

**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**<<ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΩΝ
ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ>>**

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ : ΚΑΡΑΜΠΕΛΑ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ

ΕΠΟΠΤΡΙΑ : ΘΕΟΔΩΡΑΤΟΥ ΜΑΡΙΑ

ΠΑΤΡΑ – 2014

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η παρακάτω εργασία δημιουργήθηκε με σκοπό να δείξει τα προβλήματα της τρίτης ηλικίας και να ευαισθητοποιήσει τους αρμόδιους φορείς για την ευπαθή αυτή πληθυσμιακή ομάδα. Επιχειρήθηκε λοιπόν μια βιβλιογραφική ανασκόπηση πάνω στο παραπάνω θέμα. Στο τελευταίο κομμάτι της ανασκόπησης αυτής παραθέτω και μερικές προσωπικές μου προτάσεις οι οποίες θα μπορέσουν να ωφελήσουν τους ηλικιωμένους και να αναβαθμίσουν την ποιότητα της ζωής τους.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα πτυχιακή εργασία εστιάζεται στην αναφορά των προβλημάτων της τρίτης ηλικίας. Στο πρώτο κεφάλαιο εμπεριέχονται ο ορισμός, οι διακρίσεις καθώς και οι θεωρίες σχετικά με το γήρας. Στο δεύτερο κεφάλαιο επισημαίνεται η όλο και μεγαλύτερη βαρύτητα που αποκτά ο ρόλος της τρίτης ηλικίας στην σύγχρονη οικονομία. Ειδικότερα στην Ελλάδα οι στατιστικές μελέτες δείχνουν ότι το ποσοστό των ηλικιωμένων ατόμων αυξάνεται διαρκώς. Στην συνέχεια το τρίτο κεφάλαιο παραθέτει μια σειρά από προγράμματα κοινωνικής προστασίας για τους ηλικιωμένους (π.χ. γηροκομεία, βοήθεια στο σπίτι, λέσχες φιλίας, κ.α). Σκοπός όλων αυτών των προγραμμάτων είναι η ψυχολογική και κοινωνική στήριξη των ηλικιωμένων. Το επόμενο κεφάλαιο που είναι το τέταρτο περιλαμβάνει τις ψυχολογικές παρεμβάσεις που πρέπει λάβουν χώρα έτσι ώστε να αναβαθμιστεί η ποιότητα ζωής αυτών των ατόμων. Ο παραγκωνισμός και η περιθωριοποίηση των ηλικιωμένων κάνει τα άτομα αυτά να νιώθουν ολοένα και λιγότερο χρήσιμοι με αποτέλεσμα την εμφάνιση ορισμένων ψυχολογικών δυσλειτουργιών (π.χ. σχιζοφρένεια, μελαγχολία κ.α). Στο τελευταίο κεφάλαιο γίνεται μια ανασκόπηση των προβλημάτων της τρίτης ηλικίας. Τα προβλήματα αυτά μπορεί να έχουν παθολογική, ψυχολογική ή κοινωνική μορφή και ανάλογα με την μορφή τους προτείνονται αντίστοιχα τρόποι αντιμετώπισης.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Πρόλογος	2
Περίληψη	3
Κεφάλαιο 1 ^ο : Ορισμός του γήρατος	6
1.1 Οι διακρίσεις του γήρατος.....	6
1.2 Θεωρίες του γήρατος.....	7
Κεφάλαιο 2 ^ο : Ο ρόλος και σημασία της τρίτης ηλικίας στη σύγχρονη οικονομία.....	9
2.1 Σύγχρονο κράτος Κοινωνικής αλληλεγγύης.....	10
2.2 Τρίτη και Τετάρτη ηλικία.....	11
2.3 Οι οικονομικές συνιστώσες.....	11
2.4 Προς τη νέα χιλιετία.....	13
Κεφάλαιο 3 ^ο : Προγράμματα κοινωνικής προστασίας για την Τρίτη ηλικία	14
3.1 Προγράμματα αναδοχής.....	15
3.2 Φροντίδα στο Σπίτι.....	15
3.3 Ιδρυματική Περίθαλψη.....	16
3.4 Κέντρα Ανοιχτής Περίθαλψης Ηλικιωμένων.....	17
3.4.1 Ο θεσμός των ΚΑΠΗ.....	17
3.4.2 Τα ΚΗΦΗ.....	18
3.4.3 Το πρόγραμμα <<Βοήθεια στο σπίτι>>.....	20
3.4.4 Γηροκομεία.....	21
3.4.5 Οι Λέσχες Φιλίας.....	22
3.4.6 Κεντρικές Κοινωνικές Υπηρεσίες (ΚΕ.Κ.Υ.).....	23
Κεφάλαιο 4 ^ο : Ψυχολογικοί παράγοντες στην τρίτη ηλικία.....	24
4.1 Στερεότυπες αντιλήψεις για την Τρίτη ηλικία.....	24

4.2 Αναγκαιότητα της ψυχολογικής μελέτης των ηλικιωμένων.....	27
4.3 Το ψυχολογικό πλαίσιο για την μελέτη της τρίτης ηλικίας.....	28
4.4 Συμπεριφοριστική και ψυχαναλυτική κατεύθυνση.....	28
4.5 Η ψυχολογική θεωρία της ψυχανάλυσης.....	36
Κεφάλαιο 5ο : Ανασκόπηση προβλημάτων – προτάσεις.....	63
Βιβλιογραφία.....	67

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΟΡΙΣΜΟΣ ΓΗΡΑΤΟΣ

Το γήρας είναι μια έννοια χρονολογική με έναρξη συμβατικά καθορισμένη και διαφορετική στις διάφορες εποχές. Οι γεροντικές αλλοιώσεις των ιστών και των οργάνων σηματοδοτούνται με την έκπτωση των διαφόρων λειτουργιών του σώματος και της ψυχής, την απώλεια της εφεδρικής μυϊκής δύναμης, τη μείωση της μεταβολικής ικανότητας, την επιβράδυνση της νευρικής λειτουργίας και την συρρίκνωση της αισθητικής διακριτικότητας. (Roland Cape-Θεσσαλονίκη 1990).

Το γήρας είναι ένα φαινόμενο σταθερό στην πορεία του, έξυπνο να το προβλέψεις και ίσως εκείνο με τα πλέον σοβαρά επακόλουθα. Είναι μια νοητική κατάσταση που καθορίζεται από πολλούς παράγοντες. Ο Alfin Slater , υποστηρίζει ότι η προχωρημένη ηλικία μπορεί να θεωρηθεί εξωτερικευση των πολλαπλών κυτταρικών και συστημικών μεταβολών που εμφανίζονται με την πάροδο της ηλικίας.

1.1 ΟΙ ΔΙΑΚΡΙΣΕΙΣ ΤΟΥ ΓΗΡΑΤΟΣ

Λαμβάνοντας υπόψη ορισμένους παράγοντες, μπορούμε να διακρίνουμε την γηριατρική ηλικία σε τρεις περιόδους:

*από 46 – 65, ονομάζεται κρίσιμη ηλικία ή πρώτο γήρας. Εδώ προέχει το κατεξοχήν βιολογικό πρόβλημα, δηλαδή βιολογικές κείνες μεταβολές του οργανισμού που χαρακτηρίζουν την περίοδο αυτή της ζωής μας, που ονομάζεται γήρας.

*65 – 75, αποτελεί ,μια ενδιάμεση περίοδο μεταξύ κρίσιμης ηλικίας και πραγματικού γήρατος. Εδώ το πρόβλημα είναι καθαρά κλινικό και προσανατολίζεται προς την διάγνωση της βλάβης ή της δυσλειτουργίας που εμφανίζεται στο κάθε ηλικιωμένο άτομο.

*75 και άνω. Αποτελεί το πραγματικό γήρας. Στην περίοδο αυτή, υπάρχει ένα ευρύ ιατροκοινωνικό πρόβλημα που είναι αποτέλεσμα καταστάσεων αναπηρίας ή ανάγκης περίθαλψης, έμμεσης ή άμεσης. Οποιοδήποτε όμως και να είναι το όριο, δεν παύει να σηματοδοτεί την ηλικία κατά μία μόνο διάσταση, δηλαδή την χρονολογική. Ως εκ τούτου, πέρα της χρονολογικής έννοιας για τον ορισμό της ηλικίας, θα πρέπει να λάβουμε υπόψη μας και την βιολογική-ψυχολογική- κοινωνική και ιατρική έννοια.

1. ΒΙΟΛΟΓΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ. Καθορίζεται από συγκεκριμένες μετρήσεις του σώματος όπως ταχύτητα, φυσική κατάσταση, δύναμη, οξύτητα των αισθήσεων, κατάσταση του δέρματος, χρώμα και ποιότητα των μαλλιών και διάφορα άλλα.
2. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ. Καθορίζεται από συγκεκριμένες μετρήσεις των νοητικών λειτουργιών, δηλαδή μνήμη, δημιουργικότητα και άλλα. Και από στάσεις που ο ηλικιωμένος έχει υιοθετήσει απέναντι στα θέματα της τρέχουσας πραγματικότητας.
3. ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ. Υπονοεί τις κοινωνικές προσδοκίες που καλλιεργούνται για τα διάφορα άτομα ανάλογα με το επίπεδο ωριμότητας και την χρονολογική τους ηλικία.
4. ΙΑΤΡΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ. Εκτιμάται η λειτουργική ικανότητα του ατόμου, δηλαδή η ικανότητα του στο να εμπλέκεται σε δραστηριότητες.

1.2 ΘΕΩΡΙΕΣ ΤΟΥ ΓΗΡΑΤΟΣ

Πολλοί ερευνητές προσπάθησαν να ερμηνεύσουν τα προβλήματα του γήρατος και του θανάτου και να διευκρινίσουν τις εξελικτικές διεργασίες και τους προληπτικούς παράγοντες αυτού. Έτσι ανά διαστήματα διατυπώθηκαν διάφορες θεωρίες σχετικά με το γήρας, οι οποίες όμως ως επί το πλείστον στηρίζονται σε φιλοσοφικές σκέψεις και μόνο ελάχιστες είναι αποτέλεσμα επιστημονικής έρευνας. Οι περισσότερες από αυτές τις θεωρίες δεν αντέχουν στην κριτική της σύγχρονης επιστήμης για αυτό και θα αναφερθούν επιγραμματικά.

1. Η θεωρία του Vasman.

Ο Vasman πίστευε ότι, όταν πρωτοεμφανίστηκαν τα διάφορα όντα στον πλανήτη, δεν υπήρχε θάνατος και συνεπώς ούτε γήρανση. Ο θάνατος έγινε αργότερα μία φυσική αναγκαιότητα, αποτέλεσμα μιας φυσικής σκοπιμότητας ή ένα φαινόμενο προσαρμογής και διαίωσης της ισορροπίας των όντων.

2. Η θεωρία της ζωικής εξαντλήσεως.

Ο ιδρυτής της θεωρίας αυτής, πιστεύει ότι στην νεαρή ηλικία από ότι στην περίοδο συμπλήρωσης της ανάπτυξης του οργανισμού.

3. Η θεωρία ότι νευροενδοκρινικού συστήματος.

Σύμφωνα με την θεωρία αυτή, το αίτιο του γήρατος αποδίδεται σε προοδευτική μείωση της λειτουργίας και ατροφία των ενδοκρινών αδένων.

4. Θεωρία της φθοράς.

Στην θεωρία αυτή υποστηρίζεται, η ασύγχρονη γήρανση των οργάνων εκείνω του οργανισμού που υπόκεινται σε επανειλημμένες μικρές ή σοβαρότερες προσβολές από ενδογενής ή εξωγενής παράγοντες.

5. Η θεωρία των ελευθέρων ριζών.

Η θεωρία αυτή δέχεται την συσσώρευση οξειδωτικών ριζών σαν αποτέλεσμα πολύπλοκων ενζυματικών δράσεων και συνεπάγονται μια χρόνια τοξίνωση του οργανισμού. Οι οξειδωτικές ρίζες προκαλούν καταστροφή του κολλαγόνου και άλλων στοιχείων του συνδετικοί οστού.

6. Η θεωρία της μεταβολής των πρωτεϊνών.

Η θεωρία αυτή στηρίζεται στα ευρήματα μερικών ερευνητών τα οποία έδειξαν ότι τα ηλικιωμένα κύτταρα παράγουν τροποποιημένους μεταβολίτες από ότι τα νεαρά κύτταρα, με αποτέλεσμα την μεταβολή της πρωτεϊνοσύνθεσης των πυρηνικών οξέων. Πρόκειται δηλαδή περί μιας θεμελιώδους μεταβολής του βιοχημικού προφίλ του οργανισμού που θυμίζει αυτοανοσολογικής προελεύσεως νοσήματα όπως σακχαρώδης διαβήτης .

Σαν συμπέρασμα είναι φανερό ότι η παθογένεια του γήρατος είναι ακόμα άγνωστα. Φαίνεται όμως ότι υπάρχουν πολλοί αλληλοσυμπληρούμενοι μηχανισμοί που επιβάλλουν την έλευση του γήρατος. (Πλατή Χ, Αθήνα 1998)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Ο ΡΟΛΟΣ ΚΑΙ Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ ΣΤΗΝ ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑ

Η δημογραφική γήρανση του πληθυσμού στις ανεπτυγμένες χώρες, αποτελεί σήμερα, ένα κυρίαρχο δεδομένο με σοβαρότατες κοινωνικές, οικονομικές ασφαλιστικές, προνοιακές, και υγειονομικές προεκτάσεις. Ειδικότερα στην Ελλάδα, η αύξηση του προσδόκιμου χρόνου ζωής και η πτώση της γεννητικότητας, έχει ως αποτέλεσμα η χώρα μας να είναι μία από τα πλέον γερασμένα έθνη του κόσμου μαζί με την Ιταλία, τη Γερμανία και τη Σουηδία. Ενώ στις ΗΠΑ, η αναλογία ατόμων άνω των 60 ετών, στο σύνολο του πληθυσμού, είναι 16,5%, στην Ελλάδα το αντίστοιχο ποσοστό είναι 22,3%. Το έτος 2030, ο αριθμός των ατόμων άνω των 60 ετών, στη χώρα μας, σύμφωνα με την Εθνική Στατιστική Υπηρεσία της Ελλάδος (ΕΣΥΕ), θα αυξηθεί κατά 10% φτάνοντας το 1/3 του συνόλου.

Η φθίνουσα γονιμότητα και η γήρανση του πληθυσμού αλλάζει τη δομή της ελληνικής κοινωνίας και της οικογένειας. Οι παππούδες και οι γιαγιάδες σήμερα κοντεύουν να ξεπεράσουν αριθμητικά τα παιδιά. Σήμερα, σε εκατό παιδιά κάτω των 15 ετών αναλογούν 71 άτομα άνω των 65 χρόνων. Το έτος 2020, σύμφωνα με σχετική έρευνα του ΕΚΚΕ, ο αριθμός των ηλικιωμένων θα είναι όσο και των νέων. Παλαιότερα, το έτος 1853, το ποσοστό των ηλικιωμένων ήταν 3,2% και των νέων κάτω των 15 ετών 41,2%.

Οι πιο γυρισμένες περιοχές της χώρας είναι η κεντρική και νότια Πελοπόννησος και τα νησιά του ανατολικού Αιγαίου. Οι νομοί με τα υψηλότερα ποσοστά ωρίμων πολιτών είναι η Λευκάδα, (22%), η Σάμος (21%), η Κεφαλονιά (21%). Και ακολουθούν η Αρκαδία, η Λέσβος και η Φωκίδα, όπου τα αντίστοιχα ποσοστά κυμαίνονται μεταξύ 20-21%.

Το προσδοκώμενο μέσο όριο ζωής, μέχρι και τις αρχές του τρέχοντος αιώνα στις περισσότερες χώρες, δεν ξεπερνούσε τα 60-65 χρόνια. Σήμερα έχει φτάσει και ξεπερνά τις ηλικίες των 77 ετών. Στην Ελλάδα, σύμφωνα με τα πιο πρόσφατα δεδομένα, οι γυναίκες ζουν κατά μέσο όρο 80 και οι άντρες 75 χρόνια. Αυτό σημαίνει ότι ο μέσος όρος ζωής στη χώρα μας αυξήθηκε κατά 14 χρόνια μεταπολεμικά. Και οι γυναίκες είναι το «ισχυρό» φύλο, τουλάχιστον όσον αφορά τη μακροζωία.

Σήμερα, ο μέσος άνθρωπος ζει πολύ περισσότερο από παλιά, με συνέπεια συνολικά να υπάρχει ένας σημαντικά μεγαλύτερος αριθμός ηλικιωμένων ατόμων απ' ό τι στο παρελθόν. Παράλληλα με αυτή την εξέλιξη, στις ανεπτυγμένες χώρες και ιδιαίτερα στην Ελλάδα, μειώνεται δραματικά ο αριθμός των νέων. Η υπογεννητικότητα αποτελεί κυρίαρχο σύγχρονο

πρόβλημα που συνδέεται με την αστικοποίηση του πληθυσμού και τη συγκέντρωσή του στις πόλεις, την αύξηση της απασχόλησης των γυναικών, την έλλειψη κατάλληλης υποδομής σε βρεφονηπιακούς σταθμούς, την ανεπάρκεια των οικογενειακών επιδομάτων και γενικότερα στη διαφοροποίηση των κοινωνικών αξιών.

Σύμφωνα με πρόσφατα στατιστικά στοιχεία της Eurostat, στη χώρα μας το 1997, σε κάθε 10 γυναίκες, αναλογούσαν κατά μέσο όρο 13 παιδιά, έναντι 23 παιδιών πριν από 20 χρόνια. Το 1997 η Ελλάδα εμφάνιζε περίπου μηδενική φυσική μεταβολή του πληθυσμού, έναντι αύξησης 0,9 του μέσου όρου της Ευρωπαϊκής Κοινότητας. Ο ίδιος δείκτης ήταν λίγο πιο αρνητικός για τη Γερμανία (0,5), την Ιταλία (0,5) και τη Σουηδία (0,4). Και πιο θετικός για την Ιρλανδία (5,8), την Ολλανδία (3,7) και τη Γαλλία (3,3). Οι παραπάνω διαπιστώσεις, έχουν δραματικές συνέπειες για την ηλικιακή υπόσταση του πληθυσμού. Ένα έθνος που δεν είναι σε θέση να ανανεώνει τον πληθυσμό του είναι καταδικασμένο να εξαφανιστεί. Οι επιπτώσεις της δημογραφικής γήρανσης είναι καταλυτικά αρνητικές για την οικονομία, τα ασφαλιστικό σύστημα, την κοινωνική πρόνοια και υγεία, την εθνική άμυνα, την προοπτική επιβίωσής του σ' ένα περιβάλλον γειτονιάς, όπου χώρες όπως η Τουρκία γιγαντώνονται πληθυσμιακά.

Στην τελευταία δεκαετία του 20ου αιώνα, ο ελληνικός πληθυσμός θα σημείωνε επικίνδυνη στασιμότητα, αν δε μεσολαβούσε η ορμητική εισροή 200.000 περίπου ομοεθνών παλιννοστούντων και προσφύγων και 650.000 περίπου αλλοεθνών και ξένων λαθρομεταναστών που αναλογούν συνολικά στο 8,5% του πληθυσμού. Η μετατροπή της χώρας από τόπο εξαγωγής σε κέντρο εισαγωγής μεταναστών, αποτελεί ένα σοβαρότατο νέο δεδομένο που ανατρέπει πολλά από τα παλαιότερα κοινωνικά, ηλικιακά, οικονομικά κι εθνικά της χαρακτηριστικά. Αυτή η καινοφανής εξέλιξη συνδέεται άμεσα με την οξύτατη δημογραφική γήρανση του πληθυσμού και την υποκατάσταση του εγχώριου εργατικού δυναμικού ελληνικής καταγωγής, από εργαζόμενους ξένης υπηκοότητας.

2.1 Σύγχρονο κράτος Κοινωνικής αλληλεγγύης.

Η οικοδόμηση ενός συστήματος κοινωνικής αλληλεγγύης και προστασίας για τους ηλικιωμένους, συνεπάγεται, την αυξημένη κρατική φροντίδα όπως και τη δαπάνη σημαντικών κονδυλίων για τον ίδιο σκοπό. Ριζική επέκταση και αναβάθμιση χρειάζεται για μια σειρά από μέτρα πολιτικής και υποδομής όπως τα ΚΑΠΗ, οι στέγες ηλικιωμένων, τα προγράμματα βοήθειας στο σπίτι, η τηλεϊεδοποίηση, η προώθηση του θεσμού των κοινωνικών βοηθών, η αύξηση του αριθμού των κοινωνικών λειτουργών, η κατ οίκον νοσηλεία κ.λ.π. Ζωτικής σημασίας είναι επίσης η ενίσχυση του θεσμού του εθελοντισμού,

όπως και των παραδοσιακών δεσμών της ελληνικής οικογένειας και ειδικότερα της νεολαίας, με τους ηλικιωμένους. Ο ρόλος της Τοπικής Αυτοδιοίκησης, της εκκλησίας όπως και διαφόρων φορέων και εθελοντικών συλλογικών προσπαθειών, είναι εξ ίσου σημαντικός.

2.2 Τρίτη και Τετάρτη ηλικία

Στα πλαίσια της αλματώδως αυξανόμενης σημασίας και του αριθμού των ωρίμων πολιτών, σκόπιμο θα ήταν να διαφοροποιήσουμε δύο βασικές περιπτώσεις του ζητήματος. Η πρώτη αφορά τα άτομα άνω των 60-65 ετών που βρίσκονται σε ικανοποιητική κατάσταση υγείας και ζωτικότητας και μπορούν όχι μόνο να συμμετέχουν ενεργά στον κοινωνικό τους περίγυρο, αλλά και εφ' όσον το επιθυμούν, να απασχολούνται με ελαστικό ωράριο της επιλογής τους. Στη δεύτερη κατηγορία, υπάγονται τα ηλικιωμένα άτομα που η κακή κατάσταση της υγείας τους δεν επιτρέπει να αυτοεξυπηρετούνται και πολύ περισσότερο να αναπτύσσουν κάποια δραστηριότητα. Για την περίπτωση των ατόμων αυτών, η πολιτεία, η Τοπική Αυτοδιοίκηση η εκκλησία και οι εθελοντικοί φορείς, οφείλουν να αναλάβουν την ευθύνη για την αξιοπρεπή τους προστασία και διαβίωση. Την τελευταία αυτή κατηγορία, θα ήταν σκόπιμο να προσδιορίσουμε ότι ανήκει στη λεγόμενη "τέταρτη ηλικία", η οποία σύμφωνα με τον προτεινόμενο ορισμό της, περιλαμβάνει άτομα ηλικιωμένα, συνήθως άνω των 70 ή 75 ετών, που δεν είναι σε θέση να αυτοεξυπηρετούνται". Σε αντιδιαστολή η τρίτη ηλικία θα μπορούσε να οριστεί ότι αφορά άτομα άνω των 60-65 ετών που είναι σε θέση, εφ' όσον το επιθυμούν, να συμμετέχουν ενεργά στην κοινωνική και οικονομική ζωή".

2.3 Οι οικονομικές συνιστώσες

Η τρίτη αλλά και η τέταρτη ηλικία, όσον αφορά την όλη λειτουργία της οικονομίας, αποτελούν ένα διαρκώς αυξανόμενο ποσοτικό και ποιοτικό μέγεθος. Ένα πολυσύνθετο σύνολο εργαζόμενων, επιχειρηματιών, υπηρεσιών και μεταποίησης, δραστηριοποιείται και αναπτύσσεται με επίκεντρο τις ηλικίες αυτές. Η αλματώδης αύξηση των δαπανών υγείας, συνταξιοδότησης, κοινωνικής προστασίας, κατοικίας, αναψυχής και τουρισμού, συνδέεται άμεσα με την ως άνω πραγματικότητα. Επιχειρηματίες, επαγγελματίες, τεχνολόγοι, ερευνητές, γιατροί, νοσηλευτές, δικηγόροι, φοροτεχνικοί, κοινωνικοί λειτουργοί, φύλακες, βοηθοί ηλικιωμένων, φυσιοθεραπευτές, εργάτες και υπάλληλοι βιομηχανικών μονάδων, τραπεζών, αναψυχής, τουρισμού, κ.λ.π., ένα πολυπληθές σχήμα παραγωγικών συντελεστών εξαρτάται από την παρουσία των ηλικιωμένων ατόμων. Οι ώριμοι πολίτες έμμεσα και ορισμένες φορές άμεσα, συμμετέχουν στην παραγωγική διαδικασία την τροφοδοτούν και την ανακυκλώνουν. Σε ατομικό

επίπεδο, τα μέλη της τρίτης ηλικίας μπορούν να αναπτύξουν δραστηριότητα με κοινωνικό αλλά και έμμεσα οικονομικό περιεχόμενο. Τέτοιας μορφής είναι η συμβολή τους στην ανατροφή των παιδιών, στο οικογενειακό νοικοκυριό και γενικότερα σε οικιακές εργασίες που είναι χρονοβόρες και εμπεριέχουν το αναντικατάστατο δεδομένο της προσωπικής εμπιστοσύνης.

Και δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις εκείνες όπου οι ηλικιωμένοι με την κατάλληλη αξιοποίηση της εμπειρίας, των αποταμιεύσεων, της σύνταξης και γενικότερα της οικονομικής τους αυτονομίας, συμμετέχουν στην οικονομική στήριξη της οικογένειας και του ευρύτερου κοινωνικού τους περιγύρου. Ανεκτίμητη είναι επίσης η συμβολή μελών της τρίτης ηλικίας, με την ωριμότητα, και την ευθυκρισία που συχνά διαθέτουν, σε εθελοντικές δραστηριότητες κοινωνικού χαρακτήρα που εμπεριέχουν και το στοιχείο της οικονομικής δραστηριότητας. Φυσικά όλες οι περιπτώσεις δεν είναι ίδιες. Γι' αυτό και όσον αφορά την ηλικία συνταξιοδότησης, σκόπιμη είναι η υιοθέτηση μέτρων επιλεκτικής σταδιακής αποχώρησης από την ενεργό εργασιακή ζωή. Επίσης, η μερική απασχόληση αποτελεί ένα πρόσφορο τρόπο εργασίας για τα μέλη της τρίτης ηλικίας, τουλάχιστον για όσους επιθυμούν κάτι τέτοιο. Κι' αυτό γιατί δεν πρέπει να παραγνωρίζεται, κατά περίπτωση έστω, η ανάγκη σκοπών και στόχων αυτοεπιβεβαίωσης που έχουν πολλοί ώριμοι πολίτες, οι οποίοι με τη συνταξιοδότηση νοιώθουν ως απόμαχοι, όχι μόνο της εργασίας αλλά και της ίδιας της ζωής.

Μια ιδιαίτερης σημασίας νέα πραγματικότητα που ευνοεί τη μερική απασχόληση και την ενεργό συμμετοχή στην κοινωνία των ωρίμων πολιτών είναι η τηλεργασία, η τηλεματική και η χρήση του Internet. Με τις τεχνολογίες αυτές, τα μέλη της τρίτης ηλικίας μπορούν, εφ' όσον το επιθυμούν, να συμμετέχουν, με ευελιξία και χαμηλούς ρυθμούς, στην παραγωγική διαδικασία. Το ίδιο ισχύει και όσον αφορά την ανάγκη επικοινωνίας που έχει ο κάθε άνθρωπος και ιδιαίτερα τα ηλικιωμένα άτομα. Χωρίς φυσικά να παραγνωρίζεται η σημασία και ο ρόλος των κέντρων φυσικής συνάντησης των ωρίμων πολιτών όπως τα ΚΑΠΗ, η σύγχρονη τεχνολογία, και το Internet, ειδικότερα, μπορεί να αποτελέσουν ένα χρήσιμο βήμα για μια αλλαγή πλεύσης στον τρόπο ζωής και ευρύτερης συμμετοχής της τρίτης ηλικίας στην κοινωνία και την οικονομία. Ένα άλλο ζήτημα για χώρες όπως η Ελλάδα με εύκρατο κλίμα και πολλές φυσικές ομορφιές, είναι η ανάπτυξη παραθεριστικών ή και μόνιμων κατοικιών και οικισμών για ομοεθνείς, αλλά και εύπορους ξένους συνταξιούχους. Μια τέτοια προοπτική αποτελεί για το μέλλον, σημαντικό εφελκυστικό οικονομικής δραστηριότητας και σοβαρό μέσο άντλησης ξένου συναλλάγματος.

2.4 Προς τη νέα χιλιετία

Γενικότερα, το μέγεθος, ο ρόλος και η σημασία των ωρίμων πολιτών, αποτελούν για τη νέα χιλιετία μια σημαντική συνιστώσα, η οποία θα απασχολεί όλο και περισσότερο το κοινωνικό και οικονομικό γίγνεσθαι. Και είναι γεγονός ότι το επίπεδο του πολιτισμού της σύγχρονης κοινωνίας θα είναι άμεσα συναρτημένο με τον τρόπο αντιμετώπισης της τρίτης και τέταρτης ηλικίας. Στα πλαίσια των αντιλήψεων αυτών, ο ΟΗΕ έχει αποδεχτεί εισήγηση που αρχικά έχει προταθεί και υιοθετηθεί στις 15 Φεβρουαρίου 1991 από την ελληνική Βουλή, με πρόταση του υπογράφοντος, και της τότε Υπουργού Υγείας κας Μαριέττας Γιαννάκου-Κουτσίκου, για την καθιέρωση της 1^{ης} Οκτωβρίου, ως ημέρας τιμής των ατόμων της τρίτης ηλικίας. Με μεθύτερες αποφάσεις της Γενικής Συνέλευσης του ΟΗΕ, ορίστηκε επίσης το 1999 ως έτος της τρίτης ηλικίας, ενώ το κεντρικό μήνυμα για τον ίδιο σκοπό είναι η πορεία «προς μια κοινωνία για όλες τις ηλικίες».

Η βραβευμένη με το Νόμπελ Ιατρικής του 1986 Ρίτα Λέβι Μονταλτσίνι, αποδεικνύει στις έρευνές της ότι ο ανθρώπινος εγκέφαλος μπορεί να συνεχίσει να λειτουργεί τέλεια, ακόμη και σε μεγάλη ηλικία, ανεξάρτητα από τη φθορά των υπολοίπων οργάνων του σώματος. Ζωντανή απόδειξη των θέσεων αυτών είναι η ίδια η γοητευτική αυτή κυρία, που στο κατώφλι των ενενήντα της χρόνων ενεργοποιείται δυναμικά και παράγει σημαντικό έργο. Με τη δραστηριότητα της θυμίζει πολλούς άλλους επώνυμους ηλικιωμένους, που έφτασαν στην κορυφή της δημιουργίας τους σε προχωρημένη ηλικία μεταξύ άλλων, όπως ο Γαλιλαίος, ο Μιχαήλ Άγγελος, ο Πικάσο, ο Μπέν Γκουριόν, ο Μπέρτραν Ράσελ, ο Γεώργιος Παπανδρέου και πρόσφατα ο βετεράνος αστροναύτης Τζών Γκλέν, ο οποίος στα 77 του χρόνια έκανε και πάλι το διαστημικό του ταξίδι.

Στην κοινωνία του 2000, η διογκούμενη παρουσία και συμμετοχή των ωρίμων πολιτών, σηματοδοτεί μια νέα πραγματικότητα της οποίας χαρακτηριστικό σημείο είναι η ομαλή συμβίωση και συνύπαρξη όλων των ομάδων ηλικιών. Η νέα χιλιετία, εκτός από την εισβολή της υψηλής τεχνολογίας την παγκοσμιοποίηση, τα διεθνή προσφυγικά και μεταναστευτικά ρεύματα, την κρίση των αξιών, εμπεριέχει ως δυναμική συνιστώσα αυτή τη νέα πραγματικότητα, η οποία δεν μπορεί παρά να είναι καλοδεχούμενη σε μια σύγχρονη ευνομούμενη κοινωνία αλληλεγγύης και ανθρωπιάς. Οι νεότερες γενιές οφείλουν να κατανοήσουν τη σημασία των νέων δεδομένων που συνδυάζονται εύστοχα και με τη γνωστή λαϊκή ρήση -υπενθύμιση ότι "εκεί που ήσουν ήμουνα κι' εδώ που είμαι θάρθεις". Κλείνοντας: θα αναφερθούμε σε μια σοφή κουβέντα της προαναφερθείσας Ρίτας Λέβι Μονταλτσίνι από το βιβλίο της για την τρίτη ηλικία "Ο Κρυφός Άσπος" όπου αναφέρει ότι "η τρίτη ηλικία είναι η ωραιότερη, το λέω στα 88 μου. Ο τρόπος για να φτάσεις ως αυτήν καλά και ήρεμα είναι να την προετοιμάζεις από νέος". www.unipi.gr/katsanevas/arthra/articles/61doc

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

Σύμφωνα με τον Jackson (1985), σε κάθε χώρα συμβαίνει όταν οι πολίτες περάσουν κάποιο συγκεκριμένο όριο ηλικίας να αποσύρονται από κάθε επαγγελματική ενασχόληση και να καθίστανται συνταξιούχοι. Η ηλικία συνταξιοδότησης διαφοροποιείται από ασφαλιστικό σε ασφαλιστικό φορέα, ενώ για τους ηλικιωμένους που για κάποιους λόγους δεν έχουν δικαίωμα στην σύνταξη, οι ανάγκες τους καλύπτονται κατά περίπτωση από το σύστημα της Κοινωνικής Πρόνοιας.

Οι κυριότεροι φορείς που παρέχουν συνταξιοδότηση στην Ελλάδα είναι οι ακόλουθοι:

1. Το Ταμείο του Ελληνικού Δημοσίου που καλύπτει τους δημόσιους υπαλλήλους και τους στρατιωτικούς.
2. Το Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων (Ι.Κ.Α.) που παρέχει συντάξεις στον αστικό πληθυσμό των εργαζομένων.
3. Ο Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων (Ο.Γ.Α.) που παρέχει συντάξεις στον αγροτικό πληθυσμό.
4. Τα διάφορα ταμεία και οι ασφαλιστικοί οργανισμοί εργαζομένων, όπως είναι: το Ταμείο Επαγγελματιών Βιοτεχνών Ελλάδος (Τ.Ε.Β.Ε.), το Ταμείο Ασφαλίσεως Εμπόρων (Τ.Α.Ε.), το Ταμείο Συντάξεως Αυτοκινητιστών (Τ.Σ.Α.), το Ταμείο Συντάξεως Μηχανικών και Εργοληπτών Δημοσίων Έργων (Τ.Σ.Μ.Ε.Δ.Ε.), το Ταμείο Συντάξεως και Αυτασφάλισης Υγειονομικών (Τ.Σ.Α.Υ.) και άλλα.
5. Το Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, το οποίο μέσω του προγράμματος της δημόσιας αντίληψης παρέχει συντάξεις σε πρόσφυγες ελληνικής ιθαγένειας, αλλά ανεξακριβωτης υπηκοότητας που υπάγονται στην αρμοδιότητα Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών (Ο.Η.Ε.)»

3.1. Προγράμματα αναδοχής

Στην χώρα μας τα προγράμματα αναδοχής για ηλικιωμένους δεν είναι διαδεδομένα και υπάρχουν ελάχιστοι φορείς που τα λειτουργούν. Παρολ' αυτά έχει ξεκινήσει τα τελευταία χρόνια να διαδίδετε και να ενθαρρύνεται ως μια νέα μορφή φροντίδας που έχει ως στόχο την αποφυγή της ιδρυματικής φροντίδας. Με αυτό τον τρόπο ενθαρρύνεται το συναισθηματικό δέσιμο υπερήλικων ατόμων με μια άγνωστη οικογένεια. Προσφέρεται έτσι μια δυνατότητα σε πολλές οικογένειες που απουσιάζει το πρόσωπο του παππού και της γιαγιάς να δημιουργήσουν μια νέα δυνατή σχέση με το νέο μέλος.

3.2. Φροντίδα στο Σπίτι

Βασικός στόχος των προγραμμάτων αυτών είναι η υποστήριξη του ηλικιωμένου ατόμου στα πλαίσια του οικογενειακού του περιβάλλοντος. Το πρώτο πρόγραμμα βοήθειας στο σπίτι ξεκίνησε να λειτουργεί από τον Ερυθρό Σταυρό και αργότερα, με επιδότηση από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, από τον Δήμο του Κερατσινίου. Από το 1981 ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός λειτουργεί πολλά προγράμματα και με την χρηματοδότηση του Υπουργείου Εσωτερικών. Τα προγράμματα αυτά περιλαμβάνουν ιατρική φροντίδα και οικογενειακή φροντίδα στο σπίτι, σε υπερήλικα άτομα που κρίνεται ανάγκη για τακτική βοήθεια. Για την λειτουργία αυτών των προγραμμάτων ο Ε.Ε.Σ. έχει στην υπηρεσία του ένα μεγάλο δίκτυο εθελοντών οι οποίοι έχουν εκπαιδευθεί ειδικά για να ανταπεξέλθουν στους στόχους των προγραμμάτων και παρέχουν υπηρεσίες στους εξυπηρετούμενους υπό την εποπτεία επαγγελματιών κοινωνικών λειτουργών. Συγκεκριμένα το σώμα των «Σαμαρειτών», το οποίο έχει συσταθεί από εθελόντριες νοσηλεύτριες, προσφέρουν υπηρεσίες καλύπτοντας ανάγκες ηλικιωμένων που χρειάζονται νοσηλευτική φροντίδα στο σπίτι.

Ο Ερυθρός Σταυρός σε συνεργασία με τον Ο.Τ.Ε. έχει θέσει σε εφαρμογή ένα πρόγραμμα τηλεσυναγερμού για την εξυπηρέτηση ηλικιωμένων ατόμων που ζουν μόνοι. Με αυτό το πρόγραμμα ο ηλικιωμένος μπορεί άμεσα να επικοινωνήσει με την κοντινότερη κοινωνική υπηρεσία σε περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης. Το πρόγραμμα ξεκίνησε σε πιλοτικό επίπεδο το 1991 με την κάλυψη 40 περιστατικών περίπου στο λεκανοπέδιο της Αθήνας και στην συνέχεια μετά την μεγάλη επιτυχία που σημείωσε, σχεδιάστηκε η επέκτασή του, ώστε να μπορεί να καλύψει συνολικά 400 περιπτώσεις στην Αθήνα και 250 στην Θεσσαλονίκη. Την ευθύνη για τον συντονισμό και την λειτουργία αυτού του προγράμματος έχουν κοινωνικοί λειτουργοί.

Ένα ακόμα πρόγραμμα που λειτουργεί από τον Ερυθρό Σταυρό είναι η τηλεϊατρική φροντίδα. Με αυτό το πρόγραμμα μπορούν γιατροί από την παραμεθόριο να ζητήσουν βοήθεια για περιστατικά με καρδιολογικά προβλήματα από εμπειρογνώμονες γιατρούς του Ερυθρού Σταυρού.

3.3. Ιδρυματική Περίθαλψη

Για πολλούς αιώνες η ιδρυματική περίθαλψη αποτελούσε την κύρια μορφή φροντίδας για όλους εκείνους που δεν ήταν σε θέση να ανταπεξέλθουν στην κάλυψη των βασικών βιοτικών και κοινωνικών τους αναγκών. Η παράδοση αυτή συνεχίζεται μέχρι και στις μέρες μας μέσα από τα εκκλησιαστικά ιδρύματα, τα ιδρύματα κλειστής περίθαλψης για τους ηλικιωμένους που λειτουργούν υπό την αιγίδα του Δημοσίου, της Τοπικής Αυτοδιοίκησης, από Οργανώσεις του εθελοντικού τομέα και από τον κερδοσκοπικό επιχειρηματικό τομέα. Τα ιδρύματα κλειστής περίθαλψης θα μπορούσαν να χωριστούν σε δύο κατηγορίες: α) τα γηροκομεία, όπου εισάγονται υπερήλικες που δεν είναι σε θέση να αυτοεξυπηρετηθούν πλήρως, β) τα άσυλα, όπου δέχονται κυρίως κατάκοιτους που πάσχουν από ανίατες παθήσεις αλλά και που διαθέτουν ένα μεγάλο αριθμό κλινών για ηλικιωμένους .

Η εισαγωγή ενός υπερήλικα σε ίδρυμα κλειστής περίθαλψης αποτελεί την έσχατη βαθμίδα της κλίμακας των μέτρων προστασίας που έχουν θεσπιστεί υπέρ του. Επίσης θεωρείται ως αναπόφευκτη λύση από την στιγμή που δεν υπάρχει πίσω κατάλληλο οικογενειακό περιβάλλον ή στην περίπτωση που αποκλειστεί τελείως η κατ' οίκον περίθαλψή του, είτε μέσω των οργάνων της κοινωνικής υπηρεσίας, είτε μέσω των συγγενικών του προσώπων. Κατά τον Ward (1984), σε πολλές περιπτώσεις η ιδρυματική προστασία κρίνεται απαραίτητη και αποτελεί ίσως τη μόνη λύση στο κοινωνικό πρόβλημα που δημιουργείται από το αδιέξοδο, το οποίο παρουσιάζεται στους οικονομικά αδύνατους και στους στερούμενους οικογενειακής υποστήριξης ηλικιωμένους .

Στις μέρες μας σημειώνεται διεύρυνση και εφαρμογή νέων πρακτικών πάνω στην οργάνωση και την λειτουργία των υφιστάμενων ιδρυμάτων. Για τον εκσυγχρονισμό αυτών των ιδρυμάτων επιχειρούνται ανανεωτικές αλλαγές όπως: καλύτερα καταρτισμένο και αριθμητικά επαρκές προσωπικό, αρτιότερη υποδομή των χώρων και υιοθέτηση συμπεριφορών που δίνουν ιδιαίτερη έμφαση στο σεβασμό της προσωπικής ζωής των ηλικιωμένων.

3.4. Κέντρα Ανοιχτής Περίθαλψης Ηλικιωμένων

3.4.1 Ο θεσμός των ΚΑΠΗ

Η πρώτη εμφάνιση των Κέντρων Ανοιχτής Προστασία των Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ) στην Ελλάδα έγινε το 1979 όταν και δημιουργήθηκε το πρώτο *Πειραματικό* Κέντρο Ανοιχτής Εξωιδρυματικής προστασίας Ηλικιωμένων, από μια ομάδα εθελοντών. Το πρώτο κέντρο που δημιουργήθηκε αποτελούταν από πέντε άτομα. Πρόκειται για έναν Γιατρό, έναν Φυσιοθεραπευτή, έναν Νοσηλευτή/Επισκέπτη Υγείας, έναν Εργοθεραπευτή και έναν οικογενειακό βοηθό. Το πρώτο πρόγραμμα που εφαρμόστηκε για την προστασία των ηλικιωμένων, ονομάστηκε από την ομάδα των εθελοντών ως «Η γωνιά του παππού και της γιαγιάς».

Μέχρι το 1981 ξεκίνησε η λειτουργία 8 ΚΑΠΗ. Για την ίδρυση και την λειτουργία τους, υπήρξε συνεισφορά τόσο από εθελοντικές οργανώσεις, όσο και από τον Ερυθρό Σταυρό, τον Εθνικό Οργανισμό Πρόνοιας και το Κέντρο Μέρμινας Οικογένειας Παιδιού. Από το 1982 και έπειτα τα ΚΑΠΗ αποτελούν Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου, καθώς περνούν στα χέρια των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης. Από εκείνη την στιγμή και μετά ο αριθμός των κέντρων που δημιουργήθηκαν ανήλθε στα 260, από τα οποία τα 80 λειτουργούσαν στην περιοχή της Αθήνας. μέχρι το 1988 τις δαπάνες μισθοδοσίας καθώς και τις δαπάνες για τις λειτουργικές ανάγκες των κέντρων τις αναλάμβανε το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας. Ωστόσο, από το 1989 και έπειτα, οι δαπάνες για την λειτουργία των ΚΑΠΗ καθώς και οι δαπάνες για την μισθοδοσία του προσωπικού καλύπτονται εξ' ολοκλήρου από τους Δήμους και τις Κοινότητες στους οποίους/-ες ανήκουν.

Σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 240 του Ν. 3463/2006, τα ΚΑΠΗ διοικούνται από 9μελές Διοικητικό Συμβούλιο, τα μέλη του οποίου μαζί με τους αναπληρωτές τους ορίζονται με απόφαση του Δημοτικού Συμβουλίου.

Οι στόχοι των Κέντρων Ανοιχτής Προστασίας των Ηλικιωμένων είναι i ακόλουθοι:

- Η πρόληψη βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών προβλημάτων των ηλικιωμένων ώστε να παραμείνουν ισότιμα και ενεργά μέλη του κοινωνικού συνόλου.
- Η διαφώτιση και η συνεργασία του κοινωνικού συνόλου και των ειδικών φορέων σχετικά με τα προβλήματα και τις ανάγκες των ηλικιωμένων.
- Η Πρωτογενής Πρόληψη. Πρόκειται για εμβολιασμούς, συμβουλές για την αποφυγή ατυχημάτων, κ.λπ.

- Η Δευτερογενής Πρόληψη, η οποία σχετίζεται με τις ιατρικές εξετάσεις που έχουν σκοπό την έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση τυχόν προβλημάτων.

Όσον αφορά τις υπηρεσίες που προσφέρουν τα ΚΑΠΗ, αυτές είναι οι εξής:

- Συμβουλευτική, ψυχοσυναισθηματική στήριξη, κοινωνική φροντίδα των ηλικιωμένων και των οικογενειών τους
- Φροντίδα και οδηγίες για ιατροφαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη
- Φυσιοθεραπεία
- Εργοθεραπεία
- Οργανωμένη ψυχαγωγία
- Εξυπηρέτηση κατ' οίκον
- Συμμετοχή σε προγράμματα λουτροθεραπείας και θερινών κατασκηνώσεων
- Προγράμματα εθελοντισμού
- Επιμόρφωση, διαλέξεις, μελέτη θεμάτων, επισκέψεις σε Μουσεία και αρχαιολογικούς χώρους
- Οργανωμένη ψυχαγωγία με πούλμαν-εκδρομές.
- Βοήθεια στο σπίτι για τα άτομα που έχουν την ανάγκη εξυπηρέτησης.
- Εντευκτήριο (coffee-shop), όπου προσφέρονται ροφήματα/αναψυκτικά και στα οποία η συντροφιά και η συνέντευξη με άλλα μέλη έχουν τον πρώτο ρόλο.

Όπως και το 1979 οπότε και δημιουργήθηκε το πρώτο κέντρο για την προστασία και την φροντίδα των ηλικιωμένων, έτσι και σήμερα, τα ΚΑΠΗ στελεχώνονται από Ιατρούς Φυσικής Ιατρικής, Κοινωνικούς λειτουργούς, Φυσιοθεραπευτές, Εργοθεραπευτές, Επισκέπτες Υγείας ή Νοσηλευτές, καθώς και από Οικογενειακούς Βοηθούς.

<http://www.gerontology.gr/index.php/component/content/article?id=57>

3.4.2 Τα ΚΗΦΗ

Τα Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (ΚΗΦΗ) παρέχουν υπηρεσίες ημερήσιας φροντίδας σε άτομα της τρίτης ηλικίας, τα οποία δεν έχουν την δυνατότητα να αυτοεξυπηρετηθούν απόλυτα και των οποίων το οικογενειακό περιβάλλον που τα φροντίζει εργάζεται ή αντιμετωπίζει σοβαρά κοινωνικά και οικονομικά προβλήματα ή προβλήματα υγείας και αδυνατεί να ανταποκριθεί στην φροντίδα τους. Οι μονάδες αυτές πριν

λειτουργήσουν χρειάζονται έγκριση από τη Νομαρχιακή Αυτοδιοίκηση. Τα ΚΗΦΗ δημιουργούνται σε αστικές και ημιαστικές περιοχές και συνεργάζονται με τοπικούς φορείς που παρέχουν κοινωνικές υπηρεσίες καθώς και με μονάδες υγείας. Βασικός σκοπός των ΚΗΦΗ είναι να παραμένουν τα ηλικιωμένα άτομα στο οικείο φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον, έτσι ώστε να υπάρχει διατήρηση της συνοχής της οικογένειας. Επίσης επιδιώκεται εναρμόνιση της οικογενειακής και εργασιακής ζωής των μελών της οικογένειας με το ηλικιωμένο άτομο, η αποφυγή της ιδρυματικής περίθαλψης και κοινωνικού αποκλεισμού και τέλος η υποστήριξη ώστε να διατηρήσουν την αυτονομία τους, την κοινωνική συμμετοχή και το κοινωνικό τους περιβάλλον.

Στα Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας των Ηλικιωμένων προσφέρονται και οι ακόλουθες υπηρεσίες:

- Νοσηλευτική φροντίδα
- Φροντίδα για την ικανοποίηση πρακτικών αναγκών διαβίωσης
- Ατομική υγιεινή
- Προγράμματα δημιουργικής απασχόλησης
- Προγράμματα ανάπτυξης λειτουργικών και κοινωνικών δεξιοτήτων
- Διασύνδεση των ΚΗΦΗ. Τα ΚΗΦΗ διασυνδέονται με τα ΚΑΠΗ που ενδεχομένως υπάρχουν στην περιοχή. Συνεργάζονται επίσης, με τοπικούς φορείς που παρέχουν παρεμφερείς κοινωνικές υπηρεσίες, με μονάδες υγείας καθώς και με το Εθνικό Κέντρο Άμεσης Κοινωνικής Βοήθειας (ΕΚΑΚΒ).

Σε κάθε ΚΗΦΗ απασχολούνται τουλάχιστον, ένας Νοσηλευτής Πανεπιστημιακής, Τεχνολογικής ή Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης με άδεια άσκησης του επαγγέλματος. Στα ΚΗΦΗ απασχολούνται επίσης, δύο Κοινωνικοί Φροντιστές ή Επιμελητές Πρόνοιας (Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης), πτυχιούχοι Επαγγελματικού Λυκείου, ή Τ.Ε.Ε. τέλος, στα Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας των Ηλικιωμένων απασχολείται και ένα άτομο ως βοηθητικό προσωπικό. Σημειώνεται ότι το ανωτέρω προσωπικό που μπορεί να απασχολείται στα ΚΗΦΗ ανέρχεται στον αριθμό των 25 ατόμων.

<http://www.gerontology.gr/index.php/component/content/article?id=65>

3.4.3 Το πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι»

Το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» θεσπίστηκε με το νόμο 2082/92 και είναι ένα από τα πλέον σημαντικά προγράμματα κοινωνικού χαρακτήρα που ξεκίνησε πιλοτικά το Μάρτιο του 1998 σε δύο περιοχές του Δήμου Αττικής, σε Γκύζη και Σεπόλια. Σκοπός του προγράμματος ήταν εξ' αρχής η παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας στους δημότες της Αθήνας. Από την έναρξη λειτουργίας των δύο δομών, στις Λέσχες Φιλίας Γκύζη και Σεπολίων, έχουν καταγραφεί περίπου 1.000 περιστατικά, ενώ έχουν εξυπηρετηθεί περισσότερα από 680 άτομα.

Το πρόγραμμα "Βοήθεια στο Σπίτι" απευθύνεται σε άτομα της τρίτης ηλικίας που δεν αυτοεξυπηρετούνται πλήρως και είναι άτομα με κινητικές δυσλειτουργίες και ειδικά προβλήματα. Προτεραιότητα έχουν τα άτομα που ζουν μόνα τους ή δεν έχουν την πλήρη φροντίδα της οικογένειάς τους, ή ακόμη που το εισόδημά τους δεν τους επιτρέπει να εξασφαλίσουν τις απαιτούμενες υπηρεσίες για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους.

Οι στόχοι του προγράμματος είναι οι εξής:

- η βελτίωση της ποιότητας ζωής των ατόμων της τρίτης ηλικίας καθώς και ατόμων με κινητικά ή άλλα ειδικά προβλήματα (ΑΜΕΑ)
- η υποβοήθηση της αυτόνομης και αξιοπρεπούς διαβίωσης τους,
- η υποστήριξη του οικογενειακού περιβάλλοντος των επωφελούμενων και η προώθηση στην απασχόληση ικανού και εξειδικευμένου προσωπικού.

Το πρόγραμμα παρέχει συμβουλευτική και ψυχολογική υποστήριξη, καθώς επίσης νοσηλευτική φροντίδα, οικογενειακή βοήθεια και συντροφιά. Η ομαλή λειτουργία του προγράμματος εξασφαλίζεται από μια εξειδικευμένη και καλά οργανωμένη ομάδα 4 ατόμων σε κάθε δομή και αποτελείται από μια κοινωνική λειτουργό, μια νοσηλεύτρια και δύο οικογενειακές βοηθούς. Η κάθε ομάδα υποστηρίζεται από έναν γιατρό που παρέχει γενικές ιατρικές υπηρεσίες και συμβουλές, όπου αυτό κρίνεται αναγκαίο.

Η κοινωνική λειτουργός του προγράμματος έχει τη συνολική εποπτεία των ωφελούμενων, αξιολογώντας τα περιστατικά, παρέχοντας κοινωνική υποστήριξη, ερχόμενη σε επαφή με συναρμόδιους φορείς και παραπέμποντας περιστατικά που δεν άπτονται των υπηρεσιών του προγράμματος. Οι εξυπηρετούμενοι ωφελούνται των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας που προσφέρει η νοσηλεύτρια του προγράμματος και οι οποίες αφορούν σε κατ' οίκον επισκέψεις

για τη μέτρηση και καταγραφή των ζωτικών σημείων, τη συνταγογράφηση των φαρμάκων καθώς και συνοδεία σε νοσοκομεία για τις προγραμματισμένες εξετάσεις τους.

Παράλληλα, η οικογενειακή βοηθός του προγράμματος αναλαμβάνει τη διεκπεραίωση εξωτερικών εργασιών, την προμήθεια των ηλικιωμένων με είδη άμεσης ανάγκης, καθώς και την καθαριότητα του σπιτιού τους. Μια επιπλέον αρμοδιότητα των οικογενειακών βοηθών, ίσως η πλέον σημαντική για τους ανθρώπους αυτούς, είναι η συντροφιά που προσφέρουν αποδεικνύοντας έμπρακτα τον κοινωνικό χαρακτήρα του προγράμματος.

<http://www.cityofathens.gr/node/406>

3.4.4 Γηροκομεία

Οι ηλικιωμένοι, οι οποίοι δεν μπορούν να διαμείνουν μαζί με τα παιδιά τους, συνήθως αναζητούν άλλες κατοικίες, βασιζόμενοι στην κοινωνική πρόνοια. Ένα ανάλογο ίδρυμα είναι και το γηροκομείο ή το γηριατρείο. Το γηροκομείο αναφέρεται σε ένα ίδρυμα χαμηλής φροντίδας, ενώ αντίθετα, όταν πρόκειται για γηριατρείο, αναφερόμαστε σε ένα ίδρυμα υψηλής φροντίδας.

Σε ένα γηροκομείο ή γηριατρείο υπάρχει εκπαιδευμένο προσωπικό, το οποίο βοηθάει τα άτομα που βρίσκονται στην τρίτη ηλικία να ολοκληρώσουν καθημερινές τους ανάγκες. Για παράδειγμα, το προσωπικό ενός ιδρύματος αναλαμβάνει να παίρνουν οι ηλικιωμένοι τα γεύματά τους, τα φάρμακά τους όπου αυτά απαιτούνται, να πλυθούν, να ντυθούν, να πλύνουν τα ρούχα τους, να τους βοηθήσουν να πάνε στην τουαλέτα, κ.λπ. Η φροντίδα που παρέχει ένα ίδρυμα είναι 24ωρη και όπως ήδη αναφέρθηκε, παρέχεται κάθε είδους βοήθεια, προσωπικής φροντίδας, υποστήριξης, καθώς και παραϊατρικών αναγκών. (Σταθόπουλος Π. 2005)

Προϋπόθεση για την εισαγωγή ενός ατόμου στο γηροκομείο, εκτός της οικονομικής κατάστασης, είναι και η ικανότητά του να αυτοεξυπηρετείται.

Η Εκκλησία της Ελλάδος λειτουργεί αρκετές Στέγες στις οποίες διαμένουν ηλικιωμένοι αυτοεξυπηρετούμενοι. Η παροχή υπηρεσιών σε αυτές τις στέγες είναι δωρεάν και η προτεραιότητα που δίνεται στους εξυπηρετούμενους γίνεται βάση εισοδήματος.

3.4.5 Οι Λέσχες Φιλίας

Οι λέσχες φιλίας είναι χώροι μέσα από τους οποίους τα άτομα της τρίτης ηλικίας αναζητούν την κοινωνική υποστήριξη, την δημιουργία κοινωνικών σχέσεων με άτομα της ίδιας ηλικίας, καθώς επίσης και την καθημερινή ενημέρωση και ψυχαγωγία. Οι λέσχες φιλίας λειτουργούν σε επίπεδο συνοικίας και γειτονιάς.

Οι Λέσχες Φιλίας απαρτίζονται από εκπαιδευμένο προσωπικό και συγκεκριμένα σε μια λέσχη απασχολούνται κοινωνικοί λειτουργοί, φυσιοθεραπευτές, διοικητικοί υπάλληλοι, νοσηλευτές, βοηθητικό και τεχνικό προσωπικό.

Το πρόγραμμα των Λεσχών Φιλίας περιλαμβάνει την δημιουργική απασχόληση, την φυσιοθεραπεία, διάφορες επισκέψεις σε πολιτιστικούς χώρους, καλλιτεχνικές δραστηριότητες, καθώς επίσης και ημερήσιες εκδρομές και περιπάτους. Ο στόχος των Λεσχών Φιλίας είναι:

- η εξοικείωση των ηλικιωμένων με τα προβλήματα της τρίτης ηλικίας
- η προσαρμογή τους στις καινούργιες συνθήκες ζωής
- η ομαλή συνύπαρξή τους με νεότερους
- η παροχή ενός υποστηρικτικού περιβάλλοντος, κυρίως στα άτομα τα οποία δεν έχουν είτε την οικονομική δυνατότητα, είτε την υποστήριξη από τις οικογένειες τους να τα φροντίσει.
- η δυνατότητα να ενημερωθούν για βασικά ζητήματα που συνδέονται με τις ανάγκες και τα ενδιαφέροντα τους, μέσω ειδικών προγραμμάτων, όπως για παράδειγμα το πρόγραμμα για την νόσο του Alzheimer. (Σταθόπουλος Π. 2005)

Παράλληλα, με τη δημιουργία νέων Λεσχών, τα τελευταία χρόνια, στις ήδη υπάρχουσες λέσχες, έχουν συντελεστεί εργασίες αναβάθμισης των χώρων, αλλά και των παρεχόμενων προγραμμάτων και υπηρεσιών τους. Έχει πραγματοποιηθεί επίσης, επιμόρφωση του προσωπικού των υφιστάμενων προγραμμάτων για τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, αξιοποιώντας συνεργασίες με πανεπιστήμια και εξειδικευμένους φορείς. Στο πλαίσιο αυτής της φιλοσοφίας, εκπαιδεύτηκαν κοινωνικοί λειτουργοί των Λεσχών Φιλίας και όλο το προσωπικό του Προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» σε ειδικό Πρόγραμμα της Μονάδας Παρηγορητικής Αγωγής και Ανακούφισης Πόνου για την διαχείριση ατόμων, που πάσχουν από χρόνιες και ανίατες παθήσεις. Η συνεργασία, εκτός από την εκπαίδευση και επιμόρφωση

του προσωπικού που συνεχίζεται, περιλαμβάνει και παραπομπές περιστατικών για εξειδικευμένη συμβουλευτική. <http://www.cityofathens.gr/triti-ilikia/lesxes-filias>

Οι Λέσχες Φιλίας αριθμούν περισσότερα από 5.000 μέλη. Ο αριθμός των ατόμων που έχουν ενεργή συμμετοχή στις εκδηλώσεις και τα προγράμματα που προσφέρει η λέσχη ανέρχεται στις 2.500 με 3.000 άτομα. Σημειώνεται επίσης, ότι ο μέσος χρόνος παραμονής τους στην λέσχη είναι περίπου 3 με 4 ώρες καθημερινά, ενώ σε κάθε λέσχη εξυπηρετούνται περίπου 50 με 70 άτομα.

3.4.6 Κεντρικές Κοινωνικές Υπηρεσίες (ΚΕ.Κ.Υ.)

Σε ορισμένους Δήμους της χώρας έχει κριθεί αναγκαία η σύσταση Κεντρικών Κοινωνικών Υπηρεσιών (ΚΕ.Κ.Υ) ανοιχτής ή κλειστής κοινωνικής φροντίδας. Στόχος αυτόν είναι η κάλυψη των πρωτοβάθμιων και δευτεροβάθμιων αναγκών ευπαθών ομάδων του εκάστοτε δήμου. Συγκεκριμένα στο κομμάτι των ηλικιωμένων παρέχεται κοινωνική φροντίδα, βοήθεια στην συντήρηση της οικίας και παροχή ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης. Ακόμη έχουν στόχο την ενημέρωση και την υποστήριξη των ίδιων και των οικογενειών και την ένταξη τους σε προγράμματα δραστηριοτήτων για την αυτόνομη ή ημιαυτόνομη διαβίωση των ατόμων αυτών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

4.1 Στερεότυπες αντιλήψεις για την Τρίτη ηλικία

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

“Οι μεγάλοι άνθρωποι κινούνται και σκέπτονται αργά. Μένουν κλεισμένοι στον εαυτό τους και στο παρελθόν και δεν μπορούν πια να 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 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 καινούργιους. Όπως δεν μπορούν να αναπληρώσουν τη δουλειά τους τον/την σύζυγό 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 την κοινωνία, στην οικογένεια και στον εαυτό τους.”

Η περιγραφή αυτή των ανθρώπων της τρίτης ηλικίας φαίνεται να 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 τους ενήλικες εκτός και αν η συμπεριφορά τους αποδεικνύει το αντίθετο (Avolio B,Barret.1987). Αρκετά διαδεδομένη είναι και η

αντίληψη ότι οι ηλικιωμένοι είναι λιγότερο ευφυείς και πιο εύθραυστοι σωματικά (Milligan W.1985). Παρά τη γενική τάση των μέσων μαζικής ενημέρωσης να προβάλλουν την εικόνα του ενεργητικού και δημιουργικού υπερήλικα, η αντίληψη που έχει ο μέσος άνθρωπος δεν φαίνεται να μεταβάλλεται. Η αρνητική, ακόμη και απωθητική, στάση απέναντι στα γηρατειά μειώνεται μεταξύ των ατόμων που αγγίζουν και ξεπερνούν τα 65 χρόνια. Τα άτομα της ηλικίας αυτής τείνουν να βλέπουν πιο θετικά τον εαυτό τους και αποφεύγουν να αυτοχαρακτηρίζονται “γέροι” (Bultena G.1978).

Φαίνεται ότι οι περισσότεροι άνθρωποι διστάζουν να αποδώσουν στον εαυτό τους τον χαρακτηρισμό του γέρου. Σε μια έρευνα μεταξύ ατόμων ηλικίας 60 ετών και άνω, οι ερευνητές ζήτησαν μεταξύ άλλων από τα υποκείμενα της έρευνας να εντάξουν τον εαυτό τους σε μια από τις τρεις κατηγορίες: i) μεσήλικες, ii) ηλικιωμένοι και iii) γέροι. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ένα μεγάλο ποσοστό, περίπου 75% των ατόμων διάλεξαν να ενταχθούν στην πρώτη κατηγορία, 15% κατέταξαν τον εαυτό τους στην δεύτερη κατηγορία και μόνο ένα 10% των ερωτηθέντων κατέταξε οικειοθελώς στην τρίτη κατηγορία (Shanas E.1984).

Τα ίδια υποκείμενα πήραν μέρος σε μια άλλη έρευνα, δέκα χρόνια αργότερα, οπότε όλοι τους ήταν πάνω από 70 ετών. Οι ερευνητές τους ζήτησαν και πάλι να κατατάξουν τον εαυτό τους σε μία από τις τρεις κατηγορίες (μεσήλικες, ηλικιωμένοι, γέροι). Τα αποτελέσματα της νέας έρευνας έδειξαν ακόμη ότι και σε αυτήν την ηλικία, το ένα τρίτο των ερωτηθέντων θεωρούσαν ότι είναι μεσήλικες και μόνο το ένα τέταρτο του συνολικού δείγματος θεωρούσε ότι αξίζει να του αποδοθεί ο χαρακτηρισμός του γέρου. Όπως δήλωσε ένας από τους ερωτηθέντες: “Το ημερολόγιό μου λέει ότι είμαι γέρος, αλλά εγώ αισθάνομαι ακόμη μεσήλικας” (Σπινέλλη Κ, Πιτσίου Ε.1989).

Η ψυχολογική έρευνα λοιπόν, δείχνει ότι είναι πολύ δύσκολο για τους ανθρώπους όλων των ηλικιών να αποδώσουν στον εαυτό τους τις αρνητικές ιδιότητες που αποδίδονται στους γέρους. Στην τελευταία αναφερθείσα έρευνα, στην οποία πήραν μέρος άτομα που ξεπερνούσαν την ηλικία των 80 ετών, το ένα τέταρτο των ανδρών και το ένα πέμπτο των γυναικών ανέφεραν ότι η λέξη αυτή “γέρος” δεν ανταποκρίνεται στους ίδιους.

Υπάρχει όμως και μια άλλη πιθανή εξήγηση, η οποία δίνεται για τις απαντήσεις ηλικιωμένων που άλλαξαν γνώμη για τον εαυτό τους στα ενδιάμεσα δέκα χρόνια μεταξύ των δύο ερευνών των Bultena και Powers. Οι ηλικιωμένοι αυτοί, είδαν στο διάστημα αυτό την υγεία τους να χειροτερεύει αισθητά. Το γεγονός αυτό ήταν το σημαντικότερο μεταξύ άλλων αρνητικών γεγονότων που τους συνέβησαν και τους ώθησε να μεταβάλουν τον χαρακτηρισμό του εαυτού τους. Οι υπερήλικες εκείνοι που ακόμα αυτοχαρακτηρίζονται ως μεσήλικες

διακρίνονται για την κατάσταση της υγείας τους και ως εκ τούτου δεν μπορούν να ταυτιστούν με το κοινωνικό στερεότυπο του ανήμπορου γέρου.

Ένα άλλο σημαντικό στοιχείο, που οφείλει να λάβει υπ' όψη της η γεροντολογική ψυχολογία, είναι η πολιτιστική πραγματικότητα της κοινωνίας στην οποία διενεργείται μια έρευνα.

Υπάρχουν κοινωνίες όπου η ηλικίωση γενικά και η ένταξη στην ομάδα ηλικιωμένων ειδικότερα, αποτελεί τιμή και έπαινο για τα μέλη. Στον δυτικό κόσμο ωστόσο, οι περισσότερες κοινωνίες είναι προσανατολισμένες προς τους νέους, τους ενεργητικούς, τους όμορφους και τους εμπλεγμένους στη ζωή ανθρώπους. Παρά το γεγονός ότι στις περισσότερες δυτικές κοινωνίες η πολιτική και κοινωνική ηγεσία βρίσκεται στα χέρια μεσηλικών έως και υπερηλικών, είναι η λεγόμενη “γενεά που έχει το πρόσταγμα”, ωστόσο το πρότυπο που γενικά προβάλλεται ως ελκυστικό έχει σχέση με τη νεότητα. Είναι επόμενο ότι ο χαρακτηρισμός του γέρου βαρύνεται με τόσες προκαταλήψεις, όσες περίπου και ο ρατσισμός ή ο σεξισμός (δηλαδή η διάκριση των δύο φύλων).

Είναι προφανές ότι η έννοια της ηλικίωσης είναι φορτισμένη αρνητικά και αυτό επιδρά καταλυτικά στον τρόπο με τον οποίο μεταχειριζόμαστε τους ηλικιωμένους. Έχουν γίνει πολλές έρευνες που αφορούν στον τρόπο με τον οποίο οι γιατροί όλων των ειδικοτήτων τείνουν να συμπεριφέρονται προς τους ηλικιωμένους σε σχέση με τους νέους ασθενείς. Χαρακτηριστικά είναι επίσης τα ανέκδοτα και γενικά το χιούμορ με το οποίο εκφράζουμε τη στάση μας απέναντι στην τρίτη ηλικία (Palmore E. 1971).

Εξ' άλλου, μια σειρά από αποφθέγματα και ρητά που αφορούν στην τρίτη ηλικία φαίνεται ότι μπορούν να βρεθούν σε όλες τις γλώσσες και τους πολιτισμούς. Πολλά από αυτά είναι επαινετικά και τονίζουν τη σοφία της ζωής που χαρακτηρίζει τους ηλικιωμένους. Υπάρχουν όμως και άλλα που δεν παραλείπουν να επισημάνουν την αναπόφευκτη φθορά που επέρχεται σταδιακά με την ηλικία.

Είναι προφανές ότι το στερεότυπο που οι περισσότεροι άνθρωποι έχουν για τους ηλικιωμένους δεν είναι τόσο άκαμπτο όσο φαίνεται στην περιγραφή που δώσαμε στην αρχή του κεφαλαίου. Η αρνητική περιγραφή, ακόμα και όταν ισχύει για μερικούς, είναι αδύνατον 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 έχουν και ποτέ στην τύχη. Θα ήμασταν πιο κοντά στην πραγματικότητα εάν υποστηρίζαμε ότι οι αντιλήψεις μας για την τρίτη ηλικία είναι ένα σύνθετο και μη ξεκαθαρισμένο αμάγαμα 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, ακόμα 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 άλλο είναι η προσωποποίηση της απογοήτευσης. Μερικοί ζούν τα “χρυσά χρόνια” της ζωής τους, αφού δρέπουν τους καρπούς των κόπων τους και απολαμβάνουν αυτά για τα οποία προσπάθησαν στα προηγούμενα χρόνια της ζωής τους, ενώ άλλοι γίνονται μια καρικατούρα του παλιού τους εαυτού(Greene M.1987).

Έχει τονισθεί ότι σήμερα, περισσότερο από κάθε άλλη εποχή στο παρελθόν, ότι η διαφοροποίηση με την έννοια των διατομικών διαφορών χαρακτηρίζει τους ηλικιωμένους και αποτελεί το ορόσημα της κάθε ηλικίας. Η τρομακτική ποικιλία, προς πολλές κατευθύνσεις, που συναντάμε μελετώντας την τρίτη ηλικία είναι ένα θέμα που θα επανέρχεται διαρκώς στα επι μέρους κεφάλαια που θα επακολουθήσουν(Lachman.1986).

4.2 Αναγκαιότητα της ψυχολογικής μελέτης των ηλικιωμένων

Τα στοιχεία που προέρχονται από τις επιτόπιες έρευνες και τη χορήγηση ερωτηματολογίων στους ηλικιωμένους είναι πολύ σημαντικά. Κυριολεκτικά ανατρέπουν τη γενικευμένη και θολή εικόνα που έχουμε για τους ηλικιωμένους με βάση τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των στατιστικών υπηρεσιών. Μας βοηθούν να αναθεωρήσουμε τα αρνητικά στερεότυπα που έχουμε για τους ανθρώπους της τρίτης ηλικίας ή τουλάχιστον να τα υιοθετήσουμε με επιφύλαξη. Οι ηλικιωμένοι αποτελούν ένα ζωντανό κομμάτι του γενικού πληθυσμού και υπάγονται στους ίδιους νόμους της ποικιλομορφίας, ακόμη και μέχρι το σημείο των αντιθετικών καταστάσεων, στους οποίους υπάγονται και όλες οι νεότερες ηλικίες.

Από την άλλη πλευρά, οι μαρτυρίες των ίδιων των ηλικιωμένων είναι ασφαλώς πολύτιμες, αλλά δεν επαρκούν. Ο κυριότερος λόγος είναι ότι δεν μας λένε τίποτα για την πραγματική συμπεριφορά των ηλικιωμένων, στους διάφορους τομείς της δραστηριότητάς τους.

Η αντικειμενική εκτίμηση και καταγραφή της συμπεριφοράς μπορεί να γίνει μόνο μέσα από την επιστήμη της ψυχολογίας. Με τον τρόπο αυτό εκτιμάται η ακρίβεια των όσων μας λένε οι ηλικιωμένοι και η συνέπεια των λόγων και έργων. Ο στόχος της ψυχολογικής μελέτης των

ηλικιωμένων είναι να κατανοήσουμε καλύτερα τη φύση της ηλικίωσης και τις ψυχοκοινωνικές αλλαγές που σημειώνονται με την πάροδο της ηλικίας.

4.3 Το ψυχολογικό πλαίσιο για την μελέτη της τρίτης ηλικίας.

Η ψυχολογία, ως επιστήμη της ανθρώπινης συμπεριφοράς, άρχισε να ασχολείται με τους ηλικιωμένους μετά τον Β' Παγκόσμιο Πόλεμο. Ο βαθμός αυτής της ενασχόλησης μπορεί να περιγραφεί ως διαρκώς επιταχυνόμενος μέχρι τις ημέρες μας. Η φυσιολογική διαδικασία της ηλικίωσης έγινε αντικείμενο μελέτης από τους ψυχολόγους, οι οποίοι επικέντρωσαν την προσοχή τους σε διάφορες πλευρές της συμπεριφοράς. Οι ψυχολόγοι διαφόρων κατευθύνσεων εξετάζουν σε βάθος πώς η ηλικίωση επηρεάζει και επιφέρει φυσιολογικές μεταβολές στη μνήμη, στις γνωστικές διεργασίες, την ευφυΐα και την προσωπικότητα. Ακόμη εξετάζουν τον ηλικιωμένο μέσα στον κύκλο ζωής της οικογένειας και σε αναφορά με τις ανθρώπινες σχέσεις που δημιουργεί με τα άλλα μέλη της οικογένειας. Αναφέρονται επίσης σε ηλικιο-εξαρτώμενες εξωτερικές αλλαγές και γεγονότα που σχεδόν κατά κανόνα αντιμετωπίζει ο ηλικιωμένος, όπως είναι η συνταξιοδότηση, η χηρεία και η απώλεια των κοντινών και αγαπημένων προσώπων (φίλοι, συγγενείς).

Εξετάζουν τα χαρακτηριστικά των νοητικών διαταραχών, τα αίτια και τις πιθανές θεραπείες. Τέλος, εξετάζουν το γεγονός του θανάτου, που για τον ηλικιωμένο είναι το κεντρικό και αναπόφευκτο γεγονός στο οποίο πλησιάζει.

Αυτές είναι οι κύριες περιοχές στις οποίες η ψυχολογική θεωρία αλλά και η έρευνα εστιάζει το ενδιαφέρον της, παρέχοντας και την ανάλογη πρακτική αντιμετώπιση σε κάθε μία από τις σημαντικές αυτές περιοχές.

Αρχίζοντας την εξέταση της τρίτης ηλικίας από ψυχολογική άποψη, το πρώτο που πρέπει να κάνουμε είναι να προσπαθήσουμε να μπούμε στην έννοια της ηλικίωσης. Παρά το γεγονός ότι πολλές ερευνητικές μέθοδοι χρησιμοποιούνται στη γεροντολογία, εκείνες που ιδιαίτερα μας αφορούν είναι όσες χρησιμοποιούνται για να εκτιμήσουν την εξελικτική αλλαγή που συμβαίνει με την ηλικίωση (Riegel K.1977).

4.4 Συμπεριφοριστική και ψυχαναλυτική κατεύθυνση.

Ο συμπεριφορισμός και η ψυχανάλυση είναι δύο προσεγγίσεις της ψυχολογικής θεωρίας που έχουν επηρεάσει περισσότερο τον τρόπο με τον οποίο εξετάζουμε την ανθρώπινη συμπεριφορά. Τόσο η πρώτη όσο και η δεύτερη προσέγγιση έχουν συνδεθεί κυρίως με τις

μικρές ηλικίες και την αρχική διαμόρφωση της συμπεριφοράς στο παιδί. Στην ουσία τους, οι ίδιες γενικές αρχές της κάθε θεωρίας, οι οποίες κυβερνούν την ψυχολογική λειτουργία σε κάθε ηλικία, εφαρμόζονται επίσης και στην τρίτη ηλικία.

Η ψυχολογική θεωρία του συμπεριφορισμού.

Ο συμπεριφορισμός, που είναι γνωστός και ως θεωρία της μάθησης, έχει επιδράσει καθοριστικά στη σύγχρονη επιστήμη της ψυχολογίας, αφού συνιστά το μεθοδολογικά πιο έγκυρο κομμάτι της. Ένα μόνο αξίωμα βρίσκεται στη βάση του συμπεριφορισμού και εξηγεί τον τρόπο με τον οποίο η θεωρία αυτή εξηγεί το κάθε τι: ότι το περιβάλλον καθορίζει τις ανθρώπινες ενέργειες. Για να κατανοήσουμε τη συμπεριφορά, θα πρέπει να λάβουμε υπ' όψη τις ενισχύσεις (θετικές ή αρνητικές) τις οποίες δέχεται ένα άτομο από τον εξωτερικό κόσμο. Από παράδοση, οι συμπεριφοριστές έχουν αντιδράσει στη σημασία που κατέχει το βιολογικό στοιχείο. Η συμπεριφορά μας είναι δυνατόν να τροποποιηθεί, διότι δεν καθορίζεται από παράγοντες ενδογενείς, όσο από τις ενισχύσεις που δεχόμαστε από το περιβάλλον. Οι ψυχολόγοι της κατεύθυνσης του συμπεριφορισμού προτιμούν να ασχολούνται με τα γεγονότα του ψυχικού βίου που είναι ορατά και παρατηρήσιμα στη συμπεριφορά, παρά με τις μη ορατές πραγματικότητες, όπως είναι οι σκέψεις, οι ανάγκες και τα συναισθήματα. Ωστόσο, στη διάρκεια των τελευταίων δεκαετιών, πολλές τροποποιήσεις έχουν γίνει στις παραδοσιακές αυτές αντιλήψεις του συμπεριφορισμού. Οι σκέψεις, τα συναισθήματα και όλες οι άλλες μη παρατηρήσιμες συμπεριφορές βρήκαν τη θέση τους και η στροφή αυτή σήμανε την ωρίμανση του συμπεριφορισμού.

Σε κάθε περίπτωση, ο συμπεριφορισμός εξηγεί την ανθρώπινη συμπεριφορά με μια σειρά από μηχανισμούς (Mahoney M.1977).

Κλασική εξαρτημένη μάθηση.

Η κλασική συνεξάρτηση συνιστά τον πιο πρωτόγονο τύπο μάθησης και εμπεριέχει τις αθέλητες αντιδράσεις μας ή τις αντιδράσεις του οργανισμού που βρίσκονται έξω από τον συνειδητό έλεγχό μας. Ο μηχανισμός της κλασικής συνεξάρτησης είναι ο ακόλουθος: Ένα ερέθισμα προκαλεί μια αντανακλαστική αντίδραση, τη φυσική αντίδραση (όπως π.χ. η θέα της τροφής προκαλεί στον πεινασμένο σκύλο τη φυσική αντίδραση της έκκρισης σιέλου). Συγχρόνως όμως με το φυσικό ερέθισμα παρουσιάζεται και ένα άλλο, αρχικά ουδέτερο ερέθισμα, το οποίο απλώς συνυπάρχει με το φυσικό ερέθισμα. Η ταυτόχρονη παρουσία των

δύο ερεθισμάτων είναι δυνατόν να επαναληφθεί ξανά και ξανά, έτσι ώστε τα δύο ερεθίσματα να θεωρηθούν αναπόσπαστα. Στην περίπτωση αυτή, το ουδέτερο ερέθισμα μπορεί ακόμα να υποκαταστήσει το φυσικό ερέθισμα και να προκαλέσει την αντίδραση που κανονικά προκαλούσε το φυσικό ερέθισμα. Στο αρχικό πείραμα του είδους αυτού, που διενεργήθηκε από τον Ρώσο φυσιολόγο Ivan Pavlov, το ουδέτερο ερέθισμα ήταν ο ήχος ενός κουδουνιού. Με άλλα λόγια, το αρχικό ερέθισμα προκαλεί μια απάντηση, αλλά η απάντηση αυτή συνδέεται με κάποιες συνθήκες που το συνοδεύουν. Μετά από επανειλημμένες συνδέσεις της απάντησης με τη συγκεκριμένη συνθήκη που συνοδεύει το ερέθισμα, δημιουργείται ένας τόσο ισχυρός σύνδεσμος ανάμεσα στις δύο, ώστε από μόνη της η συνοδευτική συνθήκη να μπορεί να υποκαθιστά το αρχικό ερέθισμα.

Ας δούμε τώρα μια τυπική εφαρμογή του φαινομένου της κλασσικής συνεξάρτησης στην τρίτη ηλικία. “ Η κυρία Μ. που τώρα είναι 75 χρονών, είχε την ατυχία να πέσει μια μέρα, ενώ περπατούσε, στη γωνία Πρατίνου και Ευτυχίδου. Από τότε αποφεύγει συστηματικά να πλησιάζει προς το σημείο αυτό και ακόμα νιώθει ένα ακαθόριστο αρνητικό συναίσθημα όταν σκέπτεται το κατάστημα στο οποίο κατευθυνόταν την ώρα εκείνη, προκειμένου να κάνει τα ψώνια της.”

Η μη συνειδητή αυτή αντίδραση της κυρίας Μ. ονομάζεται κλασσική εξαρτημένη μάθηση και έχει σχέση με τις φυσιολογικές αντιδράσεις, που βρίσκονται έξω από τον συνειδητό έλεγχο του ανθρώπου. Εξ' αιτίας της σύνδεσης της τραυματικής εμπειρίας της πτώσης με το συγκεκριμένο τοπικό σημείο όπου συνέβη, το αρχικά ουδέτερο συναίσθημα που είχε η κυρία Μ. όταν περνούσε από τη γωνία αυτή, τώρα έδωσε τη θέση του στο συναίσθημα του φόβου. Η διαδικασία της κλασσικής εξαρτημένης μάθησης προϋποθέτει την ταυτόχρονη επαναληπτική παρουσίαση δύο ερεθισμάτων και υπηρετεί την κεντρική ιδέα του Συμπεριφορισμού, ότι η συμπεριφορά των ανθρώπων είναι κατά κύριο λόγο επίκτητη (Lachman, 1986)

Η έννοια της γενίκευσης.

Σύμφωνα με την ψυχολογία του Συμπεριφορισμού, η γενίκευση αναφέρεται στο γεγονός ότι από τη στιγμή που μια απάντηση μαθευτεί σε μια κατάσταση, η απάντηση αυτή τείνει να διαχέεται και σε κάθε άλλη παρόμοια κατάσταση. Κατά συνέπεια, όλη η ψυχική ζωή του ανθρώπου, ακόμη και τα συναισθήματα και οι σκέψεις, είναι αντιδράσεις του οργανισμού σε ανεξάρτητα (φυσικά) ερεθίσματα και σε εξαρτημένα ερεθίσματα (οποιαδήποτε συνοδευτική συνθήκη) κατά τον τύπο Ερέθισμα -> Αντίδραση (S -> R).

Συνεχίζοντας το παράδειγμά μας από τον χώρο της ψυχολογίας της τρίτης ηλικίας, βλέπουμε το νόμο της γενίκευσης να εφαρμόζεται ως εξής: “Όταν συνέβη το ατύχημα της πτώσης στην κυρία Μ. ήταν απόγευμα και μάλιστα είχε αρχίσει να σουρουπώνει. Η κυρία Μ. αποδίδει, εν μέρει, το γεγονός που της συνέβη στο ότι δεν μπορούσε να δει καλά εκείνη την ώρα και να ελέγξει την κατάσταση του δρόμου. Από τότε η κυρία Μ. αποφεύγει να βγαίνει τα απογεύματα και να περπατά όχι μόνο στον συγκεκριμένο δρόμο, αλλά και σε όλους τους δρόμους γύρω από το σπίτι της”.

Πού οφείλεται ο φόβος της κυρίας Μ. να βγαίνει έξω τα απογεύματα; Ο συμπεριφοριστής ψυχολόγος εξηγεί ότι η μάθηση που επιτελέστηκε σε μια κατάσταση, τείνει να γενικεύεται σε όλες τις παρόμοιες καταστάσεις, με βάση το νόμο της ομοιότητας. Η κυρία Μ. άρχισε να πιστεύει ότι της είναι αδύνατο να κυκλοφορεί μόνη της τα απογεύματα, όχι μόνο στον συγκεκριμένο δρόμο, αλλά και σε οποιονδήποτε άλλο δρόμο. Η μάθηση που συντελέστηκε σε συνδυασμό με τις οδούς Πρατίνου και Ευτυχίδου γενικεύεται και σε άλλους δρόμους, που δεν είχαν σχέση με το αρχικό ατύχημα(Lachman.1986).).

Συντελεστική μάθηση.

Η εμπειρία της 75χρονης κυρίας Μ. μπορεί ακόμη να έχει σχέση με ένα άλλο είδος μάθησης που θεωρείται κυρίαρχο στη θεωρία του Συμπεριφορισμού. Είναι η συντελεστική μάθηση (operating conditioning), την οποία πρώτος εισήγαγε ο αμερικάνος ψυχολόγος B.F.Skinner. Σύμφωνα με τη βασική αρχή της, κύριο χαρακτηριστικό κάθε ζωντανού οργανισμού είναι να επιδιώκει την ικανοποίηση των αναγκών του και έτσι να μειώνει την ψυχική ένταση που του προκαλούν οι ανάγκες αυτές. Για να επιτύχει τη βασική αυτή επιδίωξη, το άτομο επενεργεί επάνω στο περιβάλλον του. Η συντελεστική μάθηση αφορά στις συνεξαρτήσεις ανάμεσα στις αντιδράσεις του ατόμου και στα

γεγονότα που συμβαίνουν στο περιβάλλον του, αμέσως μετά από κάθε ενέργεια του ατόμου. Μερικά από τα γεγονότα αυτά είναι ενισχυτικά με την έννοια ότι συντελούν στη μείωση της ψυχικής έντασης. Τα ενισχυτικά γεγονότα έχουν ως αποτέλεσμα να αυξάνουν την πιθανότητα να επανεμφανισθεί η συμπεριφορά που προηγήθηκε και τα προκάλεσε. Συνήθη ενισχυτικά γεγονότα που διαμορφώνουν και διατηρούν τη συμπεριφορά είναι οι διάφορες αμοιβές, υλικές ή ηθικές. Το έργο της ψυχολογίας είναι να περιγράψει τις διάφορες παραμέτρους του σχηματισμού των συνεξαρτήσεων μεταξύ των διαφόρων αντιδράσεων του ανθρώπου και των ενισχυτικών γεγονότων που τις ακολουθούν και να καθορίσει τις μεταξύ τους σχέσεις.

Στο παράδειγμά μας, η ψυχική ένταση που δημιουργήθηκε στην κυρία Μ. μετά το ατύχημά της, είναι πιθανό να τροποποιήσει όχι μόνο τις μη συνειδητές αντιδράσεις της, αλλά ακόμα και τις συνειδητές. Με άλλα λόγια, οι θεληματικές ενέργειες της κυρίας Μ. είναι πιθανό να τροποποιηθούν στο μέλλον. Η αρχή που διέπει τη συμπεριφορά της κυρίας Μ. είναι αρκετά απλή: πράξεις που επιβραβεύονται και ενισχύονται τείνουν να επαναλαμβάνονται, σε αντίθεση με τις πράξεις που δεν ενισχύονται, δηλαδή ενισχύονται αρνητικά και οι οποίες τείνουν να ατονούν και να εξαφανίζονται.

Κατά συνέπεια, εάν η κυρία Μ. αποφασίσει ότι δεν πρέπει πια να βγαίνει από το σπίτι της τα απογεύματα, τούτο εξηγείται από την ανακούφισή της ότι δεν διατρέχει τον κίνδυνο να υποστεί νέο ατύχημα. Η ανακούφιση από τον φόβο που αισθάνεται ενισχύει την κυρία Μ., η οποία επιμένει στη συμπεριφορά της, να μην βγαίνει έξω τα απογεύματα. Σύμφωνα με τη θεωρία του Skinner, ακόμη και πολύπλοκες μορφές συμπεριφοράς είναι δυνατόν να περιγραφούν ως ένα σύστημα ενισχυτικών γεγονότων. Ο μηχανισμός της συντελεστικής μάθησης, ιδιαίτερα, έχει χρησιμοποιηθεί σε μεγάλη έκταση προκειμένου να εξηγήσει και να κάνει κατανοητές τις ενέργειες και γενικότερα τη συμπεριφορά των ηλικιωμένων ανθρώπων. Για τον λόγο αυτό, θα ήταν χρήσιμο να δούμε με περισσότερα παραδείγματα την εφαρμογή αυτού του τύπου μάθησης (Riegel K.1977).

Εφαρμογή της αρχής της συντελεστικής μάθησης στους ηλικιωμένους

Αν και οι αμοιβές που συνήθως συνιστούν έναν ενισχυτή για τους περισσότερους ανθρώπους είναι είτε ο έπαινος είτε τα χρήματα φαίνεται ότι τούτο δεν ισχύει, τουλάχιστον όχι απόλυτα, όσον αφορά στην συμπεριφορά των ατόμων της τρίτης ηλικίας. Οι σχετικές έρευνες έχουν δείξει ότι οι ενισχύσεις μπορεί να είναι ποικίλες και να εξειδικεύονται κατά τα άτομα. Κάθε άτομο έχει τη δική του ιεράρχηση αμοιβών από αντιδράσεις που ενισχύουν τη θετική συμπεριφορά του. Με άλλα λόγια, τα γεγονότα που δίνουν κίνητρα στον καθένα μπορούν να τοποθετηθούν σε μια σειρά, αρχίζοντας από τα γεγονότα που κατ' εξοχήν κινητοποιούν ένα άτομο και προχωρώντας προς τα γεγονότα που παίζουν ελάχιστο ρόλο στο να κατευθύνουν τη συμπεριφορά μας στο μέλλον.

Για παράδειγμα, ένας ένοικος οίκου ευγηρίας αρνείται να σηκωθεί και να περπατήσει, μέχρις ότου το προσωπικό του οίκου ασχοληθεί μαζί του για να τον προτρέψει ότι είναι καλό γι' αυτόν να σηκώνεται για λίγες ώρες κάθε μέρα και να κινείται. Για τον συγκεκριμένο

ηλικιωμένο, η προσέλευση αυτής της προσοχής, φαίνεται ότι βρίσκεται ψηλά στην ιεραρχία των αναγκών του και αποτελεί τον πιο βασικό ενισχυτή της συμπεριφοράς του.

Σε μια άλλη περίπτωση, ο ηλικιωμένος είναι ένας συνταξιούχος μαθηματικός. Ο άνθρωπος αυτός, παρά το γεγονός ότι έχει συνταξιοδοτηθεί εδώ και πολλά χρόνια, ποτέ δεν έπαψε να εργάζεται και μάλιστα να απασχολεί τις περισσότερες ώρες της ημέρας του εργαζόμενος πάνω στα μαθηματικά. Γι' αυτόν, η προσέλευση της προσοχής του προσωπικού του ιδρύματος δεν παίζει κανένα ρόλο, δηλαδή βρίσκεται πολύ χαμηλά στην ιεραρχία των αναγκών του.

Επομένως, η βασική αρχή της θεωρίας των ενισχύσεων είναι ότι ένα γεγονός μπορεί πράγματι να θεωρηθεί ως ενισχυτής με βάση ένα αντικειμενικό κριτήριο, εάν δηλαδή αυξάνει την πιθανότητα εμφάνισης μιας συμπεριφοράς.

Επίσης, μεγάλη σπουδαιότητα έχει για τους συμπεριφοριστές ψυχολόγους η συχνότητα με την οποία ενισχύεται η συμπεριφορά ή το πρόγραμμα (Schedule) που περισσότερο υπηρετεί την ενίσχυση μιας συμπεριφοράς. Διαφορετικά προγράμματα ενίσχυσης έχουν διαφορετική απήχηση πάνω στη συμπεριφορά του ηλικιωμένου. Έτσι, έχει κρίσιμο αντίκτυπο εάν:

- η συμπεριφορά των ηλικιωμένων ενισχύεται κάθε φορά που εμφανίζεται
- εάν ενισχύεται κατά διαστήματα που μπορούν να προβλεφθούν, ή
- εάν ενισχύεται σποραδικά, δηλαδή κατά διαστήματα που δεν μπορούν να προβλεφθούν.

Το κάθε ένα από αυτά τα προγράμματα ενίσχυσης της συμπεριφοράς, παράγει διαφορετικά σχήματα στη συμπεριφορά των ηλικιωμένων.

Ας υποθέσουμε ότι στα δύο παραδείγματα που αναφέραμε, η συμπεριφορά των δύο ηλικιωμένων παραμένει σταθερή και αντιστέκεται στην βαθμιαία ατόνηση και εξαφάνισή τους. Τούτο συμβαίνει όταν, παρά την έλλειψη οποιασδήποτε ενίσχυσης της συμπεριφοράς των δύο ηλικιωμένων, ο μεν πρώτος περιμένει να τον πιάσουν για να σηκωθεί να περπατήσει, ο δε δεύτερος συνεχίζει να εργάζεται εντατικά, ακόμα και αν καμία σημαντική ανακάλυψη (που θα ήταν ο κύριος ενισχυτής του ως επιστήμονα) δεν συνοδεύει τις ενέργειές του. Ο πρώτος ηλικιωμένος παραμένει πιστός στην συμπεριφορά του, ακόμα και αν ξέρει ότι αυτό που επιζητεί θα πραγματοποιηθεί σε μη προγραμματισμένα διαστήματα. Πράγματι, ορισμένες μόνο φορές οι νοσοκόμες θα έχουν την υπομονή και την διάθεση να ασχοληθούν μαζί του, ενώ στις περισσότερες περιπτώσεις θα τον παραμελήσουν, ή θα του μιλήσουν αυστηρά, ή θα τον προτρέψουν να σηκωθεί μόνος του και να κινηθεί πάνω στην αναπηρική του πολυθρόνα. Παρ' όλα αυτά, εκείνος επιμένει στη συμπεριφορά του, να είναι εξαρτημένος και να επιδιώκει

αυτό που έχει ανάγκη: την προσέλκυση προσοχής. Η συμπεριφορά των δύο ηλικιωμένων συνιστά ένα αρκετά κοινό πρότυπο συμπεριφοράς στην καθημερινή ζωή. Επιπλέον, μέσα από αυτές και παρόμοιες συμπεριφορές γίνεται σαφές ένα από τα σημαντικά ευρήματα της επιστήμης της γεροντολογίας: ότι η προσωπικότητα του ηλικιωμένου παραμένει σταθερή, τουλάχιστον όσον αφορά στα βασικά χαρακτηριστικά της, από τη νεότητα μέχρι το γήρας. Για τον πρώτο ηλικιωμένο, η “εξάρτηση” είναι ένα βασικό χαρακτηριστικό της προσωπικότητάς του, όπως είναι και η “τάση να εργάζεται σκληρά” για τον δεύτερο (Σπινέλλη Κ. 1989).

Η συμπεριφορά που ενισχύεται περιοδικά τείνει να εμμένει και να σταθεροποιείται, αφού αντανακλά βασικά χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς. Με την πάροδο των ετών και υπακούοντας στον δρόμο της γενίκευσης, η συμπεριφορά παίρνει διάφορες μορφές, εκφραζόμενη σε διάφορες καταστάσεις της ζωής. Ένα κλασικό παράδειγμα, είναι η άρνηση των ηλικιωμένων γυναικών να εγκαταλείψουν το σπίτι τους και να κατοικήσουν μαζί με την κόρη τους, ακόμη και όταν βρίσκονται σε αδυναμία και χρειάζονται βοήθεια προκειμένου να αυτοεξυπηρετηθούν. Η άρνησή τους οφείλεται στο χαρακτηριστικό της προσωπικότητάς τους που είναι η “ανεξαρτησία” και από την οποία δεν μπορούν να παραιτηθούν αφού την έχουν καλλιεργήσει για πολλά χρόνια. Αντίστοιχα ένας ηλικιωμένος άνδρας είναι πιθανόν να γεμίζει τη μέρα του με ραντεβού και άλλες δραστηριότητες, ακριβώς όπως έκανε όταν ήταν εργαζόμενος παρά το γεγονός ότι του δίνεται όλη η άνεση να χαλαρώσει και να περνά πιο ήρεμα τη μέρα του.

Οι αρχές που ισχύουν για τις συμπεριφορές που ενισχύονται, οι ίδιες ισχύουν και για τις αντίστοιχες συμπεριφορές που δεν ενισχύονται. Η μη ενίσχυση συνοδεύεται από βαθμιαία απόσβεση της συμπεριφοράς και είναι υπόλογη για ορισμένες αλλαγές που οι ηλικιωμένοι δείχνουν στη συμπεριφορά τους. Για παράδειγμα, οι περισσότερες γυναίκες που εισέρχονται στην τρίτη ηλικία θεωρούνται ως ερωτικά μη ελκυστικές από την κοινωνία. Τούτο αποθαρρύνει την ερωτική συμπεριφορά αυτών των γυναικών, οι οποίες βαθμιαία αρνούνται κάθε εκδήλωση που θα υποδήλωνε ότι μπορεί ακόμα να έχουν ερωτικά αισθήματα. Σε άλλες περιπτώσεις, μια περιπέτεια με την υγεία του ηλικιωμένου μπορεί να έχει τέτοιο αντίκτυπο πάνω του, ώστε να αποθαρρύνει πολλές προηγούμενες συμπεριφορές οι οποίες ενδεχομένως ήταν καλά εγκαθιδρυμένες σε νεότερη ηλικία, όπως π.χ. να αθλείται, να είναι κοινωνικός, να κάνει εκδρομές και ταξίδια κ.α.(Greene M. 1987).

Μίμηση προτύπων.

Υπάρχει όμως και ένας άλλος μηχανισμός, που για τον συμπεριφοριστή ψυχολόγο είναι καθοριστικός παράγοντας και τροποποιεί τη συμπεριφορά του ηλικιωμένου. Ο μηχανισμός αυτός είναι γνωστός ως διαδικασία του παραδειγματισμού (modeling). Με τον παραδειγματισμό δεν εξηγούνται οι συμπεριφορές εκείνες του ηλικιωμένου, οι οποίες δέχονται (ή το αντίθετο, δεν δέχονται) απ' ευθείας ενίσχυση, αλλά οι συμπεριφορές εκείνες οι οποίες διαμορφώνονται στον ηλικιωμένο, επειδή τις έχει υιοθετήσει παρατηρώντας άλλους. Με άλλα λόγια, ο μηχανισμός αυτός στηρίζεται στο γεγονός ότι οι άνθρωποι γενικά τείνουν να μιμούνται τις συμπεριφορές άλλων ανθρώπων και ειδικά όταν αυτές οι συμπεριφορές ενισχύονται με επιβράβευση. Αλλά και άλλοι παράγοντες, όπως είναι η ομοιότητα του προτύπου προς μίμηση με τον παρατηρητή, είναι δυνατόν να κάνουν πιο πιθανή την εμφάνιση μιας συμπεριφοράς στον παρατηρητή. Τα παραδείγματα που αναφέραμε προηγουμένως, μπορούμε να τα τροποποιήσουμε ως ακολούθως:

1. η κυρία Μ. είναι πιθανό να αναπτύξει το φόβο να βγαίνει από το σπίτι της τα απογεύματα και να περπατά στους γύρω δρόμους, από τότε που έμαθε ότι μια ηλικιωμένη φίλη της, περίπου στην ηλικία της, είχε την ατυχία να πέσει σε μια γωνιά, να σπάσει τον γοφό της και να μπει για αρκετές εβδομάδες στο νοσοκομείο.

2. Ο μαθηματικός ανέπτυξε τη συνήθεια να εργάζεται πολλές ώρες από τότε που ένας πρώην συνάδελφος του έγινε γνωστός για μια πρωτότυπη ανακάλυψή του και μάλιστα πήρε και μια ακαδημαϊκή διάκριση.

3. Ο ένοικος του οίκου ευγηρίας συνέβη να έχει έναν συγκάτοικο στο δωμάτιό του, ο οποίος ήταν κατάκοιτος. Παρατηρώντας πόσες επιπλέον παρατηρήσεις παρείχαν οι νοσοκόμες στον κατάκοιτο ηλικιωμένο, θέλησε να μιμηθεί την ίδια συμπεριφορά, ώστε να αποσπάσει τις ανάλογες περιποιήσεις. Οι συμπεριφοριστές ψυχολόγοι από την άλλη, βλέπουν από διαφορετική προοπτική τις ενέργειες, τις ιδιότητες και τα χαρακτηριστικά των ατόμων αλλά επίσης και τα μοντέλα παραδειγματισμού στα οποία το άτομο είναι εκτεθειμένο.

Οι δυο βασικοί νόμοι του συμπεριφορισμού βρίσκουν πολλές εφαρμογές σε σχέση με τον χειρισμό ειδικών προβλημάτων ή με τη βελτίωση της ποιότητας ζωής στη μεγάλη ηλικία. Θα πρέπει επίσης να τονιστεί ότι οι νόμοι της μάθησης, έτσι όπως περιγράφηκαν εφαρμοζόμενοι στην τρίτη ηλικία, δεν έχουν καμία αρνητική ή θετική χροιά. Οι νόμοι της μάθησης είναι καθολικοί και ουδέτεροι. Τα συμπεράσματα, αντίθετα, που μπορεί να εξάγει

ένας μη συμπεριφοριστής ψυχολόγος μπορεί να χρωματίζονται από κάποιες υποκειμενικές αξιολογήσεις. Έτσι η κυρία Μ. ή ο ένοικος του οίκου ευγηρίας μπορούν να αξιολογηθούν αρνητικά, ως νευρωτικά άτομα. Ο μαθηματικός αντίθετα, μπορεί να θεωρηθεί ως παράδειγμα προς μίμηση και να θαυμάσκει για την αφοσίωσή του στο έργο του και για τη δύναμη του χαρακτήρα του. Για κάποιον άλλο ψυχολόγο, ή και άσχετο προς την ψυχολογία, οι δύο πρώτες συμπεριφορές μπορούν να αποδοθούν στον χαρακτήρα των συγκεκριμένων ανθρώπων ή να θεωρηθούν ως φυσικές αντιδράσεις της τρίτης ηλικίας. Για την περίπτωση του μαθηματικού, οι περισσότεροι άνθρωποι είναι πιθανό να αρχίσουν να γνέφουν με κατανόηση το κεφάλι τους, ότι “η μεγάλη ηλικία σημαδεύεται από τη σοφία της ζωής”. Όμως, οι συμπεριφοριστές ψυχολόγοι βλέπουν με διαφορετική προοπτική τις ενέργειες, τις ιδιότητες ή τα χαρακτηριστικά των ατόμων. Γι’ αυτούς, οποιαδήποτε συμπεριφορά είναι αντίδραση που διαμορφώθηκε σύμφωνα με τους καθολικούς και απρόσωπους νόμους της μάθησης. Κατά συνέπεια, δεν υπάρχουν γνωρίσματα που να είναι εγγενή στη τρίτη ηλικία, ούτε τα παραδείγματα που αναφέραμε υπάγονται σε κάποια τυπολογία (“σοφός γέρος επιστήμων”, “ο τυπικός ξεροκέφαλος”, “η υπερβολική σε προφυλάξεις ηλικιωμένη γυναίκα” κ.ο.κ). Εάν υπάρχουν ομοιότητες μεταξύ των ηλικιωμένων, τούτο οφείλεται στο γεγονός ότι τα άτομα αυτά επηρεάζονται από τις ίδιες περιβαλλοντικές καταστάσεις και το περιβάλλον τείνει να τους ενισχύει παρόμοιες συμπεριφορές. Ο συμπεριφορισμός τείνει να αποφεύγει τις αξιολογικές κρίσεις ενώ δίνει αντίθετα, επιστημονικές εξηγήσεις των φαινομένων της ανθρώπινης μάθησης. Με την έννοια αυτή έρχεται σε οξεία αντιπαράθεση προς την άλλη μεγάλη κατεύθυνση της ψυχολογικής έρευνας, που αντιπροσωπεύεται από την ψυχαναλυτική θεωρία (Πιτσίου Ε.1989).

4.5 Η ψυχολογική θεωρία της ψυχανάλυσης.

Οι αρχές που συνιστούν τη σύγχρονη θεωρία της μάθησης και της συμπεριφοράς είναι λίγες στον αριθμό, κατανοητές και καλά διατυπωμένες. Δεν ισχύει το ίδιο και για τις αρχές που κατευθύνουν την ψυχαναλυτική θεωρία. Η τελευταία μπορεί να διατυπώθηκε αρχικά από τον S.Freud, αλλά στη συνέχεια τροποποιήθηκε και μετασχηματίστηκε τόσες πολλές φορές από τους άλλους θεωρητικούς της ψυχανάλυσης (Adler, Jung, Erikson), ώστε σήμερα να αποτελεί ένα συνονθύλευμα από ιδέες που δεν έχουν πάντα εσωτερική συνέπεια μεταξύ τους. Όπως τονίζεται από σύγχρονους ερευνητές (Belsky, 1990), όσοι ασπάζονται σήμερα την ψυχανάλυση είναι πιθανόν να διαφωνούν πάρα πολύ μεταξύ τους ως προς τα ειδικότερα

σημεία που πρεσβεύει η εξαιρετικά γόνιμη αυτή θεωρία. Εξ' άλλου, κρινόμενη με αυστηρά μεθοδολογικά κριτήρια (Sidman, 1960), η ψυχαναλυτική θεωρία καλύπτει ελάχιστα το κριτήριο της ακρίβειας ενώ υπερκαλύπτει αντίστοιχα το κριτήριο της γονιμότητας και περιεκτικότητας.

Σύμφωνα με τον Murray Sidman (1960), οποιαδήποτε θεωρία επιδιώκει να εξηγήσει τα φαινόμενα της ανθρώπινης συμπεριφοράς, θα πρέπει να πληρεί τις ακόλουθες προϋποθέσεις:

1. Να είναι περιεκτική
2. Να εσωτερική συνέπεια
3. Να είναι ακριβής
4. Να είναι σχετική με τα φαινόμενα που εξηγεί
5. Να είναι γόνιμη
6. Να είναι απλή στη διατύπωση

Ο Sidman, οριοθετώντας τις αρχές αυτές, τόνισε τη σπουδαιότητα όλων αυτών των κριτηρίων, παρά το γεγονός ότι όλες αυτές οι θεωρίες δεν καλύπτουν εξίσου και στην ίδια έκταση τα κριτήρια αυτά. Για παράδειγμα, μια θεωρία ενδέχεται να έχει πολύ υψηλό δείκτη ως προς την περιεκτικότητα, με την έννοια ότι είναι εφαρμόσιμη σε πολύ διαφορετικά φαινόμενα, αλλά να έχει χαμηλό δείκτη γονιμότητας. Η έννοια της γονιμότητας σημαίνει το κατά πόσο μπορεί να ανοίγει ορίζοντες σε καινούργιες κατευθύνσεις μελέτης των φαινομένων. Αντίστοιχα, το κριτήριο της ακρίβειας τονίζει τη μέθοδο και λογική εγκυρότητα που οφείλει να έχει μια θεωρία.

Παρά όλα αυτά, οι θεωρητικοί της ψυχανάλυσης συμφωνούν σε ορισμένα βασικά “πιστεύω” και στα σημεία αυτά θα επικεντρώσουμε την προσοχή μας. Κατά πρώτον, οι ψυχαναλυτικοί πιστεύουν πως ό,τι συμβαίνει στην παιδική ηλικία είναι μέγιστης σημασίας για την ψυχολογική υγεία του ανθρώπου. Η προσωπικότητα για τους ψυχαναλυτές, διαμορφώνεται σε πολύ νεαρή ηλικία, το αργότερο μέχρι τα πέντε πρώτα χρόνια και μετά παραμένει σταθερή σε όλη τη διάρκεια

της ζωής. Οι επιρροές που δέχεται ο άνθρωπος στην πολύ μικρή ηλικία, είναι τόσο μαζικές, ώστε διαμορφώνουν την τελική δομή της προσωπικότητας. Τι εννοούν οι ψυχαναλυτικοί όμως με τον όρο “προσωπικότητα”; Αυτό είναι ένα πολύ ενδιαφέρον ερώτημα που δέχεται πολλαπλές απαντήσεις. Η προσωπικότητα, πρώτον, αποτελείται από διάφορα στρώματα εκ των οποίων άλλα είναι συνειδητά και άλλα ασυνείδητα. Τα βαθύτερα στρώματα, δηλαδή τα ασυνείδητα, παίζουν έναν σημαντικό ρόλο στην ανθρώπινη συμπεριφορά. Δεύτερον, εκτός

από τα συνειδητά και ασυνείδητα στοιχεία, η προσωπικότητα κατέχει τρία μέρη: το αυτό(id), το εγώ(ego) και το υπερεγώ(superego). Το id είναι παρόν από τη γέννηση. Περιλαμβάνει μια άμορφη μάζα από ένστικτα, επιθυμίες και ανάγκες και με αυτά ο άνθρωπος εισέρχεται στη ζωή. Τα δυο άλλα μέρη της προσωπικότητας, ego και superego, εξελίσσονται στη διάρκεια της νηπιακής και πρώτης παιδικής ηλικίας. Το εγώ διαμορφώνεται όταν ο άνθρωπος έρθει σε επαφή με την πραγματικότητα και κατανοήσει ότι οι ανάγκες και οι επιθυμίες του δεν μπορούν να ικανοποιούνται αυτομάτως. Θα πρέπει να υπακούσει κανείς στους νόμους του εξωτερικού κόσμου προκειμένου να ικανοποιήσει τις ανάγκες του. Το ρεαλιστικό αυτό κομμάτι του εαυτού μας, αντιπροσωπεύει σύμφωνα με τη θεωρία το εγώ, το οποίο μας προσγειώνει κάθε φορά στην πραγματικότητα. Οι κυριότερες λειτουργίες του εγώ είναι η σκέψη, η λογική, η κρίση και ο προγραμματισμός. Βάζοντας σε ενέργεια αυτές τις λειτουργίες, ο άνθρωπος προχωρεί στην ικανοποίηση των αναγκών του, οι οποίες είναι πιο πιεστικές και δεν γνωρίζουν λογική, μέσα από ρεαλιστικούς και επιτρεπόμενους τρόπους. Το υπερεγώ είναι το στοιχείο της προσωπικότητας που διαμορφώνεται τελευταίο. Τούτο περιλαμβάνει τις ηθικές αρχές του ανθρώπου και διαμορφώνεται σύμφωνα με τις γονεϊκές νουθετήσεις που δέχεται το παιδί και τις κοινωνικές επιταγές, τις νόρμες και την αντίληψη περί του πρακτέου. Το υπερεγώ καθορίζεται από την ασυνείδητη εσωτερίκευση όλων αυτών των “πρέπει” που μας επιβάλλει η κοινωνία και η ειδικότερη μορφή της, η οικογένεια. Μέχρι την ηλικία των πέντε ετών, ο άνθρωπος μαθαίνει να προσαρμόζεται στις απαιτήσεις που του μαθαίνει η ζωή. Μαθαίνει δηλαδή ότι οι ανάγκες και οι επιθυμίες του πρέπει να προσαρμόζονται στην πραγματικότητα προκειμένου να ικανοποιηθούν. Σε ορισμένες περιπτώσεις μάλιστα, ο άνθρωπος μαθαίνει ότι πρέπει να παραιτείται εντελώς από τις ανάγκες και τις επιθυμίες του, προκειμένου να ζήσει μια ηθική και κοινωνικά αξιοπρεπή ζωή. Οι επιπτώσεις της ψυχαναλυτικής θεωρίας είναι οι ακόλουθες: εφ’ όσον η δομή της προσωπικότητάς μας διαμορφώνεται σε τόσο νεαρή ηλικία, υπεύθυνη για αυτήν είναι η σχέση που έχουμε με τους γονείς σε αυτήν την τρυφερή ηλικία. Εάν η σχέση με τους γονείς μας δεν είναι καλή και για κάποιο λόγο η φροντίδα που μας παρέχουν δεν είναι η σωστή, ο σχηματισμός του εγώ δεν θα είναι καλά δομημένος, έτσι ώστε να είμαστε επιρρεπείς στα ξεσπάσματα των ασυνείδητων μερών της προσωπικότητας, δηλαδή των ενστίκτων. Είναι αναμενόμενο ότι δεν θα μπορέσουμε να αντέξουμε το άγχος και τις πιέσεις της ζωής, αν η προσωπικότητα δεν είναι από την κατασκευή της αρκετά ισχυρή. Σύμφωνα με την παραδοσιακή αυτή θεωρία της ψυχανάλυσης, ακόμη και τα αγχογόνα γεγονότα που ενδημούν στην τρίτη ηλικία όπως είναι η συνταξιοδότηση, η χηρεία, η ασθένεια, αποτελούν δοκιμασίες για την ψυχική υγεία του ανθρώπου. Σε κάθε μια από τις

περιπτώσεις αυτές, το εγώ πρέπει να αντιμετωπίσει την καινούργια πραγματικότητα και να προσαρμοστεί σε αυτήν. Εάν οι παιδικές εμπειρίες μας δεν ήταν ιδανικές, το εγώ δεν θα είναι σε θέση να προσαρμοστεί, μετά από τα σκληρά χτυπήματα που θα δεχτεί και τότε είναι πιθανό να καταφύγει σε μηχανισμούς άμυνας, ώστε να διαπραγματευτεί με τη νέα πραγματικότητα.

Οι μηχανισμοί άμυνας, με τη σειρά τους, είναι καλό να χρησιμοποιούνται μόνο περιστασιακά, δηλαδή περιορισμένα και μετά ο άνθρωπος να επανέρχεται και να αναλαμβάνει τις ευθύνες του. Εάν κάποιος καταφεύγει σε μηχανισμούς άμυνας ως τρόπο αντιμετώπισης της πραγματικότητας, τότε αρχίζουν τα ψυχολογικά προβλήματα.

Εφαρμογή των αρχών της ψυχαναλυτικής θεωρίας στην Τρίτη ηλικία

Όπως συνέβη και με τους συμπεριφοριστές, έτσι και με τους ψυχαναλυτικούς οι βασικές αρχές της βασικής θεωρίας τους δεν είναι τόσο άκαμπτες πια. Με άλλα λόγια, οι ψυχαναλυτές έχουν αποδεχτεί σήμερα θέσεις οι οποίες ευθύνονται για τις ψυχικές και νοητικές διαταραχές των ηλικιωμένων και στις οποίες οι πρώιμες εμπειρίες της παιδικής ηλικίας, δεν έχουν καμία ανάμειξη. Επίσης, δέχονται ότι δεν μπορεί κανείς να κατηγορεί τη συμπεριφορά των γονιών προς τα παιδιά τους με άκριτο τρόπο, διότι υπάρχουν γεγονότα και μετά την πρώτη παιδική ηλικία τα οποία προκαλούν βασική αλλαγή της προσωπικότητας. Όσον αφορά στην τρίτη ηλικία, οι ψυχαναλυτικοί πιστεύουν ότι ο τρόπος με τον οποίον ένα άτομο συμπεριφέρεται στην ηλικία αυτή έχει άμεση σχέση με το στυλ συμπεριφοράς και προσωπικότητας που το άτομο αυτό έχει υιοθετήσει σε όλη τη διάρκεια της ζωής του (Berezin, 1972). Η μεγάλη ηλικία έχει το χαρακτηριστικό ότι απογυμνώνει τον άνθρωπο από τα περισσότερα ψυχολογικά στηρίγματα που κατείχε στη νεότερη ηλικία. Για τον λόγο αυτό, είναι δυνατόν να δημιουργηθεί μια ψυχολογική διαταραχή, λιγότερο ή περισσότερο σοβαρή. Για να κατανοήσουμε τη συμπεριφορά στην τρίτη ηλικία είναι απαραίτητο, σύμφωνα με τους ψυχαναλυτικούς, να δούμε κάτω από την επιφάνεια των πραγμάτων: ποιες ασυνείδητες ανάγκες, φαντασιώσεις και επιθυμίες δίνουν κίνητρα και κατευθύνουν την συμπεριφορά των ανθρώπων στην τρίτη ηλικία;

Θα μπορέσουμε να μπούμε στην ουσία της προοπτικής που έχουν οι εκπρόσωποι της τρίτης ηλικίας, αν αφήσουμε έναν παραδοσιακό ψυχαναλυτή να μας ερμηνεύσει την συμπεριφορά

των τριών υποθετικών παραδειγμάτων (της κυρίας Μ., του “ανίκανου να σηκωθεί” τροφίμου του οίκου ευγηρίας και του σοφού μαθηματικού).

Ο ψυχαναλυτής θα έβλεπε τον φόβο της κυρίας Μ. να φύγει από το σπίτι της, καθώς και την “ανικανότητα” του τροφίμου του οίκου ευγηρίας, σαν συμπτώματα που προέρχονται από μια μη συνειδητή επιθυμία τους. Για την κυρία Μ. ο ψυχαναλυτής θα υπέθετε ότι η πτώση της στον δρόμο έδωσε το ερέθισμα σε μια ισχυρή παιδική τάση της να αισθάνεται προφυλαγμένη, μια τάση τόσο μακρινή και ασυνείδητη, που δεν μπορεί ούτε η κυρία Μ. να την συνειδητοποιήσει. Σαν ενήλικη γυναίκα είχε επί πολλά χρόνια καλλιεργήσει την εικόνα του εαυτού της ως ανεξάρτητη, σοβαρή γυναίκα, ώστε της είναι αδύνατον να παραδεχτεί αυτό το ασυνείδητο κομμάτι του εαυτού της. Η επιθυμία της να μην θέλει να βγει από το σπίτι της τα απογεύματα, είναι μια ιδανική λύση για αυτήν, γιατί έτσι επιτυγχάνει δυο στόχους: πρώτον, επιτρέπει στην πραγματική επιθυμία της να παραμείνει μη συνειδητή, αφού με το πρόσχημα του κινδύνου να υποστεί νέο ατύχημα επιτρέπει στον εαυτό της να αναβιώσει την παιδική της επιθυμία. Δεύτερον, η κυρία Μ. είναι πιθανόν να βρίσκει μια ψυχολογική λύση σε ένα άλλο της πρόβλημα όπως είναι το γεγονός ότι από τότε που τα παιδιά της παντρεύτηκαν και έφυγαν από το σπίτι, η κυρία Μ. είχε πολύ λίγες ευκαιρίες να τα έχει κοντά της. Με το γεγονός της πτώσης της, τα παιδιά της κυρίας Μ. άρχισαν να ενδιαφέρονται πιο τακτικά για τη μητέρα τους και ακόμη προσφέρονται να έρχονται και να της κρατούν συντροφιά τα απογεύματα (Bultena. 1978).

Για τον “ανίκανο να περπατήσει” τρόφιμο του οίκου ευγηρίας, ο ψυχαναλυτής έχει μια άλλη ερμηνεία: ο άνθρωπος αυτός διακατέχεται από μια επιθυμία να τιμωρήσει έναν από τους γονείς του, ο οποίος ήταν απορριπτικός όταν ο ίδιος ήταν παιδί. Το τραυματικό βίωμα αυτού του ανθρώπου ανήκει στην παιδική του ηλικία, αλλά έχει απωθηθεί στο ασυνείδητο. Από τη θέση αυτή, δηλαδή μη συνειδητά, βγαίνει στην επιφάνεια κάθε φορά που είναι σε θέση να ελέγχει τους ανθρώπους γύρω του. Επίσης, η ασυνείδητη επιθυμία του να τιμωρήσει τον απορριπτικό γονέα και στη συνέχεια όλους τους άλλους απορριπτικούς ανθρώπους του περιβάλλοντός του, γίνεται πιο έντονη όταν ο άνθρωπος αυτός αισθάνεται ανασφάλεια. Στη συγκεκριμένη θέση που βρίσκεται τώρα, που έχει εισαχθεί σε ίδρυμα και ζει σε ιδρυματικό περιβάλλον μακριά από την οικογένεια του, αισθάνεται ότι τον έχουν απορρίψει. Ζωηρεύει λοιπόν η ασυνείδητη επιθυμία του να ελέγξει το περιβάλλον του με όποιον τρόπο μπορεί και να πείσει τον εαυτό του ότι οι άλλοι δεν τον απορρίπτουν. Επιπλέον, η ομοιότητα που υπάρχει ανάμεσα στην εξαρτημένη κατάσταση στην οποία βρίσκεται τώρα, με την αντίστοιχη εξαρτημένη κατάσταση που έζησε σαν παιδί στο πατρικό του σπίτι, βγάζει στην επιφάνεια

ορισμένους τύπους συμπεριφοράς και αντίστοιχες επιθυμίες που έχουν σχέση με την παιδική ηλικία.

Και στις δύο περιπτώσεις των ηλικιωμένων που προαναφέρθηκαν, ο παραδοσιακός ψυχαναλυτής θα υποστήριζε ότι οι διατυπωθείσες υποθέσεις μπορούν να ελεγχθούν και να επιβεβαιωθούν με την εξέταση και μόνο της παιδικής ηλικίας του κάθε προσώπου. Τα ειδικά γεγονότα που συνέβησαν στην παιδική ηλικία, οι εμπειρίες και τα βασικά χαρακτηριστικά αυτών των τόσο μακρινών, τώρα πια, χρόνων θα δώσουν το κλειδί της ερμηνείας των σημερινών παθολογικών συμπτωμάτων της συμπεριφοράς των ηλικιωμένων (Hoffman S. 1987).

Ερμηνεία της συμπεριφοράς των ηλικιωμένων σύμφωνα με την ψυχαναλυτική κατεύθυνση.

Σύμφωνα με την παραδοσιακή θεωρία και πράξη της ψυχανάλυσης οποιαδήποτε υπόθεση γύρω από το πρόβλημα που αντιμετωπίζει ένας ηλικιωμένος είναι δυνατόν να ευσταθεί ή να μην ευσταθεί και τούτο θα το δείξει η εξέταση της παιδικής ηλικίας του συγκεκριμένου προσώπου. Σύμφωνα με το ψυχαναλυτικό μοντέλο της ανθρώπινης συμπεριφοράς, ψυχολογικά συμπτώματα μπορούν να φανούν σε κάθε ηλικία. Οποιοδήποτε και αν είναι το γεγονός που προκάλεσε άγχος και αγωνία, είναι αναπόφευκτο ότι θα δοκιμαστεί το ενήλικο μέρος της προσωπικότητας του ατόμου, δηλαδή του Εγώ. Εάν το Εγώ καταφέρει να προσαρμοστεί στη νέα πραγματικότητα και διατηρήσει τον έλεγχο των πραγμάτων, τότε η ψυχική ισορροπία θα διαφυλαχθεί. Εάν όμως το Εγώ δεν τα καταφέρει, επειδή η δομή του δεν είναι στέρεα σχηματισμένη από την παιδική ηλικία, τότε το Αυτό θα υπερισχύσει και οι ασυνείδητες ανάγκες, επιθυμίες και ένστικτα θα βγουν στην επιφάνεια κυριαρχικά. Η νίκη αυτή του Αυτό έναντι του Εγώ θα δημιουργήσει το σύμπτωμα ή το ίδιο το ψυχολογικό πρόβλημα.

Η πεποίθηση ότι η προσωπικότητα είναι τελειωτικά καθορισμένη σημαίνει ακόμη ότι όσο καλύτερες και περισσότερες προσαρμογές έχει επιτύχει το άτομο στη διάρκεια της πρώτης νεότητας και της μεσήλικης ζωής του, τόσο καλύτερα κατοχυρωμένο εισέρχεται στην τρίτη ηλικία. Η τρίτη ηλικία δεν παύει να αποτελεί ένα εξελικτικό στάδιο στην ανοδική πορεία της ζωής και ως εκ τούτου, προσφέρει τις δικές της μοναδικές ευκαιρίες για εξέλιξη και κατάκτηση καινούργιων στόχων. Εάν το άτομο έχει αντιμετωπίσει με επιτυχία τις προκλήσεις της προηγούμενης ζωής του και έχει ανταπεξέλθει στις καταπιεστικές καταστάσεις που συνεπάγονται η επαγγελματική σταδιοδρομία, ο γάμος, η ανατροφή και η εξέλιξη των

παιδιών και πλήθος άλλων ψυχοπαιστικών γεγονότων, τότε με παρόμοια επιτυχία θα αντιμετωπίσει και τις νέες προκλήσεις που του επιφυλάσσει η τρίτη ηλικία. Από πολλές απόψεις μάλιστα θα χαιρέται τη σταδιακή απομάκρυνση από τις καταπιεστικές καταστάσεις που συνεπάγεται η ζωή του νέου ενήλικα ή του μεσήλικα (Σπινέλλη Κ. 1989).

Σε κάθε περίπτωση, η ισχυρή δόμηση του ενήλικου μέρους της προσωπικότητας, δηλαδή του Εγώ, θα κρίνει την έκβαση της μάχης έναντι των δυο άλλων μερών της προσωπικότητας, του παράλογου Αυτό και του ιδανικού Υπερεγώ. Τι ισχυρό Εγώ κατέχει το ρόλο του συμβιβαστή ανάμεσα στα δυο άλλα στοιχεία της προσωπικότητας και επιδιώκει να τα ικανοποιήσει και τα δυο. Μέσα από ρεαλιστικούς και κοινωνικά αποδεχτούς τρόπους, όλα τα μέρη της προσωπικότητας πρέπει να εκφράζονται και να ικανοποιούνται εξίσου.

Με βάση τα στοιχεία αυτά, μπορούμε τώρα να ερμηνεύσουμε την συμπεριφορά του ηλικιωμένου μαθηματικού, όπως θα την έκανε ένας ψυχολόγος της ψυχαναλυτικής κατεύθυνσης. Η ερμηνεία αυτή θα ήταν περίπου η εξής: Η ανάγκη του ατόμου αυτού να αφοσιώνεται ολοκληρωτικά και να εργάζεται σκληρά για πολλές ώρες, έχει τις ρίζες της σε συγκεκριμένα βιώματα της παιδικής ηλικίας, τα οποία έχουν παραμείνει στο χώρο του μη συνειδητού για πολλά χρόνια. Μια λεπτομερής εξέταση θα αποκάλυπτε τις κρυμμένες αυτές επιθυμίες του μαθηματικού. Παρά όλα αυτά όμως, επειδή η συμπεριφορά του ατόμου αυτού είναι ώριμη και ελεγχόμενη από το Εγώ, το άτομο αυτό κατηγοριοποιείται ψυχαναλυτικά με διαφορετικό τρόπο σε σχέση με τους δυο άλλους ηλικιωμένους των παραδειγμάτων μας. Η συμπεριφορά του επιστήμονα δείχνει ότι το μέρος της προσωπικότητας που δημιουργεί τη γέφυρα με την πραγματικότητα και τον εξωτερικό κόσμο (Εγώ) παραμένει κυρίαρχο έναντι των δυο άλλων μερών της προσωπικότητας (Εκείνο, Υπερεγώ) και το γεγονός αυτό σηματοδοτεί το ψυχαναλυτικό κριτήριο της γνήσιας ψυχικής υγείας (Bultena G. 1978).

Αξιολόγηση της συμπεριφοριστικής κατεύθυνσης στην μελέτη της τρίτης ηλικίας.

Στη διάρκεια των τελευταίων δεκαετιών η ψυχαναλυτική θεωρία έχει δεχθεί πολλές κριτικές, ειδικότερα όσον αφορά τις κλασικές ψυχαναλυτικές τεχνικές. Η θεραπεία συναισθηματικών προβλημάτων με τη βοήθεια ψυχαναλυτικών τεχνικών έχει αμφισβητηθεί.

Ο συμπεριφορισμός, αντίθετα, φαίνεται ότι αποτελεί το κυρίαρχο θεωρητικό πλαίσιο που έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως από ψυχολόγους, προκειμένου να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα που ανακύπτουν στην τρίτη ηλικία. Επιπλέον, ενώ οι κριτικές εναντίον της ψυχαναλυτικής

θεωρίας και πράξεις συσσωρεύονταν, ο συμπεριφορισμός εγκατέλειπε τις παλαιότερες άκαμπτες και περιοριστικές σε γονιμότητα θέσεις του και εξελισσόταν σε μια γόνιμη, εμπλουτισμένη με γνωστικά στοιχεία, σύγχρονη θεωρία.

Η στροφή αυτή υπήρξε εντυπωσιακή. Μόλις μια γενεά πριν, οι ψυχολόγοι της κατεύθυνσης αυτής πίστευαν σταθερά ότι οι γενετικές προδιαγραφές είναι σχετικά ασήμαντες και οι εσωτερικές διεργασίες, δηλαδή οι σκέψεις και τα συναισθήματα, δεν έχουν καμία θέση σε μια γνήσια επιστημονική μελέτη των ανθρωπίνων πλασμάτων. Σήμερα, αντίθετα, πολλοί λίγοι συμπεριφοριστές ψυχολόγοι θα μπορούσαν να βρεθούν που να μάχονται την ιδέα ότι οι βιολογικές προδιαθέσεις που φέρει μαζί του ο άνθρωπος ασκούν ισχυρή επίδραση στη μαθησιακή του ικανότητα. Ακόμη σημαντικότερο, η ιδέα ότι μόνο οι παρατηρήσιμες ενέργειες, που μπορούν να ποσοτικοποιηθούν και να μετρηθούν αξίζει να προσελκύουν την προσοχή του ψυχολόγου, έχει εγκαταλειφθεί ολοκληρωτικά τα τελευταία είκοσι χρόνια. Οι σκέψεις, τα συναισθήματα και οι φαντασιώσεις ακόμα είναι πλήρως νομιμοποιημένες. Μια ολόκληρη σχολή ψυχοθεραπευτών βλέπει την αλλαγή στα “εσωτερικά” αισθήματα του ανθρώπου ως τη μέθοδο κλειδί που επιφέρει ψυχολογική αλλαγή και θεραπεία. Με άλλα λόγια, ο τρόπος που σκεπτόμαστε επηρεάζει καθοριστικά τον τρόπο που λειτουργούμε, δηλαδή την εξωτερική, παρατηρήσιμη συμπεριφορά μας (Πιτσίου Ε.1989).

Αυτή η στροφή του συμπεριφορισμού κατά 180 μοίρες και η μετεξέλιξή του σε “Γνωστική θεωρία της μάθησης”, εμφανίζει τον σύγχρονο συμπεριφορισμό σαν ώριμο και εξαιρετικά γόνιμο τρόπο αντιμετώπισης των ψυχολογικών προβλημάτων. Δεν είναι περίεργο ως εκ τούτου, ότι πλήθος ψυχολόγων στρέφονται προς συμπεριφοριστικές τεχνικές. Οι τεχνικές αυτές έχουν γίνει πολύ δημοφιλείς, μεταξύ άλλων και στους γεροντολόγους. Οι κυριότεροι λόγοι για την ευρεία αυτή αποδοχή μπορούν να συνοψιστούν ως εξής:

1.Ο Συμπεριφορισμός είναι αισιόδοξος. Όπως έχουν τονίσει πολλοί γεροντολόγοι (Labouvie,1973 Hoyer,1973) η έμφαση που δίνει ο συμπεριφορισμός στο περιβάλλον του ηλικιωμένου είναι ένα συχνό αντίδοτο στον συμβατικό, συχνά αρνητικό, τρόπο με τον οποίο σκεπτόμαστε για την τρίτη ηλικία. Εισάγεται η αντίληψη ότι η γήρανση δεν είναι απαραίτητο να οδηγεί σε αναπόδραστη κάμψη. Οι μεγάλοι άνθρωποι δεν είναι καταδικασμένοι να συμπεριφέρονται με στερεότυπους, μειονεκτικούς τρόπους. Όχι μόνο μπορούν να αλλάξουν την εσωτερική προοπτική με την οποία βλέπουν τα πράγματα, αλλά μπορούν επίσης να τροποποιήσουν την εξωτερική τους συμπεριφορά. Σύμφωνα με μια καλά εδραιωμένη άποψη του συμπεριφορισμού η προσωπική ιστορία του συγκεκριμένου ηλικιωμένου, ή ο χρόνος που δαπάνησε υιοθετώντας μια συμπεριφορά, είναι περίπου άσχετα στοιχεία για την ευκολία με

την οποία η συμπεριφορά αυτή μπορεί να τροποποιηθεί. Οι ηλικιωμένοι δεν βρίσκονται σε μειονεκτική θέση έναντι των νέων. Μπορούν και αυτοί να τροποποιήσουν την συμπεριφορά τους, με τις ίδιες πιθανότητες που έχουν και οι νέοι.

2.Ο συμπεριφορισμός έχει ευρεία προοπτική. Τούτο σημαίνει ότι δεν παραμένει προσκολλημένος σε μια κατηγορία δραστηριοτήτων (ο,τι ονομάζουν προσωπικότητα οι ψυχαναλυτικοί) αλλά αγκαλιάζει κάθε ενέργεια του ανθρώπου. Οι αρχές της συμπεριφοριστικής μάθησης έχουν εφαρμογή σε κάθε περιοχή της ζωής του ηλικιωμένου και επομένως η κατανόηση που ο ψυχολόγος της κατεύθυνσης αυτής μπορεί να δείξει, δεν γνωρίζει περιορισμούς. Οι ηλικιωμένοι γίνονται αποδεκτοί, σαν μια ομάδα του γενικού πληθυσμού που αξίζει να προσελκύσει το ενδιαφέρον των ερευνητών και να μελετηθεί.

Αξιολόγηση τη ψυχαναλυτικής κατεύθυνσης στην μελέτη της τρίτης ηλικίας.

Η ψυχαναλυτική κατεύθυνση δεν διαθέτει τις δυο αρετές που αποδόθηκαν στον συμπεριφορισμό. Κατ' αρχήν, εστιάζει την προσοχή της στον τρόπο με τον οποίο είναι δομημένη η προσωπικότητα και τα ψυχολογικά προβλήματα που απορρέουν από τη δόμηση αυτή. Θεωρεί δε, ότι η αρχική φάση της ζωής είναι η πιο σημαντική και όχι η τελική. Η προσωπικότητα εδραιώνεται στην πρώιμη φάση, δηλαδή στην παιδική ηλικία και είναι δύσκολο να αλλάξεις κάτι που έχει διαμορφωθεί με ορισμένο τρόπο και έχει λειτουργήσει έτσι για πολλά χρόνια. Η μεγάλη ηλικία είναι μια περίοδος βαθμιαίας απώλειας, η πιο δύσκολη περίοδος της ζωής.

Με τον τρόπο της, η ψυχαναλυτική κατεύθυνση έχει συμβάλει στην επίταση της αρνητικής εικόνας που έχουμε για τους ηλικιωμένους, παρά το αντίθετο. Όμως, δεν μπορεί να παραβλεφθεί η συνεισφορά της στη βαθύτερη κατανόηση που αποκτούμε για τα προβλήματα της τρίτης ηλικίας. Πολλοί γεροντολόγοι χρησιμοποιούν την σημαντική αυτή θεωρία για να μπορέσουν να κατανοήσουν και να βοηθήσουν τους ηλικιωμένους που κουράρον. Οι κλινικές παρατηρήσεις των ψυχαναλυτικών θεωρούνται ουσιώδεις και δίνουν πολλές πληροφορίες στην επιστήμη της γεροντολογίας πάνω στο θέμα της σταθερότητας και αλλαγής της προσωπικότητας, καθώς τα άτομα διέρχονται τα στάδια της μέσης και τρίτης ηλικίας. Η ψυχανάλυση μας πληροφορεί επίσης για τους τρόπους με τους οποίους η προσωπικότητα του ηλικιωμένου προσαρμόζεται και αντιμετωπίζει σοβαρά γεγονότα που είναι πιθανόν να συμβούν στην τρίτη ηλικία, όπως είναι η απώλεια του συντρόφου της ζωής σε άνδρες και γυναίκες καθώς και το γεγονός του επικείμενου θανάτου(Palmore E. 1971).

Εξ άλλου, η αρνητική εικόνα και η αδιαφορία για τους ηλικιωμένους που ήταν εγγενής στο παραδοσιακό Φροϋδικό μοντέλο, έχει ανατραπεί άρδην από παλαιότερους και νεότερους ψυχαναλυτικούς, όπως είναι ο Jung και ο Erikson. Σύμφωνα με τους τελευταίους, η τρίτη ηλικία είναι μια περίοδος όπου μπορεί να σημειωθεί θετική αλλαγή της προσωπικότητας. Ακόμη σημαντικότερο, η τρίτη ηλικία είναι η πιο σημαντική περίοδος στην οποία συμβαίνει η πνευματική ανέλιξη του ανθρώπου. Το ποιοτικό στοιχείο που διαφοροποιεί την τρίτη ηλικία από όλες τις άλλες ηλικίες του ανθρώπου, είναι που αποδίδει την περισσότερη αίγλη και το μεγαλείο στην προχωρημένη φάση της ζωής.

Η τρίτη ηλικία ως στάδιο ανέλιξης.

Μεταξύ των νεότερων ψυχαναλυτικών, ο Jung και ο Erikson έχουν αναθεωρήσει την αρχική τοποθέτηση του θεμελιωτή της ψυχαναλυτικής κατεύθυνσης, S. Freud, ο οποίος αγνοούσε την ενήλικη φάση της ζωής και επικέντρωνε την προσοχή του στην ανάλυση των ψυχοσεξουαλικών σταδίων που ολοκληρώνονται νωρίς στην ζωή του παιδιού και του εφήβου. Η θεωρία του Jung, ειδικότερα, είναι πολύ ριζοσπαστική σε σχέση με την παραδοσιακή ψυχαναλυτική θεωρία, αφού θεωρεί ότι το δεύτερο μισό της ζωής του ανθρώπου είναι πιο ενδιαφέρον και πιο σημαντικό από το πρώτο μισό.

Οι θέσεις του Erikson είναι πιο μετριοπαθείς σε σχέση με αυτές του Jung. Δεν θεωρεί ότι η μεγάλη ηλικία είναι αναγκαστικά πιο σημαντική σε σχέση με τη μικρή ηλικία, αλλά πιστεύει ότι είναι μια περίοδος όπου σημειώνεται σαφής ψυχοκοινωνική ανέλιξη στον άνθρωπο που την διέρχεται.

Οι τύποι προσωπικότητας των ηλικιωμένων.

“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 καμία 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 (Mahoney M. 1977).

Οι παραδοσιακές τυπολογίες της προσωπικότητας των ηλικιωμένων.

Η διάκριση των τύπων προσωπικότητας των ηλικιωμένων έχει μια σχετικά μακρά ιστορία στη γεροντολογία. Η έρευνα που μέχρι τώρα 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 (Cluster Analysis) 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 είναι ότι 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 συσχετισμό 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 οποίον 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 (frustration).

5.Οι μισούμενοι συνιστούν έναν 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 μια άχρηστη, καθόλου ενδιαφέρουσα περίοδος της ανθρώπινης ύπαρξης.

Οι τρεις πρώτοι τύποι, βιώνουν την γήρανση με επιτυχία, ενώ οι δυο τελευταίοι βιώνουν την γήρανση αρνητικά, χωρίς προσαρμογή σε αυτήν.

Οι σύγχρονες τυπολογίες της προσωπικότητας των ηλικιωμένων.

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

Πρώτον, διαχωρίζουν ανάμεσα στους τύπους προσωπικότητας των ανδρών και τους αντίστοιχους τύπους προσωπικότητας των γυναικών. Δεύτερον, διαχωρίζουν την προσωπικότητα των ηλικιωμένων από τη νοοτροπία των ηλικιωμένων.

Τρίτον, γεφυρώνουν τις αντιθέσεις ανάμεσα στις θεωρίες που υποστηρίζουν ότι η προσωπικότητα των ηλικιωμένων υφίσταται αλλαγές και τις αντίστοιχες θεωρίες που υποστηρίζουν ότι υπάρχει διαχρονική σταθερότητα στην προσωπικότητα των ηλικιωμένων.

Σύγχρονη τυπολογία της προσωπικότητας των ηλικιωμένων.

Κατηγορίες γυναικών ως προς την προσωπικότητα:

- Προσανατολισμένες στα πρόσωπα, είναι αυτές οι οποίες συμπεριφέρονται με δοσμένο τρόπο, συμπάσχουν και συμμερίζονται τα συναισθήματα, είναι θερμές και δοτικές και διεγείρουν την ευαρέσκεια και την αποδοχή.
- Φοβισμένες και κυριαρχικές, οι οποίες είναι κατά κύριο λόγο υποταγμένες με συντηρητικές αρχές. Συνήθως είναι ανασφαλείς και αγχώδεις και επιδιώκουν να κυριαρχούν και για να αισθανθούν ασφάλεια.

Κατηγορίες ανδρών ως προς την προσωπικότητα:

- Προσανατολισμένοι στα πρόσωπα, οι οποίοι συμπεριφέρονται με δοσμένο τρόπο. Χαρακτηριστικά είναι χαρούμενοι, άξιοι εμπιστοσύνης, ειλικρινείς, υπεύθυνοι, ευθείς, αμερόληπτοι, παραγωγικοί, αποτελεσματικοί και υπάκουοι.
- Ενεργητικοί με ικανότητες. Οι συγκεκριμένοι τύποι, προσελκύουν το ενδιαφέρον διότι διαθέτουν έντονο κριτικό πνεύμα. Δεν εντυπωσιάζονται εύκολα, είναι επαναστατικοί, μη συμβατικοί, ομιλητικοί και αρρενωποί στο ύφος και στους τρόπους.

Κατηγορίες γυναικών ως προς τη νοοτροπία:

- Επικεντρωμένες στο σύζυγο. Η ζωή τους περιστρέφεται γύρω από τον σύζυγο και τον γάμο.
- Χωρίς επικέντρωση. Οι γυναίκες αυτές έχουν λίγα ενδιαφέροντα, δεν δεσμεύονται από άλλους ανθρώπους και οι περισσότερες δεν θέλουν να ξαναπαντρευτούν.
- Επικεντρωμένες στην εργασία. Είναι δοσμένες στο ρόλο τους ως εργαζόμενες και αντλούν μεγάλη ικανοποίηση από την εργασία τους.

Κατηγορίες ανδρών ως προς τη νοοτροπία:

- Επικεντρωμένοι στην οικογένεια. Η ζωή τους περιστρέφεται γύρω από την οικογένεια και το γάμο, τον ρόλο τους ως πατεράδων και ως παππούδων.
- Καλλιεργούν χόμπυ και ενδιαφέροντα τα οποία είναι τα πιο σημαντικά γεγονότα γι' αυτούς.

- Τέλος, είναι οι απομονωμένοι ηλικιωμένοι οι οποίοι είναι κλεισμένοι στον εαυτό τους και δεν μπορούν να αντλήσουν ευχαρίστηση από καμία δραστηριότητα.

Η αντιμετώπιση του άγχους της τρίτης ηλικίας.

Μια από τις πιο χαρακτηριστικές και τις πιο κρίσιμες πλευρές της προσωπικότητας είναι η ικανότητα των ατόμων να ανταπεξέρχονται στις δυσκολίες της ζωής και να αντιμετωπίζουν το άγχος. Η αποθάρρυνση και η κακή διάθεση που όλοι αισθανόμαστε μερικές φορές είναι το τίμημα που πληρώνουμε για το γεγονός ότι είμαστε ζωντανοί. Όταν όμως η αποθάρρυνση και η δυσθυμία γίνουν μόνιμη ψυχολογική κατάσταση, τότε η προσωπικότητα διαταράσσεται και το άγχος κυριαρχεί (Bultena G. 1978).

Με την πάροδο της ηλικίας και οι εμπειρίες της ζωής συσσωρεύονται, αναμένεται ότι τα άτομα γίνονται πιο ώριμα και πιο νηφάλια, έτσι ώστε να κυριαρχούν καλύτερα πάνω στο άγχος τους.

Ατυχώς οι γεροντολογικές έρευνες δεν έχουν δείξει ότι οι εμπειρίες της ζωής οδηγούν αναγκαστικά σε ωριμότητα και καλύτερη αντιμετώπιση του άγχους. Σύμφωνα με τον Paul Costa, τον συντονιστή της διαχρονικής έρευνας της Βαλτιμόρης, ο νευρωτισμός είναι το ίδιο κοινός στους ηλικιωμένους, όπως είναι και στους μεσήλικες και σε κάθε άλλη ηλικία. Αν πιστέψουμε τον Guttman, το μήνυμα είναι ακόμα πιο απογοητευτικό. Με την πάροδο της ηλικίας σημειώνεται αύξηση της παθητικότητας και αύξηση της εμπιστοσύνης σε δυνάμεις έξω από τον εαυτό μας. Τούτο σημαίνει ότι οι ηλικιωμένοι αντιμετωπίζουν τη ζωή με περισσότερη ανωριμότητα, είτε επειδή εξαρτώνται από τους άλλους ανθρώπους και όχι από τον εαυτό τους, είτε επειδή καταφεύγουν στη φαντασία αντί να δουν τη ζωή ρεαλιστικά και να παλέψουν για τους στόχους τους.

Τα απογοητευτικά αυτά μηνύματα έρχονται να εξισορροπήσουν οι μαρτυρίες από άλλες έρευνες, οι οποίες δείχνουν ότι οι ηλικιωμένοι χειρίζονται καλύτερα από τους νεότερους ενήλικες ορισμένες τραυματικές καταστάσεις, παρά το υψηλό άγχος που τους δημιουργούν. Οι ηλικιωμένοι που μένουν χήροι ή χήρες διατρέχουν πολύ μικρότερο κίνδυνο διαταραχής της προσωπικότητας, αν συγκριθούν με τους μεσήλικες και τους νέους ενήλικες που μένουν χήροι ή χήρες. Επίσης οι ηλικιωμένοι, είναι πιο ικανοί να δεχθούν ότι έχουν προβληθεί από μια ασθένεια η οποία απειλεί τη ζωή, όπως έδειξε μια έρευνα των Ell, Mantel και Hamovich (1986), όπως έχουν και καλύτερη αντιμετώπιση του επικείμενου θανάτου.

Βέβαια είναι γεγονός ότι η χηρεία και η έλευση σοβαρής ασθένειας, θεωρούνται φυσιολογικά φαινόμενα, ή τουλάχιστον όχι αναπάντεχα, στη μεγάλη ηλικία. Όπως έχουν δείξει οι Neugarten και Datan (1975) τα γεγονότα που είναι, λίγο ως πολύ, αναμενόμενα προκαλούν λιγότερο άγχος σε όσους τα υφίστανται, σε σχέση με τα γεγονότα που έρχονται ξαφνικά. Αναμενόμενα θεωρούνται τα γεγονότα που έρχονται σε ακατάλληλο χρόνο και δεν ανήκουν στο συγκεκριμένο στάδιο της ζωής, το οποίο διανύει το άτομο που υφίσταται τις συνέπειες.

Ψυχοσωματικές διαταραχές.

Σε όλες τις ηλικίες, η παρατεινόμενη κατάσταση άγχους, ανασφάλειας και ψυχολογικής έντασης, μπορεί να οδηγήσουν σε μια ποικιλία ψυχοσωματικών συμπτωμάτων, στα οποία περιλαμβάνεται η ευερεθιστότητα, η κούραση χωρίς φυσιολογική αιτία, η ανορεξία, οι πονοκέφαλοι και οι πόνοι της πλάτης. Σχεδόν κάθε όργανο ή οργανικό σύστημα του σώματος μπορεί να προσβληθεί σε συνθήκες παρατεινόμενης ψυχολογικής έντασης. Πολλές από τις δομικές ή λειτουργικές αλλοιώσεις των σπλάχνων οφείλονται σε ψυχολογικές αιτίες. Μεταξύ αυτών, το πεπτικό έλκος και άλλες γαστρεντερολογικές αντιδράσεις, είναι οι πιο γνωστές ψυχοσωματικές διαταραχές. Ακολουθούν οι ημικρανίες, οι δερματολογικές αντιδράσεις, οι χρόνιοι πόνοι της πλάτης και το βρογχικό άσθμα, για τις οποίες πολύ συχνά ευθύνεται η ψυχολογική ένταση (Butler R. 1974).

Νευρωτικές διαταραχές και υποχωνδρίαση.

Οι νευρωτικές διαταραχές ερμηνεύονται με διαφορετικό τρόπο από τους ψυχολόγους της ψυχοδυναμικής κατεύθυνσης, σε σχέση με τους ψυχολόγους της συμπεριφοριστικής κατεύθυνσης. Για τους ψυχοδυναμικούς, οι νευρώσεις χρησιμεύουν ώστε να ελέγχεται το άγχος που προέρχεται από την επαπειλούμενη παραβίαση των ορίων και τις μη αποδεκτές ασυνείδητες ορμές. Οι συμπεριφοριστές από την άλλη πλευρά, αν και αναγνωρίζουν το γεγονός ότι τα νευρωτικά συμπτώματα χρησιμεύουν ώστε να ελέγχεται το άγχος, εν τούτοις δεν τονίζουν την ασυνείδητη πηγή από την οποία προέρχονται, αλλά τη μαθημένη αντίδραση σύμφωνα με την οποία λειτουργούν τα νευρωτικά συμπτώματα. Η κύρια λειτουργία των νευρωτικών συμπτωμάτων στη μεγάλη ηλικία είναι να ελέγχουν το άγχος που προέρχεται από

τις απώλειες που έχουν σημειωθεί στη ζωή του ατόμου και τη συνοδεύουσα ανημπόρια (helplessness)(Lachman M. 1986).

Διαταραχές του χαρακτήρα

Οι διαταραχές του χαρακτήρα υπάρχουν στις περισσότερες περιπτώσεις από τη νέα ηλικία και επεκτείνονται απλώς στη μεγάλη ηλικία. Συνήθεις διαταραχές του χαρακτήρα είναι ο αλκοολισμός, ο εθισμός στα ναρκωτικά και οι σεξουαλικές αποκλίσεις. Πολλοί ηλικιωμένοι αλκοολικοί έχουν καλλιεργήσει για πολλά χρόνια τη συνήθεια αυτή, ενώ υπάρχουν και άλλοι που για πρώτη φορά γίνονται αλκοολικοί στη μεγάλη ηλικία, επειδή αισθάνονται απογοήτευση, μελαγχολία ή μοναξιά. Ο χρόνιος αλκοολισμός, που σύμφωνα με ορισμένα στοιχεία πλήττει το 2% έως και 10% των ηλικιωμένων ατόμων, εμφανίζει τέτοια συμπτωματολογία ώστε να εκλαμβάνεται λανθασμένα ως γεροντική άνοια(Butler R.1974).

Ψυχωτικές διαταραχές

Από τις διαταραχές που έχουμε εξετάσει μέχρι αυτό το σημείο, οι νευρώσεις καθώς και οι διαταραχές του χαρακτήρα, είναι δυνατόν να θεραπευτούν με ψυχοθεραπευτική αντιμετώπιση, ή τουλάχιστον να μετριαστούν. Στη συνέχεια θα εξετάσουμε μια κατηγορία διαταραχών η οποία δεν είναι εύκολο να αντιμετωπιστεί και να θεραπευτεί, για τούτο οι ασθενείς (ηλικιωμένοι ή νέοι) συνήθως εισάγονται σε ψυχιατρικό ίδρυμα. Πρόκειται για τις ψυχωτικές διαταραχές.

Οι ψυχωτικοί ασθενείς χαρακτηρίζονται από ποικίλα συμπτώματα, σύμφωνα με τα οποία εντάσσονται σε διάφορες υποκατηγορίες. Το κοινό τους γνώρισμα είναι η παραμορφωτική εικόνα που έχουν για την πραγματικότητα, η παράξενη συμπεριφορά και η εκτεταμένη αποδιοργάνωση της προσωπικότητας (Χριστοδούλου 'Ψυχιατρική').

Σχιζοφρένεια

Οι σχιζοφρενικοί ηλικιωμένοι συνιστούν την πιο πολυπληθή ομάδα λειτουργικών ψυχωτικών. Χαρακτηρίζονται από βαριές διαταραχές στη σκέψη, μερικές φορές και στην αντίληψη. Χάνουν την επαφή με την πραγματικότητα και αποτραβιούνται συναισθηματικά από τους άλλους ανθρώπους. Ενδέχεται ακόμη να πάσχουν από παραισθήσεις, δηλαδή λανθασμένες αντιλήψεις, φαντασιώσεις και πιστεύω.

Μερικοί σχιζοφρενικοί εισάγονται σε ψυχιατρικό ίδρυμα ήδη σε νέα ηλικία και γερνούν εκεί. Μερικοί άλλοι οι οποίοι κρίνονται ως ακίνδυνοι για τον εαυτό τους και τους άλλους, εισάγονται κατά καιρούς σε ψυχιατρικό ίδρυμα, ενώ περνούν και μεγάλα διαστήματα ζώντας στον έξω κόσμο. Με τα χρόνια όλοι αυτοί συνηθίζουν τόσο πολύ την ιδρυματική ζωή, ώστε να αισθάνονται άνετα μέσα σε αυτήν. Αντίθετα, δεν μπορούν να συνηθίσουν τη ζωή έξω από το ίδρυμα, να παίρνουν αποφάσεις ή να αντιμετωπίζουν τα άγχη που συνεπάγεται η καθημερινή ζωή. Οι λειτουργικοί σχιζοφρενικοί, ως μη υποφέροντες από κάποιο οργανικό νόσημα, πολλές φορές δεν γίνονται δεκτοί από τα ιδρύματα. Στην περίπτωση αυτή, καταλήγουν να μένουν στο δρόμο και καταφέρνουν να επιβιώνουν δεχόμενοι λίγη βοήθεια από την κοινότητα (Χριστοδούλου 'Ψυχιατρική').

Μανιοκαταθλιπτική διαταραχή

Αρκετά συχνή μεταξύ των ηλικιωμένων είναι και η διαταραχή του συναισθήματος. Μέτρια καταθλιπτικά συμπτώματα είναι πολύ συνηθισμένα και αφορούν όλους τους ηλικιωμένους. Στην περίπτωση όμως της μανιοκαταθλιπτικής διαταραχής σημειώνονται σοβαρά καταθλιπτικά συμπτώματα τα οποία άλλοτε εναλλάσσονται με συμπτώματα εξαιρετικής χαράς και έξαρσης (μανία), ενώ άλλοτε μια από τις δυο διαταραχές, η μανία ή η κατάθλιψη, επιμένουν να εμφανίζονται για μεγάλο χρονικό διάστημα. Με άλλα λόγια υπάρχουν δυο τύποι μανιοκαταθλιπτικής διαταραχής: η διπολική εμφάνιση των δυο ειδών συμπτωμάτων και η μεμονωμένη εμφάνιση του ενός είδους, συνήθως της κατάθλιψης (Χριστοδούλου 'Ψυχιατρική').

Ενδογενής μελαγχολία

Μια άλλη ψυχωτική διαταραχή που σημειώνεται στη μεγάλη ηλικία, είναι η ενδογενής μελαγχολία. Το είδος αυτό της μελαγχολίας έχει σχέση με την αλλαγή της ζωής που σημειώνεται μετά τα 40, όπου το άτομο μετρά το χρόνο με διαφορετικό τρόπο πλέον, δηλαδή, όχι από το σημείο που έχει φτάσει, αλλά από το τέλος της ζωής του υπολογίζοντας πόσα χρόνια του μένουν ακόμα για να ζήσει. Το είδος αυτό της μελαγχολίας είναι πιο συχνό στις γυναίκες παρά στους άνδρες. Τα συμπτώματα της ενδογενούς μελαγχολίας περιλαμβάνουν, εσωτερική αναστάτωση, αυτομομφή, καταθλιπτικά αισθήματα και αισθήματα ενοχής και αποτυχίας. Ως ψυχωτική διαταραχή είναι σχετικά σπάνια και η εκδήλωσή της στη διάρκεια της μέσης και της τρίτης ηλικίας συμβαίνει χωρίς να υπάρχει προηγούμενο ιστορικό (Χριστοδούλου 'Ψυχιατρική').

Παράνοια

Η συχνότητα εμφάνισης παρανοϊκών συμπτωμάτων αυξάνει με την ηλικία. Πιο συχνά εμφανίζεται σε ηλικιωμένους που πάσχουν από κάποια αισθητηριακή ή νοητική βλάβη. Όπως τονίζει ο Pfeiffer, 1977, όταν μειωθεί η ικανότητα του ηλικιωμένου να προσλαμβάνει πληροφορίες από το περιβάλλον, οι αισθητηριακές ή νοητικές βλάβες γίνονται η αιτία ώστε να κυριαρχήσουν διάφοροι παράλογοι φόβοι. Ο ηλικιωμένος γίνεται τότε, κυριολεκτικά θύμα των φόβων του.

Τα παρανοϊκά συμπτώματα εμφανίζονται κυρίως σε ηλικιωμένους που ζουν μόνοι, που έχουν απομονωθεί για μεγάλα χρονικά διαστήματα από τους άλλους ανθρώπους (Berger & Zarit, 1978). Σε πιο σπάνιες περιπτώσεις, δυο ή περισσότεροι άνθρωποι μοιράζονται την ίδια παρανοϊκή ιδέα (ως τρέλα για δυο) και ακόμα πιο σπάνια, τρεις άνθρωποι διακατέχονται από παρόμοιες ιδέες (τρέλα για τρεις). Η παρανοϊκή συμπεριφορά είναι η δεύτερη πιο συχνή ψυχωτική διαταραχή των ηλικιωμένων μετά την καταθλιπτική συμπεριφορά (Χριστοδούλου 'Ψυχιατρική').

Η γεροντική άνοια

Ο όρος “άνοια” δεν αναφέρεται σε μια και μόνη ασθένεια, αλλά σε ένα σύνολο χρονίων ασθενειών που έχουν ένα κοινό χαρακτηριστικό: όλες προκαλούν την προοδευτική κάμψη του συνόλου των νοητικών λειτουργιών. Όλες οι άνοιες είναι το αποτέλεσμα της ατροφίας του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος. Η αντίληψη που επικρατεί για τις άνοιες είναι ότι αυτές συνδέονται αποκλειστικά με την γεροντική ηλικία και ότι είναι ένα είδος “τιμωρίας” για το γεγονός ότι γερνάμε. Τούτο όμως δεν ευσταθεί. Η άνοια μπορεί να επέλθει σε οποιοδήποτε χρονικό σημείο της ενήλικης ζωής. Απλώς, η πιθανότητα εμφάνισης κάποιας μορφής άνοιας αυξάνει με την ηλικία. Εξ’ άλλου υπάρχουν ορισμένοι τύποι ανοιών που συναντώνται κυρίως σε άτομα νεότερα των 65 ετών, δηλαδή πριν από την έλευση της τρίτης ηλικίας.

Έχουν καταμετρηθεί συνολικά 50 περιπτώσεις ανοιών. Μερικές από αυτές είναι εξαιρετικά σπάνιες, ενώ οι γεροντικές άνοιες ακολουθούν τον παρακάτω νόμο σε συχνότητα εμφάνισης: μεταξύ των μη ιδρυματικών ατόμων ηλικίας 60 ετών περίπου, η συχνότητα εμφάνισης είναι 1%. Το ποσοστό αυτό διπλασιάζεται κάθε πέντε χρόνια, έτσι ώστε μεταξύ των τόμων 65 ετών να είναι 2%. Στα 70 το αντίστοιχο ποσοστό έχει γίνει 8%, στα 80 έχει γίνει 16% κ.ο.κ. Θα πρέπει επίσης να σημειωθεί ότι ελαφρά συμπτώματα γεροντικής άνοιας συναντώνται σε πολλούς ηλικιωμένους, αλλά τα συμπτώματα αυτά συγχέονται με τις άλλες ανεπάρκειες της γεροντικής ηλικίας και δεν ακολουθούν μια προοδευτική καθοδική πορεία, όπως συμβαίνει στη συνήθη κλινική εικόνα της γεροντικής άνοιας. Οι ηλικιωμένοι αυτοί συνήθως ζουν μέχρι το τέλος της ζωής τους με τα ελαφρά αυτά συμπτώματα και τελικά πεθαίνουν από άλλη αιτία. Αλλά ακόμη και μεταξύ των ιδρυματικών ηλικιωμένων, τα κρούσματα της γεροντικής άνοιας είναι περιορισμένα σε αριθμό. Έχει υπολογιστεί ότι στις δυτικές κοινωνίες ένα ποσοστό της τάξης του 5% των ηλικιωμένων ζουν σε ιδρυματικό περιβάλλον. Από αυτούς, περίπου οι μισοί διαμένουν σε ίδρυμα εξ αιτίας διαφόρων αναπηριών και οι άλλοι μισοί εξ αιτίας κάποιας μορφής γεροντικής άνοιας. Τούτο σημαίνει ότι οι ηλικιωμένοι που έχουν προσβληθεί από γεροντική άνοια δεν ξεπερνούν το 2-3% του συνολικού πληθυσμού των ατόμων της τρίτης ηλικίας. Επομένως, ο φόβος πολλών ανθρώπων ότι θα “χαζέψουν”, θα “τρελαθούν”, θα “τα χάσουν” στη μεγάλη ηλικία είναι κατά κύριο λόγο ανυπόστατος (Χριστοδούλου, Ψυχιατρική)

Εμφάνιση και συμπτώματα της γεροντικής άνοιας

Παρά το γεγονός ότι οι φόβοι των ηλικιωμένων ότι θα προσβληθούν από γεροντική άνοια είναι αβάσιμοι, η γεροντική άνοια είναι ένα σοβαρό πρόβλημα. Στις τελευταίες δεκαετίες ιδιαίτερα, με την δημογραφική αύξηση του γεροντικού πληθυσμού, η γεροντική άνοια γίνεται ένα πραγματικό πρόβλημα για τις ανεπτυγμένες κοινωνίες. Η αύξηση των ηλικιωμένων ατόμων σε απόλυτους αριθμούς, αλλά και η ποσοστιαία αύξηση των ατόμων της τρίτης ηλικίας είναι εντυπωσιακή. Κατά συνέπεια και τα ποσοστά των ατόμων με γεροντική άνοια είναι φυσικό να αυξηθούν. Υποστηρίζεται ότι σήμερα υπάρχουν σε απόλυτους αριθμούς εν ζωή περισσότεροι ανοϊκοί ασθενείς στις δυτικές κοινωνίες όσο ποτέ άλλοτε στο παρελθόν. Έτσι, οι ανάγκες για γηροψυχιατρικές υπηρεσίες θα αυξάνονται διαρκώς.

Ο παρακάτω πίνακας δείχνει στοιχεία από επιδημιολογικές έρευνες σε διάφορες χώρες, ως προς τις ηλικίες που προσβάλλονται από γεροντική άνοια. Με τον όρο γεροντική άνοια, στην παρούσα περίπτωση, εξυπονούνται μέτρια έως σοβαρά προβλήματα της μνήμης και της σκέψης.

Πίνακας: επιδημιολογικές έρευνες σε επιλεγμένες κοινότητες

ΗΛΙΚΙΕΣ		65-69	70-74	75-79	80-84	85+
ΧΩΡΕΣ						
Δανία	(N=978)	2.1	4.0	7.8	7.8	21.4
Αγγλία	(N=758)	2.4	2.9	5.6	8.4	22.0
Ιαπωνία	(N=531)	1.9	2.7	11.3	9.9	33.3
Σουηδία	(N=443)	0.9	5.1	10.8	9.0	21.6
N. Υόρκη	(N=1805)	3.7	5.4	9.3	8.8	23.7

Όπως φαίνεται από τα στοιχεία του πίνακα, η γεροντική άνοια ανέρχεται σε ποσοστά πάνω από 20% ή ακόμη και 30% των ηλικιωμένων μετά την ηλικία των 85 ετών. Με άλλα λόγια υπάρχει μια σαφής διαφορά μεταξύ των δυο βασικών υποομάδων της τρίτης ηλικίας, που καλύπτουν τις ηλικίες 65-80 (young-old) και τους άνω των 80 (old-old). Για τους άνω των 80, τα ποσοστά προσβολής από γεροντική άνοια ανεβαίνουν δραματικά. Έχει υπολογιστεί ότι μετά τα 85 περίπου ένας στους τέσσερις ηλικιωμένους από αυτούς που ζουν στο σπίτι τους πάσχει από μέτρια έως βαριά νοητική ανεπάρκεια. Όπως τονίστηκε ήδη, οι άνθρωποι που χάρη στις τεχνολογικές και ιατρικές προόδους επιζούν μέχρι την ηλικία αυτή είναι ήδη πολλοί και θα αυξάνονται διαρκώς. Αμερικανοί ειδικοί έχουν επισημάνει το γεγονός ότι η γεροντική άνοια θα είναι το υπ' αριθμόν ένα πρόβλημα υγείας του επόμενου αιώνα.

Τα συμπτώματα της γεροντικής άνοιας γίνονται κατ' αρχήν αισθητά με την κάμψη της μνήμης του ατόμου, ιδιαίτερα της μνήμης για τα πρόσφατα γεγονότα. Το άτομο δεν μπορεί να θυμηθεί τι συνέβη τις προηγούμενες ημέρες, ώρες ή και λεπτά της ώρας. Για παράδειγμα, η ηλικιωμένη γυναίκα μπορεί να ξεχάσει ότι τηλεφώνησε στην κόρη της πριν από λίγο και να τηλεφωνήσει ξανά. Ο ηλικιωμένος άνδρας μπορεί να ξεχάσει ότι πέρασε με το αυτοκίνητό του από ένα συγκεκριμένο μαγαζί και να ξαναπάει εκεί για τον ίδιο λόγο που πήγε και την πρώτη φορά.

Οι ανεπάρκειες της μνήμης είναι δύσκολο να ερμηνευτούν ως προς την αιτιολογία τους. Στο αρχικό στάδιο της άνοιας, η μνημονική κάμψη δεν διαφοροποιείται εάν προέρχεται από άγχος, κατάθλιψη, ψυχοπαιεστικά γεγονότα ή ένα γνήσιο σημάδι γεροντικής άνοιας. Επίσης, ορισμένα κρούσματα παράξενης συμπεριφοράς του ατόμου μπορεί να ερμηνευτούν εκ των υστέρων, όταν η κατάσταση της άνοιας έχει προχωρήσει.

Σε μια έρευνα, πήραν μέρος 296 στενοί συγγενείς ηλικιωμένων που προσβλήθηκαν από γεροντική άνοια τύπου Alzheimer. Ερωτώμενοι για την συμπεριφορά των ηλικιωμένων συγγενών τους, οι περισσότεροι είπαν ότι απέδιδαν τις αλλαγές της συμπεριφορά τους σε συναισθηματικά προβλήματα. Γυναίκες ηλικιωμένων, βλέποντας την παράξενη συμπεριφορά του άνδρα τους, ανησύχησαν ότι ο γάμος τους εξελισσόταν άσχημα. Παιδιά ηλικιωμένων βλέποντας ότι ο πατέρας τους γινόταν όλο και πιο αφηρημένος και 'ξεχασιάρης', αποφάσιζαν ότι ο πατέρας τους έχει περιπέσει σε κατάθλιψη. Πολλοί λίγοι από τους συγγενείς των πασχόντων σκέφτηκαν να ζητήσουν συμβουλευτική βοήθεια ή ιατρική θεραπεία.

Αλλά ακόμη και στις περιπτώσεις όπου οι συγγενείς υποψιάστηκαν ότι κάτι συμβαίνει, δεν μπόρεσαν να παρουσιάσουν μια σαφή εικόνα των ανησυχητικών συμπτωμάτων, έτσι ώστε οι

υποψίες τους να ληφθούν σοβαρά υπ' όψη από τον οικογενειακό γιατρό. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι μπορεί να περάσουν μήνες ή και χρόνια μέχρι να διαγνωσθεί το πραγματικό πρόβλημα. Όμως, δεν μπορούν να κατηγορηθούν γι αυτό οι γιατροί που παρακολουθούν τον ηλικιωμένο. Όπως τονίζει η Janet Belsky, δεν υπάρχει τρόπος απ' ευθείας εξέτασης του εγκεφάλου, ώστε να διαπιστωθούν οι παθολογικές αλλοιώσεις. Η διάγνωση, σύμφωνα με την ιατρική πρακτική, στηρίζεται στον αποκλεισμό όλων των άλλων πιθανών ασθενειών και τούτο δεν είναι εύκολο μα γίνει στα πρώτα στάδια. Η διάγνωση της γεροντικής άνοιας στηρίζεται στο ιστορικό της επιδείνωσης των συμπτωμάτων στη διάρκεια του χρόνου (Χριστοδούλου 'Ψυχιατρική')

Προοδευτική εξέλιξη της γεροντικής άνοιας

Ενώ τα πρώτα στάδια της γεροντικής άνοιας είναι αδιαφοροποίητα, όπως έχουν δείξει συναφείς έρευνες, τα προχωρημένα στάδια της γεροντικής άνοιας είναι σαφέστατα και προχωρούν σε τρομακτικό βαθμό.

Καθώς η παθολογική αλλοίωση του εγκεφάλου προχωρεί προς τα μεσαία στάδια, τα συμπτώματα πυκνώνουν. Σχεδόν κάθε πλευρά της σκέψης του ατόμου επηρεάζεται. Η αφηρημένη σκέψη, δηλαδή η σκέψη σε αφαιρετικό επίπεδο γίνεται περίπου αδύνατη. Το άτομο κάνει μόνο συγκεκριμένους συλλογισμούς και ασχολείται με την απτή καθημερινότητα. Στη συνέχεια, η κρίση του ατόμου προσβάλλεται και το άτομο κρίνει με τρόπο λανθασμένο. Δεν μπορεί ακόμα να πάρει αποφάσεις, συνεκτιμώντας τις διάφορες εναλλακτικές λύσεις σε ένα πρόβλημα. Η γλώσσα και ο γλωσσικός πλούτος περιορίζονται. Το άτομο δυσκολεύεται να ονοματίσει αντικείμενα και δεν παρακολουθεί την άποψη του ακροατή καθώς συζητά. Η γνήσια ανθρώπινη επικοινωνία, η γέφυρα που συνδέει τους ανθρώπους μεταξύ τους, έχει σπάσει.

Όταν η ασθένεια έχει εγκαθιδρυθεί σταθερά στα μεσαία στάδια, μια σειρά από ανάρμοστες συμπεριφορές κάνουν την εμφάνισή τους. Το ηλικιωμένο άτομο μπορεί να ορμήσει μέσα στην κίνηση του δρόμου, προκειμένου να περάσει στο απέναντι πεζοδρόμιο. Δεν υπολογίζει κοινωνικούς κανόνες και χρειάζεται συνεχή καθοδήγηση. Ακόμη, χάνει την αίσθηση του κινδύνου και είναι σε θέση να διακινδυνεύσει σοβαρά τη ζωή του. Η καθημερινότητα για το άτομο που πάσχει από γεροντική άνοια, απορρυθμίζεται σταδιακά. Δεν μπορεί να προσανατολισθεί στο χώρο και στο χρόνο. Χάνει το δρόμο για το σπίτι του, ακόμα και αν έχει επισκεφθεί ένα κοντινό του μαγαζί, στο οποίο ψώνιζε για πολλά χρόνια. Μπορεί να σκέπτεται ότι ζει στο 1943 και ότι δέχεται οδηγίες από τον υπολοχαγό του και όχι στο τρέχον έτος στην

συγκεκριμένη συνοικία. Στο τέλος επηρεάζονται και οι μνήμες που έχουν εγκαθιδρυθεί με τη μεγαλύτερη σταθερότητα. Μια ηλικιωμένη γυναίκα μπορεί να ξεχνά τη διεύθυνση του σπιτιού της, το όνομά της, ακόμη και τι γεγονός ότι έχει τέσσερα παιδιά.

Στο τελικό στάδιο, το άτομο χάνει την ικανότητα της ομιλίας ολοκληρωτικά. Στο σημείο αυτό, είναι πιθανό να μην εκτελεί ούτε τις πιο βασικές από τις βιολογικές λειτουργίες: να βαδίζει, να χρησιμοποιεί την τουαλέτα, ακόμα και να μασά την τροφή του και να την καταπίνει.

Σύμφωνα με την παραστατική εικόνα ενός ψυχιάτρου, η προοδευτική απώλεια των νοητικών λειτουργιών μοιάζει με το ξεφλούδισμα ενός κρεμμυδιού. Μεγάλα στρώματα νοητικών λειτουργιών εκπίπτουν και χάνονται και η πρόοδος της ασθένειας ταυτίζεται με την προοδευτική απώλεια που ξεκινά από τις ικανότητες που αποκτήθηκαν τελευταίες (π.χ. αφαιρετική σκέψη) και καταλήγει στις ικανότητες που αποκτήθηκαν στα πρώιμα στάδια της ζωής (δηλαδή στη νηπιακή και παιδική ηλικία).

Υπάρχει όμως και ένα παρήγορο σημείο: οι περισσότεροι ειδικοί τονίζουν ότι όλες οι περιπτώσεις γεροντικής άνοιας δεν επιδεινώνονται με τον ίδιο τρόπο. Μερικοί ασθενείς είναι ικανοί να εκτελούν βασικές λειτουργίες, όπως να ντύνονται και να πηγαίνουν στην τουαλέτα, ακόμη και με τις πιο βαριές προσβολές στη μνήμη και στη σκέψη. Άλλοι ασθενείς αντίθετα, μπορούν να έχουν καλύτερο επίπεδο μνήμης και λογικής σκέψης, αλλά να χρειάζονται στη φροντίδα από κάποιον, προκειμένου να ντυθούν ή κάνουν χρήση της τουαλέτας.

Το πιο απογοητευτικό σημείο από όλα, σε ότι αφορά τα στάδια της εξέλιξης της γεροντικής άνοιας, είναι ότι δεν μπορεί να προβλεφθεί ο χρόνος διάρκειας του κάθε σταδίου. Οι ψυχίατροι που βλέπουν τέτοιους ασθενείς δεν είναι σε θέση να απαντήσουν στις ερωτήσεις των συγγενών σχετικά με το ποιας μορφής θα είναι η επιδείνωση, πόσο θα διαρκέσει ή πόσο θα επεκταθεί. Υπάρχουν οι ηλικιωμένοι των οποίων η κατάσταση χειροτερεύει μέσα σε λίγους μήνες και φτάνει στο τελικό στάδιο. Υπάρχουν όμως και ηλικιωμένοι με γεροντική άνοια, των οποίων η κατάσταση παραμένει βασικά αναλλοίωτη για αρκετά χρόνια μετά την πρώτη διάγνωση. Κατά μέσο όρο οι άνθρωποι που προσβάλλονται από αυτήν, ζουν για πέντε χρόνια από τότε που θα γίνει αισθητή. Το χρονικό όριο των πέντε ετών είναι ασφαλώς ένας στατιστικός μέσος όρος: μερικοί άνθρωποι μπορεί να πεθάνουν μέσα σε διάστημα ενός ή δυο μηνών, ενώ άλλοι, με εξαιρετική φροντίδα, μπορεί να ζήσουν μέχρι είκοσι χρόνια- σύμφωνα με συγκεκριμένες μαρτυρίες (Χριστοδούλου, 'Ψυχιατρική').

Ταξινόμηση των γεροντικών ανοιών

Το πρώτο βήμα για την ταξινόμηση των γεροντικών ανοιών είναι η διάγνωση σχετικά με το στάδιο της ασθένειας. Η γενική κατάσταση αξιολογείται με ένα μνημονικό τεστ και ένα τεστ συμπεριφοράς του ασθενούς, που μπορεί να είναι το Blessed Dementia ή το Mental Status Questionnaire, συντομογραφικά MSQ. Το πρώτο χρησιμοποιείται ευρέως στη Βρετανία και κατασκευάστηκε από τον Blessed και τους συνεργάτες του (1986). Το δεύτερο χρησιμοποιείται ευρέως στην Αμερική και κατασκευάστηκε από τον Kalm και τους συνεργάτες του (1960).

Το τεστ για τη μνήμη χορηγείται ευθέως στον ασθενή, ενώ το τεστ συμπεριφοράς χορηγείται στον κοντινότερο άνθρωπο που τον φροντίζει. Το τεστ συμπεριφοράς προσπαθεί να αξιολογήσει το επίπεδο λειτουργικής ικανότητας του ηλικιωμένου στην καθημερινή του ζωή. Το μνημονικό τεστ περιλαμβάνει ερωτήσεις τις οποίες ένας ηλικιωμένος, όσο κουτός και αν είναι, μπορεί να τις απαντήσει.

Οι ερωτήσεις του διαγνωστικού οδηγού MSQ είναι οι ακόλουθες:

1. Πού βρίσκεσαι τώρα;
2. Τι είναι αυτό το μέρος;
3. Τι μέρα είναι;
4. Τι μήνα έχουμε;
5. Σε ποιο έτος βρισκόμαστε;
6. Πόσων ετών είσαι;
7. Πότε είναι τα γενέθλιά σου;
8. Ποιο έτος γεννήθηκες;
9. Ποιος είναι ο Πρόεδρος της Κυβέρνησης;
10. Ποιος ήταν Πρόεδρος πριν από αυτόν;

Εκτίμηση: 0 – 2 = καθόλου ή ελαφριά ανεπάρκεια

3 – 8 = μέτρια ανεπάρκεια

9 – 10 = βαρεία ανεπάρκεια

Τα δυο αρχικά τεστ ακολουθούνται από μια λεπτομερή αναζήτηση της συμπτωματολογίας, που συνθέτει την πλήρη εικόνα της γεροντικής άνοιας. Η Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρία εκδίδει περιοδικά μια ταξινόμηση των ψυχικών διαταραχών, τη γνωστή DSM, η οποία επηρεάζει τις σχετικές διαγνώσεις σε πολλές χώρες όπως και στην Ελλάδα.

Τα συμπτώματα της γεροντικής άνοιας σύμφωνα με το DSM-III (1980) είναι τα ακόλουθα:

1) έκπτωση των νοητικών λειτουργιών σε σημείο που να επηρεάζεται η καθημερινή δραστηριότητα του ασθενούς, 2) έκπτωση της λειτουργίας της μνήμης, 3) σαφής αλλαγή σε μία τουλάχιστον από τις εξής λειτουργίες- αφηρημένη σκέψη, κρίση, γλωσσική ικανότητα, ικανότητα αναγνώρισης αντικειμένων δια της αφής ή μέσω της όρασης, αλλοίωση της προσωπικότητας, 4) ο ασθενής συμπεριφέρεται με τον περιγραφέντα τρόπο ενώ είναι εντελώς ξύπνιος και χωρίς την επίδραση φαρμάκων ή ναρκωτικών, 5) δεν υπάρχει ένδειξη ότι τα συμπτώματα προκαλούνται από κάποιον ειδικό παράγοντα.

Γεροντικές άνοιες κάθε μορφής καλύπτονται από την ίδια συμπτωματολογία και τον ίδιο γενικό ορισμό. Ωστόσο οι γεροντικές άνοιες (άνοιες διαφορετικής αιτιολογίας, όπως καλούνται εναλλακτικά) παρουσιάζουν έναν ειδικό τύπο δυσλειτουργίας.

Νόσος ALZHEIMER

Στην αρχή του αιώνα μας η νόσος περιγράφηκε για πρώτη φορά από τον Alois Alzheimer, από τον οποίο πήρε και το όνομά της. Η νόσος αυτή θεωρήθηκε ότι περιγράφει δυο διαφορετικές άνοιες: την προγεροντική και την γεροντική άνοια. Η προγεροντική άνοια είναι η ασθένεια που εκδηλώνεται στη διάρκεια της μέσης ηλικίας, με συμπτώματα συναφή με αυτά της γεροντικής άνοιας, ίδιας αιτιολογίας, δηλαδή προκαλούμενα από τις ίδιες παθολογικές αλλοιώσεις του εγκεφάλου.

Ο Βρετανός ψυχίατρος Sir Martin Roth (1985) που θεωρείτε αυθεντία στο είδος του, πιστεύει ότι η διάκριση μεταξύ των δυο πρέπει να παραμείνει. Άγγλοι ειδικοί πιστεύουν ότι δεν υπάρχει λόγος και ότι η νόσος είναι ενιαία. Προσθέτοντας ακόμη περισσότερη σύγχυση, οι συντάκτες του διαγνωστικού οδηγού DSM-III έχουν δώσει στη νόσο αυτή ένα εναλλακτικό όνομα: πρωτογενής εκφυλιστική άνοια.

Το πιο γνωστό όνομα της νόσου είναι Dementia of Alzheimer type, συντομογραφικά DAT.

Από αυτήν υποφέρουν περισσότεροι από τους μισούς μεσήλικες ή υπερήλικες (50% έως 70%) του συνολικού αριθμού ατόμων που έχουν προσβληθεί από άνοια. Με άλλα λόγια είναι η επικρατέστερη μεταξύ των ανοιών.

Η νόσος του Alzheimer χτυπά την πιο ανθρώπινη, κυριολεκτικά από τις λειτουργίες μας: καταστρέφει προοδευτικά τους νευρώνες του εγκεφάλου. Με την πρόοδο της νόσου ο εγκέφαλος ατροφεί και οι συνάψεις μεταξύ των νευρώνων λιγοστεύουν διαρκώς και περισσότερο.

Οι άλλοτε υγιείς νευρώνες εκπίπτουν και χάνονται. Ενώ στη φυσιολογική τους μορφή οι νευρώνες μοιάζουν με δένδρα που έχουν ρίζες και κλαδιά, με τον σταδιακό εκφυλισμό τους οι νευρώνες συρρικνώνονται σε τέτοιο σημείο ώστε στη θέση τους απομένει ένας υποτυπώδης σχηματισμός, κάτι σαν ξερός κορμός αποξηραμένου δένδρου. Επιπλέον, στη θέση των κάποτε υγιών κυματοειδών ινιδίων τώρα σχηματίζονται οι λεγόμενες γεροντικές πλάκες και άλλα παθολογικά σημάδια.

Η αποδόμηση του εγκεφάλου, είναι αρχικά περιορισμένη σε ένα εγκεφαλικό κέντρο. Βαθμιαία όμως εξαπλώνεται και στα άλλα εγκεφαλικά κέντρα και γενικεύεται. Σε μια κλασική στο είδος της μελέτη, Βρετανοί ερευνητές έδειξαν πειραματικά ότι η έκταση των προβλημάτων μνήμης και σκέψης ενός ατόμου είναι μια απ' ευθείας αντανάκλαση του ποσού της νευρικής αποδόμησης του εγκεφάλου που έχει συμβεί μέχρι εκείνη την στιγμή. Οι αυτοψίες που έγιναν σε εγκεφάλους ηλικιωμένων ατόμων, μετά τον θάνατό τους, οι οποίοι εν ζωή υπέφεραν από μνημονικές ανεπάρκειες σε διαφορετικό βαθμό, έδειξαν ότι η συνάφεια ανάμεσα στις σχηματισθείσες γεροντικές πλάκες του εγκεφάλου και τις νοητικές ικανότητες του ατόμου (όπως είχαν εξελιχθεί την εποχή που κατέληξε να πεθάνει) ήταν πολύ υψηλή. Τι προκαλεί αυτή τη νευρολογική φθορά; Ενώ δεν είμαστε ακόμα σε θέση να απαντήσουμε με σαφήνεια στην ερώτηση σχετικά με τα αίτια που προκαλούν την άνοια, εντούτοις πέντε διαφορετικοί παράγοντες έχουν επισημανθεί από τις έρευνες. Εξετάζοντας κάθε έναν από τους παράγοντες αυτούς, ας έχουμε υπ' όψη ότι η ύπαρξη ενός από αυτούς δεν αποκλείει την ύπαρξη και των άλλων. Σύμφωνα με επιφανείς ερευνητές (Reisberg 1981, Roth 1985) η νόσος Alzheimer είναι το τελικό αποτέλεσμα στο οποίο συντείνουν μια σειρά από βλάβες του εγκεφάλου.

Οι παράγοντες αυτοί είναι οι ακόλουθοι:

1. Ένα μικρόβιο. Ακριβώς όπως και σε ένα άλλο τύπο γεροντικής άνοιας (τη νόσο Creutzfeld-Jacob) όπου ένα μικρόβιο ενεργεί υπόγεια, για δεκαετίες ίσως, μέχρι να ολοκληρώσει το καταστροφικό του έργο, το ίδιο μπορεί να υποθέτει ότι συμβαίνει και τη νόσο Alzheimer.

2. Κάποια δυσλειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος. Ορισμένοι ερευνητές ανέφεραν ότι εντόπισαν φυσιολογικά αντισώματα σε ασθενείς πάσχοντες από τη νόσο

Alzheimer. Με βάση τα ευρήματα, οι ερευνητές αυτοί υπέθεσαν ότι τα αντισώματα αυτά, αντί να λειτουργούν φυσιολογικά και να εκδιώκουν τους εχθρούς που εισβάλλουν στο σώμα, στρέφονται εναντίον του οργανισμού και δημιουργούν ένα ρήγμα. Οπότε, οποιοδήποτε μικρόβιο ή τοξική ουσία μπορεί εύκολα να προσβάλλει τον εγκέφαλο και να σημάνει την έναρξη της νόσου Alzheimer.

3. Το αλουμίνιο. Εκτός από κάποιο μικρόβιο, η τοξική ουσία του αλουμινίου έχει κατηγορηθεί ότι προκαλεί τη νόσο και τούτο, διότι έχει ανευρεθεί μεγάλη συγκέντρωση από αυτήν την ουσία στον εγκέφαλό των πασχόντων από τη νόσο. Το θέμα παραμένει ανοιχτό για συζήτηση, όμως μια πρόσφατη έρευνα έδειξε ότι σε περιοχές όπου το νερό περιλαμβάνει μεγαλύτερες από τις κανονικές τιμές αλουμινίου, οι κάτοικοι εμφανίζονται σε μεγαλύτερη συχνότητα να πάσχουν από τη νόσο Alzheimer.

4. Γενετική ανωμαλία. Το οικογενειακό ιστορικό των πασχόντων από Alzheimer εξετάζεται κατά κανόνα, στην προσπάθεια να αποδοθεί η νόσος σε κληρονομικούς παράγοντες. Τελικά, το 1987, οι ερευνητές απομόνωσαν ένα μικρό δείγμα ηλικιωμένων, στους οποίους υπήρχε προϊστορία της νόσου. Το γενετικό στίγμα εντοπίστηκε στο χρωμόσωμα 21, όπου εντοπίζεται – όπως είναι γνωστό – και η γενετική ανωμαλία του συνδρόμου Down.

Τα άτομα με σύνδρομο Down, σε περίπτωση που καταφέρουν να ζήσουν μέχρι την ηλικία των 40 ετών, αναπτύσσουν καθολικά τη νόσο Alzheimer. Όπως φαίνεται, τα άτομα αυτά είναι γενετικά καθορισμένα να αναπτύξουν την εκφυλιστική νόσο του εγκεφάλου και μάλιστα έχουν διπλή δόση του γενετικού προγράμματος, που οφείλονται σε ανωμαλίες του χρωμοσώματος 21.

Άλλοι ερευνητές υποθέτουν ότι για την εκφυλιστική νόσο Alzheimer ευθύνονται τα μη φυσιολογικά αποθέματα μιας πρωτεΐνης που καλείται Β-αμυλοειδής και η οποία αναπτύσσεται στον εγκέφαλο. Η Βαμυλοειδής πρωτεΐνη είναι ένα από τα βασικά συστατικά που εμπεριέχεται τόσο στις γεροντικές πλάκες όσο και στους νευρωνικούς σχηματισμούς. Επομένως προκύπτουν τα ακόλουθα ερωτήματα: Μήπως η γενετικά καθορισμένη παραγωγή της τοξίνης που λέγεται Βαμυλοειδής γίνεται πρόξενος της νόσου καθώς συσσωρεύεται; Μήπως το μικρόβιο Alzheimer συμπράττει με κάποια ουσία όπως είναι το αλουμίνιο και θέτει σε έναρξη την εκφυλιστική νόσο του εγκεφάλου; Σαφής απάντηση σε αυτά τα ερωτήματα δεν έχει δοθεί ακόμη. Οποιαδήποτε και αν είναι η απάντηση, η προσοχή έχει τώρα στραφεί στον ιδιαίτερο ρόλο που παίζει η σταδιακή άθροιση των παραπάνω αναφερομένων ουσιών στην εμφάνιση της νόσου (Χριστοδούλου ‘Ψυχιατρική’).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Τα προβλήματα των ατόμων της τρίτης ηλικίας, μπορούν να συνοψισθούν στις εξής τρεις κατηγορίες:

1. Παθολογικά-Σωματικά νοσήματα
2. Ψυχολογικά προβλήματα
3. Κοινωνικά προβλήματα

Ο κοινωνικός λειτουργός από τη θέση του και με βάση τις αρμοδιότητές του στην εκάστοτε περίπτωση, μπορεί να παρέμβει και στις τρεις από τις παραπάνω κατηγορίες με ποικίλους τρόπους.

Συγκεκριμένα, στο πεδίο των παθολογικών προβλημάτων του ηλικιωμένου, ο κοινωνικός λειτουργός με την καθοδήγηση του νοσηλευτή πρέπει να ακολουθεί πιστά τις ιατρικές οδηγίες παρέχοντας στον ηλικιωμένο την κατάλληλη φροντίδα. Ο ηλικιωμένος, ειδικά όταν νοσηλεύεται σε κάποιο ίδρυμα, αμελεί τα φάρμακά του και την όποια φροντίδα απαιτεί η πάθησή του. Με αυτόν τον τρόπο δίνεται η δυνατότητα της σωστής παρακολούθησης της πορείας της πάθησης και με αυτόν τον τρόπο, βελτιώνεται και η πρόγνωση.

Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στο θέμα των ψυχολογικών προβλημάτων του ηλικιωμένου είναι πολύ σημαντικός. Ο κοινωνικός λειτουργός μπορεί να κάνει προσπάθειες έτσι ώστε να φέρει σε επαφή των ηλικιωμένο με τα συγγενικά του πρόσωπα σε μεγαλύτερο βαθμό. Συγκεκριμένα, πρέπει να ενημερώσει τους συγγενείς να δείχνουν περισσότερη στοργή και ενδιαφέρον στους ηλικιωμένους, που όπως οι ίδιοι ομολογούν, υποφέρουν από μοναξιά, έτσι ώστε να προσπαθήσουν να τη μειώσουν. Επιπλέον, ο κοινωνικός λειτουργός μπορεί να παροτρύνει τους ηλικιωμένους που νοσηλεύονται σε κάποιο ίδρυμα να επικοινωνούν και να επισκέπτονται τους συγγενείς τους συχνότερα, για να ξεφεύγουν από τη ρουτίνα της καθημερινότητας του ιδρύματος. Με αυτόν τον τρόπο, θα δίνουν νόημα στη ζωή τους και θα κυλά ο χρόνος ευχάριστα, χωρίς να σκέπτονται το τέλος. Η σημασία της επικοινωνίας σε αυτό το επίπεδο, υπογραμμίζεται από τις δυσμενείς επιπτώσεις που έχει η μοναξιά στον

ηλικιωμένο. Σύμφωνα με κάποιες πρόσφατες έρευνες, οι άνθρωποι που ζουν μόνοι τους, έχουν διπλάσιο κίνδυνο να προσβληθούν από σοβαρές καρδιακές παθήσεις σε σύγκριση με αυτούς που ζουν με ένα σύντροφο.

Το συμπέρασμα αυτό προέκυψε από έρευνα που διεξάχθηκε σε 130.000 άτομα ηλικίας από 30 έως 69 ετών στη Δανία. Μεταξύ 2000 και 2002, 646 άτομα παρουσίασαν σοβαρή μορφή στηθάγχης ή υπέστησαν καρδιακή προσβολή. Οι παθήσεις αυτές σχετίζονται με αθηρωμάτωση, στένωση και απόφραξη των στεφανιαίων αγγείων της καρδιάς.

Η ανάλυση των πληθυσμιακών και επιδημιολογικών δεδομένων έδειξε ότι οι άνθρωποι με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο και οι συνταξιούχοι, είχαν αυξημένο κίνδυνο για πάθηση σε σχέση με τις στεφανιαίες αρτηρίες της καρδιάς δηλαδή στηθάγχη και έμφραγμα του μυοκαρδίου. Όμως τα ευρήματα ανέδειξαν ότι οι δύο ισχυρότεροι προγνωστικοί παράγοντες για την προσβολή από τις εν λόγω παθήσεις ήταν η ηλικία και η μοναχική διαβίωση.

Οι γυναίκες άνω των 60 ετών που ζούσαν μόνες τους και οι άνδρες άνω των 50 ετών που επίσης ζούσαν μόνοι τους, είχαν διπλάσιο κίνδυνο από όλους τους άλλους να προσβληθούν από παθήσεις των στεφανιαίων αρτηριών της καρδιάς. Οι γυναίκες άνω των 60 ετών που ζούσαν μόνες τους, αντιπροσώπευαν μόλις το 5% του πληθυσμού που μελετήθηκε. Οι άνδρες άνω των 50 ετών, αποτελούσαν σχεδόν 8% του συνόλου. Παρά την αριθμητική διαφορά ανδρών και γυναικών των συγκεκριμένων ηλικιακών ομάδων, οι θάνατοι των γυναικών αποτελούσαν το ένα τρίτο όλων των θανάτων λόγω προβλημάτων των στεφανιαίων αρτηριών ενώ στους άνδρες αντιπροσώπευαν τα δύο τρίτα του συνόλου του θανάτων.

Το χαμηλότερο κίνδυνο για θάνατο λόγω καρδιακής προσβολής, τον είχαν αυτοί που είχαν υψηλό μορφωτικό επίπεδο, αυτοί που συζούσαν με ένα ή μια σύντροφο και αυτοί που ήταν εργαζόμενοι. Επίσης οι διαζευγμένες γυναίκες παρουσίαζαν χαμηλότερες πιθανότητες να προσβληθούν από στηθάγχη ή έμφραγμα μυοκαρδίου.

Οι ερευνητές πιστεύουν ότι οι διαφορές που παρατηρήθηκαν, οφείλονται σε ορισμένους παράγοντες του τρόπου ζωής οι οποίοι είναι συχνότεροι σε αυτούς που ζουν μόνοι τους.

Οι παράγοντες που επιδεινώνουν τις πιθανότητες επιβίωσης αυτών που ζουν μόνοι τους περιλαμβάνουν το κάπνισμα, την παχυσαρκία, την υψηλή χοληστερόλη και λιγότερη παρακολούθηση από το γιατρό τους. Επίσης αυτοί που ζουν μόνοι, είναι πιθανόν ότι αντλούν λιγότερη στήριξη από τις κοινωνικές τους σχέσεις γεγονός που επηρεάζει αρνητικά τη μακροζωία.

Στα πλαίσια αυτά, η αναγνώριση ομάδων πληθυσμού που κινδυνεύουν περισσότερο, αποτελεί βασικό πυλώνα της πρόληψης.

Τέλος στο πεδίο των κοινωνικών θεμάτων, υπάρχει μια πληθώρα προγραμμάτων που μπορούν να λάβουν χώρα, πάντα με την κατάλληλη παρέμβαση από την πλευρά του επιστημονικού προσωπικού. Επειδή στο χώρο ενός ιδρύματος είναι πολύ σημαντικό να υπάρχουν πολύ καλές σχέσεις ανάμεσα στους ασθενείς, θα ήταν ζωτικής σημασίας να οργανωθούν διάφορα προγράμματα ομαδοποίησης των ηλικιωμένων για να αναπτύξουν το αίσθημα αλληλεγγύης και να βελτιωθούν οι σχέσεις τους. Είναι πολύ σημαντικό επίσης, οι ασθενείς να έχουν γνώση των παθολογικών προβλημάτων τους, έτσι ώστε να αποκτήσουν τη διάθεση να φροντίσουν από μόνοι τους τον εαυτό τους. Χαρακτηριστικό παράδειγμα ενημέρωσης των ηλικιωμένων στα θέματα υγείας που τους απασχολούν είναι η εκπαίδευση στο επίπεδο της πρόληψης των πτώσεων. Ειδικά προγράμματα εξάσκησης μπορούν να μειώσουν τις πτώσεις σε άτομα τρίτης ηλικίας. Ένα από τα σοβαρότερα προβλήματα που μπορεί να συμβούν σε άτομα τρίτης ηλικίας είναι η πτώση, η οποία μπορεί να έχει σοβαρές ιατρικές, κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις.

Η πρόληψη των πτώσεων στα ευάλωτα αυτά άτομα μπορεί να προληφθεί με την εφαρμογή ενός ειδικού προγράμματος εκπαίδευσης των ηλικιωμένων. Στη Νέα Ζηλανδία έχει εφαρμοστεί το πρόγραμμα αυτό με επιτυχία. Σε μια πρώτη προσπάθεια, στο αρχικό πρόγραμμα, η εκπαίδευση των ηλικιωμένων έγινε από φυσιοθεραπευτές και απέδωσε καρπούς.

Τώρα σύμφωνα με 2 πρόσφατες μελέτες από ερευνητές και γιατρούς της σχολής Γηριατρικής του πανεπιστημίου του Otago της Νέας Ζηλανδίας το πρόγραμμα αυτό εφαρμόστηκε στα σπίτια των ηλικιωμένων από νοσηλεύτριες. Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε βασίστηκε πάνω στις κοινοτικές νοσηλεύτριες οι οποίες αφού έτυχαν της κατάλληλης επιμόρφωσης, επισκέπτονταν στα σπίτια τους, τους ηλικιωμένους και τους εκπαίδευαν ειδικά πως ν' αποφεύγουν τις πτώσεις και τους τραυματισμούς (όπως το κάταγμα της κεφαλής του μηριαίου οστού).

Τα αποτελέσματα ήταν ότι μειώθηκαν ο συνολικός αριθμός των πτώσεων και των εισαγωγών σε νοσοκομεία των ηλικιωμένων λόγω σοβαρών τραυματισμών μετά από πτώση. Επίσης φάνηκε ότι η μέθοδος αυτή είχε και θετικές οικονομικές επιπτώσεις ιδιαίτερα στα άτομα άνω των 80 ετών.

Ένα πολύ σημαντικό στοιχείο που φάνηκε ήταν ότι οι κοινοτικές νοσηλεύτριες με το έργο τους κατάφεραν να έχουν ανάλογα αποτελέσματα όπως οι φυσιοθεραπευτές.

Οι μελέτες αυτές δημοσιεύονται στο British Medical Journal: "Effectiveness and economic evaluation of a nurse delivered home exercise programme to prevent falls. 1: Randomised controlled trial" BMJ 2001;322:697 και "Effectiveness and economic evaluation of a nurse

delivered home exercise programme to prevent falls. 2:Controlled trial in multiple centres"
BMJ 2001;322-701, 24 Μαρτίου 2001.

Το παράδειγμα που μας δίνει η Νέα Ζηλανδία είναι πάρα πολύ καλό και η εφαρμογή του και σε άλλες χώρες μπορεί να έχει πολλαπλές θετικές επιπτώσεις στον καθαρά ιατρικό τομέα αλλά επίσης και στον κοινωνικό, ψυχολογικό και οικονομικό τομέα. Σε μια εποχή όπου ο μέσος όρος ζωής αυξάνεται, είναι σημαντικό να λαμβάνονται όλα τα μέτρα για τη βελτίωση της υγείας των ατόμων τρίτης ηλικίας και πρόληψης των ατυχημάτων.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνικά βιβλία

1. Κανούτος Φίλιππος.
Άρθρο: “Η γήρανση του πληθυσμού”.
Δημοσίευση στο site: Pneumonologist.gr. Οκτώβριος 2009.
2. Κούνης Ν.
“Νευρολογία”. Σημειώσεις Νευρολογίας Α.Τ.Ε.Ι Πατρών. Πάτρα, 1998.
3. Μαθιουδάκης Γ.
“Γεροντολογία-Γηριατρική” Έκδοση Γ’. Εκδόσεις Πελεκάνος Αθήνα, 1992
4. Πλατή Χρ.
“Γεροντολογική Νοσηλευτική”
Έκδοση Γ’. Εκδόσεις Παπανικολάου Γ. ΑΒΕΕ. Αθήνα, 1998.
5. Πρακτικά Συμποσίου Συνδέσμου Κοινωνικών Λειτουργών Ελλάδας
“Προβλήματα γεροντικής ηλικίας” Αθήνα, 1985.
6. Σπινέλλη Κ.Δ – Πιτσιού Ε.
“Ηλικιωμένοι: Θύματα κακοποίησης και παραμέλησης” 1989.
7. Χριστοδούλου .
“Ψυχιατρική” Εκδόσεις. Βήτα.

Ξενόγλωσσα Βιβλία.

8. Bultena G.L. and Powers E.A
“Denial of aging: Age identification and reference group orientations”
Journal of Gerontology, 1978.
9. Campel AJ, Buchner DM.
Unstable disability and the fluctuations of frailty Age Ageing. 1997.
10. Greene M., Hoffman S., Charon R., Adelman R.
“Psychosocial concerns in the medical encounter: A comparison of the interactions of doctors with their old and young patients” Gerontologist, 1987.
11. Grimley EJ, Williams FT, Beattie LB, et al., eds. Oxford textbook of geriatric medicine. 2nd ed Oxford University Press, 2000.
12. J Am Geriatric Society. 2001
“The prevention of falls in older persons”
13. Johnson RJ, Feehally JF, eds
“Comprehensive clinical nephrology” London, 1999.

14. Lachman M.E. & Mc Arthur L.Z.
“Adult age differences in causal attributions for cognitive, physical and social performance” 1986.
15. Mahoney M.J.
“Reflections of the cognitive-learning trend in psychotherapy” American Psychologist, 1977.
16. Palmore E.
“Attitudes toward aging as shown by humor” Gerontologist, 1971.
17. Riegel K.E.
“History of psychological gerontology” Handbook of the psychology of aging, 1977.
18. Ronald Cape , Rodney M. Coe, Isadore Rossman.
“Βασικές αρχές Γηριατρικής”. Μετάφραση-Επιμέλεια Ιμαριάλος Π. Έκδοση Α'. Εκδόσεις Επιστημονικού βιβλίου και περιοδικών,Θεσσαλονίκη, 1990.
19. Shanas E.
“Old parents and middle-age children: The four- ad five- generation family” Journal of Geriatric Psychiatry , 1984.
20. Waterlow JC.
“Protein energy malnutrition” London, 1992.
21. www.unipi.gr/katsanevas/arthra/articles/61doc