλλον του. Αντιμετωπίζει και προσαρμόζεται με τα καινούρια δεδομένα, με το πως έχει δημιουργήσει μέσα στο μυαλό του τα νέα δεδομένα της ζωής του.

Είναι μια δύσκολη περίοδος και ιδιαίτερη, γι' αυτό και είναι άξια μελέτης. Σκοπός μας ήταν να μελετήσουμε μια περίοδο που αλλάζει ριζικά τη συνέχιση και κατάληξη της ζωής του ατόμου. Να μελετήσουμε τις αλλαγές που επέρχονται στην ηλικία αυτή. Για το πώς αλλάζει ο οργανισμός, τι προβλήματα δημιουργούνται, πώς το ίδιο το άτομο αντιμετωπίζει τις αλλαγές αυτές, πώς η κοινωνία και το κοντινό περιβάλλον αντιμετωπίζει το άτομο αυτό, πως το ίδιο ανταπεξέρχεται στις απαιτήσεις της κοινωνίας.

Με τον καιρό αλλάζουν όλο και περισσότερα στη ζωή τους. Η κάμψη και ο θάνατος γι' αυτούς είναι όλο και πιο κοντά. Σιγά – σιγά βιώνουν την απώλεια του συντρόφου, του συγγενή, του φίλου.

Σκοπός μας είναι να μελετήσουμε όλα εκείνα τα συναισθήματα και τις αντιδράσεις από τις οποίες διακατέχονται. Πόσο μόνοι αρχίζουν να νιώθουν. Θα θέλαμε να δούμε πως τα άτομα αυτά αντιδρούν στην απώλεια του συντρόφου τους, που σ' αυτή την ηλικία είναι το σημαντικότερο στήριγμά τους.

Πολλοί απ' αυτούς δεν καταφέρνουν να το ξεπεράσουν. Μια από τις σημαντικότερες ψυχολογικές συνέπειες είναι η κατάθλιψη. Μέσα από μελέτη πηγών θέλαμε να διαπιστώσουμε πώς και ποια άτομα οδηγούνται στην κατάθλιψη και αν θα μπορούσαν να την αποφύγουν. Να μάθουμε ποιοι είναι τελικά οι τρόποι πρόληψης για να μην βιώσει ο ηλικιωμένος την κατάθλιψη και αν για εκείνον υπήρξε αναπόφευκτη. Ποιοι οι τρόποι αντιμετώπισης, πως μπορεί να προσφέρει βοήθεια στον ηλικιωμένο ο κοινωνικός λειτουργός και οι ειδικοί. Πώς εκτός από τον γέροντα, οι ειδικοί θα προσφέρουν ουσιαστική υποστήριξη και στην οικογένεια.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>**

### **ΓΕΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ**

*Στο Χειμώνα χρειάζεται στέγη,  
Στα γερατειά γαλήνη, χωρίς λύπες.  
Σωκράτης*

## **2. 1. ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ**

Η τρίτη ηλικία είναι η περίοδος που με την πάροδο του χρόνου, οδηγεί στο βαθμιαίο περιορισμό της προσαρμοστικότητας (σε επίπεδο κυττάρου ή συστήματος) και των εφεδρειών του οργανισμού, με συνέπεια να είναι πιο επιρρεπής στις αρρώστιες και το θάνατο, αφού κάθε προσβολή ξεπερνά εύκολα τον ουδό (κατώφλι) της αντιρροπιστικής του ικανότητας και προκαλεί κρίσιμες διαταραχές της ομοιόστασης και αυξάνει τη θνησιμότητα. Στον άνθρωπο, η περίοδος της ελάχιστης θνησιμότητας είναι η ηλικία των 12 ετών και της μέγιστης στα 80-85 χρόνια ( Φρ. Ιωάν. Χανιώτη, 1992).

Οι περίοδοι ζωής τις οποίες διανύει ο άνθρωπος σ' όλο το φάσμα της ύπαρξής του διακρίνονται συνήθως :

- Στη βρεφική ηλικία
- Στην παιδική
- Στην εφηβική
- Στην ανδρική
- Στην ώριμη
- Στην προχωρημένη

Πολύ κοντά στην πραγματικότητα ήταν από παλαιωτάτων χρόνων η αδρή διαίρεση της ηλικίας σε τρεις συνολικά περιόδους:

A) Στην πρώτη ηλικία της αναπτύξεως ή του σχηματισμού

B) Στη δεύτερη στάσιμη ηλικία, ή ακριβέστερα της στάσιμης ανάπτυξης, όπου η ανάπτυξη εξακολουθεί βέβαια, αλλά σε μειωμένους ρυθμούς να υπάρχει και

Γ) Στη Τρίτη ηλικία η οποία διακρίνεται από την εμφάνιση των υποπλαστικών φαινομένων, την αποκαλούμενη όχι ορθώς ηλικία της οπισθοδρομήσεως.

Σχηματισμός λοιπόν, στασιμότητα και υποπλασία οι τρεις περίοδοι της ηλικίας οι οποίες διαδέχονται η μία την άλλη. Ποικίλλουν όμως κάθε μία χωριστά κατά την ένταση των φαινομένων και τη διάρκεια, εξ αιτίων διαφόρων, μεταξύ των οποίων σπουδαιότερο ρόλο παίζουν η κληρονομικότητα, οι φυλετικές ιδιαιτερότητες, οι ατομικές καταβολές, το γένος, αλλά και οι εξωτερικοί όροι ζωής (Ιωάν. Α. Πάτσακα, 1992).

## **2. 2. ΓΕΝΙΚΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ**

Κάποια ημέρα, όταν περάσουν τα χρόνια, λιγοστεύουν για κάθε άνθρωπο οι ρεαλιστικές χαρές και απολαύσεις. Ακόμη και οι ενθουσιασμοί, οι ψευδαισθήσεις, οι ονειροφантаσίες. Δεν είναι, πια, ευνοϊκός και κατάλληλος καιρός για μεγάλες προσπάθειες και εξορμήσεις. Για κάθε λογής νέες επιδιώξεις και κατακτήσεις. Κάθε απόπειρα γι' αυτές είναι συχνά ανώφελη, μάταιη, καταδικασμένη.

Έχει φτάσει η εποχή, που παύουν οι ζωογόνες και ελπιδοφόρες ανηφορίες και αρχίζουν, σιγά σιγά, οι κατήφοροι. Ο άνθρωπος, χωρίς να το θέλει, βλέπει πιο πολύ προς τα πίσω, παρά μπροστά. Ασχολείται πιο πολύ με το παρελθόν, παρά με το μέλλον. Επικρατεί, σε κάθε του σκέψη και πράξη, συντηρητικότητα και επιφύλαξη κι όχι τόλμη και αποφασιστικότητα. Αποζητιέται ηρεμία και ανάπαυση κι όχι κίνηση και δράση.



Στις προχωρημένες ηλικίες, δεν μπορεί κανείς να χαρεί όλες τις απολαύσεις που προσφέρονται στους νέους. Ακόμη και αν νιώθει μέσα του άσβεστη φλόγα, διάθεση, παρακίνηση. Κι αν πιστεύει πως έμειναν ανεκπλήρωτες τόσες του προσδοκίες, πως δεν πρόφτασε να καλογευτεί, να χορτάσει, όσα πλουσιοπάροχα χαρίζει η ζωή στα νιάτα. Έχει τη σοφή εμπειρία πως κανένας στον κόσμο δεν χάρηκε όλα, όσα ήθελε. Ελάχιστοι καταφέρνουν να φτάσουν ή να πλησιάσουν εκεί, που ονειρεύονταν και φιλοδοξούσαν.

Σαν ξεπεράσει κανείς τα εβδομήντα και με δειλό βήμα, με ασπρισμένα μαλλιά, με σκυφτούς ώμους, προχωράει πιο πέρα από αυτά, αναρωτιέται με πικρία και κατάπληξη, πόσο γρήγορα πέρασαν όλα αυτά τα χρόνια. Θα πρέπει, όμως, να συλλογιέται, πως δεν είναι μικρό κατόρθωμα, πως είναι μεγάλο προνόμιο και δώρο, να έχει φτάσει εκεί. Έπειτα από τόσες οδύνες και αρρώστιες, τόσα ατυχήματα και καταστροφές, τόσους βιοτικούς κλονισμούς, σεισμούς, πολέμους. Έπειτα από τόσους φίλους και γνωστούς που πρόωρα και ξαφνικά βυθίστηκαν στην ανυπαρξία κι άλλους που όλο και αραίωναν, όσο περνούσαν τα χρόνια.

Θα ήταν ωραίο, να μάθουν όλοι να γερνάνε με καλή διάθεση, με κέφι, με χαμόγελο. Να προσπαθούν, όσο μπορούν, να κάνουν ευχάριστα κι ενδιαφέροντα, αξιόλογα και πλούσια, τα γηρατειά. Και για τον εαυτό τους και για όσους είναι γύρω τους. Αποβλέποντας περισσότερο σε εσωτερικές, πνευματικές κι αισθηματικές ικανοποιήσεις. Λένε πως ο καλύτερος, ο πιο αποτελεσματικός τρόπος, για να το πετύχουν, είναι να κρατούν ολάνοιχτη την καρδιά τους για όλους, όσοι είναι γύρω τους (Ι. Βασιλείου,). Ο διάσημος Αμερικανός συγγραφέας Ένρυ Μίλλερ αρχίζει ένα βιβλίο του έτσι: «Αν στα ογδόντα σου χρόνια, δεν είσαι ανάπηρος ή άρρωστος. Αν

το περπάτημά σου κάνει ακόμα ευχαρίστηση, όπως και ένα καλό γεύμα με τα επακόλουθα. Αν μπορείς να κοιμάσαι, χωρίς να παίρνεις χάπια. Αν τα πουλιά και τα λουλούδια, το βουνό και η θάλασσα εξακολουθούν να σε εμπνέουν, είσαι ο πιο τυχερός από τους ανθρώπους. Πρέπει, πρωί και βράδυ, να ευχαριστείς γονατιστός το θεό, γιατί σου έδειξε τόση καλοσύνη».

Παρά το ότι μπορούμε να αναγνωρίσουμε έναν ηλικιωμένο σε σχέση με τα άτομα νεότερης ή μέσης ενήλικης, είναι συχνά δύσκολο να δώσει κάποιος έναν επιστημονικό ορισμό της γήρανσης και του γήρατος. Και αυτό διότι η γήρανση συνδέεται με σειρά μεταβολών στα άτομα, οι οποίες είναι συνάρτηση της παρέλευσης του χρόνου και οι οποίες εκδηλώνονται τόσο σε βιολογικό επίπεδο όσο και σε επίπεδο εμφάνισης, συμπεριφοράς, εμπειρίας και κοινωνικών ρόλων. Ωστόσο, είναι δύσκολο να πούμε ποιες σωματικές και ψυχολογικές αλλαγές και σε ποια ηλικία είναι απόρροια μόνο της γήρανσης (Whitbourne, 1996). Το γήρας θεωρείται απότοκος των χρονικά εξαρτημένων μεταβολών στα ζώντα συστήματα. Είναι κατάσταση που δημιουργείται στον οργανισμό παρά την ύπαρξη μεταβολικών μηχανισμών που συμβάλλουν στην επιδιόρθωση των βλαβών και τη συντήρηση του οργανισμού. Επειδή, λοιπόν, το γήρας εξαρτάται από το χρόνο, η χρονολογική ηλικία ενός οργανισμού θεωρείται ένας από τους πιο ισχυρούς δείκτες του γήρατος. Επειδή όμως οι οργανισμοί γηράσκουν με διαφορετικούς ρυθμούς, η ηλικία από μόνη της δεν αρκεί για να προσδιορίσουμε το γήρας.

Μια πρώτη διάκριση που είναι χρήσιμο να γίνεται αφορά το πρωτογενές σε σχέση με το δευτερογενές γήρας (Busse, 1969 – Lemme, 1995). Το **πρωτογενές γήρας** αναφέρεται στις φυσιολογικές και εσωτερικές λειτουργίες της βιολογικής γήρανσης.

Οι λειτουργίες αυτές είναι γενετικά προγραμματισμένες και ακολουθούν τη γενετικά προσδιορισμένη πορεία ανάπτυξης από τη γέννηση μέχρι το θάνατο. Αυτό σημαίνει ότι οι βιολογικές μεταβολές θα εκδηλωθούν παρά την ύπαρξη καλής υγείας και παρά την έλλειψη ασθενειών. Αυτή τη στιγμή δεν υπάρχει συμφωνία μεταξύ των ερευνητών για το ποιες ακριβώς είναι οι βιολογικές λειτουργίες της γήρανσης (Arking, 1991). Ωστόσο το γεγονός είναι ότι οι βιολογικές μεταβολές είναι αναπόδραστες, ισχύουν για όλους τους ανθρώπους και ζωντανούς οργανισμούς γενικότερα και είναι μη αναστρέψιμες. Ειδικότερα, το πρωτογενές έχει τα ακόλουθα χαρακτηριστικά (Lemme, 1995):

1. Είναι μια πολύπλοκη διεργασία δοκιμών και λειτουργικών αλλαγών που συνδέονται με την ηλικία και εμφανίζονται με την πρόοδο του χρόνου.
2. Έχει αθροιστικά αποτελέσματα, δηλαδή η κάθε μεταβολή που συμβαίνει προστίθεται σε αυτές που έχουν ήδη επισυμβεί.
3. Συνίσταται σε αλλαγές που μειώνουν τη λειτουργικότητα του ατόμου.
4. Είναι προοδευτικό στη διαμόρφωσή του και δεν εμφανίζεται ξαφνικά.
5. οφείλεται σε εσωτερικές αιτίες.
6. Είναι αναπόδραστο, δηλαδή δεν μπορεί να το αποφύγει κανείς.
7. Είναι καθολικό (εμφανίζεται σε όλα τα μέλη του είδους).
8. Είναι μη αναστρέψιμο, δηλαδή δεν μπορεί να ανασταλεί η πορεία του.
9. Αρχίζει μετά τη σωματική και αναπαραγωγική ωριμότητα.
10. Καταλήγει στο θάνατο.

Οι βλαπτικές επιδράσεις του πρωτογενούς γήρατος διαφαίνονται, πρώτον, στη μικρότερη ευελιξία/ αντοχή του ατόμου στην αντιμετώπιση των εξωτερικών πιέσεων και δεύτερον, στην αυξανόμενη πιθανότητα θανάτου.

Από την άλλη, παρά τον υποχρεωτικό και καθολικό χαρακτήρα των βιολογικών μεταβολών και τη γενικότερη σχέση τους με την ηλικία, δεν μπορούμε να πούμε ότι αυτές αρχίζουν σε μια συγκεκριμένη ηλικία ή ότι παίρνουν μια συγκεκριμένη μορφή σε όλους τους ανθρώπους. Το πότε θα εμφανιστούν και με ποια μορφή είναι συνάρτηση και περιβαλλοντικών παραγόντων και τρόπου ζωής.

Το **δευτερογενές γήρας** αναφέρεται σε μεταβολές που είναι παθολογικές και απορρέουν από εξωτερικούς παράγοντες, όπως οι περιβαλλοντικές επιδράσεις (φυσικές, κοινωνικές, ιστορικές, οικονομικές, με έναν όρο: πολιτισμικές), η ίδια η συμπεριφορά του ατόμου (συνήθειες που έχει αποκτήσει και οι οποίες μπορεί να βοηθούν στη διατήρηση της καλής κατάστασης του οργανισμού ή να την επιβαρύνουν), αλλά και η προσωπικότητα και η αυτο – εικόνα του ατόμου καθώς και οι ασθένειες (Butler, 1988 – Schroots,1996). Για παράδειγμα, η έλλειψη σωστής διατροφής, η υπερβολική έκθεση στις υπεριώδεις ακτίνες του ήλιου, η έκθεση σε υπερβολικούς θορύβους, το κάπνισμα, η υπερβολική χρήση αλκοόλ, είναι παράγοντες που συμβάλλουν στην πρόωμη εμφάνιση του γήρατος και στη μορφή που θα πάρει αυτό. Το δευτερογενές γήρας με άλλα λόγια, δεν είναι υποχρεωτικό, ούτε καθολικό για τους ανθρώπους, αν και τείνει να συνυπάρχει με το πρωτογενές και το επιβαρύνει. Για παράδειγμα, η απουσία μόρφωσης και οικονομικών πόρων επιβαρύνουν το πρωτογενές γήρας τόσο από

την άποψη της έλλειψης σωστής και έγκαιρης ιατρικής φροντίδας όταν εκδηλωθούν οι ασθένειες.

Η διάκριση του πρωτογενούς από το δευτερογενές γήρας έχει ως συνέπεια ότι πλέον για να κατανοήσουμε τη λειτουργία της γήρανσης λαμβάνουμε υπόψη την πολυπλοκότητα των παραγόντων που την επηρεάζουν, τόσο βιολογικών όσο και προσωπικών και πολιτισμικών. Έτσι, τα άτομα 50 χρόνων, σήμερα θεωρούνται «ώριμοι» ενήλικες και άτομα άνω των 70 χρόνων σήμερα, παρά την όποια μείωση των σωματικών τους δυνάμεων, διαθέτουν συχνά πλήρη νοητική ικανότητα και μπορεί να είναι το ίδιο αποδοτικοί σε πνευματικού τύπου εργασία όσο και οι νεότεροι συνάνθρωποί τους. Βεβαίως σε μια κοινωνία υπάρχει κατανομή ρόλων και τα γηρατειά είναι συνδεδεμένα με την συνταξιοδότηση και μικρότερη συμμετοχή στην παραγωγική διαδικασία. Αυτό δεν αναιρεί το γεγονός ότι υπάρχουν μεγάλες ατομικές διαφορές μεταξύ των ηλικιωμένων, κάτι που πρέπει να λαμβάνεται υπόψη.

**Δι – ατομικές και ενδο – ατομικές διαφορές κατά το γήρας.** Πραγματικά, μια άλλη συνέπεια της διάκρισης πρωτογενούς – δευτερογενούς γήρατος είναι ότι αναγνωρίζουμε τη μεγάλη διαφοροποίηση που υπάρχει μεταξύ των ηλικιωμένων ατόμων. Και αυτό γιατί οι διαφορές μεταξύ των ανθρώπων διαμορφώνονται προοδευτικά και άρα αυξάνονται όσο προχωρεί η ηλικία και είναι αποτέλεσμα τόσο της βιολογικής διαφοροποίησης όσο και της ψυχολογικής – πολιτισμικής. Κατά τον Baltew (1997), η δια βίου ανάπτυξη είναι μια συνεχής συνεξέλιξη βιολογική και πολιτισμική. Το γήρας, δηλαδή, δεν εμφανίζεται ξαφνικά, αλλά είναι το προϊόν της σωρευτικής δράσης. Της εμπειρίας του ατόμου μέσα σε συγκεκριμένο κοινωνικό – πολιτισμικό – ιστορικό πλαίσιο. Η εμπειρία αυτή αλληλεπιδρά με τη γενετική προδιάθεση του

ατόμου και τις τρέχουσες συνθήκες της ζωής του. Έτσι, η εμφάνιση του γήρατος είναι αποτέλεσμα αλληλεπίδρασης των λειτουργιών πρωτογενούς και δευτερογενούς γήρατος.

Πέρα όμως από τη δι – ατομική, υπάρχει και ενδο – ατομική διαφοροποίηση. Έτσι και μέσα στο ίδιο το άτομο βλέπουμε ότι όλες οι λειτουργίες του δε μεταβάλλονται με τον ίδιο ρυθμό ή με τον ίδιο τρόπο. Μπορεί κάποιος να έχει πλήρη λειτουργικότητα σε ένα τομέα και μείωση ή πτώση σε κάποιον άλλο. Ένας ηλικιωμένος μπορεί να έχει πτώση δυνάμεων αλλά πλήρη πνευματική ικανότητα και σοφία, ενώ ένας άλλος καλή σωματική κατάσταση αλλά απώλεια μνημονική ή πνευματική, όπως στη νόσο του Alzheimer.

Συμπερασματικά, μπορούμε να πούμε ότι λόγω της φύσης του γήρατος και των ατομικών διαφορών μεταξύ των ηλικιωμένων, δεν θα πρέπει να χρησιμοποιούμε την ηλικία ως το μόνο ή τον καλύτερο δείκτη πρόβλεψης ή προσδιορισμού της κατάστασης ενός ηλικιωμένου ατόμου. Η πιο σωστή αντιμετώπιση είναι να βλέπουμε τα κέρδη και τις απώλειες που συνοδεύουν την κάθε περίοδο της ζωής του ανθρώπου και τη δυνατότητα αντιστάθμισης των απωλειών με τη βοήθεια εκείνων των τομέων όπου υπάρχουν κέρδη. Αυτό ισχύει για όλες τις ηλικίες αλλά και για τους ηλικιωμένους. (Baltes,1997). Οι απώλειες σε σωματικό επίπεδο μπορούν να αντισταθμιστούν από την αυξημένη εμπειρία στους διάφορους τομείς της ζωής αλλά και από την αξιοποίηση των κοινωνικών/ πολιτισμικών πόρων, όπως η οικογένεια και η κοινωνική υποστήριξη αλλά και η ύπαρξη θεσμών συνταξιοδότησης και φροντίδας της υγείας (Αναστασία Ευκλείδη,1999).

## **2. 3. ΠΑΡΑΔΟΣΙΑΚΕΣ ΤΥΠΟΛΟΓΙΕΣ ΤΗΣ**

### **ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ**

«Όλοι οι άνθρωποι μοιάζουν μεταξύ τους. Μερικοί άνθρωποι μοιάζουν περισσότερο με μερικούς ανθρώπους. Ένας άνθρωπος δεν μοιάζει απόλυτα με κανέναν άλλο άνθρωπο». Η ρήση αυτή που κατέχει μεγάλη σπουδαιότητα σε επιστήμες όπως η ψυχολογία, βρίσκει την ανώτερη έκφρασή της στην γεροντολογική ψυχολογία. Η ανθρώπινη προσωπικότητα δεν είναι σε καμιά άλλη ηλικία τόσο βαθιά διαφοροποιημένη όσο αναμένεται ότι θα είναι στη μεγάλη ηλικία.

Οι ηλικιωμένοι προβάλλουν μια ευρύτερη σειρά από διαφορετικά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, σε σχέση με τους σύγχρονους τους των νεότερων ηλικιών. Τούτο έχει καταφανεί σε έρευνες όπου οι διαφορές που σημειώνονται ανάμεσα στους ηλικιωμένους ξεπερνούν κατά πολύ τις ομοιότητες που σημειώνονται στην προσωπικότητα των ατόμων αυτών. Οι περισσότερες διαφορές σημειώνονται στο πεδίο των μηχανισμών ψυχολογικής άμυνας, τους οποίους χρησιμοποιούν οι ηλικιωμένοι, ώστε να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις της πραγματικότητας.

Η διάκριση μεταξύ των τύπων προσωπικότητας των ηλικιωμένων έχει μια σχετικά μακρά ερευνητική ιστορία στη γεροντολογία. Η έρευνα που μέχρι σήμερα θεωρείται κλασική στο είδος της διενεργήθηκε το 1962 από τους Reichard, Livson και Petersen και πήραν μέρος 87 άνδρες ηλικίας από 55 – 84 ετών. Οι σαράντα από αυτούς ήταν καλά προσαρμοσμένοι στην ηλικία τους και στις διεργασίες της γήρανσης, ενώ οι σαράντα επτά δεν ήταν

καλά προσαρμοσμένοι. Οι ερευνητές συγκέντρωσαν συνολικά 115 διαφορετικές μετρήσεις της προσωπικότητας των ηλικιωμένων ανδρών τις οποίες υπέβαλαν σε στατιστική επεξεργασία. Με αποτέλεσμα να αποδώσουν τους εξής πέντε τύπους προσωπικότητας:

1. **Οι ώριμοι ή δημιουργικοί ηλικιωμένοι** είναι όσοι έχουν προσαρμοστεί με ιδανικό τρόπο. Αποδέχονται τους εαυτούς τους, με τα δυνατά και αδύνατα σημεία τους και το πιο σημαντικό, αποδέχονται το παρελθόν τους. Οι περισσότεροι από αυτούς δεν δυναστεύονται από νευρωτικές συγκρούσεις, ενώ διατηρούν στενές διαπροσωπικές επαφές και ικανοποιητικές σχέσεις με άλλους ανθρώπους. Συνεχίζουν να γερνούν χωρίς να μετανιώνουν για πολλά πράγματα.
2. **Οι τύποι της κουνιστής πολυθρόνας( *rocking chair*)** είναι όσοι έχουν επιτύχει μια σχετικά καλή προσαρμογή αποσυρόμενοι από τις βαριές υπευθυνότητες. Οι ηλικιωμένοι αυτοί βλέπουν τον εαυτό τους σε συσχέτισμό με την ηλικία τους, αισθάνονται ότι είναι ελεύθεροι από υποχρεώσεις και επιθυμούν να φέρουν στην επιφάνεια τον παθητικό εαυτό τους. Οι τύποι αυτοί χαρακτηρίζονται, όπως και οι προηγούμενοι, από υψηλό επίπεδο αυτοαποδοχής, αν και η αποδοχή αυτή είναι συνήθως παθητική. Αισθάνονται καλά όταν είναι εξαρτημένοι από τους άλλους.
3. **Οι θωρακισμένοι τύποι** βρίσκονται κάπου στη μέση από άποψη ψυχολογικής προσαρμογής στις διεργασίες της γήρανσης. Οι θωρακισμένοι στηρίζονται έντονα σε αμυντικούς μηχανισμούς ώστε να ανταπεξέλθουν και να



αντιμετωπίσουν τα αρνητικά συναισθήματα που γεννιούνται μέσα τους. Για παράδειγμα, φροντίζουν να είναι διαρκώς απασχολημένοι ώστε να δείχνουν πόσο ανεξάρτητοι είναι. Οι θωρακισμένοι είναι τυπικά καλά προσαρμοσμένοι, αλλά κρύβουν τον άκαμπτο χαρακτήρα τους με τη βοήθεια αμυντικών μηχανισμών.

4. **Οι θυμωμένοι** είναι όσοι δεν είναι καλά προσαρμοσμένοι στις διεργασίες της γήρανσης. Η εξωτερική τους συμπεριφορά χαρακτηρίζεται από θυμό τον οποίο στρέφουν ενάντια στους άλλους. Αποκτούν την συνήθεια να εκφράζουν την πικρία τους, στρεφόμενοι επιθετικά εναντίον των άλλων. Συχνά κατηγορούν ανοιχτά τους άλλους για τις αποτυχίες τους, ή απογοητεύονται εύκολα όταν οι καταστάσεις δεν παίρνουν την τροπή που θα ήθελαν οι ίδιοι.
5. **Οι μισούμενοι** συνιστούν ένα άλλο τύπο κακής προσαρμογής στην γήρανση. Μοιάζουν με τους θυμωμένους, αλλά τον θυμό τον στρέφουν εναντίον του εαυτού τους. Νοιώθουν καταπιεσμένοι και κατηγορούν τον εαυτό τους για τις αποτυχίες και τις απογοητεύσεις τους. Τρέφουν αρνητικά συναισθήματα για το γεγονός ότι γερνούν και για τους άλλους ηλικιωμένους γενικά. Η μεγάλη ηλικία είναι γι' αυτούς μία άχρηστη, καθόλου ενδιαφέρουσα περίοδος της ανθρώπινης ύπαρξης.

Οι πρώτοι τρεις τύποι βιώνουν την γήρανση με επιτυχία, ενώ οι δύο τελευταίοι βιώνουν την γήρανση αρνητικά, χωρίς προσαρμογή σ' αυτήν.

Μια παρόμοια τυπολογία της προσωπικότητας των ηλικιωμένων προέρχεται από τις αναλύσεις της Neugarten και των συνεργατών της. Μελετώντας τις προσωπικότητες ενός δείγματος ηλικιωμένων ηλικίας 70 ετών και άνω, οι ερευνητές αυτοί κατέληξαν σε τέσσερις πρωταρχικούς τύπους οι οποίοι περιλαμβάνουν επιμέρους υποδιαιρέσεις διακρινόμενες κατά τον υψηλό, μέσο και χαμηλό βαθμό ενεργητικότητας αφενός και κατά τα διαφορετικά επίπεδα ικανοποίησης αφετέρου. Συνολικά περιλαμβάνονται οχτώ διαφορετικοί τύποι προσωπικότητας οι οποίοι περιγράφονται ως εξής:

**A. ΟΙ ΣΥΓΚΡΟΤΗΜΕΝΟΙ** είναι όσοι λειτουργούν ικανοποιητικά, είναι σύνθετοι άνθρωποι, ψυχολογικά ακέραιοι και ικανοί.

1. **Αναδιοργανωτές** είναι όσοι έχουν διοργανώσει από την αρχή της ζωής τους μετά την σύνταξη, πετυχαίνοντας υψηλά επίπεδα δραστηριότητας, όπως και πριν συνταξιοδοτηθούν. Χαρακτηρίζονται από υψηλά επίπεδα ενεργητικής συμπεριφοράς.

2. **Εστιασμένοι** είναι όσοι επιλέγουν ορισμένες από τις παλιές τους δραστηριότητες, στις οποίες όμως εμπλέκονται και τις υπηρετούν με πάθος. Όπως και οι αναδιοργανωτές, αντλούν υψηλού επιπέδου ικανοποίηση από τη ζωή.

3. **Αποδεδειγμένοι** είναι όσοι συνειδητά επιλέγουν να απεμπλακούν από τις δραστηριότητές τους. Δεν είναι δραστήριοι, αλλά έχουν άριστη συγκρότηση και αντλούν μεγάλη ικανοποίηση από τη ζωή.

**B. ΟΙ ΑΜΥΝΟΜΕΝΟΙ Ή ΘΩΡΑΚΙΣΜΕΝΟΙ** είναι όσοι έχουν ισχυρό προσανατολισμό προς την επιτυχία και αισθάνονται άγχος με την ιδέα ότι γερνούν. Ενεργοποιούν τους αμυντικούς τους μηχανισμούς και αντί να είναι ανοιχτοί στις επιθυμίες και τις εσωτερικές τους ανάγκες, προσπαθούν μάλλον να τις κρατούν υπό έλεγχο. Κατά κανόνα, αντλούν μέτρια ικανοποίηση από τη ζωή.

1. ***Προσκολλημένοι*** είναι όσοι δεν μπορούν να αποκολληθούν από το παρελθόν τους. Οι επιτυχίες τους, η καριέρα τους κλπ. είναι μόνιμο σημείο αναφοράς και η έλευση του γήρατος θεωρείται ως απειλή. Η ιδέα ότι γερνούν είναι απωθητική. Μέτρια ικανοποίηση από τη ζωή.

2. ***Περιορισμένοι*** είναι όσοι, στην προσπάθειά τους να αμυνθούν, αποτραβιούνται μακριά από τους άλλους ανθρώπους και ασχολούνται με τις απώλειες και τις ανεπάρκειές τους. Οι περιορισμοί που επιβάλλουν στον εαυτό τους επιτρέπει να διατηρήσουν μια ομοιότητα στο πριν και στο τώρα και να ανταπεξέλθουν στις αναπόφευκτες απώλειες που σημειώνονται με την γήρανση.

**Γ. ΟΙ ΠΑΘΗΤΙΚΟΙ Ή ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΟΙ** είναι όσοι βρίσκουν ικανοποίηση στο γεγονός ότι οι άλλοι τους φροντίζουν και παίρνουν αποφάσεις γι' αυτούς.

1. ***Ζητούντες αρωγή*** είναι όσοι επιδιώκουν την ικανοποίηση των φυσικών και συναισθηματικών τους αναγκών στηριζόμενοι πάνω στους άλλους. Χαρακτηρίζονται ως πολύ εξαρτημένα άτομα, παρά το γεγονός ότι διατηρούν μέτρια επίπεδα ενεργητικότητας και επίσης αντλούν μέτρια ικανοποίηση από τη ζωή.

2. **Απαθείς** είναι όσοι χαρακτηρίζονται από μεγάλη παθητικότητα, αλλά αντλούν μέτρια ικανοποίηση από τη ζωή. Το πιο πιθανό είναι ότι σε όλη τους τη ζωή υπήρξαν απαθείς και παθητικοί και η έλευση του γήρατος απλώς ενίσχυσε την τάση τους αυτή.

**Δ. ΟΙ ΜΗ ΣΥΓΚΡΟΤΗΜΕΝΟΙ** είναι όσοι έχουν χάσει την παλιά τους προσωπικότητα και ό, τι έχει μείνει στη θέση της είναι μια καρικατούρα του παλιού εαυτού τους. Συχνά είναι ανήμποροι να ικανοποιήσουν τις φυσικές ή συναισθηματικές τους ανάγκες και η ικανοποίηση από τη ζωή είναι εξαιρετικά χαμηλή.

1. **Απορυθμισμένοι** είναι όσοι έχουν γίνει ψυχολογικά δυσλειτουργικοί, δεν δείχνουν σημεία δραστηριότητας, αλλά συνεχίζουν να ζουν μέσα στην κοινότητα.

Τα ευρήματα γύρω από την προσωπικότητα των ηλικιωμένων έδωσαν ερεθίσματα και σε άλλους ερευνητές, οι οποίοι πρόσθεσαν τις δικές τους παρατηρήσεις στις ταξινομήσεις της Neugarten και των συνεργατών της (...).

Οι οκτώ τύποι της προσωπικότητας, όπως ερευνήθηκαν από την Neugarten, διαφέρουν σε ένα βαθμό όταν πρόκειται να εφαρμοστούν σε γυναίκες παρά τις μικρές κατά φύλο διαφορές, γίνεται φανερό ότι οι θεωρίες για την αποδέσμευση και την ενεργητικότητα δεν επαρκούν ώστε να ερμηνεύσουν την επιτυχή γήρανση. Οι σχέσεις που δημιουργούνται ανάμεσα στα τρία επίπεδα ενεργητικότητας και την ικανοποίηση από τη ζωή επηρεάζονται ισχυρά από την ιδιαίτερη προσωπικότητα κάθε ηλικιωμένου. Επίσης, σημαντικό ρόλο παίζει ο βαθμός στον οποίο

το άτομο παραμένει ικανό να συγκροτεί με επιτυχία τα στοιχεία της προσωπικότητάς του. Όσο πιο καλά συγκροτημένη είναι η προσωπικότητα του ηλικιωμένου ατόμου, με τόση μεγαλύτερη επιτυχία και αποτελεσματικότητα θα χειριστεί τις αναγκαίες προσαρμογές του στη μεγάλη ηλικία (Άννα Αβεντίσιον – Παγοροπούλου, 1993).

## **2. 3. α. ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΤΥΠΟΛΟΓΙΕΣ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ**

Σε αντίθεση με τις παραδοσιακές τυπολογίες, οι σύγχρονες τυπολογίες της προσωπικότητας των ηλικιωμένων διακρίνονται για τρεις βασικές αρετές:

1. Διαχωρίζουν την προσωπικότητα των ηλικιωμένων από τη νοοτροπία των ηλικιωμένων.
2. Διαχωρίζουν ανάμεσα στους τύπους προσωπικότητας των ανδρών και τους αντίστοιχους τύπους προσωπικότητας των γυναικών.
3. Γεφυρώνουν τις αντιθέσεις ανάμεσα στις θεωρίες που υποστηρίζουν ότι η προσωπικότητα των ηλικιωμένων υφίστανται αλλαγές και τις αντίστοιχες θεωρίες που υποστηρίζουν ότι υπάρχει διαχρονική σταθερότητα στην προσωπικότητα των ηλικιωμένων.

Το τελευταίο αναφερόμενο στοιχείο των σύγχρονων τυπολογιών αποκτά μεγαλύτερη σπουδαιότητα, εάν σκεφτούμε ότι, όπως δείχνουν συνήθως οι έρευνες, μερικοί άνθρωποι

συμπεριφέρονται τελείως διαφορετικά στην ηλικία των 70 σε σχέση με την ηλικία των 25 ετών, ενώ άλλοι άνθρωποι παραμένουν ίδιοι και अपαράλλαχοι στη διάρκεια πολλών δεκαετιών.

Η διαχρονική έρευνα που πιστεύεται ότι καλύπτει αυτή τη τεράστια διαφοροποίηση ανάμεσα στις προσωπικότητες των ηλικιωμένων έχει διενεργηθεί από τους Maas και Kuypers, διήρκεσε 40 χρόνια και συμπεριέλαβε 140 άνδρες και γυναίκες.

Τα υποκείμενα της έρευνας ήταν οι γονείς ενός αριθμού παιδιών τα οποία παρακολουθούνταν διαχρονικά και τα αποτελέσματα της έρευνας ανακοινώθηκαν προκαταρκτικά το 1986. οι γονείς αυτοί είχαν εξεταστεί για πρώτη φορά όταν ήταν σε ηλικία των 30 ετών και η προσωπικότητά τους είχε εκτιμηθεί. Περὶ το τέλος της δεκαετίας του '60 ο Henry Maas και ο Joseph Kuypers έκαναν ανασκόπηση των διαθέσιμων δεδομένων και θεώρησαν ότι τους δινόταν μια μοναδική ευκαιρία: να επανεξετάσουν αυτούς τους γονείς, με σκοπό να αποτιμήσουν τις αλλαγές που συνέβησαν στην προσωπικότητάς τους ως γονέων, σε διάστημα 40 ετών. Εξ αιτίας του γεγονότος ότι η έρευνα δεν είχε σχεδιαστεί από την αρχή ότι θα είναι διαχρονική, οι Maas και Kuypers μπόρεσαν να εντοπίσουν μια μερίδα μόνο από τους γονείς, οι οποίοι βέβαια ήταν στην ηλικία των 70 ετών. Οι γονείς επανεξετάστηκαν με ατομικές συνεντεύξεις, οι οποίες περιλάμβαναν εκτεταμένα ερωτηματολόγια σε όλους τους τομείς της ζωής: τον γονεϊκό ρόλο, το γάμο, το επάγγελμα, τη φιλία, τις καθημερινές δραστηριότητες, τα θέματα υγείας, καθώς και το αυτό – συναίσθημα, την ικανοποίηση από τη ζωή και τις αυτό – αναφορές των ηλικιωμένων αυτών γονέων. Τα αποτελέσματα αυτών των εξετάσεων καταγράφηκαν και συγκρίθηκαν με τα αντίστοιχα αποτελέσματα που είχαν προκύψει από τη μέτρηση της

προσωπικότητας των ιδίων γονέων πριν 40 χρόνια. Βασισμένοι σε εκτενή στοιχεία της προσωπικότητας οι Maas και Kuypers ομαδοποίησαν τα υποκείμενα σε δύο ομάδες κατηγοριών: τις κατηγορίες ως προς την προσωπικότητα και τις κατηγορίες ως προς τη νοοτροπία. Στη συνέχεια, αξιοποίησαν τα στοιχεία που είχαν συλλεγεί όταν τα ίδια άτομα ήταν σε νέα ηλικία και οι συγκρίσεις ήταν αποκαλυπτικές. Βρέθηκε ότι η σταθερότητα είναι το κυρίαρχο εύρημα, αλλά αυτή νοείται διαφορετικά σε άνδρες και γυναίκες. Ως προς τους άνδρες κυριαρχεί η σταθερότητα στη νοοτροπία (life style), ενώ ως προς τις γυναίκες κυριαρχεί η σταθερότητα στην προσωπικότητα.

Υπάρχουν τρεις κατηγορίες ανδρών ως προς τη νοοτροπία. Οι επικεντρωμένοι στην οικογένεια άνδρες, οι απορροφημένοι από τις ενασχολήσεις και τα hobby τους και οι αποτραβηγμένοι και ανικανοποίητοι. Οι άνδρες που ως νέοι γονείς εντάσσονται σε μια από τις κατηγορίες αυτές, βρέθηκαν να παραμένουν σταθερά ενταγμένοι στις ίδιες κατηγορίες και ως γέροι γονείς, μετά το διάστημα 40 ετών.

Σε αντιπαράθεση με τους άνδρες, οι γυναίκες σημείωσαν μεγάλες αλλαγές στη νοοτροπία τους στη διάρκεια των ετών αυτών. Μερικές από αυτές σημείωσαν ακόμη και θεαματικές αλλαγές στη νοοτροπία τους. Για παράδειγμα, οι μητέρες μεγάλης ηλικίας που κατηγοριοποιήθηκαν ως «επικεντρωμένες στην εργασία τους» και οι οποίες ασκούσαν με ενθουσιασμό ένα επάγγελμα, σε νέα ηλικία είχαν κατηγοριοποιηθεί ως απαθείς ή με κατάθλιψη. Με άλλα λόγια, οι ρόλοι που έπαιζαν όταν ήταν νέες, ως σύζυγοι και μητέρες μικτών παιδιών δεν ανταποκρίνονταν καθόλου στα πραγματικά ενδιαφέροντα και τα ταλέντα τους. Μόνο όταν απελευθερώθηκαν από το γονεϊκό ρόλο, που τους προσέδιδε

μια ψεύτικη ταυτότητα, που λίγο πολύ τους ταίριαζε, μπόρεσαν να βρουν πραγματικά τον εαυτό τους.

Άλλες μητέρες, που είχαν υπάρξει ευτυχείς ως νέες μητέρες και σύζυγοι στα 30 τους και κατηγοριοποιήθηκαν ως «επικεντρωμένες στον άνδρα τους», δεν μπόρεσαν να συνέλθουν ποτέ μετά το θάνατο του συζύγου τους και στα 70 τους πλέον, έκαναν διαρκείς αναφορές στα ευτυχισμένα χρόνια που είχαν ζήσει όταν ήταν νέες. Η επανεκτίμηση της προσωπικότητάς τους τις κατάτασσε στις «μη επικεντρωμένες», με λίγα ενδιαφέροντα και απρόθυμες να εμπλακούν σε νέες σχέσεις με άλλους ανθρώπους. Δυστυχώς για τις ίδιες, οι 70χρονες αυτές γυναίκες δεν μπόρεσαν να αντικαταστήσουν την ταυτότητά τους ως μητέρων και συζύγων, ακόμη και αφού η ταυτότητά τους αυτή χάθηκε εκ των πραγμάτων. Στα 70 τους βρέθηκαν να είναι απαρηγόρητες χήρες και μητέρες που βίωναν μόνιμα το σύνδρομο της «άδειας φωλιάς».

Οι Maas και Kuypers ερμήνευσαν τις προφανές αυτές διαφορές φύλου ως οφειλόμενες σε εξωτερικές συνθήκες. Οι συνθήκες ζωής των γυναικών μεταβάλλονται πιο ριζικά στα διάφορα στάδια της ζωής (σπουδάστρια, εργαζόμενη, σύζυγος, μητέρα, ανεπάγγελτη, χήρα κλπ). Δεν συμβαίνει το ίδιο και στους άνδρες, των οποίων οι κοινωνικοί ρόλοι είναι λιγότεροι και καθορισμένοι με μεγαλύτερη σαφήνεια. Εκτός από το γεγονός της συνταξιοδότησης, λίγα εξωτερικά γεγονότα είναι πιθανό ότι θα εξαναγκάσουν έναν άνδρα να μεταβάλλει τη νοοτροπία του.

Η ζωή των γυναικών σημαδεύεται από αξιοσημείωτες αλλαγές, ως προς αυτό που οι Maas και Kuypers ονόμασαν “context” (περιβάλλον). Μεταβολές στο «περιβάλλον» εξαναγκάζουν τις γυναίκες να μεταβάλλουν ριζικά τη νοοτροπία τους και να ζήσουν με εντελώς διαφορετικό τρόπο. Ακόμη και στη



μεγάλη ηλικία, μερικές γυναίκες εξαναγκάστηκαν να εργαστούν από οικονομικούς λόγους, για πρώτη φορά στη ζωή τους. Οι περισσότερες ηλικιωμένες γυναίκες αναγκάζονται, είτε τους αρέσει, είτε όχι, να ζήσουν μόνες τους αφού τα παιδιά τους έχουν φύγει από το σπίτι και ο σύζυγος έχει πεθάνει. Όλα αυτά τα ψυχοκοινωνικά γεγονότα σημειώνουν αλλαγές που έχουν αντίκτυπο στη διαμόρφωση της νοοτροπίας των ηλικιωμένων γυναικών. Στην πραγματικότητα είναι η κυριότερη αιτία ένεκα της οποίας σημειώνονται αλλαγές κατά τη γήρανση (το λεγόμενο «κοινωνικό γήρας»).

Αντίθετά με ό, τι συμβαίνει στη νοοτροπία, η σταθερότητα της προσωπικότητας ήταν πιο προφανής στις γυναίκες παρά στους άνδρες. Τούτο ισχύει και για τις δύο κατηγορίες των μητέρων. Αλλά υπάρχει και ένας άλλος παράγοντας που συνηγορεί: η διαφορά που σημειώνεται μεταξύ των φύλων έχει σχέση με τις διαταραχές της προσωπικότητας και γενικότερα την ψυχοπαθολογία της τρίτης ηλικίας. Μεταξύ των ηλικιωμένων οι οποίοι χαρακτηρίζονται ως συναισθηματικά διαταραγμένοι, οι γυναίκες κατέχουν πολύ μεγαλύτερα ποσοστά σε σχέση με τους άνδρες. Επιπλέον, είναι γεγονός ότι οι ίδιες γυναίκες που χαρακτηρίστηκαν ως συναισθηματικά διαταραγμένες στην ηλικία των 30 ετών, συνέχιζαν να είναι συναισθηματικά διαταραγμένες και κατά την επανένταξη της προσωπικότητάς τους, στην ηλικία των 70 ετών. Σε απόλυτους αριθμούς, περισσότερες γυναίκες φαίνονται να διατηρούν τη σταθερότητα της προσωπικότητάς τους και λιγότεροι άνδρες.

Η συγκριτική έρευνα της προσωπικότητας των ίδιων ατόμων διαχρονικά απέδωσε και ένα άλλο ενδιαφέρον εύρημα. Ένας αριθμός ατόμων που είχε χαρακτηριστεί ως ελαφρά διαταραγμένος

στη νέα ηλικία , πέτυχε να ξεπεράσει τις δυσκολίες και να δείξει αξιόλογη προσαρμοστικότητα με το πέρασμα των χρόνων. Τα άτομα αυτά, άνδρες και γυναίκες, πέτυχαν, «να τα βρουν με τον εαυτό τους» στη μεγάλη ηλικία. Ως νέοι ενήλικες δεν είχαν ακόμη διαμορφώσει και κατασταλάξει την προσωπικότητά τους, με αποτέλεσμα να κατηγοριοποιηθούν ως ελαφρά διαταραγμένοι, στην νέα ηλικία. Ως ηλικιωμένοι, αντίθετα, είχαν διαφοροποιηθεί πλήρως, είχαν αναπτύξει την προσωπικότητά τους και ήταν ήρεμοι και κατασταλαγμένοι.

Ωστόσο το ίδιο δεν συνέβη και με τα άτομα των οποίων η διαταραχή της προσωπικότητας είχε βαθύτερες ρίζες. Τα άτομα που χαρακτηρίστηκαν ως συναισθηματικά διαταραγμένα στη νέα ηλικία φάνηκαν να διατηρούν με σταθερότητα τη διαταραχή τους μέχρι τη μεγάλη ηλικία. Οι σοβαρές διαταραχές της προσωπικότητας που εγκαθιδρύονται στη διάρκεια της πρώτης ενήλικης ζωής, συνοδεύουν το άτομο σε όλη τη διάρκεια της ζωής τους. Εάν συνδυάσουμε τα αποτελέσματα που προέκυψαν από την έρευνα των Maas και Kuypers και θεωρήσουμε με κριτικό πνεύμα τα ευρήματα της ενδιαφέρουσας αυτής διαχρονικής έρευνας, θα διαπιστώσουμε ότι δύο κύριες επιδράσεις τροποποιούν τη συμπεριφορά μας ως ενηλίκων. Από τη μια πλευρά, οι συνθήκες της ζωής μας. Εάν η ζωή μας είναι θυελλώδης, γεμάτη από εξωτερικές διακυμάνσεις και περιπέτειες, είναι πιθανό ότι η προσωπικότητά μας θα παρουσιάσει μεταβολές με την πάροδο των ετών. Εάν όμως η ζωή μας είναι ήρεμη και κανένας εξωτερικός παράγοντας δεν τη διαταράσσει, ούτε και συνταρακτικά γεγονότα τη σημαδεύουν, τότε δεν είμαστε επιρρεπείς σε αλλαγές της προσωπικότητας μας. Από την άλλη πλευρά, οι εσωτερικοί παράγοντες του ψυχισμού μας ενισχύουν τη

σταθερή δομή της προσωπικότητας. Οι ψυχικά υγιείς ενήλικες τείνουν να διατηρούν με σταθερότητα την προσωπικότητά τους, παρά την αποδόμηση που φυσιολογικά υπάρχει στις διεργασίες της ζωής. Αλλά και οι ενήλικες που χαρακτηρίζονται από κάποια σοβαρή συναισθηματική διαταραχή τείνουν να διατηρούν τη σταθερότητα της προσωπικότητάς τους. Η σοβαρή συναισθηματική διαταραχή τείνει να αναστέλλει την ικανότητα των ανθρώπων να μαθαίνουν από τις εμπειρίες τους και τους καθηλώνει ψυχολογικά.

Άτομα με υψηλή συναισθηματική διαταραχή εμποδίζονται να δουν και να κατανοήσουν με σαφήνεια, γι' αυτό και φαίνονται να λειτουργούν με τον ίδιο φτωχό τρόπο στα 25 τους, όπως και στα 70 τους.

<b>ΤΥΠΟΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ</b>	<b>ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ</b>
<i>ΜΗΤΕΡΕΣ:</i> <i>Προσανατολισμένες στα πρόσωπα</i>	Συμπεριφέρεται με δοσμένο τρόπο – συμπάσχει και συμμερίζεται συναισθήματα – είναι θερμή και δοτική – διεγείρει την ευαρέσκεια και την αποδοχή.
<i>Φοβισμένες και κυριαρχικές</i>	Βασικά υποταγμένα – με συντηρητικές αρχές – αβέβαιη, ανασφαλής και αγχώδης – επιδιώκει να κυριαρχεί για να αισθάνεται ασφάλεια.

<p><i>ΠΑΤΕΡΑΔΕΣ:</i> <i>Προσανατολισμένοι</i> στα <i>πρόσωπα</i></p>	<p>Συμπεριφέρεται με δοσμένο τρόπο – χαρούμενος – άξιος εμπιστοσύνης και ειλικρινής, υπεύθυνος, ευθύς, αμερόληπτος – παραγωγικός και αποτελεσματικός, υπάκουος.</p>
<p><i>Ενεργητικοί με ικανότητες</i></p>	<p>Ενδιαφέρων άνδρας, που προσελκύει την προσοχή – με κριτικό πνεύμα – διασκεπτικός, δεν εντυπωσιάζεται εύκολα – επαναστατικός και μη συμβατικός – ομιλητικός – αρρενωπός στο ύφος και τους τρόπους.</p>

### **ΝΟΟΤΡΟΠΙΑ(lifestyle)**

<p><i>ΜΗΤΕΡΕΣ: Επικεντρωμένες στο</i> <i>σύζυγο</i></p>	<p>Η ζωή τους περιστρέφεται γύρω από τον σύζυγο και τον γάμο.</p>
<p><i>Χωρίς επικέντρωση</i></p>	<p>Λίγα ενδιαφέροντα – χωρίς δεσμεύσεις με άλλους ανθρώπους – οι περισσότερες δεν θέλουν να ξαναπαντρευτούν.</p>
<p><i>Επικεντρωμένες στην εργασία</i></p>	<p>Δοσμένες στο ρόλο τους ως</p>

	εργαζόμενες, αντλούν μεγάλη ικανοποίηση από την εργασία τους.
--	---

<i>ΠΑΤΕΡΑΔΕΣ: Επικεντρωμένοι στην οικογένεια</i>	Η ζωή τους περιστρέφεται γύρω στην οικογένεια και στον γάμο, τον ρόλο τους ως πατεράδων και τον ρόλο τους ως παππούδων.
<i>Καλλιεργούν χόμπυ</i>	Τα ενδιαφέροντα και οι δραστηριότητες που καλλιεργούν στον ελεύθερο χρόνο τους είναι τα πιο σημαντικά γεγονότα γι' αυτούς.
<i>Απομονωμένοι αποδεσμευμένοι</i>	– Διαταραγμένοι και κλεισμένοι στον εαυτό τους. Ανικανοποίητοι.

(Άννα Αβεντίσιον – Παγοροπούλου, 1993)

## **2. 4. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ**

### **ΓΕΝΙΚΑ**

Από τα 65 – 75 χρόνια.

Εξακολουθεί να είναι μια γόνιμη δημιουργική περίοδος για πολλούς, ιδίως όταν είναι γέροι και η ιδιοσυγκρασία τους, τους βοηθά να αξιοποιούν την παρουσία και το χρόνο τους (...). Μπορεί οι άνθρωποι αυτής της ηλικίας να φθάσουν σ' αυτή, χωρίς ελαττώματα ή τις αδυναμίες των γερόντων της παλιάς εποχής. Μα πρέπει να παραδεχτούμε πως η δυσκολία της ζωής, η αδυναμία, οι αρρώστιες αφήνουν ένα συναίσθημα κόπωσης που κάνει τους γέροντες απαιτητικούς, εγωκεντρικούς, με αξιώσεις φροντίδων και περιποιήσεων από τους άλλους. Είναι κατά τη γνώμη τους μία καλή μέθοδος. Για τους ανθρώπους όμως του περιβάλλοντος είναι ένα κουραστικό καθήκον, που θα το υπομείνουν καλύτερα αν τουλάχιστον θυμούνται περιόδους που ο σημερινός γέροντας ήταν κάποτε αλλιώτικος στον τρόπο και στη συμπεριφορά. Αν όμως ήταν πάντα έτσι, τότε το καθήκον γίνεται αρκετά κουραστική υπόθεση ( Μαρία Χουρδάκη).

Στην ηλικία αυτή ο κύκλος της ατομικής εξέλιξης και της ζωής προχωρεί στην ολοκλήρωσή του. Οι αλλαγές στη σωματική περιοχή είναι φανερές και συνοψίζονται στις ελλειπείς σωματικές δυνάμεις, σε ενοχλήσεις του κυκλοφορικού συστήματος, δυσλειτουργίες των αισθητηρίων οργάνων, των οργάνων λήψης και χώνευσης των τροφών, σε ενοχλήσεις στον ύπνο κλπ. Τα φαινόμενα της εγκεφαλικής δυσλειτουργίας εντείνονται. Η χρονική εμφάνιση αυτών των συμπτωμάτων ποικίλει πολύ. Ποικιλία

αλλαγών από άποψη χρονική παρουσιάζεται και στην προσωπικότητα του ατόμου.

Γενικά γίνεται δεκτό ότι η ικανότητα αλλαγής και προσαρμοστικότητας μειώνεται και παρατηρείται δυσχέρεια στην αποδέσμευση του ατόμου από το συνηθισμένο τρόπο σκέψης και δράσης. Σε σχέση με θέματα επίδοσης κυριαρχεί τώρα εντονότερη αγωνία, μεγαλύτερη δειλία στους κινδύνους, αυξημένη ανάγκη για ασφάλεια. Τα ενδιαφέροντα των δύο φύλων, αντίθετα προς ό, τι συνήθως συμβαίνει στην εφηβική ηλικία, φαίνονται τώρα να συμπίπτουν. Το βάρος των ενδιαφερόντων και των βιωμάτων επισωρρεύεται στο παρελθόν. Στην κοινωνική συμπεριφορά σημειώνονται επίσης ορισμένες αξιοπρόσεκτες αλλαγές. Προς το τέλος της ώριμης ηλικίας οι γονείς επιδιώκουν να μένουν ξέχωρα από τα παιδιά τους, αλλά όχι πολύ μακριά. Έτσι επικυρώνεται μια αρχή του τρόπου ζωής και κατοικίας που χαρακτηρίστηκε ως «εσωτερική προσέγγιση μέσω εξωτερικής απόστασης» (από την Lehr). Συναισθήματα μοναξιάς εμφανίζονται έντονα σε συνδυασμό περισσότερο με τις προσδοκίες επικοινωνίας και επισκέψεων μεταξύ των γονέων και των παιδιών ή άλλων ανθρώπων. Η πλήξη και η έλλειψη ασχολίας ενισχύει τα συναισθήματα μοναξιάς (Μ. Μαλικιώση – Λοΐζου, 1993).

Κατά αυθαίρετο τρόπο θεωρούμε ότι το γήρας αρχίζει μετά το 65<sup>ο</sup> έτος της ηλικίας, ενώ η οριοθέτηση της πραγματικής αρχής του είναι αδύνατη γιατί πρόκειται για κατάσταση που δεν συγχρονίζεται στα διάφορα άτομα, τις διάφορες κοινωνικές ομάδες αλλά και στα διάφορα όργανα του ίδιου του οργανισμού (...).

Η φυσιολογική γήρανση περιλαμβάνει τα γνωστά χαρακτηριστικά όπως: βραδύτητα σκέψεως, ελαφρά ίσως έκπτωση της πρόσφατης μνήμης, ελάττωση της έκφρασης του

ενθουσιασμού, αύξηση της προσεκτικότητας, μεταβολή του ύπνου με τάση για ημερήσιους βραχύχρονους ύπνους και μια μετατόπιση του ενδιαφέροντος από τη σεξουαλική σφαίρα στην πεπτική και του εσωτερικού του σώματος. Ελαττώνεται η δημιουργική σκέψη, η ικανότητα μαθήσεως, η ψυχική ελαστικότητα και ο ψυχικός προσανατολισμός προς το μέλλον. Παράλληλα με τις ψυχικές αυτές μεταβολές, που εγκαθίστανται βραδύτατα και προοδευτικά, το γήρας χαρακτηρίζεται από μια γενικευμένη επιβράδυνση των σωματικών και ψυχικών λειτουργιών.

Το γήρας χαρακτηρίζεται από μια γενικευμένη ψυχοκινητική επιβράδυνση. Ωστόσο επιβράδυνση δεν σημαίνει και ελάττωση των διανοητικών ικανοτήτων. Στα τεστ ευφυΐας η καλύτερη απόδοση επιτυγχάνεται από γηραιά άτομα σε γνώσεις λεξιλογίου και γενικής καλλιέργειας και ίσως είναι καλύτερη από εκείνη ενός νέου ατόμου, ενώ αντίθετα υπάρχει ελάττωση της αποδόσεως στα τεστ ταχύτητας αντιλήψεως, προσοχής, συγκεντρώσεως, πρόσφατης μνήμης, προσανατολισμού και αποκτήσεως νέων γνώσεων. Η διανοητική απόδοση σε άτομα άνω των 60 ετών βρίσκεται σε άμεση σχέση με το βαθμό καλλιέργειάς του. Εξάλλου η χρονολογική ηλικία δεν συμπίπτει παρά αδρά με την ψυχολογική. Ο άνθρωπος μπορεί να παραμείνει ψυχικά νέος, ενώ σωματικά είναι γέρος και το αντίθετο.

Το πρώιμο γήρας έχει σχέση με την κληρονομικότητα, την ύπαρξη ή όχι σωματικών αναπηριών και τις ψυχικές καταπονήσεις που δέχτηκε το άτομο κατά τη διάρκεια της ζωής του. Μελετήθηκαν αντίθετα άτομα που έφτασαν σε πολύ μεγάλη ηλικία και βρέθηκε κατά κανόνα ότι έχουν ένα χαρακτήρα ενεργητικό και δραστήριο, παρ' όλο που στο ιστορικό τους αναφέρονται σοβαροί ψυχολογικοί τραυματισμοί. Ενδιαφέρον παρουσιάζει η μελέτη διανοητικής



παραγωγής κατά το γήρας: βρέθηκε ότι οι διανοητικά εργαζόμενοι μπορούν να ασκήσουν την επαγγελματική τους δραστηριότητα για μακρύτερο χρόνο απ' ότι οι χειρώνακτες και να είναι παραγωγικοί όταν οι δεύτεροι έχουν από μακρού αποκλειστεί από την ενεργό ζωή. Τα μεγάλα καλλιτεχνικά, φιλοσοφικά ή επιστημονικά δημιουργήματα είναι γνωστό ότι δεν εξαρτώνται από την ηλικία (Γ. Χατζηαντωνίου).

Τα χαρακτηριστικά της κάθε ηλικίας ποικίλουν ως προς τον χρόνο της εμφάνισέως των, αλλά και μεταξύ των δύο γενών. Τα θήλεα συμπληρώνουν τις περιόδους της ηλικίας κατά ένα, δύο ή και τρία έτη πρωιμότερα. Πρόκειται για τον γεννητικό διμορφισμό, ο οποίος αποτελεί κανόνα για τον άνθρωπο, αλλά και για τα περισσότερα των θηλαστικών.

Αλλά και μεταξύ των οργάνων του ιδίου ανθρώπου παρατηρείται πολύ συχνά μια νεανικότητα των μεν απέναντι στην εσπευσμένη, ως ένα βαθμό, γήρανση των άλλων. Υπάρχουν άνθρωποι με γερή καρδιά αλλά με εξασθενημένο στομάχι. Άλλοι πάλι εμφανώς σωματικώς γηρασμένοι, διαθέτουν εγκέφαλο σχεδόν νεανικό, ακόμη και στην πιο προχωρημένη ηλικία. Φυσικά οι εξαιρέσεις δεν αποτελούν τον κανόνα. Δείχνουν όμως ότι τα όρια της κάθε ηλικίας δεν είναι δυνατόν να καθορισθούν απολύτως σαφώς (...).

Σήμερα με την πρόοδο της ιατρικής επιστήμης, η επιμήκυνση της ζωής είναι φαινόμενο σύνηθες. Άλλες είναι πια οι φιλοδοξίες του σύγχρονου ανθρώπου.

Ο όρος τρίτη ηλικία είναι σχετικά νέος και μοιάζει απλουστευτικός εκ πρώτης όψεως, αφού διακρίνει όπως και οι παλαιότεροι, σε γενικές γραμμές, άλλες δύο ακόμη ηλικίες, την πρώτη και την δεύτερη. Είναι όμως πολύ εκτεταμένος χρονικά και

διακρίνεται για τη συνεχή διασταλτικότητα του (Ιωάννου Α. Πάτσακα, 1992).

## **2. 4. α. ΒΙΟΛΟΓΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ**

Υπάρχουν τουλάχιστον τρεις διαφορετικοί τρόποι γήρανσης που συνάπτονται με τη φυσιολογική γήρανση και είναι οι ακόλουθοι:

Ο πρώτος τρόπος φυσιολογικής γήρανσης είναι αυτός που υποπίπτει στην κοινή αντίληψη όλων μας. Θα μπορούσε να πειστεί ο καθένας, - παρατηρώντας απλώς διαφορετικούς ανθρώπους που έχουν την ίδια χρονολογική ηλικία - , να γερνούν, ότι σημειώνονται τεράστιες διαφορές ως προς την εμφάνιση και τη συμπεριφορά τους. Μερικοί 60χρονοι μοιάζουν περισσότερο για 40χρονοι. Άλλοι, πάλι, 40χρονοι εμφανίζονται και συμπεριφέρονται σα να είναι 65ετών. Όπως έχει επισημανθεί, μια σειρά από διαφορετικές μετρήσεις, π. χ η λειτουργία των πνευμόνων, η δύναμη αρπαγής χεριού και ο μεταβολισμός του σακχάρου, παρουσιάζουν απίθανες διαφορές μεταξύ των ηλικιωμένων ανθρώπων της ίδιας χρονολογικής ηλικίας (Andres, 1979 – Shock, 1984).

(...) Ένα άλλο μοντέλο γήρανσης δείχνει ότι η φυσιολογική κάμψη επέρχεται μόνο αφού το άτομο αντιμετωπίσει μια ηλικιο – εξαρτώμενη ασθένεια (...).

Σ' ένα τρίτο μοντέλο γήρανσης παρατηρήθηκε ότι, ενώ οι απώλειες σημειώνονται φυσιολογικά με την ηλικία, ο οργανισμός του ηλικιωμένου βρίσκει τρόπο, χάρη στους αντισταθμιστικούς του

μηχανισμούς, να αναπληρώσει την απώλεια και η συγκεκριμένη λειτουργία να επανέλθει στα φυσιολογικά επίπεδα. Το πιο συναρπαστικό παράδειγμα αυτού του μοντέλου γήρανσης είναι ο εγκέφαλος. Καθώς τα χρόνια περνούν, οι νευρώσεις συνεχώς χάνονται σε απόλυτους αριθμούς. Παράλληλα όμως και σε απάντηση αυτής της φθίσης, τα νευρικά κύτταρα που απομένουν αυξάνουν και δυναμώνουν, προσθέτοντας νέους δενδρίτες στους υπάρχοντες παλαιούς και δημιουργώντας νέες διασυνδέσεις. Το ανανεωτικό αυτό φαινόμενο βοηθά τη μνήμη να διατηρείται και την πνευματική διαύγεια να μη χάνεται.

Από όλα τα παραπάνω συμπεραίνεται ότι η στερεότυπη αντίληψη ότι η γήρανση εξισούται με αναπόδραστη απώλεια είναι πέρα για πέρα εσφαλμένη. Η σταθερότητα είναι ένα στοιχείο της φυσιολογικής γήρανσης, ακριβώς όπως είναι και η αλλαγή. Ακόμη και αν πιστέψουμε ότι η γήρανση των κυττάρων θα επιφέρει αναπόφευκτες αλλαγές, το σώμα μας αποδεικνύεται εκπληκτικά ανθεκτικό. Φαίνεται ότι η ικανότητα για ανάπτυξη και προσαρμογή, στην περίπτωση του ανθρώπινου εγκεφάλου, είναι απεριόριστη και αντικρούει πειστικά την παλαιότερη αντίληψη ότι η ανάπτυξη συμβαίνει μέχρι μια ορισμένη ηλικία και μετά αρχίζει η παρακμή (Belsky, 1990).

Μεταξύ των ατόμων της τρίτης ηλικίας ένα ποσοστό 25% των ανδρών και ένα αντίστοιχο ποσοστό 10% των γυναικών, άνω των 65 ετών έχουν προσβληθεί από κάποια σοβαρή ασθένεια. Τα άτομα, αντίθετα, που ταλαιπωρούνται από μία ή περισσότερες χρόνιες παθήσεις είναι πολύ περισσότερα, αλλά οι επιπτώσεις στη ζωή τους είναι πολύ πιο ελαφρές, αφού αναγκάζονται απλώς να υποστούν ορισμένους περιορισμούς (π.χ. στο φαγητό, τις μετακινήσεις ή τον τρόπο ζωής).

Οι πιο κοινές χρόνιες παθήσεις και τα ποσοστά κατά προσέγγιση στα οποία προσβάλλουν τα άτομα της τρίτης ηλικίας είναι : Οστεοαθρίτις – οστεοπόρωση (48%), υπέρταση (39%), ακουστικές βλάβες (29%), καρδιαγγειακές διαταραχές (30%), αναπνευστικές διαταραχές (28%), ορθοπεδικές βλάβες και ιγμορίτιδα (17% η κάθε μία), καταρράχτης των ματιών (14%), διαβήτη και οπτικές βλάβες (19% το κάθε ένα).

Οι ασθένειες αυτές αν και δεν προκαλούν το θάνατο, μπορεί να κάνουν δυσάρεστη τη ζωή για το ίδιο το άτομο και για το περιβάλλον του. Το ίδιο ισχύει και για τις οργανικές διαταραχές του εγκεφάλου (εγκεφαλική αρτηριοσκλήρυνση, γεροντική άνοια, εγκεφαλικά επεισόδια) τα οποία οδηγούν σε ψυχικές αρρώστιες και νοητικές διαταραχές. Τέλος, ο καρκίνος και τα ατυχήματα ανήκουν στις κυρίαρχες ασθένειες της τρίτης ηλικίας οι οποίες, στις περισσότερες περιστάσεις, είναι και θανατηφόρες (Άννα Αβεντίσιον – Παγοροπούλου, 1993).

Οι υπερήλικες αντιμετωπίζουν κατά βάση παθήσεις ανάλογες με αυτές των ατόμων της μέσης ηλικίας. Η διαφορά έγκειται στο γεγονός ότι οι λειτουργικές τους δραστηριότητες παρουσιάζουν μειώσεις και μεταβολές, ότι υποφέρουν ταυτόχρονα από πολλά προβλήματα υγείας και ότι έχουν ανάγκη μακρύτερης διάρκειας χρόνου νοσηλείας (Δαρδαβέσης, 1988).

Τα πλέον χαρακτηριστικά προβλήματα των ατόμων της τρίτης ηλικίας, που εμφανίζονται είτε μεμονωμένα, είτε περισσότερα του ενός σχεδόν σε κάθε οξεία ή χρόνια πάθηση των υπερηλίκων, θα μπορούσαν να ενταχθούν στις πέντε βασικές κατηγορίες (Cape, Coe & Rossman, 1983):

1. Διαταραχές των ομοιοστατικών ρυθμιστικών μηχανισμών.
2. Κακώσεις λόγω πτώσεων. Απώλεια κινητικότητας.

3. ψυχολογικά και ψυχιατρικά προβλήματα. Αγγειακά και εγκεφαλικά επεισόδια.
4. Ακράτεια ούρων και κοπράνων.
5. Ιατρογενή προβλήματα.

Οι συχνότερα εμφανιζόμενες παθήσεις, που παρουσιάζουν και τη μεγαλύτερη θνησιμότητα στην τρίτη ηλικία είναι τα καρδιαγγειακά εκφυλιστικά νοσήματα. Τη δεύτερη θέση σε σειρά συχνότητας κατέχει ο καρκίνος και ακολουθούν οι διάφορες εκφυλιστικές αρθροπάθειες, οι νόσοι του αίματος, οι παθήσεις των πνευμόνων, οι νόσοι των οφθαλμών, οι νεφρίτιδες, ο σακχαρώδης διαβήτης, οι παθήσεις του προστάτη, η λιθίαση, οι παθήσεις των ώτων και άλλες (Cape & Henschke, 1980 – Cefalu & Wagner, 1997 – Kohrt & Holloszy, 1995).

Η συντριπτική πλειοψηφία των υπερηλίκων αντιμετωπίζει μια τουλάχιστον χρόνια παθολογική κατάσταση, η οποία μπορεί να επιδεινωθεί από την συνύπαρξη ψυχιατρικών διαταραχών (Rowe & Kahn, 1987). Επιπλέον, η χορήγηση διάφορων φαρμάκων για την αντιμετώπιση μιας παθολογικής κατάστασης μπορεί να οδηγήσει στην έκλυση ψυχιατρικών συνδρόμων, αλλά και η χρήση ψυχοφαρμάκων μπορεί να προκαλέσει ή να επιτείνει κάποιο παθολογικό πρόβλημα. Παρατηρείται επίσης το φαινόμενο, να εκλαμβάνονται πολλές περιπτώσεις ψυχιατρικών εκδηλώσεων υπερηλίκων ως ενοχλήματα που συνδέονται με την προχωρημένη ηλικία, ενώ η διάγνωση της γεροντικής άνοιας τύπου Alzheimer τίθεται συχνά λανθασμένα (Champlin, 1987).

Τα ψυχιατρικά σύνδρομα που παρατηρούνται σε άτομα της τρίτης ηλικίας είναι τα εξής:

1. Παραλήρημα

2. Γεροντική άνοια τύπου Alzheimer
3. Σχιζοφρένεια
4. Συναισθηματικές ψυχώσεις
5. Άγχος

Ορισμένες από τις καταστάσεις αυτές αντιμετωπίζονται με τη χρήση ψυχοφαρμάκων και άλλες μόνο με ψυχοθεραπεία, η οποία πρέπει να εφαρμόζεται με συστηματικό τρόπο και συχνότερα σε σχέση με το παρελθόν (...)

Η έλλειψη κοινωνικών σχέσεων επηρεάζει αρνητικά την υγεία, αλλά και η κακή υγεία επηρεάζει τις κοινωνικές σχέσεις. Το δεύτερο γίνεται διότι η κακή υγεία περιορίζει την ενέργεια του ατόμου και αυξάνει την καταθλιπτική διάθεση. Παράλληλα με την αύξηση της ηλικίας και των προβλημάτων υγείας μειώνονται οι ευκαιρίες για κοινωνική αλληλεπίδραση και δημιουργία νέων φίλων (Αναστ. Κωσταρίδου Ευκλείδη, 1999).

Οι γυναίκες ζουν περισσότερο από τους άνδρες αποδεδειγμένα. Ήδη από την εποχή της εφηβείας, οι στατιστικές αποδεικνύουν ότι οι γυναίκες που επιζούν, είναι περισσότερες από τους άνδρες.

Από βιολογική άποψη οι γυναίκες είναι ανθεκτικότερες, έστω και αν τα βαριά επαγγέλματα αποτελούν αποκλειστική σχεδόν ειδικότητα των ανδρών.

Η αντοχή ενός οργανισμού, δεν εξαρτάται από τη σωματική ρώμη της δεδομένης στιγμής, αλλά από τη μικρότερη φθορά των ιστών στο βάθος του χρόνου.

Οι βιολογικοί παράγοντες, συμβάλλουν σαφώς στην επιμήκυνση της ζωής, περισσότερο στις γυναίκες απ' ότι στους άνδρες.

Υπάρχουν όμως και άλλοι παράγοντες, σωματικοί, που επηρεάζουν τα προσδόκιμα χρονικά όρια επιβιώσεως. Ο σωστός τρόπος ζωής, η υγιεινή διατροφή, η ευχάριστη και χωρίς άγχος απασχόληση, η ευδόκιμη προσφορά, είναι δυνατόν να οικοδομήσουν μια ζωή γεμάτη δραστηριότητες και μακροημέρευση. Οι τελευταίοι αυτοί παράγοντες επιδρούν ευεργετικά και στα δύο φύλα.

Από την άλλη μεριά, ορισμένοι κληρονομικοί παράγοντες, επιδρούν ευνοϊκά στον καθορισμό του μήκους της ζωής και των ανδρών και των γυναικών. Ανάμεσα σ' αυτούς, σημαντική θέση κατέχουν μερικές ορμόνες. Οι ορμόνες είναι οργανικές χημικές ουσίες, που παράγονται από τους αδένες του σώματος. Τέτοιοι αδένες είναι το ήπαρ, το πάγκρεας, τα επινεφρίδια. Οι ορμόνες προστατεύουν το όργανο το οποίο τις παράγει, ή διαχέονται στο αίμα, το οποίο με την κυκλοφορία του, τις μεταφέρει σε άλλα όργανα, πάνω στα οποία αυτές επιδρούν ευεργετικά. Ορισμένες ορμόνες χαρακτηρίζουν το φύλο του ανθρώπου ως αρσενικό, θηλυκό. Τα οιστρογόνα (θηλυκές ορμόνες) υποστηρίζεται ότι προστατεύουν τις γυναίκες από τη στεφανιαία αθηροσκλήρωση. Βέβαια και οι γυναίκες απειλούνται από τη νόσο αυτή. Έχουν όμως, όπως χαρακτηριστικά λέγεται από τους ειδικούς, ένα πλεονέκτημα μια δεκαετίας, απέναντι στους άνδρες. Γιατί άραγε; Ίσως γιατί αυτό επιβάλλεται από τη φύση, αφού αυτές τεκνοποιούν, υποβάλλονται δηλαδή σε μια βαρεία δοκιμασία, από την οποία είναι απαλλαγμένοι οι άνδρες. Με την ευεργετική επίδραση των οιστρογόνων, το καρδιαγγειακό σύστημα ενισχύεται,

βοηθείται στην αντιμετώπιση της επίπονης εγκυμοσύνης. Οι άνδρες, δεν υστερούν μόνο βιολογικά στο θέμα της μακροβιότητας. Κινδυνεύουν από πρόωρο θάνατο και λόγω του τρόπου ζωής τον οποίο οι κοινωνικές συνθήκες ζωής τους επιφυλάσσουν (...)

Σοβαρότατο παράγοντα στη μείωση του ορίου της ζωής, αποτελεί το κάπνισμα. Υποστηρίζεται ότι αν οι άνδρες δεν κάπνιζαν και μάλιστα πολύ νωρίτερα από τις γυναίκες, θα μπορούσαν να ζουν, τουλάχιστον πέντε χρόνια περισσότερο.

Και να ένα παράδοξο! Με τον καιρό, ο αριθμός των ανδρών που καπνίζουν μειώνεται, ενώ αντίθετως, ο αριθμός των γυναικών καπνιστριών αυξάνει. Ίσως, εξ αιτίας της μεγαλύτερης δραστηριοποίησής τους, η οποία αυξάνει το άγχος που η αυξημένη προσπάθεια δημιουργεί.

Σήμερα, το ποσοστό των προώρων θανάτων των ανδρών, κατέβηκε, ενώ αντίθετα ανέβηκε το ποσοστό των προώρων θανάτων των γυναικών.

Ο καρκίνος των πνευμόνων των γυναικών, απότοκος του εντατικού καπνίσματος, αντικατέστησε εν μέρει σε συχνότητα τον καρκίνο του μαστού. Από πρόσφατες στατιστικές, συνεπάγεται ότι οι περισσότερες γυναίκες που έχουν περάσει τα εξήντα πέντε είναι χήρες. Η αντιστοιχία προς τους χήρους άνδρες που επιζούν των συζύγων τους, είναι 3 γυναίκες προς 1 άνδρα.

Μόνο κατά τη γέννηση το ανδρικό φύλο υπερτερεί του γυναικείου. Σε 106 αγόρια που γεννιούνται, αντιστοιχούν 100 κορίτσια. Είναι ίσως η άμυνα της φύσης στη μεγαλύτερη φθορά που επιφυλάσσει η ζωή, στο γένος των ανδρών (Ιωάν. Α. Πάτσας, 1992).



Θα μπορούσαμε να πούμε, ότι όταν το άτομο σταματήσει ν' αναπτύσσεται, αρχίζει να γερνάει. Μερικές από τις σωματικές λειτουργίες μας μπορεί να έχουν ήδη περάσει το σημείο της ακμής τους και να μπήκαν στο δρόμο μιας πολύ σταδιακής παρακμής, τη στιγμή που εμείς εξακολουθούμε, με άλλους τρόπους, να πλησιάζουμε τη λειτουργική ακμή (...)

Η γενική διεργασία του βιολογικού «γεράσματος» μπορεί να συγκριθεί με μια αργή παλίρροια, που κινείται προς το μέρος μας τόσο σταδιακά, που συνήθως αργούμε πολύ να συνειδητοποιήσουμε την ύπαρξή της. Είναι μάλλον μια συνεχής ροή παρά ένα τεράστιο κύμα, που κατακλύζει και συντρίβει (...). Θα έρθει ίσως κάποια στιγμή που θα χαρακτηρίσουμε «γέρο» τον εαυτό μας, ή θα το κάνουν άλλοι για μας. Το θέμα, όμως, είναι ότι η διαδικασία αυτή έχει αρχίσει αρκετά νωρίτερα (...).

Υπάρχουν, όμως, κι εξαιρέσεις σ' αυτή την κατάσταση. Η αρρώστια και η υποχρεωτική συνταξιοδότηση αποτελούν συνθήκες, που μπορεί ξαφνικά να μας κάνουν να προσέξουμε σωματικές αλλαγές, ανεξάρτητα με το αν αυτές υπήρχαν από πολύ νωρίτερα. Η ξαφνική συνειδητοποίηση μπορεί να μας αναστατώσει, μπορεί ακόμα να επιταχύνει, σε ορισμένες περιπτώσεις, το ρυθμό του «γεράσματος». Το συναισθηματικό στρες κι ένα αφιλόξενο περιβάλλον μπορεί να δημιουργήσουν αυτά τ' αποτελέσματα (...).

Η εξωτερική επιφάνεια του σώματος μας φανερώνει τη διαδικασία του «γεράσματος». Παρ' όλο που ο εξωτερικός παρατηρητής βλέπει μόνο το αραίωμα και άσπρισμα των μαλλιών, ή τριχοφυΐα του σώματός μας έχει την ίδια τύχη. Οι μεταβολές στο δέρμα είναι ιδιαίτερα ευδιάκριτες. Αν κοιτάξουμε προσεκτικά, θα παρατηρήσουμε ρυτίδες σε υγιείς άντρες και γυναίκες, που δεν

έχουν πατήσει ακόμα τα τριάντα τους. Στα γηρατειά κουβαλάμε το σύνολο των αλλαγών, που είχαν αρχίσει να διαδραματίζονται από πολύ παλιά, αν και με κάποια αυξημένη ταχύτητα τα τελευταία χρόνια. Το ρυτίδιασμα και η πλαδαρότητα οφείλονται στην απώλεια λιπώδους ιστού από τα επιφανειακά στρώματα του δέρματος καθώς και την πολύχρονη έκθεση στον ήλιο. Συνηθισμένη είναι, επίσης, η εμφάνιση κηλίδων. Αν η ομορφιά εξαρτιόταν αποκλειστικά από το δέρμα, τότε θα ήμασταν για κλάματα.

Το δέρμα έχει λειτουργίες, που δεν έχουν καμία σχέση με την ομορφιά, αλλά που κι αυτές επηρεάζονται με τα χρόνια. Γίνεται εύθραυστο, χάνει την ελαστικότητά του και δεν προστατεύει το ίδιο καλά όπως παλαιότερα το άτομο από αρρώστιες και μολύνσεις. Ένα γερασμένο άτομο μπορεί να έχει δυσκολίες προσαρμογής στις αλλαγές της θερμοκρασίας, στο βαθμό που το δέρμα του περιορίζει την ικανότητά του να ιδρώνει και στη συνέχεια να ψύχεται.

Σημαντικές μεταβολές συμβαίνουν στους μύες και στα οστά. Τα οστά έχουν την τάση να χάνουν το ασβέστιό τους, γίνονται λεπτότερα και πιο εύθραυστα. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα τα κατάγματα να είναι περισσότερο επικίνδυνα, καθώς και περιορισμένη ικανότητα για γρήγορη και τέλεια αποκατάσταση. Μια από τις πιο συνηθισμένες κακοτυχίες των γηρατειών είναι η περίπτωση όπου το άτομο πέφτει, σπάει το γοφό του κι από κει και πέρα μένει κατάκοιτο ή ανάπηρο. Αν δεν του προσφερθεί τρυφερή και συστηματική φροντίδα, το πιθανότερο είναι να βυθιστεί στην κατάθλιψη, να γίνει ευάλωτο στις μολύνσεις και να χάσει κάθε ενδιαφέρον για τη ζωή.

Η σωματική μας δομή διατηρείται και λειτουργεί με τη βοήθεια διαφόρων ειδών συνδετικού ιστού, που είναι περισσότερο ευλύγιστος απ' ό, τι τα οστά. Το είδος του συνδετικού ιστού που έχει μελετηθεί διεξοδικότερα σε σχέση με τη διαδικασία των γηρατειών είναι το κολλαγόνο. Βρέθηκε, ότι το κολλαγόνο χάνει με τα χρόνια μεγάλο μέρος της ελαστικότητάς του. Σ' αυτό οφείλεται η δυσκολία των γέρων να κάνουν απαλές και γρήγορες κινήσεις. Σε συνδυασμό με τη φθορά στις αρθρώσεις (ιδιαίτερα στα γόνατα), η εξασθένηση της λειτουργίας του συνδετικού ιστού δημιουργεί μια δυσάρεστη κατάσταση πόνων και ενοχλήσεων, γεγονός που αποθαρρύνει το άτομο στην προσπάθειά του να χρησιμοποιήσει ενεργητικά το σώμα του. Έτσι, όμως, μπαίνει σ' ένα φαύλο κύκλο, γιατί όσο λιγότερο χρησιμοποιεί το σώμα του, τόσο δυσκολότερη και τόσο πιο επίπονη γίνεται η κάθε του κίνηση.

Παρόλο που παρατηρείται μια ελάττωση στον αριθμό και το μέγεθος των μυϊκών ιστών σ' ολόκληρο το σώμα, οι μύες αυτοί καθαυτοί διατηρούνται, συνήθως, σε αρκετά καλή κατάσταση μέχρι τα βαθιά γεράματα. Ο εκφυλισμός είναι σπάνιος, εκτός κι αν υπάρχει κακή διατροφή ή κυκλοφορία, ή σχεδόν τέλεια αχρηστία. Ένα γερασμένο άτομο με αρκετά καλή υγεία θα διατηρήσει, πολύ πιθανά, αρκετή μυϊκή δύναμη για διάφορες λειτουργίες του. Όταν παρατηρείται αδυναμία, αυτό δε σημαίνει απαραίτητα ότι οι μύες δεν λειτουργούν. Το πρόβλημα μπορεί να σχετίζεται περισσότερο με το γενικό συντονισμό της μυϊκής δραστηριότητας και των αισθητηριακών μηνυμάτων κάτω από την καθοδήγηση του κεντρικού νευρικού συστήματος (Ρόμπερτ Καστενμπάουμ).

Με την γήρανση επέρχονται μεταβολές σε επίπεδο λειτουργίας ιστών και οργάνων και σε επίπεδο μηχανισμών ομοιοστατικής ρύθμισης των φυσιολογικών λειτουργιών του

οργανισμού (...). Η γήρανση είναι μία αργή και αναπόφευκτα μη αντιστρεπτή πορεία λειτουργικών αποκλίσεων και εμφανίζεται ή επιταχύνεται μετά από κάποια χρονική στιγμή κατά τη διάρκεια της ζωής του ανθρώπου, οδηγώντας σε συνεχώς αυξανόμενη μείωση του ιδανικού επιπέδου ομοιόστασης σε όλες τις λειτουργικές εκφράσεις του οργανισμού και σε όλα τα επίπεδα (μοριακό, κυτταρικό, επίπεδο ιστών και οργάνων) (...).

Κατά άλλη άποψη η γήρανση είναι αποτέλεσμα προοδευτικής μείωσης της επάρκειας των φυσιολογικών λειτουργιών του οργανισμού με την πάροδο της ηλικίας. Η μείωση αυτή δεν έχει τον ίδιο ρυθμό ή μέγεθος σε όλα τα άτομα ούτε σε όλα τα όργανα του ίδιου ατόμου. Εξάλλου είναι γνωστό ότι για μερικές λειτουργίες η ρύθμιση του οργανισμού είναι αρκετά επαρκής στην προχωρημένη ηλικία. Ενδιαφέρον είναι ότι οι επιπτώσεις των μεταβολών αναγνωρίζονται αρκετά αργά και μόνον αφού οι λειτουργικές αποκλίσεις έχουν προχωρήσει σε μεγάλο βαθμό (...).

Από πλευράς νεφρών η αύξηση της ηλικίας οδηγεί σε μείωση της νεφρικής μάζας (κυρίως φλοιού), μείωση του αριθμού των λειτουργικών νεφρώνων, μείωση της νεφρικής ροής πλάσματος, μείωση του ρυθμού σπειραματικής διήθησης, μείωση της σωληναριακής λειτουργίας και μείωση των λειτουργικών αγγείων του νεφρικού αγγειακού πλέγματος.

Η καρδιά των θηλαστικών υπερτρέφεται με τη γήρανση και συχνότερα στους κόλπους παρατηρείται διήθηση από αμυλοειδές. Οι περιφερικές αγγειακές αντιστάσεις αυξάνονται με την ηλικία, η ταχύτητα διαστολικής πλήρωσης μειώνεται σημαντικά και το ενδοπλασματικό δίκτυο της γηρασμένης καρδιάς προσλαμβάνει το ασβέστιο λιγότερα αποτελεσματικά, συγκρινόμενο με το

ενδοπλασματικό δίκτυο κατά τη νεαρή ηλικία. Παρατηρείται επίσης μείωση του αριθμού των βηματοδοτικών κυττάρων του φλεβοκόμβου και μία απώλεια του 50% στις ίνες που συνδέουν το κυρίως δεμάτιο του His με το αριστερό σκέλος του.

Η καρδιακή παροχή είναι ελαττωμένη, η απάντηση της καρδιάς σε κατάσταση stress είναι μειονεκτική και η αποτελεσματικότητα της ρύθμισης της καρδιακής λειτουργίας από το αυτόνομο νευρικό σύστημα μειώνεται.

Από πλευράς σκελετικού μυϊκού συστήματος, έχει δειχθεί ότι η μυϊκή δύναμη αποκορυφώνεται στην ηλικία 20 – 30 ετών και φθίνει προοδευτικά μετέπειτα. Με την αύξηση της ηλικίας μειώνεται σταδιακά ο μυϊκός τόνος. Παρατηρείται ότι με τη γήρανση υπάρχει γενική απίσχνανση στο μυϊκό σύστημα, μείωση της λειτουργίας των νευρομυϊκών συνάψεων και ενδοκυττάρια μεταβολές στα μυϊκά κύτταρα που ελαττώνουν την απόδοση της μυϊκής συστολής.

Ενδιαφέρον είναι ότι η γήρανση συνοδεύεται από μία προοδευτική μείωση της πρωτοπλασματικής μάζας του σώματος. Δεδομένου ότι το 95% του καλίου του οργανισμού είναι ενδοκυττάρια (60% από αυτό βρίσκεται στους σκελετικούς μυς) με τη μυϊκή απίσχνανση μειώνεται και το κάλιο καθώς αυξάνει η ηλικία.

Το γαστρικό υγρό που εκκρίνεται μετά από τη λήψη καθορισμένου γεύματος παρουσιάζει σταδιακή μείωση με την πάροδο της ηλικίας (μετά τα 30) και η μείωση αφορά επίσης τόσο την ολική οξύτητα όσο και την πεψίνη. Παράλληλα ανάλογη μείωση εμφανίζουν και τα παγκρεατικά υγρά, εκ των οποίων τα πρωτεολυτικά ένζυμα επηρεάζονται νωρίτερα από τα λιπολυτικά και τα αμυλολυτικά. Η συχνότητα κακοήθων νεοπλασιών του γαστρεντερικού σωλήνα αυξάνει διαδοχικά με την ηλικία και κατέχει το 30 – 40% όλων των καρκίνων των υπερηλίκων.

Με τη στοματική κοιλότητα παρατηρείται μείωση της παραγωγής της όσφρησης. Η μειωμένη παραγωγή βλέννας και ορώδους εκκρίματος από τις παρωτίδες προκαλεί ξηροστομία στους ηλικιωμένους.

Κατά τη φυσιολογική γήρανση μειώνεται το βάρος και η απορροφητική επιφάνεια του λεπτού εντέρου και μειώνεται η απορρόφηση ουσιών (D – ξυλόζης, L – λυσίνης, ασβεστίου κ. α ).

Η ηπατική αιματική ροή μειώνεται στους ηλικιωμένους μέχρι και 50% και τα μιτοχόνδρια μειώνονται σε αριθμό με την ηλικία και εμφανίζονται περισσότερα λυσοσώματα, ενώ αυξάνει η δραστηριότητα σε ορισμένα υδρολυτικά ένζυμα.

Από πλευράς εγκεφάλου πρέπει να αναφερθεί ότι το κατ' εξοχήν καύσιμο μόριο του εγκεφάλου για την παραγωγή ATP είναι η γλυκόζη. Επομένως μετρήσεις του ρυθμού μεταβολισμού του εγκεφάλου για τη γλυκόζη δίδουν χρήσιμες πληροφορίες για το ρυθμό μεταβολισμού του ως προς την κατανάλωση οξυγόνου. Τόσο ο οξειδωτικός μεταβολισμός του εγκεφάλου, όσο και η χρησιμοποίηση της γλυκόζης, μειώνονται με την πάροδο της ηλικίας μέσα στα χρονικά πλαίσια του σταδίου της γήρανσης, αλλά ακόμη δεν υπάρχει σαφής αντίληψη του βαθμού επιβάρυνσης της εγκεφαλικής λειτουργίας που επέρχεται με την γήρανση ως αποτέλεσμα των μεταβολών στις πιο πάνω παραμέτρους.

Η σύσταση του κολλαγόνου δεν αυξάνεται με την ηλικία, αλλά οι διασυνδέσεις μεταξύ των ινών του κολλαγόνου αυξάνονται. Με την πάροδο της ηλικίας αυξάνονται τα προϊόντα AGE (Advanced Glycosylation End – products) που προέρχονται από γλυκοζυλίωση λευκωμάτων. Τα AGE εναποτίθενται στους διάφορους ιστούς και προκαλούν αλλοιώσεις σ' αυτούς και τα αγγεία (Φραγκ. Ιωάν. Χανιώτης, 1992).

**ΑΔΡΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΩΝ ΣΥΝΗΘΕΣΤΕΡΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΠΟΥ ΕΜΦΑΝΙΖΟΝΤΑΙ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ, ΚΑΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑ**

<b>ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ</b>	<b>ΠΕΠΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ</b>	<b>ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ</b>
<p>-Καρδιακή ανεπάρκεια</p> <p>-Σκληρυντική μυοκαρδίτις</p> <p>-Αρτηριοσκλήρυνση</p> <p>-Υπέρταση &amp; υπόταση</p> <p>-Αορτίτις</p> <p>-Παθήσεις των στεφανιαίων αγγείων</p> <p>-Ανευρύσματα της αορτής και των στεφανιαίων αγγείων</p> <p>-Εμβολές κλπ</p>	<p>-Νόσοι του οισοφάγου (καρκίνος, ανεύρυσμα)</p> <p>-Νόσοι του στομάχου (γαστρίτις, έλκος, διαφραγματοκήλη)</p> <p>-Νόσοι του εντέρου (κολπίτις, εκκόλπωμα του εντέρου, καρκίνος, αιμορροΐδες, πρόπτωση του ορθού, κλπ.)</p> <p>-Νόσοι του ήπατος και των χοληφόρων οδών (ηπατίτις, κίρρωσεις, χολοκυστοπάθεια, ίκτερος, χολολιθίαση, καρκίνος του ήπατος και χοληφόρων οδών, κλπ.).</p>	<p>-Εγκεφαλοπάθειες (θρόμβωση, μαλάκυνση, εμβολή, αγγειοσπασμός, αιμορραγίες, κλπ.)</p> <p>-Νόσος του Alzheimer</p> <p>-Νόσος του Parkinson</p> <p>-Ψυχονευρωτικές διαταραχές κλπ)</p>
<b>ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ</b>	<b>ΕΝΔΟΚΡΙΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ</b>	<b>ΣΥΣΤΗΜΑ ΑΙΣΘΗΤΗΡΙΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ</b>
<p>-Νεφρίτις</p> <p>-Πυελίτις, πυελονεφρίτις, κυστίτις</p> <p>-Λιθιάσεις (νεφρών, ουρητήρων, κύστεως)</p> <p>-Νόσοι του προστάτη (υπερτροφία, αδένωμα, καρκίνος)</p> <p>-Νόσοι της ουρήθρας</p>	<p>-Σακχαρώδης διαβήτης</p> <p>-Νόσοι θυρεοειδούς (υποθυρεοειδισμός, υπερθυρεοειδισμός, αδένωμα, κύστες, καρκίνος)</p> <p>-Νόσοι γεννητικών αδένων (ατροφία, ενδοκρινική ανεπάρκεια,</p>	<p>-Νόσοι των οφθαλμών (γλαύκωμα, καταρράκτης, γεροντότοξο, σκληρυντικές αλλοιώσεις των αγγείων του βυθού, κλπ.)</p> <p>-Νόσοι των ώτων (εκφυλιστικές</p>

(εκφυλιστική ουρηθρίτις, σκλήρυνση του πέους, λευκοπλασία του αιδοίου, κλπ.)	κλπ.) -Νόσοι επινεφριδίων	αλλοιώσεις αγγείων, αγκύλωση των οσταρίων, σκληρωτικές εξεργασίες του τυμπάνου, κλπ.) -Νόσοι της ρινός (ατροφική ρινίτις) -Έκπτωση της γευστικής ικανότητας
--	------------------------------	---

ΑΙΜΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ	ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ	ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ
-Σιδηροπενική αναιμία -Μεγαλοβλαστική αναιμία -Χρόνια λεμφοκυτταρική λευχαιμία -Μυελοσκλήρυνση -Γεροντική πορφύρα	-Εμφύσημα - Βρογχοπνευμονοπάθειες -Άσθμα -Πνευμονικό οίδημα -Καρκίνος πνεύμονος, βρόγχων και λάρυγγος -Φυματίωση	-Ρευματοπάθειες -Οστεοπόρωση -Κακώσεις λόγω πτώσεων και άλλων ατυχημάτων

(Φραγκ. Ιωάν. Χανιώτης, 1992).

Ως προς τη γνωστική λειτουργία, εδώ περιλαμβάνεται η μνήμη, η ικανότητα προσανατολισμού, η ικανότητα αντιλήψεως – κατανοήσεως, η ικανότητα εκμαθήσεως κα.



Η μέχρι τώρα έρευνα έχει δείξει ότι η μνήμη χειροτερεύει στους γέροντες. Ιδιαίτερα αυτό που χειροτερεύει είναι η ικανότητα να θυμάται κανείς πράγματα που ακούει ή διαβάζει στο παρόν. Η λεγόμενη βραχεία μνήμη χειροτερεύει και η μάθηση δυσκολεύεται. Αλλά, όταν έχει μάθει κανείς κάτι, το θυμάται (έστω και αν είναι γέρος). Η ικανότητα κατανόησης και μάθησης υπάρχει στον γέροντα. Η μακρά μνήμη είναι φυσιολογική. Τα ίδια συμβαίνουν και με την ικανότητα προσανατολισμού. Οι υγιείς γέροντες δεν εμφανίζουν δυσκολίες. Φαίνεται, λοιπόν, ότι στους υγιείς γέροντες δεν χειροτερεύει σημαντικά η γνωστική λειτουργία. Πρέπει επίσης να τονιστεί ότι η γνωστική λειτουργία βρίσκεται σε κατευθείαν εξάρτηση από τη λειτουργία των αισθητηρίων και επηρεάζεται σαφώς από αναπηρίες που εμφανίζονται κατά το γήρας (...). Η καθημερινή ζωή όμως δίνει στους γέροντες μικρότερο αριθμό ευκαιριών για άσκηση των γνωστικών λειτουργιών. Έτσι, με την έλλειψη ασκήσεως επέρχεται μια βαθμιαία άμβλυνση της γνωστικής λειτουργίας και ικανότητας. Είναι αυτό που παρατηρείται συχνά στους γέροντες, μια ελαφρά, δηλαδή, περαστική θόλωση της διανοίας. Θεωρείται ότι αυτή η κατάσταση είναι φυσιολογική, γιατί έτσι νομίζεται ότι πρέπει να είναι οι γέροντες. Αλλά κατά το πλείστον δεν είναι έτσι. Αυτές οι καταστάσεις είναι παθολογικές και μπορούν να θεραπευθούν.

Οι γέροντες που έχουν ενδιαφέροντα, που απασχολούνται, που ανακατεύονται με συλλόγους, που ταξιδεύουν, που γυμνάζονται, εμφανίζουν πολύ σπάνια μείωση της γνωστικής λειτουργίας. Γενικά οι γέροντες που έχουν ικανοποιητική ομαδική ζωή, έχουν αρκετές ευκαιρίες για άσκηση όλων των λειτουργιών τους, οι οποίες έτσι διατηρούνται καλύτερα (...).

Όλες αυτές οι συνθήκες μαζί με την ιδεολογία της ανεξαρτησίας οδηγούν στην ελάττωση της ομαδικής ζωής και την έλλειψη νοητικών ερεθισμάτων και τελικά, στη χειροτέρευση της γνωστικής λειτουργίας. Έστω και αν η γνωστική λειτουργία είναι καλή, κινδυνεύουν οι γέροντες να τη χειροτερεύσουν εφόσον ζούνε σύμφωνα με τον τρόπο που ισχύει γι' αυτούς μέσα στην κοινωνία μας (Σπ. Παπασπυρόπουλος, 1991).

## **2. 4.β. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ**

Η τρίτη ηλικία συνοδεύεται από πολλές βιολογικές, ψυχολογικές και κοινωνικές αλλαγές που επηρεάζουν την όλη συμπεριφορά και την ικανότητα προσαρμογής του ηλικιωμένου ανθρώπου. Οι αλλαγές αυτές έχουν αναπόφευκτα και συναισθηματικές επιπτώσεις. Από τα κυριότερα ψυχολογικά προβλήματα των ηλικιωμένων είναι: η απομόνωση, που προέρχεται κυρίως από τη μεγάλη λύπη που αισθάνεται το άτομο από διάφορα πλήγματα που έχει υποστεί στη ζωή του όπως θάνατοι αγαπητών προσώπων και χαλάρωση των οικογενειακών δεσμών, ο μαρασμός, που είναι συνέπεια της απομάκρυνσης του ανθρώπου από τον εργασιακό χώρο λόγω της συνταξιοδότησής του, χρόνιων ασθενειών που υποβάλλουν το άτομο σε αναγκαστική αδράνεια, εγκατάλειψης από συγγενικά πρόσωπα, σεξουαλικής ανικανότητας και άλλων, η πλήρης κατάπτωση, που προέρχεται από τη σημαντική μείωση της όρασης και της ακοής και της γενικής αδιαφορίας του περιβάλλοντος για τον ηλικιωμένο.

Οι διεκδικητικές τάσεις προς την οικογένεια και προς την κοινωνία, που συνοδεύονται από έντονες συγκινησιακές μεταβολές και ενστικτώδεις διαστροφές. Αυτές οι τάσεις οφείλονται κυρίως στην αγανάκτηση των ηλικιωμένων απέναντι στο περιβάλλον τους που τους αναγκάζει να ζουν σε απομόνωση και σε αδράνεια και που τους αρνείται, γενικά, να κάνουν χρήση των ικανοτήτων τους όσο μπορούν. Σ' αυτά μπορούν να προστεθούν και τα ψυχολογικά προβλήματα που απορρέουν από τη νομική, οικονομική, ψυχολογική, ιατρική και ηθική κακομεταχείριση που υφίστανται πολλοί ηλικιωμένοι, ιδιαίτερα στην εποχή μας, για να τονιστεί έτσι ακόμη περισσότερο η ανάγκη κάποιας συμβουλευτικής βοήθειας που έχουν πολλοί από αυτούς (Μαλικιώση – Λοΐζου, 1980).

Η ανάγκη για συναισθηματικές εμπειρίες (ιδιαίτερα ευχάριστες) είναι τόσο πολύ μεγάλη, που δεν θα ήταν υπερβολή να λέγαμε ότι αυτή η ανάγκη είναι η μεγαλύτερη, αν όχι η μόνη, που έχει ο άνθρωπος (...).

Αυτό που ξέρουμε στη γηροψυχιατρική είναι ότι η συναισθηματική λειτουργία διατηρείται επί μακρότερον από τη γνωστική κι αυτό μπορεί να διαπιστωθεί σε όλους ανοϊκούς αρρώστους οι οποίοι, παρόλο που πολλές φορές έχουν μια μειωμένη γνωστική λειτουργία, μπορούν να εκφράσουν θετικά ή αρνητικά συναισθήματα όπως: αγριότητα, επιθετικότητα ή διάθεση για συνεργασία. Οι αντιδράσεις αυτές είναι αποτέλεσμα του τρόπου συμπεριφοράς του περιβάλλοντος προς τους αρρώστους αυτούς. Στους γέροντες απαντώνται επίσης πολλές μελαγχολίες και νευρώσεις, πράγμα που προϋποθέτει σημαντική συμμετοχή της συναισθηματικής λειτουργίας.

Οι υγιείς γέροντες στην κοινωνία είναι πολλές φορές απασχολημένοι εντατικά με συλλόγους, ταξίδια και άλλες

απασχολήσεις, πράγμα που υπογραμμίζει ότι μπορούν να δεχτούν καινούριες συναισθηματικές εμπειρίες.

Όλα αυτά δείχνουν ότι οι γέροντες έχουν μια ζωντανή συναισθηματική λειτουργία και δεν είναι υπερβολή να υποστηρίξουμε ότι αυτή η λειτουργία τους βρίσκεται σε φυσιολογικά επίπεδα.

Βέβαια η ανάγκη για συναισθηματικές εμπειρίες είναι μικρότερη στους γέροντες. Αλλά και η ανάγκη για συναισθήματα δεν είναι μικρότερη. Ακόμη και οι γέροντες αγωνίζονται για να κερδίσουν ευχαρίστηση και να αποφύγουν δυσαρέσκειες.

Το γεγονός ότι υγιείς γέροντες αρρωσταίνουν με μελαγχολίες δείχνει, μεταξύ άλλων, ότι τους λείπουν ποιοτικά και ποσοτικά οι συναισθηματικές εμπειρίες, οι οποίες τους χρειάζονται για τη διατήρηση της ψυχικής ισορροπίας. Η συνταξιοδότηση γίνεται πολλές φορές αιτία ελάττωσης συναισθηματικών εμπειριών. Επίσης απώλειες άλλου είδους όπως η αναχώρηση των παιδιών από το σπίτι, φίλοι και συγγενείς που χάνονται προσφέρουν στο γέροντα αναπόφευκτες δυσαρέσκειες, που με την ήδη περιορισμένη ομαδική του ζωή, δεν μπορεί σχεδόν ποτέ να αντικαταστήσει τις απώλειες αυτές.

Όλα αυτά μπορεί να οδηγήσουν σιγά – σιγά στη μελαγχολία και ίσως και στην αυτοκτονία. Οι γέροντες λαμβάνουν επίσης υπόψη τους, τους κοινωνικούς κανόνες για το πώς πρέπει να είναι και να συμπεριφέρονται. Κανόνες που αυτοί οι ίδιοι μαζί με όλους τους άλλους έφτιαξαν.

Ο γέροντας είναι, σχεδόν πάντα, πεπεισμένος ότι ένας άνθρωπος που για να βρίσκεται μέσα στο μέτρο πρέπει να ντύνεται και να πράττει ανάλογα (με την ηλικία του) και να φέρεται σύμφωνα με το κοινωνικό συγκριτικό πλαίσιο (...).

Κι όλη αυτή η συμπεριφορά υπάρχει, επειδή ο γέροντας θέλει να γίνει παραδεκτός και να δημιουργεί θετικά αισθήματα στο περιβάλλον του. Έτσι, φέρεται «όπως πρέπει» δηλαδή όπως οι άλλοι θέλουν ή νομίζουν πως πρέπει να φέρεται. Αλλά με αυτόν τον τρόπο και μ' αυτή τη συμπεριφορά οδηγείται μόνος του σε μια κατάσταση που από συναισθηματική άποψη είναι πολύ επισφαλής και που μπορεί εύκολα να γίνει η βάση για μια αρνητική ψυχική αντίδραση και μια ψυχική ασθένεια (Σπ. Παπασπυρόπουλος, 1991).

## **2. 4. γ. ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ**

(...) Είναι γνωστό ότι ο άνθρωπος μέσω των αισθητηρίων οργάνων του, αντιλαμβάνεται τα διάφορα ερεθίσματα που δέχεται από το περιβάλλον. Τα ερεθίσματα αυτά είναι άλλοτε θετικά και άλλοτε αρνητικά και διαφέρουν όσον αφορά στο μέγεθος, την ποιότητα και την ποσότητα. Για τη διατήρηση της ψυχικής ισορροπίας ο άνθρωπος έχει ανάγκη από μια ελάχιστη ποσότητα ερεθισμάτων αυτού του είδους. Η ποιότητα έχει επίσης μεγάλη σημασία. Μπορούμε ακόμη να προσθέσουμε ότι ο άνθρωπος προσαρμόζεται προς τα ερεθίσματα που δέχεται και προσπαθεί να αυξήσει τα θετικά (ευχάριστα) ερεθίσματα, ενώ προσπαθεί να αποφύγει τα αρνητικά (δυσάρεστα).

(...) Γύρω στην ηλικία των εξήντα ετών επέρχεται μία σημαντική κοινωνική αλλαγή στη ζωή του ανθρώπου. Τα παιδιά φεύγουν και κάνουν δική τους οικογένεια. Αυτό οδηγεί σε μεγάλη απώλεια ερεθισμών, που λιγοστεύουν ακόμα περισσότερο, επειδή φίλοι και γνωστοί χάνονται.

Η σωματική πλευρά αδυνατίζει κι έτσι περιορίζονται οι κοινωνικές δραστηριότητες, γεγονός που χειροτερεύει την κατάσταση όσον αφορά στα ερεθίσματα. Ο άνθρωπος σ' όλη του τη ζωή ζει μια εντατική ομαδική ζωή και μαθαίνει να δέχεται ένα μεγάλο αριθμό ερεθισμάτων και να προσαρμόζεται προς αυτά. Ενώ κατά το γήρας βρίσκεται σε μια κοινωνική κατάσταση που χαρακτηρίζεται από «πτωχεία» ερεθισμάτων.

Αξίζει να σημειωθεί ότι σε ορισμένες επιστημονικές εργασίες συμπεραίνεται πως οι γέροντες έχουν περισσότερες επαφές με άλλους μετά τη σύνταξη. Δεν πρέπει, δηλαδή, να βγει το συμπέρασμα ότι οι γέροντες δέχονται περισσότερα ερεθίσματα από πριν. Είναι λογικό ότι ορισμένοι έχουν περισσότερες επαφές μετά τη σύνταξη, διότι διαθέτουν πιο πολύ χρόνο. Αυτό όμως δεν σημαίνει ότι αντικαθίστανται ποιοτικά τα ερεθίσματα τα οποία χάθηκαν μαζί με την παύση της εργασίας και τη σύνταξη ή με τα παιδιά που έφυγαν από το σπίτι (...).

Το γεγονός όμως, ότι ένας μεγάλος αριθμός γερόντων πάσχει από ψυχικά προβλήματα – ιδιαίτερα μελαγχολία – ενώ πριν ήσαν ψυχικά υγιείς, οδηγεί στην ανάγκη παραδοχής ότι κάτι περισσότερο από την προδιαθεσική προσωπικότητα επιβαρύνει το γήρας. Και η επιβάρυνση αυτή δεν είναι η απόλυτη μοναξιά, που παρατηρείται σε ελάχιστους, αλλά η μερική μοναξιά, μια κατάσταση στην οποία όλοι σχεδόν οι γέροντες καταλήγουν μαζί με την ποιοτική και ποσοτική απώλεια ερεθισμάτων, επειδή φεύγουν τα παιδιά, χάνεται η δουλειά, καθώς και οι παλιοί φίλοι και συγγενείς (Σπ. Παπασπυρόπουλος, 1991).

Τα σημαντικότερα από τα κοινωνικά προβλήματα, που αντιμετωπίζουν οι υπερήλικες, είναι τα εξής:

- 1. Οικονομικά προβλήματα:** Οι αυξημένες ανάγκες της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης και ο παρατεταμένος χρόνος νοσηλείας των υπερηλίκων, σε συνδυασμό με το χαμηλό ύψος των συντάξεων και τη μη επαρκή κάλυψη των συγκεκριμένων αναγκών τους από τα Ασφαλιστικά Ταμεία, επιβαρύνουν τόσο τους ίδιους, όσο και το στενό συγγενικό και φιλικό τους περιβάλλον (Μοσιάλος, Δαρδαβέσης, Γρηγοριάδου&Κατσουγιαννόπουλος, 1992). Επιπλέον, η συνεχής αύξηση του αριθμού των υπερηλίκων και η μεγάλη υπογεννητικότητα, που χαρακτηρίζουν ιδιαίτερα τις αναπτυσσόμενες χώρες, δημιουργούν ευρύτερες κοινωνικές και οικονομικές επιβαρύνσεις, που τις επωμίζεται ο ενεργός πληθυσμός των νεαρότερων ηλικιών (Δαρδαβέσης, Δελίδου, Ευσταθίου&Κατσουγιαννόπουλος, 1995).
- 2. Προβλήματα κατοικίας και περιβάλλοντος:** Η διαβίωση των υπερηλίκων σε κατοικίες που είναι προσαρμοσμένες στις ανάγκες τους, συμβάλλει καθοριστικά στη διατήρηση της ανεξαρτησίας τους και διευκολύνει σε σημαντικό βαθμό την ενεργό συμμετοχή τους στα κοινωνικά δρώμενα. Η διαμόρφωση όμως των κατοικιών και η γενικότερη πολεοδομική οργάνωση στις περισσότερες χώρες του κόσμου αναγκάζει τους υπερηλικές να διαβιούν σε χώρους που εμποδίζουν την άνετη διαμονή τους και λειτουργούν ανασταλτικά στον ψυχισμό τους (Arling, 1987).
- 3. Προβλήματα αυτοεξυπηρέτησης:** Οι υπερηλικές και ιδιαίτερα όσοι έχουν υπερβεί την ηλικία των εβδομήντα ετών δυσκολεύονται να ανταποκριθούν σε καθημερινές

ασχολίες, που έχουν σχέση με την ατομική υγιεινή, τη φροντίδα του σπιτιού, το μαγείρεμα και την ένδυση (National Safety Council, 1978). Εάν ο υπερήλικας βρίσκεται κάτω από την προστασία στενών συγγενών του, οι συγκεκριμένες ανάγκες καλύπτονται επαρκώς. Στην αντίθετη περίπτωση δημιουργούνται προβλήματα υποσιτισμού, υγιεινής και άλλα, που επιτείνουν τα ψυχοσωματικά προβλήματα που χαρακτηρίζουν την ηλικία. Στις περιπτώσεις αυτές η λύση είναι η παροχή κάποιας φροντίδας από τρίτα πρόσωπα, έναντι κάποιου οικονομικού ανταλλάγματος ή η εισαγωγή σε κάποιο ίδρυμα, η οποία επιλύει τις βασικές ανάγκες αυτοεξυπηρέτησης, δημιουργεί όμως άλλα ιατροκοινωνικά προβλήματα (Δαρδαβέσης, 1988).

- 4. Προβλήματα επικοινωνίας και ψυχαγωγίας:** Τα αποτελέσματα σειράς ερευνών, που διεξήχθησαν σε διάφορες χώρες του κόσμου, έχουν οδηγήσει στη διαπίστωση ότι τα ποσοστά των υπερηλικών και των μεσηλικών που είναι αναλφάβητοι ή έχουν χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης είναι ιδιαίτερα υψηλά (Δαρδαβέσης, 1988).

Μία από τις κύριες συνεισφορές των κοινωνικών και διαπροσωπικών σχέσεων, είναι η υποστήριξη του άλλου. Η κοινωνική υποστήριξη συνίσταται σε διαπροσωπικές συναλλαγές που προσφέρουν θετικό συναίσθημα (θαυμασμό, σεβασμό, αρέσκεια, αγάπη), κατάφαση (συμφωνία με τις απόψεις του άλλου και παραδοχή της καταλληλότητας των ενεργειών μας) και τέλος, βοήθεια. Το άλλο άτομο δηλαδή ενδιαφέρεται για μας, μας



αποδέχεται, μας υποστηρίζει και μας προσφέρει βοήθεια. Έτσι μειώνεται η αβεβαιότητα και αυξάνεται η αίσθηση αυτοελέγχου, κοινωνικής ικανότητας, καθώς και η αυτοεκτίμησή μας. Η θετική συνεισφορά των κοινωνικών σχέσεων, ωστόσο, δεν εξαντλείται στο τι παίρνουμε από μια σχέση, προϋποθέτει ότι και εμείς δίνουμε και εμείς προσφέρουμε. Οι άνθρωποι διαφέρουν μεταξύ τους στο βαθμό που επιδιώκουν κοινωνικές σχέσεις (ανάγκη για φιλικές σχέσεις) αλλά και στο πόσο μπορούν να προσφέρουν σε μια σχέση. Κάποιοι μπορούν να προσφέρουν βοήθεια στους άλλους καλύτερα από ό, τι άλλοι. Επίσης, ορισμένες καταστάσεις, όπως τα χαρούμενα συμβάντα αλλά και τα αντίθετά τους, η αρρώστια και το πένθος, απαιτούν μεγαλύτερη κοινωνική υποστήριξη από ό, τι οι συνθήκες της καθημερινής ζωής (Αναστ. Κωσταρίδου Ευκλείδη).

Οι Kahn και Antonucci (1980) υποστηρίζουν ότι κάθε άτομο εντάσσεται σε ένα κοινωνικό δίκτυο. Κοινωνικό δίκτυο είναι ένα σύνολο ατόμων που διαθέτουν μια χαλαρή σχέση δεσμού με ένα κεντρικό άτομο. Το κοινωνικό δίκτυο περιλαμβάνει τόσο τους συγγενείς όσο και τους φίλους και γείτονες (Troll, 1986). Στη νεότερη ηλικία υπάρχουν στο κοινωνικό δίκτυο του ατόμου περισσότεροι φίλοι και λιγότερα μέλη της οικογένειας ενώ αργότερα υπάρχουν πιο πολλά μέλη της οικογένειας (Levitt, Weber & Guacci, 1993). Το κοινωνικό δίκτυο, λοιπόν, παρακολουθεί το άτομο στην πορεία της ζωής του και υφίσταται διάφορες μεταβολές ανάλογα με την αναπτυξιακή φάση του ατόμου.

Η κοινωνική αλληλεπίδραση μειώνεται στην προχωρημένη ηλικία (Carstensen, 1991), είτε γιατί οι ηλικιωμένοι αποσύρονται προοδευτικά από την κοινωνία είτε γιατί μειώνονται οι ευκαιρίες για κοινωνικές σχέσεις είτε γιατί οι άνθρωποι γίνονται πιο επιλεκτικοί

στις σχέσεις τους (επιλεκτικότητα και αντιστάθμιση κατά τους Baltes) (...) Γενικά, φαίνεται ότι με την αύξηση της ηλικίας οι άνθρωποι γίνονται πιο επιλεκτικοί και περιορίζουν τον κύκλο του κοινωνικού δικτύου, αυξάνοντας τη σύνδεση με την οικογένεια και κρατώντας μόνο τους στενούς φίλους. Έτσι, παρά την ποσοτική μείωση του κοινωνικού δικτύου αυξάνει η ποιότητα (...) (Αναστ. Κωσταρίδου Ευκλείδη, 1999).

Οι κοινωνικοί παράγοντες επηρεάζουν σημαντικά τα προβλήματα που εμφανίζονται στους ηλικιωμένους στις σύγχρονες κοινωνίες, αλλά και προσδιορίζουν σε μεγάλο βαθμό την αντιμετώπιση τους.

Στη χώρα μας αναπτύχθηκαν φαινόμενα, που προκάλεσαν έντονες κοινωνικές αλλαγές αλλά και συγκρούσεις ανάμεσα στο πριν και στο τώρα, ως αποτέλεσμα της αστικοποίησης, της βιομηχανοποίησης και της μετανάστευσης, που εξελίχθηκαν με γρήγορους και συχνά μη ελεγχόμενους ρυθμούς. Η δομή της οικογένειας άλλαξε, αξίες ανατράπηκαν, ρόλοι μεταβλήθηκαν, νέοι τρόποι συμπεριφοράς καθιερώθηκαν και οι ηλικιωμένοι, ως μία ειδικά ευάλωτη ομάδα πληθυσμού, βρέθηκαν αντιμέτωποι με καταστάσεις για τις οποίες δεν ήταν προετοιμασμένοι και αισθάνθηκαν μετέωροι και ανασφαλείς.

Η κατάσταση των ηλικιωμένων προσδιορίζεται, σε μεγάλο βαθμό, από δύο στοιχεία, την κοινωνική τάξη και το φύλο. Οι ηλικιωμένοι που ανήκουν στη μεσαία και στην ανώτερη τάξη έχουν περισσότερες δυνατότητες να αποσυρθούν από την εργασία τους σιγά σιγά και ζήσουν καλύτερα, ενώ έχουν και περισσότερες δυνατότητες να εξασφαλίσουν καλύτερο εισόδημα και επομένως και καλύτερες συνθήκες διαβίωσης. Ακόμη, έχουν περισσότερες

ευκαιρίες, μετά τη συνταξιοδότησή τους, να έχουν κάποια, μερικής ή και πλήρους απασχόλησης, εργασία (...).

Στην παραδοσιακή κοινότητα, οι ηλικιωμένοι είχαν σημαντικούς ρόλους, μέχρι τα βαθιά γηρατειά τους. Ήταν πηγή γνώσης, εμπειρίας και βοήθειας προς τους νεότερους. Παρέμεναν σε ενεργό δράση και συμμετείχαν στα κοινά, όσο τους το επέτρεπαν οι φυσικές τους δυνάμεις και απολάμβαναν το σεβασμό των γύρω.

Ο ρόλος των ηλικιωμένων, εξελικτικά, άρχισε να υποβαθμίζεται και να υποτιμάται. Συγκρούσεις έντονες ανάμεσα στις γενιές άρχισαν να εμφανίζονται, οι σχέσεις να χαλαρώνουν και οι ηλικιωμένοι να περιθωριοποιούνται, απογυμνωμένοι από τους ρόλους τους, με αίσθημα πικρίας, στέρησης και αποθάρρυνσης. Σήμερα, όσο και αν εξακολουθούν να διατηρούν κάποιους ρόλους (όπως πολίτης, γονιός, γείτονας, συγγενής, φίλος), οι ρόλοι αυτοί ασκούνται υποβαθμισμένα, με αποτέλεσμα να μην τους προσφέρονται ικανοποιήσεις και να έχουν χαμηλή αυτοεκτίμηση, που είναι βασικά στοιχεία ψυχικής υγείας ( Χριστοδούλου Γ. Ν., Β. Π. Κονταξάκης, 2000).

Οι κοινωνικές ανάγκες εμφανίζουν μεγάλες διαφοροποιήσεις, γιατί εξαρτώνται από πολλούς παράγοντες, πως η αγωγή, η πολιτιστική στάθμη, η οικονομική κατάσταση των μεμονωμένων ατόμων, αλλά και γενικά της οικιστικής κοινότητας μέσα στην οποία τα άτομα αυτά ζουν.

Το βασικό θέμα, που επηρεάζει σημαντικά και όλες τις άλλες κοινωνικές παραμέτρους, είναι το θέμα της κατοικίας των ηλικιωμένων ατόμων. Γενικά, έχει γίνει δεκτό ότι το ιδεώδες είναι να μένουν οι ηλικιωμένοι στο οικογενειακό τους περιβάλλον, που έχουν οι ίδιοι δημιουργήσει και μέσα στο οποίο έχουν ζήσει. Με τον

τρόπο αυτό δεν αλλάζουν ουσιαστικά τις συνήθειες τους και μπορούν να προσφέρουν καλύτερες υπηρεσίες στο οικογενειακό σύνολο.

Στις περιπτώσεις όπου αυτό δεν μπορεί να επιτευχθεί, υπάρχει η εναλλακτική λύση των «προστατευμένων διαμερισμάτων». Στα διαμερίσματα αυτά, οι ηλικιωμένοι έχουν την εντύπωση ότι βρίσκονται στο σπίτι τους, ενώ παράλληλα έχουν συστηματική βοήθεια από οργανωμένες κοινωνικές υπηρεσίες. Προσφέρονται διάφορων τύπων υπηρεσίες απαραίτητες για την αντιμετώπιση των καθημερινών αναγκών της (βοήθεια στο σπίτι, μεταφορά γευμάτων, συνοδοί, βοήθεια στην ατομική τους καθαριότητα κ. α.). Απαραίτητη είναι η παράλληλη οργάνωση ψυχαγωγικών δραστηριοτήτων (Χριστοδούλου Γ. Ν., Β. Π. Κονταξάκης, 2000).

Η ιατρική της τρίτης ηλικίας διαφέρει από τους λοιπούς ιατρικούς κλάδους, διότι σε κάθε περίπτωση ασθένειας ηλικιωμένου συνυπάρχει κοινωνικό πρόβλημα πρώτου μεγέθους. Η σημασία του κοινωνικού παράγοντα είναι τόση, ώστε στον προγραμματισμό νοσηλείας ή μακροχρόνιας αγωγής οποιουδήποτε ατόμου μετά τα 65, να είναι απόλυτη η ανάγκη συνεκτιμήσεως των ειδικών συνθηκών ζωής από κοινωνικό λειτουργό. Άλλοτε το σπίτι του αρρώστου δεν είναι κατάλληλο για το γέρο και άλλοτε ο ηλικιωμένος δεν είναι σε θέση να μένει σε σπίτι κατάλληλο για τη λοιπή οικογένεια. Η διάκριση αυτή έχει πρακτική σημασία, διότι είναι ευκολότερο συνήθως να διορθωθούν οι προβληματικές καταστάσεις του ατόμου παρά του περιβάλλοντός του (...).

Πρέπει να τονιστεί ότι σημαντικές προσωπικές απώλειες εμφανίζονται συχνότερα κατά τη διάρκεια της ζωής της γυναίκας.

Οι μεγάλες μεταβολές ζωτικού χώρου στον άνδρα είναι πρώτα η εποχή που αποκτά και τέλος εκείνη που ξαναχάνει την κινητική του ανεξαρτησία. Η γυναίκα αποκτά κινητική ανεξαρτησία, έπειτα παντρεύεται και αντιμετωπίζει αμέσως περιορισμούς τους οποίους ο σύζυγος δεν υφίστανται. Ακολουθεί η μακρά περίοδος της τεκνογονίας και της ανατροφής των παιδιών, όπου η ανεξαρτησία της φθάνει πάλι σ' ένα ναδίρ, περίοδος την οποία διαδέχεται ένα στάδιο σχετικής ανεξαρτησίας όταν τα παιδιά της λείπουν την ημέρα στο σχολείο. Η ανεξαρτησία αυτή γίνεται πληρέστερη μόλις τα παιδιά φύγουν από το σπίτι. Στη συνέχεια ακολουθεί η συνταξιοδότηση του συζύγου ή και δική της, κατά κανόνα δε η χηρεία της, δύο σημαντικά περιοριστικές αλλαγές, από τις οποίες η πρώτη μόνο αντιμετωπίζεται συνήθως από τον άνδρα, τελικά δε και η κινητική καθήλωση. Οι περισσότερες από τις μεταβολές αυτές εμφανίζονται μάλιστα σε περιόδους που η σωματική και πνευματική κατάσταση της γυναίκας διατηρούνται ακέραιες, ώστε οι τελικές τρεις απώλειες να αποτελούν ένα είδος «χαριστικής βολής» στην ψυχική υγεία. Αυτά ερμηνεύουν τη συχνότερη εμφάνιση καταθλίψεως στις γυναίκες.

Πέρα από αυτή τη «φυσιολογική» σειρά διαδοχικών απωλειών του ατόμου με την πάροδο της ηλικίας, οι επιταχυνόμενες κοινωνικοοικονομικές και τεχνολογικές εξελίξεις στη χώρα μας διαμόρφωσαν «παθολογικές» διεργασίες που έσπασαν σε μεγάλο βαθμό τη βασική λειτουργική ομάδα που προστάτευε και εξασφάλιζε το ηλικιωμένο άτομο από πολλές πλευρές. Η ομάδα αυτή, ο κύκλος των οικείων, περιλάμβανε ανθρώπους που «δείχνουν φροντίδα ο ένας για τον άλλο» και στηριζόταν στην αλληλεξάρτηση (Vassiliou, 1970). Μέσα στα πλαίσια της ομάδας αυτής ο ηλικιωμένος είχε ένα κατ' εξοχήν

σημαντικό ρόλο. Ήταν ο πιο πεπειραμένος σύμβουλος σε μια σειρά από θέματα. Οι άλλοι συνήθως γνώριζαν λιγότερα και χρειάζονταν επομένως την πείρα του. Αυτό έκανε τον ηλικιωμένο να είναι χρήσιμος, πολλές φορές απαραίτητος και να αισθάνεται πάντοτε ότι έχει λειτουργικό ρόλο μέσα τον κύκλο των οικείων. Η ομάδα αυτή δεν τον άφηνε να μπει σε περιθωριακές καταστάσεις.

Με τη μορφή όμως που πήρε η αστικοποίηση, την ομάδα των οικείων άρχισε να διαδέχεται η «πυρηνική οικογένεια» (πατέρας, μητέρα, με παιδιά ή και χωρίς παιδιά) ως κοινωνική λειτουργική μονάδα και θεσμός. Τα παιδιά άρχισαν να έχουν πληροφόρηση πιο διαφοροποιημένη και περισσότερο «εις βάθος» από τους γονείς τους και φυσικά ακόμη πιο πολύ από την προηγούμενη γενιά. Μέσα σ' αυτό το πλαίσιο ο ρόλος του «παππού» και της «γιαγιάς» ατόνησε λειτουργικά, σε σημείο που οδηγεί το ηλικιωμένο άτομο να αισθάνεται ότι βρίσκεται στο περιθώριο με συνεχώς ελαττούμενες τις δυνατότητες να είναι χρήσιμο: το γεγονός αυτό συνδυαζόμενο με τις εμφανιζόμενες βιολογικές δυσλειτουργίες δημιουργεί μια σειρά φαύλων κύκλων, που επιδεινώνουν τη θέση του ηλικιωμένου.

Παράλληλα με τη συμπίεση του ρόλου του παππού – γιαγιάς επέρχονται αλλαγές στο περιβάλλον, οι οποίες σε συνδυασμό με τις ατομικές απώλειες περιορίζουν προοδευτικά τον «ατομικό ζωτικό χώρο» του ηλικιωμένου στα όρια που επικρατούν στο μικρό παιδί (Αναστ. Δοντά, 1981).

## **2. 4. δ. ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ**

Στα συναισθηματικά και κοινωνικά προβλήματα των ηλικιωμένων προστίθενται και τα οικονομικά. Τον ελληνικό ηλικιωμένο πληθυσμό χαρακτηρίζει μεγάλη οικονομική ανισότητα. Υπάρχουν άτομα με υψηλά εισοδήματα, μεσαία, αλλά και πολλοί είναι στο επίπεδο της φτώχειας όταν η σύνταξη είναι η μόνη πηγή εισοδήματος. Μελέτες και παρατηρήσεις δείχνουν ότι στα πολύ χαμηλά εισοδήματα, τα μοναχικά άτομα είναι λιγότερο εύπορα από τα αντίστοιχα ζευγάρια. Επίσης, οι γυναίκες είναι φτωχότερες από τους άντρες (εξαιρούνται όσες κληρονομούν πλούσιους άνδρες). Αυτό σημαίνει ότι υπάρχουν ομάδες ηλικιωμένων για τους οποίους υπάρχει α) ανάγκη για εξασφάλιση εισοδήματος που να καλύπτει βασικές βιοτικές ανάγκες, β) ανάγκη για καλές υπηρεσίες παροχών υγείας και γ) ανάγκη για παροχές κοινωνικής πρόνοιας (Αναστ. Κωσταρίδου Ευκλείδη, 1999).

Η οικονομία όλων των σύγχρονων κοινωνιών επιβαρύνεται σε σημαντικό βαθμό από τις ανάγκες της τρίτης ηλικίας με προοδευτικά μεγαλύτερο κόστος, λόγω και της συνεχούς αύξησης των ατόμων της ηλικίας αυτής.

Η οικονομική επιβάρυνση προέρχεται από την αυξημένη ανάγκη για κοινωνική προστασία και προσφορά, από την αυξημένη νοσηρότητα, την πολυφαρμακία, το αυξημένο ποσοστό αναπηριών, την αυξημένη ανάγκη αρκετών κατ' έτος ημερών για νοσηλεία σε νοσοκομεία, τη συχνή ιατρική παρακολούθηση, την απασχόληση εξειδικευμένων στελεχών υγείας για νοσηλεία στο σπίτι κ. α (...).

(...) Τα εγκεφαλικά επεισόδια με τις αναπηρίες που προκαλούν απαιτούν όχι μόνο φυσικοθεραπεία και ειδική νοσηλεία, αλλά και συνεχή παρουσία νοσοκόμου. Οφθαλμολογικές παθήσεις συχνά απαιτούν δαπανηρές εγχειρήσεις αλλά μερικές φορές προκαλούν τύφλωση με συνέπεια αύξηση του κόστους προστασίας και νοσηλείας (...). Εάν συνυπολογιστούν οι σύγχρονες διαγνωστικές εξετάσεις και θεραπείες της οστεοπόρωσης, τότε η οικονομική επιβάρυνση μόνο για την αρρώστια αυτή παίρνει τεράστιες διαστάσεις.

Η πολυφαρμακία κοστίζει όχι μόνο για τα πολλά φάρμακα που καταναλώνει ο ηλικιωμένος, αλλά διότι οδηγεί συχνά σε παρενέργειες και φαρμακευτικές δηλητηριάσεις που απαιτούν και νοσηλεία στο νοσοκομείο (...)

Εκτός των άλλων επιτακτική είναι η ανάγκη για παροχή εξωνοσοκομειακών αναγκών υγείας μέσω κυρίως επισκεπτριών υγείας και κοινωνικών λειτουργών, ώστε να αποφευχθεί η εισαγωγή συχνά των υπερηλίκων σε νοσοκομεία, αλλά να αποκλειστεί και η ιδρυματοποίησή τους.

Η κατάσταση στο μέλλον στις αναπτυσσόμενες κοινωνίες θα είναι προβληματική με το 1/3 του πληθυσμού να βρίσκεται σε συντάξιμη ηλικία. Η απαίτηση δε για ποιοτικά καλύτερες υπηρεσίες στα ηλικιωμένα άτομα του αύριο προκύπτει από το γεγονός ότι οι γέροι του αύριο και του μεθαύριο θα προσέλθουν από τους νέους του σήμερα που έχουν συνηθίσει στην πολυτέλεια και σε καταστάσεις περισσεύματος, άρα θα έχουν μεγάλες απαιτήσεις πράγμα που κοστίζει. Το μέλλον δηλαδή απαιτεί, βάσει της εξελίξεως του πληθυσμού και ποσοτικά περισσότερες και ποιοτικά καλύτερες γηριατρικές υπηρεσίες, αλλά συγχρόνως όμως μπορεί να είναι αδύνατο να διαθέτουν τα ανάλογα χρήματα για αυτές τις



υπηρεσίες. Τονίζεται ότι η ηλικιωμένη γενιά του σήμερα έχει ζήσει στα νιάτα της μια σκληρή ζωή με φτώχεια, πείνα, πολέμους και ανεργία και έτσι είναι σχετικώς ολιγαρκής. Οι σημερινοί γέροι πρέπει να σημειωθεί ότι αρκετές φορές συμβάλλουν σε ελάφρυνση των οικονομικών βαρών των παιδιών τους με το να κρατούν τα παιδιά στο σπίτι, να μαγειρεύουν για τα εργαζόμενα παιδιά τους κλπ. (...).

Η αύξηση του αριθμού των υπερηλίκων στη χώρα μας αντανακλά:

1. Τη σημαντική ελάττωση της θνησιμότητας στην Ελλάδα, λόγω προαγωγής των συνθηκών διαβίωσης και υγιεινής και τις παρεχόμενες ιατρικές υπηρεσίες υψηλής στάθμης σε ολοένα περισσότερα άτομα, ανεξαρτήτως ηλικίας.
2. Την άνοδο του κοινωνικοοικονομικού και γενικότερα πολιτισμικού επιπέδου με τις ανέσεις και βελτιώσεις της ζωής που αυτά συνεπάγονται, αλλά και τη μείωση της αναπαραγωγικότητας.
3. Τη μετανάστευση σε χώρες του εξωτερικού μεγάλου τμήματος της παραγωγικής ελληνικής νεολαίας. Εάν στα παραπάνω προστεθεί και η μεγάλη εσωτερική αστυφιλική μετανάστευση, τότε εύκολα κατανοείται η επιτακτική ανάγκη για την ένταξη των υπερηλίκων σε προγράμματα κοινωνικής πρόνοιας και περίθαλψης σε όλα τα διαμερίσματα της χώρας. (...).

Μακροπρόθεσμα η δημογραφική γήρανση πρόκειται, κατά τα φαινόμενα, να επιβαρύνει το κόστος των υπηρεσιών υγείας κατά 40%. Σημειωτέον ότι έως το 2020 μπορεί να προκληθεί

υπερδιπλασιασμός του κόστους υγείας από το συσχετισμό του ρυθμού αύξησης της απασχόλησης στους υγειονομικούς τομείς

Κάθε άνθρωπος κατά τη διάρκεια της ζωής του, περνάει πολλές κρίσιμες καμπές, μερικές από τις οποίες, επιδρούν καθοριστικά για την παραπέρα πορεία του. Μια από αυτές, ήταν το πέρασμα από την εφηβεία στην ενηλικίωση. Με την αύξηση όμως του προσδόκιμου επιβίωσης και του μέσου όρου ζωής στις μέρες μας το κατώφλι της συνταξιοδότησης απεδείχθη, εξίσου με την εφηβεία, σημαντικό ορόσημο. Πλείστα προβλήματα αναφύονται και μεγάλες εσωτερικές ανακατατάξεις συντελούνται στα αποχωρούντα από την ενεργό υπηρεσία άτομα (Φραγκ. Ιωάν. Χανιώτης, 1992).

Η απομάκρυνση από την εργασία δημιουργεί στον ηλικιωμένο το αίσθημα ότι σταμάτησε να είναι χρήσιμος, ενώ του στερεί και μεγάλο μέρος του εισοδήματός του, εφόσον και τα πιο υγιή ασφαλιστικά ταμεία παρέχουν μειωμένες συντάξεις, σε σχέση με το εισόδημα που είχε το άτομο όταν εργαζόταν. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να περιορίζονται οι δυνατότητες να καλύπτουν οι ηλικιωμένοι ικανοποιητικά τις βασικές βιοτικές τους ανάγκες (...). Συχνά έχουν προβλήματα υγείας, που τους δημιουργούν περισσότερα έξοδα, ακόμη και αν έχουν ασφαλιστική κάλυψη, ενώ οι μετακινήσεις τους απαιτούν πρόσθετες δαπάνες, εφόσον δεν μπορούν να οδηγήσουν ή να χρησιμοποιήσουν τα μέσα μαζικής συγκοινωνίας και απλές εργασίες που έκαναν μόνοι, πρέπει να τις κάνει κάποιος άλλος γι' αυτούς.

Οι ηλικιωμένες γυναίκες, εάν είναι μόνες, αντιμετωπίζουν μεγαλύτερο πρόβλημα εισοδήματος, επειδή έχουν σε μικρότερο ποσοστό από τους άντρες προσωπική σύνταξη, αλλά και γιατί σε

περίπτωση θανάτου του συζύγου παίρνουν ένα ποσοστό 50 – 70 % του ποσού της σύνταξής του.

Είναι χαρακτηριστικό ότι, στις χαμηλές συντάξεις, το ποσοστό των γυναικών είναι 42% έναντι 14% των ανδρών, ενώ για στις υψηλές, το ποσοστό των γυναικών είναι υποτυπώδες.

Σχετικά έρευνα έδειξε ότι η φτώχεια αποτελεί το κύριο χαρακτηριστικό στο 26% των ατόμων στις ηλικίες 65 – 74 ετών και το 42% στις μεγαλύτερες ηλικίες, ίσως και λόγω του ότι ορισμένοι συνταξιούχοι απασχολούνται, μερικώς, αμέσως μετά τη συνταξιοδότηση τους, κάτι που εξελικτικά είναι ανέφικτο.

Στις χώρες της ΕΕ έχουν επαγγελματική δραστηριότητα οι άνδρες των 65 ετών σε ποσοστό 6,6% και οι γυναίκες σε ποσοστό 2,3% κατά μέσο όρο, ενώ στην Ελλάδα τα αντίστοιχα ποσοστά είναι 11,7% και 4,1%. Έρευνα μεταξύ ηλικιωμένων της πρωτεύουσας έδειξε ότι απασχολείται ότι μόνο το 5% των ηλικιωμένων, λόγω έλλειψης εκπαίδευσης και εξειδίκευσης, ενώ στις αγροτικές περιοχές οι ηλικιωμένοι μπορούν να συνεχίζουν απασχολούμενοι, όσο τους το επιτρέπουν οι φυσικές τους δυνάμεις (...).

Το επαρκές εισόδημα δεν αποτελεί, κατ' ανάγκη, εγγύηση ευτυχισμένης και ολοκληρωμένης ζωής για το συνταξιούχο, χωρίς αυτό όμως η οποιαδήποτε προσαρμογή είναι αδύνατη (Χριστοδούλου Γ. Ν., Β. Π. Κονταξάκης, 2000).

## **2.4.ε. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ**

Η τρίτη ηλικία συνεχώς πληθύνεται. Το δημογραφικό πρόβλημα των μεγάλων ηλικιών, μεταφέρεται στους δρόμους, όπου κυκλοφορούν νέοι και γέροι, πεζοί και οδηγοί. Μόνο που από όλους αυτούς τους ανθρώπους οι γέροι είναι περισσότερο εκτεθειμένοι στο κυκλοφοριακό χάος των σύγχρονων μεγαλουπόλεων, περισσότερο ακόμη και από τα παιδιά (Ιωαν. Α. Πάτσας, 1992).

Σύμφωνα με τις προβλέψεις των στατιστικολόγων για την εξέλιξη της σύνθεσης του πληθυσμού της γης, το 2000 θα υπάρχουν στη γη 396 εκατομμύρια άτομα τρίτης ηλικίας, από τα οποία στη χώρα μας, με πρόβλεψη πληθυσμού περί τα 11.000.000, θα αναλογούν περίπου 1.500.000 άτομα της τρίτης ηλικίας. Στην Ευρωπαϊκή Ένωση, στο μέλλον, όπως αναφέρεται στο σχετικό έντυπό της, θα υπάρχει ένας αυξανόμενος αριθμός ατόμων τρίτης ηλικίας, που θα οφείλεται στην αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης και στη χαμηλή γεννητικότητα.

Περίπου ένας στους τρεις κατοίκους των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης είναι άνω των 50 ετών και ένας στους πέντε κατοίκους είναι άνω των 60. Ο συνολικός αριθμός των κατοίκων της Ένωσης θα αυξάνεται διαρκώς και από 360 εκατομμύρια, το 2020 υπολογίζεται ότι θα φτάσει στα 400 εκατομμύρια. Σύμφωνα με τα κριτήρια του ΟΗΕ, μια χώρα χαρακτηρίζεται «νέα», όταν το ποσοστό των ηλικιωμένων είναι κάτω του 4 %, «ώριμη» όταν είναι έως 7 % και «ηλικιωμένη» όταν οι ηλικιωμένοι υπερβαίνουν το 7 %. Οι καλύτερες υγειονομικές και κοινωνικές συνθήκες είναι κάποιες από τις παραμέτρους που συντέλεσαν στην αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης. Πέραν όμως αυτών, τις τελευταίες

δεκαετίες, ειδικά για τη χώρα μας, σοβαρό ρόλο έπαιξαν η ελάττωση των γεννήσεων, η εσωτερική μετανάστευση (αστυφιλία), η εξωτερική μετανάστευση (που αφορά κυρίως μέρος του οικονομικού και βιολογικά ενεργού πληθυσμού), η εκβιομηχανοποίηση της χώρας και ο θρυμματισμός των μεγάλων οικογενειών τριών γενεών.

Αυτό συντείνει στην τάση να εγκαταλείπεται η παλιά γενιά μόνη με τα προβλήματά της και μόνη της να αντιμετωπίζει την αρρώστια, τη μοναξιά, την ανικανότητα, ακόμη και τον θάνατο.

Τα παραπάνω φαινόμενα έχουν διαπιστωθεί για το σύνολο του πληθυσμού της γης, με διαφορές βέβαια ανάμεσα στις ελάχιστα αναπτυγμένες χώρες, σ' αυτές που βρίσκονται σε ανάπτυξη και τις αναπτυγμένες. Τα ερωτήματα αυτά έχουν απασχολήσει σε αρκετές χώρες τους κοινωνιολόγους, οικονομολόγους, υπεύθυνους ασφαλιστικών φορέων, δημογράφους, ιατρούς και εμπειρογνώμονες Γηριατρικής και Γεροντολογίας, πολεοδόμους, αρχιτέκτονες, συγκοινωνιολόγους και άλλους επιστήμονες.

Η αύξηση του ποσοστού των ηλικιωμένων στην πληθυσμιακή πυραμίδα έχει σοβαρές επιπτώσεις στην υγεία και την οικονομία, καθώς και κοινωνικές δυσκολίες. Π.χ., η κατά κεφαλή δαπάνη για θέματα υγείας σε άτομα άνω των 75 ετών είναι 4 – 6 φορές μεγαλύτερη από ό, τι είναι για άτομα του γενικού πληθυσμού. Έχει γίνει παραδεκτό ότι οι ηλικιωμένοι είναι μια ομάδα ατόμων που έχει ανάγκη ειδικής φροντίδας και μέριμνας, γι' αυτό άλλωστε είναι απαραίτητο να μελετώνται τα άτομα αυτά με προσοχή, για να καλύπτονται ορθολογικά οι ανάγκες τους, με τελικό στόχο την καλύτερη ποιότητα της ζωής τους.

Στις μέρες μας, στις αναπτυγμένες χώρες, οι ηλικιωμένοι αποτελούν το 15 % του πληθυσμού, ενώ στις υπό ανάπτυξη το 6 %. Υπολογίζεται ότι το 2020 η αντίστοιχη αναλογία θα είναι 22% προς 10%. Η διαφορά αυτή εξηγείται απολύτως από όλους εκείνους τους παράγοντες που επηρεάζουν αποφασιστικά το προσδόκιμο επιβίωσης, όπως ο έλεγχος μεταδοτικών νοσημάτων, η βελτίωση διατροφής και συνθηκών διαβίωσης, η εξασφάλιση καλύτερης ιατρικής περίθαλψης κ. α.

Αυτό το φαινόμενο σημαίνει ότι ένας διαρκώς μειούμενος πληθυσμός είναι υποχρεωμένος να φροντίζει ένα διαρκώς αυξανόμενο πληθυσμό (και μάλιστα ηλικιωμένων), με ιδιαίτερα και συχνά πολύ σοβαρά προβλήματα. Αυτό αποτελεί πραγματικότητα, σε παγκόσμιο επίπεδο, αλλά και στη χώρα μας, λόγω της υψηλής υπογεννητικότητας. Για να αντιμετωπιστεί σωστά η κατάσταση αυτή, απαιτεί τις προσαρμογές σε ατομικό και κοινωνικό επίπεδο και κυρίως τη λήψη άμεσων μέτρων από την πολιτεία (Χριστοδούλου Γ. Ν., Β. Π. Κονταξάκης, 2000).

**ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΟΜΑΔΑΣ ΗΛΙΚΙΩΝ 65 ΕΤΩΝ ΚΑΙ  
ΑΝΩ ΚΑΤΑ ΦΥΛΟ**

ΗΛΙΚΙΕΣ	ΣΥΝΟΛΟ ΑΤΟΜΩΝ	ΑΓΑΜΟΙ	ΈΓΓΑΜΟΙ	ΧΗΡΟΙ	ΔΙΑΖΕΥΜΕΝΟ I
Αμφοτέρω ν των φύλων Σύνολο	10.259.90 0	4.108.20 2	5.341.38 2	677.18 7	133.129
65 ετών και άνω	1.404.352	61.191	840.413	488.59 9	14.149
Αναλογία	13,3	4,3	59,8	34,7	0,7
Άρρενες Σύνολο	5.055.408	2.250.10 6	2.653.16 4	107.47 2	44.666
65 ετών και άνω	618.003	21.290	506.687	85.267	4.759
Αναλογία %	12,2	3,4	81,9	13,7	0,8

Θήλεις Σύνολο	5.204.492	1.858.096	2.688.218	569.715	88.463
65 ετών και άνω	786.349	39.901	333.726	403.332	9.388
Αναλογία %	15,1	5,0	42,4	51,2	1,0

Σύμφωνα με την Εθνική Στατιστική Υπηρεσία της Ελλάδας (απογραφή 1991), από πίνακα προκύπτει ότι από το σύνολο του πληθυσμού ατόμων άνω των 65 ετών μικρός σχετικά αριθμός παραμένει άγαμος (4,3%) με μεγαλύτερη ποσοστιαία αναλογία γυναικών (5% έναντι **3,4% των ανδρών**). **Από τη στήλη «έγγαμοι» προκύπτει ότι ο αριθμός των έγγαμων ανδρών είναι σημαντικά μεγαλύτερος από αυτόν των εγγάμων γυναικών, οι οποίες βεβαίως έχασαν τους συζύγους τους.** Τούτο άλλωστε προκύπτει και από τη στήλη της χηρείας, η οποία δείχνει πολύ μικρότερο αριθμό ανδρών σε σχέση με τον αριθμό των γυναικών. Το γεγονός δεν είναι ανεξήγητο ενόψει της διαφοράς προσδοκώμενης διάρκειας ζωής των δύο φύλων. Μολονότι το ποσοστό διαζευγμένων στη χώρα μας, γενικώς, είναι μικρό σε σχέση με το σύνολο των ατόμων της ηλικιακής ομάδας των 65 ετών και άνω, εντούτοις ο αριθμός των διαζευγμένων γυναικών, οι οποίες παραμένουν μόνες τους, είναι σχεδόν διπλάσιος των ανδρών. (Αναστ. Κωσταρίδου Ευκλείδη, 1999).



**ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ ΚΑΤΑ ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΙ ΦΥΛΟ:****ΠΡΟΒΟΛΕΣ ΕΤΩΝ 2000 – 2020 ΣΕ ΑΝΑΛΟΓΙΑ %**

	1-1-2000	1-1-2005	1-1-2010	1-1-2015	1-1-2020
Αμφοτέρων των φύλων Σύνολο	10.578.200	10.719.100	10.791.200	10.843.100	10.828.300
Άρρενες Σύνολο	5.299.200	5.303.300	5.345.000	5.379.300	5.381.400
Ηλικία 0-14	16,3	16,2	16,6	16,6	16,3
Ηλικία 15- 64	68,4	67,2	66,3	65,3	64,6
Ηλικία 65- 79	12,4	13,3	13,0	13,2	13,7
Ηλικία 80- 89	2,3	2,7	3,5	4,2	4,3
Ηλικία 90+	0,3	0,4	0,4	0,6	0,8
Θήλεις Σύνολο	5.349.000	5.415.800	5.446.210	5.463.800	5.446.900
Ηλικία 0-14	15,0	14,8	15,3	15,3	15,1
Ηλικία 15- 64	66,4	64,8	63,8	62,8	62,1
Ηλικία 65- 79	14,6	15,6	15,1	15,1	15,4
Ηλικία 80- 89	3,3	3,8	4,8	5,7	5,9
Ηλικία 90+	0,5	0,7	0,7	1,0	1,3

Κατά τα αναμενόμενα αριθμητικά δεδομένα του πίνακα, ο γενικός πληθυσμός της Ελλάδας θα παρουσιάσει κάποιαν αύξηση. Από τις ηλικιακές ομάδες, αυτή των 0 – 14 ετών δείχνει σχετική σταθερότητα, ενώ αυτή των 15 – 64 ετών παρουσιάζει κάμψη. Οι προχωρημένες ηλικιακές ομάδες των 65 χρόνων και άνω αναμένεται να αυξηθούν με σταθερό ρυθμό κατά τις πέντε προσεχείς δεκαετίες, ώστε να αποτελέσουν μια ποσοστιαία αναλογία του επιπέδου 20% του συνολικού πληθυσμού. Ο αριθμός των θηλέων υπερτερεί αυτού των αρρένων σε όλες τις ηλικιακές ομάδες, για να φτάσει στα 22,8 % στο τέλος της δεύτερης δεκαετίας της τρίτης χιλιετηρίδας. Η αντίστοιχη αναλογία ανδρών θα φτάσει στα 18,8 % του γενικού πληθυσμού. Από στοιχεία άλλων προβολών προκύπτει ότι για τα έτη 2030, 2040, 2050 η ηλικιακή ομάδα των 65 ετών και άνω θα αυξήσει την ποσοστιαία αναλογία της σε 23,8 %, 25,6 % και 26,3 % αντιστοίχως και για τα δύο φύλα. Κατά τις δεκαετίες αυτές αναμένεται μείωση του γενικού πληθυσμού (Houssiadas, 1998).

## **2. 5. ΣΤΑΣΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ**

Η φροντίδα των ηλικιωμένων ατόμων αποτελεί στις μέρες μας ένα σημαντικό και δυσεπίλυτο πρόβλημα που σχετίζεται με τον διαρκώς αυξανόμενο μέσο όρο ζωής των ατόμων της τρίτης ηλικίας αλλά και την συχνή συνύπαρξη περισσότερων του ενός χρόνιων νοσημάτων στο ίδιο άτομο. Οι χρόνιες παθήσεις, συχνά, έχουν το αποτέλεσμα των άλλοτε άλλου βαθμού ανικανότητα του ατόμου. Η συμμετοχή και η προσφορά της οικογένειας στη φροντίδα των ατόμων της τρίτης ηλικίας θεωρείται ιδιαίτερα σημαντική. Οι συνθήκες που επιτρέπουν την παροχή οικιακής φροντίδας των ηλικιωμένων περιλαμβάνουν την ικανότητα βάδισης και αυτομετακίνησης του ατόμου, την αυτοεξυπηρέτηση σε σχέση με τις ανάγκες σίτισης και ένδυσης, τη φυσιολογική λειτουργία του πεπτικού και ουροποιητικού συστήματος και την επαρκή διανοητική του κατάσταση. Η οικιακή φροντίδα του ηλικιωμένου εστιάζει κυρίως στην καλή διατροφή, την παροχή βασικών υπηρεσιών, την προσωπική προστασία του ατόμου, περιλαμβάνοντας όλα τα ενδεικνυόμενα προληπτικά μέτρα έναντι ενδεχομένων ατυχημάτων στον οικιακό χώρο (Χριστοδούλου Γ. Ν, Β.Π. Κονταξάκης, 2000).

Μεγάλη σημασία έχει ο θεσμός της οικογένειας που παραδοσιακά προσφέρει προστασία και συμπαράσταση στα πιο αδύνατα μέλη της, αλλά που δυστυχώς στις σύγχρονες αστικοποιημένες κοινωνίες έχει πλέον ατονήσει. Βέβαια υπάρχουν υποκατάστατα της οικογένειας από κρατικές ή κοινοτικές κοινωνικές υπηρεσίες. Αυτές αν και ψυχρές και απρόσωπες είναι η σανίδα σωτηρίας για την τρίτη ηλικία στην εποχή μας. Ακόμη και

στη χώρα μας συνεχώς χαλαρώνουν οι συνδετικοί κρίκοι της οικογένειας, αλλά πολύ βραδέως εμφανίζονται οι κατάλληλοι φορείς που θα συμβάλλουν στην προστασία των υπερηλίκων μας. Βέβαια η σύγχρονη παγκόσμια τάση είναι η όσο το δυνατόν αποφυγή συνθηκών ασυλιακής διαβίωσης των ηλικιωμένων, αλλά μόνον ως λύση ανάγκης. Σημειωτέων ότι επειδή οι πόλεις προσφέρουν συχνά σύγχρονες υπηρεσίες κοινωνικής πρόνοιας χρησιμεύουν από τους υπερήλικες ως καταφύγια και τους αναγκάζουν να μετακινούνται από τις αγροτικές περιοχές όπου ζουν(...)(Φραγκίσκος Ιωαν. Χανιώτης, 1992).

Το άτομο που βρίσκεται στην «τρίτη ηλικία» είναι μια απόλυτη ολοκληρωμένη προσωπικότητα με ορισμένη πνευματική ανάπτυξη, με το δικό του ψυχικό κόσμο, με τις προσωπικές του απόψεις και αντιλήψεις για όλα τα ζητήματα, οι οποίες είναι πολύ δύσκολο να αλλάξουν.

Ακόμη, το άτομο αυτό έχει μια ακριβώς καθορισμένη πολιτική για την οικονομική του κατάσταση, από την οποία και δεν μπορεί να ξεφύγει, τις οικογενειακές συνθήκες με τα προβλήματά τους, τα ψυχολογικά προβλήματα από πρόσωπα που αποστερήθηκε, τις περισσότερες ή λιγότερες κοινωνικές σχέσεις με το περιβάλλον του, τις ριζωμένες συνήθειες, που θα του κάνει κόπο να τις εγκαταλείψει.

Η κοινωνική θεώρηση της αξίας κάθε ατόμου, ως συνάρτηση της ωφελιμότητας του από την παραγωγική του μόνο πλευρά, είναι ένα πρόσθετο στοιχείο, το οποίο σε άτομα επιρρεπή σε κατάθλιψη, όπως είναι οι ηλικιωμένοι, οδηγεί σε εθελούσια κοινωνική απομόνωση, ένα είδος επιλεκτικής περιθωριοποίησης και «εξορίας» μέσα στην κοινωνία. Έτσι, στερείται το άτομο τη χαρά της κοινωνικής συμμετοχής, αλλά και η κοινωνία στερείται την

έστω και περιορισμένη συμβολή του ατόμου στην κοινωνική συνοχή και ανάπτυξη, καθώς και τη σχέση του με τα μικρότερα ηλικίας άτομα (π. χ. παιδιά).

Έχει υποτιμηθεί η πορεία προς τα γηρατειά και η σημασία του οικογενειακού περιβάλλοντος. Είναι βέβαιο ότι η συγκατοίκηση των ηλικιωμένων με τα παιδιά τους και τα εγγόνια τους γίνεται όλο και πιο σπάνια στις εκβιομηχανισμένες χώρες, αν και ακόμα διατηρείται σε ένα αξιόλογο ποσοστό. Δεν είναι πάντοτε βέβαιο ότι αυτή η συγκατοίκηση είναι επιθυμητή, τόσο για τον ηλικιωμένο, που η ανεξαρτησία του μπορεί να μειώνεται, όσο και για τις νεότερες γενιές. Συχνά εκφράζεται η επιθυμία και από τους ηλικιωμένους και από τα παιδιά τους για τη διατήρηση μιας γειννίας, αυτό που λέγεται «οικειότητα εξ αποστάσεως» ή «γειτονική συγκατοίκηση». Η ύπαρξη τέτοιων σχέσεων είναι ιδιαίτερα ευεργετική για τους ηλικιωμένους, όχι μόνο για τις συχνές επαφές που πραγματοποιούνται ανάμεσα στα μέλη της μιας και της άλλης γενιάς, αλλά επίσης και για την προσφορά των ηλικιωμένων σ' αυτά τα νέα μέλη της κοινωνίας και το συναίσθημα που αποκομίζουν έτσι οι ηλικιωμένοι (λιγότερο ή περισσότερο συνειδητά) για τη χρησιμότητά τους. Σύμφωνα με τις παραπάνω παρατηρήσεις, οι οικογενειακές σχέσεις φαίνεται να διατηρούνται σε σημαντικό βαθμό. Μελέτες που έχουν γίνει, έχουν καταλήξει στο συμπέρασμα ότι οι οικογενειακοί δεσμοί είναι ακόμη δυνατοί ανάμεσα στις γενιές, διαφέρουν όμως, βέβαια, από χώρα σε χώρα (...)( Χριστοδούλου Γ. Ν, Β. Π. Κονταξάκης, 2000).

Πρόσφατες έρευνες έδειξαν, ότι οι ηλικιωμένοι είναι γενικά λιγότερο αποκομμένοι από τις οικογένειες τους απ' ότι νομίζαμε ή φοβόμασταν. Οι απογραφές δείχνουν, ότι ένα μικρό μόνο ποσοστό σπιτικών περιλαμβάνει κάποιον ηλικιωμένο συγγενή. Οι

κοινωνικές, όμως, έρευνες έδειξαν, ότι οι ηλικιωμένοι κατοικούν κοντά στις οικογένειές των παιδιών τους και τις επισκέπτονται τακτικά. Μερικοί τονίζουν την παρουσία μιας γιαγιάς μέσα στο σπίτι – όπως τον παλιό καιρό – και επισημαίνουν όχι μόνο τα πλεονεκτήματα στη φροντίδα των παιδιών αλλά και τις ιδιαίτερα φιλικές σχέσεις, που μπορούν ν' αναπτυχθούν ανάμεσα στα μέλη των εναλλασσόμενων γενεών. Άλλοι πιστεύουν, ότι σε ένα σύγχρονο, ανεξάρτητο σπιτικό οι παππούδες δεν έχουν θέση ψυχολογικά και ή πρακτικά: ένα σπίτι με δύο ή τρεις κρεβατοκάμαρες δεν έχει περισσευούμενο χώρο. Αλλά ένας από τους λόγους που σπάνια προτάθηκε και που εξηγεί μέρος της φαινομενικής απομόνωσης, είναι ότι η γιαγιά, στην πραγματικότητα θέλει να μένει μόνη της, στο δικό της σπίτι, για όσο γίνεται περισσότερα χρόνια.

Τώρα ξέρουμε ότι υπάρχει μεγαλύτερη επαφή ανάμεσα στις γενιές απ' όσο πίστευαν οι κοινωνιολόγοι. Τα παιδιά των ηλικιωμένων έχουν την τάση να κατοικούν κοντά στο γονιό ή τους γονείς, τους επισκέπτονται, συχνά και τους προσφέρουν αρκετή υποστήριξη. Αυτό φαίνεται ότι το προτιμούν κι οι δύο πλευρές, εφόσον η υγεία των γονιών είναι καλή (Ρόνα και Ρόμπερτ Ράποπορ).

Στους περισσότερους ηλικιωμένους, όμως, αρέσει να είναι «κοντά, αλλά όχι πολύ κοντά» στα παιδιά και τα εγγόνια τους, ακόμη και τα δισέγγονά τους. Υπάρχει η ευκαιρία και η πρόκληση να διατηρούν διπλωματικές και αμοιβαία επικοινωνητικές σχέσεις με τους απογόνους. Το κλειδί και πάλι, βρίσκεται σ' ένα ζωντανό, αλλά όχι πολύ στενό, μοίρασμα ενδιαφερόντων. Οι κοινωνιολόγοι και οι ψυχολόγοι βρίσκουν, ότι οι ίδιοι οι ηλικιωμένοι προτιμούν ένα

συνδυασμό απόστασης κι εμπλοκής, αυτό που ένας Αυστριακός γεροντολόγος ονόμασε «ανακλητέα απομάκρυνση».

Πολλές πρόσφατες μελέτες έδειξαν, ότι ο τρόπος με τον οποίο αντιμετωπίζει κανείς το γεγονός, ότι έχει εγγόνια, επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες: την προσωπικότητά του, τις προηγούμενες σχέσεις με τα παιδιά του, τον τόπο κατοικίας, τις αξίες του και τις πηγές του. Ο ρόλος είναι ορισμένος με ασάφεια, πολύ ελαστικός και κάπως εξιδανικευμένος.

Όμως το να γίνει κανείς σήμερα παππούς ή γιαγιά δε σημαίνει απλώς να περάσει ένα στάδιο στην πορεία της ζωής του. Είναι ένα είδος «προαγωγής» που μπορεί να έρθει νωρίτερα ή αργότερα. Πολλά ζευγάρια σήμερα, 40 μόλις χρόνων, φτάνουν στο στάδιο αυτό. Με την πρόοδο της υγιεινής και τις ιατρικές φροντίδες υπάρχει σήμερα μια νέα γενιά τρίτης ηλικίας που εξακολουθεί να είναι δυναμική, ζωντανή, δραστήρια. Είναι η ψυχολογία μιας νέας περιόδου ζωής που πρέπει να μελετηθεί σήμερα, με τις νέες απόψεις της, τον καινούριο τρόπο ζωής, τις σύγχρονες ανάγκες της. Οι ώριμοι άνθρωποι αυτής της ηλικίας καταβάλλουν ήδη προσπάθειες νέας προσαρμογής (...) (Μ. Χουρδάκη).

Αν, λοιπόν, το περιβάλλον βοηθήσει τον γέροντα θα μπορέσει ο τελευταίος να αποδεχθεί με φυσικότητα την κατάσταση του. Η εξωτερική όψη της αποδοχής βρίσκεται στη δυνατότητα του ατόμου να ανταποκριθεί στις προσδοκίες του περιβάλλοντος που περνά τις ώρες της ημέρας του. Η εσωτερική όψη υπάρχει στο κατά πόσον το άτομο κατορθώνει να ικανοποιεί τις διάφορες ψυχολογικές ανάγκες του ελεύθερα. Η αποδοχή είναι πάντως δύσκολη, όσο ο κόσμος δε θέλει να λάβει στοργικά και ρεαλιστικά υπ' όψη του την ηλικία αυτή. Επίσης εξαρτάται η προσαρμογή από την ταχύτητα και ποιότητα των προηγούμενων προσαρμογών, την

ιδέα και τη στάση που το άτομο έχει πάρει απέναντι στη γεροντική κατάσταση, τις περιστάσεις της ζωής που απαιτούν περισσότερες ή λιγότερες αλλαγές στους ρόλους που έπαιζαν και παίζουν (...)

(...) Οι σχέσεις είναι πολύ καλύτερες όταν τα εγγονάκια είναι μικρά. Οι ψυχολογικές ανάγκες και των δύο αλληλοσυμπληρώνονται. Σήμερα ιδιαίτερα, η εξωσπιτική εργασία της μητέρας εμπιστεύεται στους ηλικιωμένους γονείς του ζεύγους, που συζούν με την οικογένεια των παιδιών τους, νέα παιδαγωγικά καθήκοντα. Πως τα καταφέρνουν ο παππούς και γιαγιά σαν παιδαγωγοί; Θέμα σύγχρονο και παλαιό, θέμα πλατύ. Γενικά μπορούμε να πούμε πως οι επιδράσεις είναι θετικές και αρνητικές ανάλογα με το είδος της συμπεριφοράς των ηλικιωμένων. Θα άξιζε, μια ιδιαίτερη μελέτη ο ρόλος αυτός του παππού και της γιαγιάς σαν παιδαγωγών. Παίζουν ένα τριτεύοντα, φαινομενικό ρόλο, αλλά δίνουν κάτι που το έχει ιδιαίτερη ανάγκη το παιδί: την ατμόσφαιρα την φανταστική και παραμυθένια! Ο παππούς και η γιαγιά αποτελούν έννοιες συνδεδεμένες με το παραμύθι, τις ιστορίες που διηγούνται με υπομονή... Ακόμα ο παππούς παίζει το ρόλο του «καλού» που επεμβαίνει πάντα προστατευτικά υπέρ του εγγονού, του σοφού και έμπειρου αφηγητή ή της μορφής που μεταδίδει ένα κύρος «αποστασιακό» προκαλώντας το θαυμασμό (Dr. Αλέξανδρος Β. Κοσμόπουλος, 1980).

Από διάφορες πολυκεντρικές μελέτες προκύπτουν πολλά ενδιαφέροντα στοιχεία σχετικά με την οικογενειακή φροντίδα των ηλικιωμένων που γίνεται σπίτι:



1. Ο σύνδεσμος μεταξύ ατόμων της ίδιας οικογένειας που ανήκουν σε διαφορετικές γενεές είναι ισχυρός και βιώσιμος. Τα μέλη μιας οικογένειας δεν ξεχνιούνται.
2. Μέλη της οικογένειας παρέχουν το μεγαλύτερο μέρος της φροντίδας που χρειάζονται τα ηλικιωμένα άτομα με κάποια πάθηση. Οι συγγενείς καλύπτουν το 80% της ιατρικής περίθαλψης και της προσωπικής φροντίδας και το 90% της βοήθειας για τις οικογενειακές ανάγκες.
3. Έχει αποδειχθεί ότι, από όλη την οικογένεια, ένα μέλος αναλαμβάνει τον κύριο ρόλο για την φροντίδα του ηλικιωμένου ατόμου. Τα λοιπά μέλη της οικογένειας υποβοηθούν είτε σε σταθερή βάση, είτε σε έκτακτες ανάγκες.
4. Αν το ηλικιωμένο άτομο είναι παντρεμένο, αναλαμβάνει συνήθως τη φροντίδα ο/ η σύζυγος. Τα ηλικιωμένα ζευγάρια είναι πολύ αφοσιωμένα στη φροντίδα του ενός από τον άλλο. Οι ηλικιωμένοι άνδρες έχουν περισσότερες πιθανότητες να τους περιθάψουν οι γυναίκες τους, λόγω του μεγαλύτερου χρόνου επιβίωσης των γυναικών και της τάσης που έχουν να παντρεύονται με νεότερές τους. Στην ηλικία των 65 ετών και άνω, το 52% των γυναικών είναι χήρες, ενώ το 77% των ανδρών είναι παντρεμένοι. Με την πάροδο της ηλικίας η σχέση χήρων γυναικών/ ανδρών συνεχώς αυξάνεται, με αποτέλεσμα να αντιστοιχούν τέσσερις γυναίκες χήρες προς ένα άνδρα χήρο. Οι ηλικιωμένοι σύζυγοι που αναλαμβάνουν τη φροντίδα των ασθενών συντρόφων τους καταβάλλουν υπέρμετρες προσπάθειες, ενώ οι ικανότητές τους έχουν ελαττωθεί λόγω της ηλικίας τους και των συνεπειών που συνεπάγεται η γήρανση του ανθρώπινου οργανισμού. Έτσι, συχνά εμφανίζουν ψυχική κατάπτωση, αίσθημα

απομόνωσης και μοναξιάς, καθώς και αίσθημα απόλυτης υπευθυνότητας. Η μεγάλη αγωνία και ο φόβος θανάτου του συντρόφου τους δεν είναι σπάνιες εκδηλώσεις. Οι σύζυγοι αυτοί χρειάζονται ιδιαίτερη αντιμετώπιση από ειδικές υπηρεσίες παροχής βοήθειας και ψυχολογικής υποστήριξης.

5. Τα παιδιά του ηλικιωμένου ζευγαριού δέχονται τις υπηρεσίες φροντίδας του ή της συζύγου και βοηθούν σταθερά τον ή τη θεράποντα σύζυγο.
6. Τα ηλικιωμένα άτομα προτιμούν να μένουν πάντα στα παιδιά τους, αλλά όχι και μαζί τους. Το 84% των ηλικιωμένων με παιδιά μένουν σε μικρή απόσταση από αυτά.
7. Αν το ηλικιωμένο άτομο είναι χήρος ή χήρα, τότε τη φροντίδα του την αναλαμβάνουν τα ενήλικα παιδιά του. Οι γονείς καταφεύγουν συνήθως στις κόρες τους παρά στους γιούς τους, από τις οποίες γίνονται δεκτοί χωρίς κανένα πρόβλημα. Είναι ευπρόσδεκτοι απ' αυτές. Η αναλογία θυγατέρων ως προς τους γιούς που φροντίζουν ηλικιωμένους γονείς είναι 4:1. Οι γυναίκες αυτές παρέχουν περισσότερο από το 1/3 της φροντίδας που παρέχεται από όλες τις υπηρεσίες μακροχρόνιας περίθαλψης και περισσότερο από το ήμισυ, ως προς αυτές, στους ηλικιωμένους με σοβαρές ανικανότητες και αναπηρίες.
8. Αν δεν έχει σύζυγο ή ενήλικο παιδί ο ηλικιωμένος ασθενής, αναλαμβάνουν τη φροντίδα του άλλοι συγγενείς, ανάλογα με το βαθμό συγγένειας που έχουν.
9. Οι οικογένειες δεν ξεφορτώνονται τους ηλικιωμένους τους. Το τελευταίο πράγμα που θα κάνουν, είναι ο

εγκλεισμός τους σε κάποιο ίδρυμα μακροχρόνιας περίθαλψης. Και αυτό θα γίνει, όταν αποτύχουν όλες οι άλλες προσπάθειες για να παραμείνει στο σπίτι. Αλλά και αν ακόμη αυτό συμβεί, εξακολουθούν να τους φροντίζουν και συμμετέχουν στα προβλήματα της ιδρυματικής περίθαλψης των ηλικιωμένων συγγενών τους (...)

Σε τι συνίσταται όμως η οικογενειακή οικιακή φροντίδα των υπερηλίκων και τι περιλαμβάνει;

1. Βοήθεια στις καθημερινές δραστηριότητες, πλύσιμο, ντύσιμο, διατροφή, σήκωμα από το κρεβάτι, περπάτημα μέσα στο σπίτι.
2. Βοήθεια στις δυσκολότερες (τεχνικές) καθημερινές δραστηριότητες: διαχείριση χρημάτων, αγορά ειδών, κίνηση εκτός σπιτιού, νοικοκυριό, μαγείρεμα, τηλεφωνήματα.
3. Φροντίδα για να ζουν σε ασφαλές περιβάλλον.
4. Επικοινωνία με τις κατάλληλες ιατροκοινωνικές υπηρεσίες παροχής υπηρεσιών.
5. Οικονομική υποστήριξη.
6. Συναισθηματική υποστήριξη, που αποτελεί τη σπουδαιότερη ίσως υπηρεσία που μπορεί να προσφέρει το παιδί σε ανήμπορους γονείς. Πρέπει να γίνουν τα παιδιά τους οι έμπιστοί τους, να οργανώνουν τις δημόσιες σχέσεις τους, να τους βοηθούν στη λήψη των αποφάσεων και κυρίως να δίνουν το συναίσθημα ότι πάντα μπορούν να βασίζονται σ' αυτούς και ότι πραγματικά ενδιαφέρονται γι' αυτούς.
7. Βοήθεια στη λήψη ενός καλού ιστορικού της νόσου από τον ιατρο- γηρίατρο. Η βοήθεια αυτή είναι σημαντική για

ιατρο- γηρίατρο. Τα ηλικιωμένα άτομα συχνά είτε δεν ακούν καλά, είτε υπερτιμούν ή υποτιμούν τα συμπτώματα μιας νόσου, χωρίς να μπορούν να καθορίσουν την διάρκεια των συμπτωμάτων αυτών.

8. Βοήθεια στη λήψη της φαρμακευτικής αγωγής. Οι γηριατρικοί ασθενείς συχνά δεν ακολουθούν σωστά τη χορηγούμενη συνταγογραφία. Αιτία είναι τα απαιτούμενα συχνά πολλά φάρμακα και τα πολύπλοκα δοσολογικά σχήματα ή και κοινωνική απομόνωση των ηλικιωμένων. Χρειάζεται λοιπόν κάποια ειδική συνταγογραφία. Επίσης, μπορεί να χρησιμοποιηθεί ,ένα κουτάκι ή κουτάκια, μέσα στα οποία τοποθετούνται τα χάπια ανάλογα με την ώρα λήψης του κάθε σκευάσματος. Με τον τρόπο αυτό μπορεί και η οικογένεια του αρρώστου να ελέγχει αν όντως τηρείται η συσταθείσα φαρμακευτική αγωγή.

9. Υποστηρικτική βοήθεια των ψυχικών τους διαταραχών. Αυτές δημιουργούνται στα ηλικιωμένα άτομα από την κοινωνική και φυσική τους απομόνωση. Θάνατος συγγενών και φίλων, αποχωρισμός από τα παιδιά, στέρηση καθημερινών ασχολιών και συνταξιοδότηση συμβάλλουν σημαντικά στην πρόκληση κατάθλιψης και άνοιας. Διάφοροι παράγοντες όπως π. χ. κοινωνικές αναταραχές, εγκλήματα, επιτείνουν τα ψυχικά τους προβλήματα.

Τι όμως δεν πρέπει να κάνει η οικογένεια;

Μια οικογένεια που φροντίζει κάποιο ηλικιωμένο μέλος της δεν πρέπει να απαγορεύει τις διάφορες καθημερινές μικροασχολίες και δραστηριότητες, οι οποίες διατηρούν κάποιο καλό επίπεδο κινητικότητας των άνω και κάτω άκρων. Η υπερπροστασία είναι

δυνατό να κάνει τον ηλικιωμένο να νιώθει κουρασμένος, αδύναμος, χωρίς ενδιαφέρον να ασχοληθεί με κάτι (...).

Υπάρχουν όμως και επιπτώσεις από την οικογενειακή φροντίδα των ηλικιωμένων ατόμων. Τα άτομα – και συνήθως αυτά είναι γυναίκες – που φροντίζουν ηλικιωμένους ασθενείς υφίστανται επιπτώσεις που αφορούν τη διανοητική τους και τη συναισθηματική τους υγεία. Στις μισές περίπου από αυτές παρουσιάζονται συμπτώματα μέτριου έως σοβαρού stress (ψυχικής έντασης) με τη μορφή αγωνίας, άγχους, κατάθλιψης, παροξυσμού, θυμού, συναισθήματος ενοχής, υπνηλίας, απογοήτευσης και συναισθηματικής κατάπτωσης. Οι θυγατέρες συχνά είναι αγχωμένες λόγω των πολλαπλών υπευθυνοτήτων που έχουν.

Παρόλα αυτά, αναμφισβήτητα, η οικογενειακή οικιακή φροντίδα είναι η καλύτερη για τους ηλικιωμένους με χρόνιες παθήσεις και αναπηρίες. Αν και η αξία και η σημασία της οικογενειακής φροντίδας διατηρείται αναλλοίωτη από γενεά σε γενεά, το μέλλον της δεν είναι και τόσο ρόδινο. Διάφοροι παράγοντες, που παρατηρούνται σήμερα, είναι υπεύθυνοι γι' αυτό. Μεταξύ αυτών περιλαμβάνονται:

1. Οι δημογραφικές μεταβολές του πληθυσμού ως προς την πολύ μεγάλη ηλικία, η οποία και χρειάζεται συχνότερα τη φροντίδα μας. Αυξάνεται έτσι και η συχνότητα εμφάνισης κάποιας νόσου, όπως π. χ. της νόσου του Alzheimer και της άνοιας την οποία αυτή συνεπάγεται.

2. Η υπογεννητικότητα. Έτσι, οι θυγατέρες, κυρίως, σε λίγο θα πρέπει να προσέχουν διπλούς ηλικιωμένους γονείς. Και ως κόρες και ως νύφες.

3. Η αύξηση των διαζυγίων και των ανύπαντρων γυναικών. Οι γυναίκες αυτές δεν έχουν την συμπαράσταση των συζύγων τους στις προσπάθειες που καταβάλλουν όταν φροντίζουν τους ηλικιωμένους γονείς τους.

4. Αύξηση της συχνότητας του 2<sup>ου</sup> γάμου. Αυξάνονται έτσι οι πιθανότητες των ενήλικων παιδιών, καθώς διπλασιάζεται ο αριθμός των γονέων. Ποιους θα φροντίσουν πρώτα, όταν αυτοί αρχίσουν να εμφανίζουν κάποια ανικανότητα;

5. Οι μεγαλύτερες ηλικίες πρώτης τεκνοποίησης. Έτσι, οι γυναίκες αυτές, οι περισσότερες, έχουν μικρά παιδιά στη φάση κατά την οποία οι γονείς τους χρειάζονται τη φροντίδα τους. Το παράδειγμα αυτό καλείται «διπλή εξάρτηση».

6. Άλλη μορφή της διπλής εξάρτησης είναι η αύξηση του χρόνου επιβίωσης των ατόμων που γεννήθηκαν με συγγενείς ανωμαλίες. Οι μητέρες τους έχουν «διπλή εξάρτηση»

7. Γεωγραφικές μετακινήσεις του πληθυσμού, σε συνδυασμό με την υπογεννητικότητα, δημιουργούν ειδικά προβλήματα, όταν η απόσταση χωρίζει τα παιδιά από τους ανάπηρους γονείς.

Από τα παραπάνω διαπιστώνει κανείς ότι η οικογενειακή οικιακή φροντίδα των ηλικιωμένων ατόμων δεν πρέπει να μας κάνει να παραβλέπουμε τα προβλήματα των ηλικιωμένων ασθενών, οι οποίοι δεν έχουν στενούς συγγενείς που θα μπορούσαν να ενδιαφερθούν για τη φροντίδα τους. Ο αριθμός αυτών των χωρίς οικογένεια ατόμων μελλοντικά θα αυξηθεί. Σήμερα, ένα 20% από τον ολικό αριθμό του πληθυσμού των ηλικιωμένων ατόμων στερούνται την ομορφιά της ύπαρξης παιδιών, είτε γιατί δεν απέκτησαν ποτέ τους παιδιά, είτε διότι, ευρισκόμενοι σε προχωρημένη ηλικία, αυξάνεται η πιθανότητα να

τα χάσουν από τη ζωή, να πεθάνουν δηλαδή ένα ή και περισσότερα από τα παιδιά τους (...). (Χριστόδουλου Γ. Ν., Β. Π. Κονταξάκης, 2000).

Άλλοτε να γίνει κανείς παππούς ή γιαγιά θεωρούνταν σαν δύση της ζωής. Είχε ήδη αποτελειώσει τα προβλήματα της δικής του οικογένειας και περνούσε στο περιθώριο, έχοντας τον σεβασμό των άλλων. Ο γάμος του ήδη είχε γίνει σε μεγάλη κάπως ηλικία και τα εγγονάκια του τον βρίσκουν σε προχωρημένο στάδιο ζωής.

Οι γιαγιάδες ζούσαν κλεισμένες στον εαυτό τους. Θεωρούσαν τις ιδέες τους για τη ζωή και την ύπαρξη τελειωμένες, τελεσίδικες. Δύσκολα παραδέχονταν την αντίθετη άποψη του άλλου. Γι' αυτό και συχνές συγκρούσεις με τον παππού, με τα παιδιά, με τα εγγόνια τους. Εξ' άλλου καθώς οι γυναίκες εκείνη την εποχή δεν είχαν άλλο περιεχόμενο πέρα από το σπιτικό τους, ζητούσαν να αιτιολογήσουν την ύπαρξή τους με την ανάπτυξη μεγάλου οργανωτικού πνεύματος. Γίνονταν γιαγιάδες και βασίλευαν ζηλόφθονα, στο μοναδικό βασίλειό τους, υποτάσσοντας συχνά τους άλλους. Ιδιαίτερη σημασία έδιναν στη λεπτομέρεια, στα εξωτερικά σημεία του σεβασμού. Λίγο τις ενδιέφερε τι πραγματικά σκέπτονταν οι άλλοι γι' αυτές. Αυτό που πίστευαν κι έλεγαν ήταν η «αλήθεια» έστω και αν οι γύρω την πίστευαν με επιφύλαξη.

Οι παππούδες έκαναν έξω από το σπίτι αυτό που τους φαινόταν σωστό, αλλά μέσα στο σπίτι σιωπούσαν γιατί ήθελαν ησυχία. Η ανατροφή των παιδιών δεν ήταν δική τους υπόθεση, πολύ λιγότερο οι δυσκολίες των παντρεμένων παιδιών τους. Χρέος τους ήταν βασικά η οικονομική βοήθεια. Αυτό τους ήταν αρκετό και εξ αιτίας άλλωστε αυτού του ρόλου αποσπούσαν το σεβασμό και

κύρος. Αντίθετα, υπήρχαν άλλοι παππούδες με πατριαρχικές αντιλήψεις: τίποτα δεν μπορούσε να γίνει στο σπιτικό χωρίς τη δική τους γνώμη και έγκριση. Τους απασχολούσε πολύ το τι θα πει ο κόσμος και φρόντιζαν περισσότερο για την εξωτερική εμφάνιση της οικογένειας τους παρά για τα πραγματικά συναισθήματα που έδεναν τα μέλη της μεταξύ τους.

## **2. 6. ΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ ΣΤΗΝ ΑΡΧΑΙΑ ΕΛΛΑΔΑ.**

Στην Αρχαία Ελλάδα οι ηλικιωμένοι ήταν σεβαστά πρόσωπα και απολάμβαναν τιμών και προστασίας, δεδομένου ότι εκτός των άλλων προσέφεραν 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 «γέρον» ήταν τίτλος τιμής. Χαρακτηριστικό και συγκινητικό είναι το παράδειγμα του Αινεία στην Τροία που μετέφερε στους ώμους τους 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 (Σπυρίδων Παπασπυρόπουλος, 1991).



## **2. 6. α. Η ΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ, ΣΗΜΕΡΑ**

Η κοινωνία – το περιβάλλον του γέροντα – νομίζει εν τω μεταξύ ότι η κατάστασή του είναι φυσιολογική και η πίστη πως «έτσι είναι οι γέροι» εμποδίζει κάθε είδους θεραπευτική ενέργεια, γιατί «κανείς δε θεραπεύει μια φυσιολογική κατάσταση». Αυτό λοιπόν, που μπορούμε να σκεφτούμε για τα δικά μας γηρατεία είναι ότι, αν γεράσουμε με τις ίδιες προϋποθέσεις των σημερινών γερόντων, τότε θα έχουμε και εμείς σαν γέροι την ίδια ανάγκη συναισθηματικών εμπειριών όπως έχουμε σήμερα, αλλά θα ζούμε μια ελάχιστα ικανοποιητική συναισθηματική ζωή.

Φυσικά αυτή η εξέλιξη δεν είναι γενική και ευτυχώς υπάρχουν αρκετοί γέροντες που ζούνε μια καλή ζωή. Παρομοίως όμως υπάρχουν πολλοί οι οποίοι, στην προσπάθειά τους να φέρονται «όπως πρέπει», αρρωσταίνουν περισσότερο και πάρα πολλοί που ζουν μια χειρότερη ζωή από εκείνη που θα μπορούσαν να ζήσουν ( Σπυρίδων Παπασπυρόπουλος, 1991).

Η στάση της κοινωνίας απέναντι στους γέροντες χαρακτηρίζεται κατά κανόνα από ανεπίτρεπτες γενικεύσεις. Αυτό γίνεται με βάση την πολύ διαδεδομένη γνώμη ότι τα γηρατεία σημαίνουν μοναξιά, απομόνωση, εξάρτηση, ανάγκη για προστασία και βοήθεια και έκπτωση νοητικών ικανοτήτων. Ο γέρος δεν θεωρείται πια αποδοτικός και απομονώνεται συχνά άδικα έξω από την παραγωγική διαδικασία του κοινωνικού συνόλου. Τέτοιες αντιλήψεις οδηγούν σε ανάλογες στάσεις της κοινωνίας προς τους ηλικιωμένους με συνέπεια να αναγκάζονται τα άτομα αυτά άμεσα ή έμμεσα να εκδηλώνουν ανάλογες αντιδράσεις. Αρκετές φορές ο

γέρος δεν δραστηριοποιείται προς την μία ή την άλλη κατεύθυνση μόνο και μόνο για να αποφύγει τα σχόλια του κοινωνικού περίγυρου με αποτέλεσμα να έχει σαν πρώτο εμπόδιο την κοινωνία και μετά τη λειτουργική ή οργανική δυσχέρεια. Έτσι η κοινωνία θέτει στο περιθώριο το γερασμένο άτομο και σφραγίζει την οριστική παρακμή του, με τρόπο εντελώς λανθασμένο. Είναι απαραίτητο λοιπόν να υπάρχει κοινωνική πρόνοια της τρίτης ηλικίας χωρίς να στηρίζεται αυτή σε άτοπες και επιβλαβείς γενικεύσεις. Έτσι η μοναξιά μπορεί να καταπολεμηθεί με κάποια επαγγελματική απασχόληση του ηλικιωμένου, διότι επιτυγχάνεται η κοινωνική επανένταξή του και αποκαθιστάται η αυτοεκτίμησή του.

Η κοινωνία οφείλει να προχωρήσει στη δημιουργία θετικών στάσεων προς τα γηρατειά, να συμβάλλει στη βελτίωση της φροντίδας της υγείας τους, τη δημιουργία και διατήρηση ανοιχτής συνεργασίας με υπερήλικες και τις οικογένειές τους με περισσή κατανόηση και η εκπαίδευση ειδικών στελεχών ώστε να λύνονται τα προβλήματα των γερόντων συχνότερα στο σπίτι και κοντά στο γνώριμο περιβάλλον τους. Ειδικότερα η ελληνική κοινωνία έχει ιδιαίτερη υποχρέωση απέναντι στην τρίτη ηλικία, λόγω της παράδοσης του λαού μας (Φραγκίσκος Ιωάν. Χανιώτης, 1992).

Η κοινωνία διαθέτει και άλλη μια μέθοδο ταξινόμησης των ανθρώπων – τη διαβάθμισή τους σε ηλικίες. Η διάκριση αυτή στηρίζεται περισσότερο στις συνθήκες ζωής του ατόμου και ιδιαίτερα στη θέση που κατέχει στην κοινωνία, παρά την ηλικία του. Οι κοινωνιολόγοι και οι ανθρωπολόγοι αποκαλούν τον διαχωρισμό αυτό κοινωνική διαβάθμιση των ανθρώπων σε ηλικίες. Ο διαχωρισμός αυτός αποτέλεσε τη σπουδαιότερη βάση για τη διάκριση σε ηλικίες σε πολλές κοινωνίες και εξακολουθεί και

σήμερα να λειτουργεί σαν συμπληρωματική μέθοδος διαβάθμισης των ανθρώπων σε πολλά βιομηχανοποιημένα κράτη.

Σύμφωνα με την κοινωνική διαβάθμιση των ανθρώπων σε ηλικίες, ο πληθυσμός χωρίζεται σε νέους, ενήλικους και γέρους. Ο διαχωρισμός αυτός ακολουθεί στενά το σχήμα της ψυχοσεξουαλικής εξέλιξης. Οι άνθρωποι ταξινομούνται ουσιαστικά σε τρεις κατηγορίες: την προ-γονεϊκή, τη γονεϊκή και τη μεταγονεϊκή. Πολλές κοινωνίες προσθέτουν και μια άλλη κατηγορία, την «εφηβεία». Το άτομο αναγνωρίζεται, σε γενικές γραμμές σαν ενήλικος, αλλά θεωρείται ότι έχει ακόμα να κάνει άλλο ένα βήμα, προτού κερδίσει την πλήρη αποδοχή σαν ώριμος ενήλικος (...).

Οι κανόνες, λοιπόν, που χαρακτηρίζουν σε κάθε κοινωνία το σύστημα διαβάθμισης σε ηλικίες έχουν διαφορετικές επιπτώσεις στη ζωή του ατόμου, καθώς αυτό περνάει από το στάδιο του ενήλικου σ' εκείνο της μέσης ηλικίας. Στις κοινωνίες όπου λειτουργεί το σύστημα αυτό διαβάθμισης των ανθρώπων σε ηλικίες, οι γυναίκες, καθώς γερνάνε, αποκτούν καλύτερη κοινωνική θέση. Διαθέτουν μεγαλύτερο κύρος και εξουσία και μπορούν να αναθέσουν στις νεότερες τις δουλειές, που απεχθάνονται περισσότερο. Στην ίδια κοινωνία, το κύρος του άνδρα φτάνει, συνήθως, στο απόγειό του στην πρώιμη ή μέση ενήλικη ζωή και συρρικνώνεται από τη στιγμή, που αρχίζει να θεωρείται γέρος.

Το σύστημα της κοινωνικής διαβάθμισης των ανθρώπων σε ηλικίες είναι σημαντικό σαν τρόπος κατανομής δικαιωμάτων και ευθυνών. Καθορίζει ποιος πρέπει να κάνει ποιο είδος δουλειάς, ποιος οφείλει τι είδους υποχρέωση σε ποιον, κλπ. Σε μια κοινωνία όπου λειτουργεί στην εντέλεια ένα τέτοιο σύστημα, όλοι γνωρίζουν καλά τι πρέπει να κάνουν σε κάθε ιδιαίτερη φάση της ζωής τους.

Κι αυτό, όμως, το σύστημα έχει τις ιδιομορφίες του. Στο βαθμό που παίρνει τη μορφή κοινωνικού ελέγχου, παραγνωρίζει ορισμένες φορές μερικά σημαντικά γεγονότα της ανθρώπινης εξέλιξης (...) (Φραγκ. Ιωαν. Χανιώτης, 1992).

Η κοινωνία μας θα εξακολουθεί να επιμένει στη χρησιμοποίηση της χρονολογικής ηλικίας για πολλούς λόγους. Μπορούμε ν' ανεχτούμε αυτή την πρακτική στο βαθμό, που παραδεχόμαστε ότι ο καθορισμός ενός χρονολογικού ορίου πέρα από το οποίο χαρακτηρίζουμε έναν άνθρωπο «γέρο», είναι απλώς θέμα διοικητικής ή στατιστικής διευθέτησης. Είναι μια ατυχής χρήση, που δύσκολα, όμως, αποφεύγεται. Ωστόσο, είναι δυνατόν να περιορίσουμε την αρνητική επίδραση αυτής της πρακτικής κάνοντας μέσα μας τη διάκριση ανάμεσα στη χρονολογική ηλικία και την πρακτική σωματική, ψυχική και κοινωνική κατάσταση του ατόμου. Μπορούμε, ακόμα, ν' αντισταθούμε στην άποψη, που υπονοεί μια σχέση ανάμεσα στη χρονολογική ηλικία και την ανθρώπινη αξία. «Δέκα χρόνια μεγαλύτερος» δεν σημαίνει «δέκα χρόνια χειρότερος» ή «δέκα χρόνια λιγότερο αξιόλογος».

Το σύστημα διαβάθμισης των ανθρώπων σε ηλικίες δίνει έμφαση σ' εκείνο που βασικά ενδιαφέρει την κοινωνία. Η λειτουργική ηλικία δίνει έμφαση στα άμεσα γεγονότα, που αφορούν το άτομο. Θεωρητικά και οι δύο απόψεις θα έπρεπε να παίρνονται υπόψη. Τα προβλήματα δημιουργούνται, όταν δεν προσφέρονται στο άτομο οι ευκαιρίες να λειτουργήσει στο βαθμό που μπορεί, γεγονός που, συνήθως, οφείλεται σε περιβαλλοντικούς περιορισμούς ή είναι απλώς θέμα κοινωνικού ελέγχου. Μεγαλύτερη επίγνωση πάνω σε αυτά τα διαφορετικά πλαίσια αντιμετώπισης οδηγεί στην ανάπτυξη πιο ευέλικτων χειρισμών σε ολόκληρο το διάστημα της ζωής. Η ανάγκη της κοινωνίας να

χωρίσει τους ανθρώπους σε «νέους» και «γέρους» μπορεί να γίνει σεβαστή στο βαθμό, που δεν τους αναγκάζει είτε ν' αναλάβουν πρόωρες ευθύνες ή ν' αποσυρθούν χωρίς τη θέλησή τους ή να στερηθούν ευκαιρίες, που είναι σε θέση να εκμεταλλευτούν.

Τα γηρατειά, ωστόσο, είναι μια νοητική κατάσταση. Καθορίζεται είτε από εξωτερικά κριτήρια, όπως η χρονολογική ηλικία, ή από την προσωπική μας κρίση. Τα γηρατειά μπορούμε να τα τοποθετήσουμε σχετικά αργά στη ζωή. Μπορούμε να τα θεωρήσουμε είτε επιθυμητή ή τρομακτική κατάσταση. Μπορούμε να προσπαθήσουμε απλώς να τα ξεχάσουμε, αλλά εγώ, προσωπικά, αφήνω αυτή την επιλογή στους άλλους.

Τα «γηρατειά» θα συνεχίσουν, όπως φαίνεται, να μετατοπίζονται αρκετές δεκαετίες προς τα πίσω. Μέχρι πριν από λίγα χρόνια, οι κοινωνικοί στατιστικολόγοι και οι περισσότεροι άλλοι επιστήμονες θεώρησαν τα εξήντα πέντε χρόνια μαγικό αριθμό, που σημείωνε την έναρξη της τρίτης ηλικίας. Σήμερα, ωστόσο, κορυφαίοι στατιστικολόγοι μεταθέτουν αυτό το όριο στα εβδομήντα πέντε: κάτι τέτοιο τους φαίνεται απλώς λογικότερο με βάση τη διάρκεια της ανθρώπινης ζωής και των μεταβαλλόμενων χαρακτηριστικών, που παρουσιάζουν οι πληθυσμοί των «ανεπτυγμένων» κοινωνιών (...) (Ρόμπερτ Καστενμπάουμ).

Αυτό που απασχολεί κυρίως στα μετέπειτα χρόνια είναι να καταφέρει κανείς μια κοινωνική και προσωπική ολοκλήρωση, μια αίσθηση αρμονίας με τον κόσμο και ένα συμβιβασμό με τη ζωή του, βλέποντάς την στο σύνολό της. Είναι ακόμα η περίοδος, όπου οι άνθρωποι μαθαίνουν να ζουν με την ιδέα του θανάτου. Πιστεύουμε ότι, παρ' όλο που υπάρχει μια επαλληλία με την τελευταία φάση της καθιέρωσης, η ανησυχία αυτή της ολοκλήρωσης γίνεται ιδιαίτερα έντονη στο τέλος της δεκαετίας των

πενήντα. Το καθοριστικό σημείο είναι πιθανόν η σύνταξη, συνήθως στην από τον νόμο καθορισμένη ηλικία των εξήντα και εξήντα πέντε χρόνων.

Στις παραδοσιακές κοινωνίες οι συνθήκες, για να κατορθώσουν οι ηλικιωμένοι αυτή την αίσθηση της ολοκλήρωσης, είναι πιο ευνοϊκές. Σε τέτοιες κοινωνίες, εκτός από συνθήκες έκτακτης ανάγκης, όπου η φυσική αντοχή έχει πρωταρχική σημασία οι γέροι της φυλής απολαμβάνουν σεβασμό κι εκτίμηση για όσα μπορούν να προσφέρουν επειδή είναι γέροι. Έχουν συσσωρεύσει γνώση, σοφία, πείρα και κρίση. Και οι γνώσεις και οι επιδεξιότητες που έχουν αποκτήσει από τότε που ήταν νέοι εξακολουθούν να ισχύουν παρά το πέρασμα του χρόνου.

Ένα από τα πλεονεκτήματα των γηρατειών, είναι ότι οι άνθρωποι με κάποια ηλικία μπορούν να δημιουργήσουν ένα αυθεντικό τρόπο ζωής χωρίς το κυνήγι του κύτους, χωρίς ανταγωνισμούς και υπολογισμούς, χωρίς να αποσκοπούν σε μελλοντικές απολαβές, αλλά που είναι αφιερωμένοι στις τωρινές χαρές και στην απόλαυση του σήμερα.

Μερικοί κοινωνικοί θεωρητικοί τονίζουν, ότι σε μία κοινωνία με τόση αφθονία όση η δική μας, οι γέροι θα έπρεπε να αισθάνονται ότι έχουν το δικαίωμα να διασκεδάσουν ύστερα από μια ολόκληρη ζωή σκληρής δουλειάς. Την αποχώρησή τους την έχουν κερδίσει μόνοι τους δεν τους την προσφέρουμε εμείς οι υπόλοιποι σαν «δώρο» και ούτε θα πρέπει να θεωρούνται βάρος από κείνους, που βρίσκονται ακόμα στην παραγωγή. Στην πραγματικότητα, οι γέροι με το να ευχαριστιούνται τη ζωή τους, μπορούν και να προσφέρουν στην κοινωνία, δείχνοντας σε μας τους υπόλοιπους πώς να ζούμε και γερνώντας ευχάριστα

απαλλάσσουν τους νέους από τον φόβο του μέλλοντος (Ρόνα & Ρόμπερτ Ράποπορ).

## **2. 7. ΘΕΩΡΙΕΣ ΠΟΥ ΒΟΗΘΟΥΝ ΝΑ ΚΑΤΑΝΟΗΣΟΥΜΕ ΠΩΣ ΚΑΙ ΓΙΑΤΙ ΑΝΑΠΤΥΣΣΟΥΜΕ ΣΤΕΡΕΟΤΥΠΑ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΑΛΛΟΥΣ**

- 1.** Η θεωρία της ρεαλιστικής σύγκρουσης υποστηρίζει ότι η προκατάληψη είναι ένα συνηθισμένο αποτέλεσμα του ανταγωνισμού μεταξύ ομάδων για κάτι το οποίο σπανίζει. Η αντίληψη του «άλλου» ως απειλής προκαλεί εχθρότητα και αυξάνει τον εθνοκεντρισμό. Οι ηλικιωμένοι παρουσιάστηκαν ως τέτοια «ευδιάκριτη απειλή» μόλις τα τελευταία χρόνια, κυρίως σε συζητήσεις που αφορούν την «ισότητα ή την δικαιοσύνη μεταξύ των γενεών». Η αιχμή των επιχειρημάτων είναι ότι οι «ηλικιωμένοι» αποτελούν οικονομική απειλή, με την έννοια ότι καταναλώνουν (συντάξεις, υπηρεσίες υγείας και κοινωνικές παροχές) χωρίς να παράγουν, επιβαρύνοντας «άδικα» τα υπόλοιπα μέλη της κοινωνίας.
- 2.** Η θεωρία της κοινωνικής ταυτότητας υποστηρίζει ότι το βασικό κίνητρο του ατόμου είναι η απόκτηση και διατήρηση μιας θετικής κοινωνικής ταυτότητας. Η προκατάληψη και τα στερεότυπα μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως όπλα στον αγώνα για τις λιγοστές πηγές κοινωνικής καταξίωσης, όπως είναι το γόητρο

και το κύρος, στο πλαίσιο της κοινωνίας. Εάν το να «είναι κανείς νέος» εκφράζει μια πιο θετική κοινωνική ταυτότητα από το να «είναι γέρος», τότε πρέπει να εμμείνει σε αυτό. Το παραπάνω μπορεί να συνιστά έναν από τους λόγους για τους οποίους φαίνεται τόσο διαδεδομένη η άρνηση του να είναι κανείς «ηλικιωμένος».

- 3.** Η θεωρία της κοινωνικής μάθησης υποστηρίζει ότι οι παρατηρήσεις σχετικά με τις έκδηλες διαφορές μεταξύ των ομάδων προέρχονται από κοινωνικά ισχυρές πηγές, όπως οι γονείς, το σχολείο, οι παρέες και τα μέσα μαζικής επικοινωνίας. Η τηλεόραση για παράδειγμα, μπορεί να προβάλλει την άποψη ότι οι ηλικιωμένοι είναι δραστήριοι, ανεξάρτητοι και αξιοσέβαστοι ή την άποψη ότι είναι γκρινιάρηδες, αδιάκριτοι και ενοχλητικοί. Αυτό που συμβαίνει είναι ότι οι φιλανθρωπικές καμπάνιες και οι τηλεοπτικές εκπομπές που συγκεντρώνουν χρήματα έχουν την τάση να παρουσιάζουν μια ταπεινωτική εικόνα των ηλικιωμένων, αναπαριστώντας τους ως εξαρτημένους, ευάλωτους και «κοινωνικά θυματοποιημένους» (Hazan, 1990). Οποιαδήποτε αντίληψη ωστόσο για τον ύστερο βίο που προβάλλεται από τα μέσα μαζικής επικοινωνίας θα είναι αναπόφευκτα μεροληπτική. Το γεγονός αυτό εξηγεί πιθανώς για πιο λόγο οι ηλικιωμένοι δυσκολεύονται συχνά να ταυτιστούν με τηλεοπτικές εικόνες μεγάλων σε ηλικία ανθρώπων που παρουσιάζονται ευτυχισμένοι, ανέμελοι και άνετοι. Τα στερεότυπα διαμορφώνονται επίσης από τους



κοινωνικούς ρόλους που τα μέλη των ομάδων υιοθετούν κατά τις αλληλεπιδράσεις τους. Αν τελικά οι γηραιότεροι προβάλλονται πάντα σε ένα πιο εξαρτημένο ρόλο, αυτό μπορεί να γίνει αντιληπτό ως προσωπικό τους χαρακτηριστικό. Η αποδοχή χαρακτηριστικών και στερεοτύπων επομένως μπορεί να προέρχεται από κοινωνικά δομημένες διαφορές (κάτι ανάλογο έχει συμβεί και με τις γυναίκες, οι οποίες προβάλλονται ως «γεμάτες φροντίδα και στοργή»), χαρακτηρισμοί οι οποίοι διατηρούνται και στον ύστερο βίο.

4. Οι ψυχοδυναμικές θεωρίες υποστηρίζουν ότι τα επιθετικά συναισθήματα προς τους γονείς, τα οποία υπάρχουν από την παιδική ηλικία αλλά δεν μπορούν να εκδηλωθούν, εξακολουθούν να υφίστανται στην ενήλικη προσωπικότητα και να εκδηλώνονται με μία τάση αυταρχικότητας. Αυτά τα συναισθήματα μπορεί να μετατίθενται σε ασθενέστερα μέλη της κοινωνίας μέσα από διάφορες εκλογικεύσεις. Ορισμένα περιστατικά κακοποίησης ηλικιωμένων μέσα στην οικογένεια ή σε ιδρύματα είναι πιθανό να αντιπροσωπεύουν μια προκατάληψη που διαμορφώθηκε με αυτό τον τρόπο.
5. Οι γνωστικές θεωρίες υποστηρίζουν ότι ο τρόπος με τον οποίο επεξεργαζόμαστε συνήθως πολλές και σύνθετες πληροφορίες έχει διάφορες συνέπειες, μία εκ των οποίων μπορεί να είναι η δημιουργία και η διατήρηση των στερεοτύπων. Δεδομένου ότι η ικανότητα επεξεργασίας πληροφοριών στους

ανθρώπους είναι περιορισμένη, οι εγγενείς δυσκολίες καταλήγουν συχνά με εμφανείς κλονισμούς της αντίληψης και της γνωστικής διεργασίας.

- 6.** Η θεωρία συνάφειας των πεπιοθήσεων ισχυρίζεται ότι τα μέλη εκτός ομάδας απορρίπτονται όχι τόσο εξαιτίας των φυσικών τους χαρακτηριστικών, όσο εξαιτίας των ανόμοιων ή μη συναφών πεπιοθήσεών τους. Επιπλέον η απόρριψη που μπορεί να εκφράσει ο καθένας μας ενδέχεται να οφείλεται κυρίως στην απόδοση διαφόρων χαρακτηριστικών συμπεριφοράς. Έτσι, μπορεί να απορρίπτουμε τους ηλικιωμένους επειδή (έχουμε την πεπιοθήση ότι) πηγαίνουν στην εκκλησία, πιστεύουν στο θεό, συμπεριφέρονται συντηρητικά ασχολούνται περισσότερο με το παρελθόν παρά με το μέλλον, προσέχουν πολύ πριν κάνουν ένα βήμα στο δρόμο κλπ.
- 7.** Η θεωρία του υπερτονισμού υποστηρίζει ότι οι διαφορές μεταξύ ατόμων που ανήκουν σε διαφορετικές κατηγορίες τονίζονται ή υπερεκτιμώνται, ενώ αντίθετα οι διαφορές τους μέσα στην ίδια κατηγορία υποτιμώνται. Αυτό σημαίνει ότι μέσα στην ομάδα των «ηλικιωμένων» όλα τα χαρακτηριστικά τους ομογενοποιούνται, ενώ τονίζονται οι διαφορές τους από τους νεότερους. Τα αποτελέσματα του «υπερτονισμού» δεν περιορίζονται μόνο στην κατηγοριοποίηση των ανθρώπων, απλώς σε αυτόν τον τομέα φαίνεται να έχουν συσσωρευτεί πολλά στοιχεία που καταδεικνύουν την ισχύ τους (Hamilton&Trolrier, 1986).

8. Η θεωρία του πλασματικού συσχετισμού πρεσβεύει ότι δύο διαφορετικά γεγονότα, τα οποία συμβαίνουν τυχαία την ίδια χρονική στιγμή, μπορεί να δώσουν την εντύπωση ότι σχετίζονται μεταξύ τους, με άλλα λόγια, αυτή η συν – εκδήλωση των γεγονότων γίνεται αντιληπτή ως απόδειξη της μεταξύ τους σχέσης ( Hamilton& Trolie, 1986)

## **2. 7. α. ΣΤΕΡΕΟΤΥΠΕΣ ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ.**

Η ιδέα που οι περισσότεροι άνθρωποι έχουν για τη Τρίτη ηλικία μπορεί να παραλληλιστεί με την ακόλουθη χαρακτηριστική περιγραφή που έδωσε ένας ερευνητής της γεροντολογικής ψυχολογίας (Butler, 1974).

«Οι μεγάλοι άνθρωποι κινούνται και σκέφτονται αργά. Μένουν κλεισμένοι στον εαυτό τους και στο παρελθόν και δεν μπορούν πια ν' αλλάξουν ή να εξελιχθούν. Η ικανότητά τους για μάθηση έχει καταπέσει, δεν τους διακρίνει καμία ευελιξία πνεύματος, αλλά ακόμη και αν μπορούσαν να συμπεριφερθούν αλλιώς, δεν θα το επιθυμούσαν. Δεμένοι στην ατομική παράδοση και στον διαρκώς αυξανόμενο συντηρητισμό τους, απεχθάνονται τις καινοτομίες και τους νεωτερισμούς και δεν είναι πρόθυμοι να καλωσορίσουν καινούριες ιδέες. Όχι μόνο είναι ανίκανοι να κινηθούν προς τα εμπρός, αλλά συχνά είναι επιρρεπείς στο να κινηθούν προς τα πίσω. Η συμπεριφορά τους θυμίζει την παιδική ηλικία, με τον αυξημένο εγωκεντρισμό που τους διακρίνει και τη

διάθεσή τους να διεκδικήσουν περισσότερα από όσα είναι πρόθυμοι να δώσουν. Γίνονται ευερέθιστοι και δύστροποι, αλλά και ρηχοί και εξασθενημένοι. Ζουν με το παρελθόν τους. Το μυαλό τους είναι άδειο από στόχους, συνήθως αναπολούν τις παλιές εμπειρίες τους και τους πιάνει λογοδιάρροια. Οι νοητικές τους ικανότητες κάμπτονται, ενώ οι φυσικές τους δυνάμεις φθίνουν διαρκώς. Έχουν χάσει τους περισσότερους φίλους τους και δεν μπορούν να τους αναπληρώσουν με καινούριους. Όπως δεν μπορούν να αναπληρώσουν την δουλειά τους, τον/ την σύζυγο τους, τη δύναμή τους, τη θέση τους, την επιρροή τους, το εισόδημά τους. Συχνά τους ταλαιπωρούν ασθένειες που περιορίζουν τις κινήσεις τους, την απόλαυση του φαγητού, τις καθημερινές μικρές απολαύσεις. Το ενδιαφέρον τους για το σεξ και η συναφής δραστηριότητα πέφτουν. Το σώμα συρρικνώνεται. Μειώνεται η ροή του αίματος στον εγκέφαλο και το αίμα δεν οξυγονούται πια επαρκώς. Τρεμάμενοι, χωρίς ενδιαφέροντα, ένα βάρος στην κοινωνία, στην οικογένεια και στους εαυτούς τους».

Η περιγραφή αυτή των ανθρώπων της τρίτης ηλικίας φαίνεται ν' ανταποκρίνεται στην κοινή αντίληψη που έχουν οι άνθρωποι σε όλες τις κοινωνίες. Οι ηλικιωμένοι θεωρούνται ότι είναι λιγότερο ικανοί σε σχέση με τους νεότερους από αυτούς ενήλικες (Avolio&Barrett, 1987) εκτός και αν η συμπεριφορά τους αποδεικνύει το αντίθετο. Αρκετά διαδεδομένη είναι και η αντίληψη ότι οι ηλικιωμένοι είναι λιγότερο ευφυείς και πιο εύθραυστοι σωματικά (Lachman&Mc Arthur,1986). Παρά την γενική τάση των μέσων μαζικής ενημέρωσης να προβάλουν την εικόνα του ενεργητικού και δημιουργικού υπερήλικα, η αντίληψη που έχει ο μέσος άνθρωπος δεν φαίνεται να μεταβάλλεται(...)

(...) Η αρνητική περιγραφή, ακόμη και όταν ισχύει για μερικούς, είναι αδύνατο να γενικευτεί σε όλους τους ηλικιωμένους. Από την άλλη πλευρά, οποιαδήποτε καλή επίδοση που πετυχαίνουν τα άτομα της τρίτης ηλικίας γνωρίζουμε ότι οφείλεται στην ικανότητα που κατέχουν και ποτέ στην τύχη (Lachman&Mc Arthur,1986). Θα είμαστε πιο κοντά στην πραγματικότητα εάν υποστηρίξουμε ότι οι αντιλήψεις μας για την τρίτη ηλικία είναι ένα σύνθετο και μη ξεκάθαρο αμάλγαμα ιδεών. Σε μια έρευνα, οι Schmidt&Boland (1986) ζήτησαν από φοιτητές να φτιάξουν μια λίστα και να γράψουν όσα περισσότερα χαρακτηριστικά μπορούσαν να βρουν, τα οποία να συνδέονται με τις στερεότυπες αντιλήψεις που έχουν για τους ηλικιωμένους. Η ποικιλία των απαντήσεων που δόθηκαν ήταν αξιοσημείωτη. Οι ηλικιωμένοι θεωρούνται όχι μόνο εύθραυστοι και ανήμποροι, αλλά επίσης ανθεκτικοί στις δυσκολίες, ακόμη και σκληροί. Περιγράφονται ως γκρινιάρηδες, ξεροκέφαλοι και διεκδικητικοί, αλλά και γενναιόδωροι, αξιαγάπητοι και σοφοί. Είναι αξιοσημείωτο και έχει τονιστεί από διάφορους ερευνητές, πόσες αντιθετικές ιδιότητες είναι δυνατόν να χαρακτηρίζουν τους ανθρώπους της τρίτης ηλικίας. Πολλοί από αυτούς είναι ενεργητικοί και ικανοί, άλλοι είναι άρρωστοι και αποτραβηγμένοι. Μερικοί βρίσκονται στο απόγειο της δύναμής τους, ενώ άλλοι είναι η προσωποποίηση της απογοήτευσης. Μερικοί ζουν τα «χρυσά χρόνια» της ζωής τους, αφού δρέπουν τους καρπούς των κόπων τους και απολαμβάνουν αυτά για τα οποία προσπάθησαν στα προηγούμενα στάδια της ζωής τους, ενώ άλλοι γίνονται μία καρικατούρα του παλιού τους εαυτού.

Έχει τονιστεί ότι σήμερα, περισσότερο από κάθε άλλη εποχή στο παρελθόν, η διαφοροποίηση με την έννοια των διατομικών

διαφορών χαρακτηρίζει τους ηλικιωμένους και αποτελεί το ορόσημο της τρίτης ηλικίας (Άννα Αβεντίσιον – Παγοροπούλου, 1993).

## **2. 7. β. ΑΡΝΗΤΙΚΑ ΣΤΕΡΕΟΤΥΠΑ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ**

Νεότερες μελέτες κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι αξίες του πολιτισμού και οι ιδεολογικοί προσανατολισμοί ασκούν έντονη επιρροή στη διαμόρφωση της θέσης των ηλικιωμένων (Palmore, 1975 - Rhodes, 1984). Πρόσθετα, έχουν παρατηρηθεί αξιοσημείωτες πολιτισμικές διαφορές ως προς τον βαθμό διαμόρφωσης αρνητικών στερεοτύπων για τους ηλικιωμένους ακόμη και σε χώρες με υψηλό επίπεδο εκσυγχρονισμού (Arnoff, Leon&Lorge, 1964).

Η ανδρική κυριαρχία και η συστηματική ανισότητα ανάμεσα στα δύο φύλα ενισχύθηκαν από την άποψη ότι προσδιορίζονται από βιολογικούς παράγοντες και κατά συνέπεια είναι παγκόσμιο φαινόμενο. Οι ερευνητές, ωστόσο, μελέτησαν εθνογραφικά και ιστορικά δεδομένα και διαπίστωσαν ότι η ανισότητα δεν είναι παγκόσμιο φαινόμενο υπογραμμίζοντας το σημαντικό ρόλο που ασκεί ο πολιτισμός (Schlegel, 1977 – Leacock, 1981 – Jensen&Oakley, 1982-3 – Bleier, 1984). Ακόμη και η Mead (1949) αναθεώρησε τις αρχικές τις απόψεις ότι οι διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα προσδιορίζονται από βιολογικούς παράγοντες και είδε, τελικά, ότι οι λεγόμενες ανδρικές και γυναικείες ιδιότητες προσδιορίζονται ουσιαστικά από τον πολιτισμό.

Από μελέτες που έγιναν επίσης στις ΗΠΑ διαπιστώθηκε συμφωνία ανάμεσα σε άνδρες και γυναίκες αναφορικά με τις ιδιότητες που αποδίδονται στο καθένα από τα δύο φύλα καθώς και στην αξιολόγηση των ιδιοτήτων αυτών. Οι εκπρόσωποι των δύο φύλων τρέφουν περισσότερη εκτίμηση στους άνδρες παρά στις γυναίκες (Sherriffs&Jarrett, 1953 – Rosencrantz, 1968). Διαπιστώθηκε επίσης ότι υπάρχει στις γυναίκες ένα εσωτερικευμένο αρνητικό στερεότυπο (Vasilliou, 1966). Πρέπει, ωστόσο, να σημειωθεί ότι η διαφοροποιημένη αυτή αξιολόγηση ανδρών και γυναικών παρατηρήθηκε στις ΗΠΑ προτού το Γυναικείο Κίνημα αναπτυχθεί στην πληρότητά του και ότι το παράλληλο κίνημα στην Ελλάδα βρίσκεται ακόμη στην αρχική του φάση.

Απόψεις σχετικά με την σεξουαλική συμπεριφορά των ηλικιωμένων και τη σεξουαλική φύση της γυναίκας αμφισβητήθηκαν επίσης. Οι Pfeiffer και Davis (1972) κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι, τόσο για τους άνδρες όσο και για τις γυναίκες, η σεξουαλική συμπεριφορά κατά την τρίτη ηλικία αποτελεί συνέχεια της πρακτικής που το άτομο ακολουθούσε στα προηγούμενα χρόνια της ζωής του και προσδιορίζεται μόνο από τους κοινωνικούς κανόνες και από το πόσο διαθέσιμοι είναι οι σύζυγοι. Επίσης, οι Masters και Johnson (1966) διαπίστωσαν ότι η ηλικία δεν μειώνει τη σεξουαλική ικανότητα της γυναίκας, την επιθυμία της για σεξουαλική επαφή ή την ικανότητά της για την πράξη καθεαυτή.

Οι δύο αυτές τάσεις που εμφανίζονται στην έρευνα συνδυάζονται στις μελέτες που εξετάζουν το status των ηλικιωμένων γυναικών. Οι ερευνητές αναφέρουν ότι η κοινωνία έχει «δύο μέτρα και δύο σταθμά» για τους ηλικιωμένους. Έχει,

δηλαδή, για την ηλικιωμένη γυναίκα περισσότερο αρνητική αντίληψη από εκείνη που έχει για τον ηλικιωμένο άνδρα (Drevenstadt, 1976 – Sontag, 1972 – Safilios&Rothschild, 1977 – Harris&Cole, 1980). Και αφού το να είναι ένα άτομο ηλικιωμένο και γυναίκα σημαίνει διπλή απώλεια σε status, δεν εκπλήσσει το γεγονός οι ηλικιωμένες γυναίκες εμφανίζουν συχνότερα καταθλίψεις, έχουν μειωμένη εκτίμηση για τον εαυτό τους και περισσότερα προβλήματα υγείας (Lynn, Hunter&Perry, 1979 – Markides, 1984).

Ο ελληνικός πολιτισμός περιγράφεται ως έντονα προσανατολισμένος προς το ανδρικό φύλο (Σπινέλλη, Βασιλείου, 1970 – Λαμπίρη-Δημάκη, 1983 – Τάκαρη, 1984) και ακόμη, ως πολιτισμός που υιοθετεί σε μεγάλο βαθμό αρνητικά στερεότυπα για τους ηλικιωμένους (Arnoff, Leon&Lorge, 1964). Υποθέσαμε, κατά συνέπεια, ότι οι εκπρόσωποι και των δύο φύλων στην Ελλάδα, θα τοποθετούσαν σε πρωιμότερη ηλικία την αναμενόμενη κάμψη για τις γυναίκες σε σύγκριση με τους άνδρες. Για τις ΗΠΑ προβλέψαμε ότι άνδρες και γυναίκες θα έβλεπαν μικρή ή καμία διαφορά ως προς την αναμενόμενη ηλικία κάμψης στα δύο φύλα. Προβλέφθηκε, τέλος, ότι οι Έλληνες άνδρες σε σύγκριση με τους άνδρες των ΗΠΑ και οι Ελληνίδες σε σύγκριση με τις γυναίκες των ΗΠΑ αντιλαμβάνονται μεγαλύτερες διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα ως προς την ηλικία κάμψης.

Ουσιαστικές διαφορές στη στάση προς τους ηλικιωμένους παρουσιάζονται ανάμεσα στις παραδοσιακές και τις σύγχρονες κοινωνίες. Ενώ η στάση είναι πιο θετική στις πρωτόγονες κοινωνίες γίνεται σταδιακά πιο αρνητική με την αύξηση του νεωτερισμού. Αυτή η θέση όμως δεν είναι απόλυτη. Την αμφισβητούν πολλοί κοινωνικοί επιστήμονες που αποδεικνύουν



ακόμη ότι και στις πρωτόγονες ή παραδοσιακές κοινωνίες οι ηλικιωμένοι υφίστανται πολλές από τις πιέσεις των σύγχρονων δυτικών κοινωνιών. Οι κοινωνικοί αυτοί επιστήμονες τονίζουν ότι είναι απαραίτητο να γίνεται ο διαχωρισμός ανάμεσα στα πολιτιστικά ιδεώδη και στην πραγματική καθημερινή πρακτική και συμπεριφορά. Οπωσδήποτε όμως πιο θετική στάση απέναντι στους ηλικιωμένους στις κοινωνίες που είναι στατικές, όπου οι ηλικιωμένοι αποτελούν μικρό ποσοστό του πληθυσμού ή όπου οι ηλικιωμένοι παίζουν κοινωνικά σημαντικούς ρόλους. Πιστεύεται ότι στις σύγχρονες κοινωνίες δεν είναι τόσο η αστικοποίηση και η εκβιομηχάνιση που συμβάλλουν στις αρνητικές θέσεις όσο η κακή υγεία των ηλικιωμένων ή η απομόνωσή τους και η οικονομική τους δυσχέρεια που οδηγούν σε δυσκολίες προσωπικές και σε συγκρούσεις με τους νέους. Υπάρχουν ερευνητές, όπως ο Barron, που βλέπουν τη σχέση νέων – ηλικιωμένων σαν ένα ταξικό πόλεμο όπου οι νέοι χρησιμοποιούν την προκατάληψη ενάντια στους γηραιότερους σαν δικαιολογητικό ώστε να μπορέσουν να εκλογικεύσουν την έξωση των ηλικιωμένων από τις θέσεις εργασίας και από την παραγωγική συμμετοχή.

Γενικά η στάση των νέων παρουσιάζεται θετική. Το ένα τρίτο των ερευνηθέντων πληθυσμών έχει μία σαφή αρνητική στάση. Ουσιαστικής σημασίας όμως είναι οι παράγοντες που μειώνουν την αρνητική στάση. Η προκατάληψη και η άρνηση μειώνονται με α) την επαφή και την επικοινωνία, β) το επίπεδο εκπαίδευσης, γ) την κοινωνική τάξη και δ) τις γνώσεις και την χρησιμότητα των ιδίων των ηλικιωμένων για το κοινωνικό τους περιβάλλον.

Όποιο και αν είναι το επίπεδο της μελέτης και η έκτασή της οι μελετητές καταλήγουν σε ένα κοινό συμπέρασμα. Το θέμα της στάσης απέναντι στο γήρας είναι πολύ σημαντικό, ιδιαίτερα με τις

σημερινές δημογραφικές συνθήκες και απαιτεί βαθύτερη και ευρύτερη εξέταση. Η δε πληθώρα των διαστάσεων του φαινομένου και η σημασία των επιπτώσεων του οδηγούν στο συμπέρασμα ότι ούτε τα θεωρητικά πλαίσια που έχουν χρησιμοποιηθεί μέχρι στιγμής αλλά ούτε οι μέθοδοι και οι τεχνικές που έχουν αξιοποιηθεί επαρκούν για την πλήρη και αποδοτική κατανόησή του. Σαν αποτέλεσμα όλοι προτείνουν την περαιτέρω μελέτη του θέματος τόσο σε εθνικά όσο και σε διακρατικά επίπεδα (Δημ. Κουρτελάτος & Σοφ. Παρασκευά – Σακκά).

## **2. 7. γ. ΠΡΟΣΚΟΛΗΣΗ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΣΤΑ ΣΤΕΡΕΟΤΥΠΑ ΤΗΣ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ**

Υπάρχει μια σειρά από στερεότυπες αντιλήψεις για την τρίτη ηλικία, οι οποίες κυριαρχούν στην σκέψη των περισσότερων ανθρώπων. Οι ενήλικες διαμορφώνουν τις στερεότυπες αυτές αντιλήψεις από την νεότητα και λίγο ως πολύ, τις υιοθετούν για όλη τους τη ζωή. Κατά συνέπεια, η έλευση της τρίτης ηλικίας τους βρίσκει με διαμορφωμένες ήδη τις απόψεις τους για το τι είναι ένας «τυπικός ηλικιωμένος».

Από την άλλη πλευρά, σε κάθε κοινωνία υφίστανται οι ανάλογες «κοινωνικές επιταγές» σχετικά με το πώς είναι αποδεκτό να συμπεριφέρεται κάθε άτομο ανάλογα με την ηλικία του. Στις χώρες του δυτικού πολιτισμού, γενικά, η ταμπέλα του «ηλικιωμένου» και ακόμη περισσότερο, του «γέρου» είναι επιφορτισμένη με πολλές προκαταλήψεις. Σημαίνει ότι πρέπει να απαρνηθεί κανείς τη συμπεριφορά του νέου και να υιοθετήσει τη

συμπεριφορά του γέρου. Κάτι τέτοιο όμως συνεπάγεται και όλες τις στερεότυπες αντιλήψεις που συνοδεύουν τους γέρους, γι' αυτό οι έρευνες έχουν δείξει ότι από τους ανθρώπους που βρίσκονται στα εξήντα τους, μόνο ένα 51% αυτό – χαρακτηρίζονται γέροι (Ward, 1984).

Μόνο τα άτομα που έχουν ανελιχθεί πνευματικά και των οποίων η προσωπικότητα έχει διαφοροποιηθεί με τρόπο που να αναδεικνύει τη μοναδικότητά της, είναι σε θέση να βιώσουν με επιτυχία την γήρανση. Τα εξελεγμένα αυτά άτομα όχι μόνο δεν φοβούνται τις κάθε λογής ταμπέλες και επιγραφές, αλλά επίσης καλωσορίζουν με ικανοποίηση το νέο αυτό στάδιο της ζωής τους και είναι έτοιμα να αντιμετωπίσουν τις χαρές και τις λύπες που φέρνει.

Συνήθως τα εξελεγμένα αυτά άτομα είναι και δημιουργικά. Οι επιλογές των ρόλων σύμφωνα με την βαθύτερη εσωτερική ταυτότητα του κάθε ηλικιωμένου είναι το χαρακτηριστικό προνόμιο της τρίτης ηλικίας. Σε όλες τις προηγούμενες ηλικίες, ο αγώνας για την επιβίωση και τα βαριά καθήκοντα της ανατροφής των παιδιών και της επαγγελματικής σταδιοδρομίας δεν αφήνουν μεγάλα περιθώρια στους ανθρώπους να ψάξουν και να βρουν την πραγματική τους ταυτότητα. Πολύ περισσότερο, δεν υπάρχουν τα περιθώρια (χρόνου, ενέργειας κλπ.) να επιδοθεί κανείς στις ασχολίες που του δίνουν νόημα και τον ικανοποιούν βαθύτερα. Τα άτομα που φτάνουν στην τρίτη ηλικία έχοντας επίγνωση του εαυτού τους, συλλαμβάνουν εύκολα αυτή την πραγματικότητα και αξιοποιούν τα χρόνια της μεγάλης ηλικίας δημιουργικά. Συνήθως, είναι πιο μακρόβια και το κυριότερο, πιο ικανοποιημένα από τη ζωή τους.

Μια μεγάλη μερίδα ηλικιωμένων, ωστόσο, παραμένει προσκολλημένη στις στερεότυπες αντιλήψεις για την ηλικία τους. Όπως έχουν δείξει συναφής έρευνες, όσο πιο πολύ πιστεύουν στα στερεότυπα, τόσο πιο μειωμένη είναι η αυτό – εκτίμηση τους (Ward, 1984). Η αυτό – εκτίμηση, η οποία συνδέεται με την εικόνα που έχει ο καθένας για τον εαυτό του, μειώνεται σταθερά στην τρίτη ηλικία (Aiken, 1989).

## **2. 8. ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ**

1. Να μπορούν να ζήσουν με αξιοπρέπεια, κατανόηση και σεβασμό.
2. Να έχουν εισόδημα ικανό να τους εξασφαλίσει ικανοποιητικές συνθήκες διαβίωσης.
3. Να έχουν στέγη προσαρμοσμένη στις ανάγκες της ηλικίας τους και να ζουν, όπου είναι δυνατό, σε οικολογικό περιβάλλον που δεν τους επιβαρύνει.
4. Να έχουν πλήρη ιατροφαρμακευτική περίθαλψη.
5. Να έχουν κάποια απασχόληση, εφόσον το επιθυμούν, ώστε να μην αισθάνονται άχρηστοι και περιθωριοποιημένοι.
6. Να μπορούν να παραμένουν στα σπίτια τους, μέχρι το τέλος τους και να απομακρύνονται μόνο αν υπάρχουν ανυπέρβλητα εμπόδια.

Όλα αυτά σημαίνουν:

- Προετοιμασία των ίδιων των ηλικιωμένων, ώστε να είναι συμφιλωμένοι με την ιδέα του γήρατος και επαναπροσδιορισμό ρόλων, στόχων και προσδοκιών.
- Πληροφόρηση των οικογενειών και του ευρύτερου κοινωνικού συνόλου σχετικά με το γήρας, ώστε να μπορεί να αναπτυχθεί καλύτερη αντίληψη και κατανόηση των προβλημάτων που συνδέονται με αυτό.
- Συμμετοχή των ίδιων των ηλικιωμένων στη λήψη αποφάσεων και στην εφαρμογή μέτρων που τους αφορούν.
- Χρησιμοποίηση και αξιοποίηση των ηλικιωμένων σε τομείς που μπορούν να βοηθήσουν, π. χ εθελοντική απασχόληση σε παιδικούς σταθμούς, παιδικές χαρές, όπου μπορούν να αποτελούν ένα σημαντικό υποκατάστατο του παππού και της γιαγιάς, που στερούνται τα παιδιά στις μέρες μας.
- Κρατική μέριμνα και προγράμματα, μέσω των οποίων να καλύπτουν τις ανάγκες τους, όπου αυτό δεν είναι εφικτό να γίνεται από τους ίδιους ή τις οικογένειές τους.

Προς αυτή την κατεύθυνση έχουν γίνει σημαντικά βήματα τα τελευταία χρόνια, σε παγκόσμια κλίμακα, αλλά και στη χώρα μας. Υπάρχουν δομές και προγράμματα όπως:

- Ιδρύματα κλειστής περίθαλψης (Γηροκομεία).
- ΚΑΠΗ (Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων)
- Κατασκηνώσεις.
- Κοινωνικοί ξενώνες.

- Βοήθεια στο σπίτι (πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, εξασφάλιση γευμάτων, βοήθεια στην τήρηση καθαριότητας κλπ.).
- Στεγαστική συνδρομή (σε ανασφάλιστα και οικονομικώς αδύνατα άτομα και ζεύγη).
- Επίδομα ανασφάλιστου(μέσω ΟΓΑ, σε ανασφάλιστα άτομα άνω των 65ετών, ισόποσο με σύνταξη ΟΓΑ)
- Τηλεπικοινωνία (σύνδεση με ειδική υπηρεσία για αναγγελία επείγοντος προβλήματος και βοήθεια).

Όλα τείνουν στο να παραμένουν οι ηλικιωμένοι στα σπίτια τους, τόσο γιατί το κόστος αυτής της περίθαλψης είναι πολύ χαμηλότερο από την ιδρυματική περίθαλψη, όσο και γιατί οι ίδιοι αισθάνονται πολύ καλύτερα.

Η εντύπωση που έχει δημιουργηθεί, ότι οι ηλικιωμένοι ζουν πλέον μακριά από τις οικογένειές τους ή σε ιδρύματα, από τη συνεχή αύξηση ιδιωτικών κυρίως οίκων ευγηρίας, δεν ανταποκρίνεται στην πραγματικότητα. Υπολογίζεται ότι το ποσοστό αυτό δεν ξεπερνά το 5,6%, σύμφωνα με στοιχεία της Παγκόσμιας Ομοσπονδίας Ηλικιωμένων, ενώ στη χώρα μας είναι ακόμη χαμηλότερο. Ένα «άτυπο σύστημα υποστήριξης» στηρίζει τον ηλικιωμένο ακόμη και όπου δεν υπάρχει άμεσο οικογενειακό περιβάλλον. Όλα τα μέτρα τα οποία τείνουν στην διατήρηση των ηλικιωμένων στα σπίτια τους πρέπει, φυσικά, να είναι προσανατολισμένα και προς την οικογένεια, στην οποία να προσφέρεται στήριξη και οικονομική ενίσχυση, ώστε να δημιουργούνται καλύτερες προϋποθέσεις περίθαλψης τους μέσα σε αυτήν.

Στα περισσότερα κράτη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, εκτός από τις υψηλού επιπέδου παρεχόμενες υπηρεσίες στον τομέα της κοινωνικής πρόνοιας και της περίθαλψης, υπάρχει ένα ολόκληρο σύστημα παροχής

εκπτώσεων στους ηλικιωμένους άνω των 60 ή 65 ετών στα μέσα μαζικής συγκοινωνίας και διευκολύνσεις συμμετοχής τους σε πολιτιστικές και επιμορφωτικές δραστηριότητες.

Στη χώρα μας παρέχονται εκπτώσεις για την είσοδο ατόμων της τρίτης ηλικίας – 60 και άνω – σε μουσεία και υπάρχει προσφορά αεροπορικών εισιτηρίων εσωτερικού, αλλά όμως σε περιορισμένη κλίμακα. Υπάρχουν, ακόμη, εκτεταμένα προγράμματα κοινωνικού τουρισμού και χορήγησης δωρεάν εισιτηρίων για θεατρικές παραστάσεις σε συνταξιούχους του ΙΚΑ.

(...) Είναι ανάγκη να επανεξεταστούν οι ηλικίες εξόδου από την εργασία, οι όροι παροχής της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, με μεγαλύτερη συμμετοχή αυτών που έχουν οικονομικά μέσα, η αξιοποίηση των ηλικιωμένων σε θέσεις προσαρμοσμένες στις δυνατότητές τους και γενικά η εξεύρεση λύσεων, που να εξασφαλίζουν στους ηλικιωμένους ένα ελάχιστο επίπεδο αξιοπρεπούς διαβίωσης (Χριστοδούλου Γ.Ν. Β.Π Κονταξάκης, 2000).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>

### ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΙ ΘΑΝΑΤΟΣ

*Δεν τράζουν τον άνθρωπο τα πράγματα, αλλά όσα γι' αυτά έχουν ειπωθεί. ο θάνατος δεν είναι φοβερός, αφού δεν ήταν και για τον Σωκράτη. Είναι φοβερός, γιατί τον πιστεύουμε έτσι.*

*Επίκτητος*



### **3. 1. ΟΡΙΣΜΟΣ ΘΑΝΑΤΟΥ**

Θάνατος είναι η κατάργηση των ζωικών λειτουργιών ενός οργανισμού, η οποία μπορεί να προκληθεί είτε από εξωτερικά αίτια (περιβάλλον, λοιμώξεις, τραύματα κ. α ) είτε εξαιτίας των προϋφουσών εκείνων εκφυλιστικών διεργασιών των κυττάρων που χαρακτηρίζουν το γήρας. Παρ' ότι ο θάνατος φαίνεται ν' αποτελεί ένα χαρακτηριστικό φαινόμενο ολόκληρου του βιολογικού κόσμου, πιστεύεται ότι ο συνήθης ορισμός του δεν μπορεί να εφαρμοστεί στα πρωτόζωα και σ' εκείνα τα κατώτερα μετόζωα που είναι ικανά να αναπαράγονται επ' άπειρον δια διχοτομήσεων. Αυτά τα όντα θα έπρεπε ως εκ τούτον να θεωρούνται αθάνατα, όπως αθάνατου θα ήταν οι κλώνοι των γεννητικών κυττάρων των ανώτερων οργανισμών. Στους ίδιους αυτούς ανώτερους οργανισμούς εξ άλλου, ο θάνατος του ατόμου μπορεί να μην συμπίπτει με τον θάνατο όλων των κυττάρων που το αποτελούν. Σε πολλές περιπτώσεις το σταμάτημα των ζωικών λειτουργιών μπορεί να είναι ανατάξιμο, όπως συμβαίνει π. χ στα βακτηρίδια, στα πρωτόζωα και σε μερικά κατώτερα μετόζωα, των οποίων η ζωικότητα εξαρτάται από τις συνθήκες του περιβάλλοντος. Η κατάσταση στην οποία μπορούν να βρεθούν αυτοί οι οργανισμοί αποκαλείται λανθάνουσα ζωή. Αυτές οι γενικές σκέψεις ισχύουν και για τον άνθρωπο στον οποίο ο θάνατος συμπίπτει με την παύση των τριών βασικών λειτουργιών: της αναπνευστικής, της καρδιοκυκλοφορικής και της νευρικής. Εξαιρέσει της υπάρξεως περιπτώσεων φαινομενικού θανάτου, εκείνης που εθελουσίως επιτυγχάνουν οι φακίρηδες, π. χ στις οποίες η εξακρίβωση διατηρήσεως των ζωικών λειτουργιών είναι πραγματικά δύσκολη ,

είναι γνωστό ότι μερικοί ιστοί επιβιούν μερικές ώρες και ορισμένα κύτταρα ζουν και δύο μέρες μετά τον θάνατο (διάμεσος θάνατος) και είναι τώρα πια γενικώς γνωστό ότι σε ορισμένες καταστάσεις (ασφυξία, εγχειρητική συγκοπή, ηλεκτροπληξία κ. α ) το σταμάτημα της καρδιάς και της αναπνοής μπορεί να είναι ανατάξιμο (σχετικός θάνατος). Έτσι, ο απόλυτος θάνατος και για τον άνθρωπο, δεν συμπίπτει τις περισσότερες φορές με την παύση των ζωικών λειτουργιών. Όταν καρδιά, αναπνοή και νευρικό σύστημα έχουν παύσει τη δραστηριότητά τους, αρχίζει η πτώση της θερμοκρασίας του σώματος που τείνει να εξισωθεί με τη θερμοκρασία του περιβάλλοντος. Ύστερα από λίγες ώρες εμφανίζονται επάνω στο δέρμα των κατωφερεστέρων μερών του σώματος κηλίδες κυανέρυθρες, αποκαλούμενες πτωματικές υποστάσεις. Συγχρόνως εμφανίζεται σπαστικότητα των μυϊκών μαζών και των ιστών, αποκαλούμενη πτωματική ακαμψία, που φθάνει στο μεγαλύτερο της βαθμό μεταξύ 13<sup>ης</sup> και 48<sup>ης</sup> ώρας από τον θάνατο. Πτωματική ακαμψία, πτωματικές υποστάσεις και σηπτικά φαινόμενα είναι τα κλασικά σημεία του βεβαίου θανάτου.

Για την πρώιμη διαπίστωση του θανάτου, έχουν προταθεί κατά καιρούς πολλές μέθοδοι που βασίζονται σε διερεύνηση ηλεκτρικών χημικών και φυσικών φαινομένων, κυρίως της λειτουργικότητας του νευρικού ιστού, αλλά η δυσκολία της πρακτικής εφαρμογής τους καθώς και οι επικρίσεις των οποίων απετέλεσαν αντικείμενο, δικαιολογούν τον γενικό μέχρι σήμερα κανόνα του μη ενταφιασμού των νεκρών προ της παρελεύσεως 24 ωρών από του θανάτου. (εγκυκλοπαίδεια δομή)

### **3.2. ΓΕΝΙΚΑ ΓΙΑ ΤΟΝ ΘΑΝΑΤΟ**

***Ο άνθρωπος που ζει έχει παρελθόν και μέλλον. Ο άνθρωπος που πεθαίνει δεν έχει μέλλον με την κοινή έννοια του όρου, αλλά μόνο παρελθόν. Ο νεκρός όμως «είναι» το παρελθόν του. Δεν έχει ζωή, ο ίδιος «είναι» η ζωή του... δεν ορίζεται ως πραγματικότητα κατά τη γέννησή του αλλά μάλλον κατά τον θάνατό του. «Δημιουργεί» τον εαυτό του τη στιγμή του θανάτου του. Ο εαυτός του δεν είναι κάτι που «είναι» αλλά κάτι που γίνεται. Για τούτο και ο εαυτός πραγματώνεται πλήρως μόνο όταν η ζωή του ολοκληρώνεται με το θάνατο. (Frankl, 1979, σελ. 112- 113)***

Η ανθρώπινη ύπαρξη έχει προγραμματιστεί, από ανώτερη δύναμη, να διατηρείται στη ζωή ένα καθορισμένο, κατά προσέγγιση, χρονικό διάστημα. Ερχόμαστε στον κόσμο, μεγαλώνουμε, νιώθουμε χαρές και λύπες, δημιουργούμε ασήμαντη ή σημαντική δράση. Τελικά έρχεται ο αφανισμός, η ανυπαρξία, η αιώνια ανάπαυση, η απόλυτη ηρεμία. Η φύση παρέχει σε όλους ελευθερία ζωής και δράσης, αλλά με συμφωνημένη διάρκεια, που δεν ξεπερνιέται, σημαντικά, με κανένα τρόπο. Λίγοι μονάχα από το σύνολο χαίρονται, σαν ιδιαίτερη εύνοια, το πολύτιμο και ανεκτίμητο θείο δώρο, να ζήσουν κάπως περισσότερα χρόνια, να φτάσουν σε βαθιά γηρατειά.

Για κάθε άνθρωπο είναι εντελώς άγνωστο, πότε θα έρθει η ώρα να τελειώσει η ύπαρξή του. Βέβαια κάποιος κίνδυνος υπάρχει πάντοτε, χωρίς εξαίρεση, για όλους. Μήπως είναι εξασφαλισμένο, μπορεί κανείς να ξέρει με βεβαιότητα, πως δε θα

πάνε πριν από αυτόν στον άλλον κόσμο, μερικοί από τους μικρότερους του σε ηλικία, που είναι γύρω του. Από τους γεμάτους υγεία και ζωντάνια νέους, που χαίρονται κι αγαπάνε έντονα τη ζωή. Που κάνουν εύθυμοι, αμέριμνοι, ωραία σχέδια και μεγάλες προοπτικές για το μέλλον. Πόσοι, από εκείνους που φιλοδοξούν και περιμένουν ανυπόμονα να πάρουν κάποια κληρονομιά, δεν πεθαίνουν πριν από αυτούς που έλπιζαν να κληρονομήσουν.

Δεν έχει κανένα νόημα, δεν ωφελεί σε τίποτα, ν' απασχολείται ο ηλικιωμένος με τη σκέψη πως δεν είναι μακριά το τέλος. Ας απαλλαγεί από την έγνοια για τις ενοχλήσεις και τα δυσάρεστα που φέρνουν τα γηρατειά. Κάτι που συμβαίνει σε όλους δε φαίνεται τόσο βαρύ, όπως αν τύχει να γίνει σ' ένα μονάχα. Ταξιδεύουμε όλοι με το ίδιο καράβι μέσα στον χρόνο, έχουμε την ίδια πορεία, φτάνουμε όλοι στο ίδιο λιμάνι.

Προχωρούμε, όπως γενιές και γενιές πριν από μας, με την αισιόδοξη προσδοκία να φτάσουμε σε μεγάλη ηλικία. Γερνάμε, όλοι μαζί, με τους συγγενείς μας, με τους φίλους μας, με όσους είναι ολόγυρά μας. Κι αυτό δε γίνεται ξαφνικά, αλλά σιγά-σιγά. Τόσο σιγά, που δεν πολυκαταλαβαίνουμε αμέσως τις τόσες αλλαγές στον εαυτό μας και τις βρίσκουμε φυσιολογικές.

Πολλοί, στο φθινόπωρο του βίου, είναι ή θέλουν να δείχνουν κουρασμένοι, αποκαμωμένοι. Επαναλαμβάνουν, κάθε τόσο, πως δεν έχει πια κανένα νόημα η ζωή τους, πως δεν απομένει, γι' αυτούς, τίποτα άλλο από την αιώνια ανάπαυση. Μα η ζωή είναι, πάντα, γεμάτη χίμαιρες και ονειροφαντασίες. Το ποίημά της, πάντα ωραίο. Τ' ολόχαρο τραγούδι της, πάντα, πολύ γλυκό. Όσο μεγάλος στα χρόνια, όσο γερασμένος κι αν είναι κανείς, όσο κι αν νιώθει βαθιά άρρωστος και υποφέρει αβάσταχτα, μαρτυρικά, τρέφει πάντα κρυφές ελπίδες μέσα του. Δεν θέλει, ποτέ, να πιστέψει, πως

τελείωσε πραγματικά, πως τελείωσε οριστικά η παράσταση. Πως φτάνουν οι τελευταίες του στιγμές, η κοινή μοίρα, η ανυπαρξία.

Ακόμη κι όσοι στερήθηκαν κάθε χαρά κι απόλαυση και ήταν πάντα θλιμμένη η ζωή τους τρέμουν μήπως την χάσουν. Απογοητευμένοι κι ανικανοποίητοι, τυραννημένοι από συφορές, αδικημένοι και προδομένοι απ' τη φύση κι απ' τους ανθρώπους, εξακολουθούν να την αγαπάνε με πάθος. Λαχταράνε να συγκρατηθούν με σ' αυτή όσο παίρνει περισσότερο.

Κουρασμένοι οδοιπόροι της ζωής, προσπαθούν με κάθε τρόπο ν' αναβάλλουν το πέρασμά τους στην αιώνια ανάπαυση, αξύπνητο χωρίς όνειρα ύπνο. Αν και δεν κάνουν πια όνειρα, αν και δεν πιστεύουν και δεν περιμένουν πως μπορεί να έρθει κάτι καλό, να γεμίσει το κενό της ψυχής τους, αν και εκδηλώνουν συχνά την επιθυμία να μην πάψουν να υπάρχουν, ποτέ δεν αποζητάνε πραγματικά το τέλος (Ι. Βασιλείου)

### **3.3. ΠΩΣ ΟΡΙΖΕΤΑΙ ΣΗΜΕΡΑ Ο ΘΑΝΑΤΟΣ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΕΣ.**

Οι επιστήμονες προτιμούν ν' αποφεύγουν όρους όπως «καλός» ή «κακός» θάνατος. Ένας κορυφαίος ψυχίατρος, ο Έιβερν Ντ. Βαΐσμαν, ειδικευμένος στη φροντίδα των άρρωστων με κάποια ανίατη ασθένεια, πρότεινε τον όρο «αξιοπρεπής» θάνατος. Μ' αυτό εννοεί το είδος του θανάτου που θα διάλεγε το άτομο, αν είχε ευκαιρία επιλογής έναν τρόπο αναχώρησης, που θα ήταν συνεπής με τις αξίες και τη στάση του απέναντι στη ζωή. «Ιδιοποιημένος» θάνατος, από την άλλη μεριά, σημαίνει ότι το άτομο χάνει αναγκαστικά από τις περιστάσεις κάθε έλεγχο πάνω στον θάνατό του (Ρόμπερτ Καστενμπάουμ).

Σήμερα η Ιατρική ορίζει το θάνατο (Korein,1978) σαν μία επεξεργασία (όχι γεγονός), δηλ. προοδευτικές αλλαγές αποτέλεσμα των οποίων είναι η οριστική διακοπή της λειτουργίας του εγκεφάλου, που μπορεί να βεβαιωθεί στο ηλεκτροεγκεφαλογράφημα ως ευθεία γραμμή. Παλαιότερα (Winter,1969) «στιγμή θανάτου» εθεωρείτο το γεγονός- στιγμή της διακοπής της καρδιακής και αναπνευστικής λειτουργίας. Και τελευταία ακόμη η Αμερικανική Νομοθεσία σε πολλές Πολιτείες δέχεται την «αυτόματη», «ανεπιστρεπτή» διακοπή της αναπνοής και κυκλοφορίας, ή της εγκεφαλικής λειτουργίας, ως χαρακτηριστικό κριτήριο του θανάτου (Carron και Kass, 1972). Διακοπή κυκλοφορίας μακρότερη από 5- 6 λεπτά καταλήγει σε ανεπανόρθωτες βλάβες των κυττάρων του εγκεφαλικού φλοιού, επομένως ο καρδιακός και ο εγκεφαλικός θάνατος διέφεραν στην πράξη λίγα μόνο λεπτά της ώρας. Σήμερα όμως υπάρχουν περιπτώσεις όπου ενώ το κεντρικό νευρικό σύστημα έπαυσε να

λειτουργεί, στον υπόλοιπο οργανισμό διατηρείται η κυκλοφορία και η αναπνοή με τη βοήθεια διαφόρων μηχανικών μέσων. Γι' αυτά τα άτομα ο θάνατος έχει επέλθει όταν σταμάτησε η λειτουργία του εγκεφάλου και όχι όταν διακοπεί η (τεχνητή) αναπνοή και κυκλοφορία (Brim και συν. , 1970, Wyschogrod 1973).

Απαραίτητη λοιπόν είναι η διαπίστωση του κλινικού θανάτου από ιατρό, τεκμηριωμένη με αδιάσειστα κριτήρια παύσεως της εγκεφαλικής λειτουργίας από ενδογενή αίτια. Τέτοια κριτήρια είναι η άπνοια, η μόνιμη μυδρίαση με κατάργηση του αντανακλαστικού του κερατοειδούς, η ισοηλεκτρική γραμμή του ηλεκτροεγκεφαλογραφήματος και τελικά η κατάτμηση του αίματος στις φλέβες του βυθού σε ασύνδετες στήλες, ένδειξη διακοπής της εγκεφαλικής κυκλοφορίας (Korein, 1978).

### **3.4. ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΠΟΛΙΤΙΣΜΩΝ ΓΙΑ ΤΟ ΘΑΝΑΤΟ**

Τον ισχυρό φόβο του θανάτου τον συναντάμε σε πάρα πολλούς πολιτισμούς. Ο τρόμος δεν είναι απαραίτητα για τον ίδιο τον θάνατο και τον τρόπο του θανάτου, αλλά για τον τελειωτικό φραγμό σε οποιαδήποτε ευκαιρία για τους ανθρώπους να πετύχουν τους στόχους τους και να ικανοποιήσουν τις επιθυμίες τους.

Τα παιδιά γενικά μιλούν εντελώς αυθόρμητα για τον θάνατο. Οι έφηβοι έχουν την τάση να είναι πιο μετρημένοι και για τους ενήλικους στις Δυτικές χώρες ο θάνατος αποτελεί συχνά απαγορευμένο θέμα προς συζήτηση. Συνήθως δεν μιλούμε μπροστά σε κάποιον για τον επικείμενο θάνατό του (...). Οι πένθιμες τελετές πολλών θρησκειών απαλύνουν τον πόνο της

απώλειας, τονίζοντας ότι συνεχίζεται η επαφή με τον νεκρό άνθρωπο στον παράδεισο ή στον άυλο πνευματικό κόσμο. Η φιλοσοφία του θανάτου στην Αμερική αρνείται σε ένα μεγάλο ποσοστό την οριστική απώλεια με σκοπό την ελάττωση της ανησυχίας που προκαλεί ο θάνατος. (I. M. Marks, MD).

(...) Επιπλέον, στη σημερινή Βρετανία δεν έχουμε μία μεταφυσική άποψη για το θάνατο ή μια καθιερωμένη διεργασία πένθους... ο κοσμικός θάνατος ως κοινωνικό «γεγονός» βιώνεται πραγματικά ως απουσία, ως κάτι που πρέπει να αποφεύγεται... ο θάνατος έχει πάψει να είναι κοινωνικά «αληθινός» - και υπάρχει μόνο ως ένα είδος «τέλους» υπό τη μεταφορική έννοια, το οποίο δεν συνεπάγεται τίποτα ιδιαίτερο.

Βασικός άξονας της φιλοσοφίας... είναι η πίστη στην αξιοπρέπεια και την αξία όλων των ανθρώπων. Η πεποίθηση αυτή βρίσκει εφαρμογή στην περίθαλψη των ατόμων που πλησιάζουν το θάνατο, καθώς και των οικείων τους. Η παρεχόμενη φροντίδα συνδέει την εν λόγω πεποίθηση με εκείνη που δεν διαχωρίζει το θάνατο και την πορεία προς αυτόν από τη ζωή και την εξέλιξή της. Ο θάνατος αντιμετωπίζεται ως μέρος του ταξιδιού της ζωής. Θεωρούμε ότι οι δυσκολίες αυτής της μετάβασης μπορούν να μειωθούν με την εξειδικευμένη, γεμάτη σεβασμό, συνεχή φροντίδα σε οποιοδήποτε περιβάλλον είναι πιο κατάλληλο. Η φροντίδα αυτή δίνει στο άτομο τη δυνατότητα να ζήσει τη ζωή του, ακόμη και με τη γνώση ότι ο θάνατος είναι κοντά.

Σε πολλές χώρες, προ πάντων ασιατικές, δεν φοβούνται καθόλου τον θάνατο. Το τέλος μιας ανθρώπινης ζωής δε συνοδεύεται, κατά κανόνα, με κλάματα, θρήνους και θλίψη. Οι ινδουιστές και βουδιστές πιστεύουν πως, κάποια ημέρα, θα ξανάρθουν με τη μετεμψύχωση στη ζωή, έχοντας την ίδια ή μια



άλλη μορφή. Ανάλογα με τις παλαιότερες καλές τους ή κακές τους πράξεις. Στο Μπαλί, το παραδοσιακό νησί της Ινδονησίας, στο κάψιμο των νεκρών, γίνεται το μεγαλύτερο γιορτινό γλέντι, με πλούσιο φαγοπότι, χαρούμενες μουσικές, κάθε λογής διασκεδάσεις (Ι. Βασιλείου).

Όταν κάποιος πεθάνει, είναι πιθανόν το σώμα του να αποτελέσει το επίκεντρο ενός καινούριου φόβου. Πράγματι, σε ορισμένους πολιτισμούς ισχύουν αυστηρές απαγορεύσεις που εμποδίζουν οποιονδήποτε να αγγίξει ένα πτώμα, από το οποίο λέγεται ότι πηγάζουν σατανικές δυνάμεις. Φαντάσματα και διαβολικά πνεύματα πιστεύεται ότι πλανώνται γύρω από το πτώμα και αργότερα γύρω από τον τάφο. Πολλά θεατρικά έργα συμπεριλαμβάνουν στην υπόθεσή τους τέτοιες δοξασίες. Στον Macbeth (Μάκβεθ) του Shakespeare (Σαίξπηρ), το φάντασμα του Banquo (Μπάνκο) καταδιώκει τον δολοφόνο του Macbeth, ενώ το φάντασμα του πατέρα του Hamlet (Άμλετ) κρατάει ένα βασικό ρόλο στην αρχή του έργου. Μερικές φορές, το άγχος που προκαλεί η θέα ενός νεκρού σώματος επικεντρώνεται στη μεταβολή που θα υποστεί μετά θάνατον και κατά την αποσύνθεσή του. Όπου υπάρχει πίστη σε μια μελλοντική ζωή, η παραμόρφωση που επιφέρει ο θάνατος στο σώμα απειλεί αυτή την ελπίδα. Λεπτομερείς διαδικασίες πραγματοποιούνται σε διάφορους πολιτισμούς προκειμένου να εξασφαλισθεί ότι δεν υπάρχει κανένα εμπόδιο μέχρι την ανάσταση. Το σώμα ταριχεύεται για να διατηρήσει τη μορφή του. Τροφή, πολύτιμα αντικείμενα και υπηρέτες θάβονται μαζί μ' αυτό. Εύκολες σε πρόσβαση έξοδοι κατασκευάζονται μέσα στον τάφο. Οι τεράστιες πυραμίδες της Αιγύπτου μαρτυρούν την πίστη των Φαραώ στη μετά θάνατον ζωή. Προκαταλήψεις όπως αυτές καταδεικνύουν πως η πολλή ανησυχία

για τον θάνατο συνδέεται με τον τρόπο με τον οποίο αυτός ανακόπτει οποιαδήποτε παραπέρα δραστηριότητα. Υπάρχουν σεβαστές απόψεις, σύμφωνα με τις οποίες, συνεχίζουμε να υπάρχουμε με κάποιον τρόπο μετά τον θάνατο.

Η θρησκευτική πίστη μπορεί να μετριάσει τον βαθμό της ανησυχίας που νιώθουν οι άνθρωποι για τον θάνατο. Εντούτοις, περισσότερο σημαντικό από τις πραγματικές πεπαιθώσεις ενός ανθρώπου είναι το κατά πόσον είναι βαθιά πεπεισμένος γι' αυτές, οποιεσδήποτε και αν είναι. Άνθρωποι που αποδέχονται σταθερά τον αγνωστικισμό είναι λιγότερο ανήσυχοι από εκείνους που εκκλησιάζονται τακτικά χωρίς όμως πίστη (I. M. Marks, M. D).

### **3.5. ΣΤΑΔΙΑ ΘΑΝΑΤΟΥ**

Θα περίμενε κανείς ότι ο βαριά άρρωστος γέρος που χαροπαλεύει, παρουσιάζει έντονα δείγματα άγχους ή αγωνίας. Και όμως αυτό σπάνια συμβαίνει: επεμβαίνουν μηχανισμοί αυτοπροστασίας που περιλαμβάνουν, στα πρώτα στάδια τουλάχιστον, δύο ξεχωριστές πλευρές: **α. την άρνηση της αφίξεως του θανάτου και β. τη βεβαίωση της παρουσίας της ζωής.** Στον πρώτο μηχανισμό εντάσσεται η αλλαγή του ψυχισμού, ακόμη και πανέξυπνων (νεότερων) ατόμων που αντιμετωπίζοντας στον εαυτό τους μια βαριά, ανίατη αρρώστια, μένουν ατάραχοι και αρνούνται να παραδεχτούν τέτοιο ενδεχόμενο. Ακόμη και έμπειροι ιατροί, περνώντας αυτό το στάδιο, βγάζουν τα πιο φαινομενικά αθώα συμπεράσματα για τους εαυτούς τους, ενώ σε ανάλογες περιπτώσεις αρρώστων τους θα είχαν συστήσει κατάλληλες προετοιμασίες για το επερχόμενο γεγονός. Η ενεργοποίηση του

δεύτερου μηχανισμού εξαρτάται από τον ιατρό και γενικά από το άμεσο περιβάλλον του ατόμου που πεθαίνει.

Βασικά βέβαια τη συμπεριφορά του βαριά άρρωστου ανθρώπου κάθε ηλικίας καθορίζουν οι ανέκφραστοι φόβοι του άγνωστου που αντιπροσωπεύει ο θάνατος, της μοναξιάς και απομακρύνσεως από αγαπημένα πρόσωπα, του χαμού του συνειδητού εαυτού του, γενικά ο φόβος της εξαφάνισης της προσωπικότητας. Γι' αυτό και μόνη η ενεργητική παρουσία φίλου πλάι στο κρεβάτι είναι θετική πράξη που βοηθάει το βαριά πάσχοντα να νιώσει την αξία που εξακολουθεί να έχει σαν άτομο για το περιβάλλον του (...).

Τα επόμενα στάδια των ψυχολογικών αντιδράσεων περιλαμβάνουν σε αλληλουχία, στην οποία κάθε στάδιο μπορεί να διαρκέσει ποικίλο χρονικό διάστημα ή να εμφανίζεται ταυτόχρονα με άλλο, συναισθήματα οργής ή παράπονο προς συνανθρώπους και το Θεό που εκδηλώνονται με χαρακτηριστικά οργισμένα ή παρακλητική έκφραση. Στη συνέχεια εμφανίζεται η *μελαγχολική* φάση που συνοδεύεται συχνά από παζαρέματα, πριν γίνει τελικά αντιληπτή και αποδεκτή η πραγματικότητα της καταστάσεως (Kuebler- Ross, 1969). Στο τελικό τούτο στάδιο είναι έντονη η έκφραση της ηρεμίας και της μυϊκής χαλαρώσεως που εμφανίζει ο άρρωστος, συχνά σαν κουρασμένος, αλλά ποτέ σαν αγωνιών(...).

Στην περίπτωση του ηλικιωμένου άρρωστου οι αισθήσεις συχνά δεν είναι καθαρές, ώστε λείπει η συνειδητοποίηση του βαθμού κρισιμότητας. Έτσι, ενώ στην αρχή της νόσου μπορεί να είναι συνυφασμένη με αγωνία, τα προθανάτια σημάδια είναι πάντοτε, με όψη άνετη, ιδίως αν η διάνοια είναι λίγο ή πολύ θολωμένη. Η περίοδος αυτή μπορεί να διαρκέσει απρόβλεπτα μακρό χρονικό διάστημα. Η έκφραση του ατόμου, που έχει φτάσει

στο στάδιο τούτο, δείχνει καθαρά την ήρεμη εσωτερική μεταμόρφωση, έστω κι αν αρχικά είχε τη διάθεση μάχης, φυγής ή αγωνίας με τη νόσο.

Πολλές φορές ο ηλικιωμένος αποφασίζει να «απομακρυνθεί» μόνος του από τη ζωή, χωρίς να περάσει από μακροχρόνια ασθένεια και με συμπυκνωμένες τις παρακάτω φάσεις:

- **Μέσα σε λίγες μέρες, πρώτα ο γέρος αρνείται τροφή διότι το στομάχι του είναι «βαρύ»**
- **Έπειτα δεν σηκώνεται από το κρεβάτι από αδυναμία**
- **Όταν δε αποφασίσει το περιβάλλον του να τον μεταφέρει σε νοσοκομείο ή να αρχίσει οποιαδήποτε θεραπεία, η αντίδραση του οργανισμού είναι μηδαμινή και ο θάνατος καταγράφεται ως «γεροντική εξάντληση», «shock» ή «καρδιακή ανεπάρκεια».**
- **Η έξοδος γίνεται πάντα ήρεμα, σαν μια προοδευτική βύθιση, στο τέλος της οποίας έρχεται η λύτρωση ή η δικαίωση μιας προσμονής(...) (Αναστάσιου Δοντά, 1981).**

Μέσα στο γενικότερο αυτό πλαίσιο αντιδράσεων ξεχωρίζουν ειδικές ομάδες ατόμων που, πολύ γενικά μπορούν να καταταγούν στους ακόλουθους τρεις τύπους (Barton, 1977)

**Στους «στωικούς» (Welcomers and Accepters),** που αποδέχονται με ηρεμία τη σειρά των γεγονότων. Τα άτομα αυτά έχουν έλθει σε ειρήνη με τον εαυτό τους ως προς την έλευση του ατομικού τους θανάτου, συνήθως είναι καλλιεργημένα, με στωική διάθεση και προσανατολισμό.

**Στους «αρνητές» (Deniers)**, που αρνούνται την πραγματικότητα και το αναπόφευκτο του θανάτου, όλη τους δε η συμπεριφορά και οι αντιδράσεις εκδηλώνονται με άγνοια του επερχόμενου τέλους, σαν να είναι κάτι το ανύπαρκτο ή αδύνατο να συμβεί. Τα άτομα αυτά ζουν στο παρόν και το μέλλον τους είναι αδιάφορο(...).

**«περιφρονητές» και «τρομοκρατημένοι» (Disdainers and Fearers)**. Τα άτομα αυτά δεν αποφεύγουν την αντιμετώπιση ή καλυμμένη συζήτηση του θέματος, αλλά το περιβάλλον με ποικίλες ψυχοσωματικές αντιδράσεις, ή ακόμη το εξαφανίζουν κάτω από ειδικά τοπικά προβλήματα. Ως αποτέλεσμα, η προσοχή του ιατρού μπορεί να στραφεί και περιορισθεί προς το ειδικό προβλητικό σημείο, π. χ. γαστρεντερικά προβλήματα, ταχυκαρδίες κλπ. Οι εκδηλώσεις αυτές είναι ενδείξεις ανωριμότητας. Τα άτομα αυτά εμφανίζουν από μικρότερη ηλικία υπεραπασχόληση με τον εαυτό τους με πολλά υποχονδριακά χαρακτηριστικά. Αυτός ο τρίτος τύπος θεωρείται σπανιότερος στις Η. Π. Α., στον τόπο μας πρέπει να είναι σημαντικά συχνότερος, ειδικά σε άτομα μικροαστικής τάξεως (Αναστάσιου Δοντά, 1981).

### 3.6. ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΘΑΝΑΤΟΥ

Οι Kastenbaum και Aisenberg (1972) όρισαν τέσσερις βασικούς τρόπους με τους οποίους βιώνουμε τον θάνατο, τη θλίψη και το πένθος. Αυτοί οι βασικοί τρόποι ονομάζονται **συστήματα θανάτου** και μπορούν να συνυπάρχουν μέσα στην ίδια κοινωνία, παρόλο που ανάλογα με το πολιτισμικό υπόβαθρό μας κάποια συστήματα είναι κυρίαρχα έναντι των άλλων.

Ένα σύστημα θανάτου περιλαμβάνει γνωστικά, θυμικά και συμπεριφορικά στοιχεία, δηλαδή μας διδάσκει τι να σκεφτόμαστε για το θάνατο, πώς να αισθανόμαστε για αυτόν και τι να κάνουμε ως προς αυτόν. Το σύστημα θανάτου είναι το άθροισμα των προσώπων, τόπων, ιδεών, παραδόσεων, πράξεων, συναισθημάτων και τυπικών λεκτικών προτάσεων που μας έρχονται στο νου ή λέγονται σε μια τέτοια περίπτωση (Morgan, 1995).

Ο Γάλλος φιλόσοφος Aries (1981), στηριζόμενος σε αναλύσεις των αντιλήψεων και πρακτικών που συνοδεύουν το θάνατο στην ιστορία του πολιτισμού, διέκρινε τέσσερα συστήματα θανάτου:

1. Ο ήμερος θάνατος: Ο ήμερος θάνατος αντανakλά την άποψη ότι είναι φυσικό οι άνθρωποι να πεθαίνουν. Το σύστημα αυτό από παλιά στην ιστορία μέχρι και την εποχή μας, αν και κυριαρχούσε μέχρι και τον Μεσαίωνα. Αντανakλά την εξοικείωση προς την ιδέα του θανάτου του. Αυτή η εξοικείωση με τον θάνατο ήταν συνέπεια των συχνών θανάτων στους ανθρώπους λόγω ασθενειών, πολέμων και άλλων φυσικών καταστροφών. Ένα τέτοιο σύστημα θανάτου κάνει τους ανθρώπους να

εκτιμούν την αξία της ζωής και ταυτοχρόνως να αισθάνονται πιο υπεύθυνοι σε αυτό που κάνουν, διότι σύντομα θα φύγουν από αυτήν. Οι συγγενικοί δεσμοί είναι, επίσης, ισχυροί, διότι αυτοί διαρκούν περισσότερο από ό, τι τα ίδια τα άτομα. Παράλληλα, επειδή οι θάνατοι είναι ανεξέλεγκτοι από τον άνθρωπο, επαφίενται στα χέρια του θεού.

Γενικά η αποδοχή ή συνείδηση του θανάτου κάνει το θάνατο κυρίαρχο γεγονός της ζωής, το οποίο οι άνθρωποι πρέπει να γνωρίζουν να αντιμετωπίζουν, προσφέροντας φροντίδα στο θνήσκοντα άνθρωπο και αναλαμβάνοντας οι ίδιοι με την οικογένεια όλη την ευθύνη της κηδείας. Η κηδεία είναι μια σεμνή τελετή, σκοπός της οποίας είναι να πιστοποιήσει το γεγονός του θανάτου και ταυτοχρόνως να εκφράσει την αλληλεγγύη των άλλων προς την οικογένεια και τους πενθούντες αλλά και προς την ίδια την κοινότητα. Η κοινότητα, που αδυνατίζει από την απώλεια ενός από τα μέλη της, πρέπει να ανακτήσει τη δύναμή της μέσω της αλληλεγγύης και της αλληλοστήριξης, αλλά και μέσω μιας υπεύθυνης ζωής απέναντι στην κοινότητα. Η επιβίωση της κοινότητας εξασφαλίζεται από την επιβίωση και συσπείρωση των μελών της και αυτό τελικά διασφαλίζει την επιβίωση του ανθρώπινου γένους.

2. **Ο θάνατος του εαυτού.** Κατά τον Aries (1981) στην περίοδο μεταξύ του 12<sup>ου</sup> και 15<sup>ου</sup> αιώνα, ο άνθρωπος άρχισε να αποκτά συνείδηση του εαυτού του. Αυτό επηρέασε και τις αντιλήψεις περί θανάτου, που

έγινε πλέον ο θάνατος ενός προσώπου. Το πρόσωπο αυτό είναι υπεύθυνο για τον εαυτό του και κρίνεται για τις πράξεις του μετά θάνατο, πράγμα που σημαίνει ότι ο θάνατος δεν είναι πλέον μια αιώνια ανάπαυση (όπως στον ήρεμο θάνατο), μια και το άτομο μπορεί να πάει είτε στον παράδεισο είτε στην κόλαση.

Η επιβίωση του προσώπου μετά το θάνατο, ανεξάρτητα από το διαχωρισμό της ψυχής από το σώμα διασφαλίζεται με την αθανασία της ψυχής. Η αθανασία της ψυχής είναι ένα κυρίαρχο θέμα σε αυτό το σύστημα θανάτου. Η ιδέα της αθανασίας οδηγεί ταυτοχρόνως στην προσπάθεια να παραμείνει η μνήμη του νεκρού ζωντανή και μετά τον θάνατο μεταξύ των ανθρώπων. Αυτό πετυχαίνεται μέσα από επιβλητικά ταφικά μνημεία που έχουν διάρκεια στο χρόνο. Παρά την αθανασία, όμως καθώς ο θάνατος αναγνωρίζεται ως το τέρμα της ατομικότητας, το άτομο βλέπει το θάνατο ως κάτι ανεπιθύμητο και φοβερό, μια και υπάρχει η πιθανότητα να βρεθεί η ψυχή στην κόλαση και να βασανίζεται αιώνια.

3. **Ο θάνατος του άλλου.** Αυτό το σύστημα θανάτου κυριάρχησε κατά το 19<sup>ο</sup> αιώνα. Ο φόβος αλλά και η περιέργεια για το θάνατο μεταφέρθηκαν από το θάνατο του εαυτού στο θάνατο του άλλου. Ο άλλος μπορεί να είναι ένα δικό μας πρόσωπο ή κάποιος ξένος. Ο θάνατος του άλλου περιγράφεται με λεπτομέρειες και αυτό που θρηνούν οι ζωντανοί δεν είναι ο θάνατος γενικά, αλλά ο σωματικός χωρισμός από τον/ την σύντροφο. Ο θάνατος θεωρείται ως η τελευταία πράξη



μιας σχέσης, η οποία θα συνεχιστεί με την επανένωση του ζεύγους στον ουρανό. Ο θρήνος, με άλλα λόγια, δεν είναι για το νεκρό αλλά για αυτόν που ζει και πονά για τον θάνατο του άλλου, μέχρι που να «ξανασυναντηθούν». Αυτό το σύστημα θανάτου ισχύει εν μέρει και στην εποχή μας, όπως φαίνεται από τις ψυχολογικές επιπτώσεις τους πένθους στους πενθούντες.

4. **Ο δικός μας θάνατος.** Το σύστημα αυτό αρχίζει να αναδύεται στην εποχή μας και είναι απόρροια της ιατρικής προόδου και της μακροβιότητας. Η μακροβιότητα δημιουργεί μια νέα κατάσταση, με νέες ασθένειες και εμπειρίες, που οδηγεί σε αναθεώρηση των προηγούμενων συστημάτων θανάτου. Έτσι οι άνθρωποι αρνούνται να δεχτούν το θάνατο ως κάτι φυσικό και εξετάζουν σοβαρά το θέμα της ευθανασίας όταν η ποιότητα της ζωής του ατόμου είναι κακή και μη αναστρέψιμη. Οι άνθρωποι αποστασιοποιούνται, επίσης, από τις τελετουργίες της ταφής και μειώνεται η συμβολή της ευρύτερης οικογένειας ή του κοινωνικού περιγύρου στο πένθος των άλλων. Με τον τρόπο αυτό μειώνεται η έκθεση στο θάνατο ενώ οι πενθούντες αποποιούνται τις αποφάσεις που αφορούν το θάνατο και βοηθούν στην αντιμετώπιση του κατά τη διάρκεια του πένθους. Παράλληλα, κυρίως μετά τη μέση ηλικία, αυξάνει η ευαισθησία μας σε παράγοντες που ενδεχομένως θα απειλήσουν την υγεία και τη ζωή μας. Ο θάνατος, με άλλα λόγια, αντιμετωπίζεται ως προσωπικό ζήτημα και όχι ως μια κοινή μοίρα που

απαιτεί κοινή αντιμετώπιση. Η ελπίδα των ανθρώπων είναι ότι ελέγχοντας οι ίδιοι τη ζωή τους και αυτά που βλάπτουν την υγεία θα «αποφύγουν» ή θα αναβάλουν το θάνατο.

Υπάρχουν τέσσερις παράγοντες που διαμορφώνουν ένα σύστημα θανάτου:

**1. Η έκθεση στο θάνατο,** δηλαδή η προσωπική εμπειρία που έχουμε για το θάνατο ενός σημαντικού προσώπου, δικού μας ή του περίγυρού μας. Οι στάσεις μας και τα συναισθήματά μας συχνά αλλάζουν όταν ζήσουμε από κοντά το θάνατο και τις τελετουργίες της ταφής και του πένθους που το συνοδεύουν.

**2. Το προσδοκώμενο όριο ζωής.** Καθώς το όριο ζωής μεγαλώνει, μειώνονται συνεχώς οι πιθανότητες να εκτεθούμε σε μικρή ηλικία στο θάνατο.

**3. Ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος πάνω στις δυνάμεις της φύσης.** Όσο περισσότερο πιστεύουμε στις δυνάμεις μας για τον έλεγχο της φύσης, τόσο λιγότερο μαθαίνουμε να αποδεχόμαστε το θάνατο.

**4. Η αντίληψη του τι σημαίνει να είσαι άνθρωπος.** Σε μία ατομοκεντρική κοινωνία, η στάση απέναντι στο θάνατο είναι διαφορετική από ό,τι σε μια συλλογική κοινωνία ή ομάδα, όπου το άτομο δεν έχει την ίδια βαρύτητα ως μοναδικό και αυτόνομο πρόσωπο.

### 3. 7. Ο ΦΟΒΟΣ ΚΑΙ ΤΟ ΑΓΧΟΣ ΤΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ ΣΤΟΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟ

Όταν ο ετοιμοθάνατος νιώσει ότι είναι εγκαταλειμμένος και ότι οι άλλοι δεν θεωρούν πια σκόπιμο να του διαθέτουν τον κόπο και τον χρόνο τους, μπορεί να εμφανίσει εύλογες νοητικές και συναισθηματικές αντιδράσεις. Έτσι, γίνεται απαιτητικός και ανήσυχος ή βυθίζεται περισσότερο στην κατάθλιψη. Σκέφτεται και μιλάει με τρόπο παράξενο για τους άλλους. Όταν τα κανάλια της επικοινωνίας κλείσουν οριστικά, γίνεται όλο και πιο δύσκολο για το απομονωμένο άτομο να μιλήσει λογικά.

Δυστυχώς, μια τέτοια συμπεριφορά προκαλεί αντιδράσεις, που εντείνουν τη δυστυχία του. Η κατάθλιψη που νιώθει ο ανίατα άρρωστος εξαιτίας της εγκατάλειψης του μπορεί να του κόψει κάθε όρεξη για φαγητό (...).

Η προσοχή στις ψυχο- νοητικές μεταβολές μπορεί να μας βοηθήσει να καταλάβουμε καλύτερα τις σημαντικές αλλαγές. Οι έρευνες δείχνουν, ότι η ψυχο- νοητική λειτουργία των ηλικιωμένων καταρρέει σημαντικά αρκετούς μήνες πριν από το θάνατο. Αυτό δεν ισχύει για όλες τις περιπτώσεις, γιατί υπάρχουν άνθρωποι που πεθαίνουν ξαφνικά χωρίς προειδοποιητικά σημάδια και άλλοι που ανακτούν τη σωματική και ψυχο-νοητική τους υγεία μετά από πρόσκαιρα επεισόδια εξασθένησης.

Παρ' όλα αυτά, οι ψυχο-νοητικές μεταβολές στους ηλικιωμένους αποτελούν καμιά φορά τα πρώτα σημάδια μιας οριστικής κατάρρευσης. Η επίγνωση αυτής της κατάστασης μας βοηθάει να προσφέρουμε περισσότερη φροντίδα στο άτομο και να εντείνουμε την ευαισθησία μας απέναντι στις ανάγκες και τις επιθυμίες του (...) (P. Κανστενμπάουμ).

(...) Η ανησυχία αυξάνεται εξαιτίας της αβεβαιότητας για το τι πρόκειται να συμβεί. Ετοιμοθάνατοι μπορεί να υποψιάζονται την τύχη τους και να νοιώθουν ανήσυχoi μέχρι να μάθουν την αλήθεια. Η ανησυχία τότε πιθανόν να μετριασθεί και να αντικατασταθεί για λίγο από κατάθλιψη, η οποία υποχωρεί βαθμιαία. Αυτή η θλίψη μοιάζει σαν αντίδραση πένθους στην απώλεια του μέλλοντος του ίδιου του ασθενούς.

Μερικοί άνθρωποι, ωστόσο, φοβούνται τόσο πολύ μήπως πεθάνουν, ώστε αποφεύγουν να μάθουν οτιδήποτε για την εξέλιξη της παθήσεώς του. Ακόμη και αν μάθουν την αλήθεια, την ξεχνούν αμέσως ή την αρνούνται. Η άρνηση μπορεί να μην είναι αποτελεσματική για μεγάλο χρονικό διάστημα και τότε ο ασθενής πιθανόν να συντριβεί από την έντονη ανησυχία. Συνεπώς δεν υπάρχει χρυσός κανόνας στο θέμα της απόκρυψης ή της αποκάλυψης της αλήθειας όσον αφορά τον θάνατο.

Προκειμένου να αποκαλύψει κανείς την αλήθεια σε έναν ετοιμοθάνατο, πρέπει να ξέρει τις παλιές αντιδράσεις του σε άλλες μορφές πίεσεως, τη σταθερότητα της προσωπικότητάς του και το κατά πόσον θέλει πραγματικά να ξέρει την αλήθεια ή μάχεται να αποφύγει να μάθει οτιδήποτε για την αληθινή του κατάσταση (I. M. Marks, MD).

Ψυχολογικές μελέτες αποκάλυψαν, ότι οι σκέψεις, τα συναισθήματα και οι πράξεις μπορεί να μεταβληθούν, όταν το άτομο βρίσκεται στα πρόθυρα του θανάτου. Η σωματική του κατάσταση μπορεί να φαίνεται σταθερή. Οι ψυχολογικές, ωστόσο, αλλαγές είναι δυνατό, να εμφανιστούν προτού παρατηρηθούν φανερές σωματικές ενδείξεις του επερχόμενου θανάτου. Ο όρος «οριστική κατάρρευση» αναφέρεται στη χαρακτηριστική πτώση της

νοητικής λειτουργίας, που εμφανίζει το άτομο όταν απέχει λίγους μόνο μήνες ή βδομάδες από το θάνατό του.

Η τάση κατάπτωσης της νοητικής λειτουργίας δεν σημαίνει, ότι ο ετοιμοθάνατος δεν έχει σκέψεις και συναισθήματα. Η γηριατρική έρευνα δείχνει, ότι οι περισσότεροι άνθρωποι διατηρούν ένα σημαντικό βαθμό νοητικής λειτουργίας, και μερικοί συνεχίζουν να έχουν πνευματική διαύγεια μέχρι το τέλος της ζωής τους, αν βρίσκονται κάτω από την επήρεια ισχυρών καταπραϋντικών.

Ο ετοιμοθάνατος είναι, συνήθως, περισσότερο ζωηρός και ευαίσθητος με τους ανθρώπους που τον συνδέει ιδιαίτερη σχέση. Ακόμη, είναι περισσότερο «ζωντανός» σε ορισμένες περιστάσεις, αλλά όχι σε άλλες. Η νοητική λειτουργία είναι περισσότερο εκλεκτική και παρουσιάζει μεγαλύτερες διακυμάνσεις απ' ό, τι σε άλλες φάσεις της ζωής. Συχνά, όμως, ο ετοιμοθάνατος καταλαβαίνει και αισθάνεται πολύ περισσότερα απ' ό, τι νομίζουν οι άνθρωποι γύρω του.

Δεν είναι ασυνήθιστο το άτομο να ζει σε δύο κόσμους, είτε εναλλακτικά ή ταυτόχρονα. Μπορεί να βρίσκεται σε επαφή με τον κόσμο του και τις πρακτικές του ανάγκες. Ταυτόχρονα, όμως, κατακλύζεται από μια άλλη πραγματικότητα, όπου κυριαρχούν περασμένα νοήματα έξω από τη λογική και τους κανόνες της καθημερινής ζωής. Ο ηλικιωμένος που περνάει την τελευταία φάση της ζωής του, βυθισμένος στη δική του πραγματικότητα δεν είναι καθόλου παράξενος ή ψυχωτικός. Ο εσωτερικός του κόσμος έχει γι' αυτόν βαθύτερο νόημα απ' ό,τι το ίδρυμα ή το «δωμάτιο του άρρωστου» που αποτελεί το άμεσο περιβάλλον του. Ένας ευαίσθητος σύντροφος θα σεβαστεί την παρουσία του

ετοιμοθάνατου τόσο στον αντικειμενικό, όσο και στον δικό του κόσμο (P. Καστενμπάουμ).

Εντούτοις, η όλη πορεία προς τον θάνατο είναι συχνά άκρως ευχάριστη. Ένας διάσημος παθολόγος, ο William Hunter, είπε πεθαίνοντας: «αν είχα αρκετή δύναμη να κρατήσω ένα μολύβι, θα έγραφα πόσο εύκολο και ευχάριστο πράγμα είναι να πεθαίνεις». Ένας άλλος περίφημος γιατρός, ο William Osler, ανέφερε πως «οι περισσότεροι άνθρωποι φεύγουν από τη ζωή όπως ήρθαν σε αυτήν, μην έχοντας επίγνωση του περιβάλλοντός τους». Οι απλοί θεατές μπορούν εύκολα να πιστέψουν ότι ένας ετοιμοθάνατος άνθρωπος δοκιμάζει περισσότερο πόνο απ' ό, τι στην πραγματικότητα. Πολλοί ετοιμοθάνατοι είναι ημιαναίσθητοι και δεν αντιλαμβάνονται πλήρως τι γίνεται γύρω τους. Η πορεία προς τον θάνατο είναι συνήθως πιο οδυνηρή για τα αγαπημένα πρόσωπα, παρά γι' αυτόν που εγκαταλείπει τη ζωή (I. M. Marks, MD).

Καθώς πλησιάζει ο θάνατος, το άτομο πλημμυρίζει μ' αισθήματα κι εμπειρίες από το παρελθόν. Μερικές αναμνήσεις είναι οδυνηρές. Μπορεί, για παράδειγμα, να θυμηθεί πως πέθανε κάποιος άλλος πριν από χρόνια ελπίζοντας, ότι δεν θα δοκιμάσει παρόμοιο θάνατο. Μπορεί να θυμηθεί διαφωνίες, αντιζηλίες, μικροκακίες και καλές πράξεις, που έμειναν στη μέση. Όταν συμμαριζόμαστε αυτές τις σκέψεις του, σίγουρα του προσφέρουμε πολύτιμη ανακούφιση. Μπορεί να νιώσει την ανάγκη να εξηγήσει γιατί έκανε ή δεν έκανε κάτι. Ίσως χρειάζεται συγχώρηση ή να πει σε κάποιον άλλο ένα οικογενειακό μυστικό. Ακόμη κι αν γνωρίζουμε το άτομο καλά μπορεί να μην ξέρουμε τι είναι εκείνο που το βασανίζει από το παρελθόν σε μια συγκεκριμένη εποχή.

Ο ετοιμοθάνατος μπορεί να ζητήσει να γίνουν μερικά απλά πράγματα, που θα του προσφέρουν την ικανοποίηση, ότι αφήνει

τη ζωή του τακτοποιημένη. Ίσως θελήσει ν' αφήσει κάποιο μήνυμα ή να μοιράσει μικροπράγματα σε ορισμένους ανθρώπους(...).

(...) Ο ετοιμοθάνατος δε ζητάει να ξαναγίνει νέος ή αθάνατος. Ούτε περιμένει από τον ακροατή να κάνει θαύματα. Θέλει απλά να κλείσει ομαλά τον κύκλο της ζωής του.

Οι άνθρωποι φοβούνται καμιά φορά ν' ανοίξουν συζήτηση με τον ετοιμοθάνατο, ιδιαίτερα πάνω στο θέμα του θανάτου, της κηδείας, κλπ. Ένα μέρος της διστακτικότητάς τους στηρίζεται στην ανησυχία ότι μια τέτοια συζήτηση θα τον καταθλίψει ή θα τον τρομάξει. Συνήθως, όμως, εκείνο που παρεμποδίζει την επικοινωνία είναι ο δικός τους φόβος ή δυσκολία στην αντιμετώπιση του θανάτου, καθώς και η επίγνωση της δυσάρεστης επιθανάτιας κατάστασης. Αυτό στερεί από τον ετοιμοθάνατο την ευκαιρία να συζητήσει και να διατηρήσει ζωντανή τη σχέση με ανθρώπους σημαντικούς γι' αυτόν.

Πολλά από τα πράγματα που απασχολούν τον ετοιμοθάνατο απαιτούν χρόνο. Ο ίδιος χρειάζεται αρκετό χρόνο να τα σκεφτεί. Χρειάζεται να μιλήσει γι' αυτά πολλές φορές, με διαφορετικό τρόπο, σε διαφορετικούς ίσως ανθρώπους. Η κλινική εμπειρία και έρευνα έδειξαν, ότι οι άνθρωποι δεν ακολουθούν μια ταυτόχρονη διαδοχή σκέψεων και αισθημάτων προτού πεθάνουν, αν και συχνά παρατηρούνται ορισμένες ψυχολογικές αντιδράσεις.

Η λειτουργία ενός ανθρώπου στη διάρκεια μιας ανίατης αρρώστιας που οδηγεί στο θάνατο εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από το ποιος υπήρξε σ' όλη τη διάρκεια της ζωής του, το είδος της αρρώστιάς του, τον τύπο της θεραπευτικής αγωγής, τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του σημερινού περιβάλλοντος και πολλούς άλλους παράγοντες (...) (P. Κανστενμπάουμ).

### **3.8. ΑΝ ΠΕΘΑΝΕΙ ΠΡΩΤΗ Η ΓΥΝΑΙΚΑ**

Αν πεθάνει πρώτη η γυναίκα ο σύζυγος αισθάνεται πιο χαμένος αλλά είναι πιο βοηθημένος από το περιβάλλον του. Όποια κι αν είναι η ηλικία του είναι εύκολο να βρει ένα αφοσιωμένο, που θα του διευκολύνει τη ζωή του. Καμιά φορά μάλιστα ίσως χρειαστεί να αμυνθεί ακόμη στις πολλές επεμβάσεις στη ζωή του, στα πολλά συγγενικά ενδιαφέροντα. Το κάθε τι σχετίζεται με την ηλικία του συζύγου, που μένει χήρος, με τα οικονομικά του μέσα, με το επάγγελμα, με τις πηγές δύναμης που βρίσκει στον εαυτό του. Μερικοί βυθίζονται στις αναμνήσεις, άλλοι τις αποφεύγουν για να μην υποφέρουν πολύ. Γενικά, ο καθένας παλεύει όπως μπορεί, σύμφωνα και με την πίστη του και με τις πεποιθήσεις του. Το σπουδαίο είναι να μπορεί να βρεθεί μία ισορροπία ικανή ώστε να ζήσει κανείς και να οργανώσει το πεπρωμένο του. Αν ο χήρος-πατέρας πάει να ζήσει με τα παιδιά του θα προκαλέσει οπωσδήποτε λιγότερες δυσκολίες από τη μητέρα- χήρα. Πάντως καλό είναι η λύση αυτή, αν γίνει, να είναι προσωρινή. Γιατί το να εξαρτάσαι από τους άλλους δεν είναι καλή, βιώσιμη λύση. Συμβουλεύουμε τους ηλικιωμένους να μάθουν να ζουν μόνοι πριν πάνε να ζήσουν με τα παιδιά τους. Είναι πάντως ανάγκη, στην περίπτωση αυτή, να φιλοσοφήσει ο παππούς για τον εαυτό του, πράγμα που θα του εξασφαλίσει μια κάποια ηρεμία και τη δυνατότητα να ξαναζήσει μέσα του καρτερικά τον άνθρωπο που του έλειψε.



### **3.9. ΑΝ ΠΕΘΑΝΕΙ ΠΡΩΤΟΣ Ο ΑΝΔΡΑΣ**

Αν ο σύζυγος πεθάνει πρώτος και αν το ζευγάρι είχε ζήσει αρμονικά, η γυναίκα αισθάνεται ένα δυνατό κλονισμό, ένα συναίσθημα εγκατάλειψης, δυσκολία να συνεχίσει τη ζωή της. Πολύ αργά αρχίζει να ενδιαφέρεται πάλι για ανθρώπους και πράγματα. Σιγά-σιγά οργανώνει την ανεξαρτητοποίησή της που είχε θυσιάσει, ίσως, θεληματικά. Πολλές μαρτυρίες πιστοποιούν αυτή την απογοήτευση. «Χρειάστηκα ένα χρόνο για να ξαναβρώ την ισορροπία μου... Τα παιδιά κάνουν ό, τι μπορούν μα είναι τόσο δύσκολος ο χωρισμός όταν ζήσεις τόσα χρόνια με έναν άλλο». «Συχνά διαμαρτυρόμουν για την ακαταστασία του μακαρίτη και τώρα κλαίω που υπάρχει τόση τάξη. Κανείς δεν υπάρχει πια για καμία ακαταστασία...» «Δεν έπρεπε να εργαστώ αμέσως. Την επομένη της κηδείας ήμουν στο γραφείο μου, όλοι μίλησαν με θαυμασμό για τη δύναμή μου. Αυτό με βοήθησε για εκείνη την ώρα. Αργότερα σπάσανε τα νεύρα μου και χρειάστηκε να ξεκουραστώ, αρκετές φορές, σε ένα «σπίτι γαλήνης». Αυτές είναι συνηθισμένες αντιδράσεις, που μας αναφέρουν χήρες γυναίκες. Το καλύτερο όμως είναι η χήρα με απλότητα, χωρίς εντυπωσιακές καταστάσεις να δεχτεί τον πόνο της. Ακόμη μπορεί να θελήσει να φυλάξει και να διατηρήσει στοιχεία- αναμνήσεις του συζύγου της, για να ξαναζήσει γι' αυτούς που τον γνώρισαν λιγότερο ή και πιο πολύ, ν' αφήσει στα εγγονάκια τους μια όμορφη ιστορία, γιατί έχουν ανάγκη να αισθάνονται τις ρίζες τους στο παρελθόν. Αν έχει μεγάλη πίστη έχει και το προνόμιο να πιστεύει στην ελπίδα της μελλοντικής ζωής.

Ως προς τα παιδιά της η χήρα μητέρα είναι πάντα προσεκτική. Διστάζει να τα λυπήσει. Ξέρει πως οι νέοι έχουν

ανάγκη από χαρά αλλά επίσης κι από αληθινές ανθρώπινες σχέσεις. Μα ο θάνατος είναι μια αλήθεια. Η αλήθεια αυτή είναι ακατανόητη ιδίως στα εγγονάκια. Δυσκολεύονται να καταλάβουν πως εξαφανίζονται οι άνθρωποι. Γενικά, όλοι θέλουν να προσφέρουν στοργή στη γιαγιά που υποφέρει.

Από κείνην εξαρτάται να μην κάνει κατάχρηση αυτών των καλών διαθέσεων. Μερικές γυναίκες, που είχαν πάντα την τάση να κάνουν τους άλλους να τις λυπούνται, θα εκμεταλλευτούν τη χηρεία τους, προς αυτή την κατεύθυνση. Θα παραπονιούνται τότε πως δεν τις καταλαβαίνουν, δεν τις προσέχουν, δεν τις φροντίζουν. Κι όμως μια συμμετοχή στη στεναχώρια τους πιο σταθερή, πιο μετρημένη θα τους έδινε κάτι καλύτερο: ένα στήριγμα μιας καλής οικογενειακής ζωής (Μ. Χουρδάκη).

(...) Η γυναίκα που μένει χήρα είναι το άτομο, που αντιμετωπίζει συχνότερα αυτή την κατάσταση. Οι γυναίκες ζουν, συνήθως περισσότερο από τους άντρες τους και οι ηλικιωμένες χήρες σπάνια ξαναπαντρεύονται. Πολλές γυναίκες ζουν πρώτα τη δύσκολη περίοδο της αναμονής του θανάτου του άντρα τους, που ακολουθείται από τις επιπτώσεις της απώλειάς του και ορθώνει το τεράστιο πρόβλημα της μοναχικής ζωής. Η κατάσταση, συχνά, περιπλέκεται από οικονομικές στεναχώριες, δικά της προβλήματα υγείας, και την κοινωνική τάση εξοστρακισμού των μοναχικών ηλικιωμένων γυναικών. Καμιά φορά η ηλικιωμένη χήρα εγκαταλείπεται μόνη με τη θλίψη της (Ρ. Κανστενμπάουμ).

### **3. 10. Η ΧΗΡΕΙΑ**

Η χηρεία του άνδρα, ή της γυναίκας, παρουσιάζει προβλήματα επιβιώσεως, ανυπέρβλητα καμιά φορά, ιδίως όταν ο επιζών, για λόγους υγείας (κλονισμένης από τα παλιά χρόνια) αδυνατεί να αυτοεξυπηρετείται. Ακόμη ο εν χηρεία διατελών, άνδρας ή γυναίκα, υποφέρει ψυχικά από τη στέρηση του συντρόφου. Είναι ένα βαρύτατο συναίσθημα, η διαπίστωση της απώλειας ανθρώπου, που επί πολλά χρόνια συμβάδιζε στο στίβο της ζωής με τον επιζώντα. Η μοναξιά οδηγεί στην κατάθλιψη. Δυστυχώς δεν μπορεί να γίνει αλλιώς.

Είναι η μοίρα των υπερήλικων να υποφέρουν, όταν μένουν μόνοι. Αποσυντονίζονται, χωρίς τη συμπαράσταση εκείνου που αγωνίστηκε μαζί τους (Ιωάννου Α. Πάτσκα, 1992).

**3. 11. ΜΑΡΤΥΡΙΕΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΒΡΙΣΚΟΝΤΑΙ ΣΕ ΤΕΛΙΚΟ ΣΤΑΔΙΟ ΓΙΑ ΤΟ ΠΩΣ ΒΙΩΝΟΥΝ ΤΗΝ ΕΛΕΥΣΗ ΤΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ. (Τέτοιες μαρτυρίες ασθενών καταγράφουν συνήθως οι συνοδοί τους)**

Οι Callanan και Kelley(1992) περιέγραψαν μερικά κοινά θέματα που ανευρίσκονται στις διηγήσεις αυτές, όπως για παράδειγμα, ότι ο θάνατος είναι ένα ταξίδι για το οποίο πρέπει να ετοιμαστεί το άτομο. Ωστόσο ένα από τα κυρίαρχα θέματα των διηγήσεων είναι ότι ο ετοιμοθάνατος θα συνοδεύεται στο ταξίδι αυτό από κάποιο άλλο πρόσωπο, που είναι ήδη νεκρό. Ο νεκρός αυτός είναι κάποιος συγγενής ή στενός φίλος ή, σε ορισμένες περιπτώσεις, η συνοδεία γίνεται από αγγέλους ή αγίους. Μάλιστα η επικοινωνία με τη μορφή που θα συνοδεύσει τον ετοιμοθάνατο θεωρείται από τον ίδιο ως προειδοποίηση και ως διαβεβαίωση ότι δεν πρέπει να φοβάται γιατί θα είναι ένα όμορφο ταξίδι, πράγμα που τον ηρεμεί και το γαληνεύει. Ορισμένοι ασθενείς μάλιστα έχουν οράματα των αγγέλων που έρχονται να τους πάρουν. Γενικά οι άνθρωποι που πιστεύουν στο Θεό, αντιμετωπίζουν το θάνατο πιο εύκολα από ό, τι αυτοί που δεν πιστεύουν. Τέτοιου είδους εμπειρίες που αντανakλούν την πίστη του ατόμου ότι υπάρχει μετά θάνατο ζωή και πως στη νέα ζωή δε θα είναι μόνο του δεν μπορούν, βεβαίως, να γενικευτούν, διότι οι άνθρωποι δεν μπορούν να μοιράζονται τις ίδιες πίστεις και πεποιθήσεις. Το πώς αντιμετωπίζει κανείς το θάνατο επηρεάζεται από την ηλικία και το φύλο, τις διαπροσωπικές του σχέσεις, τη φύση της ασθένειας και το θεραπευτικό περιβάλλον, τη θρησκεία και το πολιτισμικό πλαίσιο. Το γεγονός είναι ότι στις χρόνιες τροχιές θανάτου τόσο ο ασθενής όσο και οι δικοί του περνούν μια μακρά πορεία δύσκολων

προσαρμογών. Στην πορεία αυτή η πνευματική βοήθεια και η κοινωνική υποστήριξη είναι αποφασιστικής σημασίας.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup>

### ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΙ ΠΕΝΘΟΣ

*Ω γερατειά! Για ηδονή ποια έχετε ελπίδα;  
Κι όμως καθένας να σας φτάσει θέλει.  
Ευριπίδης*

#### **4. 1. ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΠΕΝΘΟΥΣ**

Το πένθος για τον θάνατο ενός ατόμου εθιμικά διαρκεί τουλάχιστον ένα έτος για τους στενότερους συγγενείς, τρεις μήνες για συγγενείς μικρότερου βαθμού και σαράντα μέρες για φιλικά πρόσωπα. Το πένθος εκδηλώνεται με τα μαύρα ρούχα, την ατημελησία της εμφάνισης (δεν λούζονται, δεν κόβουν τα νύχια, οι άντρες δεν κουρεύονται ούτε ξυρίζονται, ενώ αντίθετα οι γυναίκες έκοβαν τα μαλλιά τους σε πολλά μέρη: Κρήτη, Μάνη, Ήπειρο κ. α πρβλ. τον αρχαίο «πενθητήριον πλόκαμον»), ακόμη και με την ατομική και οικογενειακή απομόνωση, την αποφυγή κοινωνικών εκδηλώσεων κλπ.: «για ένα χρόνο δεν δέχονται επισκέψεις στις ονομαστικές γιορτές, ούτε αυτοί πηγαίνουν σε άλλα σπίτια επίσκεψη... η οικογένεια μέσα στο χρόνο δεν φτιάχνει βασιλόπιτα, χριστόψωμα κλπ. και το Πάσχα δεν βάφει κόκκινα αυγά». «νηστεύουν το κρέας σαράντα μέρες, πολλές μάλιστα και χρόνο ολόκληρο. Κάθονται μέσα έξι μήνες ως ένα χρόνο και δεν πάνε ούτε στην εκκλησία» (Επετηρίς Κρητικών Σπουδών Β', 1939, σελ. 425) (...).

«Τα μαύρα», η πένθιμη περιβολή, συνεχίζουν αρχαιότατη παράδοση. Ήδη στην Ιλιάδα (Ω 93 – 94) η Θέτις, μετά τον θάνατο του Αχιλλέως, ντύνεται στα κατάμαυρα (...).

Με μαύρο χρώμα, ως ένδειξη πένθους, βάφουν σε ορισμένα μέρη και την εξωτερική όψη των σπιτιών (Ικαρία κ. α), ή τα παράθυρα και τις πόρτες, ή, συνηθέστερα, δένουν πάνω από την εξώπορτα του σπιτιού ένα μαύρο ύφασμα (τηρείται ακόμη στην επαρχία) (Εγκυκλοπαίδεια, Πάπυρος Λαρούς Μπριτάνικα).

## **4.2. ΓΕΝΙΚΑ ΓΙΑ ΤΟ ΠΕΝΘΟΣ**

Το πένθος αφορά την εμπειρία της απώλειας ενός δικού σου ανθρώπου από θάνατο. Αποτελεί και αυτό μέρος του συστήματος θανάτου που υιοθετούμε. Το αίσθημα της απώλειας, βεβαίως, δεν εκδηλώνεται μόνο στην περίπτωση του θανάτου. Υπάρχει απώλεια αντικειμένων που διαθέτουμε ή απώλεια σωματική, όταν μας αφαιρείται μέλος ή κάποιο όργανο του σώματος σε μια θεραπευτική διαδικασία. Υπάρχει και ψυχοκοινωνική απώλεια, όταν κάποιος παίρνει διαζύγιο, αρρωσταίνει από χρόνια ασθένεια ή χάνει ένα όνειρο της ζωής του. Οι άνθρωποι συχνά αναγνωρίζουν την πηγή της στεναχώριας / θλίψης τους όταν αυτή αφορά απτά πράγματα. Δεν συμβαίνει το ίδιο όμως με την ψυχοκοινωνική απώλεια, όπου την αντίδραση ψυχικής οδύνης και πένθους συχνά δεν την αναγνωρίζει ούτε το άτομο που την υφίσταται ούτε ο περίγυρός του. Ωστόσο μια τέτοια αναγνώριση είναι αναγκαία ώστε το άτομο να θρηνησει ελεύθερα την απώλειά του και να το ξεπεράσει.

Με την απώλεια λόγω θανάτου, το άτομο χάνει δύο πράγματα:

1. Την πηγή μιας μοναδικής ικανοποίησης των ψυχικών αναγκών του, το νόημα της ζωής, όπως το έβλεπε μέχρι τότε, καθώς και τους πόρους από τους οποίους αντλούσε δύναμη. Πραγματικά, ο θάνατος του αγαπημένου προσώπου διαταράσσει το σχήμα που είχε διαμορφώσει το άτομο για τη ζωή του και το οποίο περιλαμβάνει το αγαπημένο πρόσωπο, τις προσδοκίες



από τη ζωή, τις πεπιοθήσεις, τις επιθυμίες, τις πηγές ικανοποίησης, κ. ά.

2. Το άτομο χάνει τη φυσική παρουσία του άλλου, ιδιαιτέρως όταν ήταν πολύ συνδεδεμένοι στη ζωή τους (Rando, 1995). Με την απώλεια του/ της συζύγου, το άτομο που πενθεί πρέπει να γεμίσει όλα αυτά τα κενά που άφησε πίσω του ο άλλος και να ανασυγκροτήσει τον κόσμο του/ της σε μια νέα βάση (Αναστασία Κωσταρίδου – Ευκλείδη, 1999).

Ο πόνος του πένθους είναι κατά ένα μέρος το αποτέλεσμα της διακοπής ρόλων που λειτουργούσαν μεταξύ του πενθούντος και του αποθανόντος. Η νοικοκυρά ειδικά θρηνεί τον νεκρό σύζυγό της το απόγευμα, την ώρα που εκείνος επέστρεφε από τη δουλειά. Τις πρώτες μέρες του πένθους, οι πενθούντες φέρνουν ξανά και ξανά στη μνήμη τους τις στιγμές που περνούσαν μαζί με τον αγαπημένο τους νεκρό. Αυτές οι αναμνήσεις είναι οδυνηρές. Μετά από λίγο καιρό, οι πενθούντες εγκαταλείπουν αυτές τις ανεπιτυχείς προσπάθειες να έρθουν σε επαφή με τον αποθανόντα και έναντι αυτού καλλιεργούν καινούριες σχέσεις με άλλους ανθρώπους (I. M. Marks, MD).

### **4.3. ΠΟΡΕΙΑ ΤΟΥ ΠΕΝΘΟΥΣ**

Πρόκειται για κατάσταση απώλειας ενός αγαπητού προσώπου, που συνοδεύεται από απόγνωση και συναισθηματικό πόνο και μπορεί να προκαλέσει μια πραγματική καταθλιπτική αντίδραση, ενώ ενεργοποιεί μια ολόκληρη ψυχολογική διαδικασία

(ενδοψυχική) που ονομάζουμε «διαδικασία θρήνου» προκειμένου να ξεπεράσει το οδυνηρό αυτό συναίσθημα.

Ο S. Freud άρχισε το 1915 μια συγκριτική μελέτη της διαδικασίας του θρήνου και της μελαγχολίας που δημοσιεύτηκε το 1917. Το άτομο προκειμένου να αποδεχτεί την εξαφάνιση ενός αγαπημένου προσώπου χρειάζεται να ολοκληρώσει μια σειρά διαδικασιών και σκέψεων που ονομάζονται θρήνος. Η σεξουαλική ενέργεια (libido) πρέπει να αποκολληθεί από τις αναμνήσεις και τις ελπίδες και όνειρα που τη συνέδεαν με το χαμένο αγαπητό πρόσωπο και μετά απ' αυτό το άτομο και το εγώ του αποκτούν την ελευθερία να διαλέξουν ένα νέο αγαπητό πρόσωπο. Η M. Klein, βοηθούμενη και από τις έρευνες του K. Abraham, θα εμπλουτίσει τη Φροϋδική άποψη (ο θρήνος και η σκέψη του με τα μανιοκαταθλιπτικά σύνδρομα, 1940) με την ανακάλυψη των εσωψυχικών χώρων, πραγματική θεατρική σκηνή της ύπαρξης των εσωτερικευμένων «εικόνων», διά της ταύτισης με πρόσωπα, των οποίων τα χαρακτηριστικά της καλοσύνης και της σταθερότητας δοκιμάζονται επ' ευκαιρία της απώλειας ενός εσωτερικευμένου αγαπητού προσώπου στην πραγματικότητα (του έξω κόσμου) (...) (Γ. Χατζηαντωνίου).

Η διεργασία του πένθους θεωρείται ότι περιλαμβάνει τέσσερα στάδια:

1. την αποδοχή της πραγματικότητας της απώλειας
2. τη βίωση του πόνου της οδύνης
3. την προσαρμογή στο περιβάλλον από το οποίο απουσιάζει ο αποθανών

4. και την απόσυρση της συναισθηματικής ενέργειας από τον αποθανόντα και την επανεπένδυση της σε άλλες σχέσεις.

Αυτό που ενδέχεται να συμβεί κάποιες φορές φαίνεται να είναι η αυξημένη θνησιμότητα από αγγειακά νοσήματα που παρουσιάζουν ορισμένοι χήροι μεγάλης ηλικίας στην άμεση μετά το πένθος περίοδο. Και πάλι οι άνδρες εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά «κινδύνου». Περισσότερο προφανές είναι το γεγονός ότι το πένθος μπορεί να οδηγήσει σε κατάθλιψη, η πρόγνωση της οποίας δεν είναι καλή. (Slater R., 2003)

Η πορεία του πένθους φαίνεται να ακολουθεί ορισμένες φάσεις, η πρώτη από τις οποίες ξεκινά με το θάνατο του αγαπημένου μας προσώπου (βλ. Lemme, 1995. Rando, 1995).

**Η φάση της αποφυγής:** Ο άνθρωπος αισθάνεται ένα σοκ και δυσκολεύεται ή αρνείται να το πιστέψει. Αισθάνεται αποπροσανατολισμένος και με έντονο εσωτερικό κενό. Μερικοί αισθάνονται ότι όλα αυτά συμβαίνουν σε κάποιον άλλο και πως οι ίδιοι είναι απλοί μάρτυρες των γεγονότων. Άλλοι, αντιθέτως, ξεσπούν συναισθηματικά. Μερικοί άνθρωποι προσπαθούν να αποκτήσουν τον έλεγχο της κατάστασης προσπαθώντας να προσδιορίσουν τις αιτίες του θανάτου και επικεντρώνοντας τις ενέργειές τους στις αναγκαίες προετοιμασίες για την κηδεία. Ωστόσο αυτές οι ενέργειες, όταν δεν ακολουθούνται από συναισθηματική έκφραση και ξέσπασμα, δε βοηθούν τον πενθούντα (Rando, 1995). Από την άλλη μεριά, υπάρχουν άνθρωποι που φαίνονται να δέχονται τα νέα του θανάτου χωρίς αμφισβήτηση και στρέφονται αμέσως σε παρηγόρηση των άλλων.

Αυτό συμβαίνει όταν υπάρχει ανάγκη να φροντίσουν άλλους που μπορεί να επηρεαστούν πιο έντονα από τα νέα του θανάτου ή όταν υπάρχουν πιεστικές ευθύνες που πρέπει να το αναλάβει το άτομο που πενθεί.

Αυτά τα αρχικά αισθήματα, που λειτουργούν ως ασπίδα απέναντι στον πόνο της απώλειας, υποχωρούν σε λίγες μέρες και δίνουν τη θέση τους στο βαθύ πόνο, κλάμα και λυγμούς, φόβο και γενικευμένο άγχος. Ο άνθρωπος νομίζει ότι δεν μπορεί να το αντέξει και πως θα τρελαθεί, ενώ δυσκολεύεται να κοιμηθεί και να φάει. Μετά από περίπου τρεις εβδομάδες, αυτά τα συμπτώματα αρχίζουν να υποχωρούν. Σημαντικό πάντως είναι να εκφραστούν τα αισθήματα και το άτομο να αντιμετωπίσει στην πραγματικότητα τις απώλειες γιατί όσο το αναβάλλει ασχολούμενο με άλλα, τόσο επιβαρύνει τη δική του διαδικασία προσαρμογής στο πένθος.

**Η φάση της συνειδητοποίησης της απώλειας και της αντιμετώπισης:** Αρχίζει περίπου τρεις εβδομάδες μετά το θάνατο και διαρκεί περίπου ένα χρόνο. Στο διάστημα αυτό το άτομο πρέπει να φροντίσει τα κληρονομικά και τις διοικητικές και άλλες διαδικασίες που ακολουθούν το θάνατο ενός ανθρώπου. Το άτομο που πενθεί αισθάνεται όλο και περισσότερο τη βεβαιότητα του θανάτου και κατά του νεκρού («που έφυγε και άφησε τον άλλο να παιδεύεται») και κατά του Θεού, που επέτρεψε να γίνει κάτι τέτοιο, και κατά των άλλων που φαίνονται ευτυχισμένοι. Αισθάνεται παράλληλα ενοχή, νοσταλγία και μοναξιά. Σκέφτεται πως μπορούσε να είχε αποφευχθεί ο θάνατος και γιατί συνέβη. Η σκέψη του γυρίζει συνεχώς γύρω από τον/ τη νεκρό/ ή και αισθάνεται την παρουσία του έντονη. Μπορεί ακόμη να έχει και

ψευδαισθήσεις, στις οποίες βλέπει και ακούει το νεκρό. Αυτό είναι ιδιαίτερα πιθανό αν ο θάνατος ήταν ξαφνικός και απρόσμενος.

Κατά τη φάση της συνειδητοποίησης της απώλειας το άτομο μπορεί να βιώσει μια σειρά ψυχολογικών, συμπεριφορικών, κοινωνικών και σωματικών αντιδράσεων, όπως οι παρακάτω (βλ. Rando, 1995):

## **1. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ**

### **A. Συναισθήματα**

- Πόνος χωρισμού, λύπη, οδύνη, αγωνία.
- Άγχος, πανικός, φόβος, ανασφάλεια, αίσθημα ότι είναι ευάλωτος.
- Ανημποριά, αδυναμία, έλλειψη ελέγχου, αίσθημα ότι είναι θύμα καταπίεσης.
- Θυμός, επιθετικότητα, ευερεθιστότητα, έλλειψη ανοχής, ανυπομονησία.
- Ενοχή, αυτό- απέχθεια, μετάνοια.
- Κατάθλιψη, απογοήτευση, απελπισία.
- Αδιαφορία, απάθεια, περιορισμένο εύρος συναισθημάτων.
- Ματαίωση.
- Φόβος ότι τρελαίνεται.
- Συναισθηματική αστάθεια, υπερευαίσθησία.
- Αποστέρηση, παραβίαση.
- Μοναξιά.
- Εγκατάλειψη.

- Αμφιθυμία.
- Ανακούφιση.

### ***B. Σκέψεις***

- Δυσπιστία.
- Ζάλη.
- Αποδιοργάνωση, σύγχυση, διάσπαση προσοχής.
- Συνεχής καταναγκαστική ενασχόληση με τον/ τη νεκρό και το θάνατο.
- Μειωμένη: συγκέντρωση, κατανόηση, νοητική λειτουργία, μνήμη, λήψη αποφάσεων.
- Γνωστική ασυμφωνία, έλλειψη νοήματος στη ζωή, αίσθημα ότι όλα είναι άχρηστα, έλλειψη στόχων.
- Πνευματική σύγχυση, αίσθηση αποξένωσης/ απόρριψης από το Θεό, αυξημένη πνευματικότητα.
- Πτώση της αυτό- εκτίμησης, αισθήματα ανεπάρκειας.
- Απαισιοδοξία.
- Έλλειψη ενδιαφέροντος για τον εαυτό.
- Μείωση: ενδιαφέροντος, κινήτρων, πρωτοβουλίας, κατεύθυνσης.

### **Γ. Αντιλήψεις**

- Αίσθημα ότι δεν είναι αυτή η πραγματικότητα, αποπροσωποποίηση, έλλειψη αποδοχής της πραγματικότητας, διαχωρισμός.
- Ανάπτυξη αντιληπτικής τάσης για τον/ τη νεκρό/ ή.
- Μη φυσιολογικές εμπειρίες που έχουν σχέση με το νεκρό άτομο, ή αντιδράσεις πόνου στην απώλεια.
- Άρνηση.
- Αναζήτηση του/ της νεκρού/ ής.
- Διαμαρτυρία.
- Παλινδρόμηση.
- Αναζήτηση νοήματος.
- Ταύτιση με το νεκρό άτομο.
- Όνειρα που αφορούν το νεκρό άτομο.
- Αίσθημα ότι αυτή δεν είναι η πραγματικότητα, αποπροσωποποίηση, μη αποδοχή της πραγματικότητας, διαχωρισμός.

## **2. ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ**

- Αναζήτηση του νεκρού ατόμου.
- Ακατάπαυτη υπερδραστηριότητα, αναζήτηση του να κάνει κάτι, υπερβολική διέγερση, ευερεθιστότητα, υπερβολική αντίδραση ξαφνιάσματος, υπερβολική επαγρύπνηση, υπομανιακή συμπεριφορά.
- Κοινωνική απόσυρση.
- Αποδιοργανωμένη δραστηριότητα, αφηρημάδες.
- Αυξημένη λήψη φαρμάκων, ψυχοδραστικών ουσιών.
- Απώλεια των τρόπων κοινωνικής αλληλεπίδρασης (π. χ. εξάρτηση, αποφυγή να μένει μόνος, προσκόλληση σε άλλους).
- Κλάμα και δάκρυα.
- Ανορεξία ή υπερφαγία.
- Διαταραχή ύπνου.
- Τάση να αναστενάζει.
- Μείωση: ενδιαφέροντος, κινήτρων, πρωτοβουλίας και ενέργειας για σχέσεις και οργανωμένα πρότυπα δραστηριότητας
- Μείωση αποτελεσματικότητας και παραγωγικότητας (στην προσωπική ζωή, κοινωνική και επαγγελματική).
- Αποφυγή ή προσκόλληση σε ανθρώπους, τόπους και καταστάσεις που θυμίζουν τον νεκρό.
- Αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές.



- Επιδεικτικές, παρορμητικές συμπεριφορές.
- Υπό- ή υπερσεξουαλικότητα.
- Αλλαγή στον τρόπο ζωής.
- Απόκρυψη της θλίψης από φόβο μήπως απομακρυνθούν οι άλλοι.
- Ξέσπασμα θλίψης.

### **3.ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ**

- Έλλειψη ενδιαφέροντος για τους άλλους ανθρώπους και τις συνήθεις δραστηριότητες λόγω συνεχούς ενασχόλησης με τον θάνατο.
- Κοινωνική απόσυρση.
- Μείωση: ενδιαφέροντος, κινήτρων, δραστηριότητας, κατεύθυνσης και ενέργειας για σχέσεις και οργανωμένα πρότυπα δραστηριότητας.
- Ανία.
- Εκρηκτικότητα, άλλες εκδηλώσεις θυμού ή ενασχόλησης προς τους άλλους.
- Ζήλια για τους άλλους που δεν έχουν ζήσει εμπειρία απώλειας.
- Εξάρτηση από άλλους, προσκόλληση, αποφυγή να μένει μόνος.

#### **4. ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ**

##### **A. Συμπτώματα ενδεικτικά βιολογικών δεικτών κατάθλιψης**

- Ανορεξία, διαταραχές όρεξης που οδηγούν σε μείωση ή αύξηση του βάρους.
- Μείωση: ενδιαφέροντος, κινήτρων, δραστηριότητας, κατεύθυνσης και ενέργειας για σχέση και οργανωμένα πρότυπα δραστηριότητας.
- Καταθλιπτική διάθεση.
- Ανηδονία, απάθεια, περιορισμένο εύρος συναισθημάτων.
- Μείωση σεξουαλικού ενδιαφέροντος, υπό- ή υπερσεξουαλικότητα.
- Διαταραχή ύπνου.
- Κλάμα, δάκρυα.
- Τάση για αναστεναγμό.
- Κόπωση, λήθαργο.
- Αδυναμία.
- Σωματική εξάντληση.
- Αίσθημα κενού, βάρους.
- Ψυχοκινητική στέρηση, ευερεθιστότητα.

## ***B. Συμπτώματα ενδεικτικά άγχους και υπερδιέγερσης***

### ***I. Κινητική ένταση :***

- Τρεμούλιασμα.
- Μυϊκή τάση, πόνοι.
- Κόπωση.
- Κεφαλόπονος.
- Συνεχής κινητικότητα, Αναζήτηση να κάνει κάτι.

### ***II. Αυτόνομη υπερδραστηριότητα :***

- Άγχος, ένταση, νευρικότητα.
- Ταχυκαρδία.
- Κόψιμο της αναπνοής.
- Μούδιασμα, σουβλεροί πόνοι.
- Αίσθημα πνιγμού.
- Ζάλη, αστάθεια αισθημάτων, λιποθυμία.
- Ξηροστομία.
- Εφίδρωση, κρύα χέρια.
- Κοκκίνισμα, «άναμμα».
- Πόνοι στο στήθος, πίεση, έλλειψη ανάπαυσης.
- Πνιγμός.
- Ναυτία, διάρροια, άλλα κλινικά συμπτώματα.
- Συχνουρία.

- Σφίξιμο στο λαιμό, δυσκολία κατάποσης, αίσθημα ότι κάτι έχει «σταθεί» στο λαιμό.
- Διαταραχές πέψης.

### *III. Επαγρύπνηση και διερεύνηση:*

- Αυξημένη διέγερση.
- Ευερεθιστότητα.
- Υπερβολική αντίδραση ξαφνιάσματος.
- Ξέσπασμα θυμού, οξυθυμία.
- Δυσκολία χαλάρωσης για ύπνο, αϋπνία.
- Μειωμένη συγκέντρωση.
- Υπερεπαγρύπνηση.
- Φυσιολογικής μορφής αντίδραση όταν εκτίθεται σε γεγονότα που συμβολίζουν ή μοιάζουν με το θάνατο και τα συμβάντα που συνδέονται με αυτόν.

### *IV. Άλλα συμπτώματα ενδεικτικά φυσιολογικών αντιδράσεων*

*στη στεναχώρια:*

- Απώλεια μαλλιών.
- Συνάθροιση ασαφών, διάχυτων σωματικών παραπόνων που έρχονται κατά κύματα και διαρκούν από λεπτά μέχρι ώρες.
- Γαστρεντερικά συμπτώματα.
- Καρδιοπνευμονικά συμπτώματα.
- Ψευδονευρολογικά συμπτώματα.

Ωστόσο με την πάροδο του χρόνου όλες αυτές οι συμπεριφορές και τα αισθήματα σιγά- σιγά αρχίζουν να υποχωρούν. Η ανακούφιση εμφανίζεται περιορισμένα, σαν ένα σύντομο διάλειμμα στην αρχή, το οποίο σιγά- σιγά όλο και περισσότερο.

**Η τρίτη φάση είναι αυτή της ανάκαμψης.** Ο ύπνος και η όρεξη επανέρχονται στο κανονικό τους επίπεδο και το άτομο αρχίζει να βλέπει προς το μέλλον. Το πένθος δεν έχει λήξει τελείως, αλλά το άτομο έχει πλέον προσαρμοστεί στη νέα πραγματικότητα. Η μνήμη του νεκρού παραμένει ζωντανή και μπορεί να έρχεται στο νου του ανθρώπου σε τελείως απρόσμενες στιγμές, χωρίς όμως τον αρχικό πόνο. Αυτό μπορεί αρχικά να προκαλεί ενοχή στο άτομο, όταν πιστεύει ότι ο πόνος της απώλειας πρέπει να είναι συνεχής, γιατί έτσι διατηρείται ο δεσμός με το νεκρό άτομο. Προοδευτικά όμως γίνεται κατανοητό ότι η ανάμνηση και ο δεσμός με τον νεκρό μπορεί να υπάρχει χωρίς την έντονη οδύνη ή θλίψη του πρώτου καιρού. Έτσι το πένθος μπορεί να διαρκεί χωρίς, παρ' όλα αυτά, να αποδιοργανώνει τη ζωή του ατόμου.

Στη φάση αυτή αρχίζουν να υποχωρούν τα συμπτώματα της έντονης θλίψης και αρχίζει η κοινωνική και συναισθηματική επάνοδος στην καθημερινή ζωή. Αυτό συχνά απαιτεί εκμάθηση νέων δεξιοτήτων και ανάληψη νέων ρόλων καθώς το άτομο που πενθεί προσαρμόζεται σε μια νέα πραγματικότητα. Η σχέση με το νεκρό άτομο μετασχηματίζεται σε ένα συμβολικό επίπεδο. Το ίδιο αναπροσαρμόζεται και ο κόσμος των ιδεών και πεποιθήσεων του ατόμου μια και τώρα δεν υπάρχει σε αυτόν το άλλο άτομο. Η προσαρμογή σε αυτή τη φάση δεν είναι

τίποτε άλλο από την αποδοχή του γεγονότος του θανάτου ως κάτι αναπόφευκτου στη ζωή.

Γενικά, το πένθος ως έντονη ψυχολογική εμπειρία είναι μία στρεσογόνα κατάσταση που αυξάνει την πιθανότητα θανάτου και των πενθούντων, αν και η Clayton (1974) δεν βρήκε αυξημένη θνησιμότητα μεταξύ των χηρυσάντων. Αντιθέτως ο Rowland (1977) βρήκε ότι η θνησιμότητα των πενθούντων κατά τον πρώτο χρόνο του πένθους είναι επτά φορές μεγαλύτερη από ό, τι τα υπόλοιπα χρόνια. Και αυτό διότι αυξάνονται ατυχήματα, αυτοκτονίες και ασθένειες λόγω του στρες. Παρ' όλα αυτά ο θρήνος και το πένθος είναι εμπειρίες που μαθαίνει να δέχεται και να αντιμετωπίζει ο άνθρωπος.

Κατά τον Rando (1995) υπάρχουν έξι διεργασίες μέσα από τις οποίες πρέπει να περάσει κάποιος για να ολοκληρώσει με επιτυχία τα καθήκοντα του πένθους. Αυτές είναι:

1. Η αναγνώριση της απώλειας ( δηλαδή η παραδοχή του θανάτου και η κατανόηση του θανάτου).
2. Η αντίδραση στο χωρισμό ( η εμπειρία του πόνου, η έκφραση των αντιδράσεων στην απώλεια, η αναγνώριση και θρήνος για τις δευτερογενείς απώλειες).
3. Η ανάμνηση του/ της νεκρού/ ής και της σχέσης ( η ανασκόπηση και η ανάμνηση τόσο σε ρεαλιστικά πλαίσια όσο και σε επίπεδο αισθημάτων).
4. Το σπάσιμο των δεσμών με το νεκρό άτομο και τον κοινό τους κόσμο.
5. Η επαναπροσαρμογή στη νέα πραγματικότητα χωρίς να ξεχνιέται ο παλιός κόσμος.

6. Η επένδυση της συναισθηματικής ενέργειας σε νέα πλαίσια (Αναστασία - Κωσταρίδου Ευκλείδη, 1999).

#### **4. 4. ΠΟΡΕΙΑ ΤΟΥ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΥ ΠΕΝΘΟΥΣ**

Σύμφωνα με τους D. Lagache και M. Hanus ο φυσιολογικός θρήνος τελειώνει αρκετά γρήγορα περνώντας διαδοχικά από τις τρεις φάσεις της ψυχικής οδύνης:

A) Της κατάθλιψης και της προσαρμογής χάρις στις ψυχικές διαδικασίες της συναισθηματικής αποεπένδυσης (ξεκόλλημα)

B) Της εσωτερίκευσης και της ταύτισης προς το αγαπημένο πρόσωπο που χάθηκε, εν συνεχεία τύψεων (ενοχών)

Γ) Και τέλος αποκόλλησης από την εμμονή στην επώδυνη σκέψη του (...).

Η διάρκεια του πένθους φαίνεται να εξαρτάται από την επιτυχία με την οποία το άτομο χειραφετείται από τον δεσμό με τον αποθανόντα, επαναπροσαρμόζεται στο περιβάλλον από το οποίο λείπει ο τελευταίος και δημιουργεί νέες σχέσεις.

Ένα από τα μεγαλύτερα εμπόδια σε αυτήν την προσπάθεια φαίνεται να είναι το γεγονός ότι πολλά άτομα προσπαθούν να αποφύγουν και τη δυνατή λύπη που συνδέεται με την εμπειρία του πένθους και την απαραίτητη έκφραση του συναισθήματος. Κατά βάθος φοβούνται ότι αν χαλαρώσουν και ενδώσουν στην λύπη κινδυνεύουν να καταρρεύσουν ψυχικά.

Συχνά απαιτείται μεγαλύτερη πειθώ για να αποφασίσουν να εξωτερικεύσουν την λύπη τους πράγμα που θα τους βοηθήσει να παραδεχθούν το βάρος του πένθους.

Με την έκφραση της λύπης έρχεται άμεση ανακούφιση της ψυχικής έντασης και επακόλουθες συνεντεύξεις με τον θεραπευτή, είναι ζωηρές συζητήσεις με τις οποίες ο αποθανών εξιδανικεύεται και ο πένθων ξεπερνά το άγχος και την αμφιβολία του για την προσαρμογή του στις νέες συνθήκες. Έχει αποδειχθεί συνήθως με 8-10 συνεντεύξεις σε διάστημα 4-6 εβδομάδων κατά το οποίο ο θεραπευτής μοιράζεται με τον πένθοντα το βάρος της διαδικασίας του πένθους, ένα φυσιολογικό πένθος μπορεί να εξελιχθεί ομαλά (Γ. Ν. Χριστοδούλου, Β. Π. Κονταξάκης, 2000).

#### **4. 5. ΧΕΙΡΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΠΕΝΘΟΥΣ**

Ο κατάλληλος χειρισμός του πένθους μπορεί να παρεμποδίσει μακροχρόνιες και σοβαρές αλλαγές στην κοινωνική προσαρμογή του ατόμου καθώς και πιθανές σωματικές ασθένειες.

Είναι πολύ σημαντικό να γνωρίζουμε ότι όχι μόνο η υπερβολή αλλά και η μειωμένη αντίδραση στον θάνατο πρέπει να τύχουν προσοχής, καθυστερημένες αντιδράσεις ενδέχεται να εκδηλωθούν σε απροσδόκητο χρόνο καθώς και οι επικίνδυνες διαστρεβλώσεις που αναφέραμε και οι οποίες αν και δεν είναι έκδηλες αρχικά μπορεί να είναι πολύ καταστρεπτικές αργότερα.

Οι θρησκευτικές οργανώσεις έχουν βρει ένα τρόπο να ανακουφίζουν τον πένθοντα. Με την πίστη στην μετά θάνατον ζωή, ενισχύεται η επιθυμία του πένθοντα να συνεχίσει την



επικοινωνία με τον αποθανόντα. Με την καθιέρωση τελετών, εθίμων, μνημόσυνων, κλπ, διατηρούν την επικοινωνία του με το περιβάλλον. Επίσης, με το δόγμα της «Θείας Χάριτος» και τις υποσχέσεις ότι μπορεί να κερδίσουν την συγγνώμη του αποθανόντος στην μετά θάνατον συνάντησή τους, κατορθώνουν να αμβλύνουν τα αρρωστημένα συναισθήματα ενοχής τους

Αν και όλα αυτά έχουν βοηθήσει αναρίθμητους ανθρώπους στο πένθος τους, εν τούτοις μόνο η ανακούφιση δεν είναι αρκετή ανακούφιση στο πένθος.

- Το άτομο πρέπει να παραδεχτεί τον πόνο του θανάτου.
- Πρέπει να αναθεωρήσει την σχέση του με τον αποβιώσαντα και να εξοικειωθεί με τις αλλαγές στις συναισθηματικές του αντιδράσεις.
- Πρέπει να ξεπεράσει τους φόβους του για την ψυχική του ισορροπία, καθώς και τον φόβο του να αποδεχτεί τα εχθρικά του συναισθήματα.
- Πρέπει να εκφράσει την λύπη του γι' αυτόν που έχασε και να βρει μια παραδεκτή μορφή όσο αφορά την σχέση του με τον αποθανόντα στο μέλλον.
- Θα πρέπει να εξωτερικεύσει τα συναισθήματα ενοχής του και να βρει πρόσωπα από το περιβάλλον του που θα του χρησιμεύσουν σαν στηρίγματα για να αποκτήσει νέους τρόπους συναλλαγής με το περιβάλλον.

Σε περιπτώσεις που η εχθρότητα είναι το πιο έκδηλο χαρακτηριστικό του πένθους, απαιτείται ειδικός χειρισμός (Αναστασία Κωσταρίδου – Ευκλείδη, 1999).

## **4. 6. Η ΘΛΙΨΗ ΤΟΥ ΠΕΝΘΟΥΣ**

Η θλίψη του πένθους είναι ένας ιδιαίτερος τύπος του άγχους αποχωρισμού. Γενικά απαιτείται η πάροδος ορισμένου χρόνου για να αποδεχτούν οι άνθρωποι τον θάνατο κάποιου αγαπημένου προσώπου και μέχρι αυτό να συντελεστεί, το άγχος που προκάλεσε ο αποχωρισμός είναι καταφανές. Νιώθουν πόνο για τον άνθρωπο που χάθηκε, για το χτύπημα της μοίρας, όπως λέγεται. Αυτό το «μαράζωμα» συνοδεύεται από λυγμούς και αναζήτηση του χαμένου προσώπου. Οι πενθούντες κινούνται ανήσυχα, σκέφτονται πολύ το χαμένο πρόσωπο, προσέχουν τα ερεθίσματα τα οποία αναφέρονται σ' αυτό και αγνοούν άλλα πράγματα. Μερικές φορές συλλαμβάνουν τον εαυτό τους να αναζητά τον νεκρό. Μετά από επανειλημμένες αποτυχίες να βρουν τον αγαπημένο τους νεκρό, η ένταση στην αναζήτηση κοπάζει σταδιακά και τότε εκείνοι αποδεσμεύονται (I. M. Mar Marks, MD.).

Η βαθιά θλίψη, οδύνη, είναι το συναίσθημα που βιώνουν όλοι οι πενθούντες. Είναι η διεργασία μέσα από την οποία το άτομο εκφράζει τις ψυχολογικές, συμπεριφορικές, κοινωνικές και σωματικές αντιδράσεις στην αντίληψη της απώλειας (Rando, 1995). Αυτός ο ορισμός της θλίψης, με βάση όσα αναφέραμε για την απώλεια, συνεπάγεται ότι η θλίψη βιώνεται ή εκδηλώνεται σε τέσσερα επίπεδα (ψυχολογικό, συμπεριφορικό, κοινωνικό και σωματικό), ότι είναι μια συνεχής πορεία που περιλαμβάνει πολλές αλλαγές στο χρόνο, ότι είναι μια φυσική, αναμενόμενη αντίδραση και ότι μια αντίδραση σε κάθε τύπου απώλεια και όχι μόνο στο θάνατο. Ταυτοχρόνως, η εμπειρία της θλίψης εξαρτάται από το

μοναδικό τρόπο με τον οποίο αντιλαμβάνεται το άτομο την απώλεια, ανεξάρτητα από το πώς τη βλέπουν οι άλλοι.

Οι αντιδράσεις της θλίψης εκφράζουν ένα ή περισσότερα από τα παρακάτω στοιχεία:

A) Τα αισθήματα του ατόμου που θρηνεί για την απώλεια (π. χ. λύπη, ενοχή, κλπ.)

B) Τη διαμαρτυρία του πενθούντα για την απώλεια και την επιθυμία του να την αναιρέσει (π. χ. θυμό ή συνεχή ενασχόληση με τον νεκρό).

Γ) Τα αποτελέσματα της επίθεσης που δέχθηκε το άτομο από την ίδια την απώλεια (π. χ. σύγχυση ή σωματικά συμπτώματα) και

Δ) Τις πράξεις που προκαλούν τα προηγούμενα στοιχεία στη συμπεριφορά του πενθούντα (π. χ. κοινωνικά απόσυρση).

Ωστόσο ο υγιής θρήνος και πένθος μιας απώλειας απαιτεί πολλά περισσότερα από τις παραπάνω εκφράσεις της θλίψης. Απαιτεί μια σειρά αναπροσαρμογών που θα αντισταθμίσουν την απώλεια, έτσι που το άτομο ξεπεράσει τη θλίψη και να συνεχίσει τη ζωή του.

Θα πρέπει όμως να σημειωθεί ότι η μορφή που παίρνει η έκφραση της θλίψης επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό από πολιτισμικούς παράγοντες. Οι Stroebe, Gergen και Stroebe (1992) περιγράφουν το πένθος στις δυτικές κοινωνίες του 20<sup>ου</sup> αιώνα ως μια περίοδο έντονης συναισθηματικότητας και απομάκρυνσης από το συνήθη τρόπο ζωής. Είναι μια περίοδος την οποία πρέπει να ζήσει και να ξεπεράσει το άτομο, ώστε να επανέλθει στους συνήθεις ρυθμούς της ζωής του. Μέσα σε ένα τέτοιο πλαίσιο ιδεών, η μείωση της προσοχής στην απώλεια θεωρείται κρίσιμη καθώς και το σπάσιμο των δεσμών του εναπομείναντα με το

νεκρό. Αυτή η άποψη ξεκινά από τον Freud (1917/ 1957), ο οποίος είχε υποστηρίξει ότι η θλίψη ξεπερνιέται μέσα από μια διαδικασία προοδευτικού σπασίματος των δεσμών με το αγαπημένο αντικείμενο και μεταφοράς της σχετικής ενέργειας σε άλλες δραστηριότητες.

Θα πρέπει, επίσης, να θυμόμαστε ότι το 19<sup>ο</sup> αιώνα, ακόμη όμως και σήμερα, μεταξύ των ανθρώπων που ζουν σε μικρές, κλειστές κοινωνίες στη χώρα μας ή αλλού, το πένθος δεν είναι κάτι που πρέπει να τελειώσει ή να ξεπεραστεί. Το πένθος, όπως υποδηλώνεται από τα μαύρα ρούχα που φορά το άτομο που πενθεί, είναι κάτι που διαρκεί, είναι η συνεχής έκφραση του δεσμού που υπήρχε με το πρόσωπο που χάθηκε. Η παρουσία δηλαδή του νεκρού είναι αδιάλειπτη και θεωρείται τον/ την εγκαταλείπουμε αν τον/ την ξεχάσουμε. Αυτή η προσέγγιση του πένθους είναι ορατή και σε μη δυτικές σύγχρονες κοινωνίες, όπως η Ιαπωνία. Στην Ιαπωνία, σχεδόν όλα τα σπίτια διαθέτουν το βωμό των νεκρών προγόνων και οι τελετές που γίνονται σε αυτόν συντηρούν τη μνήμη και τους δεσμούς με την οικογένεια και το παρελθόν της. Κάτι αντίστοιχο στις κοινωνίες μας είναι τα Ψυχοσάββατα (η ημέρα των νεκρών), όταν οι άνθρωποι επισκέπτονται τα νεκροταφεία, κάνουν κόλλυβα, κλπ. στη μνήμη των δικών τους που έχουν πεθάνει.

Οι Lindemann (1944) (βλ. και Rando, 1995) ήταν μια ακόμη σημαντική μορφή πέρα από τον Freud, συνεισέφερε στην κατανόηση του πένθους. Μελέτησε τις επιπτώσεις της βαριάς θλίψης και οδύνης από ψυχοσωματική άποψη και αναφέρθηκε σε τρία καθήκοντα της θλίψης: το σπάσιμο του δεσμού με τον/ τη νεκρό/ ή, την αναπροσαρμογή στο περιβάλλον στο οποίο δεν υπάρχει πλέον ο/ η νεκρός/ ή και τη δημιουργία νέων σχέσεων. Η

διάρκεια του πένθους κατά τον Lindemann είναι συνάρτηση της επιτυχίας με την οποία ανταποκρίνεται το άτομο στα καθήκοντα του πένθους. Άνθρωποι που επιζητούν να αποφύγουν τη βαθιά οδύνη που συνδέεται με την απώλεια του αγαπημένου προσώπου δημιουργούν εμπόδια στην εκπλήρωση των καθηκόντων του πένθους.

#### **4. 7. ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΕΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ ΠΕΝΘΟΥΣ**

Ο παθολογικός θρήνος καταλήγει σε ψυχική πάθηση, διακρίνεται δε από μια καθυστέρηση στην εμφάνιση και την εκδήλωσή του και εν συνεχεία μια παράταση της εξέλιξής του πλέον των δύο ετών με εμφανή απειλή της ψυχικής ισορροπίας του ατόμου. Συχνά πρόκειται για μια πραγματική μελαγχολική ψύχωση ή και μανιακή (μανία του θρήνου με άρνηση της πραγματικότητας της απώλειας) ή τέλος για ένα θρήνο ψυχαναγκαστικής νεύρωσης ή ακόμη μια υστερική νεύρωση θρήνου. Στην τελευταία αυτή μορφή, που είναι επίσης αρκετά συχνή, ο πένθων φέρεται σαν να ζει ακόμα ο αποθανών: του μιλά, κρατά τη θέση του στο τραπέζι κατά τα γεύματα, το κρεβάτι του και το δωμάτιό του τακτοποιημένα καθώς και όλα τα προσωπικά του αντικείμενα στα πλαίσια μιας φανταστικής επανάληψης της πραγματικής ζωής, πραγματικού χώρου «επιβίωσης». Η ταύτιση με τον αποθανόντα μεταφράζεται συχνά διά της επανάληψης λιγότερο ή περισσότερο υποσυνείδητα των συμπτωμάτων του με τον κίνδυνο της κατάληξης σε σωματικές διαταραχές εκ της ψυχογενούς σωματοποίησης κάποτε ιδιαίτερα επικίνδυνες

(επανάληψη από τον εγγονό της δυσαρθικής ομιλίας και της ημιπληγίας του αγαπημένου παππού που απεβίωσε από εγκεφαλικό επεισόδιο). Αυτές οι παγιοποιημένες ταυτίσεις απαιτούν συχνά να αρχίσει ο ασθενής μία ψυχοθεραπεία ψυχαναλυτικής συνήθως έμπνευσης για να μπορέσει ο παθολογικός του θρήνος να επανεργοποιηθεί και να επανεξεταστεί με νέα στοιχεία ώσπου να καταλήξει σε φυσιολογικό ξεπερασμό.

Όλες οι μορφές θρήνου που εμφανίζουν άτυπες και παθολογικές εκδηλώσεις πρέπει να αντιμετωπίζονται θεραπευτικά το συντομότερο, κατ' αρχήν με τα ειδικά ψυχοφάρμακα (αντικαταθλιπτικά ή ηρεμιστικά για τις μανιακές εκδηλώσεις υπερδραστηριότητας και λογόρροιας) και εν συνεχεία με θεραπείες ψυχαναλυτικής έμπνευσης που έχουν απόλυτη ένδειξη σε αυτές. Οι καταστάσεις αυτές βέβαια πρέπει να συνδέονται από μέτρα διευκόλυνσης της κοινωνικοεπαγγελματικής και συναισθηματικής επανένταξης στα πλαίσια μιας φυσιολογικής ζωής.

Ο θρήνος είναι μία φυσιολογική διαδικασία που πρέπει να εκδηλώνεται σε όλες τις περιπτώσεις απώλειας (καθ' οιονδήποτε τρόπο) προσφιλούς προσώπου ή ακόμη μιας σχέσης ή μιας αγαπητής ιδιότητας του ατόμου ή τους προσφιλούς του. Όταν δεν εμφανίζεται η διαδικασία του πένθους αυτό σημαίνει συσσωρευτική εμφάνιση της μελλοντικά σε επόμενη περίπτωση απώλειας ή απωλειών, οπότε αναμένεται πολύ μεγαλύτερη ένταση των εκδηλώσεων και παθολογικότερη εικόνα. Τέλος η μη εμφάνιση θρήνου δηλώνει συνήθως άρνηση της πραγματικότητας (άρνηση του θανάτου) που αποτελεί πολύ παθολογικό μηχανισμό αμύνης του εγώ και είναι ουσιαστικά το άνοιγμα της πόρτας για την τρέλα και τον παραλογισμό κάθε είδους. Είναι γνωστό ότι τέτοιες παθολογικές αντιδράσεις βλέπουμε καθημερινά γύρω μας και δεν

αντιδρούμε έως ότου να εμφανιστούν με την μορφή σκανδάλου οπότε και είναι πολύ αργά για τις θεραπείες που πλέον δεν μπορούν να φέρουν ιδανικά αποτελέσματα (Γ. Χατζηαντωνίου).

Οι παθολογικές αντιδράσεις πένθους αποτελούν διαστρεβλώσεις του ομαλού πένθους. Στις περιπτώσεις αυτές ο θεραπευτής συμβάλλει στο να αποκαταστήσει μια ομαλή αντίδραση πένθους.

***Οι εκδηλώσεις μπορούν να ταξινομηθούν ως εξής:***

**1.** Υπερβολική δραστηριότητα που συνδέεται όχι από συναίσθημα λύπης για την απώλεια αλλά μάλλον από ένα αίσθημα εφορίας. Οι δραστηριότητες είναι κάπως μεγαλόπνοες και ριψοκίνδυνες και μοιάζουν με τις δραστηριότητες του αποθανόντος.

**2.** Εκδήλωση συμπτωμάτων που μοιάζουν με την τελευταία ασθένεια του αποθανόντος. Συνήθως δίδεται στην ασθένεια το όνομα υποχονδρίαση και υστερία (...)

**3.** Αν και αυτό το είδος της δημιουργίας συμπτώματος «ταυτοποίησης» μπορεί ακόμη να θεωρείται σαν σύμπτωμα «υστερικής μετατροπής», υπάρχει ένας άλλος τύπος διαταραχής που αναμφίβολα παρουσιάζει μια αναγνωρισμένη σωματική ασθένεια ή πιο συγκεκριμένα μια ομάδα «ψυχοσωματικών καταστάσεων» κυρίως αιμορραγική κολίτις, ρευματοειδής αθρίτις και άσθμα (...)

**4.** Στο επίπεδο της κοινωνικής προσαρμογής συχνά παρατηρείται μια εμφανής αλλαγή στις σχέσεις με συγγενείς και φίλους. Το άτομο ευερέθιστο, προτιμά να τον αφήσουν ήσυχο, και φοβάται ότι μπορεί να προκαλέσει εχθρότητα των φίλων του με έλλειψη ενδιαφέροντος και την κριτική στάση που τον χαρακτηρίζει.

Ακολουθεί προοδευτική απομόνωση και το άτομο χρειάζεται μεγάλη ενθάρρυνση για να αποκαταστήσει τις κοινωνικές του σχέσεις.

5. Ενώ ένα ξεχείλισμα εχθρότητας εμφανίζεται να διαποτίσει όλες τις κοινωνικές σχέσεις, μπορεί επίσης παρουσιαστεί μια βίαιη εχθρότητα εναντίον συγκεκριμένων ατόμων. Π. χ. ο γιατρός γίνεται στόχος και κατηγορείται για αμέλεια καθήκοντος και μπορεί ακόμα και να του αποδοθεί εγκληματική πράξη (Αναστασία Κωσταρίδου – Ευκλείδη, 1999).

Ο Lindemann διέκρινε πέντε χαρακτηριστικά που υποδηλώνουν παθολογική αντίδραση στη θλίψη: α) σωματική κατάπτωση, β) συνεχή ενασχόληση με τη μορφή του/ της νεκρού/ ής, γ) ενοχή, δ) επιθετικές αντιδράσεις και ε) απώλεια συμπεριφορών κοινωνικής επαφής. Πιο σπάνια μπορεί να εκδηλωθούν στη συμπεριφορά του ατόμου και χαρακτηριστικά που αποτελούσαν συμπτώματα της ασθένειας του/ της νεκρού/ ής. Είναι σημαντικό όμως ότι με σχετικά απλή και σύντομη παρέμβαση οι στρεβλώσεις θλίψης είναι οι παρακάτω:

- Υπερδραστηριότητα χωρίς αίσθηση απώλειας.
- Εμφάνιση συμπτωμάτων που ανήκουν στην ασθένεια του/ της νεκρού/ ής.
- Ψυχοσωματική ασθένεια.
- Εμφανής μεταβολή στις σχέσεις με φιλικά πρόσωπα και συγγενείς.
- Μανιακή επιθετικότητα προς ορισμένα πρόσωπα.
- Μια άκαμπτη και τυπική στάση, με σχιζοφρενικής μορφής συναίσθημα και επικοινωνία.



- Μια διαρκή απώλεια τρόπων κοινωνικής αλληλεπίδρασης.
- Πράξεις που βλάπτουν την κοινωνική και οικονομική ύπαρξη του ίδιου.
- Διεγερτική κατάθλιψη.

Ο χειρισμός των αντιδράσεων οδύνης στον πένθοντα προϋποθέτει ανακούφιση από τη θλίψη αλλά και αποδοχή της απώλειας, αναθεώρηση των σχέσεων με τον/ την νεκρό/ ή, ενημερότητα για τις μεταβολές στη δική του/ της συμπεριφορά, αναγνώριση της συναισθηματικής έντασης, του πόνου και της οδύνης, αλλά και διαμόρφωση μιας αποδεκτής διατύπωσης των σχέσεων με τον/ την νεκρό/ ή στο μέλλον.

Νεότερες συμβουλές στη μελέτη των μορφών πένθους είναι αυτές του Bowlby (1969, 1973, 1980) μέσω της περιγραφής των αντιδράσεων των βρεφών στην απώλεια και των Parkes και Weiss (1983). Οι Parkes και Weiss διέκριναν τρεις τύπους παθολογικής θλίψης που συνδέονται με την αποτυχία του ατόμου να αναρρώσει από το πένθος: Είναι α) η χωρίς προοπτικές θλίψη, β) η συγκρουσιακή θλίψη, γ) η χρόνια θλίψη. Η Raphael (1975, 1983) επίσης περιέγραψε τρία γενικά πρότυπα παθολογικής θλίψης: α) την απύσχα, την καθυστερημένη ή ανεσταλμένη θλίψη, β) τη διαστρεβλωμένη θλίψη και γ) τη χρόνια (Rando, 1995).

## **4. 8. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΟ ΠΕΝΘΟΣ ΚΑΙ ΤΗ ΘΛΙΨΗ**

Όπως αναφέραμε προηγουμένως, το πένθος και η θλίψη του κάθε ανθρώπου βιώνονται σε συγκεκριμένα κοινωνικο-πολιτισμικά πλαίσια και επηρεάζονται από πολλαπλούς παράγοντες, έτσι που ο τρόπος έκφρασης του πένθους στον καθένα να μοιράζεται ορισμένα χαρακτηριστικά με το πένθος των άλλων αλλά και να διαφέρει, έτσι που να βιώνεται ως κάτι μοναδικό.

Αν και ήδη έχουν αναφερθεί οι παράγοντες που επηρεάζουν το πένθος και τη θλίψη, εδώ θα κάνουμε μια περιγραφή των παραγόντων αυτών για να φανεί η πολυπλοκότητα του φαινομένου (Rando, 1995).

**1. Ψυχολογικοί Παράγοντες:** Οι ψυχολογικοί παράγοντες αφορούν, πρώτον, τα χαρακτηριστικά της ίδιας της απώλειας. Δεύτερον, τα χαρακτηριστικά του ατόμου που πενθεί και τρίτον, τα χαρακτηριστικά του ίδιου του θανάτου (Rando, 1995).

Ειδικότερα, τα χαρακτηριστικά που αναφέρονται στη συγκεκριμένη απώλεια είναι τα εξής:

- Η μοναδικότητα και το νόημα που είχε το αντικείμενο της απώλειας.
- Η ποιότητα της σχέσης που χάθηκε (ο ψυχολογικός της χαρακτήρας, η ένταση, η ασφάλεια του δεσμού).
- Ο ρόλος που κατείχε το άτομο που πέθανε στην οικογένεια και στο κοινωνικό σύστημα (π. χ. ο αριθμός των ρόλων,

οι λειτουργίες που εξυπηρετούσε, η κεντρικότητα και σημασία των ρόλων).

- Τα χαρακτηριστικά του ατόμου που πέθανε.
- Το μέγεθος των μη ολοκληρωμένων συναλλαγών (υποχρεώσεων) μεταξύ του/ της νεκρού/ ής και του ατόμου που πενθεί.
- Η αντίληψη που έχει το άτομο που πενθεί για την εκπλήρωση των στόχων ζωής του/ της νεκρού/ ής.
- Ο αριθμός, ο τύπος και η ποιότητα των δευτερευουσών απωλειών, αυτών που απορρέουν από την απώλεια του ανθρώπου.
- Η φύση της τρέχουσας σχέσης του αποθανόντα με το άτομο που πενθεί.

Τα χαρακτηριστικά του ατόμου που πενθεί και που επηρεάζουν το πένθος είναι τα παρακάτω:

- Οι τρόποι αντιμετώπισης που χρησιμοποιεί στη ζωή του στις δύσκολες καταστάσεις, η προσωπικότητα και η ψυχική υγεία.
- Το επίπεδο ωριμότητας και νοημοσύνης.
- Ο κόσμος των ιδεών, πεποιθήσεων και προσδοκιών, δηλαδή το σύστημα θανάτου που διαθέτει.
- Οι προηγούμενες εμπειρίες της ζωής του, ιδιαίτερες οι εμπειρίες που είχε με απώλειες και θάνατο δικών του ανθρώπων.
- Οι προσδοκίες για το πένθος και τη θλίψη.
- Το κοινωνικό, πολιτισμικό, εθνικό, γενεακό και θρησκευτικό/ φιλοσοφικό/ πνευματικό του υπόβαθρο.
- Η εξάρτηση από το ρόλο του φύλου.

- Η ηλικία.
- Το εξελικτικό στάδιο της ανάπτυξής του, ο τρόπος ζωής, η αίσθηση νοήματος και η πληρότητα της ζωής του.
- Η ύπαρξη παράλληλων κρίσεων ή καταστάσεων στρες.

Τα χαρακτηριστικά του θανάτου που προσδιορίζουν το πένθος είναι τα εξής:

- Τα περιβαλλοντικά στοιχεία. Δηλαδή, το πλαίσιο μέσα στο οποίο λαμβάνει χώρα ο θάνατος. Αυτό περιλαμβάνει τον τόπο, το είδος του θανάτου, τους λόγους του θανάτου, την παρουσία ή μη των πενθούντων κατά το θάνατο, το βαθμό βεβαιότητας για το θάνατο (πρβ. Τις περιπτώσεις αγνοουμένων σε πόλεμο ή δυστυχήματα), και, τέλος, το βαθμό προετοιμασίας των πενθούντων και τη συμμετοχή τους.
  - Το αν ο θάνατος «ήρθε στην ώρα του».
  - Το ψυχοκοινωνικό πλαίσιο μέσα στο οποίο λαμβάνει χώρα ο θάνατος.
    - Ο βαθμός της προβλεψιμότητας του θανάτου.
    - Το αιφνίδιο ή μη του θανάτου.
    - Η αντίληψη του ατόμου που πενθεί για το αν ήταν δυνατόν να προβλεφθεί ο θάνατος.
      - Η χρονική διάρκεια της ασθένειας πριν από το θάνατο.
      - Η ποιότητα, ο τύπος και η ποιότητα της προπαρασκευαστικής θλίψης και η σχέση με το ετοιμοθάνατο άτομο.

**2. Κοινωνικοί Παράγοντες:** Οι παράγοντες αυτοί αφορούν τα χαρακτηριστικά του κοινωνικού περιγύρου του ατόμου που πενθεί. Ειδικότερα πρόκειται για τους εξής:

- Το κοινωνικό υποστηρικτικό σύστημα του ατόμου που πενθεί και η αναγνώριση, αποδοχή, κύρος και βοήθεια που προσφέρουν τα μέλη του κοινωνικού περιγύρου σε αυτό.

- Το κοινωνικό, πολιτισμικό, εθνικό, γενεακό και θρησκευτικό/ φιλοσοφικό/ πνευματικό υπόβαθρο του ατόμου που πενθεί.

- Το μορφωτικό, οικονομικό και επαγγελματικό επίπεδο του ατόμου που πενθεί.

- Η μεταθανάτιες τελετές.

- Η εμπλοκή του ατόμου που πενθεί με το διοικητικό και νομικό σύστημα.

- Ο χρόνος που παρήλθε από τον θάνατο.

**3. Φυσιολογικοί Παράγοντες:** Οι φυσιολογικοί παράγοντες που επηρεάζουν το πένθος και τη θλίψη είναι:

- Τα φάρμακα που λαμβάνει το άτομο που πενθεί (συμπεριλαμβανομένων του αλκοόλ, της καφεΐνης και της νικοτίνης).

- Η διατροφή.

- Η ξεκούραση και ο ύπνος.

- Η σωματική άσκηση.

- Η φυσική του υγεία.

## **4. 9. ΤΟ ΠΕΝΘΟΣ ΣΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ**

Το πένθος είναι μια φυσιολογική αίσθηση που τη νιώθουμε όλοι όταν μας συμβαίνουν απώλειες προσώπων ή και πραγμάτων, που αγαπάμε. Συνήθως το πένθος μας είναι αναλογικά σωστό, δηλαδή, πενθούμε με σωστή ένταση και κατά τη διάρκεια ενός σχετικού χρόνου (...).

Υπάρχουν, όμως, περιπτώσεις που αντιδρούμε άμετρα μετά από απώλειες, και μπορεί κανείς να παρουσιάσει ένα υπέρμετρο πένθος όσον αφορά την ένταση και στο χρόνο. Συμβαίνει, επίσης, να εμφανιστεί μια καθυστερημένη αντίδραση στο πένθος. Τότε, δηλαδή, που το πένθος εμφανίζεται κάποιο χρονικό διάστημα μετά την απώλεια. Συνήθως οι άνθρωποι πετυχαίνουν να ξεπεράσουν το πένθος και να συνεχίσουν τη ζωή τους.

Οι γέροντες φυσικά βρίσκονται σε μειονεκτική θέση προκειμένου να αντιμετωπίσουν το πένθος. Έχουν μεγαλύτερες, απ' ό,τι οι νέοι, δυσκολίες για να αντικαταστήσουν τις απώλειες. Μπορούμε, δηλαδή, με βεβαιότητα να υποθέσουμε ότι οι χήρες στην ηλικία των 25 βρίσκουν ευκολότερα έναν καινούριο σύζυγο-αντικαταστάτη, απ' ό,τι οι χήρες των 65 χρόνων (...). Οι γέροντες είναι πάντα σε πιο μειονεκτική κατάσταση. Η κατάσταση αυτή γίνεται πολύ χειρότερη αν, εξαιτίας του πένθους, αρρωστήσουν με μελαγχολία, πράγμα που συμβαίνει συχνά στους γέροντες. Σύμφωνα με ορισμένους ερευνητές, από τους γέροντες που χηρεύουν, γύρω στο 20 % αντιδρούν με μελαγχολία, κατά το πρώτο έτος μετά την απώλεια του συντρόφου τους. Είναι φανερό ότι πολλοί γέροντες μπορούν να αντιδράσουν μ' αυτή την αρρωστημένη αντίδραση πένθους, και μπορεί κανείς να

υποψιαστεί ότι δεν είναι μόνο τυχαίο, πως οι γέροντες σύζυγοι ακολουθούν ο ένας τον άλλο στον τάφο. Η νόσος, συχνά, δεν εμφανίζεται με τα τυπικά μελαγχολικά συμπτώματα κι αυτό μπορεί να οδηγήσει σε λανθασμένες διαγνώσεις. (Ρόμπερτ Κάστενμπάουμ).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup>**

### **ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ**

*Αγαπώ τα εύθυμα γερατειά  
Και τους νέους που χορεύουν.  
Ο γέρος που χορεύει είναι γέρος στα μαλλιά  
Μα νέος μένει στην καρδιά.  
Ανακρέων*



## **5. 1. ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ (ΕΙΣΑΓΩΓΗ)**

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 – φαινομενολογική έκφραση.

Έτσι, συχνότερα οι ηλικιωμένοι καταθλιπτικοί εμφανίζουν αϋπνία, ανησυχία ενώ σπανιότερα εμφανίζουν καταθλιπτικό συναίσθημα και εκφραζόμενο αυτοκτονικό ιδεασμό. (Χριστοδούλου Γ.Ν, Κονταξάκης Β.Π., 2000).

## **5.2. Η ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΩΣ ΜΙΑ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΔΙΑΘΕΣΗ – ΑΝΤΙΔΡΑΣΗ**

Η καταθλιπτική διάθεση δεν αποτελεί αποκλειστικό χαρακτηριστικό του ανθρώπου. Το γεγονός ότι η κατάθλιψη μπορεί να είναι μια φυσιολογική διάθεση, δημιουργεί προβλήματα τόσο σε κλινικό όσο και σε θεωρητικό επίπεδο, με την έννοια ότι θα πρέπει να καθοριστούν τα όρια μεταξύ της φυσιολογικής καταθλιπτικής διάθεσης και των ψυχοπαθολογικών καταστάσεων της διάθεσης, στις οποίες απαιτείται κλινική παρέμβαση. Είναι σημαντικό να κατανοηθεί η φύση της κατάθλιψης ως φυσιολογικού συναισθήματος και να διευκρινιστούν οι πλευρές της καταθλιπτικής διάθεσης που είναι κοινές αλλά και ιδιαίτερες των ψυχοπαθολογικών καταστάσεων που σχετίζονται με την κατάθλιψη. (Χριστοφίδης Χ.Α.,)

Σύμφωνα με τη θεωρία της εξέλιξης του Δαρβίνου (Darwin, 1859, 1872/1865), ένα χαρακτηριστικό ή μια συμπεριφορά θεωρείται ότι βοηθάει την προσαρμογή όταν προάγει την επιβίωση του είδους, αλλά και ενός μεμονωμένου μέλους στα πλαίσια ενός συγκεκριμένου είδους. Προς αυτή την κατεύθυνση, οι μελέτες του Bowlby (1969, 1978, 1981, 1988) έδειξαν ότι πολύ σημαντικό ρόλο στη γένεση των συναισθημάτων παίζουν οι δεσμοί προσκόλλησης του παιδιού στη μητέρα ή σε κάποια μητρική φιγούρα. Λόγω του σχετικά μεγάλου χρονικού διαστήματος εξάρτησής τους, τα παιδιά είναι ιδιαίτερα ευάλωτα στις συνέπειες του αποχωρισμού από τη μητρική φιγούρα στην οποία έχουν προσκολληθεί, και όταν αυτό συμβεί, συχνά αντιδρούν με καταθλιπτική διάθεση και συμπεριφορά. Στην περίπτωση λοιπόν αποχωρισμού, η καταθλιπτική συμπεριφορά που εκδηλώνει το παιδί είναι ως ένα σημείο φυσιολογική και έχει προσαρμοστική αξία.

Σκοπός της είναι η επιφυλακή και η επαγρύπνηση του κοινωνικού περιγύρου και κυρίως της οικογένειας για την ανάγκη του παιδιού για περιποίηση, φροντίδα και βοήθεια.

Παρά το γεγονός ότι με την πάροδο του χρόνου, μπαίνοντας την εφηβεία και την ενηλικίωση, το άτομο ωριμάζει και ανεξαρτητοποιείται από τους γονείς, εντούτοις η ικανότητα του να αντιδρά με κατάθλιψη στα κατάλληλα ερεθίσματα, παραμένει και επεκτείνεται και σε άλλου τύπου ερεθίσματα και καταστάσεις εκτός του αποχωρισμού, όπως απογοητεύσεις, μταιώσεις, αρνητική κριτική και αλλαγή στις διαπροσωπικές σχέσεις, καταστάσεις δηλαδή που συχνά επισπεύδουν την εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων.

Αυτό όμως που παραμένει ένα πρόβλημα είναι το κατά πόσον αυτές οι φυσιολογικές αντιδράσεις συνδέονται με κλινικά σύνδρομα κατάθλιψης. Είναι πάντως γεγονός ότι πολλά καταθλιπτικά συμπτώματα, επεισόδια και διαταραχές σχετίζονται με σημαντικές αλλαγές στη ζωή του ατόμου. Στους ενήλικες, οι περιστάσεις και οι καταστάσεις που πυροδοτούν, διατηρούν ή δίνουν τέλος στις καταθλιπτικές αντιδράσεις δεν είναι τόσο ξεκάθαρες όσο στα παιδιά, όπου ο αποχωρισμός αποτελεί το κυριότερο εκλυτικό γεγονός για την εμφάνιση κατάθλιψης. (Κλεφτάρας Γ. 1998)

### **5.3. Η ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΩΣ ΣΥΜΠΤΩΜΑ**

Η ανάγκη για το διαχωρισμό της φυσιολογικής καταθλιπτικής διάθεσης από τα καταθλιπτικά συμπτώματα είναι ιδιαίτερα σημαντική, γιατί έχει σοβαρές συνέπειες στην κλινική πρακτική, στην ψυχοθεραπεία και στην ψυχοφαρμακολογία. Τα καταθλιπτικά συμπτώματα, συνήθως συνδέονται με παράπονα για οργανικές ενοχλήσεις ή ψυχολογική και κοινωνική έκπτωση, και μπορεί να αποτελούν αντιδράσεις σε προσωπικές εμπειρίες (π.χ. θλίψη, πένθος), σε αντίξοες κοινωνικές και οικονομικές καταστάσεις (π.χ. ρατσισμός, φτώχεια) ή ακόμη και σε οργανικές παθήσεις. Για παράδειγμα, παρά το γεγονός ότι το πένθος και η θλίψη που ακολουθούν το θάνατο ενός αγαπημένου προσώπου θεωρούνται φυσιολογικές αντιδράσεις και πιστεύεται ότι οι ειδικοί είναι καλό να μην παρεμβαίνουν, εντούτοις, μερικές φορές η σοβαρότητα των συμπτωμάτων είναι τέτοια που θέτει σε κίνδυνο την υγεία και την ασφάλεια του ατόμου που κρίνεται απαραίτητη η κλινική παρακολούθησή του. (Κωσταρίδου-Ευκλείδη Α., 1999)

### **5.4. Η ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΩΣ ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ**

Για πολλούς αιώνες, αλλά και σήμερα ακόμη, ένα κύριο μέλημα των κλινικών, είναι ο ορισμός των καταθλιπτικών διαταραχών και η θέσπιση διαγνωστικών κριτηρίων για τον προσδιορισμό τους. Στο παρελθόν, πολλές θεωρίες αναπτύχθηκαν για τη σχέση του καταθλιπτικού συναισθήματος με την υγεία και την ψυχοπαθολογία.

Μόνο σχετικά πρόσφατα όμως (δύο τελευταίοι αιώνες), υιοθετήθηκε μια επιστημονική μέθοδος για την έρευνα των συναισθηματικών διαταραχών ή διαταραχών της διάθεσης, με κυριότερα και πιο πρόσφατα ίσως επιτεύγματα στο χώρο αυτό το ICD-10 (Manual of the International Statistical Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death. World Health Organization, 1993) και το DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – American Psychiatric Association, 1994). Τόσο το ICD-10 όσο και το DSM-IV αποτελούν αυτή τη στιγμή τα πιο σύγχρονα συστήματα ταξινόμησης των ψυχικών διαταραχών, όπου η ταξινόμηση γίνεται με βάση τα συμπτώματα που παρουσιάζουν. Βεβαίως, η ομαδοποίηση των διαταραχών της διάθεσης σύμφωνα με τα σημαντικότερα συμπτώματά τους οπωσδήποτε δεν αποτελεί την ιδανικότερη βάση ταξινόμησης. Το ιδανικότερο θα ήταν η ταξινόμηση να βασίζεται στις αιτίες (γενετικές, ψυχοδυναμικές, βιολογικές κ.λ.π.) που προκαλούν αυτές τις διαταραχές. Διάφοροι παράγοντες έχουν προταθεί κατά καιρούς ως αιτίες των καταθλιπτικών διαταραχών, χωρίς όμως να έχει, πλήρως διερευνηθεί ο ακριβής τους ρόλος. Είναι πιθανό ότι οι ψυχοπαθολογικές καταστάσεις που ομαδοποιούνται μαζί ως «διαταραχές της διάθεσης» έχουν ετερογενή και ίσως πολυπαραγοντική αιτιολογία (αλληλεπίδραση γενετικών, βιοχημικών, αναπτυξιακών και περιβαλλοντικών παραγόντων). Δεδομένης όμως της περιορισμένης γνώσης και της σύγχυσης που επικρατεί σχετικά με τα αίτια των περισσότερων ψυχικών διαταραχών, και μεταξύ αυτών και των καταθλιπτικών διαταραχών, η ταξινόμηση τους με βάση τα συμπτώματα αποκτά ιδιαίτερη πρακτική αξία. (Κλεφτάρας Γ., 1998)

## **5.5. ΈΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ**

Η κατάθλιψη αποτελεί μια ψυχική διαταραχή από τους αρχαίους χρόνους. Ήδη ο Ιπποκράτης τον 4<sup>ο</sup> αι. π.Χ. περιέγραψε με λεπτομέρεια τόσο την κατάθλιψη (μελαγχολία) όσο και την μανία. Θα πρέπει να τονίσουμε ότι η λέξη κατάθλιψη χρησιμοποιείται για ένα ευρύ φάσμα συναισθηματικών καταστάσεων που μπορεί να είναι είτε φυσιολογικές είτε παθολογικές (Κλεφτάρας Γ., 1998). Έτσι λοιπόν η κατάθλιψη μπορεί να αποτελεί:

1. Μια φυσιολογική διάθεση ή συναίσθημα, όπως για παράδειγμα στην περίπτωση μιας σημαντικής απώλειας.
2. Ένα σύμπτωμα στην περίπτωση όπου η κατάθλιψη είναι μια μορφή αντίδρασης στο στρες, ή δευτερογενής αντίδραση σε οργανικά ή ψυχιατρικά προβλήματα. (Κλεφτάρας Γ. 1998).
- 3 Μια ψυχοπαθολογική διαταραχή ή σύνδρομο, όπως για παράδειγμα η Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή, η Δυσθυμική Διαταραχή, ή οι Διπολικές διαταραχές. (Μάνος Ν., 1997).

Η κατάθλιψη δεν περιορίζεται σε συγκεκριμένο χρόνο και χώρο, γιατί αποτελεί βασικά αντίδραση στην ένταση. Η κατάθλιψη, λοιπόν, είναι μια διάθεση που μπορεί να παρουσιαστεί οποτεδήποτε σε οποιονδήποτε. (Flach F.)

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 σχετικά με το αν πρόκειται για ένα βιολογικό ή ψυχολογικό φαινόμενο. (Κλεφτάρας Γ., 1998).

Πάντως, η κατάθλιψη θα μπορούσε να ορισθεί ως μια κατάσταση παθολογικής θλίψης, που συνοδεύεται από σημαντική μείωση του

αισθήματος προσωπικής αξίας και από την επώδυνη συνείδηση επιβράδυνσης των νοητικών, ψυχοκινητικών και οργανικών διαδικασιών. (Κλεφτάρας Γ., 1998).

## **5.6. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΚΑΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ**

Η κλινική εικόνα μεταξύ των ηλικιωμένων καταθλιπτικών μπορεί να διαφέρει από ελάχιστα έως πάρα πολύ. Σε μια προσπάθεια να βάλει τάξη σε αυτές τις τόσο διαφορετικές κλινικές εικόνες που εμφανίζουν οι διάφοροι ηλικιωμένοι καταθλιπτικοί, ο Αμερικανός Aaron Beck ομαδοποίησε τα καταθλιπτικά συμπτώματα σε ξεχωριστές κατηγορίες. Αυτές είναι οι εξής:

∅ Οι **συναισθηματικές διαταραχές** είναι κυρίαρχες στη γεροντική κατάθλιψη. Το άτομο ξεσπάει σε δάκρυα, τα βλέπει όλα μαύρα και αδυνατεί να αισθανθεί οποιαδήποτε χαρά. Ωστόσο, υπάρχουν και περιπτώσεις όπου οι εκδηλώσεις αυτές του συναισθήματος απουσιάζουν ή παρουσιάζονται «μεταμφιεσμένες». Έχει επισημανθεί ότι η καταθλιπτική διαταραχή εκφράζεται με έντονα παράπονα για σωματικά ενοχλήματα εκ μέρους των ηλικιωμένων. Στην περίπτωση αυτή, η διάγνωση της γεροντικής κατάθλιψης είναι εξαιρετικά δυσχερής.

∅ Η **αλλαγή στον τρόπο του σκέπτεσθαι**. Το ηλικιωμένο άτομο, εκφράζει αβάσιμες σκέψεις ενοχής και διατυπώνει απόψεις ότι τίποτε δεν έχει αξία και χρησιμότητα, ότι ο κόσμος είναι άδειος και δεν έχει τίποτε θετικό να προσφέρει. Για τον εαυτό του το άτομο πιστεύει ότι έχει αρρωστήσει χωρίς δυνατότητα βελτίωσης. Όλες οι σκέψεις και οι συλλογισμοί του ατόμου είναι μη ρεαλιστικές.

Ø Η **έλλειψη κινήτρων** αποτελεί καταθλιπτικό σύμπτωμα όταν καταδικάζει το άτομο στην απραξία και το βυθίζει στην απάθεια. Το πρόβλημα επικεντρώνεται στην ανικανότητα του ατόμου να δραστηριοποιηθεί και να ενεργήσει, και στην ενδόμυχη επιθυμία του να δραπετεύσει από τον κόσμο και να μην χρειάζεται να τον αντιμετωπίσει. Το άτομο βρίσκεται παγιδευμένο, ανίκανο να αντιδράσει, κυριευμένο από έναν παραλυτικό φόβο. Κατά διαστήματα, σκέψεις αυτοκτονίας περνούν από το μυαλό του. Η αδιαφορία για τη ζωή είναι προφανής.

Ø Οι **φυσιολογικές αντιδράσεις του οργανισμού**. Μεταξύ αυτών, συνήθεις είναι οι διαταραχές στην όρεξη για λήψη τροφής, που μπορεί να εκφράζεται είτε ως αδιαφορία για το φαγητό, είτε ως ψυχαναγκαστική βουλιμία. Οι διαταραχές του ύπνου μπορεί να είναι αϋπνίες και ύπνος υπερβολικής διάρκειας. Οι πεπτικές διαταραχές μπορεί να είναι ναυτίες και αναγούλες, καούρες στο στομάχι και δυσκοιλιότητα.

Ø Οι **ψυχοσωματικές διαταραχές**, όπως είναι η ανικανότητα στη συγκέντρωση της προσοχής, ο αργός ρυθμός σκέψης και η μειωμένη κινητική ικανότητα. (Ευθυμίου Κ., 1995)

Πολλά καταθλιπτικά συμπτώματα μπορεί να παρανοηθούν και να θεωρηθούν ως εξελικτική γήρανση ή ως επερχόμενη άνοια. Η συστηματική αφύπνιση ενός 80χρονου στις 4 το πρωί ανήκει στην πρώτη κατηγορία. Ο αργός ρυθμός σκέψης και οι διαλείψεις στην μνήμη ανήκουν στη δεύτερη κατηγορία. Και στις δύο περιπτώσεις, τα συμπτώματα μπορεί να υποδηλώνουν ελαφριάς μορφής καταθλιπτική συμπεριφορά.

Η καταθλιπτική συμπεριφορά βαριάς μορφής συνοδεύεται από **ψυχωτικά συμπτώματα** στη σκέψη του ηλικιωμένου. Το άτομο μπορεί



να διακατέχεται από παραισθήσεις. Οι καταθλιπτικές παραισθήσεις και φαντασιώσεις ταλαιπωρούν εξαιρετικά το ηλικιωμένο άτομο, με αποτέλεσμα να επηρεάσουν δυσμενώς την εξέλιξη της ψυχικής του υγείας.(Παγοροπούλου Α., Θεοτικά Ι. ,Μπαλογιάννης Σ., 2000)

## **5. 7. ΜΟΡΦΕΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ**

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

### **A) Η πρωτογενής κατάθλιψη είναι τριών ειδών:**

**1. Μείζων κατάθλιψη:** όπως ορίζεται από τα δύο διεθνή ταξινομικά συστήματα DSM-IV της Αμερικάνικης Ψυχιατρικής Εταιρείας και ICD-10 της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας. Συγκεκριμένα, απαιτείται η ύπαρξη καταθλιπτικών συμπτωμάτων για δύο τουλάχιστον εβδομάδες.

- Συναίσθημα (μελαγχολία, απώλεια ενδιαφέροντος, αίσθημα απελπισίας).
- Ψυχοκινητικές διαταραχές (διέγερση ή καταστολή)
- Γνωστικές διαταραχές (ελαττωμένη αυτοεκτίμηση, ενοχές, αυτοκτονικός ιδεασμός, διαταραχή στη μνήμη και συγκέντρωση)
- Σωματικά συμπτώματα (μεταβολές στον ύπνο, το βάρος, την όρεξη, τη σεξουαλική επιθυμία)
- Κοινωνική απόσυρση.

**2. Δυσθυμία:** χαρακτηρίζεται από συμπτώματα παρόμοια με αυτά της μείζονος κατάθλιψης, αλλά λιγότερα σε αριθμό και ελαφρότερα σε βαρύτητα. Επίσης η συμπτωματολογία θα πρέπει να υπάρχει για δύο τουλάχιστον χρόνια τις περισσότερες ημέρες.

**3. Άτυπες μορφές:** παρατηρούνται συνήθως σε ασθενείς με όψιμης έναρξης κατάθλιψη, δηλαδή εμφάνιση πρώτου επεισοδίου μετά το 60<sup>ο</sup> έτος. Οι άτυπες μορφές ονομάζονται και **συγκαλυμμένη κατάθλιψη ( masked depression)**, γιατί χαρακτηρίζονται από άρνηση του καταθλιπτικού συναισθήματος, το οποίο εμφανίζεται με τη μορφή σωματικών ή γνωστικών συμπτωμάτων.

Μερικές από τις σωματικές ενοχλήσεις για τις οποίες παραπονούνται αυτοί οι ασθενείς είναι *κόπωση, διάχυτα άλγη, γαστρεντερικά ενοχλήματα και ελαττωμένη ενεργητικότητα.*

Γενικά στην κλινική εικόνα κυριαρχούν δύο μορφές σωματοποίησης, η υποχονδρίαση και οι αντιδράσεις μετατροπής. Η *δευτερογενής υποχονδρίαση* που παρατηρείται στους ηλικιωμένους και συγκαλύπτει την κατάθλιψη θα πρέπει να διαφορογιγνώσκεται από την πρωτογενή υποχονδρίαση, η οποία εμφανίζεται ως επί το πλείστον πολύ νωρίτερα στη ζωή ενός ανθρώπου, στην Τρίτη ή τέταρτη δεκαετία της ζωής. Υποχονδρίαση που εμφανίζεται με όψιμη έναρξη δεν θα πρέπει να θεωρείται φυσιολογικό επακόλουθο της γήρανσης, αλλά ένα σημάδι ψυχολογικής δυσφορίας, και ειδικά κατάθλιψης. Να σημειωθεί ότι η υποχονδρίαση στους ηλικιωμένους μπορεί να αυξάνει τον κίνδυνο για απόπειρες αυτοκτονίας. Συμπτώματα από αντιδράσεις μετατροπής που εμφανίζονται για πρώτη φορά σε προχωρημένη ηλικία επίσης θα πρέπει να θεωρούνται ότι καλύπτουν καταθλιπτική συμπτωματολογία.

Η κατάθλιψη στους ηλικιωμένους μπορεί να συγκαλύπτεται και από γνωστικού τύπου διαταραχές, όπως προαναφέρθηκε. Κύρια συμπτώματα

σ' αυτή την περίπτωση είναι διαταραχές στη συγκέντρωση και τη μνήμη, με αποτέλεσμα την εμφάνιση της κλινικής εικόνας της ψευδοάνοιας. Ένα αδρό διαφοροδιαγνωστικό σημείο από πραγματικές εκφυλιστικές άνοιες είναι ότι σε εξετάσεις νοητικής κατάστασης, ο ψευδοανοϊκός καταθλιπτικός απαντά συνήθως «δεν ξέρω», δείχνοντας μία αδιαφορία για επικοινωνία, αντίθετα με τον οργανικό ανοϊκό που προσπαθεί να καλύψει τα ελλείμματα του. Ας σημειωθεί εδώ, ότι σε περίπου 30% των οργανικών ανοϊκών συνυπάρχει κατάθλιψη και σ' αυτές τις περιπτώσεις το διαγνωστικό έργο γίνεται δυσκολότερο.

## **B) Η δευτερογενής κατάθλιψη στους ηλικιωμένους μπορεί να είναι δύο μορφών:**

**1. Οργανική κατάθλιψη:** είναι αποτέλεσμα βιολογικών μεταβολών στον οργανισμό του ασθενούς είτε λόγω μίας νόσου που προσβάλλει και επηρεάζει το κεντρικό νευρικό σύστημα, είτε λόγω λήψεως φαρμάκων που προκαλούν αντίστοιχες βιοχημικές μεταβολές. Ενδεικτικά, μερικά νοσήματα που προκαλούν οργανική κατάθλιψη δευτερογενώς είναι εγκεφαλικά επεισόδια (κυρίως αριστερό ημισφαίριο), οι νόσοι Parkinson και Alzheimer, ενδοκρινικά νοσήματα (π.χ. υποθυρεοειδισμός), νεοπλασμάτα (π.χ. παγκρέατος), μεταβολικές διαταραχές (π.χ. αφυδάτωση), αναιμία κ.ά. Επίσης ορισμένα φάρμακα που προκαλούν ως παρενέργεια κατάθλιψη, είναι τα αντιυπερτασικά (β-αναστολείς, κλινιδίνη, μεθυλντόπα), τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη, οι βενζοδιαζεπίνες και τα κορτικοστεροειδή.

**2. Καταθλιπτικές αντιδράσεις** ως αποτέλεσμα σωματικών νοσημάτων: η πιο συχνή ψυχολογική αντίδραση στη σωματική νόσο είναι η αντίδραση προσαρμογής όπως ορίζεται στο DSM-IV και το πρώτο σύμπτωμα είναι

άγχος, ενώ στη συνέχεια μπορεί να εμφανιστεί κατάθλιψη. Ειδικά στους ηλικιωμένους, η σωματική νόσος συνήθως είναι χρόνια και πιθανόν να επιδεινώνεται με την πάροδο του χρόνου. Αυτό σε συνδυασμό με τις άλλες απώλειες που έχουν άνθρωποι αυτής της ηλικίας, όπως απώλεια κοινωνικής θέσης, εισοδήματος, πιθανός θάνατος φίλων, απώλεια ανεξαρτησίας λόγω της σωματικής νόσου, μπορεί να προκαλέσει την εξέλιξη της διαταραχής, προσαρμογής σε πραγματική καταθλιπτική νόσο. Ασθενείς με τέτοια μορφή δευτερογενούς κατάθλιψης συνήθως παρουσιάζουν περισσότερο άγχος, αίσθημα έλλειψης συμπαράστασης και απαισιοδοξία. (Μάνος Ν., 1997)

## **5.8. ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΣΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ**

Σε επιδημιολογικές μελέτες που έγιναν σε ηλικιωμένους, βρέθηκε ότι 10-25% εμφανίζουν σημαντικά συμπτώματα κατάθλιψης. Από αυτούς το 1-5% πάσχουν από μείζονα κατάθλιψη και το 2-8% πάσχουν από δυσθυμία. Σε μελέτες που έγιναν σε γηροκομεία και οίκους ευγηρίας το ποσοστό των ατόμων με μείζονα κατάθλιψη ανέρχεται σε 5-15%, ενώ ένα 30% επιπλέον αυτών εμφανίζει σημαντικά καταθλιπτικά συμπτώματα όπως δυσφορία, μελαγχολία, διαταραχές της όρεξης και του ύπνου. Τέλος, σε μελέτες που έγιναν σε ηλικιωμένους ασθενείς γενικών νοσοκομείων ένα 5-10% εμφάνιζαν συμπτώματα μείζονος κατάθλιψης, ενώ ένα επιπρόσθετο 15-25% παρουσίαζαν σημαντική καταθλιπτική συμπτωματολογία. Είναι άξιο προσοχής ότι στα γενικά νοσοκομεία μόνο το 2% των ασθενών αξιολογείται ψυχιατρικά, ποσοστό πολύ χαμηλότερο από την πραγματική συχνότητα εμφάνισης κατάθλιψης σ' αυτά τα ιδρύματα. Ανάμεσα στους λόγους που αναφέρονται για να εξηγηθεί αυτή η

διαφορά είναι: α) η δυσκολία στην αναγνώριση και διάγνωση της κατάθλιψης, λόγω της άτυπης συνήθως εμφάνισης στους ηλικιωμένους, β) η προτεραιότητα της αντιμετώπισης των σωματικών κυρίως προβλημάτων, γ) η υποτίμηση συχνότητας εμφάνισης της κατάθλιψης κ.α. (Παγοροπούλου Α. , 2000)

## **5.9. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ**

Τα συμπτώματα της βαριάς κατάθλιψης είναι μια «πесμένη διάθεση» ή χάσιμο ενδιαφέροντος ή ευχαρίστησης σε όλες ή σχεδόν σε όλες τις δραστηριότητες. Η βαριά κατάθλιψη αναγνωρίζεται από ένα σύνολο ή συνδυασμό συμπτωμάτων που αλληλεπιδρούν με συνήθεις δραστηριότητες όπως το φαγητό, ο ύπνος, η εργασία και η ευχαρίστηση από τη ζωή. Η διάγνωση απαιτεί πέντε τουλάχιστον συμπτώματα να εμφανίζονται μαζί και να διαρκούν τουλάχιστον δύο εβδομάδες. Τα συμπτώματα είναι:

- επίμονη θλίψη ή κενό
- αίσθημα απελπισίας, απαισιοδοξίας
- αίσθημα ενοχής, έλλειψης αξίας
- χάσιμο ενδιαφέροντος ή ευχαρίστησης για τα χόμπι και δραστηριότητες που άλλοτε ευχαριστούσαν το άτομο
- αϋπνία, ξύπνημα πολύ νωρίς το πρωί ή υπερβολικός ύπνος
- χάσιμο όρεξης/ βάρους ή υπερφαγία
- πესμένη ενέργεια, κούραση
- σκέψεις αυτοκτονίας ή θανάτου, προσπάθεια αυτοκτονίας
- ανησυχία, ευερεθιστότητα

- δυσκολία συγκέντρωσης
- επίμονα σωματικά συμπτώματα που δεν ανταποκρίνονται στην θεραπεία. (Κωσταρίδου – Ευκλείδη Α., 1999)

Τον σημαντικότερο ρόλο στη διάγνωση των γεροντικών καταθλίψεων παίζει η κλινική εμπειρία του γιατρού. Αυτό περισσότερο οφείλεται στην άτυπη συνήθως συμπτωματολογία που εμφανίζουν οι ηλικιωμένοι ασθενείς. Προτείνεται λοιπόν, πλήρης και λεπτομερειακός σωματικός, νευρολογικός, ψυχιατρικός έλεγχος και όταν αυτό κρίνεται απαραίτητο, διενέργεια εργαστηριακών εξετάσεων. (Παράσχος Ι., 1998)

## **5.10. Η ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΤΑ ΕΚΛΥΤΙΚΑ ΑΙΤΙΑ ΤΗΣ ΓΕΡΟΝΤΙΚΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ**

Η ψυχολογική έρευνα έχει προσανατολιστεί στην ανίχνευση των μηχανισμών εκείνων που γίνονται αιτίες κατάθλιψης. Στο παρόν κεφάλαιο θα εξετάσουμε τόσο την ψυχαναλυτική θεωρία, όσο και την συμπεριφοριστική θεωρία ανιχνεύοντας τα γενεσιουργά αίτια της κατάθλιψης.

Το σημείο της συμφωνίας όλων των ερευνητών είναι ότι οι διάφορες απώλειες που σημειώνονται στη ζωή των ανθρώπων, και ειδικότερα οι απώλειες εκείνες που έχουν προσωπική αξία για το συγκεκριμένο άτομο, συνιστούν την κύρια γενεσιουργό αιτία της καταθλιπτικής συμπεριφοράς. Άνθρωποι όλων των ηλικιών είναι πιθανό να υποφέρουν από το θάνατο προσφιλών προσώπων ή από την απώλεια της εργασίας τους. Τα ηλικιωμένα άτομα,

ιδιαίτερα, δένονται τόσο πολύ με τα ατομικά τους πράγματα, το σπίτι τους, τη γειτονιά τους και τους φίλους τους, ώστε οποιαδήποτε απώλεια μπορεί να τους στοιχίσει τόσο πολύ ώστε να οδηγηθούν σε καταθλιπτική συμπεριφορά.

Ο ίδιος ο πατέρας της ψυχανάλυσης, ο S. Freud, επιχείρησε να ερμηνεύσει την καταθλιπτική συμπεριφορά. Αντιπαρέβαλε την κατάθλιψη προς το φυσιολογικό πένθος. Στο φυσιολογικό πένθος, υποστήριξε, το άτομο συμφιλιώνεται με την ιδέα της απώλειας του προσώπου μέσω της διαδικασίας της ταύτισης. Τότε, το άτομο ταυτίζεται με αυτό που έχασε, με την έννοια ότι εσωτερικοποιεί ορισμένες από τις ιδιότητες του απολεσθέντος προσώπου, τις οποίες εκφράζει και το ίδιο στη συμπεριφορά του.

Το φυσιολογικό πένθος μπορεί να μετασχηματιστεί σε καταθλιπτική συμπεριφορά στην περίπτωση που το άτομο διακατέχεται από μη συνειδητά αρνητικά αισθήματα για το απολεσθέν πρόσωπο. Τα αρνητικά αυτά αισθήματα εσωτερικοποιούνται επίσης, με αποτέλεσμα να στραφούν εναντίον του εαυτού του. Κάθε φορά, επομένως, που σημειώνεται απώλεια προσώπου για το οποίο το άτομο έτρεφε αισθήματα αγάπης και μίσους ταυτόχρονα, τα αρνητικά συναισθήματα κατευθύνονται προς τα έσω, και έτσι εξηγείται γιατί οι άνθρωποι με κατάθλιψη υποφέρουν από αισθήματα ενοχής.

Για τους ψυχολόγους της συμπεριφοριστικής κατεύθυνσης, δεν λειτουργεί κάποιος εσωτερικός μηχανισμός που προκαλεί κατάθλιψη. Για τους συμπεριφοριστές, η κατάθλιψη είναι μια μαθημένη συμπεριφορά και πιο συγκεκριμένα η κατάσταση της «μαθημένης ανημπορίας». Η ψυχική διαταραχή της κατάθλιψης προκαλείται όταν οι σημειωθείσες απώλειες στη ζωή του ατόμου ταρακουνούν την ίδια την εμπιστοσύνη που έχει το άτομο στον

εαυτό του και στην ικανότητά του να αντλεί ευχαρίστηση από τη ζωή. Οι μεγάλες απώλειες αποστερούν το άτομο από το υποστηρικτικό σύστημα πάνω στο οποίο βασίζει και διατηρεί το αυτοσυναίσθημά του. Το άτομο αισθάνεται ανεπαρκές και αδύνατο. Τα καταθλιπτικά συμπτώματα της απάθειας και της έλλειψης ενδιαφερόντων και κινήτρων είναι η φυσική συνέπεια των αισθημάτων του ατόμου ότι η ζωή του βρίσκεται εκτός ελέγχου. (Παγοροπούλου Α., 2000)

Τα εκλυτικά αίτια της κατάθλιψης στη Τρίτη Ηλικία, σύμφωνα με τον καθηγητή Sir Ferguson Anderson, είναι:

***Γυναίκες:***

1. Αντίξοες συνθήκες κατοικίας
2. Χηρεία
3. Κακή υγεία
4. Κακή υγεία συγγενούς
5. Αστοργία παιδιών, συζύγου
6. Οικονομικές δυσχέρειες

***Ανδρες:***

1. Κακή υγεία
2. Αντίξοες συνθήκες κατοικίας
3. Χηρεία
4. Κακή υγεία συγγενούς
5. Αστοργία παιδιών
6. Αναγκαστική συνταξιοδότηση
7. Οικονομικές δυσχέρειες. (Δόντα Α., 1981)



## **5.11. ΣΧΕΣΗ ΑΓΧΟΥΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ**

Το άγχος προετοιμάζει το βιολογικό μας σύστημα για φυγή ή πάλη, μας προετοιμάζει δηλαδή για μια σωματική αντίδραση. Συχνά όμως οι σωματικές αντιδράσεις δεν αρμόζουν στις περιστάσεις και η ανακούφιση που μπορούν να προσφέρουν η φυγή ή η πάλη δεν επέρχεται. Τα άτομα συνηθίζουν στα επίπεδα του άγχους τους για μεγάλες χρονικές περιόδους. Το άγχος γεννά επίσης περισσότερες σκέψεις και εικόνες που δυσκολεύουν τον ύπνο ή την αφύπνιση. Τα αγχώδη άτομα αναπνέουν γρήγορα και ρηχά, γεγονός που τα κάνει ευέξαπτα και νευρικά και τους δημιουργεί την ψυχολογική αίσθηση ότι κάτι δεν πάει καλά. Επειδή τα οργανικά νοσήματα εμφανίζονται συχνότερα στα ηλικιωμένα άτομα, εύκολα μπορεί να υπάρξει σύγχυση των συμπτωμάτων άγχους με άλλα συμπτώματα, όπως της κατάθλιψης. (Slater R., 2003)

Ας δούμε τώρα με ποιους εσωτερικούς μηχανισμούς το άγχος και οι αγχώδεις διαταραχές οδηγούν στη δημιουργία της κατάθλιψης. Η κοινή επίδραση της γήρανσης σε όλους τους ανθρώπους, είναι ότι μειώνει την ικανότητα του οργανισμού να διαπραγματεύεται την αλλαγή. Ο Church (1986) περιγράφει το φαινόμενο αυτό, συγκρίνοντας ένα νέο άτομο, που έχει στη διάθεσή του το 95% της ικανότητάς του διαθέσιμο για να διαπραγματευτεί την αλλαγή, με ένα ηλικιωμένο άτομο που έχει το 10% ή και λιγότερο διαθέσιμο για να πετύχει τον ίδιο στόχο.

Εάν τα δύο άτομα αντιμετωπίσουν την ίδια εμπειρία ψυχοκοινωνικής μεταβολής που αντιστοιχεί στο 20% της ικανότητάς τους για προσαρμογή, τότε θα σημειωθεί το εξής φαινόμενο: το

ηλικιωμένο άτομο θα εξαντλήσει το αποθεματικό του και επιπλέον θα βιώσει οξύ άγχος κατά την αντιμετώπιση του στρεσογόνου παράγοντα, ενώ για το νέο άτομο το γεγονός θα παρέλθει σχεδόν χωρίς συνέπειες. Ο Church συμπεραίνει ότι η συνήθης συνέπεια από τη μείωση της διαθέσιμης ικανότητας του ηλικιωμένου είναι η εξαρτησιακή συμπεριφορά από το περιβάλλον, στην ευρύτερή της έννοια φυσικά.

Εξ' ορισμού, άγχος είναι η σωματική και ψυχολογική αντίδραση σε οποιαδήποτε σημαντική αλλαγή, καλή ή κακή. Οποιοδήποτε κι αν είναι το γεγονός που προκαλεί την αλλαγή είναι επιβεβλημένο για τον καθένα να κάνει κάποια αναπροσαρμογή, ώστε να επανεύρει την ισορροπία του. (Παγοροπούλου Α., 2000)

## 5.12. ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Η συχνότητα των αυτοκτονιών αυξάνεται προοδευτικά με την ηλικία, το δε ποσοστό των ανδρών είναι σταθερά υψηλότερο από το αντίστοιχο των γυναικών. (Slater R., 2003)

Αυξημένη συχνότητα των αυτοκτονιών έχει καταγραφεί σε ηλικιωμένα άτομα. Μεταξύ των παραγόντων κινδύνου αυτοκτονίας περιλαμβάνονται, εκτός των ψυχικών διαταραχών- συμπτωμάτων (κατάθλιψη, απελπισία) και των διαφόρων κοινωνικών παραμέτρων, και αρκετές σοβαρές σωματικές παθήσεις.

Τα ηλικιωμένα άτομα που κάνουν *απόπειρα αυτοκτονίας* έχουν τα παρακάτω χαρακτηριστικά: α) πάσχουν συχνά από κατάθλιψη, β) έχουν προβλήματα σωματικής υγείας, γ) είναι απομονωμένα κοινωνικά, δ) έχουν ισχυρότερη πρόθεση αυτοκτονίας, ε) συχνότερα αποπειρώνται με βίαιους τρόπους.

Ένας ιδιαίτερα συχνός τρόπος απόπειρας αυτοκτονίας των ηλικιωμένων ατόμων είναι η υπέρβαση δοσολογίας φαρμάκων.

Τα χαρακτηριστικά του ηλικιωμένου ατόμου που *αυτοκτονεί* είναι τα ακόλουθα:

- ζει μόνος,
- είναι συνήθως χήρος,
- βιώνει απώλεια,
- έχει έλλειψη κοινωνικού υποστηρικτικού συστήματος,
- εμφανίζει μείζονα κατάθλιψη,
- εκφράζει αισθήματα απελπισίας
- πάσχει από κάποια σοβαρή σωματική νόσο
- έχει άκαμπτη αντίληψη για τον εαυτό του και τις σχέσεις με τους άλλους,
- έχει μειωμένη προσαρμοστική ικανότητα,

- έχει πραγματοποιήσει απόπειρα αυτοκτονίας στο παρελθόν.

Πρέπει, τέλος, να σημειωθεί ότι η αυξημένη επίπτωση αυτοκτονιών σε ηλικιωμένους έχει συσχετιστεί με την υποαναγνώριση και υποθεραπεία της κατάθλιψης στην ηλικιακή αυτή ομάδα και ακόμη με την ελλιπή συνεργασιμότητα των ηλικιωμένων ασθενών. (Χριστοδούλου Γ.Ν. – Κονταξάκης Β.Π., 2000)

### **5.13. ΔΙΑΚΡΙΣΗ ΤΗΣ ΓΕΡΟΝΤΙΚΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΑΠΟ ΤΗ ΓΕΡΟΝΤΙΚΗ ΑΝΟΙΑ**

Η άνοια και η κατάθλιψη είναι συχνές νόσοι του ηλικιωμένου. Κατάθλιψη και άνοια έχουν, κυρίως στα αρχικά στάδια της άνοιας, ορισμένα κοινά συμπτώματα. Όταν δεν υπάρχει διαγνωσμένη άνοια, επομένως, η οριστική διάγνωση μπορεί να είναι δύσκολη.

Η διάγνωση της άνοιας γίνεται ακόμα και σήμερα κατά κανόνα σε ήδη σχετικά προχωρημένο στάδιο. Στις περιπτώσεις αυτές, τα συμπτώματα της άνοιας είναι αρκετά σαφή και είναι σπάνιο, καταθλιπτικά συμπτώματα να τα υπερκαλύπτουν και, η κλινική εικόνα σε συνδυασμό με το ιστορικό, να δυσκολεύει τη διάγνωση.

Όταν, όμως, η εξέταση αφορά άτομο με ήπιες διαταραχές των ανωτέρων λειτουργιών, τότε η επικάλυψη των συμπτωμάτων της άνοιας από συμπτώματα κατάθλιψης, είναι πιο πιθανή και υπάρχουν πολύ περισσότερες πιθανότητες να δημιουργούνται διαγνωστικά προβλήματα.

Στο παρελθόν ονομάστηκε «ψευδοάνοια» ή «ανοϊκό σύνδρομο της κατάθλιψης», η ανοϊκή συμπτωματολογία που καλύπτει μια καταθλιπτική διαταραχή. (Παράσχος Ι., 1998)

Η καταθλιπτική ψευδοάνοια αποτελεί, σύμφωνα με ορισμένους συγγραφείς, μια ψυχιατρική σημειολογία, κατά την οποία οι παρατηρούμενες γνωσιακές δυσλειτουργίες, που προκαλούν αυτή την «απομίμηση» της άνοιας, οφείλονται στην κατάθλιψη και δεν σχετίζονται με δομικές εγκεφαλικές ανωμαλίες. Άλλοι όμως υποστηρίζουν ότι οι γνωσιακές αυτές διαταραχές οφείλονται, πρώτιστα, σε οργανική δυσλειτουργία και η καταθλιπτική ψευδοάνοια αποτελεί μια ξεχωριστή νοσολογική οντότητα, που διαφοροποιείται από την απλή κατάθλιψη. (Χριστοδούλου Γ.Ν. – Κονταξάκης Β.Π., 2000).

Οι κυριότερες διαφορές μεταξύ της γνήσιας άνοιας και της ψευδοάνοιας είναι τρεις:

1. οι ψευδοανοϊκοί ασθενείς είναι συνήθως καλά προσανατολισμένοι στο χώρο και στο χρόνο (δηλαδή γνωρίζουν πού βρίσκονται, την ημέρα της εβδομάδας, το λόγο για τον οποίο εξετάζονται κ.λ.π.).
2. οι ψευδοανοϊκοί ασθενείς συνήθως έχουν καλύτερες επιδόσεις στο μέσον της ημέρας, δηλαδή κατά τις μεσημεριανές ώρες, σε σχέση με τις πρωινές ώρες.
3. οι ψευδοανοϊκοί ασθενείς γνωρίζουν σε ποια περίπτωση δεν τα πήγαν καλά στην εξέταση και είχαν κακή επίδοση – πράγμα που αγνοούν τραγικά οι γνήσιοι ανοϊκοί ασθενείς. (Μάνος Ν., 1997)

## **5.14. ΜΥΘΟΙ ΚΑΙ ΑΛΗΘΕΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΓΕΡΟΝΤΙΚΗ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ**

Οι επιπτώσεις από τη μη αντιμετώπιση της νόσου είναι βραχυπρόθεσμες, μεσοπρόθεσμες και μακροπρόθεσμες. Την κατάθλιψη συνήθως συνοδεύει πτώση της λειτουργικότητας του ατόμου, με αποτέλεσμα αυτό να χάνει την ικανότητα για φροντίδα του εαυτού του. Επίσης, χάνεται η δυνατότητα συνεισφοράς που έχει το ηλικιωμένο άτομο όταν είναι ψυχικά υγιές, λ.χ. να φροντίσει τα εγγόνια του, να συναντήσει τους φίλους του ή να αξιοποιήσει το χρόνο του. Σημαντικές είναι οι μεσοπρόθεσμες επιπτώσεις: αυξάνονται δραματικά οι πιθανότητες το ηλικιωμένο άτομο να αναπτύξει κάποιο πρόβλημα υγείας ή να επιδεινωθεί κάποιο από το οποίο ήδη πάσχει. Ο καταθλιπτικός ηλικιωμένος σωματοποιεί συχνά τη συναισθηματική του διαταραχή, με αποτέλεσμα να νιώθει πόνους και ενοχλήσεις στο σώμα του, που δεν οφείλονται σε συγκεκριμένη παθολογική αιτία. Οι ενοχλήσεις τον αναγκάζουν να επισκέπτεται συχνότερα τους γιατρούς πρωτοβάθμιας φροντίδας, να υποβάλλεται σε συχνές διαγνωστικές εξετάσεις και, σε περίπτωση που εισαχθεί σε νοσοκομείο, να νοσηλεύεται για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα σε σύγκριση με τους μη καταθλιπτικούς ασθενείς. Ακολουθούν οι μακροπρόθεσμες επιπτώσεις: με την πάροδο του χρόνου, το ηλικιωμένο άτομο που πάσχει από κατάθλιψη καθίσταται βάρος για την οικογένειά του και αυξάνει σημαντικά το κόστος της νοσηλευτικής και ιατρικής του φροντίδας.

**ΜΥΘΟΣ:** Είναι φυσικό να αναπτύξει κανείς κατάθλιψη όταν γερνάει.

**ΑΛΗΘΕΙΑ:** Η κατάθλιψη δεν είναι επακόλουθο της φυσικής διαδικασίας της γήρανσης και δεν πρέπει να θεωρείται φυσιολογική. Είναι μια ψυχική νόσος, θα πρέπει, όμως, να παραδεχτούμε ότι η εξελικτική φάση του γήρατος με τη μαζική αποστέρηση των ερεθισμάτων, την περιθωριοποίηση των γερόντων και τη σταδιακή επιδείνωση της υγείας τους, δημιουργεί τις προϋποθέσεις που οδηγούν στη συναισθηματική διαταραχή της κατάθλιψης.

**ΜΥΘΟΣ:** Οι ηλικιωμένοι μοιραία παθαίνουν κατάθλιψη επειδή έχουν επισφαλή υγεία.

**ΑΛΗΘΕΙΑ:** Ανεξαρτήτως ηλικίας, οι ψυχικώς υγιείς άνθρωποι που αναπτύσσουν σοβαρά προβλήματα υγείας ή και αναπηρίες, μαθαίνουν σε σύντομο χρονικό διάστημα να προσαρμόζονται στο πρόβλημά τους και αναπροσαρμόζουν τη ζωή τους σύμφωνα με τα νέα δεδομένα. Επομένως, δεν είναι η σωματική πάθηση που προκαλεί κατάθλιψη, αλλά μάλλον το αντίθετο: η προϋπαρξη της κατάθλιψης, που συνήθως περνά απαρατήρητη, αυξάνει τις πιθανότητες νοσήσεως, λειτουργικής φθοράς και παραίτησης από τη ζωή.

**ΜΥΘΟΣ:** Είναι αναμενόμενο να αναπτύσσουν οι ηλικιωμένοι κατάθλιψη, αφού βλέπουν τους συγγενείς και τους φίλους τους να πεθαίνει ο ένας μετά τον άλλον.

**ΑΛΗΘΕΙΑ:** Ο θάνατος των συντρόφων, των φίλων και των συζύγων είναι εύλογο να προκαλεί αντιδράσεις πένθους. Το υγιές πένθος περιλαμβάνει μεταξύ άλλων και την κατάθλιψη αλλά μόνο ως ένα προσωρινό στάδιο. Ο ψυχικά υγιής βιώνει τη θλίψη του και την

ξεπερνά. Μετά την παρέλευση ενός έτους (είναι ο λεγόμενος πένθιμος ενιαυτός) βρίσκει νέες πηγές ψυχοκοινωνικής στήριξης και μαθαίνει να χαίρεται ξανά με τις μικροχαρές της ζωής.

**ΜΥΘΟΣ:** Όσοι ηλικιωμένοι έχουν καλή φυσική υγεία και δεν αντιμετωπίζουν οικονομικά προβλήματα δεν έχουν κανένα λόγο να παρουσιάσουν κατάθλιψη.

**ΑΛΗΘΕΙΑ:** Εφόσον η αντικαταθλιπτική αγωγή περιλαμβάνει και φαρμακοθεραπεία, αυτό σημαίνει ότι η κατάθλιψη είναι και βιολογική νόσος, όχι μόνο ψυχική. Επομένως, ούτε η καλή κατάσταση της υγείας ούτε η περιουσία προστατεύουν τους ηλικιωμένους από την έλευση της νόσου. Οι παραινέσεις των γύρω τους, «να δουν τη θετική πλευρά της ζωής», «να συνέλθουν χωρίς άλλη βοήθεια», «να νιώθουν ότι είναι καλότυχοι», συνήθως πέφτουν στο κενό. Εκείνο που χρειάζεται είναι κατάλληλη διαφοροδιάγνωση και αποτελεσματική θεραπεία. (Παγοροπούλου Α., 2000)



## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6ο**

### **ΤΡΟΠΟΙ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ**

*Τα νιάτα θέλουν πολλά να ζήσουν χρόνια.*

*Τα γερατειά τα έχουν ζήσει.*

*Εκείνο που για τον ένα είναι επιθυμία,*

*ο άλλος τα έχει κιόλας αποκτήσει.*

*Κικέρων*

## **6.1. ΘΕΡΑΠΕΙΑ**

### **6.1.A. Φαρμακοθεραπεία**

Η πιο συχνή μέθοδος αντιμετώπισης της γεροντικής κατάθλιψης είναι η φαρμακοθεραπεία. Οι γενικές αρχές που ακολουθούνται για τη φαρμακευτική αντιμετώπιση της κατάθλιψης είναι οι ίδιες τόσο στους ηλικιωμένους όσο και στους νεαρούς ασθενείς. Παρόλα αυτά, υπάρχουν ορισμένα στοιχεία από τη φαρμακοκινητική και φαρμακοδυναμική αυτών των σκευασμάτων που πρέπει να λαμβάνονται υπ' όψη όταν χρησιμοποιούνται για θεραπεία ηλικιωμένων και πιο συγκεκριμένα:

#### **1) Φαρμακοκινητική:**

- Υπάρχει ελάττωση των ηπατικών λειτουργικών λόγω εκφύλισης και συνεπώς μειωμένη δυνατότητα του ηλικιωμένου να μεταβολίσει και να απενεργοποιήσει τα φάρμακα.
- Παρατηρείται ελάττωση της νεφρικής λειτουργίας επίσης λόγω εκφύλισης και, συνεπώς, και της δυνατότητας για αποβολή των φαρμάκων από τον οργανισμό.
- Τέλος, υπάρχει αύξηση του λίπους σε σχέση με τις πρωτεΐνες, που σημαίνει αύξηση του όγκου διασποράς του φαρμάκου και συνεπώς αύξηση του συνολικού ποσού του φαρμάκου που δεσμεύεται στον οργανισμό.

Το τελικό αποτέλεσμα όλων αυτών των μεταβολών είναι η αύξηση της ημιπεριόδου ζωής των σκευασμάτων, γεγονός που συνεπάγεται: α) μεγαλύτερο χρόνο για να επιτευχθεί σταθερό επίπεδο στον οργανισμό, β)

μεγαλύτερο χρόνο για να αποβληθεί τελείως το φάρμακο σε περίπτωση διακοπής της χορήγησης και πιθανώς, γ)μεγαλύτερη συσσώρευση φαρμάκων στον οργανισμό.

## **2) Φαρμακοδυναμική:**

- Υπάρχει εκφύλιση λόγω γήρανσης και άρα, ελάττωση της λειτουργικότητας των συστημάτων του οργανισμού που συνεπάγεται τη μεγαλύτερη ευαισθησία των ηλικιωμένων στις ανεπιθύμητες ενέργειες.
- Συνυπάρχουσες νόσοι είναι δυνατόν να επιδεινωθούν από τις παρενέργειες αυτών των φαρμάκων (π.χ. γλαύκωμα, προστάτης, καρδιακά προβλήματα).
- Αλληλεπιδράσεις με άλλα φάρμακα που συγχορηγούνται λόγω της γενικότερης αυξημένης νοσηρότητας του πληθυσμού των ηλικιωμένων.

Επιπλέον θα πρέπει να σημειωθεί ότι ειδικά στους ηλικιωμένους το πλήρες κλινικό αποτέλεσμα των αντικαταθλιπτικών εμφανίζεται συνήθως μετά από θεραπεία **6 – 8 εβδομάδων**.

Τα αντικαταθλιπτικά που έχουν χρησιμοποιηθεί για τη θεραπεία της γεροντικής κατάθλιψης ανήκουν σε δύο μεγάλες κατηγορίες:

1. τα τρικυκλικά (ΤΚΑ) και τετρακυκλικά αντικαταθλιπτικά: Αμιτριπυλίνη, Κλομιπραμίνη, Νοτριπυλίνη, Μαπροτιλίνη, Μιανσερίνη
2. Οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (SSRI's): Σιταλοπράμη, Φλουοζετίνη, Παροξετίνη, Φλουβοξαμίνη. (Παράσχος Ι., 1998)

Η επιλογή του αντικαταθλιπτικού φαρμάκου εξατομικεύεται, λαμβάνοντας υπόψη κλινικές παραμέτρους του ασθενούς, όπως τη συμπτωματολογία, τη συννοσηρότητα με ψυχικές ή σωματικές νόσους κ.ά.

και ακόμη τις γενικότερες βιολογικές αλλαγές που εμφανίζονται σε αυτή την ηλικία και επηρεάζουν τη φαρμακοκινητική.

Τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, τα οποία δρουν μέσω της αναστολής επαναπρόσληψης της νοραδρεναλίνης, της σεροτονίνης και σε μικρότερο βαθμό της ντοπαμίνης, και των οποίων η αποτελεσματικότητα είναι αδιαμφισβήτητη, έχουν μικρή πρακτική αξία σε ηλικιωμένους καταθλιπτικούς ασθενείς λόγω του κινδύνου σοβαρών ανεπιθύμητων ενεργειών. Έτσι, μπορεί να προκαλέσουν επιληπτικούς σπασμούς, γνωσιακή δυσλειτουργία, σύγχυση, δυσκοιλιότητα, ξηροστομία, θόλωση της όρασης, αύξηση της ενδοφθάλμιας πίεσης (ιδίως επί γλαυκώματος), ορθοστατική υπόταση, καρδιακές αρρυθμίες ή και κολποκοιλιακό αποκλεισμό.

Οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (SSRI's) εμφανίζουν σπανιότερα ανεπιθύμητες ενέργειες, όπως γαστρεντερικές διαταραχές, άγχος, ανησυχία, αϋπνία, που είναι γενικά ηπιότερες. Θεωρούνται φάρμακα εκλογής για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης των ηλικιωμένων.

Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία είναι μια δραστική, γρήγορη και ασφαλής θεραπευτική πρακτική, που συνιστάται ιδιαίτερα σε αυτοκτονικούς ή και παραληρητικούς καταθλιπτικούς ηλικιωμένους ασθενείς και ακόμη σε ασθενείς με κατατονικά συμπτώματα, εμβροντησία ή ανθεκτικούς στη φαρμακοθεραπεία. (Χριστοδούλου Γ.Ν. - Κονταξάκης Β.Π., 2000)

### **6.1.B. Ψυχοθεραπευτική Παρέμβαση**

Οι ψυχολογικού τύπου θεραπευτικές παρεμβάσεις, εστιάζουν κυρίως στην ψυχολογική υποστήριξη και στην αντιμετώπιση των προβλημάτων «εδώ και τώρα». Ο ηλικιωμένος καταθλιπτικός ασθενείς, θεωρείται ιδιαίτερα «δύσκολος», σε ψυχοθεραπευτικού τύπου παρεμβάσεις, αφού εκτός της συνήθως αρνητικής του στάσης απέναντι στην ψυχοθεραπεία, διάφορες καταστάσεις καθιστούν την ψυχοθεραπευτική διαδικασία από δύσκολη έως αδύνατη. Κάποιες ψυχοθεραπευτικές τεχνικές που έχουν χρησιμοποιηθεί είναι η υποστηρικτική ψυχοθεραπεία, η γνωσιακή – συμπεριφοριστική ψυχοθεραπεία, η οικογενειακή ψυχοθεραπεία κ.α. (Χριστοδούλου Γ.Ν. - Κονταξάκης Β.Π., 2000)

### **6.1.Γ. Υποστηρικτική ψυχοθεραπεία**

Η υποστηρικτική ψυχοθεραπεία προσπαθεί να υποστηρίξει και να δυναμώσει (παρά να διεισδύσει) τους ενυπάρχοντες αμυντικούς μηχανισμούς, οι οποίοι είναι προσαρμοστικοί και να τους κάνει ακόμη πιο προσαρμοστικούς ή να εξαλείψει αυτούς, οι οποίοι δεν εξυπηρετούν ικανοποιητικά το άτομο.

Είναι η πιο συχνά χρησιμοποιούμενη μορφή ψυχοθεραπείας στους ηλικιωμένους, καθώς είναι συνήθως χρονικά σύντομη, δεν απαιτεί συχνή επίσκεψη στο ψυχοθεραπευτή, είναι βοηθητική και σε έμπειρα χέρια σπάνια προκαλεί άγχος. (Φόρτος Α.)

Η υποστηρικτική ψυχοθεραπεία μπορεί να είναι και ομαδική. Οι ηλικιωμένοι που μετέχουν σε υποστηρικτικές ομάδες

ενθαρρύνονται να αναπτύξουν ενσυναίσθηση και αλληλεγγύη για τους άλλους, χωρίς όμως να ταυτίζονται μαζί τους. Μπορούν να εκθέτουν τα προβλήματά τους στην ομάδα, χωρίς όμως να αφήσουν τον εαυτό τους να διαλύεται από αυτά.(Παγοροπούλου Α., 2000)

### **6.1.Δ. Γνωσιακή – συμπεριφοριστική ψυχοθεραπεία**

Το μεγάλο πλεονέκτημα της γνωσιακής – συμπεριφοριστικής θεραπείας είναι ότι, ανάλογα με τη σοβαρότητα της καταθλιπτικής διαταραχής και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του καταθλιπτικού ατόμου , διαμορφώνεται και το χρονοδιάγραμμα εφαρμογής των συμπεριφορικών και των γνωσιακών τεχνικών.

Η θεραπεία αυτή συνδυάζει τη γνωσιακή προσέγγιση με τις συμπεριφορικές τεχνικές. Το πρόγραμμα για τη θεραπεία της κατάθλιψης, δεν ξεπερνά τις 25 συνεδρίες συνολικά. Στην αρχή ο ρυθμός είναι πιο εντατικός με 2 ή και 3 συνεδρίες κάθε εβδομάδα. Μετά μειώνεται στη μία(1) συνάντηση την εβδομάδα με παράλληλη δουλειά στο σπίτι.

Στα αρχικά στάδια της θεραπείας είναι πιθανό να επικρατούν τα συμπτώματα της καταθλιπτικής διαταραχής που ακινητοποιούν τον ηλικιωμένο. Εμφανίζεται ανορεξία και σωματική κόπωση, αναποφασιστικότητα, κλάμα και αίσθημα κενού. Οι παρεμβάσεις είναι στην αρχή συμπεριφορικές. Οι συμπεριφορικές τεχνικές αποβλέπουν στο να σπάσουν τον καταθλιπτικό κύκλο μέσω του σχεδιασμού μικρών και με κατάλληλη σκοποθεσία συμπεριφορών. Αντικειμενικός στόχος είναι η ανακούφιση από τα συμπτώματα και η επάνοδος στα προ κατάθλιψης επίπεδα λειτουργικότητας.

Όταν ο ηλικιωμένος αισθανθεί καλά και αρχίσει να πετυχαίνει μικρούς στόχους τότε συνάπτεται το βασικό θεραπευτικό συμβόλαιο, βασικά στοιχεία του οποίου είναι η συναισθηματική κατανόηση ή ενσυναίσθηση. Ο στόχος δεν είναι να «θεραπευθεί» αλλά να αποκτήσει δεξιότητες που θα τον βοηθήσουν να αντιμετωπίζει ικανοποιητικά τις καταστάσεις. (Παγοροπούλου Α., 2000)

### **6.1.Ε. Οικογενειακή ψυχοθεραπεία**

Οι προσεγγίσεις προς την οικογένεια θεωρούνται σκόπιμες σε ορισμένες περιπτώσεις καταθλιπτικών ηλικιωμένων. Πρόκειται για εκείνους που πιστεύουν ότι η ψυχική διαταραχή της κατάθλιψης είναι αναπόδραστη συνέπεια του γήρατος. Και το χειρότερο: κάνουν και τους άλλους να το πιστέψουν, δηλ. τα μέλη των οικογενειών τους. Ως αποτέλεσμα, οι οικογένειες αυτές τείνουν να ελαχιστοποιούν τους κινδύνους που εμπεριέχονται στην κατάθλιψη. Και βέβαια, παραμελούν τις ανάγκες των ηλικιωμένων.

Η υποστήριξη του καταθλιπτικού ηλικιωμένου ξεκινά με την καλλιέργεια μιας ατμόσφαιρας εμπιστοσύνης μεταξύ των οικογενειακών μελών. Ακολουθεί η ενημέρωση για την φύση της ψυχικής διαταραχής της κατάθλιψης, καθώς και η σύνδεσή της με συγκεκριμένες συμπεριφορές του ηλικιωμένου. Οι ηλικιωμένοι ενθαρρύνονται από τον θεραπευτή να εκφράσουν τα αισθήματα ενοχής, ανεπάρκειας ή ανημποριάς που τους διακατέχουν, ώστε να ενημερώσουν τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας σχετικά με το πώς αισθάνονται.

Αλλά και τα άλλα μέλη ενθαρρύνονται να εκφράσουν συναισθήματα, ιδιαίτερα αν επιτελούν το ρόλο του περιθάλποντα για τον ηλικιωμένο. Είναι πιθανό ο θυμός και οι ενοχές, η επιθετικότητα και η συμφιλίωση να εναλλάσσονται στη σχέση περιθάλποντος – περιθαλπόμενου.

Σε όλους τους συμμετέχοντες καλλιεργείται η αίσθηση ότι ανήκουν στην ομάδα «του κύκλου των δικών», που δίνουν και παίρνουν ενδιαφέρον και στοργή, νοιάζονται ο ένας για τον άλλον και καλλιεργούν αμοιβαιότητα αισθημάτων.(Δόντα Α., 1981)

### **6.1.ΣΤ. Συμβουλευτική εργασία**

Η συμβουλευτική είναι μία ψυχολογική μέθοδος θεραπείας, μικρής διάρκειας, και δεν ασκείται αποκλειστικά από ψυχολόγους. Κοινωνικοί φορείς, η Εκκλησία, η Τοπική Αυτοδιοίκηση κ.λ.π. μπορούν να παράσχουν τέτοιες υπηρεσίες.(Παγοροπούλου Α., 2000)

Η συμβουλευτική εργασία απαιτεί γνώση και ευαισθησία εκ μέρους του συμβούλου γύρω από τα θέματα και τα προβλήματα που αντιμετωπίζει αυτή η ομάδα ηλικίας για να μπορέσει να τους βοηθήσει να ξεπεράσουν μερικά από τα ψυχολογικά τους προβλήματα.



Η ψυχολογική συμβουλευτική με τα ηλικιωμένα άτομα μπορεί να πάρει διάφορες μορφές:

- **μιας δυαδικής σχέσης**, όπου ο σύμβουλος συζητώντας με τον ηλικιωμένο, προσπαθεί να αναγνωρίσει και να χειριστεί κατάλληλα τα συναισθηματικά ή κοινωνικά του προβλήματα

- **μιας ομάδας**. Η ομαδική συμβουλευτική βοηθάει ιδιαίτερα άτομα με προβλήματα συναισθηματικής φύσης γιατί τους δίνει την ευκαιρία να δουν ότι υπάρχουν και άλλοι άνθρωποι με παρόμοια προβλήματα και να διδαχθούν τρόπους επίλυσής τους παρατηρώντας τους τρόπους με τους οποίους τα αντιμετωπίζουν εκείνοι. Η ομάδα προσφέρει αλληλεγγύη γιατί οι συμμετέχοντες σ' αυτήν αισθάνονται ότι δεν είναι μόνοι στην προσπάθειά τους. Η ομαδική συμβουλευτική προτείνεται ιδιαίτερα για άτομα που αισθάνονται μοναξιά και απομόνωση.

- **οικογενειακή ή συντροφική συμβουλευτική**, όταν τα προβλήματα που αντιμετωπίζει το ηλικιωμένο άτομο έχουν τη ρίζα τους μέσα στην οικογένεια, τις οικογενειακές ή τις συζυγικές σχέσεις. Η οικογενειακή ή συντροφική συμβουλευτική στηρίζεται στην ιδέα ότι τα συναισθηματικά προβλήματα προέρχονται από παθολογικές σχέσεις, οι οποίες πρέπει να αντιμετωπιστούν.

- **συμβουλευτική ομηλίκων**. Είναι η συμβουλευτική που παρέχεται στον ηλικιωμένο από άλλα άτομα της ίδιας μ' αυτόν ηλικίας που έχουν ανεπτυγμένη την ικανότητα να ακούν προσεκτικά και να παρακολουθούν το συνομιλητή τους αλλά και να του παρέχουν ουσιαστικές και χρήσιμες συμβουλές. (Μαλικιώση – Λοΐζου Μ., 1999)

Στην περίπτωση που το ηλικιωμένο άτομο πάσχει από ελαφριά κατάθλιψη, ο σύμβουλος θα πρέπει να επιδιώκει να κρατά συντροφιά στο άτομο αυτό, να εμπνέει εμπιστοσύνη, και να το

παρωθεί να μιλάει για τον εαυτό του. Ο ρόλος του είναι κυρίως να τείνει ευήκοον ους σε ότι του λέει ο καταθλιπτικός ηλικιωμένος, και να δημιουργεί ζεστή ατμόσφαιρα ανάμεσά τους. (Παγοροπούλου Α., 2000)

Γενικά μπορούμε να πούμε ότι η συμβουλευτική της τρίτης ηλικίας ακολουθεί τους νόμους, τις αρχές και τις διαδικασίες της συμβουλευτικής για κάθε άλλη ομάδα ηλικίας, τονίζει όμως την ιδιαίτερη γνώση και ευαισθησία του συμβούλου στην αναγνώριση των χαρακτηριστικών και των προβλημάτων που εμφανίζονται με την προοδευτική γήρανση του ανθρώπου. (Μαλικιώση – Λοΐζου Μ., 1999)

## **6.2. ΕΝΔΟΙΑΣΜΟΙ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΝΑ ΖΗΤΗΣΟΥΝ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΒΟΗΘΕΙΑ**

Η σημερινή γενιά των ηλικιωμένων έχει μεγαλώσει με την αντίληψη ότι η ψυχική διαταραχή συνιστά ένα κοινωνικό στίγμα. Είναι φυσικό, επομένως, να καλλιεργούν μια στάση επιφύλαξης και καχυποψίας απέναντι στους κοινωνικούς επιστήμονες που ασχολούνται με την ψυχική υγεία. Η έλλειψη εμπιστοσύνης είναι το πρώτο σημαντικό στοιχείο που καθορίζει τη σχέση του ηλικιωμένου με τον υποψήφιο θεραπευτή του.

Υπάρχουν όμως και άλλοι λόγοι, για τους οποίους οι ηλικιωμένοι αποφεύγουν να εκθέσουν την κατάστασή τους, σε ειδικούς. Ο πιο σοβαρός λόγος είναι η ίδια η φυσιολογική κάμψη που βιώνει ο ηλικιωμένος σε όλα τα πεδία: την υγεία, τις νοητικές ικανότητες, την προσωπικότητα και την ψυχική υγεία. Οι πιο

τρομακτικές ανησυχίες του ηλικιωμένου είναι ότι θα φανεί κουτός, αδύναμος και ανεπαρκής στα μάτια του ειδικού. Ο φόβος ότι δεν θα τα καταφέρει, ότι θα αποτύχει, ότι δεν θα είναι σε θέση να ελέγξει τον εαυτό του, ότι δεν θα μπορεί να κατανοήσει τις οδηγίες που του δίνουν κ.λ.π. είναι τόσο κυρίαρχο σ' αυτό το στάδιο της ζωής, ώστε να δημιουργεί τρομακτικές αναστολές στο ηλικιωμένο άτομο.

Ένας άλλος, λιγότερο σοβαρός αλλά υπαρκτός λόγος αποφυγής είναι το αίσθημα της ντροπής που αισθάνεται ο ηλικιωμένος. Δεδομένου ότι ο ειδικός στον οποίο καλείται να απευθυνθεί μπορεί να έχει πολλά χρόνια νεότερος ή νεότερη, το ηλικιωμένο άτομο αισθάνεται αμήχανα να ζητά συμβουλευτική ή ψυχοθεραπεία από κάποιον που θα μπορούσε να είναι γιος ή κόρη του.

Ένας τρίτος λόγος έχει σχέση με τις στερεότυπες αντιλήψεις που κυριαρχούν για την Τρίτη ηλικία. Τα ηλικιωμένα άτομα, και όχι μόνο, καλλιεργούν συστηματικά την ιδέα ότι σ' αυτή την ηλικία δεν μπορούν πλέον να αλλάξουν τίποτα. Ακόμη χειρότερα, πιστεύουν ότι η δυστυχία είναι το τίμημα που πρέπει να πληρώσουν επειδή ξεπέρασαν την ηλικία των 65 ή 70 ετών. Εκείνο που έχει σημασία για τους ψυχολόγους είναι ότι οι στερεότυπες αντιλήψεις καλλιεργούνται κυρίως από τα άτομα που έχουν, περισσότερο από οποιονδήποτε άλλον, ανάγκη παρέμβασης και συμβουλευτικής: αυτούς που πάσχουν από κατάθλιψη. Ηλικιωμένα άτομα που διαρκώς εκφράζουν παράπονα, απαισιοδοξία, θλίψη, και δείχνουν μια κλίση σε μηδενιστικά στερεότυπα (π. χ. «μόνο ο θάνατος θα με σώσει», «για ποιο λόγο θα συνεχίσω να ζω;», κ.λ.π.) έχουν ελάχιστες πιθανότητες να ζητήσουν ψυχολογική βοήθεια από κάποιον ειδικό.

Σε πολλές περιπτώσεις οι ίδιοι οι γιατροί μοιράζονται τις στερεότυπες αντιλήψεις των ηλικιωμένων ασθενών τους. Η ελαφριά κατάθλιψη των ηλικιωμένων, το άγχος, το ανικανοποίητο από τη ζωή, είναι καταστάσεις που θεωρούνται «φυσιολογικές» από τους περισσότερους γιατρούς. Επομένως, είναι μάλλον σπάνιο να συστήσουν στον ηλικιωμένο ασθενή τους να απευθυνθεί σε κάποιον ειδικό για το πρόβλημά του. (Παγοροπούλου Α., 2000)

### **6.3. ΕΝΔΟΙΑΣΜΟΙ ΤΩΝ ΨΥΧΟΛΟΓΩΝ ΘΕΡΑΠΕΥΤΩΝ ΝΑ ΑΝΑΛΑΒΟΥΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΑ ΑΤΟΜΑ**

Η νέα τάση στα θέματα λειτουργικής ανικανότητας των ηλικιωμένων είναι να δίνουν έμφαση, στα συναισθήματα των ηλικιωμένων και στη συμπεριφορά τους. Με άλλα λόγια, πιστεύουν ότι το ηλικιωμένο άτομο μπορεί να είναι λειτουργικό στην καθημερινή του ζωή και να συνεχίσει να παραμένει στην κοινότητα αν τα συναισθήματά του είναι θετικά, και η συμπεριφορά του κοινωνικά αποδεκτή.

Θα περίμενε κανείς ότι, με βάση τη νέα αυτή τάση η προτεραιότητα στην φροντίδα των υπερηλίκων θα δινόταν στα θέματα της ψυχικής υγείας. Τούτο όμως δεν συμβαίνει. Οι ενδιασμοί προσέγγισης σε θέματα ψυχικής υγείας δεν προέρχονται μόνο από την πλευρά των ηλικιωμένων, αλλά ακόμα ατυχώς, και από την πλευρά των ψυχολόγων θεραπευτών.

Η αποστροφή των ψυχολόγων θεραπευτών φαίνεται, εκ πρώτης όψεως, ανεξήγητη. Πώς είναι δυνατόν να αρνούνται τις

υπηρεσίες τους σε ανθρώπους που την έχουν ανάγκη; Μια πιο προσεκτική εξέταση αυτού του φαινομένου αποκαλύπτει διάφορες αιτίες που συνεργούν.

Κατά πρώτον, οι ψυχολόγοι καλούνται να εφαρμόσουν, σε πολλές περιπτώσεις, μια τακτική διευθέτησης των συνθηκών ζωής του ηλικιωμένου, και όχι να παρέχουν καθαρή ψυχολογική βοήθεια. Αυτός ο αποπροσανατολισμός από την εκτέλεση του έργου για το οποίο έχουν εκπαιδευτεί, μπορεί να αποτελεί πολύ ενοχλητικό γεγονός για τους ψυχολόγους. Όταν πρόκειται, ειδικότερα, να ασχοληθούν με εύθραυστους ηλικιωμένους, το έργο τους περιορίζεται στη βοήθεια που παρέχουν στους ηλικιωμένους να χειρίζονται ικανοποιητικά συγκεκριμένες λεπτομέρειες της καθημερινής ζωής τους.

Το ουσιαστικό έργο του ψυχολόγου θεραπευτή εντοπίζεται στην αλλαγή των στάσεων του ίδιου του ατόμου. Πέρα από την αλλαγή των εξωτερικών αλλαγών της ζωής του θεραπευόμενου, ο ψυχολόγος αποβλέπει να τροποποιήσει με τη συνεργασία πάντα του θεραπευόμενου, τις δυσπροσάρμοστες συμπεριφορές, τις αυτοάμυνες, και τα αισθήματα που αναστατώνουν τη ζωή και περιορίζουν την ψυχική ηρεμία και γαλήνη.

Η αποστροφή των ψυχολόγων προς την Τρίτη ηλικία έχει βαθιές ρίζες. Ο ίδιος ο Freud είχε διατυπώσει την άποψη (1924) ότι η θεραπεία των ατόμων που είναι άνω των 50 ετών δημιουργεί προβλήματα, επειδή δεν υπάρχει πια η ευελιξία που είναι απαραίτητη για την αλλαγή. Η αρχική αυτή αρνητική στάση έχει μεταβληθεί τα νεότερα χρόνια, αλλά ωστόσο συνεχίζει να επηρεάζει τους ψυχολόγους θεραπευτές που πρόσκεινται στην ψυχαναλυτική κατεύθυνση. (Παγοροπούλου Α., 2000)

## **6.4. ΚΑΛΥΤΕΡΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΕΙΝΑΙ Η ΠΡΟΛΗΨΗ**

Η θεραπεία οποιασδήποτε κατάστασης δεν είναι τόσο αποτελεσματική όσο η πρόληψή της. Η πρόληψη, όπως λέγεται, είναι καλύτερη της θεραπείας. Η πρόληψη όμως της κατάθλιψης, είναι πιο πολύπλοκη από την πρόληψη άλλων ανθρώπινων ασθενειών.

Εκείνο που εννοούμε με την πρόληψη της κατάθλιψης είναι η αποφυγή της χρόνιας κατάθλιψης και των παγίδων που ο χρόνια καταθλιπτικός μπορεί να στήσει. Σημαίνει την εξουδετέρωση μέσα στο άτομο και το περιβάλλον του, των συγκρούσεων που τον κάνουν καταθλιπτικό, ενώ δεν πρέπει. Σημαίνει να νιώσεις την κατάθλιψη παρά να την αρνείσαι και να την διοχετεύεις σε σωματικούς, ψυχολογικούς ή άλλους τομείς συμπεριφοράς.

Αυτοί οι στόχοι απαιτούν μια αλλαγή στις στάσεις του κοινού, ώστε οι καταθλιπτικοί να ξέρουν πως και που να βρίσκουν επιστημονική βοήθεια όταν τη χρειάζονται και να το κάνουν αυτό χωρίς καθυστέρηση και αίσθημα ντροπής.

Αφού λοιπόν η κατάθλιψη θεωρείται πρόβλημα υγείας, η πρόληψή της μπορεί να καταταχθεί σε τρεις βαθμούς: τρίτο, δεύτερο και πρώτο.

**Πρόληψη τρίτου βαθμού:** συνεπάγεται τη λήψη μέτρων προστασίας του ατόμου που γιατρεύτηκε από την κατάθλιψη για να μην πέσει σ' αυτήν ξανά. Ένας απ' τους βασικούς στόχους της θεραπείας είναι η τροποποίηση του συστήματος αξιών και των μεθόδων αντιμετώπισης της έντασης ώστε να απομακρύνονται σχήματα συμπεριφοράς που οδηγούν στην κατάθλιψη. Ο καταθλιπτικός αναβάλλει να αντιμετωπίσει καταστάσεις που είναι δύσκολες ή δυσάρεστες. Για να αποφύγει την επάνοδό του στην

κατάθλιψη, ένα τέτοιο άτομο πρέπει να συνηθίσει στην έγκαιρη αναγνώριση των προβλημάτων και την άμεση αντιμετώπισή τους.

Η προθυμία σημαντικών, για τον άρρωστο, μελών της οικογένειάς να συνεργαστούν για τη θεραπεία του είναι ουσιαστικός παράγοντας πρόγνωσης για την πιθανή εξέλιξη της κατάθλιψης, καθώς και των οικογενειακών σχέσεων. Όσο πιο συνεργάσιμα και ειλικρινή είναι τα μέλη της οικογένειας, τόσο πιο εύκολο είναι για το καταθλιπτικό άτομο να αναρρώσει και να κρατηθεί μακριά από την κατάθλιψη.

**Πρόληψη δεύτερου βαθμού:** σχετίζεται με τη συνεχή επιμόρφωση των επιστημόνων που ασχολούνται με καταθλιπτικούς. Συνδέεται επίσης με την αφύπνιση του κοινού για τη φύση της κατάθλιψης, ώστε εκείνοι που χρειάζονται βοήθεια να την αναζητούν το συντομότερο. Ένα απ' τα πιο σοβαρά εμπόδια στη δευτεροβάθμια πρόληψη της κατάθλιψης είναι και οι ανεπαρκείς γνώσεις ψυχιατρικής που προσφέρονται στην διάρκεια της βασικής ιατρικής εκπαίδευσης. Εξίσου σημαντική με την εξύψωση των επιστημονικών ικανοτήτων είναι και η βελτίωση στις ασφαλιστικές καλύψεις, που να ενθαρρύνει τους ανθρώπους να αναζητούν την επιστημονική βοήθεια που χρειάζονται το ταχύτερο, αντί να αναμένουν μέχρι που οι επιπλοκές της κατάθλιψης να επισκιάσουν την άλλη κατάσταση.

**Πρόληψη πρώτου βαθμού:** έχει δύο σημαντικούς στόχους: πρώτα να αυξήσει την επίγνωση του κοινού για καλύτερη αντιμετώπιση επεισοδίων οξείας κατάθλιψης και δεύτερον, να διδάξει το άτομο πώς να αποφεύγει την παγίδευση στη χρόνια κατάθλιψη ή σε καταθλιπτογενές περιβάλλον.(Flach F.,)

## **6.5. Ο ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ ΚΑΙ Ο ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΟΣ ΥΠΕΡΗΛΙΚΑΣ**

Η στήριξη των καταθλιπτικών ηλικιωμένων ατόμων, αλλά και γενικότερα των ατόμων που ανήκουν στην Τρίτη ηλικία απαιτεί την πλήρη γνώση και εκπαίδευση σε τομείς γεροντολογίας και γηριατρικής. Ο ρόλος του ΚΛ είναι πολύ σημαντικός σχετικά μέσα στο συγγενικό και κοινωνικό τους περιβάλλον.

Ο ρόλος του είναι **πολυσύνθετος** σε όποια υπηρεσία ή φορέα και αν υπηρετεί :

- **Βοηθά και ενισχύει τους ηλικιωμένους**
- **Τα άτομα που τους υποστηρίζουν**
- **Συγγενείς**
- **Κοινωνικό περιβάλλον, με την παροχή συμβουλών και πληροφοριών που αποβλέπουν στην αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση των προβλημάτων τους.**

Ο ΚΛ στηρίζει τον ηλικιωμένο σαν άτομο και ομάδα ξεχωριστά.

- Το ηλικιωμένο άτομο θέλει να αισθάνεται την απλή παρουσία ενός συναισθηματικά σταθερού και ήρεμου προσώπου που εμπνέει εμπιστοσύνη, ασκεί καθησυχαστική επίδραση και του δίνει κουράγιο. Προσπαθεί να βοηθήσει τον υπερήλικα δίνοντας του ερεθίσματα με το να δημιουργεί επαφές, να δίνει και να δέχεται νοητικά ερεθίσματα και να αποφεύγει το αίσθημα της μοναξιάς. Μέσα από τη συζήτηση διευρύνει τους ορίζοντες του με την ενασχόλησή του σε νέες δραστηριότητες και την αξιοποίηση του ελεύθερου χρόνου του.



- Σημαντικό είναι ο ΚΛ να βοηθήσει τον ηλικιωμένο να αναπτύξει το αίσθημα της ομάδας και την κοινωνικοποίησή του μέσα από την συντροφιά και άλλων ηλικιωμένων, τη σύζευξη του με τους συγγενείς ή άλλα άτομα του κοινωνικού περιγύρου. Να λειτουργεί ο ηλικιωμένος με πνεύμα αλληλεγγύης και συμπάραστασης προς τους άλλους ηλικιωμένους, ενεργώντας ομαδικά , βάζοντας κοινούς στόχους, ανταλλάζοντας ιδέες, αντιλήψεις, φόβους και προβληματισμούς. Βέβαια ένας καταθλιπτικός ηλικιωμένος δεν είναι εύκολα δεκτικός προς τις κοινωνικές επαφές, ωστόσο ο ΚΛ προσπαθεί μέσω της συμβουλευτικής και δίνοντας του ερεθίσματα να τον ωθήσει προς την κοινωνικοποίηση.
- Ο ΚΛ πρέπει να εκφράζει το αίσθημα της **αποδοχής** και να τρέφει **σεβασμό** απέναντι στον ηλικιωμένο ώστε το άτομο να μην αισθάνεται παρείσακτο, άχρηστο και ανασφαλή. Πρέπει να του εμπνέει **εμπιστοσύνη**, **ακεραιότητα** και **σιγουριά**. Να έχει ευελιξία και **επιδεξιότητα στις τεχνικές** που εφαρμόζει, να τον **ενθαρρύνει** και να τον **ακούει προσεκτικά**. Να του παρέχει ψυχολογική στήριξη παραμένοντας υποστηρικτικά δίπλα του και βοηθώντας τον να δεχθεί την πραγματικότητα.
- Ο ΚΛ πρέπει να έχει **διαύγεια** ώστε να διακρίνει στον ηλικιωμένο τα σημάδια της κατάθλιψης, με τις **γνώσεις ψυχοπαθολογίας** που έχει, να μπορεί να τα χειρίζεται και να είναι **συνεργάσιμος** με άλλες υπηρεσίες και ειδικούς για τυχόν παραπομπές ή ανταλλαγή πληροφοριών.
- Προσπαθεί να έχει μια **θετική διαπροσωπική σχέση** με τον ασθενή που είναι βοηθητική, ώστε ο ίδιος ο ηλικιωμένος να συζητήσει ανοιχτά τα προβλήματα του και να εξετάσει τις πιθανές λύσεις. Επιδιώκει να κρατά **συντροφιά** στον ηλικιωμένο, να του

εμπνέει **εμπιστοσύνη**, να παρωθεί να μιλάει με τον εαυτό του και να δημιουργεί **ζεστή ατμόσφαιρα** ανάμεσα τους χωρίς αυτό βέβαια να βλάπτει την επαγγελματική τους σχέση. Γενικότερα, η σχέση που αναπτύσσεται μεταξύ ΚΛ και εξυπηρετούμενου λειτουργεί ως **καταλύτης**. Συμβάλλει στην **ενδυνάμωση** και την **υποστήριξη** των εξυπηρετούμενων. Αυτή η σχέση καθορίζεται από 7 βασικές αρχές : **την ατομικότητα, την εχεμύθεια, την αποδοχή του άλλου, την υιοθέτηση μη κριτικής στάσης, την ελεγχόμενη συναισθηματική εμπλοκή, τη σκόπιμη έκφραση συναισθημάτων, και τέλος την παροχή δυνατότητας αυτοδιαχείρισης από τον εξυπηρετούμενο και αυτοδιάθεσης.** (Καλλινικάκη Θ., 1998)

## **6.6. Ο ΚΛ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΩΝΤΑΣ ΚΑΙ ΤΙΣ 3 ΜΕΘΟΔΟΥΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ (ΚΕ)**

**A) Την ΚΕ με άτομα (ΚΕΑ)** όπου με την ατομική επαφή, διαπροσωπική σχέση και επικοινωνία οδηγεί τον ηλικιωμένο στην διεκπεραίωση προβλημάτων που αντιμετωπίζει, βάσει των αρχών και της δεοντολογίας της ΚΕ υπό τα πλαίσια εχεμύθειας μεταξύ ΚΛ και εξυπηρετούμενου. Βασικός στόχος της ΚΕ με άτομα είναι να κάνει προσιτές στον εξυπηρετούμενο όλες τις δυνατές λύσεις-διευκολύνσεις. Η ΚΕΑ στο πλαίσιο αυτό αναλαμβάνει και αναπτύσσει τεχνικές συμβουλευτικής και υποστήριξης.

**B) Την ΚΕ με ομάδες (ΚΕΟ)** όπου προωθεί, μέσα από τις ομάδες, την κοινωνικοποίηση, την ενεργοποίηση και την

δραστηριοποίησή τους. Εντασσόμενο σε ομάδες, το άτομο καλύπτει τις βασικές ανάγκες του για αγάπη, συντροφικότητα, ασφάλεια. Ο σκοπός, το είδος της ομάδας και ο ρόλος που επιτελεί σε αυτήν ο ΚΛ καθορίζεται από τη φιλοσοφία, το είδος και τους στόχους της κοινωνικής υπηρεσίας στην οποία αυτός εργάζεται και την οποία εκπροσωπεί. Ο ρόλος του ΚΛ κατά την άσκηση της ΚΕΟ μπορεί να είναι μεσολαβητικός, υποστηρικτικός, συμβουλευτικός ή περιοριστικός. Η ΚΕΟ εφαρμόζεται αυτόματα αλλά και σε συνδυασμό με τις άλλες μεθόδους της ΚΕ – συχνότερα με την ΚΕΑ ή με οικογένειες.

**Γ) Την ΚΕ με την κοινότητα(ΚΕΚ)** όπου με την ευαισθητοποίηση των πολιτών, των Δημοσίων και Ιδιωτικών Φορέων καθώς και την παραπομπή μελών στις αρμόδιες υπηρεσίες, στοχεύει στην ελαχιστοποίηση των δυσκολιών που αντιμετωπίζουν. Ο ΚΛ δουλεύοντας με κοινότητα προωθεί την σύνδεση των ατόμων ώστε να αναπτύξουν ουσιαστικές σχέσεις, να αποκτήσουν επίγνωση των προβλημάτων τους αλλά και κάποιο αίσθημα για τον κοινωνικό τους περίγυρο (ΚΑΠΗ και ευρύτερη γεωγραφική κοινότητα) και να συνεργαστούν για κοινά προβλήματα, ενδιαφέροντα ή δραστηριότητες. Εργάζεται στοχεύοντας στην σταθερή πίεση για μεταρρύθμιση και εξέλιξη στη ζωή της Κοινότητας στον τομέα της Πρόνοιας στην γ' ηλικία. Οι ρόλοι που καλείται να παίξει ο ΚΛ ο οποίος ασκεί κοινοτική εργασία είναι συχνότερα ο ρόλος του μεσολαβητή, του συνηγόρου, του εμπυχωτή, του κοινωνικού σχεδιαστή και του συμβούλου. (Καλλινικάκη Θ., 1998))

## **6.7. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΛ ΣΤΗΝ ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ**

### **ΟΜΑΔΑ**

Ο ρόλος του ΚΛ και της Διεπιστημονικής Ομάδας των καταθλιπτικών ατόμων είναι βασικός για την καλύτερευση της ποιότητας ζωής τους και στην βελτίωση της λειτουργικότητάς τους.

**Η συνεργασία του ΚΛ αρχικά με τον ιατρό και γενικά με το ιατρικό προσωπικό είναι σημαντική:**

1. Στην καλύτερη πληροφόρηση του αρρώστου και της οικογένειάς του σχετικά με την κατάθλιψη.
2. Την σημασία της φαρμακευτικής αγωγής.
3. Την έκφραση του φόβου τους, ανάγκες, επιθυμίες και την συζήτηση προοπτικών.
4. Της ψυχολογικής και συναισθηματικής στήριξης.
5. Την μείωση των συναισθημάτων ενοχής που οδηγούν σε επιθετική συμπεριφορά.
6. Την τροποποίηση στάσεων της οικογένειας ή συγγενών και την αναζήτηση λύσεων που θα αμβλύνουν συγκρούσεις και τάσεις απόρριψης.

**Η συνεργασία του ΚΛ με τον ψυχολόγο είναι εξίσου πολύ βασική:**

1. Οι ψυχολόγοι μπορούν να προσφέρουν χρήσιμη υποστήριξη σε όλες τις φάσεις που περνάει ο καταθλιπτικός ηλικιωμένος.
2. Η βοήθεια αυτή μπορεί να απευθύνεται στον ίδιο τον γέροντα ή ακόμη και στο στενό του περιβάλλον. Μην ξεχνάμε ότι όσοι ζουν την αρρώστια του ηλικιωμένου χρήζουν ψυχολογικής στήριξης, ιδίως όσοι τον περιθάλλουν.

3. Η υποστήριξη, η ανταλλαγή απόψεων και συμβουλών μεταξύ των επαγγελματιών του ατόμου στον ψυχολόγο όπου κριθεί αναγκαία είναι ύψιστης σημασίας για την ελαχιστοποίηση των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν.

**Η συνεργασία του ΚΛ με τον εργοθεραπευτή είναι αναγκαία:**

Η κατάλληλη αξιοποίηση των ικανοτήτων του κάθε υπερήλικα παρέχει όχι μόνο ψυχολογική τόνωση αλλά και σωματική ευεξία και μεγιστοποίηση της λειτουργικής αποδόσεώς του. Η δημιουργική αυτή συμπεριφορά μπορεί να προσφερθεί σε οργανωμένες ομάδες υπερηλίκων (ιδρύματα, ΚΑΠΗ, κ.λ.π.) ή μεμονωμένα σε κάθε νοσοκομείο. Κατά την ανάρρωση ενός ατόμου γίνεται συχνότερα μεμονωμένα στο σπίτι, μέσα στο φυσικό του περιβάλλον.

**Η συνεργασία του ΚΛ με τον φυσιοθεραπευτή:**

Η φυσικοθεραπεία τις τελευταίες δεκαετίες διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην αποκατάσταση των υπερηλίκων. Μαζί με των ΚΛ γίνεται προσπάθεια ώστε με την βελτίωση των κινητικών προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι ηλικιωμένοι να αποκαθίστανται και η ψυχολογική τους ισορροπία.

**Γενικά:**

Για τις ανάγκες των καταθλιπτικών ηλικιωμένων αλλά και των ηλικιωμένων γενικότερα χρειάζεται ο συντονισμός της Διεπιστημονικής Ομάδας (δηλ. του ΚΛ, του ιατρού, του ψυχολόγου, του εργοθεραπευτή, κ.λ.π. ). Η επιτυχία της Διεπιστημονικής Ομάδας δεν επιτυγχάνεται μόνο με την συνεργασία, προαπαιτεί μια εκπαίδευση στο χώρο της Τρίτης

ηλικίας και στους τομείς της γηριατρικής, της γεροντολογίας αλλά και της ψυχοπαθολογίας. Θα πρέπει το προσωπικό να είναι ευαισθητοποιημένο σε θέματα που αφορούν τους ηλικιωμένους και πιο συγκεκριμένα την κατάθλιψη στην Τρίτη ηλικία, να υπάρχει προγραμματισμός και να γνωρίζουν τον επιστημονικό ρόλο του κάθε στελέχους στην ομάδα υγείας. Η ανάπτυξη της αυτογνωσίας, του αλληλοσεβασμού και της αλληλοαναγνώρισης είναι αναγκαία προϋπόθεση για την επιτυχία της. (Καλλινικάκη Θ., 1998)

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7<sup>ο</sup>

*Αν αφαιρεί άλλα η μεγάλη ηλικία, πιο σίγουρη τη φρόνηση κάνει.*

*Μένανδρος*

## **7.1. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Η Τρίτη ηλικία είναι μία περίοδος σημαντικών αλλαγών, τόσο βιολογικών (ελλειπείς σωματικές δυνάμεις, δυσλειτουργίες των αισθητήριων οργάνων), όσο και ψυχολογικών που επηρεάζουν την συμπεριφορά και την ικανότητα προσαρμογής του ηλικιωμένου ανθρώπου. Οι αλλαγές αυτές έχουν και συναισθηματικές επιπτώσεις.

Ο ηλικιωμένος, αρχίζει να νιώθει απομόνωση, μαρασμό, κατάπτωση και μελαγχολία εξαιτίας κάποιων καταστάσεων, όπως οι απώλειες αγαπημένων προσώπων, η συνταξιοδότηση, νιώθουν ότι είναι περιθωριοποιημένοι και ότι είναι ανήμποροι να προσφέρουν οτιδήποτε.

Στις μέρες μας, υπάρχει μεγαλύτερη επαφή ανάμεσα στις γενιές. Τα παιδιά των ηλικιωμένων έχουν την τάση να τους επισκέπτονται συχνά, γεγονός που συμβάλλει στην συναισθηματική υγεία των ηλικιωμένων, αν και οι ίδιοι προτιμούν ένα συνδυασμό απόστασης και εμπλοκής.

Σ' αυτή τη φάση της ζωής, το ηλικιωμένο άτομο γνωρίζει πως ο θάνατος πλησιάζει και αυτό το καταβάλλει ψυχολογικά.

Όμως όταν κάποιο άτομο πενθεί για την θάνατο ενός αγαπημένου προσώπου, τότε βλέπει τον θάνατο σαν «λύτρωση» ή σαν το μοναδικό μέσο για να βρεθεί κοντά στο πρόσωπο που έχασε.

Όλες αυτές οι καταστάσεις οδηγούν τον ηλικιωμένο σε βαθιά θλίψη.

Η κατάθλιψη στην Τρίτη ηλικία είναι μια από τις πιο παραμελημένες νόσους. Ανήκει στις διαταραχές του συναισθήματος και εκδηλώνεται με ελαφρά, ήπια ή σοβαρά -



κλινικού τύπου - συμπτώματα. Καλύπτει πολλά ποσοστά ηλικιωμένων, ωστόσο δεν αναγνωρίζεται ευδιάκριτα.

Στους ανθρώπους που προσβάλλονται από κατάθλιψη δεν συμπεριλαμβάνονται μόνο οι τρόφιμοι των γηροκομείων και των οίκων ευγηρίας, αλλά και ηλικιωμένοι που διατηρούν την αυτονομία τους. Η γεροντική κατάθλιψη στη μείζονα μορφή της επέχει θέση κακοήθους νόσου και μπορεί να επιφέρει είτε γρήγορο τέλος, είτε να οδηγήσει στην αυτοχειρία. Η κατάθλιψη στην 3η ηλικία πλήττει το 15% έως 30%. Η θεραπευτική της αγωγή ενέχει πάρα πολλά προβλήματα.

Η ψυχοθεραπευτική αγωγή δεν αποδίδει πάντα με τους ηλικιωμένους και η φαρμακευτική αγωγή έρχεται να επιβαρύνει κι άλλο την ήδη πολυφαρμακία, δημιουργώντας πάρα πολλές παρενέργειες.

Επιβάλλεται ωστόσο άμεση αναγνώριση της νόσου από τον ηλικιωμένο και το περιβάλλον του. Η διαφορική διάγνωση και η συνδυασμένη φαρμακευτική και υποστηρικτική ψυχοθεραπευτική αντιμετώπιση έχει αποδειχθεί η πλέον αποδοτική στην αναχαίτιση της καταθλιπτικής διαταραχής.

Επίσης, συμπτώματα όπως μείωση κοινωνικών επαφών και δραστηριοτήτων, άγχος, ανησυχία, αρνητικές σκέψεις, αλλαγή διάθεσης – συμπεριφοράς, διαταραχές ύπνου και όρεξης δεν είναι φυσικά επακόλουθα της γήρανσης, αλλά σε πολλές περιπτώσεις μπορεί να αντιπροσωπεύουν την παρουσία κατάθλιψης, η οποία δεν θα πρέπει να θεωρείται φυσιολογική.

Το ισχυρό ψυχοκοινωνικό υποστηρικτικό σύστημα αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για τη διαφύλαξη της ψυχικής υγείας και την αποτροπή της κατάθλιψης. Η διατήρηση δεσμών οικειότητας και εμπιστοσύνης καλό είναι να περιλαμβάνουν όχι μόνο την

οικογένεια και τους φίλους αλλά και τους φορείς της κοινότητας που ζει ο ηλικιωμένος.

Ο φόβος του στίγματος για την ψυχική αρρώστια που συνεχίζει να συντηρείται στις αντιλήψεις της σημερινής γενιάς των ηλικιωμένων, αποτελεί άλλο ένα εμπόδιο για την πρόωμη αναγνώριση και θεραπεία της κατάθλιψης.

Ευτυχώς, οι αρνητικές αντιλήψεις και στάσεις που παραδοσιακά σχετίζονται με την κατάθλιψη και άλλες ψυχικές αρρώστιες, αναμένεται να ελαττωθούν τα επόμενα χρόνια. Θα έχουν ενηλικιωθεί τότε πια οι μαθητές των ελληνικών σχολείων που παρακολουθούν τα μορφωτικά και ενημερωτικά προγράμματα που γίνονται σε αυτά. Έτσι θα έχουν εξοικειωθεί περισσότερο με την ορθολογική αντίληψη ότι **η ψυχική αρρώστια είναι μια αληθής νόσος όπως όλες οι άλλες.**

## **7.2. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ**

- Ο θλιμμένος άνθρωπος που θρηνεί μία απώλεια δεν είναι πλάσμα εξωτικό που μπορούμε να το κοιτάζουμε και να το παρατηρούμε σαν κάποιο «νούμερο» του θεάτρου ή του τσίρκου. Δώσε του την αίσθηση ότι είσαι απόλυτα παρών: «είμαι εδώ και θα μείνω κοντά σου».
- Δώσε του να καταλάβει ότι μπορεί να βασίζεται σε σένα. Κάνε τον να νιώθει ότι του χαρίζεις όλη σου την προσοχή και την φροντίδα.
- Ενέργησε έτσι ώστε να διαπιστώσει ότι τον παραδέχεσαι στην θλίψη του δίχως όρους, και ότι δεν χρειάζεται να δίνει

εξηγήσεις. Κάνε τον να καταλάβει ότι εγκρίνεις τη θλίψη του και είσαι έτοιμος να πάρεις και εσύ μερίδιο από αυτήν.

- Δώσε του να καταλάβει πως είσαι κάποιος που ότι και να συμβεί θα σταθείς πλάι του, ότι θα τον βοηθήσεις σε όλες του τις δυσκολίες, ότι είσαι κάποιος που μπορείς να τον δεχτείς όπως είναι. Ενίσχυσέ τον στο κλάμα του και πες του πως έχει δίκιο να φέρεται έτσι.
- Πες του πως δικαιούται να φωνάζει και να είναι απελπισμένος, αφού η απώλεια είναι αμετάκλητη και δεν υπάρχει ελπίδα για μία συνάντηση. Στήριξέ τον στην θλίψη του και να είσαι σκληρός μαζί του, όταν πρόκειται να εξετάσετε και να διαπιστώσετε την πραγματική του κατάσταση.
- Πες του ότι θέλεις να τον βοηθήσεις στην διεκπεραίωση διαφόρων διατυπώσεων έτσι ώστε να βρίσκει καιρό για την έκφραση της θλίψης του, χωρίς να διακόπτεται ή να ενοχλείται.
- Όταν δεις ένα θλιμμένο άνθρωπο να κλαίει, μην τρέξεις αμέσως κοντά του για να τον παρηγορήσεις «επί τόπου», τη στιγμή εκείνη. Παρατήρησε πρώτα την κατάσταση , υπάρχει δηλαδή ο κίνδυνος, με το βιαστικό σου πλησίασμα να του δώσεις την εντύπωση πως το κλάμα είναι κάτι αφύσικο.
- Μείνε κοντά του και άφησέ τον μόνο του να σε νιώσει, μην τον περιποιείσαι διαρκώς, γιατί αποκτά την αίσθηση ότι είναι ένα μικρό παιδί, απαρηγόρητο και αβοήθητο.
- Δίνε του πάντα την εντύπωση πως η παρουσία σου δεν σημαίνει ότι πρέπει να σταματήσει το θρήνο και τη θλίψη. Δώσε του να καταλάβει ότι δεν χρειάζεται με τη θλίψη να

βιάζεται. Η θλίψη σταματάει μόνη της, όταν γίνει περιπτή, και αυτό συμβαίνει όταν τη «διατρέξει» κανείς ολόκληρη.

- Τόνιζέ του σταθερά ότι δεν αισθάνεσαι να σε επιβαρύνει, διαφορετικά, θα του το έλεγες.
- Δώσε του να καταλάβει ότι τα λόγια σου δεν έχουν σκοπό να τον παρηγορήσουν, αποδιώχνοντας τη θλίψη, αλλά αντίθετα να τον ενισχύσουν στον πόνο που περνάει. Δικαιούται και μπορεί να κλάψει στην αγκαλιά σου, όταν πια δεν αντέχει. Όμως, άφησέ τον και μόνο του, δώσε του την αίσθηση ότι τον εμπιστεύεσαι, ότι ξέρεις πως μπορεί να φροντίσει μόνος του τον εαυτό του, υπενθύμισέ του ότι μπορεί να σε βρει στο τηλέφωνο οποιαδήποτε ώρα.

Όταν η εμπιστοσύνη ανάμεσά σας γίνει τόσο μεγάλη, ώστε να μπορείτε να πλησιάσετε ο ένας τον άλλον επιχειρήσε τότε προσεχτικά να τον αγγίξεις, ακουμπώντας για λίγη ώρα το χέρι σου στον ώμο του, κρατώντας και ζεσταίνοντας τα χέρια του, χαϊδεύοντας τον στη πλάτη και στα μαλλιά. Σε όλα να του παραστέκεσαι σαν φίλος. Δεν πρέπει να μιλάς όλη την ώρα. Βλέμματα, αγγίγματα και στοχαστική σιωπή έχουν συχνά καλύτερη επίδραση από την αδιάκοπη ομιλία.

Επειδή ο άνθρωπος, όταν θλίβεται και πενθεί, στρέφει προς τα μέσα τις κεραίες των αισθήσεών του, είναι σκόπιμο να φροντίζουμε να έχει τη δυνατότητα να αντιλαμβάνεται με πολλούς τρόπους το ωραίο, που δελεάζει και ξυπνάει πάλι τις αισθήσεις του. Αυτό, βέβαια, δεν πρέπει να γίνεται τον πρώτο καιρό που ο θλιμμένος νιώθει ιδιαίτερα βαθιά την επίδραση από τον κλονισμό (σοκ) της απώλειας.

Οι παραπάνω προτάσεις μπορούν να χρησιμοποιηθούν τόσο από ειδικούς όσο και από «απλούς» ανθρώπους που συναναστρέφονται με κάποιον ηλικιωμένο, ο οποίος πενθεί για το θάνατο κάποιου αγαπημένου προσώπου και είναι θλιμμένος.

### **7.3. ΕΠΙΛΟΓΟΣ**

Τα γηρατειά είναι η εποχή της δύσης της ζωής του ανθρώπου. Ο ηλικιωμένος άνθρωπος κοιτάζει προς τα πίσω να θυμηθεί όλες τις λεπτομέρειες της ζωής του και κάνει τον απολογισμό του. Συνήθως αισθάνεται μελαγχολία γι' αυτά που δεν πρόκειται να ξανάρθουν κι άλλοτε πανικοβάλλεται γιατί δεν πρόλαβε όλα εκείνα που ήθελε να κάνει.

Για πολλούς ανθρώπους τα γηρατειά είναι η υποδούλωση μιας ψυχής που θέλει να ζήσει, να ονειρευτεί, να εκφραστεί και που εμποδίζεται από το κουρασμένο και γερασμένο σώμα.

Όταν είσαι νέος δε σκέφτεσαι το θάνατο, είναι σαν να αγνοείς ότι υπάρχει, ηθελημένα ή εκούσια. Ακόμη περισσότερο, δεν συνειδητοποιείς ότι υπάρχουν πολύ μεγάλες πιθανότητες να γεράσεις.

Οι άνθρωποι, που αισθάνονται ότι η περασμένη ζωή τους άξιζε και πως δεν σπαταλήθηκε, νιώθουν εσωτερική πληρότητα, αποδέχονται το γεγονός ότι γέρασαν, και αντιδρούν θετικά. Αντιλαμβάνονται όλες αυτές τις δυνατότητες που έχουν και απολαμβάνουν τα πλεονεκτήματά που έχει να τους προσφέρει αυτό το στάδιο της ζωής τους.

Είναι η εποχή που ο άνθρωπος, έχοντας τη σοφία της ζωής, μπορεί να δει τον κόσμο με άλλα μάτια, να χαρεί και να δώσει σημασία σε απλά πράγματα που οι νέοι παραβλέπουν και που δεν έχουν ακόμη την ωριμότητα που χρειάζεται για να τα εκτιμήσουν.

Πολλοί, μέχρι τότε, έχουν αποκτήσει και εγγόνια, πράγμα που, για τους περισσότερους, είναι η μεγαλύτερη χαρά και νιώθουν ότι τους δίνεται μια δεύτερη ευκαιρία αφού, συνήθως, όσο είναι νέοι, οι άνθρωποι παραπονιούνται ότι δε βρίσκουν το χρόνο που θα ήθελαν να αφιερώσουν στα παιδιά τους, είτε γιατί τους απασχολούν προβλήματα κυρίως επιβίωσης, είτε γιατί κυνηγούν προσωπικές φιλοδοξίες. Τώρα μπορούν να χαρούν την παιδική παρουσία και τη θετική αύρα που τα νεαρά άτομα εκπέμπουν, δίνοντας αποδεδειγμένα ζωή στους μεγαλύτερους ανθρώπους.

Οι ηλικιωμένοι άνθρωποι έχουν επίσης τη δυνατότητα, λόγω του ελεύθερου χρόνου που πλέον διαθέτουν, να ασχοληθούν με πράγματα καινούρια και να δημιουργήσουν σε όποιον τομέα επιλέξουν ανενόχλητοι. Τότε σπεύδουν να τα προλάβουν όλα! Συνήθως, μάλιστα, παρόλο που το σώμα δε βοηθάει και παρόλη την κούρασή τους, έχουν την τάση να μην μπορούν να σταθούν για ένα λεπτό χωρίς να ασχολούνται με κάτι, ακριβώς όπως κάνουν και τα παιδιά. Αντίθετα όσοι φτάνουν σε μεγάλη ηλικία και δεν έχουν βρει ακόμη την ψυχική ισορροπία αλλά τα προηγούμενα χρόνια της ζωής τους στηρίζονταν στην ματαιοδοξία τους και στη σιγουριά που τους έδιναν τα νιάτα και η φυσική δύναμη, όταν τα χάσουν αυτά, αδυνατούν να ψάξουν και να βρουν μέσα τους την ομορφιά και τη διαφορετική γοητεία που δίνει η σοφία και η πείρα στον άνθρωπο. Έτσι αυτό που βγάζουν προς τα έξω είναι ή αντιαισθητικό ή μια εικόνα που προκαλεί λύπηση. Τότε σπαταλούν το χρόνο τους γκρινιάζοντας ή δηλώνοντας παραίτηση από τη

ζωή. Πολλοί βυθίζονται στην ανία και αφήνουν τον εαυτό τους να χαθεί αφού δε μπορούν να συμβιβαστούν με την τωρινή τους εικόνα. Αυτό περισσότερο παρατηρείται στους άνδρες. Δεν είναι τυχαίο πως στα σαράντα περίπου, μόλις δηλαδή αρχίσουν να συνειδητοποιούν ότι γερνάνε, περνούν οι περισσότεροι κρίση ηλικίας, έχουν τάσεις φυγής και συμπεριφέρονται σαν έφηβοι.

Ένα ακόμη ενδιαφέρον για παρατήρηση και πολλές φορές κωμικό γεγονός είναι πως οι ηλικιωμένοι άνθρωποι παρουσιάζουν συχνά τάσεις παλιμπαιδισμού και η συμπεριφορά τους μοιάζει με αυτή που είχαν όταν ήταν παιδιά. Παραπονιούνται πολύ και επιζητούν έντονα και κάποιες φορές επιτακτικά την προσοχή των άλλων. Αυτό πιθανότατα συμβαίνει επειδή γίνονται ανασφαλείς ή επειδή αισθάνονται ότι παραγκωνίζονται. Πρέπει να έχει κανείς υπομονή μαζί τους όπως ακριβώς όταν έχει να κάνει με ένα μικρό παιδί.

Ένα μεγάλο πρόβλημα που αντιμετωπίζουν οι μεγάλοι άνθρωποι και που ίσως είναι το πιο σοβαρό, είναι η μελαγχολία και το αίσθημα εγκατάλειψης από το περιβάλλον τους.

Είναι γεγονός πως οι συνθήκες ζωής έχουν αλλάξει. Παλαιότερα ο άνθρωπος γερνούσε και πέθαινε στο σπίτι που μεγάλωσε τα παιδιά του, τριγυρισμένος από εγγόνια. Ήταν η μορφή της οικογένειας που όλα τα παιδιά με τις οικογένειές τους ζούσαν μαζί με τους γονείς. Σήμερα κάθε οικογένεια ζει στο δικό της σπίτι που, τις περισσότερες φορές, βρίσκεται σε απομακρυσμένη γειτονιά από το πατρικό σπίτι ή ακόμη και σε άλλη πόλη. Το γεγονός αυτό παρουσιάζεται λιγότερο στην προμερικών δεκαετιών πατριαρχική Ελλάδα σε σχέση με άλλες χώρες της Ευρώπης όπου η αποξένωση γονέων και παιδιών, όταν αυτά ενηλικιωθούν, είναι πιο έντονη.

Δυστυχώς σήμερα, όταν ο ηλικιωμένος δε μπορεί πια να φροντίσει μόνος του τον εαυτό του, όταν ο ένας από το ηλικιωμένο ζευγάρι πεθαίνει ή όταν οι ηλικιωμένοι γονείς έχουν προβλήματα υγείας, τα παιδιά τους, συχνά, ή επειδή αναγκάζονται για διάφορους λόγους ή επειδή δεν είναι πρόθυμα να φιλοξενήσουν τους γονείς στο σπίτι τους, τους απομακρύνουν και, στην καλύτερη περίπτωση, ή πληρώνουν κάποια οικιακή βοηθό να τους προσέχει ή τους στέλνουν σε διάφορα ιδρύματα και τους επισκέπτονται ανάλογα με το χρόνο που διαθέτουν. Οι νεότεροι όμως συχνά ξεχνούν ή βρίσκουν βαρετή μια επίσκεψη στους γέρους γονείς και, απορροφημένοι από τους γρήγορους ρυθμούς της ζωής, το καθημερινό άγχος και τις πολλές ευθύνες, τους εγκαταλείπουν και αφιερώνουν γι' αυτούς ελάχιστο χρόνο, όποτε το θυμούνται. Από τους παππούδες αυτούς κάποιοι προσαρμόζονται στα νέα δεδομένα και κάποιοι παθαίνουν κατάθλιψη και αισθάνονται εγκατάλειψη, τόση που συχνά δεν μπορούν να αντέξουν. Ας μην ξεχνάμε πως η μοναξιά είναι ο μεγαλύτερος φόβος των περισσότερων από εμάς, μικρών και μεγάλων.

Οι μεγάλοι άνθρωποι σίγουρα αξίζουν μια καλύτερη τύχη απ' αυτό και είναι πραγματικά κρίμα να νιώθουν αυτή την αδικία στο τέλος της ζωής τους και να αισθάνονται ότι οι δικοί τους άνθρωποι τους θεωρούν βάρος και πως δεν έχουν πια καμία χρησιμότητα γι' αυτούς. Δυστυχώς λίγα μπορούν να γίνουν. Αυτό που πρέπει όμως όλοι να μην ξεχνάμε, είναι να επισκεπτόμαστε τους ηλικιωμένους. Να τους δείχνουμε ότι δεν τους ξεχνάμε, ότι τους αγαπάμε και τους χρειαζόμαστε. Μπορεί να μας περιμένουν ακόμη και αυτή τη στιγμή να πάμε κοντά τους και να τους χαρίσουμε 1 ώρα από τον πολύτιμο χρόνο μας, που γι' αυτούς είναι πηγή ελπίδας, παρηγοριάς και απεριόριστης χαράς.



Ας μην ξεχνάμε ότι αυτοί οι άνθρωποι μας μεγάλωσαν και στάθηκαν δίπλα μας για ένα μεγάλο μέρος της ζωής μας, συχνά θυσιάζοντας κομμάτι από τη δική τους. Είναι πραγματικά σκληρό να νιώθουν ότι τα παιδιά τους τους έχουν εγκαταλείψει αφού στις περισσότερες των περιπτώσεων κάτι τέτοιο δεν τους αξίζει. Ίσως να μην αξίζει σε κανέναν άνθρωπο. Αν μη τι άλλο, ας συλλογιζόμαστε συχνά αν εμείς οι ίδιοι θα θέλαμε κάποια στιγμή να εγκαταλειφθούμε με τον ίδιο τρόπο κάπου ξεχασμένοι. Άλλωστε, αν τέτοιο είναι το παράδειγμα που δίνουμε στους νεότερους, με τον ίδιο τρόπο θα μας φερθούν και εκείνοι όταν θα είμαστε εμείς οι αδύναμοι... (Ευαγγελία Σουρτζή).

### **(Παλιό ρητό)**

***Ηλικιωμένε της εποχής:***

***Στη ζωή πολλά σοκάκια έχεις διαβεί.***

***Μα όσο στα τελευταία απ' αυτά θα πλησιάζεις,  
μια στεναχώρια άφατη, κρυφή, ανομολόγητη  
θα σου πιέζει την ψυχή. Τότε θα αναρωτιέσαι:***

***«Πού πάω, ποια κατεύθυνση να πάρω τώρα;***

***Υπάρχει διέξοδος;***

***Έφθασε μήπως το τέλος;»***

***Αν σου' ρχεται να κλάψεις, κλάψε. Δεν είναι ντροπή.***

***Το κλάμα θα σε βοηθήσει!***

***Να μη ξεχνάς ποτέ, ότι όπου κλείνει μια πόρτα,  
ανοίγει ένα παράθυρο.***

***Έκλεισε μια πόρτα μπροστά, έ και! Τι μ' αυτό;***

Υπάρχουν και παράθυρα δίπλα, εκεί κοντά.  
Ανοιξε ένα. Άνοιξέ το διάπλατα.  
Ανάπνευσε το ζωογόνο αέρα.  
Και προπαντός κοίταξε.  
Κοίταξε από το άνοιγμά του μπροστά, πλάγια, κοντά,  
μακριά, μακρύτερα, ως τον απώτατον ορίζοντα.  
Και τότε; Τότε θ' ανακαλύψεις ότι δεν μπορεί,  
δεν είναι δυνατό να μείνεις στο σκοτάδι. Κάτι θα δεις.  
Θα δεις ένα, δύο, τρεις, πολλούς δρόμους,  
κοντινούς, στενούς, φαρδιούς, μακρινούς,  
δύσκολους, εύκολους.  
Λαμπικάρισε το βλέμμα σου στο δάκρυ.  
Ξεκαθάρισε μέσα σου τι θέλεις,  
τί θα επιθυμούσες να' χεις, πώς να ζήσεις παραπέρα.  
Διάλεξε κάτι τέλος πάντων. Πες με το νου σου:  
«Να μια ευκαιρία!»  
Ξεχώρισέ την, άρπαξέ την, κάντην σκοπό σου,  
βίωμα καθημερινό. Και δεν θα χάσεις.  
Σύντομα θα βρεις μόνος σου το δρόμο  
που θα σου χαρίσει κάποια χαρά,  
κάποια έστω μικρή ευτυχία.

Αρκεί να' χεις το νου σου, να μην ξανοίγεσαι πολύ.  
Μέσα στο μέτρο πάντοτε.  
Ως εκεί που μπορείς κάθε φορά,  
κάτι λιγότερο, πότε περισσότερο, να πετυχαίνεις.

Υπάρχουν χαρές και για την τρίτη ηλικία.  
Κάθε τόσο που θα σου αποκαλύπτεται κάποια καινούρια.  
Αρκεί να' χεις τα μάτια ανοιχτά, ν' αναζητάς, να θέλεις,  
να προσδοκάς. Και η λύση θα' ρχεται μόνη της,  
κάθε φορά, σε στιγμές που δεν θα την περιμένεις,  
σαν ώριμος καρπός.  
Μόλις την δεις πιάσε την, βάλε την μπροστά,

**απόλαυσέ την.**

**Αρκεί να είναι μέσα στις δυνατότητές σου.**

**Κι αν δεν έχεις μέχρι τότε καμιά εμπειρία,**

**μην απογοητεύεσαι. Μελέτησε τις δυνάμεις σου, ξεκίνα.**

**Αν είναι μέσα στις παλιές σου επιθυμίες αυτό που τώρα  
θες, ακόμη καλύτερα.**

**Κάνε ό, τι λογικό μπορείς, προχώρα με σύνεση και δεν  
θ' αποτύχεις.**

**Όχι βέβαια πράγματα βαριά στο σώμα, άγνωστα και  
δύσπεπτα στο πνεύμα. Τόσο βαριά μόνο, όσο η ηλικία σου  
σου επιτρέπει.**

**Πάντοτε κάτι θα 'θελες να κάνεις, κάτι τι που οι  
περιστάσεις δεν σου επέτρεψαν,  
άλλοτε σε παλιούς καιρούς.**

**Τώρα πια στο απυρόβλητο του χώρου που ζεις,  
κάτω από τη σκεπή των όσων δημιούργησες, πράξε,  
προσπάθησε με όλη σου τη χρονική άνεση.**

**Ζήσε δραστήριος, ζωντανός μέχρι το τέλος.**

**Εξάντλησε τη ζωή, πιές την μέχρι την τελευταία της  
σταγόνα. Είναι δικαίωμά σου.**

**Πιάσε την κάθε ευκαιρία γερά, δώσε της τη μορφή που  
θέλεις. Βίωσέ την σ' όλη της την έκταση.**

**Κι ύστερα; Ύστερα ανακάλυψε άλλη ευκαιρία κι άλλη,  
κι άλλη. Οι ευκαιρίες δεν λείπουν ποτέ.**

**Απόλαυσε τη ζωή σ' όλο το φάσμα, σου αξίζει.**

**Μπορείς, αρκεί να το θελήσει (Ιωάννου Α. Πάτσας)**

## **7. 4. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

### **Ελληνική βιβλιογραφία**

- «Στοιχεία ψυχολογίας και ανθρωπαγωγικής της ώριμης ηλικίας», Dr. Αλεξ. Β. Κοσμόπουλος, Πάτρα 1980.
- «Οικογενειακή ψυχολογία», Μαρία Χουρδάκη, εκδόσεις ΓΡΗΓΟΡΗ.
- «Ψυχολογία», Νίκος Παπαδόπουλος, Αθήνα Β΄ έκδοση.
- «Ψυχολογία της τρίτης ηλικίας», Άννα Παγοροπούλου, Αθήνα 1993, εκδόσεις ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ.
- «Συμβουλευτική ψυχολογία», Μ. Μαλικιώση – Λοΐζου, εκδόσεις ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ, Αθήνα 1993.
- «Η ψυχοπαθολογία της τρίτης ηλικίας», Σπυρίδων Ανδ. Παπασπυρόπουλος, εκδόσεις ΣΚΑΡΑΒΑΙΟΣ, Αθήνα 1991.
- «Εγχειρίδιο Γηριατρικής», Φραγκίσκος Ιωάν. Χανιώτης, ιατρικές εκδόσεις ΛΙΤΣΑΣ, Αθήνα 1992.
- «Η τρίτη ηλικία, προβλήματα και δυνατότητες», Αναστάσιου Δόντα, επιστημονικές εκδόσεις ΓΡΑΦΙΚΕΣ ΤΕΧΝΕΣ, Αθήνα 1981.
- «Η τρίτη ηλικία στα τέλη του 20<sup>ου</sup> αιώνα», Ιωάννου Α. Πάτσακα, εκδόσεις ΠΙΤΣΙΛΟΣ, Αθήνα 1992.
- «Οι νέοι και η τρίτη ηλικία», Ακαδημία Αθηνών, Αθήνα 1991.
- «Η τρίτη ηλικία», Γ. Ν. Χριστοδούλου, Β. Π. Κονταξάκης, εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα 2000.
- «Θέματα γηροψυχολογίας και γεροντολογίας», Αναστασία Κωσταρίδου – Ευκλείδη, εκδόσεις ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ, Αθήνα 1999.
- «Η κατάθλιψη σήμερα», Κλεφτάρας Γιώργος, εκδόσεις ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ, Αθήνα 1998.
- «Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής», Μάνος Νίκος, εκδόσεις UNIVERSITY STUDIO PRESS, Θεσσαλονίκη 1997.
- «Ψυχιατρικές διαταραχές και η αντιμετώπισή τους» Χριστοφίδης Χ. Α.
- «Θέματα γηροψυχολογίας και γεροντολογίας», Κώστα - Τσολάκη Μ., εκδόσεις ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ, Αθήνα 1999.
- «Η γεροντική κατάθλιψη», Παγοροπούλου Άννα, εκδόσεις ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ, Αθήνα 2000.

- «Μετα – Ανάλυση: Σύγκριση γνωσιακών συμπεριφοριστικών θεραπειών με ψυχοφαρμακολογία για τη θεραπεία της μείζονος κατάθλιψης», Ευθυμίου Κ., 1995.
- «Καταθλιπτική συμπτωματολογία και αίσθημα εσωτερικής συγκρότησης σε οικογενειακούς φροντιστές ανοϊκών ατόμων», Παγοροπούλου Α., Θεοτικά Ι., Μπολογιάννης Σ.
- «Η κατάθλιψη στους ηλικιωμένους: το πρόβλημα της υποαναγνώρισης», Παράσχος Ι., 1998
- «Κατάθλιψη – Η μυστική της δύναμη», Flach F.
- «Η Τρίτη ηλικία», Ρόμπερτ Κάνστενμπάουμ, εκδόσεις ΑΘ. ΨΥΧΟΓΙΟΣ.
- «Τα στάδια της ζωής», Ρόνα και Ρόμπερτ Ράποπορ, εκδόσεις ΑΘ. ΨΥΧΟΓΙΟΣ.
- «Γηρατιά: θλιμμένος Χειμώνας ή Δεύτερη Άνοιξη: η ψυχολογία της γήρανσης», Robert Slater, εκδόσεις ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ, Αθήνα 2003.
- «Κοινωνική Εργασία: Εισαγωγή στη θεωρία και την πρακτική της κοινωνικής εργασίας», Καλλινικάκη Θεανώ, εκδόσεις ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ, Αθήνα 1998.

## **INTERNET**

- [www.stress.gr](http://www.stress.gr)
- [www.servitoros.gr](http://www.servitoros.gr)

## **ΛΕΞΙΚΑ**

- «Μείζον ελληνικό λεξικό», Τεγόπουλος – Φυτράκης, 1997, εκδόσεις ΑΡΜΟΝΙΑ Α.Ε.
- «Λεξικό της δημοτικής, ορθογραφικό – ερμηνευτικό», εκδόσεις Κ. ΚΩΣΤΟΠΟΥΛΟΣ, 1983, γ' έκδοση συμπληρωμένη και διορθωμένη, 1994.

## **ΕΓΚΥΚΛΟΠΑΙΔΕΙΑ**

- «Πάπυρος Λαρούς Μπριτάνικα»
- «Δομή»

