

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΑΣ  
ΣΧΟΛΗ : ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ : ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

---

**«Η κατάθλιψη στην τρίτη ηλικία  
και η συμβολή του νοσηλευτή  
στην αποκατάστασή της»**



**Υπεύθυνη Καθηγήτρια : *Dr. Παπαδημητρίου Μαρία***



**Σπουδάστριες :**

- ✓ **Γιατρά Χαραλαμπία**
- ✓ **Γεωργίου Πανωραία**

**ΠΑΤΡΑ, 2001**

3368

## Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

	<u>Σελ.</u>
<b>Αντί προλόγου</b> .....	5
<b>ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</b> .....	6
<b>Εισαγωγή</b> .....	7
<b>Κεφάλαιο 1</b>	
<b>Ιστορική ανασκόπηση</b> .....	8
<b>Κεφάλαιο 2</b>	
<b>Επιδημιολογία της κατάθλιψης</b> .....	9
<b>Κεφάλαιο 3</b>	
<b>Κατάθλιψη</b> .....	11
3.1 Τι είναι κατάθλιψη .....	11
3.2 Τι είναι γεροντική κατάθλιψη .....	11
3.3 Πως να αναγνωρίζουμε την κατάθλιψη .....	12
3.4 Παράγοντες που συμβάλλουν στην έναρξη και εξέλιξη της γεροντικής κατάθλιψης .....	13
3.4.1 Ανασφάλεια .....	13
3.4.2 Ιδρύματα - Μια καινούργια οικογένεια .....	14
3.4.3 Η εγκατάλειψη των δυνάμεων .....	14
(α) Σωματική αδυναμία .....	14
(β) Πνευματικές αδυναμίες .....	15
3.4.4 Προσδοκία του θανάτου .....	16
3.4.5 Πένθος .....	16
3.4.6 Η υποχρεωτική συνταξιοδότηση .....	18
3.4.7 Κληρονομικότητα .....	18
3.4.8 Οι κυριότερες Νευρολογικές και Συστηματικές διαταραχές που προκαλούν κατάθλιψη .....	19
<b>Κεφάλαιο 4</b>	
<b>Ταξινόμηση της νόσου</b> .....	22
4.1 Ενδογενής και εξωγενής κατάθλιψη .....	22
4.2 Ψυχωτική και Νευρωτική κατάθλιψη .....	24
4.3 Μονοπολική και Διπολική διαταραχή .....	25
4.4 Μείζων κατάθλιψη .....	27
4.5 Διεγερτική κατάθλιψη .....	28
4.6 Αρτηριοσκληρυντική κατάθλιψη .....	29
4.7 Αγχώδης κατάθλιψη .....	29
4.8 Ψευδοανοϊκή μορφή κατάθλιψης .....	31

**Κεφάλαιο 5**

<b>Η κλινική εικόνα της γεροντικής κατάθλιψης</b> .....	33
5.1 Καταθλιπτική διάθεση .....	35
5.2 Αλλαγή στον τρόπο του σκέπτεσθαι .....	35
5.3 Η έλλειψη κινήτρων .....	35
5.4 Μειωμένη ικανότητα σκέψης και συγκέντρωσης .....	36
5.5 Άγχος .....	36
5.6 Κρίσεις πανικού .....	37
5.7 Ανηδονία .....	37
5.8 Διαταραχή του ύπνου .....	38
5.9 Διαταραχή της όρεξης .....	38
5.10 Ελάτπωση της σεξουαλικής διάθεσης .....	38
5.11 Σκέψεις θανάτου και αυτοκτονίας .....	39

**Κεφάλαιο 6**

<b>Νοσηλευτής και πρόληψη της κατάθλιψης</b> .....	41
--	----

**Κεφάλαιο 7**

<b>Θεραπεία γεροντικής κατάθλιψης</b> .....	44
---	----

♦ <b>Σωματικές θεραπείες</b> .....	45
7.1 Ψυχοφαρμακοθεραπεία - Νοσηλευτική παρέμβαση .....	45
7.1.1 Τρικυκλικά - Πολυκυκλικά αντικαταθλιπτικά .....	46
7.1.2 Αναστολείς Μονοαμινοξειδάσης (Μ.Α.Ο.) .....	47
7.1.3 Άλατα Λιθίου .....	48
♦ <b>Νοσηλευτική φροντίδα</b> .....	49
7.2 Ηλεκτροσπασμοθεραπεία .....	53
7.2.1 Ενδείξεις ηλεκτροσπασμοθεραπείας .....	54
7.2.2 Αντενδείξεις ηλεκτροσπασμοθεραπείας .....	54
7.2.3 Ανεπιθύμητες ενέργειες .....	55
7.2.4 Η Νοσηλευτική στη γενική προετοιμασία για το ηλεκτροσόκ .....	55
♦ <b>Ψυχοθεραπεία</b> .....	57
7.3 Ατομική ψυχοθεραπεία .....	57
7.4 Ομαδική ψυχοθεραπεία .....	57
7.5 Θεραπεία συμπεριφοράς .....	58
7.6 Γνωστική θεραπεία .....	59
7.7 Απασχολησιοθεραπεία .....	59
7.7.1 Αισθητηριακή άσκηση .....	60
7.7.2 Θεραπεία μέσω της επαφής με ζωή .....	60
♦ <b>Ο ρόλος του νοσηλευτή στην ψυχοθεραπεία</b> .....	61

<b>ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</b> .....	63
<b>ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ</b> .....	64
A. Σχεδιασμός της έρευνας .....	64
B. Πληθυσμός - Δείγμα .....	64
Γ. Τόπος και χρόνος έρευνας .....	64
Δ. Συλλογή Δεδομένων .....	64
Ε. Κριτήρια Εισαγωγής και Αποκλεισμού δεδομένων .....	65
ΣΤ. Ζητήματα Βιοηθικής .....	65
Z. Κωδικοποίηση και στατιστική ανάλυση .....	66
1. ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ .....	66
2. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΕΣ ΣΥΓΚΡΙΣΕΙΣ .....	66
<b>ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ</b> .....	68
1. ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ .....	68
2. ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΕΣ ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ .....	88
<b>ΣΥΖΗΤΗΣΗ</b> .....	94
<b>ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ</b> .....	98
<b>ΠΕΡΙΛΗΨΗ</b> .....	100
<b>SUMMARY</b> .....	102
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</b> .....	104
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ</b> .....	108
<b>ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ</b> .....	109
A. Μανιοκαταθλιπτική (Διπολική) διαταραχή .....	109
B. Κατάθλιψη με οργανικά στοιχεία .....	110
<b>ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ</b> .....	114

## ΑΝΤΙ ΠΡΟΛΟΓΟΥ

*«Και είδα μια γερασμένη γυναίκα κουρνιασμένη πλάι μου, εντελώς ατημέλητη και αδιάφορη για την αφροντισιά της, στεγνή και μαραμμένη, με μια χλωμή, ασύσπαστη, χωμάτινη όψη με χαμηλωμένο βλέμμα, διστακτική φωνή και κατεβασμένα χείλη... Καθώς σύρθηκε κοντά μου ξαφνικά μες στη σιωπή, με άρπαξε στα μπράτσα της και με σκέπασε απ' την κορυφή ως τα νύχια με το μανδύα της δυστυχίας της και με κράτησε τόσο σφιχτά στην αγκαλιά της που ένιωσα σαν μια μέγγενη να συνθλίβει την καρδιά και το στήθος μου και με την παλάμη της σκέπασε τα μάτια μου κι έκλεισε τ' αυτιά μου ώστε να μη μπορώ ούτε να δω, ούτε ν' ακούσω... Κι έμαθα αργότερα ότι το όνομα αυτής της γριάς ήτανε Μελαγχολία που μπερδεύει τη σκέψη, στεγνώνει το κορμί, δηλητηριάζει τους χυμούς του, εξασθενεί τις αισθήσεις κι εγκαταλείπει τους ανθρώπους στην αρρώστια και το θάνατο»<sup>1</sup>.*

*(Chartier, 1428)*

**ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η κατάθλιψη είναι η συχνότερη ψυχιατρική διαταραχή στο γήρας, δηλαδή σε μια περίοδο της ζωής που χαρακτηρίζεται από γεγονότα όπως η απώλεια αγαπημένων προσώπων, η αλλαγή επαγγελματικών και κοινωνικών ρόλων και αρκετά συχνά η μοναξιά. Είναι νόσημα με υψηλή νοσηρότητα και θνησιμότητα και υψηλό κόστος σε υπηρεσίες υγείας, ταυτόχρονα όμως μπορεί να αντιμετωπισθεί πολύ ικανοποιητικά με την κατάλληλη αγωγή.

Ιδιαίτερα για όσους ασχολούνται με τη γηριατρική ή την ψυχιατρική νοσηλευτική, η κατάθλιψη των ηλικιωμένων αποτελεί μια επιστημονική πρόκληση. Η κατάθλιψη στην τρίτη ηλικία παίρνει τη μορφή της κινητικής αδράνειας που οικοδομείται πάνω σ' ένα υπόβαθρο μελαγχολίας, διάθεσης, συνοδεύεται δε και από ψυχική επιβράδυνση<sup>2</sup>. Η κατάλληλη νοσηλευτική φροντίδα σε συνδυασμό με τις προσπάθειες των άλλων μελών της ομάδας υγείας μπορεί να φέρει σημαντικά αποτελέσματα στην κατάσταση του ασθενούς και να βελτιώσει αισθητά την ποιότητα ζωής του. Στην παρούσα εργασία επιχειρείται αφενός η παρουσίαση της νόσου «κατάθλιψη» με όλες τις πτυχές, αφετέρου η γενική νοσηλευτική προσέγγιση της αρρώστιας με τις ιδιαιτερότητες που παρουσιάζει αυτή στους ηλικιωμένους<sup>3</sup>.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Ιστορικά η κατάθλιψη παρουσιάζει μια μακράιωνη πορεία. Στην αρχαία Αίγυπτο οι ιερείς την αντιμετώπιζαν ως ένα ψυχολογικό έλλειμμα, στην Παλαιά Διαθήκη αναφέρεται ότι ο βασιλιάς Σαούλ έπασχε από υποτροπιάζοντα επεισόδια κατάθλιψης (Recurrent depressive episodes) ενώ η νόσος αναφέρεται και στην ελληνική λογοτεχνία. Μόλις όμως από τον 6<sup>ο</sup> π.χ. αιώνα οι ψυχικές ασθένειες άρχισαν να ξεφεύγουν από τη θεολογική υφή που τους προσέδιδαν.<sup>3</sup>

Περιγραφές της καταθλιπτικής διαταραχής υπάρχουν από τότε που άρχισε να καταγράφεται η ανθρώπινη ιστορία. Ο Ιπποκράτης την ονόμασε μελαγχολία, επειδή πίστευε ότι την προκαλούσε η επίδραση της «μαύρης κολής» στο μυαλό<sup>4</sup>.

Για τους αρχαίους Έλληνες η κατάθλιψη αποτελούσε κατάρα θεών. Οι νεοέλληνες τη θεωρούν σύμπτωμα του ξέφρενου, ακαλίνωτου και απαιτητικού ρυθμού της διαβίωσής μας, στα σύγχρονα απρόσωπα αστικοβιομηχανικά κέντρα της πατρίδας μας<sup>5</sup>.

Ο Αρέταιος διέκρινε την ενδογενή και την εξωγενή κατάθλιψη ενώ ο Kraepelin στα τέλη του 19<sup>ου</sup> αιώνα διαμόρφωσε τη σημερινή έννοια των καταθλιπτικών διαταραχών.<sup>3</sup>

## Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 2

### ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Σύμφωνα με τους υπολογισμούς του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Π.Ο.Υ.) περισσότεροι από 350.000.000 άνθρωποι σε όλο τον κόσμο πάσχουν από κατάθλιψη και ο αριθμός αυτός συνεχώς αυξάνεται. Στη χώρα μας ο αριθμός υπολογίζεται σε 540.000 άτομα κάθε χρονική στιγμή. Από τους ασθενείς αυτούς σε ένα ποσοστό 75% περίπου δεν γίνεται διάγνωση της κατάθλιψης επειδή είτε προσφεύγουν για βοήθεια σε γιατρούς που δεν έχουν εμπειρία σε θέματα ψυχικής υγείας, είτε δεν αναγνωρίζουν την κατάστασή τους ως πρόβλημα υγείας με αποτέλεσμα βέβαια να μην υποβάλλονται σε θεραπεία.

Η κατάθλιψη είναι, αρκετά συχνά, μια πολύ δυσάρεστη βιωματική εμπειρία για τον πάσχοντα, η οποία πολλές φορές τον κάνει να βλέπει τον θάνατο σαν λύτρωση. Παράλληλα με τον δυσβάσταχτο ψυχικό πόνο που προκαλεί, δημιουργεί και ένα σημαντικό κοινωνικό και οικονομικό κόστος, αφού κατά κανόνα προσβάλλει τις παραγωγικές ηλικίες<sup>6</sup>.

Ειδικότερα, μελέτες στην Ευρώπη και στις Η.Π.Α. αναφέρουν ποσοστά για τον κίνδυνο εμφάνισης μείζονος κατάθλιψης σε όλη την διάρκεια της ζωής του ατόμου 9-26% για τις γυναίκες και 5-12% για τους άνδρες, δηλαδή δείχνουν ότι η μείζων κατάθλιψη είναι περίπου δύο φορές πιο συχνή στις γυναίκες απ' ό τι στους άνδρες<sup>7</sup>.

Υπολογίζεται ότι στις ΗΠΑ, το 10% των ηλικιωμένων που ζει στην κοινότητα πάσχει από κάποια μορφή κατάθλιψης. Επιδημιολογικά στοιχεία του προγράμματος ECA της Αμερικής

δείχνουν ότι σε διάστημα 1 μηνός ένα ποσοστό 0,7% των ατόμων άνω των 65 ετών βρέθηκε ότι πάσχει από μείζονα κατάθλιψη, σε διάστημα 6 μηνών το ποσοστό ήταν 0,8% ενώ ένα 20% έπασχε από σοβαρά δυσφορικά συμπτώματα. Είναι πλέον γνωστό ότι οι ηλικίες που παρουσιάζουν το μεγαλύτερο ποσοστό κατάθλιψης είναι αυτές 20 - 39 ετών και 70 - 98 ετών.<sup>6</sup>

Στην Ελλάδα και ειδικότερα στους ηλικιωμένους που ζουν σε ιδρύματα η συχνότητα της κατάθλιψης υπερβαίνει το 25%.<sup>8</sup>

## Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 3

### ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

#### 3.1 Τι είναι κατάθλιψη

Κατάθλιψη είναι μια ψυχική κατάσταση που χαρακτηρίζεται από συναισθήματα λύπης, μοναξιάς, αποθάρρυνσης, απόγνωσης, ανημπορίας, απελπισίας, χαμηλής αυτοεκτίμησης ή και αυτομομφής<sup>9</sup>.

Η κατάθλιψη εμφανίζεται κυρίως σε μεγάλα κάπως άτομα κυρίως ανώτερων κοινωνικών τάξεων<sup>10</sup>.

Ο όρος *κατάθλιψη* επίσης περιλαμβάνει ένα συνεχές ή ένα φάσμα φαινομένων : Στη μια του άκρη τοποθετείται ένα φυσιολογικό συναίσθημα που είναι συνηθισμένο και συμβαίνει σχεδόν στον καθένα μας από καιρό σε καιρό ενώ στην άλλη του άκρη τοποθετείται μια σοβαρή ψυχολογική διαταραχή<sup>11</sup>.

Αυτό το καταθλιπτικό συναίσθημα επομένως μπορεί να εμφανισθεί σε όλες τις δυνατές διακυμάνσεις του, από δυσφορία μέχρι και βαθιά μελαγχολία<sup>12</sup>.

#### 3.2 Τι είναι γεροντική κατάθλιψη

Ο ορισμός της κατάθλιψης δεν πρέπει να παραλείπει ή να επισκιάζει κάποιο από τα τέσσερα λειτουργικά κριτήρια, στα οποία δίνει έμφαση η νεότερη έκδοση του διαγνωστικού και στατιστικού οδηγού της Αμερικ. Ψυχιατρικής Εταιρίας που δημοσιεύθηκε το 1994 και είναι γνωστός ως DSM-IV.

Τα λειτουργικά αυτά κριτήρια είναι : (1) έντονο αίσθημα θλίψης, (2) έλλειψη αντιδραστικότητας του συναισθήματος, (3)

έκπτωση της φυσικής, ψυχοφυσιολογικής και ψυχολογικής λειτουργικότητας, (4) διάρκεια και ένταση των συμπτωμάτων.

Με βάση τα προαναφερθέντα κριτήρια, ένας πλήρης κατά το δυνατόν αριθμός της κατάθλιψης θα ήταν ο εξής : *«Με τον όρο κατάθλιψη εννοούμε την κατάσταση εκείνη του ασθενούς στην οποία το αίσθημα θλίψης, απογοήτευσης και ανημπορίας είναι πολύ πιο βαθύ από μια απλή μελαγχολία, δεν επηρεάζεται θετικά από τα ευχάριστα γεγονότα που συμβαίνουν στο περιβάλλον, υποβαθμίζει σημαντικά τη λειτουργικότητα του ασθενούς σε όλους τους τομείς της καθημερινής ζωής και μπορεί να διαρκέσει εβδομάδες ή και μήνες»<sup>13</sup>*

### **3.3 Πως να αναγνωρίζουμε την κατάθλιψη**

Οι περισσότεροι άνθρωποι δυσκολεύονται να παραδεχτούν ότι βρίσκονται σε κατάθλιψη. Οι περισσότεροι από εμάς αδυνατούμε να αναγνωρίσουμε την κατάθλιψη επειδή δεν ξέρουμε ποια είναι τα σημάδια της που πρέπει να αναζητήσουμε. Υπάρχουν ορισμένες βασικές αλλαγές που σχετίζονται με την κατάθλιψη αλλά δεν παρουσιάζονται όλες σε κάθε περίπτωση. Ποτέ δύο άνθρωποι δεν παρουσιάζουν την κάθε αλλαγή στο συναίσθημα και τη συμπεριφορά τους ταυτόχρονα ή με τον ίδιο τρόπο. Συνήθως η κατάθλιψη σχετίζεται αρχικά με ανωμαλίες στον ύπνο. Το δεύτερο σπουδαίο σημάδι της κατάθλιψης είναι η ελάττωση της σεξουαλικής ορμής και ικανότητας. Σε στενή σχέση με την ελάττωση της σεξουαλικής ορμής βρίσκεται η απώλεια της όρεξης για φαγητό και η εξαφάνιση της φυσιολογικής απόλαυσης του φαγητού. Τέλος έρχεται η υποκειμενική εμπειρία της κατάθλιψης. Το άτομο αντιλαμβάνεται αυτά που νιώθει *«Νιώθω τα σωθικά μου να με πονούν παντού»*. *«Νιώθω ότι θέλω να κλαίω σχεδόν συνέχεια, αλλά δεν μπορώ»<sup>14</sup>*.

### **3.4 Παράγοντες που συμβάλλουν στην έναρξη και εξέλιξη της γεροντικής κατάθλιψης**

#### **3.4.1 Ανασφάλεια**

Η αίσθηση ασφάλειας που έχει ένα ηλικιωμένο άτομο, μπορεί εύκολα να υπονομευτεί. Δεν είναι καν ανάγκη να συμβεί κάτι τρομερό. Η ίδια η αναμονή ότι η βασική αίσθηση της ασφάλειάς του θα κλονισθεί ανεπανόρθωτα, δημιουργεί μεγάλη αναστάτωση. Ας πάρουμε για παράδειγμα το άτομο που έχει συνηθίσει να καθορίζει με τη γνώμη του και τις επιθυμίες του τη ζωή της οικογένειάς του. Όταν έρθει η μέρα όπου κανένας πια δεν θα υπακούει στις προταγές του, ίσως μάλιστα να μην τις ακούει, τότε σίγουρα θα νιώσει σαν εκθρονισμένος μονάρχης. Η αίσθηση της ασφάλειάς του πήγαζε από την ικανότητά του να ελέγχει ή να επηρεάζει σημαντικά τη ζωή των γύρω του. Οποιοσδήποτε υπαινιγμός γύρω από την πιθανή απώλεια αυτού του διαπροσωπικού ελέγχου, δημιουργεί πανικό. Οποιαδήποτε αλλαγή στην οικογενειακή ιεραρχία μπορεί να οδηγήσει σε φοβερή ανασφάλεια.

Άλλοι ηλικιωμένοι αντιμετωπίζουν με τρόμο τους περιορισμούς της σωματικής τους κινητικότητας. Εκείνοι ιδιαίτερα που είχαν την τάση ν' απομακρύνονται όταν βρίσκονται αντιμέτωποι με αγχωτικές καταστάσεις, στερούνται ξαφνικά τη δυνατότητα να χρησιμοποιήσουν αυτό τον αμυντικό μηχανισμό. Αναγκάζονται να παραμείνουν μέσα σ' αυτές τις καταστάσεις πέρα ίσως από τα όρια της ψυχολογικής τους αντοχής. Σαν αποτέλεσμα, άλλοτε γίνονται αγχώδεις σε βαθμό παραλογισμού και άλλοτε βυθίζονται σε καταθλιπτική αποστέρση.

Μερικοί άνθρωποι επενδύουν την ασφάλειά τους στην δουλειά και τη δραστηριότητά τους. Όταν λοιπόν χάνουν τη δουλειά τους νιώθουν απειλή γιατί στερούνται κάθε διέξοδο αυτοέκφρασης και

εποικοδομητικής δραστηριότητας. Το άτομο δεν μπορεί πια να καθορίσει τον εαυτό του με βάση το επάγγελμά του. Το «κάποτε ήμουν - » δεν είναι δυνατό να αναπληρώσει το «είμαι». Ακόμα και η ανησυχία μήπως χάσει τη δουλειά του ή κάποια άλλη αυτοκαθοριστική δραστηριότητα είναι αρκετή για να επισπεύσει μια εσωτερική κρίση.

### **3.4.2 Ιδρύματα - Μια καινούργια οικογένεια**

Πολλοί ηλικιωμένοι μετά από μακριά περίοδο ιδρυματοποίησης νιώθουν μοναξιά και κοινωνική απομόνωση. Άλλωστε όπως λένε και οι ηλικιωμένοι σ' ένα ίδρυμα αναγκάζονται να προσαρμοσθούν σ' ένα «κόσμο γεμάτο αρρώστια και θάνατο». Ένας ηλικιωμένος γεμάτος ζωντάνια μπορεί να νιώθει κατάθλιψη ακόμα κι όταν η προσαρμογή του στο ίδρυμα είναι επιτυχημένη. Η προσαρμογή αυτή είναι προσαρμογή σε καθορισμένα όρια. Είναι αποδοχή του επερχόμενου θάνατου<sup>15</sup>.

### **3.4.3 Η εγκατάλειψη των δυνάμεων (α) σωματική αδυναμία, (β) πνευματική αδυναμία**

#### **(α) Σωματική αδυναμία**

Είναι φυσικό ύστερα από μια ορισμένη ηλικία που διαφέρει από άνθρωπο σε άνθρωπο και ποικίλει από τα 50 τα 60 ή τα 70 χρόνια ή και παραπάνω, οι φυσιολογικές λειτουργίες του ανθρώπινου οργανισμού να πάψουν να γίνονται κανονικά και να σημειώνονται ορισμένες, λίγες στην αρχή, αλλά περισσότερες αργότερα - ανωμαλίες που οδηγούν σε μια βαθμιαία κατάπτωση. Φανερό είναι η ελάττωση των φυσικών δυνάμεων. Εξαιτίας αυτού του γεγονότος το άτομο αναγκάζεται να εγκαταλείψει καθημερινές του συνήθειες που πολλές φορές είναι ζωτικές, στην περίπτωση κυρίως

που το επάγγελμα ή τα «hobbies» του ατόμου συνδέονται με έντονες σωματικές δραστηριότητες.

Αλλά καθένας δεν μπορεί για πολύ χρόνο να αγνοήσει τις μεταβολές που γίνονται στο σώμα του. Ο γέροντας αισθάνεται χρόνο με χρόνο πως τον εγκαταλείπουν οι δυνάμεις του. Αυτό είναι μεγάλο συναισθηματικό κτύπημα. Προσπαθεί να αντιδράσει με τη συχνή επίσκεψη στο γιατρό, φαρμακοθεραπεία, ειδική διαίτα και σωματικές ασκήσεις, με την ελπίδα πως με τον τρόπο αυτό θα ενδυναμωθεί σωματικά. Το ενηλικιωμένο άτομο τελικά παραδέχεται τις φυσικές του αδυναμίες και τη σωματική του μειονεκτικότητα. Αυτό είναι αιτία να περιορίζει σιγά σιγά τη δραστηριότητά του και να διαμορφωθεί η παραγωγική του δύναμη έτσι ώστε τα προϊόντα της δουλειάς του να είναι διαφωτιστικότερα από τα προηγούμενα, τόσο σε ποιότητα όσο και σε ποσότητα.

### *(β) Πνευματική αδυναμία*

Στην ψυχοδιανοητική σφαίρα η έκπτωση των λειτουργιών αναφέρεται κυρίως στις λειτουργίες μνήμης της προσοχής, της συγκέντρωσης και της νοημοσύνης. Η ικανότητα για μάθηση μειώνεται, ο χρόνος αντιδράσεως επιβραδύνεται και η προσωπικότητα μεταβάλλεται. Η κυριότερη μεταβολή που συμβαίνει στην προσωπικότητα που γερνάει, αφορά την εξάρση των βασικών χαρακτηριστικών. Ο ομιλητικός γίνεται φλύαρος, ο οικονόμος τσιγκούνης, ο επίμονος πεισματάρης, ο συνεπής σχολαστικός κ.ο.κ. Οι διαπροσωπικές σχέσεις του ηλικιωμένου προσώπου είναι περιορισμένες αλλά στενές. Οι γέροντες σύζυγοι αισθάνονται ζωηρή εξάρτηση ο ένας απ' τον άλλο, γι' αυτό είναι μεγάλη η κατάθλιψη εκείνου που ζει ύστερα από το θάνατο του άλλου. Οι ηλικιωμένοι υστερούν σε πρωτοβουλία, ζωτικότητα και ταχύτητα, υπερτερούν



όμως σε σύνεση, πείρα και γνώση, πράγμα που δεν έχει περάσει απαρατήρητο από το λαό μας.

#### **3.4.4 Προσδοκία του θανάτου**

Για το ηλικιωμένο πρόσωπο οι πιθανότητες θανάτου είναι πολλές και ο χρόνος ζωής που μένει, ακόμα άγνωστος. Το ηλικιωμένο πρόσωπο φθάνει το «τερματικό στάδιο» όταν συνειδητοποιήσει και πιστέψει πως ο θάνατος μπορεί να έλθει «κάθε στιγμή» εξαιτίας φυσικών λόγων και όταν η συμπεριφορά του επηρεάζεται από το γεγονός αυτό. Η συμπεριφορά και οι στάσεις των υπερηλίκων στο τερματικό αυτό στάδιο, δεν έχουν όπως πρέπει μελετηθεί. Μερικοί γέροντες υποφέρουν και βρίσκονται σε διαρκή ψυχική ένταση, εξαιτίας του προσδοκώμενου θανάτου, άλλα πρόσωπα είναι ήρεμα - κυρίως τα θρησκευόμενα, που πιστεύουν στην μετά θάνατο ζωή, που είναι η «αληθινή ζωή» και άλλα αντιμετωπίζουν το θάνατο με χιούμορ.

Οι γέροντες που διατηρούν μέχρι τέλους την πνευματική διαύγεια έχουν επίγνωση του επερχόμενου θανάτου. Πολλοί από τους φίλους και συγγενείς τους έχουν πεθάνει πριν από αυτούς και καταλαβαίνουν πως στην ηλικία τους υπάρχει πάντα η περίπτωση μοιραίας ασθένειας ή ατυχήματος<sup>16</sup>.

Επομένως ο θάνατος αυτός καθ' αυτός δεν φοβίζει όσο φοβίζουν ο πόνος και η εξάντληση που μπορεί να τον συνοδεύουν ιδιαίτερα όταν κάποιος είναι μόνος<sup>3</sup>.

#### **3.4.5 Πένθος**

Η διαπροσωπική απώλεια έχει τονισθεί ιδιαίτερα από τον Freud και τους οπαδούς του που σημείωσαν τις ομοιότητες και τις διαφορές ανάμεσα στο κοινό πένθος (που είναι φυσιολογική αντίδραση) και την κατάθλιψη που επακολουθεί την απώλεια ενός

αγαπημένου ατόμου, είτε κάποιας σημαντικής για το άτομο διάστασης (π.χ. ο θάνατος αγαπημένου ατόμου κ.λ.π.)<sup>7</sup>.

Και το πένθος και η κατάθλιψη μπορεί να εκδηλωθούν με λύπη, κλάμα και ένταση που εκφράζεται είτε με ψυχοκινητική επιβράδυνση είτε με ψυχική ανησυχία. Και στις δύο περιπτώσεις υπάρχει μείωση της όρεξης, απώλεια βάρους, αϋπνία, μειωμένο σεξουαλικό ενδιαφέρον και απόσυρση από εξωτερικές δραστηριότητες. Άτομα που έχουν προηγούμενη εμπειρία κατάθλιψης είναι πιθανότερο να βιώσουν κατάθλιψη και όχι πένθος μετά από κάποια σημαντική απώλεια. Έτσι το κλινικό ιστορικό ενός ατόμου βοηθάει στην εκτίμηση μιας τωρινής αντίδρασης. Άτομα σε κατάθλιψη απειλούν με αυτοκτονία συχνότερα από άτομα που πενθούν, τα οποία εκτός από ασυνήθιστες περιπτώσεις (π.χ. φυσικά εξαρτώμενα και ηλικιωμένα άτομα - δεν επιθυμούν σοβαρά να πεθάνουν ακόμη κι όταν ισχυρίζονται ότι η ζωή είναι αβάσταχτη.

<b>Διακρίνοντας το πένθος από τη μείζονα κατάθλιψη<sup>17</sup></b>		
	<b>Πένθος</b>	<b>Μείζονα κατάθλιψη</b>
♦ Διάρκεια	♦ Έντονα συμπτώματα ≤ 1-2 μηνών	♦ Μεγαλύτερη
♦ Αυτοκτονικός ιδεασμός	♦ Συνήθως απουσιάζει	♦ Συχνά παρών
♦ Ψυχωπικά συμπτώματα	♦ Μόνο παροδικά οράματα ή τη φωνή του νεκρού	♦ Μπορεί να υπάρχουν επίμονες καταθλιπτικές παραληρητικές ιδέες
♦ Συμπτώματα από το συναίσθημα	♦ Κρίσεις θλίψης και ενοχών μαζί με φυσιολογικά συναισθήματα	♦ Συνεχής και διάχυτη καταθλιπτική διάθεση
♦ Αυτομορφές	♦ Σε σχέση με το νεκρό	♦ Εστιασμένες στον εαυτό του
♦ Ανταπόκριση στην υποστήριξη και στην εκτόνωση	♦ Καλύτερη όσο περνάει ο καιρός	♦ Καμία αλλαγή ή χειροτέρευση

### **3.4.6 Η υποχρεωτική συνταξιοδότηση**

Είναι ένα ορόσημο στην κοινωνική ζωή του ανθρώπου. Από τη μια μέρα στην άλλη το άτομο είναι υποχρεωμένο να αλλάξει τρόπο ζωής, ν' αλλάξει κοινωνική θέση, να διακόψει φιλικούς δεσμούς, να περιορίσει ή να σταματήσει τελείως κοινωνικές εκδηλώσεις, να χάσει εξουσία και τιμές που του έδινε το επάγγελμά του, και αρκετές φορές να περιορίσει τα εισοδήματά του. Η τέλεια αυτή αλλαγή στη ζωή δημιουργεί στο νέο συνταξιούχο πλήθος προβλημάτων προσαρμογής. Η μη ορθή αντιμετώπισή τους θα είναι πηγή σοβαρών κινδύνων για την ψυχική του υγεία<sup>16</sup>.

Ο συνταξιοδοτούμενος καλείται από τη ζώσα πραγματικότητα, να προσαρμοσθεί στην αλλαγή τρόπου ζωής, σε μια ηλικία που αυτό είναι ιδιαίτερα δύσκολο και κατ' αρχήν αζεπέραστο. Στο σημείο αυτό, παρατηρείται η πιο συνηθισμένη αντίδραση σε τέτοιες περιπτώσεις, που είναι η καταθλιπτική κατάσταση. Αυτή επεκτείνεται από την επίγνωση, ότι ανήκει στα μη ενεργά μέλη της κοινωνίας, και ότι χάθηκε η σημαντικότητα που είχε λόγω της προτέρας υπεύθυνης θέσης<sup>18</sup>.

Για πολλούς ηλικιωμένους, η συνταξιοδότηση είναι χρόνος άνεσης και ελευθερίας από τις ευθύνες της δουλειάς. Για άλλους είναι χρόνος έντασης, ιδιαίτερα αν η συνταξιοδότηση έχει σαν αποτέλεσμα οικονομικά προβλήματα ή απώλεια της αυτοεκτίμησης. Κάτω από ιδανικές συνθήκες η εργασιακή απασχόληση μετά τα 65 θα πρέπει να είναι θέμα επιλογής<sup>19</sup>.

### **3.4.7 Κληρονομικότητα**

Είναι αναμφισβήτητη. Παρουσιάζεται σε αναλογία 12% στους συγγενείς των ασθενών. Αναλυτικότερα η μελαγχολία παρουσιάζεται

23% στους αδελφούς, 17% στους εξαδέλφους και 9% στα παιδιά των αρρώστων. Ο Kallman βρήκε ότι η ασθένεια βρίσκεται σε αναλογία 96% στους μονοζυγωτικούς, διδύμους, ενώ η υποστροφική μελαγχολία σε αναλογία μόνο 61%<sup>20</sup>.

#### **3.4.8 Οι κυριότερες Νευρολογικές και Συστηματικές Διαταραχές που προκαλούν κατάθλιψη**

##### ✓ Νευρολογικές διαταραχές

Εξωπυραμιδικά νοσήματα

Νόσος Parkinson

Νόσος Huntington

Προϊούσα υπερπυρηνική παράλυση

Αγγειοεγκεφαλική νόσος (ιδιαίτερα οι πρόσθιες ημισφαιρικές βλάβες)

Εγκεφαλικά νεοπλάσματα

Εγκεφαλικό τραύμα

Λοιμώξεις του Κ.Ν.Σ.

Κατά πλάκας Σκλήρυνση

Επιληψία

Ναρκοληψία

Υδροκέφαλος

##### ✓ Συστηματικές διαταραχές

Λοιμώξεις

Ιογενείς

Βακτηριακές

## ✓ Ενδοκρινικές διαταραχές

Υπερθυρεοειδισμός

Υποθυρεοειδισμός

Υπερπαραθυρεοειδισμός

Υποπαραθυρεοειδισμός

Σύνδρομο Cushing

Νόσος του Addison

Υπεραλδοστερονισμός

Προεμμηνορρυσιακή κατάθλιψη

## ✓ Φλεγμονώδεις διαταραχές

Συστηματικός ερυθηματώδης λύκος

Ρευματοειδής αρθρίτιδα

Κροταφική αρθρίτιδα

Σύνδρομο Sjogren

## ✓ Ανεπάρκειες βιταμινών

Φιλικό

Βιταμίνης B<sub>12</sub>

Νιασίνης

Βιταμίνης C

## ✓ Διάφορες συστηματικές διαταραχές

Καρδιοπνευμονική νόσος

Νεφρική νόσος και ουραιμία

Συστηματικά νεοπλάσματα

Πορφυρία

Σύνδρομο Klinefelter

Σύνδρομο επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας (AIDS)

Επιλόχειες διαταραχές της διάθεσης

Μετεγχειρητικές διαταραχές της διάθεσης

**3.4.9 Φάρμακα που σχετίζονται με την εμφάνιση της κατάθλιψης<sup>21</sup>****(Α) ΑΝΤΙΥΠΕΡΤΑΣΙΚΑ**

Προπανολόνη

Μεθυλυτόπα

Κλονιδίνη

Υδραλαζίνη

Γουανεθιδίνη

Ρεζεργίνη

**(Β) ΚΑΤΑΣΤΑΛΤΙΚΑ ΚΝΣ**

Αλκοόλη

Οπιοειδή

Βαρβιτουρικά

Υπνωτικά

Βενζοδιαζεπίνες

**(Γ) ΑΛΛΑ**

Διακοπή αντιχολινεργικών

Ανταρρυθμικά

Αντιπαρκινσονικά

Διγοξίνη

Ινδομεθακίνη

Σιμετιδίνη

Αναβολικά στεροειδή

Οιστρογόνα

Χημειοθεραπευτικά

Β-blockers

Αντισυλληπτικά

Κορτικοστεροειδή

Αναβολικά στεροειδή

## Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 4

### ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Αν αναλογισθούμε την ποικιλία των τύπων της κατάθλιψης ανάλογα με την ύπαρξη και τη μορφή των εκλυτικών παραγόντων, το οικογενειακό ιστορικό και την κλινική πορεία, το φάσμα γίνεται πραγματικά απεριόριστο. Έτσι, μερικοί άνθρωποι πέφτουν σε κατάθλιψη μετά από σαφή τραυματικά γεγονότα, ενώ άλλοι φαίνονται να βυθίζονται σε κατάθλιψη χωρίς φανερή αιτία. Μερικοί ασθενείς έχουν οικογενειακό δέντρο φορτωμένο με καταθλιπτικούς συγγενείς, ενώ άλλοι έχουν οικογενειακό ιστορικό εντελώς ελεύθερο από ψυχική ασθένεια. Άλλοι ασθενείς βιώνουν σαφή περιγεγραμμένα επεισόδια κατάθλιψης, ενώ άλλοι παραπονούνται ότι ήταν καταθλιπτικοί σ' όλη τους τη ζωή.

Εξαιτίας αυτής της ποικιλομορφίας έχουν προταθεί μέχρι σήμερα πολλές ταξινομήσεις της κατάθλιψης, οι περισσότερες βασισμένες σε θεωρίες της αιτιολογίας της κατάθλιψης, που όμως δεν αποδείχτηκαν. Η γεροντική κατάθλιψη ταξινομείται ως εξής<sup>1</sup> :

#### **4.1 Ενδογενής και Εξωγενής Κατάθλιψη**

Παραδοσιακά, από τον καιρό του Κρέπελιν και πρωτίτερα, η καταθλιπτική διαταραχή διακρίνεται σε ενδογενή και εξωγενή, διάκριση που αναφέρεται στην απουσία ή στην παρουσία κάποιου αντικειμενικού εκλυτικού παράγοντα, όπως η απώλεια αγαπητού προσώπου ή μια σοβαρή προσωπική αποτυχία<sup>4</sup>.

Η ενδογενής κατάθλιψη εμφανίζεται ξαφνικά. Είναι αποτέλεσμα στρες με αιτίες κωμένες βαθιά μέσα στο χρόνο. Το είδος αυτής της κατάθλιψης χαρακτηρίζεται από βιοχημικές μεταβολές που μπορεί να προκληθούν και από ορμονικές διαταραχές, όπως μετά από λήψη κάποιου είδους φαρμάκων, εξαιτίας αδενικών διαταραχών και εξαιτίας κάποιας ασθένειας. Τα συμπτώματα είναι συνήθως περισσότερο σωματικά. Η πάθηση εμφανίζεται συνήθως σε ώριμη ηλικία και παρατηρείται σε άτομα που φαίνονται να έχουν πολύ καλό αυτοέλεγχο. Η κατάθλιψη αυτή προσβάλλει εξίσου άντρες και γυναίκες.

Το άτομο που πάσχει από ενδογενή κατάθλιψη συνήθως σκέφτεται και κινείται πολύ αργά. Νιώθει χειρότερα το πρωί ενώ όσο προχωρεί η μέρα τόσο η κατάστασή του βελτιώνεται. Τα άτομα με ενδογενή κατάθλιψη δεν ενδιαφέρονται για το φαγητό, ξυπνούν πολύ πρωί<sup>22</sup>. Επίσης παρουσιάζουν πρωινή κυρίως αύπνία, πτώση βάρους, ημερήσια διακύμανση δυσφορικών συναισθημάτων και επεισοδιακό χαρακτήρα με διαλείμματα ομαλότητας μεταξύ των επεισοδίων. Στο οικογενειακό ιστορικό των αρρώστων μπορεί να υπάρχουν ένας ή περισσότεροι συγγενείς εξ αίματος με παρόμοια επεισόδια<sup>6</sup>.

Στην εξωγενή κατάθλιψη, υπάρχουν συχνά ενδείξεις μιας προηγούμενης μακροχρόνιας δυσπροσαρμογής της προσωπικότητας. Η κατάστασή της έχει πολλά κοινά στοιχεία με την νευρωτική κατάθλιψη και όπως μ' εκείνη η έναρξή της είναι εύκολο να συνδεθεί με κάποια εξωτερική ή εσωτερική αντιξοότητα, σημαντική για τον ασθενή απώλεια, απόρριψη ή αποτυχία.<sup>4</sup>

Η εξωγενής κατάθλιψη χαρακτηρίζεται από καταθλιπτικές κλινικές εικόνες που οφείλονται σε οργανικές παθήσεις του ασθενή. Εμφανίζονται με άμεση χρονική σχέση, σαν επακόλουθα μιας σωματικής ασθένειας ή πολλές οφείλονται σ' αυτή (π.χ. όγκοι ή



άλλες κωροκατακτητικές επεξεργασίες στον εγκέφαλο μπορεί να εμφανίσουν σαν μοναδική συμπτωματολογία μια καταθλιπτική συνδρομή που δύσκολα διαφορογιγνώσκεται από την ενδογενή κατάθλιψη). Σαν συνηθέστερα αίτια τέτοιων καταστάσεων είναι η αρτηριοσκληρωτική ατροφία, κακώσεις του εγκεφαλικού ιστού, η σύφιλη, φλεγμονές του εγκεφάλου και εγχειρήσεις του εγκεφάλου<sup>12</sup>.

#### **4.2 Ψυχωτική και νευρωτική κατάθλιψη**

Μια άλλη μέθοδος ταξινόμησης, η οποία δεν είναι και τόσο ξεκάθαρη, είναι αυτή που ταξινομεί την κατάθλιψη είτε ως «νευρωτική» είτε ως «ψυχωτική»<sup>6</sup>.

Ο όρος *ψυχωτική κατάθλιψη* χρησιμοποιείται αρκετά εξειδικευμένα για τη μορφή της κατάθλιψης στην οποία το άτομο έχει χάσει την ικανότητα του ελέγχου της πραγματικότητας, οπότε και παρουσιάζονται παραληρητικές ιδέες, ψευδοαισθήσεις ή βαθιά σύγχυση. Αδρά 20% των καταθλιπτικών ασθενών έχουν ψυχωτικά συμπτώματα. Στην καθημερινή πράξη, όμως, ο όρος χρησιμοποιείται πολύ πιο πλατιά για κάθε κατάθλιψη που παρουσιάζει έκπτωση της κοινωνικής και επαγγελματικής λειτουργικότητας, αδυναμία εκτέλεσης των βασικών καθημερινών καθηκόντων και απόσυρση από τον κόσμο - δηλαδή «βαριά» κατάθλιψη<sup>23</sup>.

Η *νευρωτική κατάθλιψη* : πρόκειται για κλινικές εικόνες που χαρακτηρίζονται από έντονο καταθλιπτικό συναίσθημα συνήθως σαν αποτέλεσμα κάποιας τραυματικής εμπειρίας. Οι ασθενείς απασχολούνται συνεχώς με την τραυματική αυτή εμπειρία π.χ. απώλεια κάποιου αγαπημένου προσώπου ή κάποιου αγαθού. Χαρακτηρίζεται από εξασθένηση και πώση όλων των ψυχικών λειτουργιών, καθώς και από ένα πλήθος νευροφυτικών συμπτωμάτων. Εμφανίζεται συνήθως σε άτομα με καταθλιπτική δομή χαρακτήρα, που κατά την ψυχαναλυτική

άποψη οφείλεται σε έλλειψη στοργής και αγάπης τον πρώτο χρόνο της ζωής τους. Ο καταθλιπτικός παρουσιάζεται γενικά με μια ιδιαίτερη πτώση του θυμικού του («πεσμένος», χωρίς πρωτοβουλίες κ.λ.π.), βραδύτητα στη ροή της σκέψης, χωρίς φαντασία ή δημιουργικές ιδέες, με διαταραχές των λειτουργιών της προσοχής, της αντίληψης, αφηρημάδα και αμνησικά φαινόμενα. Η διαταραχή του συναισθήματος μπορεί να ποικίλλει από την ελαφρή δυσφορία μέχρι την έντονη μελαγχολία και την «απελπισία»<sup>12</sup>.

Τέλος στη νευρωτική κατάθλιψη, ο έλεγχος της πραγματικότητας παραμένει ανέπαφος και σε πιο ευρεία χρήση του όρου η καθημερινή λειτουργικότητα δεν παραβλέπεται σε σημαντικό βαθμό<sup>23</sup>.

#### **4.3 Μονοπολική και Διπολική διαταραχή**

Ένας από τους πιο αποδεκτούς διαχωρισμούς είναι και αυτός της διπολικής ή μονοπολικής κατάθλιψης. Στην «κλινική κατάθλιψη» μπορεί να παρουσιάζεται ή η διπολική ή η μονοπολική μορφή όπου στην πρώτη περίπτωση έχουμε εναλλαγή μανιακών με καταθλιπτικά επεισόδια και ονομάζεται μανιοκαταθλιπτική νόσος, ενώ στη δεύτερη περίπτωση έχουμε μόνο καταθλιπτικές εκδηλώσεις.

Για να διαγνωσθεί η διπολική κατάθλιψη ένα και μόνο γνήσιο μανιακό επεισόδιο σε οποιοδήποτε χρονικό διάστημα της ζωής του ατόμου, αρκεί ακόμα και αν το άτομο δεν έχει εκδηλώσει ποτέ κατάθλιψη. Μια άλλη μορφή της διπολικής κατάθλιψης είναι η διπολική II όπου τα άτομα βιώνουν καταστάσεις κατάθλιψης εναλλασσόμενες με καταστάσεις υπομανίας η οποία ορίζεται ως μια ήπια μορφή μανίας.

Έρευνες έχουν δείξει ότι η μονοπολική μορφή συμβαίνει σε μεγαλύτερες ηλικίες απ' ό,τι η διπολική και ότι η διπολική

χαρακτηρίζεται από μειωμένη διάθεση για ύπνο κατά τη φάση της μανίας ενώ τα άτομα που πάσχουν από μονοπολική κατάθλιψη παρουσιάζουν αϋπνία. Οι συγγενείς των ασθενών με διπολική κατάθλιψη έχουν περισσότερες πιθανότητες να πάσχουν από τη νόσο, σε σχέση με τους συγγενείς των μονοπολικών ασθενών, εύρημα το οποίο ενισχύει τη γενετική και βιολογική θεωρία<sup>4</sup>.

<b>Διαφορές μεταξύ μονοπολικής και διπολικής κατάθλιψης<sup>24</sup></b>		
	<b>Μονοπολική</b>	<b>Διπολική</b>
♦ Κινητική δραστηριότητα	♦ Κατά κύριο λόγο διεγερμένη	♦ Κατά κύριο λόγο επιβραδυμένη
♦ Ύπνος	♦ Δυσκολίες στο να κοιμηθεί	♦ Κοιμάται περισσότερο από το συνηθισμένο όταν είναι σε κατάθλιψη
♦ Ηλικία έναρξης	♦ Τέλη των τριάντα με αρχές των σαράντα	♦ Τριάντα
♦ Οικογενειακό ιστορικό	♦ Συγγενείς πρώτου βαθμού σε υψηλό κίνδυνο για μονοπολική κατάθλιψη	♦ Συγγενείς πρώτου βαθμού σε υψηλό κίνδυνο τόσο για μονοπολική κατάθλιψη όσο και για διπολική
♦ Φύλο	♦ Πολύ πιο συχνή μεταξύ των γυναικών	♦ Περίπου ίδια συχνότητα και στα δύο φύλα
♦ Βιολογική αντιμετώπιση	♦ Κάποια ανταπόκριση στο λίθιο αλλά καλύτερη στα τρικυκλικά	♦ Καλύτερη ανταπόκριση στο λίθιο

Πηγή : *Depue & Monroe, 1978*

#### 4.4 Μείζων κατάθλιψη

Πρόκειται για βαριά συναισθηματική διαταραχή που χαρακτηρίζεται από ένα ή περισσότερα καταθλιπτικά επεισόδια χωρίς όμως ιστορικό μανιακού επεισοδίου<sup>9</sup>.

Τα συμπτώματα ενός Μείζονος Καταθλιπτικού Επεισοδίου αναπτύσσονται συνήθως μέσα σε μια περίοδο ημερών ή εβδομάδων, μπορεί όμως, ν' αναπτυχθούν αρκετά ξαφνικά και απότομα - ιδιαίτερα μετά από ένα σοβαρό στρες της ζωής. Του καταθλιπτικού επεισοδίου μερικές φορές προηγούνται για μήνες ηπιότερα καταθλιπτικά συμπτώματα<sup>7</sup>.

Ο καταθλιπτικός ασθενής δείχνει κλινικά σημεία κατάθλιψης - απόσυρση, ψυχοκινητική επιβράδυνση, διαταραχές του ύπνου, απελπισία και πιθανά ιδέες αυτοκτονίας. Η κατάθλιψη μπορεί να είναι αντίδραση στα αποτελέσματα της αρρώστιας στη ζωή του (π.χ. απώλεια εργασίας, οικονομικές δυσκολίες, αδυναμία, απελπισία, απομόνωση από φίλους και οικογένεια) ή μπορεί να οφείλεται στην αναμονή του θανάτου που έρχεται. Αν αναπτυχθεί μια πραγματική μείζων κατάθλιψη με σωματικά σημεία και ιδέες αυτοκτονίας τότε πιθανόν να ενδείκνυται θεραπεία με αντικαταθλιπτικά ή ηλεκτροθεραπεία (ECT). Όλοι αισθάνονται ένα βαθμό λύπης στην προοπτική του θανάτου τους και η φυσιολογική λύπη δεν χρειάζεται βιολογική παρέμβαση<sup>17</sup>.

Οι περισσότεροι - πάνω από 50% - από τους ασθενείς που παρουσιάζουν ένα πρώτο Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο παρουσιάζουν αργότερα μια ή περισσότερες υποτροπές. Ένας μικρός αριθμός ασθενών δεν ξαναπαρουσιάζουν καταθλιπτικό επεισόδιο (Μείζων κατάθλιψη, Μοναδικό επεισόδιο). Η πορεία ποικίλλει. Ορισμένα άτομα παρουσιάζουν επεισόδια που

διαχωρίζονται από πολλά χρόνια φυσιολογικής λειτουργικότητας. Άλλα παρουσιάζουν αλληπάλλληλα καταθλιπτικά επεισόδια. Κι άλλα παρουσιάζουν αύξηση της συχνότητας των επεισοδίων καθώς προχωρεί η ηλικία τους.

Οι περισσότεροι ασθενείς επιστρέφουν στη φυσιολογική τους κατάσταση - ή στο προηγούμενο επίπεδο λειτουργικότητάς τους - ανάμεσα στα καταθλιπτικά επεισόδια. Ένα ποσοστό όμως, 20-35% των ασθενών δεν αποκαθίστανται ποτέ στην προηγούμενή τους κατάσταση και συνεχίζουν να έχουν υπολειμματικά συμπτώματα και κοινωνική έκπτωση. Η πιθανότητα αυτής της μη πλήρους αποδρομής του επεισοδίου αυξάνει με την ηλικία των ασθενών, τον αριθμό των επεισοδίων και την ύπαρξη οικογενειακού ιστορικού κατάθλιψης<sup>7</sup>.

#### **4.5 Διεγερτική κατάθλιψη**

Είναι συχνότερα ψυχωτικής μορφής, με κύρια χαρακτηριστικά το άγχος και μια μόνιμη ψυχοκινητική διέγερση που δεν αφήνει τον ασθενή σε ησυχία. Ο ασθενής δεν μπορεί να κάτσει σε ένα μέρος, διαρκώς παραπονιέται, υποφέρει από διάφορα σωματικά συμπτώματα, κοιμάται λίγο, αισθάνεται μια εσωτερική ένταση κ.λ.π.

Η κλινική αυτή μορφή κατάθλιψης έρχεται σε αντίθεση με την κλασική εικόνα του ασθενή που αποδυναμωμένος ψυχοκινητικά δεν δείχνει καμία διάθεση και κίνητρο για κάποια συμπεριφορά, μιλάει ευχάριστα, είναι βραδυκινητικός και κοιμάται πολλές ώρες, το κρεβάτι μάλιστα αποτελεί γι' αυτόν φυγή.

Η διάκριση των δύο αυτών μορφών κατάθλιψης είναι σημαντική γιατί συνδέεται άμεσα με τη φαρμακευτική αντιμετώπιση της νόσου. Άλλα είδη αντικαταθλιπτικών φαρμάκων θα χρησιμοποιηθούν στη διεγερτική μορφή (π.χ. κατασταλτικά αντικαταθλιπτικά) και άλλα στη μη διεγερτική.

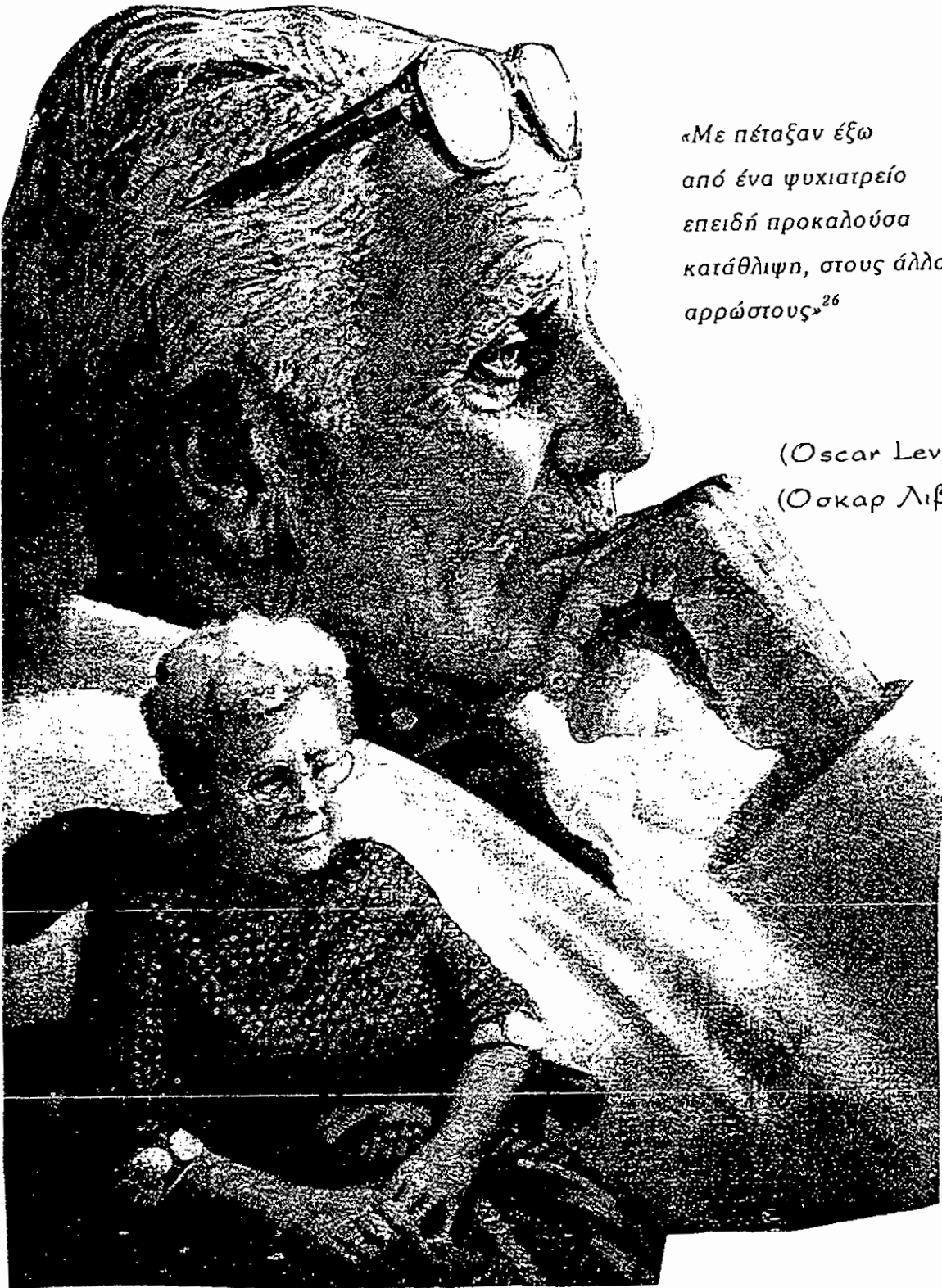
#### **4.6 Αρτηριοσκληρυντική κατάθλιψη**

Καταθλιπτική συμπτωματολογία που αναπτύσσεται στο έδαφος κάποιας γενικότερης αρτηριοσκληρυντικής διαταραχής του κυκλοφορικού συστήματος. Το καταθλιπτικό συναίσθημα δεν είναι ιδιαίτερα βαθύ και η κλινική εικόνα συνοδεύεται από παρανοϊκές σκέψεις, ψυχοκινητική διέγερση και πολλαπλές διαταραχές των ψυχικών λειτουργιών.

#### **4.7 Αγχώδης κατάθλιψη**

Προεξάρχει το άγχος, για το οποίο και οι ασθενείς αυτοί επισκέπτονται τον ιατρό. Οι ίδιοι δεν αισθάνονται την κατάθλιψη και συχνά καταφεύγουν στη χρήση απλών αγχολυτικών. Συνήθως νευρωτικής μορφής χωρίς να αποκλείονται και περιπτώσεις με ψυχωτικό υπόβαθρο<sup>12</sup>.

Αισθήματα έντασης, φόβου, νευρικότητας, ανησυχίας - καθώς και αλλαγές της φυσιολογίας και της συμπεριφοράς, όπως η τρεμούλα, η ταχυπαλμία και η ζαλάδα - είναι, συχνά συμπτώματα αγχώδους κατάθλιψης<sup>25</sup>.



«Με πέταξαν έξω  
από ένα ψυχιατρείο  
επειδή προκαλούσα  
κατάθλιψη, στους άλλους  
αρρώστους»<sup>26</sup>

(Oscar Levant)

(Οσκαρ Λιβάρτ)

#### **4.8 «Ψευδοανοϊκή» μορφή κατάθλιψης**

Πολλά ηλικιωμένα άτομα μπορεί να εμφανίσουν συμπτώματα άνοιας - έκπτωση της μνήμης, δυσκολία στη συγκέντρωση, συνολική έκπτωση των νοητικών λειτουργιών κ.λ.π., που να οφείλονται όμως σε λειτουργική ψυχική διαταραχή - την κατάθλιψη, να έχουν δηλαδή ένα Μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο. Την εικόνα αυτή την ονομάζουμε «ψευδοάνοια» ή «το ανοϊκό σύνδρομο της κατάθλιψης». Μπορεί να είναι πολύ δύσκολο να διαφοροδιαγνωσθεί η κατάθλιψη από την άνοια, αν παρθεί όμως προσεκτικά ιστορικό από συγγενείς και φίλους, είναι πιθανό να αποδειχθεί ότι η ψευδοάνοια αυτή αναπτύχθηκε μέσα σε λίγες εβδομάδες<sup>23</sup>.

Επομένως, η κατάθλιψη εμφανίζεται με τη μορφή ψευδοάνοιας, δηλαδή με συγκινησιακή αστάθεια, ανησυχία και μείωση μνήμης<sup>27</sup>.



**Ψευδοάνοια<sup>19</sup>**

<b>Συμπτώματα και κλινική συμπεριφορά</b>	<b>Κλινικά χαρακτηριστικά σχετιζόμενα με τη μνήμη και τη νοητική δυσλειτουργία</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Οι άρρωστοι συνήθως παραπονιούνται συχνά για απώλεια γνωσιακών λειτουργιών</li> <li>◆ Τα παράπονα των αρρώστων για τη γνωσιακή δυσλειτουργία είναι λεπτομερή</li> <li>◆ Οι άρρωστοι δίνουν έμφαση στην ανικανότητα</li> <li>◆ Οι άρρωστοι τονίζουν τις αποτυχίες.</li> <li>◆ Οι άρρωστοι κάνουν μικρή προσπάθεια να επιτελέσουν ακόμα και απλά καθήκοντα</li> <li>◆ Οι άρρωστοι συνήθως μεταδίδουν έντονη αίσθηση δυσφορίας</li> <li>◆ Συχνά βαθιά συναισθηματική μεταβολή</li> <li>◆ Η απώλεια κοινωνικών δεξιοτήτων συνήθως πρώιμη και προεξάρχουσα</li> <li>◆ Η συμπεριφορά συχνά ασύμβατος με τη σοβαρότητα της γνωσιακής έκπτωσης</li> <li>◆ Ασυνήθης η νυκτερινή επιδείνωση της δυσλειτουργίας</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Προσοχή και συγκέντρωση διατηρούνται καλές</li> <li>◆ «Δεν ξέρω» είναι η τυπική απάντηση</li> <li>◆ Στην εξέταση του προσανατολισμού οι άρρωστοι συχνά απαντούν «δεν ξέρω».</li> <li>◆ Η απώλεια μνήμης για πρόσφατα και παλιά γεγονότα συνήθως σοβαρή</li> <li>◆ Συχνά τα μνημονικά κενά για συγκεκριμένες περιόδους ή γεγονότα</li> <li>◆ Σημαντική ποικιλομορφία στην επίδοση σε παρόμοιες δυσκολίες</li> </ul>

## **Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 5**

### **Η ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΤΗΣ ΓΕΡΟΝΤΙΚΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ**

Ύστερα από την έντονη ενασχόληση με το άγχος κατά το πρώτο μισό αυτού του αιώνα, στο δεύτερο μισό του η έντονη ενασχόληση είναι με την κατάθλιψη. Ιδιαίτερα στην ιατρική, η κατάθλιψη με την ποικιλία των συμπτωμάτων της φαίνεται να είναι πανταχού παρούσα γι' αυτό και οι γιατροί, αλλά και οι συγγενείς προς αυτούς επιστήμονες, πρέπει να μπορούν να αναγνωρίζουν τα συμπτώματά της<sup>7</sup>.

Οι στατιστικές δείχνουν ότι η πιθανότητα κατάθλιψης μειώνεται όσο αυξάνεται η ηλικία. Όμως αυτό μπορεί να σημαίνει ότι πολλά περιστατικά κατάθλιψης μένουν αδιάγνωστα σ' αυτή την ομάδα ατόμων. Κατά τη μελέτη των συμπτωμάτων (εν αντιθέσει προς την ψυχιατρική διάγνωση) έγινε γενικά αποδεκτό ότι τα υψηλότερα ποσοστά συμπτωμάτων κατάθλιψης βρίσκονται στους ηλικιωμένους<sup>28</sup>.

Ποια είναι λοιπόν τα συμπτώματα της κατάθλιψης ; Τα χαρακτηριστικά της κατάθλιψης είναι :

1. Βαθμιαία έναρξη των συμπτωμάτων.
2. Παραμελημένη εξωτερική εμφάνιση, κουρασμένο πρόσωπο, μειωμένη κινητικότητα.
3. Συναίσθημα καταθλιπτικό : Κλαίει εύκολα για όλα, είναι απαισιόδοξος, δεν γελάει, απομονώνεται. Το καταθλιπτικό συναίσθημα είναι το βασικό σύμπτωμα της μελαγχολίας. Είναι πιο έντονο το πρωί και μειώνεται κάπως το απόγευμα.
4. Λιμνασμός της σκέψης του στις καταθλιπτικές του ιδέες.

5. Παραληρητικές ιδέες ενοχής, υποτίμησης του εγώ, μηδενισμού, αναξιοσύνης και υποχονδρικές ιδέες.
6. Ομιλία αργή και χαμηλόφωνη.
7. Βούληση μειωμένη, με αποτέλεσμα τα σχέδιά του για αυτοκτονία να μην πραγματοποιούνται. Μπορεί ν' αυτοκτονήσει ή στην αρχή της ασθένειας που η βούληση δεν είναι τόσο μειωμένη ή μόλις αρχίσει η βελτίωση από τη θεραπεία<sup>10</sup>.
8. Το άτομο είναι αρνητικό και δυσανασχετεί με τη συμπεριφορά των γύρω του χωρίς λογική ή προφανή αιτία.
9. Το άτομο φοβάται επικείμενες καταστροφές, παρουσιάζει μειωμένη σεξουαλική επιθυμία και ικανοποίηση<sup>6</sup>.

Τα ψυχικά και σωματικά συμπτώματα που παρατηρούνται πιο συχνά στους ηλικιωμένους καταθλιπτικούς είναι : κεφαλαλγία, ζάλη, ξηροστομία, «κόμβος» στο λαιμό, πίεση στο στήθος, ιδρώτες, προκαρδιακή δυσφορία, έκτακτες συστολές ή άλλες αρρυθμίες, διαταραχές του σφυγμού, γαστρικό άλγος και αίσθημα επιγαστρίας πίεσης, δυσκοιλιότητα ή διάρροια, συχνουρία, αρθραλγίες κ.α.

Τα ηλικιωμένα άτομα έχουν δυσκολία στην έκφραση των συναισθημάτων τους και γι' αυτό προσφεύγουν συχνότερα στα σωματικά συμπτώματα, τα οποία γίνονται πιο εύκολα κατανοητά από το περιβάλλον τους. ακόμα στα ηλικιωμένα άτομα η κατάθλιψη είναι δυνατόν να καλυφθεί από άλλες ψυχικές εκδηλώσεις, όπως έντονο άγχος, ψυχαναγκασμούς και υστερικά συμπτώματα και γι' αυτό ηλικιωμένα άτομα με συμπτωματολογία αυτής της μορφής θα πρέπει να θεωρούνται καταθλιπτικά μέχρι να αποδειχθεί το αντίθετο<sup>29</sup>.

Η νοσηλεύτρια πρέπει να γνωρίζει πολύ καλά την κλινική εικόνα, τα φαινόμενα και εκδήλωσή της έτσι ώστε να μπορεί να εκτιμήσει και να παρέμβει με τον κατάλληλο τρόπο. Ας δούμε ορισμένες διαστάσεις της κλινικής εικόνας πιο αναλυτικά :

### **5.1 Καταθλιπτική διάθεση**

Οι συναισθηματικές διαταραχές είναι κυρίαρχες στη γεροντική κατάθλιψη. Το άτομο που βρίσκεται σε καταθλιπτική διαταραχή συνήθως περιγράφει τη διάθεσή του σαν καταθλιπτική, λέγοντας ότι νιώθει λύπη, θλίψη, απογοήτευση, απελπισία. Η καταθλιπτική αυτή διάθεση χαρακτηριστικά κυριαρχεί στη ζωή του ατόμου. Ο ασθενής ξεσπάει σε δάκρυα, τα βλέπει όλα μαύρα, και αδυνατεί να αισθανθεί οποιαδήποτε χαρά. Ωστόσο, υπάρχουν και περιπτώσεις όπου οι εκδηλώσεις αυτές του συναισθήματος απουσιάζουν ή μάλλον παρουσιάζονται «μεταμφιεσμένες»<sup>7, 30</sup>.

### **5.2 Αλλαγή στον τρόπο του σκέπτεσθαι**

Υπάρχει μια αλλαγή στον τρόπο του σκέπτεσθαι χαρακτηριστική της γεροντικής κατάθλιψης. Το άτομο εκφράζει αβάσιμες σκέψεις ενοχής και διατυπώνει απόψεις ότι τίποτε δεν έχει αξία και χρησιμότητα, ότι ο κόσμος είναι άδειος και δεν έχει τίποτα θετικό να προσφέρει. Για τον εαυτό του το άτομο πιστεύει ότι έχει αρρωστήσει χωρίς δυνατότητα βελτίωσης. Όλες οι σκέψεις και οι συλλογισμοί του ατόμου είναι μη ρεαλιστικές<sup>30</sup>. Ενοχή, αναξιότητα, χαμηλή αυτοεκτίμηση όταν φθάσουν στο σημείο να είναι σε σταθερή και ακλόνητη διάσταση με την πραγματικότητα, αποτελούν πια παραληρητικές ιδέες<sup>23</sup>.

### **5.3 Η έλλειψη κινήτρων**

Αυτή αποτελεί καταθλιπτικό σύμπτωμα όταν καταδικάζει το άτομο στην απραξία και το βυθίζει στην απάθεια. Το πρόβλημα επικεντρώνεται στην ανικανότητα του ατόμου να δραστηριοποιηθεί

και να ενεργήσει, και στην ενδόμυχη επιθυμία του να δραπετεύσει από τον κόσμο και να μην χρειάζεται να τον αντιμετωπίσει. Το άτομο βρίσκεται παγιδευμένο, ανίκανο να αντιδράσει, κυριευμένο από έναν παραλυτικό φόβο. Κατά διαστήματα, σκέψεις αυτοκτονίας περνούν από το μυαλό του. Η αδιαφορία για τη ζωή είναι προφανής<sup>30</sup>.

#### **5.4 Μειωμένη ικανότητα σκέψης και συγκέντρωσης**

Η νοητική διαδικασία και δραστηριότητα των καταθλιπτικών επιβραδύνεται και συχνά αυτό συνοδεύεται και από προβλήματα μνήμης. Τείνουν να είναι αναποφάσιστοι και να έχουν δυσκολίες συγκέντρωσης. Μερικές φορές μάλιστα, κυριολεκτικά «κολλούν» σε κάποιες σκέψεις, σε σημείο να παρουσιάζουν μερικές φορές ψυχαναγκαστική συμπεριφορά<sup>24</sup>.

#### **5.5 Άγχος**

Το άγχος είναι «ιδιότυπο βίωμα μεγάλης εσωτερικής δυσφορίας που προκαλείται από μια αόριστη εσωτερική απειλή, που, καθώς δεν έχει συγκεκριμένο αντικείμενο, δεν μπορεί να αποφευχθεί από το άτομο, το οποίο και εξουθενώνεται»<sup>10</sup>.

Ένα ποσοστό που κυμαίνεται μεταξύ 60% και 70% των καταθλιπτικών αναφέρει ότι αισθάνεται έντονο άγχος και μερικές φορές υπερβολική ανησυχία<sup>24</sup>. Πολλοί καταθλιπτικοί ασθενείς νιώθουν άγχος υπό μορφή εσωτερικής δυσφορίας, φόβου, αισθήματος επικείμενου κινδύνου, ευερεθιστότητα ή ακόμη και προσβολών πανικού με συνοδά φυτικά συμπτώματα όπως ιδρώτες, αίσθημα παλμών, ταχυκαρδία. Η συνύπαρξη άγχους και κατάθλιψης μπορεί να κάνει δύσκολη τη διάκριση ποιο από τα δύο αποτελεί τη βασική διαταραχή<sup>7</sup>.

## 5.6 Κρίσεις πανικού

Οι κρίσεις πανικού δεν είναι τίποτε άλλο παρά ο μηχανισμός «μάχη ή φυγή σε πλήρη δράση, μπροστά σε καταστάσεις που συνήθως οι άλλοι δεν βρίσκουν ιδιαίτερα ανησυχητικές»<sup>22</sup>. Πρόκειται για περιπτώσεις οξέων, μη-αναμενόμενων και έντονων κρίσεων άγχους. Με άλλα λόγια οι κρίσεις αυτές είναι απροσδόκτες, δεν λαμβάνουν χώρα αμέσως πριν ή κατά την ώρα της έκθεσης του ατόμου σε μια κατάσταση που σχεδόν πάντοτε προκαλούσε άγχος, ούτε σε καταστάσεις όπου το άτομο αποτελεί επίκεντρο της προσοχής των άλλων. Οι κρίσεις αυτές διαρκούν συνήθως ορισμένα λεπτά, σπανιότερα ώρα, στη διάρκεια των οποίων το άτομο έχει το αίσθημα ενός μεγάλου επικείμενου κινδύνου, συνήθως από τη σωματική (ακόμη και το αίσθημα του επικείμενου θανάτου), αλλά και από την ψυχική σφαίρα (αίσθημα απώλειας του ελέγχου του εαυτού, μέχρι του αισθήματος πως η τρέλα είναι επί θύραις)<sup>11</sup>.

## 5.7 Ανηδονία

Απώλεια της ευχαρίστησης σε δραστηριότητες που προηγουμένα ήταν ευχάριστες αποτελεί βασικό σύμπτωμα της κατάθλιψης και χρειάζεται προσοχή γιατί το άτομο μπορεί να μην το έχει συναισθανθεί και να μην παραπονιέται γι' αυτό.

Η οικογένειά του μπορεί όμως να το έχει προσέξει.

Δραστηριότητες που παύουν να είναι ευχάριστες είναι το φαγητό, τα σπορ, κοινωνικές και οικογενειακές εκδηλώσεις. Ανάλογη προς την ανηδονία είναι η απώλεια ενδιαφέροντος σε διάφορες δραστηριότητες<sup>23</sup>.

## **5.8 Διαταραχή του ύπνου**

Ένα από τα κύρια συμπτώματα της κατάθλιψης είναι η διαταραχή του ύπνου, η οποία συνήθως εκδηλώνεται με καθυστέρηση επέλευσης και συχνές διακοπές του ύπνου, καθώς και με πρόωπη τελική αφύπνιση<sup>29</sup>.

Η αϋπνία μπορεί να συνίσταται σε δυσκολία του ατόμου να κοιμηθεί (αρχική αϋπνία) και σε αφύπνιση νωρίς το πρωί (τελική αϋπνία) που είναι ιδιαίτερα συχνή και ενοχλητική καθώς το άτομο ξυπνά στις 5.00 ή 6.00 το πρωί και δεν μπορεί να ξανακοιμηθεί<sup>7</sup>.

## **5.9 Διαταραχή της όρεξης**

Η κατάθλιψη μπορεί εξάλλου να προκαλέσει μια σειρά από φυσιολογικές αντιδράσεις του οργανισμού. Μεταξύ αυτών, συνήθεις είναι οι διαταραχές στην όρεξη για λήψη τροφής, που μπορεί να εκφράζεται είτε ως αδιαφορία για το φαγητό είτε ως ψυχαναγκαστική βουλιμία<sup>20</sup>. Πολλοί καταθλιπτικοί ασθενείς παρουσιάζουν ανορεξία που συνοδεύεται ή όχι από απώλεια βάρους. Η απώλεια βάρους μπορεί να είναι μικρή, μεγάλη ή και απειλητική για τη ζωή. Λιγότερο συχνή είναι η αύξηση της όρεξης, που μπορεί να οδηγήσει και σε πρόσληψη σημαντικού βάρους ιδιαίτερα σε άτομα με διπολική διαταραχή<sup>23</sup>.

## **5.10 Ελάττωση της σεξουαλικής διάθεσης**

Η απώλεια του ενδιαφέροντος για τη σεξουαλική δραστηριότητα, που στους άνδρες μπορεί να εκφραστεί και με διαταραχή της στύσης, είναι άμεσα συνδεδεμένη με την εξάντληση, την απώλεια ενέργειας και τη γενική ανηδονία που χαρακτηρίζει τους

καταθλιπτικούς. Μερικές φορές βέβαια, τα σεξουαλικά προβλήματα μπορεί να οφείλονται στη φαρμακευτική αγωγή ή σε άλλα οργανικά ή ψυχογενή προβλήματα<sup>24</sup>.

### **5.11 Σκέψεις θανάτου και αυτοκτονίας**

Πολλοί καταθλιπτικοί σκέπτονται το θάνατο και έχουν επαναλαμβανόμενες ιδέες θανάτου και αυτοκτονίας. Συχνά λένε : «Θα ήθελα να ξεφύγω από όλα αυτά», «Δεν έχω λόγους να θέλω να ζω», «Εύχομαι να μην είχα ποτέ γεννηθεί», «Θά 'θελα να είχα πεθάνει». Η κατάθλιψη μπορεί να οδηγήσει σε αυτοκτονία που αποτελεί μία από τις 10 κύριες αιτίες θανάτου των ηλικιωμένων στις Η.Π.Α.<sup>27</sup> Η αυτοκτονία αποτελεί την πιο σοβαρή επιπλοκή της κατάθλιψης. Βεβαίως, μόνο ένα ποσοστό καταθλιπτικών επιχειρεί να αυτοκτονήσει και αυτό συμβαίνει 6 με 9 μήνες μετά τη βελτίωση των συμπτωμάτων του ασθενή<sup>24</sup>.

Αν και οι γέροντες αποτελούν το 15% του πληθυσμού εντούτοις, περισσότερο από το 30% των αυτοκτονιών γίνεται από αυτούς. Οι γέροντες πρέπει λοιπόν να θεωρούνται σαν μια ομάδα με υψηλό κίνδυνο αυτοκτονίας.

Οι απόπειρες αυτοκτονίας που γίνονται από γέροντες είναι σοβαρές πάντα. Είναι δεκτό ότι κάθε άτομο μπορεί όταν βρεθεί σε κατάσταση απελπισίας να κάνει απόπειρα αυτοκτονίας. Στους γέροντες οι δυσκολίες και τα προβλήματα υπάρχουν σχεδόν πάντα ενώ οι δυνατότητες για να τα αντιμετωπίσουν είναι περιορισμένες. Οι απόπειρες αυτοκτονίας από γέροντες δεν γίνονται για επίδειξη και οδηγούν στο θάνατο το 50%<sup>31</sup>.



**Χαρακτηριστικά ηλικιωμένου καταθλιπτικού ασθενούς που αυτοκτονεί<sup>21</sup>**

- |                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| ◆ Ζει μόνος                         | ◆ Σοβαρή σωματική νόσος                        |
| ◆ Βιώνει «απώλεια»                  | ◆ Έλλειψη κοινωνικού υποστηρικτικού συστήματος |
| ◆ Χήρος                             | ◆ Προηγούμενη απόπειρα αυτοκτονίας             |
| ◆ Αισθήματα απελπισίας - αβοηθησίας |  |

29

<b>Ψυχικά συμπτώματα</b>	<b>Σωματικά συμπτώματα</b>
1. Απώλεια ενεργητικότητας	1. Αϋπνία και πολύ πρωινό ξύπνημα
2. Αίσθημα υπερβολικής ψυχικής κόπωσης	2. Δυσκοιλιότητα
3. Αισθήματα αναξιοσύνης και απελπισίας	3. Διαταραχές εμμήνου ρύσεως
4. Μειωμένη ικανότητα συγκέντρωσης	4. Ψυχοσωματικές διαταραχές
5. Μειωμένη εκφραστικότητα του προσώπου	5. Αίσθημα συνεχούς σωματικής αδυναμίας
6. Κοινωνική απόσυρση από γνωστούς και οικογένεια	6. Πόνοι στο σώμα
7. Άγχος, τάση, ενοχές και τύψεις	7. Σοβαρές μεταβολές στην όρεξη, που οδηγούν σε ελάτπωση ή αύξηση του βάρους
8. Σκέψεις αυτοκαταστροφής	8. Απώλεια της σεξουαλικής επιθυμίας
9. Αναποφασιστικότητα	
10. Παραμέληση ντυσίματος και ατομικής φροντίδας	
11. Ψυχική επιβράδυνση, κλάμα	

## **Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 6**

### **ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ**

Η θεραπεία οποιασδήποτε κατάστασης δεν είναι τόσο αποτελεσματική όσο η πρόληψή της. Εκείνο που εννοούμε με την πρόληψη της κατάθλιψης είναι η αποφυγή της χρόνιας κατάθλιψης και των παγίδων που ο χρόνια καταθλιπτικός μπορεί να στήσει. Σημαίνει να νιώσεις την κατάθλιψη παρά να την αρνείσαι και να τη διοχετεύεις σε σωματικούς, ψυχολογικούς ή άλλους τομείς συμπεριφοράς. Σημαίνει την εξουδετέρωση μέσα στο άτομο και το περιβάλλον του, των συγκρούσεων που τον κάνουν καταθλιπτικό ενώ δεν πρέπει<sup>14</sup>.

Η πρόληψη της ασθένειας και η βελτίωση της υγείας είναι στόχοι πάντοτε παρόντες σε όλες τις εκδηλώσεις, δραστηριότητες και ερευνητικές μελέτες της Νοσηλευτικής.

Η πρόληψη της ψυχικής ή ψυχοσωματικής ασθένειας περιλαμβάνει την παρεμπόδιση της εμφάνισης και ανάπτυξης της ασθένειας. Εξαρτάται :

- 1) από την κατανόηση και τον έλεγχο των παραγόντων που συντελούν στη δημιουργία της ασθένειας και
- 2) από τη διαθεσιμότητα των μεθόδων για την εξάλειψη νοσογόνων παραγόντων του περιβάλλοντος και παρεμπόδιση της προσβολής του ανθρώπινου βιοψυχοκοινωνικού οργανισμού.

Όταν παρουσιασθεί η ψυχική νόσος, τότε δίνεται έμφαση στην πρόληψη των επιπλοκών και την έγκαιρη ανεύρεση και ριζική θεραπεία ή την επιβράδυνση της εξέλιξης της ασθένειας.

Από τα παραπάνω, γίνεται σαφές ότι ο Νοσηλευτής κινούμενος σε οποιαδήποτε βαθμίδα της φροντίδας υγείας κατέχει τη θέση - κλειδί για να κάνει τα παραπάνω να συμβούν. Οι πολλές ώρες επαφής με το άτομο εκτελώντας σε αυτό από την απλούστερη έως τη σημαντικότερη για την πορεία της υγείας του νοσηλεία, του επιτρέπουν να παρατηρήσει και να αντιληφθεί<sup>1</sup>.

Η πρόληψη της κατάθλιψης, αφού αυτή θεωρείται πρόβλημα υγείας, μπορεί να καταταχθεί σε τρεις βαθμούς : πρώτο, δεύτερο και τρίτο βαθμό.

Η «*πρωτοβάθμια πρόληψη*» έχει δύο σημαντικούς στόχους : πρώτα, να αυξήσει την επίγνωση του κοινού για καλύτερη αντιμετώπιση επεισοδίων οξείας κατάθλιψης και δεύτερον να διδάξει το άτομο να αποφύγει την παγίδευση στη χρόνια κατάθλιψη ή σε καταθλιπτογενές περιβάλλον<sup>14</sup>.

Η «*δευτερογενής πρόληψη*» συνίσταται στην έγκαιρη διαπίστωση του προβλήματος και αποτελεσματική νοσηλευτική παρέμβαση, ώστε να προληφθεί η περαιτέρω εξέλιξη της ψυχικής ασθένειας. Στα πλαίσια αυτά ο Νοσηλευτής λειτουργεί ως δίοδος (είτε δουλεύοντας σε κέντρα υγείας, είτε σε γενικό νοσοκομείο) από την οποία ο ασθενής θα παραπεμφθεί σε άλλες αρμόδιες υπηρεσίες ανάλογα με τις ανάγκες του. Στο σημείο αυτό έγκειται και η προσφορά της δευτερογενούς πρόληψης, δηλαδή : α) η χωρίς καθυστέρηση παραπομπή και β) η χορήγηση πολύτιμων πληροφοριών. Έτσι μπορεί να εντοπίσει από τη μια την αλλαγή στο συναίσθημα, τη συμπεριφορά για τη λειτουργικότητα του ατόμου και αφετέρου, σ συνεργασία με άλλους ειδικούς φορείς να εξαλείψει τους στρεσογόνους παράγοντες του περιβάλλοντος που μπορεί να οδηγήσουν σε κατάθλιψη.

Το έργο του Νοσηλευτή στους χρόνιους ασθενείς, περιγράφει ακριβέστερα ο όρος «*τριτογενής πρόληψη*». Αναφέρεται σε άτομα με

ήδη εξακριβωμένη ψυχική κατάσταση και περιλαμβάνει το πρόγραμμα αποκατάστασης και επανένταξής τους στην κοινότητα. Ειδικότερα η αποκατάσταση στοχεύει στην κάλυψη των κυριότερων αναγκών του ασθενούς γιατί αυτός :

- ✓ Ζητάει αληθινές πληροφορίες.
- ✓ Βασανίζεται από τη σκέψη του μέλλοντος.
- ✓ Πρέπει να μάθει να καταπολεμά ανώμαλες εμπειρίες.
- ✓ Χρειάζεται φάρμακα και ιατρική παρακολούθηση.
- ✓ Χρειάζεται οικονομική κάλυψη.
- ✓ Αντιμετωπίζει κοινωνικά προβλήματα<sup>1</sup>.

## **Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 7**

### **ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΓΕΡΟΝΤΙΚΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ**

Η θεραπεία των αρρώστων που πάσχουν από διαταραχές της διάθεσης θα πρέπει να κατευθύνεται προς ορισμένους στόχους :

- (1) θα πρέπει να διαφυλάσσεται η ασφάλεια του αρρώστου,
- (2) θα πρέπει να γίνεται πλήρης διαγνωστική εκτίμηση του αρρώστου,
- (3) θα πρέπει να σχεδιάζεται και να τίθεται σε εφαρμογή θεραπεία η οποία θα αποσκοπεί όχι μόνο στην άμεση ανακούφιση των τρεχόντων συμπτωμάτων του αρρώστου, αλλά και σε μια γενικότερη μελλοντική κατάσταση ευεξίας.

Αν και αυτή την εποχή η έμφαση δίνεται στην φαρμακοθεραπεία και στην ψυχοθεραπεία του αρρώστου ως ατόμου, τα στρεσογόνα γεγονότα της ζωής έχουν επίσης συσχετισθεί με την αύξηση των υποτροπών μεταξύ αρρώστων που πάσχουν από διαταραχές της διάθεσης. Έτσι η θεραπεία θα πρέπει να μειώνει το πλήθος και τη βαρύτητα των στρεσογόνων παραγόντων στη ζωή των αρρώστων<sup>19</sup>.

Για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης εφαρμόζονται ψυχοθεραπείες γνωστικού - συμπεριφερικού τύπου και χορηγούνται αντικαταθλιπτικά. Η ψυχοθεραπεία αποσκοπεί να αλλάξει τις παράλογες και αρνητικές σκέψεις που προκαλούνται από τα αρνητικά συμβάντα της ζωής και να αναπτύξει πιο αποτελεσματικούς τρόπους αντιμετώπισης. Η τεχνική της αναπόλησης και ανασκόπησης της ζωής βοηθάει τους ηλικιωμένους να ξεπεράσουν την κατάθλιψη

καθώς οδηγεί σε λύση προσωπικών συγκρούσεων και σε αποδοχή της προσωπικής τους ιστορίας.

Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα αναστέλλουν ορισμένα από τα συμπτώματα της κατάθλιψης. Όμως δεν ανταποκρίνονται σε αυτά όλοι οι ασθενείς και υπάρχουν παρενέργειες όπως αύξηση βάρους, θάμβος οράσεως, υπνηλία κ.α. Γι' αυτό χρειάζεται προσοχή χορήγησής τους. Άλλωστε οι ηλικιωμένοι δεν εμφανίζουν τόσο βαριά κατάθλιψη και γι' αυτό χρειάζεται να μπορεί να ξεχωρίσει κανείς πότε υπάρχει πραγματική κατάθλιψη η οποία απαιτεί φαρμακολογική αντιμετώπιση και πότε απλώς κατάπτωση ή πεσμένη ψυχική διάθεση<sup>32</sup>.

## **Σωματικές Θεραπείες**

### **7.1 Ψυχοφαρμακοθεραπεία - Νοσηλευτική παρέμβαση**

Τα ψυχοφάρμακα επικράτησαν στο χώρο της ψυχιατρικής θεραπευτικής και διαμορφώθηκαν οι ιδιαίτερες θεραπευτικές ενδείξεις τους ανάλογα με τη σύνθεσή τους, τις κύριες ιδιότητες του καθενός και τα δραστικά συστατικά που περιέχουν.

Ήδη χρησιμοποιούνται σ' όλη την κλίμακα των ψυχικών παθήσεων από τις βαρύτερες ψυχώσεις μέχρι και τις πιο ελαφρές νευρώσεις<sup>10</sup>.

Όσον αφορά τα αποτελέσματα η ευρεία τους χρήση επί σειρά ετών απέδειξε ότι η θεραπεία έχει στο ενεργητικό της αξιόλογα «θετικά» και «αρνητικά στοιχεία»<sup>6</sup>.

---

### **Θετικά στοιχεία φαρμακοθεραπείας<sup>10</sup>**

---

1. Ελάττωση και κάποτε κατάργηση της νοσηρής συμπτωματολογίας :
    - (α) Ελατώνονται οι διεγέρσεις
    - (β) Τα παραληρήματα ατονούν
    - (γ) Οι ψευδαισθήσεις μετριάζονται
    - (δ) Τα κατατονικά φαινόμενα εξουδετερώνονται
    - (ε) Οι τάσεις αυτοκτονίας, οι παρορμήσεις περιορίζονται
  2. Το πλησίασμα του ασθενούς και η από μέρους του αποδοχή της θεραπείας βελπώνονται σημαντικά
  3. Οι περιορισμοί μειώνονται στο ελάχιστο
  4. Μεγάλο ποσοστό ασθενών γίνονται κοινωνικά βιώσιμοι
- 

### **Αρνητικά στοιχεία φαρμακοθεραπείας<sup>10</sup>**

---

1. Πέρα από την άμβλυση ή κατασίγαση των συμπτωμάτων καμία επίδραση δεν ασκεί στην ίδια την ασθένεια
  2. Αν διακοπεί η θεραπεία, η ασθένεια επανέρχεται ανέπαφη ή και προχωρημένη
  3. Βλαπτικές συνέπειες πάνω σε συστήματα και όργανα από τη μακροχρόνια χρήση τους π.χ. εξωπυραμιδικό σύνδρομο
  4. Η συνέχισή της γίνεται χωρίς διακοπή και τέρμα
  5. Τοξικομανίες που καλλιεργούνται από ορισμένα πρεμιστικά
- 

#### **7.1.1 Τρικυκλικά - Πολυκυκλικά αντικαταθλιπτικά**

Τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά αποτελούν μια αποτελεσματική εναντίον της κατάθλιψης θεραπεία, αλλά οι ανεπιθύμητες ενέργειές τους είναι δυνατό να μειώσουν τη συμμόρφωση και αποδοχή τους εκ μέρους του ασθενούς<sup>33</sup>.

Υπάρχουν αρκετά τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά εν χρήση που δεν έχουν μεγάλες διαφορές μεταξύ τους. απορροφούνται καλά με

χορήγηση από το στόμα και διασπώνται στο ήπαρ. Μερικά από τα μεταβολικά τους προϊόντα είναι θεραπευτικά. Πιστεύεται ότι η θεραπευτική τους δράση έγκειται στην πρόληψη επαναπρόσληψης των αμινών από τις νευρικές απολήξεις των κυτάρων, πράγμα που οδηγεί στην αύξηση της συγκέντρωσής τους στο συνοπτικό χάσμα ώστε να προσληφθούν από τους υποδοχείς.

Ορισμένοι αντιπρόσωποι της ομάδας (νοτριπτυλίνη και δεσιπραμίνη) δρουν περισσότερο στη συγκέντρωση νοραδρεναλίνης και άλλοι (ιμιπραμίνη, αμιτριπτυλίνη) δρουν περισσότερο στη συγκέντρωση 5-υδροξυτριπταμίνης<sup>34</sup>.

### **7.1.2 Αναστολείς Μονοαμινοξειδάσης (ΜΑΟ)**

Μια άλλη κατηγορία αντικαταθλιπτικών φαρμάκων είναι οι αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης (Monoamine oxidase inhibitors, MAOIS). Στη δεκαετία του 1950, το πρώτο από τα φάρμακα της κατηγορίας αυτής, η ιπρονιαζίδη, βρέθηκε ότι προκαλούσε σε πειραματόζωα κατάσταση υπερδραστηριότητας και αυξημένης επαγρύπνησης και ετοιμότητας. Το 1957 οι επιστήμονες απέδειξαν την ευεργετική δράση της ιπρονιαζίδης σε ασθενείς. Τον επόμενο χρόνο χρησιμοποιήθηκε για τη θεραπεία περίπου 400.000 ασθενών. Αργότερα παρασκευάσθηκαν και άλλοι αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης. Σήμερα χρησιμοποιούνται τρεις αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης : η ισοκαρβοξαζόδη, η φαινελλίνη και η τρανυκλυπρομίνη.

Οι αναστολείς της ΜΑΟ θεωρούνται πολυπλοκότερες ενώσεις από τις τρικυκλικές. Ένα φάρμακο που παρασκευάσθηκε πρόσφατα, η φλουοξετίνη, είναι το πρώτο μιας νέας σειράς φαρμάκων που λέγονται αναστολείς της επαναπρόσληψης της σεροτονίνης. Η φλουοξετίνη πιστεύεται ότι αποκαθιστά τη συνολική



δράση της στη σεροτονίνη και την κρατά ενεργό σε ορισμένα νευρωνικά κυκλώματα του εγκεφάλου. Αυτό φαίνεται ότι αποκαθιστά τη συνολική δραστηριότητα της σεροτονίνης σε πιο φυσιολογικά επίπεδα και έτσι μετριάζει την κατάθλιψη. Για πολλούς ασθενείς το φάρμακο αυτό είναι ευκολότερο και ασφαλέστερο στη χρήση του, ως προς άλλα αντικαταθλιπτικά φάρμακα, με λιγότερες παρενέργειες όπως ζάλη, θάμβος όρασης, δυσκοιλιότητα, ξηροστομία και αύξηση βάρους<sup>35</sup>.

Τα μειονεκτήματα των ανταγωνιστών της ΜΑΟ είναι ότι οι άνθρωποι που παίρνουν αυτά τα φάρμακα, πρέπει να ακολουθούν ειδική διαίτα, κατά την οποία πρέπει να αποφεύγουν φαγητά που περιέχουν πολλή τυραμίνη, όπως τυρί, μαγιά και ζωμό κρέατος. Το πρόβλημα είναι ότι η τυραμίνη μερικές φορές έχει αλληλεπίδραση με τα φάρμακα και δημιουργεί υψηλή πίεση, που μπορεί να φτάσει σε τόσο επικίνδυνα όρια ώστε να προκύψει εγκεφαλική αιμορραγία. Ο κίνδυνος μειώνεται όταν οι ασθενείς ακολουθούν τη διαίτά τους, που δεν είναι και πολύ εύκολη<sup>36</sup>.

### **7.1.3 Άλατα Λιθίου**

Το λίθιο αποτελεί τον ευρύτερα χρησιμοποιούμενο σταθεροποιητή της διάθεσης :

- ◆ Για την πρόληψη υποτροπής σε μανιοκαταθλιπτικές (διπολικές) και υποτροπιάζουσες μονοπολικές (δηλ. χωρίς να συνοδεύονται από μανία) καταθλιπτικές διαταραχές.
- ◆ Ως αποτελεσματική θεραπεία στην οξεία μανία.
- ◆ Ως βοηθητικός παράγοντας, για την ενίσχυση της αντικαταθλιπτικής δράσης, στην ανθεκτική προς τη θεραπεία κατάθλιψη<sup>35</sup>.

Οι ασθενείς που παίρνουν λίθιο πρέπει να κάνουν έναν αρχικό έλεγχο θυρεοειδικής λειτουργίας, ηλεκτρολυτών, μέτρηση των λευκών κυττάρων του αίματος, έλεγχο της νεφρικής λειτουργίας (ειδικό βάρος, ουρία αίματος και κρεατινίνη) και ένα αρχικό ΗΚΓ. Η λογική αυτού του ελέγχου βρίσκεται στο γεγονός ότι το λίθιο μπορεί να προκαλέσει βλάβες στη νεφρική συμπύκνωση, υποθυρεοειδισμό και λευκοκυτ-τάρωση. Η εξάντληση νατρίου μπορεί να προκαλέσει τοξικά επίπεδα λιθίου. Περίπου το 95% του λιθίου αποβάλλεται στα ούρα. Έχει επίσης αποδειχθεί ότι το λίθιο προκαλεί αλλαγές στο ΗΚΓ που περιλαμβάνουν διαταραχές αγωγιμότητας.

Το λίθιο ενδείκνυται περισσότερο για την προφυλακτική θεραπεία της κατάθλιψης. Το λίθιο από μόνο του μπορεί επίσης να έχει αντιψυχωτική δράση. Το επίπεδο συντήρησης είναι από 0,6 έως 1,2 mEq ανά L, αν και ασθενείς σε οξεία μανία μπορεί να ανεχθούν επίπεδα υψηλότερα του 1,5 ή του 1,8 mEq ανά L. Μερικοί ασθενείς πιθανόν να απαιτούν υψηλότερα. Τακτικός έλεγχος του λιθίου είναι απαραίτητος, δεδομένου ότι υπάρχει ένα μικρό θεραπευτικό εύρος πέραν του οποίου δυνατόν να παρουσιαστούν καρδιακά προβλήματα και αντιδράσεις από το κεντρικό νευρικό σύστημα (Κ.Ν.Σ.).

Τα επίπεδα λιθίου ελέγχονται 9 έως 12 ώρες μετά την τελευταία δόση, συνήθως το πρωί μετά τη βραδινή δόση. Το επίπεδο πρέπει να ελέγχεται τουλάχιστον 2 φορές την εβδομάδα κατά την περίοδο της σταθεροποίησης του αρρώστου και μία φορά το μήνα αργότερα<sup>17</sup>.

### **Νοσηλευτική φροντίδα**

Προκειμένου να χορηγήσει ο Νοσηλευτής ψυχοφάρμακα σε ψυχικά ασθενείς πρέπει να έχει υπόψη του :

- ✓ Τις ενέργειες του φαρμάκου
- ✓ Τις παρενέργειες του φαρμάκου
- ✓ Την ακριβή δόση, σύμφωνα με την ιατρική οδηγία
- ✓ Τον τρόπο και χρόνο χορήγησης<sup>10</sup>

Ο γενικός κανόνας που ισχύει είναι ότι στους γηριατρικούς ασθενείς χορηγούμε ελαττωμένη δοσολογία. Ο πιο ασφαλής κανόνας είναι ότι αρχίζουμε με χαμηλή δοσολογία και προχωρούμε αργά στην αύξησή της. Τα πολλά προβλήματα που υπάρχουν σ' όλα σχεδόν τα συστήματα επηρεάζουν την φαρμακοκινητική του φαρμάκου και τη φαρμακολογική απάντηση του οργανισμού.

Οι γηριατρικοί ασθενείς που είναι υποψήφιοι για αντιψυχωτική φαρμακευτική αγωγή ανήκουν σε δύο κατηγορίες :

- (α) *Χρόνιοι σχιζοφρενικοί ασθενείς που γέρασαν* : αυτοί χρειάζονται 20-50% λιγότερη αντιψυχωτική αγωγή απ' ότι ο μεσήλικας.
- (β) *Γέροντες που έχουν «οργανική» εγκεφαλική βλάβη με αποτέλεσμα σοβαρές διαταραχές στη συμπεριφορά* : αυτοί χρειάζονται λιγότερη αντιψυχωτική αγωγή και από τους χρόνιους σχιζοφρενικούς ασθενείς.

Πριν αρχίσουμε τη φαρμακευτική αντιψυχωτική αγωγή στους γέροντες θα πρέπει να γίνεται έλεγχος της καρδιακής λειτουργίας, της αρτηριακής πίεσης, της λειτουργίας του εντέρου, της νεφρικής λειτουργίας και της ψυχικής κατάστασης. Όλα αυτά θα πρέπει να ελέγχονται και στη διάρκεια της αγωγής<sup>23</sup>.

Τα ψυχοφάρμακα χορηγούνται μετά το φαγητό, γιατί είναι δυνατά και προκαλούν γαστρεντερικές διαταραχές. Το βράδυ

δίνονται αργά για να διαρκέσει η υπνωτική δράση τους όλης τη νύχτα.

Ιδιαίτερη φροντίδα πρέπει να καταβάλλεται ώστε οι ασθενείς να πάρουν τα φάρμακά τους. πολλοί ασθενείς αποφεύγουν τη λήψη, είτε γιατί συνειδητοποιούν τις παρενέργειες, είτε γιατί επηρεάζονται από διάφορες ψευδαισθήσεις, είτε γιατί έχουν ένα δυσάρεστο συναίσθημα μετά τη λήψη. Βρίσκουν δε ποικίλους τρόπους για να ξεγελάσουν το Νοσηλευτή. Τα κρύβουν κάτω από τη γλώσσα τους, στον ουρανίσκο, μέσα στα δόντια, κάνοντας πως πίνουν νερό τα ρίχνουν στο ποτήρι, τα κρύβουν στα ρούχα τους ή μπορεί να τα πάρουν και κατόπιν να προκαλέσουν έμετο.

Γι' αυτό ο Νοσηλευτής πρέπει να δίνει τα φάρμακα ο ίδιος στον ασθενή και να ελέγχει σχολαστικά εάν τα πήρε. Κάθε απροσεξία και επιπολαιότητα σ' αυτό το θέμα ίσως να έχει δυσάρεστες συνέπειες για την υγεία του ασθενούς, γιατί, εφόσον δεν παίρνει τα φάρμακα, δεν έχουμε το αναμενόμενο αποτέλεσμα. Ακόμη μπορεί οι ασθενείς να συγκεντρώσουν τα φάρμακα και να τα χρησιμοποιήσουν για αυτοκτονία<sup>6</sup>.

Όταν αρνούνται επίμονα να τα πάρουν, χορηγούνται σε ενέσιμη μορφή. Υπάρχουν φάρμακα που έχουν δυσάρεστη γεύση ή άλλα που προκαλούν δυσπεπτικά ενοχλήματα. Σ' αυτές τις περιπτώσεις πρέπει να βοηθήσει τον ασθενή δίνοντας μαζί με το φάρμακο λίγο γάλα ή μια πορτοκαλάδα.

Άλλα φάρμακα προκαλούν ξηρότητα στόματος. Απαραίτητη είναι εδώ η επίβλεψη της υγιεινής του στόματος, χορήγηση βιταμινών κυρίως του συμπλέγματος Β για πρόληψη στοματίτιδας και παράλληλα χορήγηση άφθονων υγρών με μερικές σταγόνες λεμόνι<sup>10</sup>.

Παρενέργειες, όπως η πτώση της αρτηριακής πίεσης, η ταχυκαρδία, ο τρόμος, η αϋπνία, ο ίκτερος, η αναιμία, η δυσκοιλιότητα πρέπει να αντιμετωπίζονται δραστικά. Η παροδική επιδείνωση της αϋπνίας και της ανησυχίας που παρατηρείται από τα διεγερτικά αντικαταθλιπτικά, ανταποκρίνεται στις βενζοδιαζεπίνες. Η δυσκοιλιότητα υποβοηθάται με μαλακτικά των κοπράνων. Η ορθοστατική υπόταση από τα τρικυκλικά, αντιμετωπίζεται με τη διακοπή των διουρητικών, με την απελευθέρωση της λήψεως υγρών, με την ανύψωση της κεφαλής της κλίνης κατά τη διάρκεια της νύχτας και με τη χρησιμοποίηση φλουοροκορτιζόνης, εάν παραστεί ανάγκη<sup>10,37</sup>.

Μερικά φάρμακα προκαλούν ευαισθησία στο ηλιακό φως. Οι ασθενείς που τα παίρνουν δεν πρέπει να εκτίθενται στο ηλιακό φως, γιατί υπάρχει κίνδυνος να πάθουν και εγκαύματα ακόμη. Τέτοιο φάρμακο είναι η θοραζίνη.

Μερικά φάρμακα προκαλούν αύξηση του βάρους γι' αυτό ζυγίζει τους ασθενείς αυτούς και προσέχει το διαιτολόγιό τους. Απαγορεύεται η λήψη οινοπνευματωδών ποτών ταυτόχρονα με τη λήψη φαρμάκων.

Υπάρχουν περιπτώσεις που η φαρμακευτική αγωγή επιφέρει μια επιφανειακή καλύτερευση, ενώ στο βάθος ο ασθενής διατηρεί την κατάθλιψη. Καθήκον του Νοσηλευτή είναι να παρακολουθεί στενά αυτούς τους ασθενείς, γιατί είναι μια περίοδος πολύ επικίνδυνη για αυτοκτονία. Να συζητάει φιλικά μαζί τους και να αξιολογεί τις ενέργειές τους και τις εκδηλώσεις τους, ώστε να μπορεί να κατατοπισθεί για τον τρόπο σκέψης του ασθενούς και για τα αισθήματά του<sup>6</sup>.

Ο Νοσηλευτής θα βοηθήσει θετικά στην πορεία της θεραπείας, αν ύστερα από κάθε αλλαγή της φαρμακευτικής αγωγής παρακολουθεί στενά τον ασθενή. Κάθε άμβλυση ή επίταση των συμπτωμάτων πρέπει να παρακολουθείται και να αναφέρεται λεπτομερώς στο γιατρό.

Η διδασκαλία και η ενθάρρυνση του ασθενούς για τη συνέχιση της φαρμακευτικής αγωγής είναι πάντα καθήκον και ευθύνη του Νοσηλευτού<sup>10</sup>.

## **7.2 Ηλεκτροσπασμοθεραπεία**

Η θεραπεία αυτή, που ακούγεται πολύ πιο δυσάρεστη από ό,τι πραγματικά είναι, είναι χρήσιμη γι' αυτούς τους λίγους ανθρώπους με κατάθλιψη, που απέτυχαν να γίνουν καλά με τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα.

Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία επέφερε επανάσταση στη θεραπεία της κατάθλιψης, πριν από τριάντα χρόνια. Την εποχή εκείνη, τα ψυχιατρεία ήταν γεμάτα από ασθενείς με προβλήματα άγχους και κατάθλιψης, για τα οποία δεν υπήρχαν φάρμακα. Τώρα που έχουμε αποτελεσματικά αντικαταθλιπτικά φάρμακα, η θεραπεία με ηλεκτροσόκ χρησιμοποιείται πολύ πιο σπάνια, αλλά εξακολουθεί να αποτελεί μια πολύ χρήσιμη θεραπευτική παρέμβαση<sup>36</sup>.

Το ηλεκτροσόκ, ηλεκτροσπασμοθεραπεία ή ψυχιατρική ηλεκτροπληξία ακριβέστερα είναι η σκόπιμη πρόκληση μιας επιληπτικής κρίσης, με τη χρήση ηλεκτρικού ρεύματος, για «θεραπευτικούς» σκοπούς<sup>38</sup>.

### **7.2.1 Ενδείξεις ηλεκτροσπασμοθεραπείας (E.C.T.)**

- (1) Υποστροφική μελαγχολία : αποτελεί θεραπεία εκλογής και ποσοστό μεγαλύτερο του 50% έχει ταχεία ανάρρωση.
- (2) Μανιοκαταθλιπτική ψύχωση
  - (α) Στη φάση της μανίας σε ασθενείς με έντονη ψυχοκινητική δραστηριότητα ή σε περιπτώσεις μανιακής εμβροντησίας (stupor)
  - (β) Στη φάση της μελαγχολίας είναι η πιο αποτελεσματική και γρήγορη μέθοδος.
- (3) Σχιζοφρένεια :
  - (α) Στην κατατονική μορφή
  - (β) Στα οξεία σχιζοφρενικά επεισόδια
  - (γ) Σε διεγερτικές καταστάσεις
  - (δ) Σε σχιζοσυναισθηματικές ψυχώσεις<sup>1</sup>

### **7.2.2 Αντενδείξεις ηλεκτροσπασμοθεραπείας (E.C.T.)**

- (1) Απόλυτες αντενδείξεις αποτελούν :
  - (α) Όγκος εγκεφάλου
  - (β) Θρομβοφλεβίτιδα
  - (γ) Εξόφθαλμος βρογχοκήλη
  - (δ) Οξεία σπειραματονεφρίτιδα
- (2) Σχετικές αντενδείξεις :
  - (α) Μεγάλη ηλικία
  - (β) Κύηση
  - (γ) Πνευμονικές παθήσεις
  - (δ) Σπονδυλοαρθροπάθεια
  - (ε) Πεπτικό έλκος<sup>10</sup>

### **7.2.3 Ανεπιθύμητες ενέργειες**

- ✓ Σύγχυση - διαταραχή προσανατολισμού, συνήθως διάρκειας 15' - 30' μετά τη θεραπεία.
- ✓ Παροδική αύξηση της αρτηριακής πίεσης και σφύξεων για 2' - 3' όπως και κάποιες έκτακτες συστολές. Σε υπερτασικούς παρατηρείται μεγαλύτερη αύξηση αρτηριακής πίεσης, γι' αυτό προηγείται έλεγχος και χορηγείται φάρμακο υπογλωσσίως.
- ✓ Βραδυαρρυθμίες.
- ✓ Παρατεταμένη άπνοια. Αποτελεί ανεπιθύμητη ενέργεια συνήθως σε ασθενείς με ανεπάρκεια ψευδοχοληνεστεράσης. Η άπνοια αντιμετωπίζεται με συνεχή οξυγόνωση του ασθενή έως ότου επανέλθει η αυτόματη αναπνευστική λειτουργία.
- ✓ Σωματικά ενοχλήματα όπως : ζάλη, κεφαλαλγία, μυϊκοί σπασμοί, κόπωση, ανορεξία, αϋπνία, αμνόρροια.
- ✓ Παρατεταμένη επιληπτική εκφορτική η οποία όμως αντιμετωπίζεται με την επιπλέον χορήγηση αναισθητικού ή διαζεπίνη υπό συνεχή οξυγόνωση.
- ✓ Θνητότητα (ποσοστό 1/10.000). Συνήθως θάνατος επέρχεται κατά την ανάνηψη καρδιακών επιπλοκών<sup>3</sup>.

### **7.2.4 Η νοσηλευτική στη γενική προετοιμασία για το ηλεκτροσόκ**

Η υπογραφή του ασθενούς, αν είναι σε θέση και των συνοδών είναι απαραίτητη πριν από την έναρξη της θεραπείας. Να εξηγήσει κανείς τη θεραπεία στον ασθενή είναι πολύ δύσκολο, εκτός αν γνωρίζει αρκετά σχετικά με τους φόβους και τις εμπειρίες του ασθενούς.

Υπάρχουν ασθενείς, οι οποίοι φοβούνται όταν ακούσουν ότι προκαλείται απώλεια μνήμης μετά το ηλεκτροσόκ. Σε αυτή την



περίπτωση χρειάζεται να διαβεβαιώσουμε τον ασθενή ότι η απώλεια της μνήμης είναι παροδική και ότι δεν υπάρχει κίνδυνος να ξεχάσει σπουδαία πράγματα ή περιστατικά της ζωής του. Συνήθως επανέρχεται η μνήμη ανέπαφη μετά τη συμπλήρωση της σειράς των θεραπειών.

Όσο και αν προετοιμασθεί ο ασθενής, την ημέρα της θεραπείας αισθάνεται μεγάλο φόβο και χρειάζεται συμπαράσταση.

Πέρα από την ψυχολογική ενίσχυση χρειάζεται, από οργανικής πλευράς, να έχει γίνει έλεγχος του καρδιαγγειακού συστήματος, του αναπνευστικού, του ουροποιητικού και, αν είναι δυνατόν, της σπονδυλικής στήλης. Ο ασθενής μένει νηστικός για 12 περίπου ώρες πριν το ηλεκτροσόκ. Πριν από τη νοσηλεία πρέπει να ελευθερωθεί ο ασθενής από στενά ενδύματα, να αφαιρεθούν οι ξένες οδοντοστοιχίες, τα τσιμπιδάκια, καθώς επίσης να εκκενωθεί η ουροδόχος κύστη.

Κατά τη διάρκεια της θεραπείας μια σχετική ακινητοποίηση είναι απαραίτητη. Ένα μικρό μαξιλάρι τοποθετείται συνήθως κάτω από τη μέση του ασθενούς και ασκείται ελαφρά πίεση πάνω στους ώμους και τους γλουτούς, για αποφυγή τραυματισμού κατά τη διάρκεια των συσπάσεων, εκτός αν γίνει με νάρκωση.

Μετά τη θεραπεία ο ασθενής συνέρχεται σταδιακά και αργά και χρειάζεται γύρω του γνωστά πρόσωπα. Δεν γνωρίζει που βρίσκεται και δεν θυμάται ότι έχει κάνει ηλεκτροσόκ.

Το θεραπευτικό αποτέλεσμα είναι άμεσο. Συνήθως μετά τις πρώτες 2-3 συνεδρίες οι ασθενείς γίνονται πιο ξύπνιοι, ενεργητικοί και πιο ικανοί να σκεφθούν και να πραγματοποιήσουν κάτι που θέλουν. Γι' αυτό και κατά την περίοδο αυτή ο ασθενής είναι πιο ικανός να θέσει σε ενέργεια σχέδια αυτοκτονίας τα οποία έχει κάνει και χρειάζεται στενή παρακολούθηση<sup>39</sup>.

## Ψυχοθεραπεία

### 7.3 Ατομική Ψυχοθεραπεία

Είναι η κατ' εξοχήν ψυχοθεραπευτική μέθοδος που χρησιμοποιείται στις ψυχωσικές διαταραχές. Ο θεραπευτής χρησιμοποιεί τη σχέση εμπιστοσύνης με τον θεραπευόμενο για να τον βοηθήσει να αντιμετωπίσει τα επίκαιρα και μελλοντικά του προβλήματα. Η υποστηρικτική ψυχοθεραπεία είναι επικεντρωμένη στο «παρόν» του ασθενή και ασχολείται ελάχιστα ή καθόλου με ψυχοδυναμικές ερμηνείες γεγονότων του παρελθόντος<sup>12</sup>.

Η ψυχοθεραπεία προσφέρει στο άτομο που υποφέρει από κατάθλιψη την ευκαιρία να απελευθερωθεί από την κατάθλιψή του και ταυτόχρονα να αποκτήσει σημαντικές και χρήσιμες διοράσεις. Κατά τη διάρκεια των τελευταίων χρόνων αυτή η διεργασία έχει αυξηθεί με τη βοήθεια των τρικυκλικών αντικαταθλιπτικών φαρμάκων<sup>14</sup>.

Η ατομική ψυχοθεραπεία διεξάγεται σε 2-3 συνεδρίες την εβδομάδα από 30-50 λεπτά κάθε φορά. Η διάρκεια είναι από δύο χρόνια μέχρι 25 χρόνια και μπορεί να προσφερθεί σαν μια σειρά εντατικής ψυχοθεραπείας ή σαν υποστηρικτική ψυχοθεραπεία<sup>6</sup>.

### 7.4 Ομαδική ψυχοθεραπεία

Η θεραπεία ομάδας βοηθάει στον έλεγχο και την εξημέρωση μιας επιθετικής ανάγωγης συμπεριφοράς. Η συναισθηματική μεταβίβαση είναι πιο ήπια και πιο ευκολοχείριστη οδηγώντας πιο σπάνια σε επικίνδυνες παρεκτροπές συμπεριφοράς ή σε έναν πρόωρο τερματισμό της θεραπείας. Συνιστάται η παράλληλη χρήση ομαδικής και ατομικής υποστηρικτικής θεραπείας κατά προτίμηση με

τον ίδιο ψυχοθεραπευτή για να αποφευχθεί ο δικασμός που προκαλεί η μεταβίβαση<sup>4</sup>:

Είναι η πιο διαδεδομένη μέθοδος ψυχοθεραπείας ψυχωσικών ασθενών ενδο- και εξωνοσοκομειακά. Τα πλεονεκτήματα της μεθόδου δεν είναι μόνο οικονομικά και χρονικά αλλά σ' αυτά περιλαμβάνονται και οι κατ' εξοχήν θεραπευτικοί παράγοντες της ομάδας όπως η παροχή πληροφοριών, η αλληλεγγύη και ο αλtruισμός, η δοκιμασία της πραγματικότητας<sup>12</sup>.

Η ομαδική θεραπεία μπορεί να είναι συμπεριφορικού, ψυχοδυναμικού ή αναισθητικού τύπου. Είναι αρκετά αποτελεσματική για τη βελτίωση της κοινωνικής απομόνωσης των αρρώστων και την απόκτηση διαπροσωπικών δεσμών μέσα από τη συνεκτικότητα των ομάδων<sup>21</sup>.

## **7.5 Θεραπεία Συμπεριφοράς**

Η συμπεριφορική θεραπεία βασίζεται στην υπόθεση ότι τα δυσπροσαρμοστικά σχήματα έχουν ως αποτέλεσμα τον σημαντικό περιορισμό της θετικής ανατροφοδότησης, που λαμβάνει το άτομο από την κοινωνία και ίσως να γίνεται δέκτης μιας σαφούς απόρριψης. Αντιμετωπίζοντας με τη θεραπεία της δυσπροσαρμοστικής τους συμπεριφοράς οι άρρωστοι μαθαίνουν να λειτουργούν μέσα στον κόσμο έτσι ώστε να εισπράττουν θετική ανατροφοδότηση<sup>19</sup>.

Χρησιμοποιείται κατά την υπολειμματική φάση και σε χρόνιους αρρώστους ενώ σημαντική είναι η συμβολή της σε προγράμματα αποκατάστασης<sup>21</sup>.

## **7.6 Γνωστική Θεραπεία**

Η γνωστική θεραπεία την οποία πρώτος ανέπτυξε ο Aaron Beck εστιάζεται στην αντιμετώπιση των γνωσιακών παραμορφώσεων οι οποίες όπως υποστηρίζει υπάρχουν στη Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή. Στόχος της γνωστικής θεραπείας είναι να άρει τα καταθλιπτικά επεισόδια και να αποτρέψει την επανεμφάνισή τους βοηθώντας τον άρρωστο<sup>19</sup>.

Η γνωστική ψυχοθεραπεία της κατάθλιψης είναι μια σύντομη μορφή θεραπείας της τάξεως των 15-25 συνολικών συνεδριών διάρκειας περίπου 50' η καθεμία και με συχνότητα μια φορά την εβδομάδα. Ιδιαίτερα όμως στις αρχές της θεραπείας και ανάλογα με την περίπτωση και τις ανάγκες της, η συχνότητα επισκέψεων μπορεί να είναι μεγαλύτερη π.χ. 2 και 3 φορές την εβδομάδα. Στις αρχές φάσεις και ιδίως όταν επικρατούν τα βιολογικά, τα βουλητικά και τα συναισθηματικά στοιχεία, οι θεραπευτικές επεμβάσεις αποσκοπούν στην άμεση δραστηριοποίηση και βελτίωση ή ανακούφιση του ασθενούς. Στις όψιμες φάσεις η θεραπευτική επέμβαση παίρνει έναν όλο και μεγαλύτερο γνωσιακό χαρακτήρα. Στην τελική φάση το άτομο προετοιμάζεται ώστε να λειτουργήσει χωρίς την βοήθεια του θεραπευτή για την αντιμετώπιση των υποτροπών<sup>11</sup>.

## **7.7 Απασχολσιοθεραπεία**

Έχει στόχο μέσα από μια ευχάριστη απασχόληση το «ξύπνημα» υγιών δημιουργικών δυνάμεων και την ελάττωση της συναισθηματικής έντασης και άκαμπτης συμπεριφοράς του ψυχωσικού. Περιλαμβάνει εργασία με πηλό, μουσική, ζωγραφική, πλέξιμο καλαθιών, ξύλινες ή άλλες κατασκευές κ.λ.π. Η θεραπευτική αυτή απασχόληση μπορεί να έχει και σαν στόχο και συγκεκριμένα

συμπτώματα όπως αποδυνάμωση φοβιών, ελάττωση του άγχους, μείωση της καχυποψίας και παρανοϊκότητας, αποφυγή της απομόνωσης και των αυτιστικών τάσεων αυτόνομα, τις περισσότερες φορές όμως αποτελεί τμήμα ενός φάσματος ψυχοθεραπευτικών επεμβάσεων πάνω στον ασθενή. Στις περιπτώσεις ομαδικής απασχολησιοθεραπείας εκδηλώνονται και επεξεργάζονται τα δυναμικά στοιχεία της δυναμικής θεραπείας<sup>12</sup>.

### **7.7.1 Αισθητηριακή άσκηση**

Η τεχνική αυτή χρησιμοποιείται με ηλικιωμένους οι οποίοι είναι αποτραβηγμένοι, κλεισμένοι στον εαυτό τους και που έχουν δυσκολία να αλληλεπιδράσουν με το περιβάλλον τους. Η άσκηση των αισθήσεων επιτυγχάνεται με διάφορα ερεθίσματα : αν η κατάσταση του ηλικιωμένου το επιτρέπει, ο ηλικιωμένος εμπλέκεται σε διάφορες δραστηριότητες. Εάν η κατάστασή του δεν το επιτρέπει, τότε απλώς παρακολουθεί άλλους ηλικιωμένους στις δραστηριότητές τους (χειροτεχνίες, γυμναστική, χορός κ.λ.π.). Με τον τρόπο αυτό επιτυγχάνεται η βελτίωση της αντιληπτικής ικανότητας του ηλικιωμένου ατόμου και αναβαθμίζεται η αλληλεπίδρασή του με το φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον. Σε πολλές περιπτώσεις έχει παρατηρηθεί ότι η φυσική άσκηση βελτιώνει και τις νοητικές λειτουργίες του υπερήλικα.

### **7.7.2 Θεραπεία μέσω της επαφής με ζώα**

Η τεχνική αυτή χρησιμοποιείται με ηλικιωμένους που διψούν για αλληλεπίδραση, έχουν κατάθλιψη ή απλώς αισθάνονται καταπιεσμένοι. Διάφορα είδη μικρών ζώων χρησιμοποιούνται για να προκαλέσουν τη συναισθηματική έκφραση ηλικιωμένου ατόμου. Η τεχνική συχνά έχει άμεσα αποτελέσματα και το άτομο απαλλάσσεται

από τη συναισθηματική του διαταραχή. Ορισμένα είδη ζώων όπως τα άριστα εκπαιδευμένα φοξ-τεριέ που είναι παιχνιδιάρικα και έχουν χιούμορ έχουν αποδειχθεί ιδιαίτερα αποτελεσματικά για ψυχοθεραπευτικούς σκοπούς. Τα φοξ-τεριέ είναι ικανά να προκαλέσουν τη συναισθηματική αντίδραση των ηλικιωμένων οπότε και οι άλλες διαπροσωπικές σχέσεις τους διευκολύνονται και εξομαλύνονται. Συχνά η επαφή με ένα ζώο είναι το πρώτο βήμα για την ψυχοθεραπεία που θα ακολουθήσει<sup>30</sup>.

### **Ο ρόλος του Νοσηλευτή στην ψυχοθεραπεία**

Ο Νοσηλευτής εκτελεί ποικίλες λειτουργίες που εξαρτώνται από την τεχνική και την αντίληψη των εξελισσόμενων βασικών αρχών που χρησιμοποιούνται. Μερικοί ψυχίατροι είναι πιο πρόθυμοι από άλλους στο να χρησιμοποιούν νοσηλευτικό προσωπικό στην ψυχοθεραπεία. Αν ο ασθενής παίρνει υποστηρικτική ψυχοθεραπεία, ο ρόλος του νοσηλευτού είναι να κατευθύνει το περιβάλλον με τέτοιο τρόπο, ώστε ο ασθενής να συναντά λιγότερες δυσκολίες απ' ό,τι θα συναντούσε έξω από το νοσοκομείο.

Μπορεί να μειώσει τις ερωτήσεις που του γίνονται και να χρησιμοποιήσει την επιρροή του με τέτοιο τρόπο, ώστε να αποκτήσει εμπειρία ότι τα πρόσωπα που τον περιβάλλουν είναι φιλικά, δεκτικά και όχι κριτικά. Μερικές φορές, χωρίς να τροποποιεί τη συμπεριφορά του με οποιοδήποτε τρόπο και χωρίς καν μια καθαρή αντίληψη του τι συμβαίνει, ο Νοσηλευτής μπορεί να χρησιμοποιηθεί από τον ασθενή να πραγματοποιήσει μερικές από τις ανάγκες του.

Ένας ασθενής που είναι ανασφαλής και εξαρτημένος, μπορεί να ακουμπήσει σε ένα δυνατό Νοσηλευτή, που προσφέρει υποστήριξη και ασφάλεια. Άλλος ασθενής που χρειάζεται κάποιον να εξαρτάται από αυτόν, μπορεί να ικανοποιήσει την ανάγκη του να

είναι προστατευτικός, με το να προσπαθήσει να βοηθήσει έναν καινούργιο ασθενή. Κατά τη διάρκεια της ψυχοθεραπείας ο νοσηλευτής ενεργεί ως ένα κατάλληλο πρόσωπο πάνω στο οποίο εξασκεί ο ασθενής καινούργιες κοινωνικές επιτηδειότητες<sup>10</sup>.

Ο ασθενής μπορεί να συζητά με το νοσηλευτή, χρησιμοποιώντας τον για να ταξινομήσει μερικές από τις μπερδεμένες σκέψεις του, ιδέες και αισθήματα, κάνοντας έτσι ευκολότερο γι' αυτόν να συλλέξει τα πιο σπουδαία γεγονότα για τη θεραπευτική συνέντευξη με το γιατρό.

Σε μερικά είδη ψυχοθεραπείας ο νοσηλευτής παίρνει το ρόλο μιας σπουδαίας φυσιογνωμίας στη ζωή του ασθενούς, και τον καθιστά ικανό να ενεργεί έξω από το νοσοκομείο αρχίζοντας τις συναισθηματικές του αντιδράσεις, συνήθως άμεσα προκαλούμενες από το περιβάλλον του. Η ψυχοθεραπεία πάντοτε προκαλεί αλλαγές στη στάση του ασθενούς απέναντι στους άλλους ανθρώπους<sup>6</sup>.

Η ψυχοθεραπευτική αγωγή όμως δεν αποδίδει πάντα με τους ηλικιωμένους<sup>40</sup>

**ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**



## ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ

### **A. Σχεδιασμός της έρευνας**

Η μέθοδός μας στηρίχθηκε στο περιγραφικό μοντέλο έρευνας και πιο ειδικά με τη μορφή της ποσοτικής, πολυπαραγοντικής και ενεργής έρευνας που είναι μορφή του περιγραφικού σχεδίου έρευνας με βάση το οποίο περιγράφονται μεταβλητές, συγκρίνονται ομάδες ατόμων για κάποια μεταβλητή και ακόμη μπορεί και να προλέγει με βάση τη συμπεριφορά μιας μεταβλητής (Σαχίνη - Καρδάση 1991).

### **B. Πληθυσμός - δείγμα**

Για την συλλογή των στοιχείων της έρευνάς μας χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο κατάλληλα σχεδιασμένο από την ομάδα με την καθοδήγηση της υπεύθυνης καθηγήτριας το οποίο και απευθυνόταν σε άτομα τρίτης ηλικίας, τα οποία φιλοξενούνταν σε οίκους ευγηρείας ή έμεναν είτε με τις οικογένειές τους είτε μόνοι τους στο σπίτι. Το ερωτηματολόγιο αυτό συμπληρώθηκε από ένα δείγμα που αποτελούταν από 100 άτομα.

111

### **Γ. Τόπος και χρόνος έρευνας**

Τα στοιχεία συλλέχθηκαν από τον Μάρτιο έως και τον Μάιο του 2000 στην περιοχή της ΝΔ Ελλάδος. Οι ερωτώμενοι συναντήθηκαν με μέλη της ερευνητικής ομάδας σε γηροκομεία, σε σπίτια και νοσηλευτικά ιδρύματα της ίδιας περιοχής.

### **Δ. Συλλογή δεδομένων**

Γιά να επιτευχθεί υψηλή εγκυρότητα περιεχομένου το ερωτηματολόγιο συντάχθηκε από την ερευνητική ομάδα με βάση

ελληνικές και διεθνείς μελέτες. Τα στοιχεία συλλέχθηκαν με προσωπική συνέντευξη, αφού επισημάνθηκε σε κάθε ερωτόμενο, ότι μπορούσαν να μην απαντήσουν στις ερωτήσεις μας αλλά και ότι ανά πάσα στιγμή μπορούσαν να διακόψουν τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου διαρκούσε περίπου 15-20 λεπτά της ώρας.

## **Ε. Κριτήρια εισαγωγής και αποκλεισμού δεδομένων**

*Κριτήρια εισαγωγής στην έρευνά μας ήταν:*

- η ηλικία
- η διαμονή στην περιοχή της ΝΔ Ελλάδος

και

*κριτήρια αποκλεισμού ήταν:*

- ηλικίες μικρότερες των 65 ετών
- μη πλήρως συμπληρωμένα ερωτηματολόγια

Τελικά χρησιμοποιήθηκαν τα 100 ερωτηματολόγια από το σύνολο των 111 που διανεμήθηκαν.

## **ΣΤ. Ζητήματα Βιοηθικής**

Ακολουθήθηκε πιστά ο κώδικας της Νυρεμβέργης και η διακήρυξη του Ελσίνκι για την προστασία των ανθρώπων από κάθε μορφής έρευνας με βάση τα δικαιώματα που έχει κανείς (να μην υποστεί κάποια βλάβη φυσική, συγκινησιακή κλπ, πλήρους διαφάνειας, ανωνυμίας και εχεμύθειας και αυτοδιάθεσης). Για τον λόγο αυτό πριν αρχίσει η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου εξηγήσαμε το σκοπό της έρευνάς μας, επιδιώκαμε τη μη παρεμπόδιση της φυσιολογικής ζωής, σημειώναμε ότι το ερωτηματολόγιο ήταν ανώνυμο και το δείγμα

(δηλαδή τα συμμετέχοντα πρόσωπα) τυχαίο, και τον φορέα της έρευνας - σχολή της φοίτησής μας. Αναλυτικά το ερωτηματολόγιο παρατίθεται στο Παράρτημα της παρούσας εργασίας.

## **2. Κωδικοποίηση και Στατιστική Ανάλυση**

Κάθε πιθανή απάντηση σε μία ερώτηση κωδικοποιήθηκε με ένα ακέραιο αριθμό ανάλογα με τον αριθμό των δυνατών απαντήσεων. Έπειτα τα δεδομένα εισήχθησαν στον ηλεκτρονικό υπολογιστή σε μεταβλητές που η κάθε μία αντιπροσώπευε μία ερώτηση.

Το πρόγραμμα που χρησιμοποιήθηκε για την εισαγωγή των κωδικοποιημένων δεδομένων και τη στατιστική επεξεργασία τους ήταν το EXCEL 2000.

### **1. ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ:**

Τα αποτελέσματα που προέκυψαν συντάχθηκαν σε πίνακες στους οποίους αναφέρεται το όνομα της μεταβλητής καθώς και η αντίστοιχη ερώτηση στην οποία αναφέρεται. Επίσης αναφέρονται οι εξεταζόμενες ομάδες, καθώς και τα ποσοστά που αντιστοιχούν σε αυτές επί του συνόλου.

### **2. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΕΣ ΣΥΓΚΡΙΣΕΙΣ:**

Γιά να διαπιστωθεί αν ορισμένες κατηγορίες ερωτηθέντων έδωσαν διαφοροποιημένες απαντήσεις σε σχέση με κάποιο χαρακτηριστικό, χρησιμοποιήθηκαν crosstabs με τα οποία συνδυάζονται οι απαντήσεις των 2 ερωτήσεων που μας ενδιαφέρουν. Κάθε κελί δίνει τον αριθμό και το επόμενο το ποσοστό επί του συνόλου των ερωτηθέντων. Η στατιστική μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε γιά τον έλεγχο των παρατηρούμενων διαφορών μεταξύ των εξεταζομένων ομάδων, ήταν το chi- square.

Στο τέλος των crosstabs αναγράφονται τα αποτελέσματα που προέκυψαν από τον στατιστικό έλεγχο. Πιο συγκεκριμένα τα στατιστικά αποτελέσματα αποτελούνται από: 1) Μέγεθος του δείγματος , 2)  $\chi^2$  (chi-square), 3) Πιθανότητα στατιστικής σημαντικότητας (p - value).

Θεωρούμε σαν στατιστικώς σημαντική μία διαφορά ως προς κάποιο χαρακτηριστικό, αν και μόνο αν το αποτέλεσμα που δίνεται από το στατιστικό έλεγχο οδηγεί σε μία πιθανότητα  $p < 0,05$ .

Με βάση τα παραπάνω έχουν εξαχθεί και τα συμπεράσματα από την ερευνά μας τα οποία και αναλύονται στην ΣΥΖΗΤΗΣΗ.

## Α Π Ο Τ Ε Λ Ε Σ Μ Α Τ Α

### 1. ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

#### Α. Δημογραφικά στοιχεία

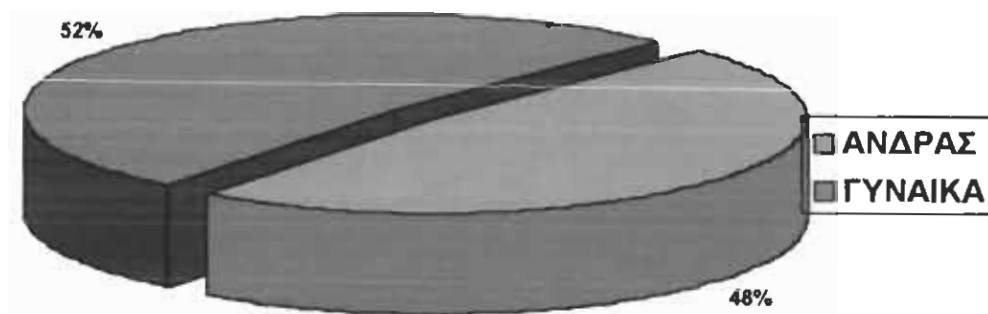
Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται αναλυτικά με μορφή πινάκων, ενώ ακολουθεί αντίστοιχο σχήμα με ανάλογη γραφική παράσταση των αποτελεσμάτων για σαφέστερη παρουσίαση τους.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 1 : Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το φύλο**

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΓΥΝΑΙΚΑ	52	52
ΑΝΔΡΑΣ	48	48
ΣΥΝΟΛΟ	100	100 %

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ήταν γυναίκες

**ΣΧΗΜΑ 1: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το φύλο.**

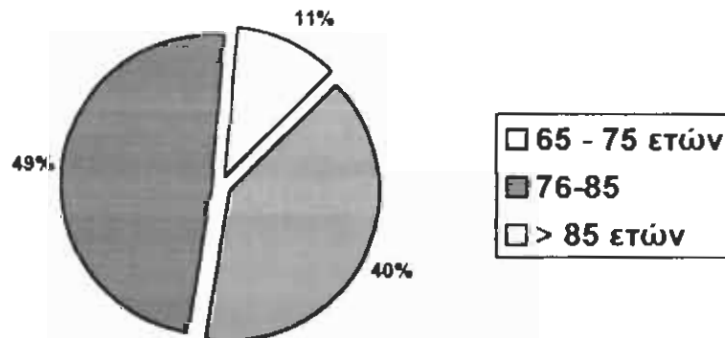


**ΠΙΝΑΚΑΣ 2 : Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με την ηλικία.**

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
65 – 75 ετών	40	40
76 – 85	49	49
> 85 ετών	11	11
ΣΥΝΟΛΟ	100	100 %

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ήταν ηλικίας 76 έως 85 ετών

**ΣΧΗΜΑ 2: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με την ηλικία.**



**ΠΙΝΑΚΑΣ 3 : Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση**

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΑΓΑΜΟΣ	16	16
ΕΓΓΑΜΟΣ	30	30
ΧΗΡΟΣ	35	35
ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ	15	15
ΣΥΜΒΙΩΣΗ	4	4
ΣΥΝΟΛΟ	100	100 %

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ήταν χήροι/ες.

**ΣΧΗΜΑ 3: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με την οικογένεια**



**ΠΙΝΑΚΑΣ 4 : Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση τις οικογενειακές-κοινωνικές συνθήκες.**

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
ΖΕΙ ΜΟΝΟΣ	22	22
ΖΕΙ ΜΕ ΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΤΟΥ	35	35
ΖΕΙ ΣΕ ΙΔΡΥΜΑ	39	39
ΖΕΙ ΜΕ ΦΙΛΟΥΣ	4	4
ΣΥΝΟΛΟ	100	100 %

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ήταν τρόφιμοι ιδρυμάτων.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 5 : Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με την κατοικία τους.**

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
ΑΣΤΙΚΗ	48	48
ΗΜΙΑΣΤΙΚΗ	20	20
ΑΓΡΟΤΙΚΗ	32	32
ΣΥΝΟΛΟ	100	100 %

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα κατοικούσαν σε αστικά κέντρα.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 6 : Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με τον αριθμό των παιδιών τους.**

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
ΚΑΝΕΝΑ	30	30
1 ΠΑΙΔΙ	12	12
2 ΠΑΙΔΙΑ	19	19
3 ΠΑΙΔΙΑ	16	16
4 ΠΑΙΔΙΑ	8	8
> 4 ΠΑΙΔΙΑ	15	15
ΣΥΝΟΛΟ	100	100 %

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ΔΕΝ είχαν παιδιά.

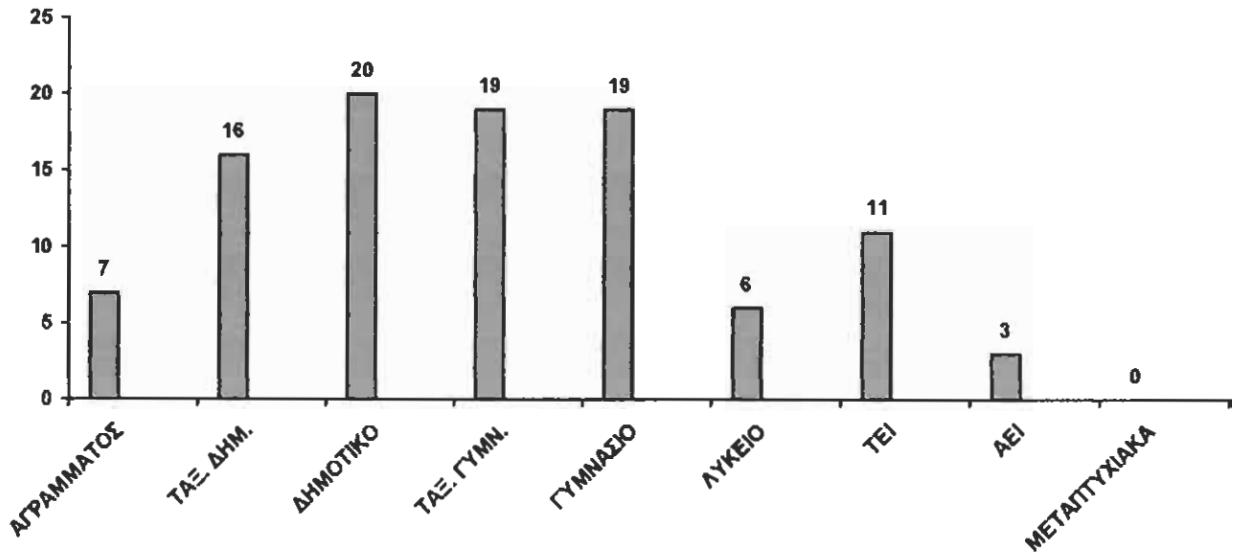


**ΠΙΝΑΚΑΣ 7 : Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με τη μόρφωσή τους.**

<b>ΑΠΑΝΤΗΣΗ</b>	<b>ΑΡΙΘΜΟΣ</b>	<b>ΠΟΣΟΣΤΟ (%)</b>
ΑΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	7	7
ΤΑΞΕΙΣ ΔΗΜΟΤΙΚΟΥ	16	16
ΔΗΜΟΤΙΚΟ	20	20
ΤΑΞΕΙΣ ΓΥΜΝΑΣΙΟΥ	19	19
ΓΥΜΝΑΣΙΟ	19	19
ΛΥΚΕΙΟ	6	6
ΤΕΙ	11	11
ΑΕΙ	3	3
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΑ	0	0
ΣΥΝΟΛΟ	100	100 %

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ήταν απόφοιτοι Δημοτικού σχολείου.

**ΣΧΗΜΑ 4: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με τη μόρφωση.**



**ΠΙΝΑΚΑΣ 8 : Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το επάγγελμα.**

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
ΟΙΚΙΑΚΑ	17	17
ΕΜΠΟΡΙΟ	10	10
ΕΡΓΑΤΗΣ	10	10
ΔΗΜ. ΥΠΑΛΛ.	12	12
ΙΔ. ΥΠΑΛΛ.	7	7
ΑΓΡΟΤΗΣ	10	10
ΑΝΕΡΓΟΣ	9	9
ΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΟΣ	55	55
ΑΛΛΟ	2	2

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ήταν συνταξιούχοι.

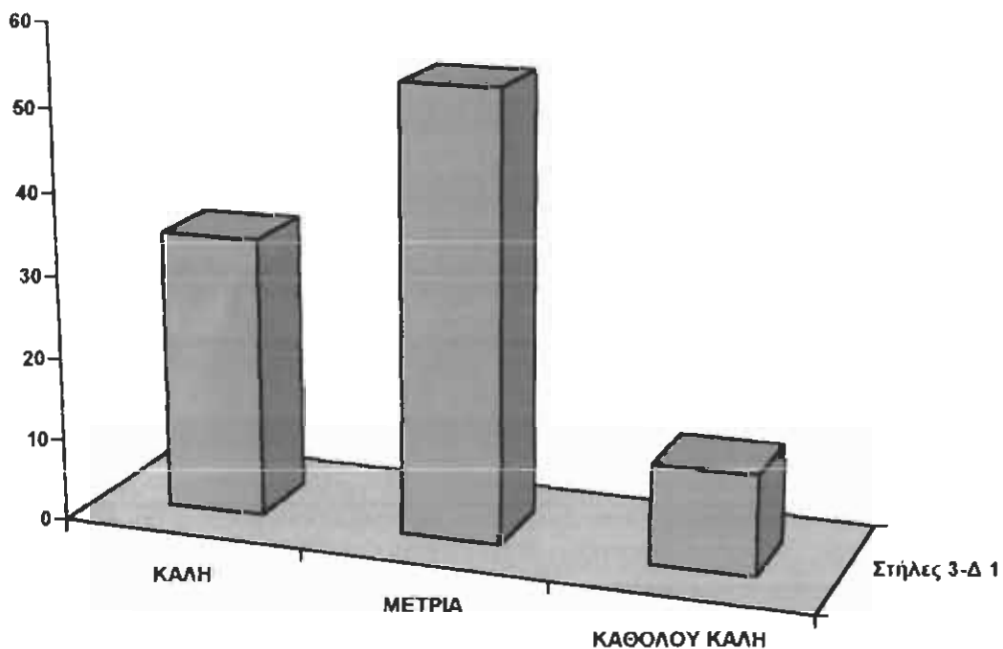
## Β. Απαντήσεις ερωτηματολογίου

**ΠΙΝΑΚΑΣ 9 : Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με την οικονομική τους κατάσταση.**

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
ΚΑΛΗ	34	34
ΜΕΤΡΙΑ	54	54
ΚΑΘΟΛΟΥ ΚΑΛΗ	12	12
ΣΥΝΟΛΟ	100	100

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα θεωρούν την οικονομική τους κατάσταση μέτρια.

**ΣΧΗΜΑ 5: Γραφική περιγραφή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με την οικονομική τους κατάσταση.**



**ΠΙΝΑΚΑΣ 10: Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με την διατροφή τους.**

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
ΕΧΩ ΟΡΕΞΗ	58	58
ΔΕΝ ΕΧΩ ΟΡΕΞΗ	42	42
ΣΥΝΟΛΟ	100	100

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα δηλώνουν ότι έχουν όρεξη γενικά

**ΠΙΝΑΚΑΣ 11 : Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το βάρος τους.**

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟ	40	40
ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ	25	25
ΠΟΛΥ ΑΔΥΝΑΤΟΣ	35	35
ΣΥΝΟΛΟ	100	100

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα είχαν φυσιολογικό βάρος.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 12: Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με τις συνήθειες του ύπνου τους.**

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
ΥΠΝΟΣ > 8 ΩΡΕΣ	26	26
ΣΥΧΝΗ ΑΦΥΠΝΙΣΗ	74	74
ΗΣΥΧΟΣ ΥΠΝΟΣ	59	59
ΕΦΙΑΛΤΕΣ	60	60
ΕΥΤΙΝΗΜΑ ΜΕ ΚΑΛΗ ΔΙΑΘΕΣΗ	45	45
ΕΝΟΥΡΗΣΗ	43	43
ΗΡΕΜΙΣΤΙΚΑ ΧΑΠΙΑ	37	37

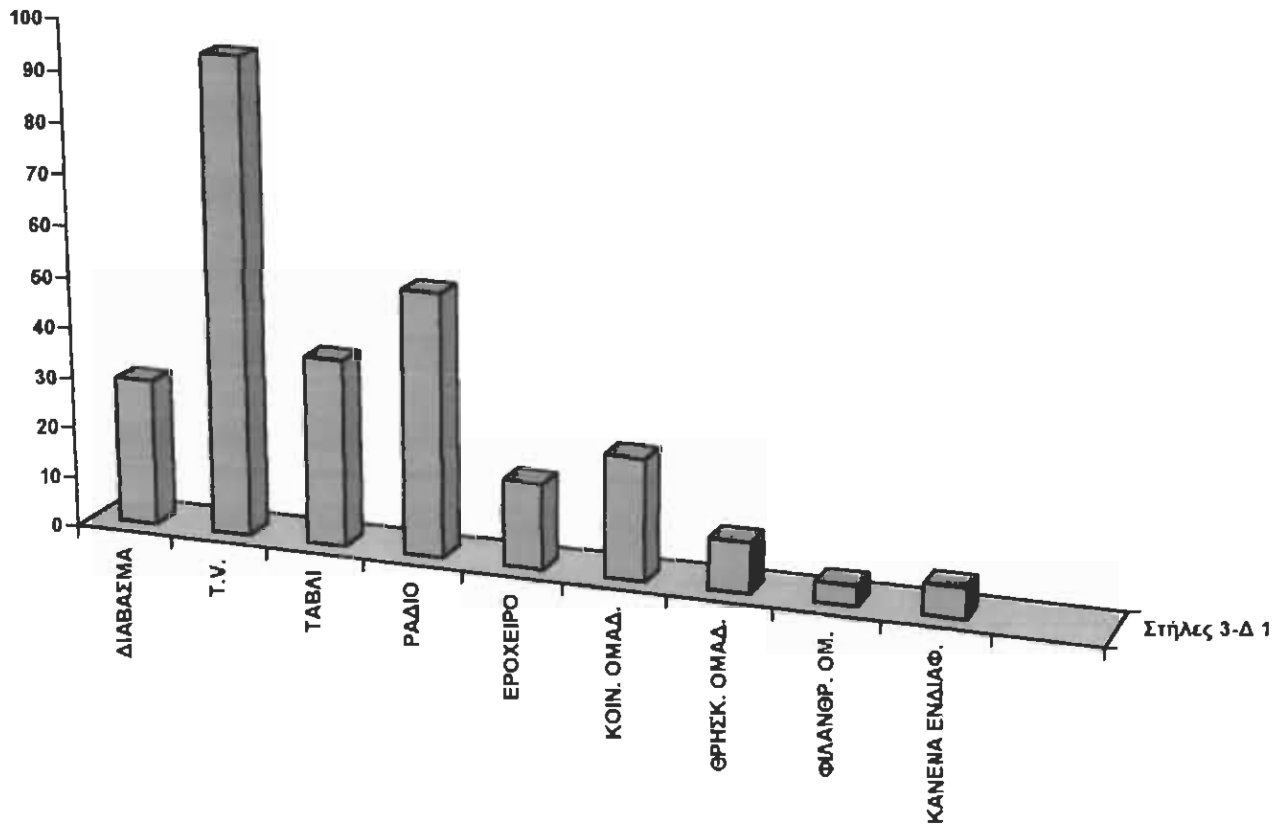
Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ξυπνούν συχνά τη νύχτα και έχουν εφιάλτες.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 13: Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με τα ενδιαφέροντα.**

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
ΔΙΑΒΑΣΜΑ	29	29
Τ.Υ.	94	94
ΤΑΒΛΙ	37	37
ΡΑΔΙΟΦΩΝΟ	52	52
ΕΡΓΟΧΕΙΡΟ	17	17
ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΕ: ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ	24	24
ΘΡΗΣΚΕΥΤΙΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ	10	10
ΦΙΛΑΝΘΡΩΠΙΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ	4	4
ΚΑΝΕΝΑ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝ	6	6

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ασχολούνται κυρίως με την τηλεόραση.

**ΣΧΗΜΑ 6:** Γραφική περιγραφή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με τα ενδιαφέροντα.



**ΠΙΝΑΚΑΣ 14 :** Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με τα αισθήματά τους.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
ΕΥΤΥΧΙΑ	56	56
ΠΑΡΑΜΕΛΗΣΗ	62	62
ΟΧΙ ΚΑΤΑΝΟΗΣΗ	79	79
ΑΙΣΙΟΔΟΞΙΑ	63	63
ΜΕΛΑΓΧΟΛΙΑ	81	81
ΜΟΝΑΞΙΑ	72	72
ΓΕΛΩ ΣΥΧΝΑ	67	67
ΚΛΑΙΩ ΣΥΧΝΑ	55	55

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα αισθάνονται μελαγχολία κυρίως

**ΠΙΝΑΚΑΣ 15: Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν νοιώθουν κάποια αδυναμία.**

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΑΔΥΝΑΜΙΑ	25	25
ΨΥΧΙΚΗ ΑΔΥΝΑΜΙΑ	20	20
ΚΑΙ ΤΑ ΔΥΟ	50	50
ΚΑΝΕΝΑ	5	5
ΣΥΝΟΛΟ	100	100

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα νοιώθουν τόσο σωματική όσο και ψυχική αδυναμία.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 16: Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν αισθάνονται ανασφαλείς.**

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
ΝΑΙ	48	48
ΟΧΙ	52	52
ΣΥΝΟΛΟ	100	100

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ΔΕΝ αισθάνονται ανασφαλείς.

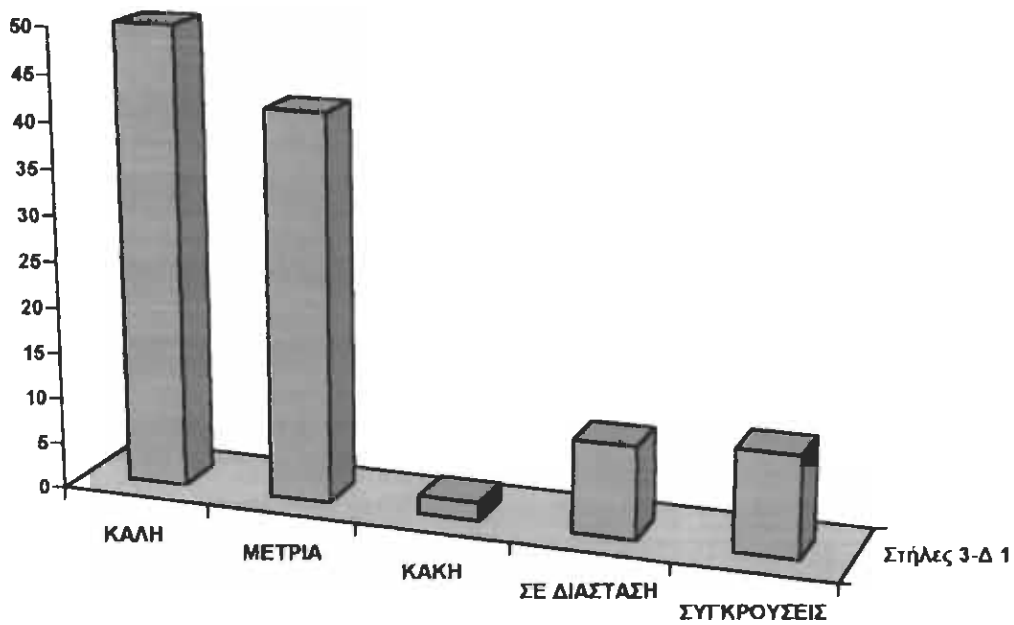
**ΠΙΝΑΚΑΣ 17 : Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με τη σχέση τους με την οικογένειά τους.**

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
ΚΑΛΗ	50	50
ΜΕΤΡΙΑ	42	42
ΚΑΚΗ	2	2
ΣΕ ΔΙΑΣΤΑΣΗ	10	10
ΣΥΓΚΡΟΥΣΕΙΣ	11	11

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα έχουν καλή σχέση με την οικογένειά τους.

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα έχουν καλή σχέση με την οικογένειά τους.

**ΣΧΗΜΑ 7: Γραφική περιγραφή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με τη σχέση τους με την οικογένειά τους.**





**ΠΙΝΑΚΑΣ 18: Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με τις παθήσεις από τις οποίες πάσχουν.**

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
ΕΠΙΛΗΨΙΑ	1	1
ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ	14	14
ΥΠΟΘΥΡΕΟΕΙΔΙΣΜΟΣ	11	11
ΥΠΕΡΘΥΡΕΟΕΙΔΙΣΜΟΣ	13	13
ΟΥΡΑΙΜΙΑ	14	14
AIDS	1	1
ΑΚΡΑΤΕΙΑ	36	36
ΜΕΙΩΣΗ ΜΝΗΜΗΣ	31	31
ΜΕΙΩΣΗ ΑΚΟΗΣ	48	48
ΜΕΙΩΣΗ ΟΡΑΣΗΣ	58	58
ΑΣΤΑΘΕΙΑ	25	25
ΔΥΣΚΟΛΙΑ ΣΤΗΝ ΟΜΙΛΙΑ	18	18
ΚΑΜΙΑ ΠΑΘΗΣΗ	7	7
ΆΛΛΕΣ	69	69

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα πάσχουν κυρίως από μείωση της όρασης τους.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 19: Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με τα πιθανά σωματικά τους προβλήματα**

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
ΑΥΤΙΝΙΑ	49	49
ΔΥΣΚΟΙΛΙΟΤΗΤΑ	35	35
ΞΗΡΟΣΤΟΜΙΑ	19	19
ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΕΜΜΗΝΟΡΥΣΙΑΣ	2	2
ΠΟΝΟΙ ΣΤΟ ΣΩΜΑ	76	76
ΑΝΟΡΕΞΙΑ	32	32
ΠΤΩΣΗ ΠΙΕΣΗΣ	32	32
ΑΠΩΛΕΙΑ ΣΞΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΕΠΙΘΥΜΙΑΣ	42	42

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα υποφέρουν από διάφορους πόνους στο σώμα.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 20Α : Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το άγχος**

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
ΕΧΩ ΑΓΧΟΣ	91	91
ΔΕΝ ΕΧΩ ΑΓΧΟΣ	9	9
ΣΥΝΟΛΟ	100	100

**Β. Προβλήματα που προκαλούν το άγχος**

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ	47	47
ΥΓΕΙΑΣ	32	32
ΑΠΩΛΕΙΑ ΣΥΝΤΡΟΦΟΥ	24	24
ΑΙΣΘΗΜΑ ΜΟΝΑΞΙΑΣ	47	47
ΠΡΟΣΔΟΚΙΑ ΘΑΝΑΤΟΥ	41	41
ΑΝΑΣΦΑΛΕΙΑ	15	15

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα έχουν άγχος κυρίως λόγω της μοναξιάς τους και των οικονομικών προβλημάτων τους.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 21: Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με τα φάρμακα που παίρνουν.**

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	3	3
ΚΑΡΔΙΑ	6	6
ΠΙΕΣΗ	6	6
ΘΥΡΕΟΕΙΔΗ	14	14
ΔΙΑΒΗΤΗ	7	7
ΑΓΧΟΛΥΤΙΚΑ	9	9
ΑΣΘΜΑ	7	7
ΝΕΦΡΑ	1	1
ΑΥΤΙΑ	1	1
ΟΣΤΕΟΠΟΡΩΣΗ	7	7
ΗΡΕΜΙΣΤΙΚΑ	6	6
ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΑ	1	1
ΧΟΛΗΣΤΕΡΙΝΗ	4	4
ΓΡΙΠΗ	1	1

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα παίρνουν φάρμακα για το θυρεοειδή τους.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 22: Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με τις φοβίες τους.**

<b>ΑΠΑΝΤΗΣΗ</b>	<b>ΑΡΙΘΜΟΣ</b>	<b>ΠΟΣΟΣΤΟ(%)</b>
ΜΟΝΑΞΙΑ	26	26
ΣΕΙΣΜΟΣ	18	18
ΑΡΡΩΣΤΙΑ	62	62
ΘΑΝΑΤΟΣ	67	67
ΥΨΟΣ	7	7
ΣΚΟΤΑΔΙ	7	7

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα φοβούνται κυρίως το θάνατο.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 23Α: Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν έχουν σκεφθεί την αυτοκτονία.**

<b>ΑΠΑΝΤΗΣΗ</b>	<b>ΑΡΙΘΜΟΣ</b>	<b>ΠΟΣΟΣΤΟ(%)</b>
ΝΑΙ	46	46
ΟΧΙ	54	54
ΣΥΝΟΛΟ	100	100

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ΔΕΝ έχουν σκεφτεί την αυτοκτονία (όμως ένα σοβαρό ποσοστό 46 % την έχει σκεφτεί).

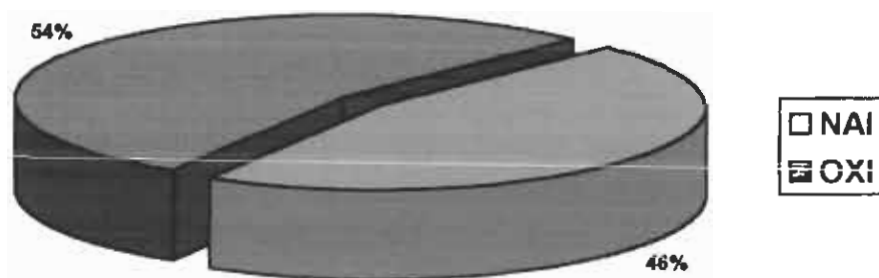
**Β. Λόγοι που έχουν σκεφτεί την αυτοκτονία**

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
ΕΓΚΑΤΑΛΕΙΨΗ	10	10
ΑΠΩΛΕΙΑ ΣΥΝΤΡΟΦΟΥ	14	14
ΣΤΑΜΑΤΗΜΑ ΔΟΥΛΕΙΑΣ	8	8
ΔΕΝ ΕΧΩ ΠΙΑ ΔΥΝΑΜΕΙΣ	22	22
ΑΝΙΑΤΗ ΝΟΣΟΣ	7	7
ΟΧΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ	16	16
ΝΟΙΩΘΩ ΑΧΡΗΣΤΟΣ ΣΤΗ ΚΟΙΝΩΝΙΑ	20	20
ΤΙΠΟΤΕ ΑΠΟ ΤΑ ΠΑΡΑΠΑΝΩ	0	0
ΆΛΛΟΙ	9	9

Οι λόγοι που έχουν σκεφτεί οι περισσότεροι την αυτοκτονία είναι κυρίως γιατί τους έχουν εγκαταλείψει οι δυνάμεις τους και γιατί δεν νοιώθουν ποια χρήσιμοι στην κοινωνία.

**ΣΧΗΜΑ 8: Γραφική περιγραφή των απαντήσεων 100**

**ερωτηθέντων σε σχέση με το αν έχουν σκεφθεί την αυτοκτονία.**



**ΠΙΝΑΚΑΣ 24:** Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με τον αν υπάρχει κάποιος στην οικογένειά τους που να αντιμετωπίζει ψυχολογικά προβλήματα.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
ΝΑΙ	52	52
ΟΧΙ	48	48
ΣΥΝΟΛΟ	100	100

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα έχουν κάποιον στην οικογένειά τους με ψυχολογικά προβλήματα.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 25Α:** Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν έχουν επισκεφθεί ψυχίατρο.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
ΝΑΙ	47	47
ΟΧΙ	53	53
ΣΥΝΟΛΟ	100	100

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ΔΕΝ έχουν επισκεφθεί ποτέ ψυχίατρο.

## **Β. Θεραπεία**

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
ΦΑΡΜΑΚΑ	28	28
ΜΕΙΩΣΗ ΑΓΧΟΥΣ	25	25
ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	12	12
ΨΥΧΑΝΑΛΥΣΗ	11	11

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα που επισκέφθηκαν ψυχίατρο πήραν κυρίως φάρμακα σαν θεραπεία.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 26: Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το γιατί έχουν επισκεφθεί ψυχίατρο.**

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
ΥΠΟΔΕΙΞΗ ΙΑΤΡΟΥ	26	26
ΜΕΛΑΓΧΟΛΙΑ	14	14
ΑΛΛΑΓΕΣ ΣΤΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ	16	16

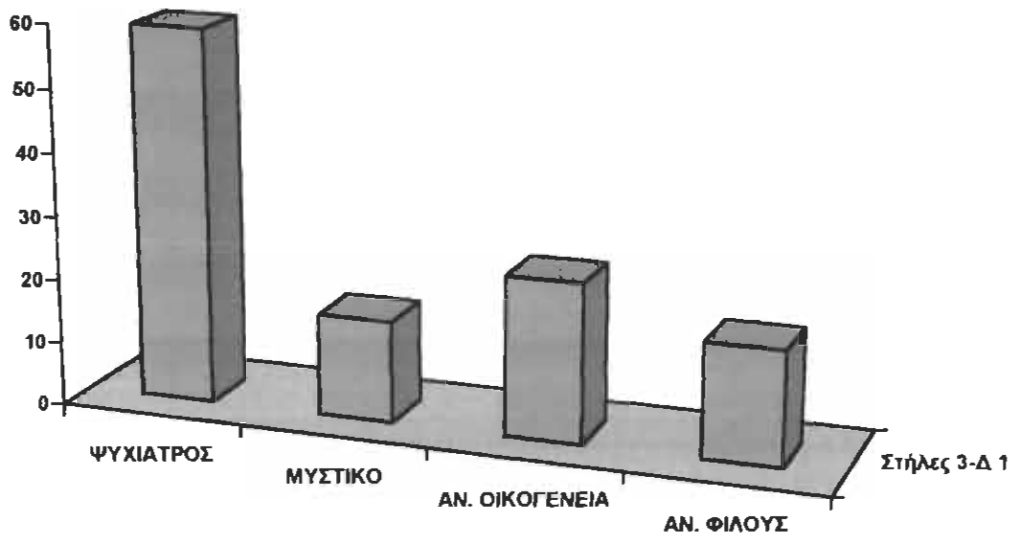
Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα επισκέφθηκαν ψυχίατρο μετά από υπόδειξη ιατρού.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 27 : Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με την αντίδρασή τους σε πιθανή ψυχική νόσο.**

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
ΕΠΙΣΚΕΨΗ ΣΕ ΨΥΧΙΑΤΡΟ	59	59
ΜΥΣΤΙΚΟ	16	16
ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ	25	25
ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ ΣΕ ΦΙΛΟΥΣ	18	18

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα αν διαπιστωνόταν ότι έπασχαν από κάποια ψυχική νόσο θα επισκέπτονταν ψυχίατρο.

**ΣΧΗΜΑ 9 :** Γραφική περιγραφή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με την αντίδρασή τους σε πιθανή ψυχική νόσο.





## 2. ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΕΣ ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ

**ΠΙΝΑΚΑΣ 28 :** Συσχέτιση των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ των ερωτηθέντων διαφορετικού φύλου και της πιθανής σκέψης για αυτοκτονία (Ερώτηση 1 και 23 )

Αριθμός	ΑΝΔΡΑΣ	ΓΥΝΑΙΚΑ	ΣΥΝΟΛΟ
<b>ΝΑΙ</b>	20	34	46
<b>ΟΧΙ</b>	28	18	54
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	48	52	100

	ΤΙΜΗ	P
$\chi^2$	5.7	0.04

Στις συσχετίσεις που έγιναν, διαπιστώθηκαν επίσης τα εξής :

Στις απαντήσεις μεταξύ των ερωτηθέντων διαφορετικού φύλου και της πιθανής σκέψης για αυτοκτονία διαπιστώνονται στατιστικά σημαντικές διαφορετικές απαντήσεις

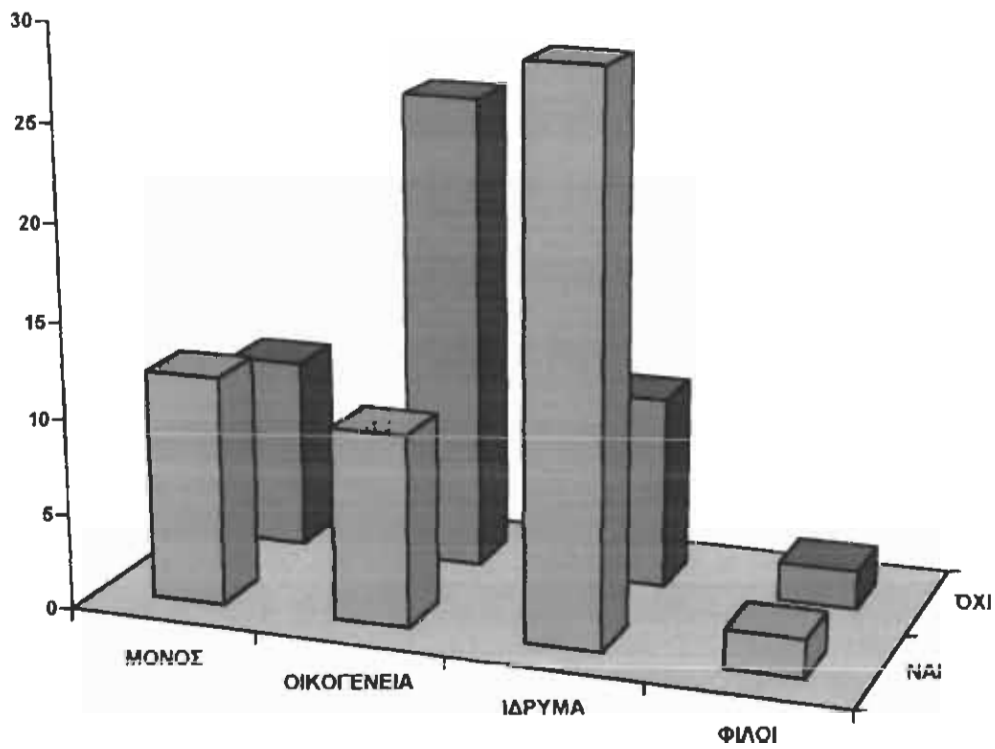
**ΠΙΝΑΚΑΣ 29:** Συσχέτιση των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ των ερωτηθέντων διαφορετικής διαμονής και της πιθανής σκέψης για αυτοκτονία (Ερώτηση 4 και 23 )

Αριθμός	ΜΟΝΟΣ	ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ	ΙΔΡΥΜΑ	ΦΙΛΟΙ	ΣΥΝΟΛΟ
<b>ΝΑΙ</b>	12	10	29	2	46
<b>ΟΧΙ</b>	10	25	10	2	54
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	22	35	39	4	100

	<b>ΤΙΜΗ</b>	<b>P</b>
$\chi^2$	16.5	0.001

Στις απαντήσεις μεταξύ των ερωτηθέντων διαφορετικής διαμονής και της πιθανής σκέψης για αυτοκτονία διαπιστώνονται στατιστικά σημαντικές διαφορετικές απαντήσεις

**ΣΧΗΜΑ 10: Γραφική περιγραφή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ των διαφορετικών τρόπων διαβίωσης και της σκέψης για αυτοκτονία**



**ΠΙΝΑΚΑΣ 30 :** Συσχέτιση των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ των ερωτηθέντων διαφορετικής οικονομικής κατάστασης και της πιθανής σκέψης για αυτοκτονία (Ερώτηση 9 και 23 )

Αριθμός	ΚΑΛΗ	ΜΕΤΡΙΑ	ΚΑΘΟΛΟΥ ΚΑΛΗ	ΣΥΝΟΛΟ
<b>ΝΑΙ</b>	10	26	10	46
<b>ΟΧΙ</b>	24	28	2	54
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	34	54	12	100

	ΤΙΜΗ	P
$\chi^2$	12,6	0.01

Στις απαντήσεις μεταξύ των ερωτηθέντων διαφορετικής οικονομικής κατάστασης και της πιθανής σκέψης για αυτοκτονία διαπιστώνονται στατιστικά σημαντικές διαφορετικές απαντήσεις.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 31 :** Συσχέτιση των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ των ερωτηθέντων διαφορετικής ηλικίας και της πιθανής σκέψης για αυτοκτονία (Ερώτηση 2 και 23 )

Αριθμός	65-75	76-85	> 85	ΣΥΝΟΛΟ
<b>ΝΑΙ</b>	15	20	11	46
<b>ΟΧΙ</b>	25	29	0	54
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	40	49	11	100

	ΤΙΜΗ	P
$\chi^2$	16,6	0.01

Στις απαντήσεις μεταξύ των ερωτηθέντων διαφορετικής ηλικίας και της πιθανής σκέψης για αυτοκτονία διαπιστώνονται στατιστικά σημαντικές διαφορετικές απαντήσεις.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 32 : Συσχέτιση των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ των ερωτηθέντων διαφορετικού φύλου και της πιθανής επίσκεψης σε ψυχίατρο (Ερώτηση 1 και 25 )**

Αριθμός	ΑΝΔΡΑΣ	ΓΥΝΑΙΚΑ	ΣΥΝΟΛΟ
<b>ΝΑΙ</b>	27	20	47
<b>ΟΧΙ</b>	21	32	53
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	48	52	100

	ΤΙΜΗ	P
$\chi^2$	3.2	0.08

Στις απαντήσεις μεταξύ των ερωτηθέντων διαφορετικού φύλου και της πιθανής επίσκεψης σε ψυχίατρο δεν διαπιστώνονται στατιστικά σημαντικές διαφορετικές απαντήσεις.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 33 : Συσχέτιση των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ των ερωτηθέντων διαφορετικής διαμονής και της πιθανής επίσκεψης σε ψυχίατρο (Ερώτηση 4 και 25 )**

Αριθμός	ΜΟΝΟΣ	ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ	ΙΔΡΥΜΑ	ΦΙΛΟΙ	ΣΥΝΟΛΟ
<b>ΝΑΙ</b>	10	17	19	1	47
<b>ΟΧΙ</b>	12	18	20	3	53
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	22	35	39	4	100

	ΤΙΜΗ	P
$\chi^2$	1,8	0.2

Στις απαντήσεις μεταξύ των ερωτηθέντων διαφορετικής διαμονής και της πιθανής επίσκεψης σε ψυχίατρο δεν διαπιστώνονται στατιστικά σημαντικές διαφορετικές απαντήσεις.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 34: Συσχέτιση των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ των ερωτηθέντων διαφορετικής οικονομικής κατάστασης και της πιθανής επίσκεψης σε ψυχίατρο (Ερώτηση 9 και 25 )**

Αριθμός	ΚΑΛΗ	ΜΕΤΡΙΑ	ΚΑΘΟΛΟΥ ΚΑΛΗ	ΣΥΝΟΛΟ
<b>ΝΑΙ</b>	14	27	6	47
<b>ΟΧΙ</b>	20	27	6	53
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	34	54	12	100

	ΤΙΜΗ	P
$\chi^2$	2,3	0.2

Στις απαντήσεις μεταξύ των ερωτηθέντων διαφορετικής οικονομικής κατάστασης και της πιθανής επίσκεψης σε ψυχίατρο δεν διαπιστώνονται στατιστικά σημαντικές διαφορετικές απαντήσεις.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 35 : Συσχέτιση των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ των ερωτηθέντων διαφορετικού φύλου και της πιθανής ύπαρξης άγχους (Ερώτηση 1 και 20 )**

Αριθμός	ΑΝΔΡΑΣ	ΓΥΝΑΙΚΑ	ΣΥΝΟΛΟ
<b>ΕΧΩ ΑΓΧΟΣ</b>	44	47	91
<b>ΔΕΝ ΕΧΩ ΑΓΧΟΣ</b>	4	5	9
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	48	52	100

	ΤΙΜΗ	P
$\chi^2$	0,1	0.3

Στις απαντήσεις μεταξύ των ερωτηθέντων διαφορετικού φύλου και της πιθανής ύπαρξης άγχους δεν διαπιστώνονται στατιστικά σημαντικές διαφορετικές απαντήσεις.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 36 :** Συσχέτιση των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ των ερωτηθέντων διαφορετικής διαμονής και της πιθανής ύπαρξης άγχους (Ερώτηση 4 και 20 )

Αριθμός	ΜΟΝΟΣ	ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ	ΙΔΡΥΜΑ	ΦΙΛΟΙ	ΣΥΝΟΛΟ
<b>ΕΧΩ ΑΓΧΟΣ</b>	20	33	35	4	91
<b>ΔΕΝ ΕΧΩ ΑΓΧΟΣ</b>	2	3	4	0	9
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	22	35	39	4	100

	ΤΙΜΗ	P
$\chi^2$	0.6	0.5

Στις απαντήσεις μεταξύ των ερωτηθέντων διαφορετικής διαμονής και της πιθανής ύπαρξης άγχους δεν διαπιστώνονται στατιστικά σημαντικές διαφορετικές απαντήσεις.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 37:** Συσχέτιση των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ των ερωτηθέντων διαφορετικής οικονομικής κατάστασης και της ύπαρξης άγχους (Ερώτηση 9 και 20 )

Αριθμός	ΚΑΛΗ	ΜΕΤΡΙΑ	ΚΑΘΟΛΟΥ ΚΑΛΗ	ΣΥΝΟΛΟ
<b>ΕΧΩ ΑΓΧΟΣ</b>	31	49	11	91
<b>ΔΕΝ ΕΧΩ ΑΓΧΟΣ</b>	3	5	1	9
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	34	54	12	100

	ΤΙΜΗ	P
$\chi^2$	0.2	0.4

Στις απαντήσεις μεταξύ των ερωτηθέντων διαφορετικών επιπέδων μόρφωσης και της άποψής τους διαπιστώνονται στατιστικά σημαντικές διαφορετικές απαντήσεις.

## ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Στην παρούσα έρευνα που πραγματεύεται το θέμα της κατάθλιψης της τρίτης ηλικίας δεν αντιμετωπίσαμε ιδιαίτερα προβλήματα. Παρόλο που είχαμε να κάνουμε με άτομα αυτής της ηλικίας η συνεργασία μας κατά την επαφή μας μαζί τους ήταν άριστη. Τους ερωτώμενους τους συναντήσαμε σε σπίτια, γηροκομεία και νοσηλευτικά ιδρύματα στην περιοχή της Ν.Δ. Ελλάδας. Τα στοιχεία μας συλλέχθηκαν με προσωπική συνέντευξη και κανένας από τα άτομα αυτά δεν μας δημιούργησε πρόβλημα, όσον αφορά τις απαντήσεις που θα έπρεπε να δώσουν παρότι τους επισημάνθηκε από την αρχή ότι μπορούσαν να μην απαντήσουν στις ερωτήσεις μας, και ότι ανά πάσα στιγμή θα μπορούσαν να διακόψουν τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.

Στην έρευνά μας οι περισσότεροι ερωτηθέντες ήταν γυναίκες (52%), και ηλικίας 76-85 ετών (49%). Όσον αφορά την ερώτηση σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση, το μεγαλύτερο ποσοστό ήταν χήρα / ες (35%). Στην παρούσα έρευνα τα άτομα με το μεγαλύτερο ποσοστό σε σχέση με τις οικογενειακές και κοινωνικές συνθήκες ήταν τρόφιμοι ιδρυμάτων (39%) και κατοικούσαν σε αστικά κέντρα (48%). Όσον αφορά την ερώτηση για τον αριθμό των παιδιών τους, οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα δεν είχαν παιδιά (30%). Στην έρευνα αυτή σε σχέση με τη μόρφωση, ένα ποσοστό (20%) ήταν απόφοιτοι Δημοτικού σχολείου, ένα ποσοστό (19%) ήταν απόφοιτοι Γυμνασίου, ένα (6%) απόφοιτοι Λυκείου, ένα (11%) ΤΕΙ, ένα (3%) ΑΕΙ και ένα ποσοστό (7%) ήτα αγράμματοι.

Όσον αφορά την ερώτηση σε σχέση με το επάγγελμα, βρέθηκαν ότι την παρούσα έρευνα οι περισσότεροι ήταν

συνταξιούχοι (55%), ένα ποσοστό (17%) ασχολούνταν με τα οικιακά, ένα (10%) ήταν εργάτες, αγρότες και έμποροι, ένα ποσοστό (12%) Δημόσιοι υπάλληλοι, ένα (9%) άνεργοι και ένα (7%) ιδιωτικοί υπάλληλοι

Όσον αφορά την οικονομική τους κατάσταση, οι περισσότεροι ερωτηθέντες θεωρούν την οικονομική τους κατάσταση μέτρια (54%). Στην παρούσα έρευνα οι περισσότεροι ερωτηθέντες δηλώνουν ότι έχουν όρεξη (58%) και το βάρος των περισσότερων είναι φυσιολογικό (40%). Στην ερώτηση σχετικά με τις συνήθειες του ύπνου τους, ένα ποσοστό (74%) ξυπνά συχνά τη νύχτα και ένα ποσοστό (60%) βλέπουν εφιάλτες. Ιδιαίτερη σημασία θα πρέπει να δώσουμε στα ενδιαφέροντα των ηλικιωμένων, όπου ένα πολύ μεγάλο ποσοστό (94%) ασχολούνται κυρίως με την τηλεόραση.

Στην ερώτηση, όσον αφορά τα αισθήματά τους οι περισσότεροι αισθάνονται κυρίως μελαγχολία (81%) και νοιώθουν σωματική και ψυχική αδυναμία (50%). Ένα ποσοστό (52%) απαντούν πως δεν αισθάνονται ασφαλείς και ότι η σχέση με την οικογένειά τους είναι καλή (50%). Οι παθήσεις από τις οποίες πάσχουν οι πιο πολλοί ηλικιωμένοι είναι η μείωση της όρασής τους (58%) και όσον αφορά τα σωματικά τους προβλήματα η πλειοψηφία υποφέρει από διάφορους όνους στο σώμα (76%). Μεγάλη προσοχή θα πρέπει να δώσουμε στην ερώτηση σε σχέση με το άγχος, όπου ένα (91%) απαντούν ότι έχουν άγχος και πως τα προβλήματα που προκαλούν το άγχος είναι λόγω της μοναξιάς τους (47%) αλλά και λόγω των οικονομικών τους προβλημάτων (47%).

Όσον αφορά τα φάρμακα που παίρνουν, βρέθηκε ότι ένα ποσοστό (3%) έπαιρναν φάρμακα για την κατάθλιψη, ένα ποσοστό (9%) αγχολυτικά, ένα ποσοστό (6%) ηρεμιστικά, ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων έπαιρναν φάρμακα για το θυρεοειδή. Στην έρευνά μας σε σχέση με τις φοβίες των ηλικιωμένων, οι



περισσότεροι απάντησαν ότι φοβούνται κυρίως το θάνατο (67%). Ιδιαίτερη σημασία παρουσιάζει η ερώτηση σχετικά με το αν έχουν σκεφθεί την αυτοκτονία, όπου οι περισσότεροι δεν την έχουν σκεφθεί (54%), όμως ένα σοβαρό ποσοστό (46%) την έχει σκεφθεί. Οι λόγοι που έχουν σκεφθεί την αυτοκτονία είναι κυρίως γιατί τους έχουν εγκαταλείψει οι δυνάμεις τους (22%) , γιατί δεν νιώθουν πια χρήσιμοι στην κοινωνία (20%) και γιατί τους εγκατέλειψαν τα παιδιά τους (10%)

Στην παρούσα έρευνα στην ερώτηση για το αν υπάρχει κάποιος στην οικογένειά τους που να αντιμετωπίζει ψυχολογικά προβλήματα, ένα ποσοστό (59%) απάντησε ότι έχουν κάποιον στην οικογένειά τους με ψυχολογικά προβλήματα, οι ίδιοι όμως δεν έχουν επισκεφθεί ποτέ ψυχίατρο (53%). Υπάρχει όμως ένα ποσοστό (47%) που έχουν επισκεφθεί ψυχίατρο, όπου η θεραπεία που πήραν οι περισσότεροι ήταν κυρίως φάρμακα (28%). Στην ερώτηση σε σχέση με το γιατί έχουν επισκεφθεί ψυχίατρο, απάντησαν ότι επισκέφθηκαν ψυχίατρο μετά από υπόδειξη γιατρού (26%) και τέλος όσον αφορά την αντίδρασή τους σε πιθανή ψυχική νόσο, απάντησαν ότι εάν έπασχαν από κάποια ψυχική νόσο θα επισκέπτονταν ψυχίατρο (59%), ενώ ένα (25%) θα το ανακοίνωνε στην οικογένειά του, ένα (18%) σε φίλους και τέλος ένα (16%) θα το κρατούσε μυστικό.

Στις συσχετίσεις που έγιναν, διαπιστώθηκαν επίσης τα εξής :

- Στις απαντήσεις μεταξύ των ερωτηθέντων διαφορετικού φύλου και της πιθανής σκέψης για αυτοκτονία, διαπιστώνονται στατιστικά σημαντικές διαφορετικές απαντήσεις ( $P = 0.04$ ).
- Στις απαντήσεις μεταξύ των ερωτηθέντων διαφορετικής διαμονής και της πιθανής σκέψης για αυτοκτονία, διαπιστώνονται στατιστικά σημαντικές διαφορετικές απαντήσεις ( $P = 0.001$ )

- Στις απαντήσεις μεταξύ των ερωτηθέντων διαφορετικής οικονομικής κατάστασης και της πιθανής σκέψης για αυτοκτονία διαπιστώνονται στατιστικά σημαντικές διαφορετικές απαντήσεις ( $P = 0.01$ )
- Στις απαντήσεις μεταξύ των ερωτηθέντων διαφορετικής ηλικίας και της πιθανής σκέψης για αυτοκτονία διαπιστώνονται στατιστικά σημαντικές διαφορετικές απαντήσεις ( $P = 0.01$ )
- Στις απαντήσεις μεταξύ των ερωτηθέντων διαφορετικού φύλου και της πιθανής επίσκεψης σε ψυχίατρο δεν διαπιστώνονται στατιστικά σημαντικές διαφορετικές απαντήσεις ( $P = 0.08$ )
- Στις απαντήσεις μεταξύ των ερωτηθέντων διαφορετικής διαμονής και της πιθανής επίσκεψης σε ψυχίατρο δεν διαπιστώνονται στατιστικά σημαντικές διαφορετικές απαντήσεις ( $P = 0.2$ )
- Στις απαντήσεις μεταξύ των ερωτηθέντων διαφορετικής οικονομικής κατάστασης και της πιθανής επίσκεψης σε ψυχίατρο δεν διαπιστώνονται στατιστικά σημαντικές διαφορετικές απαντήσεις ( $P = 0.2$ )
- Στις απαντήσεις μεταξύ των ερωτηθέντων διαφορετικού φύλου και της πιθανής ύπαρξης άγχους δεν διαπιστώνονται στατιστικά σημαντικές διαφορετικές απαντήσεις ( $P = 0.3$ )
- Στις απαντήσεις μεταξύ των ερωτηθέντων διαφορετικής διαμονής και της πιθανής ύπαρξης άγχους δεν διαπιστώνονται στατιστικά σημαντικές διαφορετικές απαντήσεις ( $P = 0.5$ )
- Στις απαντήσεις μεταξύ των ερωτηθέντων διαφορετικών επιπέδων μόρφωσης και της άποψής τους διαπιστώνονται στατιστικά σημαντικές διαφορετικές απαντήσεις ( $P = 0.4$ )

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Από την έρευνά μας συμπεράναμε τα εξής :

- ◆ Οι περισσότεροι ηλικιωμένοι είναι συνταξιούχοι
- ◆ Ζουν σε ιδρύματα
- ◆ Ξυπνούν συχνά τη νύχτα και έχουν εφιάλτες
- ◆ Αισθάνονται μελαγχολία
- ◆ Έχουν μεγάλο άγχος λόγω της μοναξιάς τους και των οικονομικών τους προβλημάτων
- ◆ Φοβούνται πολύ στην ιδέα του θανάτου
- ◆ Σκέπτονται συχνά την αυτοκτονία, είτε γιατί τους έχουν εγκαταλείψει οι δυνάμεις τους, είτε γιατί δεν νιώθουν πια χρήσιμοι στην κοινωνία
- ◆ Οι περισσότερες οικογένειες εμφανίζουν προδιάθεση στα ψυχικά νοσήματα
- ◆ Οι ηλικιωμένοι αποφεύγουν να επισκέπτονται ψυχίατρο
- ◆ Η κατάθλιψη βασανίζει ένα πολύ μεγάλο ποσοστό ηλικιωμένων, που συνεχώς αυξάνεται.

Τι πρέπει να γίνει λοιπόν ; Πρώτον, ως επιστήμονες πρέπει να μάθουμε να ανανεώνουμε και να αυξάνουμε τις γενικές γνώσεις μας, γιατί η κατάθλιψη συνήθως συνοδεύεται και από οργανικά προβλήματα. Δεύτερον, η ειδίκευση στη Ψυχιατρική Νοσηλευτική, για όσους εργάζονται σε ανάλογους χώρους, πρέπει να είναι απαραίτητη προϋπόθεση για πρόσληψη. Τρίτον, όλοι όσοι εργάζονται στο χώρο της φροντίδας της υγείας, πρέπει να παρακολουθούν

σεμινάρια και να έχουν τουλάχιστον βασικές γνώσεις περί ψυχιατρικών ασθενειών. Τέταρτον, η Κοινωνική Νοσηλευτική, ένας άλλος κλάδος, επίσης μη ανεπτυγμένος, πρέπει να αναλάβει την εκπαίδευση και παρακολούθηση των ψυχιατρικών ασθενών μετά την έξοδό τους από το Νοσηλευτικό Ίδρυμα.

Με άλλα λόγια, οι ηλικιωμένοι καταθλιπτικοί ασθενείς και γενικότερα οι ψυχιατρικοί ασθενείς, μας χρειάζονται περισσότερο από ότι νομίζουμε και όχι απλά ως «καλοί φίλοι» γεμάτοι κατανόηση, συμπόνια και στοργή, αλλά και ως «άριστοι επιστήμονες» με γνώσεις και οργανωμένα σχέδια νοσηλευτικής φροντίδας.

## Π Ε Ρ Ι Λ Η Ψ Η

Η παρούσα εργασία πραγματεύεται το θέμα της κατάθλιψης της τρίτης ηλικίας και της συμβολής του Νοσηλευτού στην αποκατάστασή της.

Ιστορικά, σύμφωνα με περιγραφές της καταθλιπτικής διαταραχής που υπάρχουν από τότε που άρχισε να καταγράφεται η ανθρώπινη ιστορία, ο Ιπποκράτης την ονόμασε «μελαγχολία».

Σειρά επιδημιολογικών ερευνών στο γενικό πληθυσμό της Ελλάδας δείχνουν ότι ειδικότερα στους ηλικιωμένους που ζουν στα ιδρύματα, η συχνότητα της κατάθλιψης υπερβαίνει το 25%.

Η κατάθλιψη είναι η συχνότερη ψυχιατρική διαταραχή στο γήρας, εμφανίζεται κυρίως σε άτομα ανώτερων κοινωνικών τάξεων και είναι νόσημα με υψηλή νοσηρότητα και υψηλό κόστος σε υπηρεσίες Υγείας.

Στην παρούσα εργασία επιχειρείται η παρουσίαση της νόσου «κατάθλιψης» σε όλες της τις διαστάσεις, η γενική νοσηλευτική προσέγγιση της αρρώστιας, καθώς επίσης και οι ιδιαιτερότητες που παρουσιάζει αυτή στους ηλικιωμένους. Επίσης αναφέρεται και στη θεραπευτική αντιμετώπιση της γεροντικής κατάθλιψης με διάφορες μεθόδους όπως π.χ. οι σωματικές θεραπείες (αντικαταθλιπτικά φάρμακα, Ηλεκτροσπασμοθεραπεία) και οι ψυχοθεραπείες (ομαδική, ατομική, Συμπεριφοράς, Γνωστική, απασχολησιοθεραπεία κ.λ.π.).

Για τη συλλογή των στοιχείων της έρευνάς μας, χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο, κατάλληλα σχεδιασμένο, που απευθύνεται σε άτομα τρίτης ηλικίας, τα οποία φιλοξενούνται σε

οίκους ευγηρίας ή έμεναν με τις οικογένειές τους, είτε μόνοι τους στο σπίτι.

Κριτήρια εισαγωγής στην έρευνά μας ήταν η ηλικία και η διαμονή στην περιοχή της Ν.Δ. Ελλάδας.

Στην έρευνά μας χρησιμοποιήθηκαν ερωτήσεις σε σχέση με το φύλο, την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, τις οικογενειακές - κοινωνικές συνθήκες, την κατοικία, τον αριθμό των παιδιών τους, τη μόρφωσή τους, το επάγγελμα, την οικονομική τους κατάσταση, τη διατροφή τους, το βάρος τους, τις συνήθειες του ύπνου τους, τα ενδιαφέροντά τους, τα αισθήματά τους, ερωτήσεις σε σχέση με τη σχέση τους με την οικογένειά τους, ερωτήσεις σε σχέση με τις παθήσεις τις οποίες πάσχουν, τα πιθανά σωματικά τους προβλήματα, ερωτήσεις σε σχέση με το άγχος, τα φάρμακα που παίρνουν, τις φοβίες τους, ερωτήσεις σε σχέση με το αν έχουν σκεφθεί την αυτοκτονία, σε σχέση με το αν έχουν επισκεφθεί ψυχίατρο και για ποιο λόγο, και τέλος ερωτήσεις σε σχέση με την αντίδρασή τους σε πιθανή ψυχική νόσο.

Τέλος παρουσιάζονται προτάσεις για την αποφυγή της ασθένειας αυτής.

## **S U M M A R Y**

This present work deals with the topic of depression of the third age and the contribution of medical staff for the rehabilitation.

Historically, according to the descriptions of the depressive disorder, which exists since the beginning of the human existence Hippocratis called it «melancholy».

Depression is the most common psychiatric disorder for the elders, which usually appears to higher social class people and it is a disease with high morbidity and high cost for Health Departments.

In this work we attempt to show the disease of depression in its all dimensions, the general medical approach of the disease and also the particularities which are appeared to the elders. Also, it is referred to therapeutical treatment of the elderly depression with different methods such as, physical treatments (antidepressant drugs, Electrospasmotherapy) and psychotherapies (group, private, behaviour, sensible, e.t.c.).

For the data collection of this research, was used questionnaire properly designed and was intended for the third age people who lived either with their families or alone at home or were quests at old people's houses.

Introductory criteria in our research were age and residence in the area of SW Greece.

In our research were used questions related to sex, age, family condition, residence, number of children, education, occupation, financial condition, feeding, weight, sleeping habits, interests, feelings, questions connected to the relation with their families, questions to troubles they suffer, possible physical problems,

questions related to stress, the medicine they take, fears, questions related to if they have ever thought about suicide, if they have ever visited a psychiatrist and for what reason and finally questions related to the reaction in a possible mental illness.

Finally, are presented suggestions for the avoidance of this illness.



## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Βαβαρούτα Ε., Γκλαβά Β., Κατσαρά Ι., Στανίτσα Β., «Νοσηλευτικές δυνατότητες στην πρόληψη της κατάθλιψης», πτυχιακή εργασία - έρευνα Πάτρα 1999 σελ. 3.
2. Φουκώ Μισέλ «ψυχική αρρώστια και ψυχολογία» εκδόσεις ελεύθερος τύπος, Αθήνα 1988 σελ. 10
3. Εθνικός σύνδεσμος Διπλωματούχων Νοσηλευτριών - Νοσηλευτών Ελλάδος «Νοσηλευτική» τόμος 39, τεύχος 1, Ιανουάριος - Μάρτιος, Αθήνα 2000 σελ. 33-35, 44.
4. Χαρτοκόλλης Π. «Εισαγωγή στην ψυχιατρική» Δεύτερη έκδοση, εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα 1991 σελ. 208-209, 221, 224-225, 264.
5. Πιπερόπουλος Γ. «ένας ψυχολόγος κοντά σου» εκδόσεις «ελληνικά γράμματα», Αθήνα 1994 σελ. 203.
6. Ξένου Ελένη, : «Η συμβολή της νοσηλευτικής στην αποκατάσταση της κατάθλιψης», πτυχιακή εργασία. Πάτρα 2000 σελ. 9, 29-30, 37, 41, 43, 50, 71, 86-88, 100, 118.
- 7.- Μάνου Ν. «Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής» εκδόσεις επιστημονικών βιβλίων και περιοδικών (University Studio Press), Θεσσαλονίκη 1988 σελ. 175-176, 194-195, 198.
8. Πλατής Χρυσάνθης Δ. «Γεροντολογική νοσηλευτική» Γ' έκδοση, Αθήνα 1998 σελ. 213.
9. Μάνος Ν. «Ερμηνευτικό λεξικό ψυχιατρικών όρων», Β' έκδοση 1987, Θεσσαλονίκη, 1985 σελ. 80-81, 166.
10. Γιαννοπούλου Α. «Ψυχιατρική νοσηλευτική» έκδοσις «Η Ταβιθά», Αθήνα 1996 σελ. 143, 198, 230, 234, 236, 239-240, 271-279.
11. Παπακώστας Ι. «Γνωσιακή ψυχοθεραπεία» έκδοση ινστιτούτο έρευνας και συμπεριφοράς, Αθήνα 1994 σελ. 284, 293, 335-336.
12. Παπαγεωργίου Ε. «Ψυχιατρική», ιατρικές εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα 1991 σελ. 195, 246, 252-254, 289-291.

- 13.** Παγοροπούλου Άννα «η γεροντική κατάθλιψη», εκδόσεις ελληνικά γράμματα, Αθήνα 2000 σελ. 19-20, 111-112, 228
- 14.** Frederic F. Flash, MD 1974 «κατάθλιψη - η μυστική της δύναμη» εκδόσεις Δίοδος σελ. 47-50, 98, 222, 227.
- 15.** Καστενμπάουμ Ρόμπερτ «Η τρίτη ηλικία» εκδόσεις Αθ. Ψυχογιός, Αθήνα 1982 σελ. 69, 106.
- 16.** Πετρουλάκης Ν., «ψυχολογία της προσαρμογής» έκδοση δέκατη συγχρονισμένη, εκδόσεις Γρηγόρη, Αθήνα 1984 σελ. 328-330, 335, 440.
- 17.** Harold I. Kaplan MD, Benjamin J. Sadock MD, Jack A. Grebb MD, «Ψυχιατρική» έκδοση έβδομη, τόμος Α', ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1996 σελ. 115, 124-125, 429.
- 18.** Φραγκίσκου Ι. Χανιώτη «εγχειρίδιο γηριατρικής» ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1992 σελ. 61.
- 19.** Harold I. Kaplan MD, Benjamin J. Sadock MD, Jack A. Grebb MD, «Ψυχιατρική» έκδοση έβδομη, τόμος Β', ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 2000 σελ. 110, 524, 789, 794, 796.
- 20.** Ρασιδάκη Ν.Κ. «στοιχεία ψυχιατρικής» Αθήνα 1979 σελ. 95
- 21.** Χριστοδούλου Γ.Ν. «Σημειώσεις ψυχιατρικής» (επιλογή κεφαλαίων από το υπό έκδοση βιβλίο ψυχιατρικής) Αθήνα Δεκέμβριος 1998 σελ. 3, 20, 41-42.
- 22.** Sanders Deidre «γυναίκα και κατάθλιψη» εκδόσεις Δίοδος, Αθήνα 1989 σελ. 30.
- 23.** Μάνου Ν. «Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής» εκδόσεις επιστημονικών βιβλίων και περιοδικών (university studio press) αναθεωρημένη έκδοση, Θεσσαλονίκη 1997 σελ. 190, 192, 194-195, 487, 763-764.
- 24.** Κλεφταράς Γ. «Η κατάθλιψη σήμερα» εκδόσεις ελληνικά γράμματα, Αθήνα 1998 σελ. 36-37, 63.
- 25.** Σπύλμπεργκ Τσαρλς «Άγχος - Στρες» εκδόσεις Αθανάσιος Ψυχογιός, Αθήνα 1982 σελ. 15.

26. Harold H. Bloomfield M.D. & Peter MC Williams «θεραπεύοντας την κατάθλιψη» δεύτερη έκδοση, εκδόσεις θυμάρι, Αθήνα 1997 σελ. 55, 69, 73, 125.
27. Παπανικολάου Ν. «γυναικολογική γηριατρική» ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1993 σελ. 33-34.
28. Καραχάλιος Γεώργιος «φυσιοθεραπεία και ασθενείς τρίτης ηλικίας» εκδόσεις «Έλλην», Αθήνα 1997 σελ. 176.
29. Χριστοδούλου Γ.Ν. «κατάθλιψη» δεύτερη έκδοση, εκδόσεις Βήτα medical arts, Αθήνα 1998 σελ. 88-89, 115.
30. Παγοροπούλου Άννα «ψυχολογία της τρίτης ηλικίας», Αθήνα 1993 σελ. 228, 277-278.
31. Παπασπυρόπουλος Σπυρίδων Ανδρέας «Η ψυχολογία της τρίτης ηλικίας», Α' έκδοση, Αθήνα 1991 σελ. 102, 109.
32. Κωσταρίδου - Ευκλείδη Α. «θέματα γηροψυχολογίας και γεροντολογίας» εκδόσεις «ελληνικά γράμματα», Αθήνα 1999 σελ. 101-102.
33. Π. Γαλανοπούλου - Κούβαρη, Χ. Λιάπη «φαρμακολογία» ιατρικές εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα σελ. 109, 112.
34. Παρισιάνου Μ.Γ. «κλινική φαρμακολογία για νοσηλευτές» επιστημονικές εκδόσεις «Γρηγόριος Παρισιάνος» Αθήνα 1993 σελ. 90.
35. Society for Neuroscience «Τί γνωρίζουμε για τον εγκέφαλο» εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα 1996 σελ. 44.
36. Isaac M. Marks M.D. «Νικήστε τις φοβίες» εκδόσεις «λήθη» Αθήνα 1991 σελ. 333-335.
37. Jay H. Stein, MD «Παθολογία» τόμος II, 4<sup>ο</sup> έκδοση, ιατρικές εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα σελ. 615.
38. Γρίβας Κλεάνθης «Αντιπολιτευτική ψυχιατρική» εκδόσεις Ιανός 2, Θεσσαλονίκη 1989 σελ. 219.
39. Barnes F. Hussein, A. Anderson DN, «Ηλεκτροσπασμοθεραπεία συντηρήσεως και γνωσιακή λειτουργία» Αναζητήσεις : Νευρολογία - ψυχιατρική, τεύχος 4, εκδόσεις Μαίανδρος, Θεσσαλονίκη 1999 σελ. 45, 46.

- 40.** Arthur C. Cuyton, M.D., John E. Hall, Ph.D. «ιατρική φυσιολογία» δεύτερη ελληνική έκδοση, (ενάτη έκδοση) επιστημονικές εκδόσεις «Γρηγόριος Παρισιάνος» Αθήνα σελ. 903.

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ**

**Π Α Ρ Α Ρ Τ Η Μ Α**  
**ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ**

**(α) Μανιοκαταθλιπτική (Διπολική) Διαταραχή**

Κατερίνα Ξ., 68 χρονών, αγρότισσα. Παραπονιέται για μια «ανησυχία» στο αριστερό κάτω μέρος της κοιλίας της, που κάνει το πόδι της να μουδιάζει. Αισθάνεται αδύνατη και δεν θέλει να βγαίνει από το σπίτι. Της έχει κοπεί η όρεξη και υποφέρει από αϋπνία. Δίνει το ακόλουθο ιστορικό :

Πριν από 25 χρόνια (γύρω στην εμμηνόπαυση) αρρώστησε με πονοκεφάλους. Μετά από ένα χρόνο την έπιασε κατάθλιψη που κράτησε έξι ή επτά μήνες. Αργότερα, αντί να επιστρέψει στο κανονικό της, έγινε «μανιακή». Συνήλθε τελείως με φαρμακοθεραπεία και ήταν καλά για 15 περίπου χρόνια. Τότε πέθανε ο άντρας της και σε λίγο την έπιασε πάλι κατάθλιψη (αϋπνία, ανορεξία, σωματικά ενοχλήματα, αδυναμία), για να υποχωρήσει με τα ψυχοφάρμακα και αμέσως έπειτα να ακολουθήσει μια υπομανιακή κατάσταση (ευδιαθεσία, ομιλητικότητα, υπερενεργητικότητα, εριστική διάθεση, καυγάδες με τους γείτονες). Από τότε, κάθε φθινόπωρο, την επέτειο του θανάτου του άντρα της, ξαναρρωσταίνει, περνώντας από μια καταθλιπτική σε μια υπομανιακή φάση, που διαρκούν περίπου το ίδιο, δύο ή τρεις μήνες, και υποχωρούν με τη βοήθεια ψυχοφαρμάκων<sup>2</sup>.

## **(8) Κατάθλιψη με Οργανικά στοιχεία**

Δημοσθένης Λ., 80-82 χρονών, συνταξιούχος εμπορο-βιομήχανος. Παραπονιέται ότι από πέντε μέρες τώρα έχει το φόβο ότι θα πέσει. Δεν θέλει να βγαίνει, να ακούει μουσική, εκνευρίζεται εύκολα. Δίνει το ακόλουθο ιστορικό :

Πριν από 6 χρόνια, μόλις είχε πάρει τη σύνταξή του, νοσηλεύτηκε στο Μαρούσι για κατάθλιψη. Του έκαναν «ηλεκτροσόκ» και του έδωσαν «φάρμακα». Βγήκε από το νοσοκομείο καλά, δεν συνέχισε τα φάρμακα και ήταν καλά ως τώρα.

Πριν από πέντε μέρες, τη νύχτα, ξύπνησε από εφιάλτη. Είχε να κάνει με τη γυναίκα του, που βρίσκεται στην Αθήνα για χημειοθεραπεία επιθηλιώματος. Αισθάνθηκε έναν κλονισμό. Το πρωί δεν είχε όρεξη για ζωή, φοβόταν να περπατήσει μήπως πέσει, κ.λ.π. Αισθάνεται κάπως καλύτερα τώρα, αν και ακόμα είναι φοβισμένος, δεν του κάνει όρεξη να δει τους φίλους του στο καφενείο, να παρακολουθήσει τηλεόραση. Αλλά τρώει, κοιμάται καλά και θέλει να γίνει όπως πρώτα, να του ξανάρθει το ενδιαφέρον για τον κόσμο.

Κατά το γιο του, στις αρχές υπήρχε κάποια αστάθεια στο βάδισμα του γέροντα, αλλά όχι τώρα. Η δική μου εντύπωση ήταν ότι υπήρχε ακόμα. Επίσης μια ασυμμετρία στο πρόσωπο και κάποια δυσαρθρία<sup>2</sup>.

«Μερικοί ασθενείς αισθάνονται ένοχοι  
 όταν δουν βελτίωση με τα φάρμακα.  
 Έχουν γαλουχηθεί για τα καλά με την ιδέα  
 ότι μια συναισθηματική διαταραχή  
 πρέπει να αντανakλά οπωσδήποτε  
 ψυχικά προβλήματα.  
 Και έχουν την απαίτηση  
 η θεραπεία  
 να είναι μια μακροχρόνια  
 επίμονη έρευνα  
 του ασυνειδήτου τους»<sup>28</sup>

NATHAN S. KLJNE, M.D.  
 (Νάθαν Σ. Κλάιν, Γιατρός)



«Η απόγνωση που οφείλεται  
 σε κάποιο κακόγουστο αστέιο  
 που παίζεται στο άρρωστο μυαλό από  
 την ψυχή που κατοικεί εκεί,  
 μοιάζει με τη διαβολική αίσθηση  
 ανησυχίας που έχει  
 κανείς όταν είναι φυλακισμένος  
 σ' ένα υπερβολικά ζεστό  
 δωμάτιο. Κι επειδή δεν  
 φυσάει κανένα αεράκι για να  
 αυτοκτονήσει αυτό το  
 τέλμα, επειδή δεν υπάρχει  
 διέξυδος από αποπνικτική  
 απομόνωση είναι  
 απόλυτα φυσιολογικό ν' αρχίσει  
 το θύμα  
 να σκέφτεται ασταμάτητα  
 ότι πρέπει ν' αποκοπεί  
 απ' όλα αυτά».

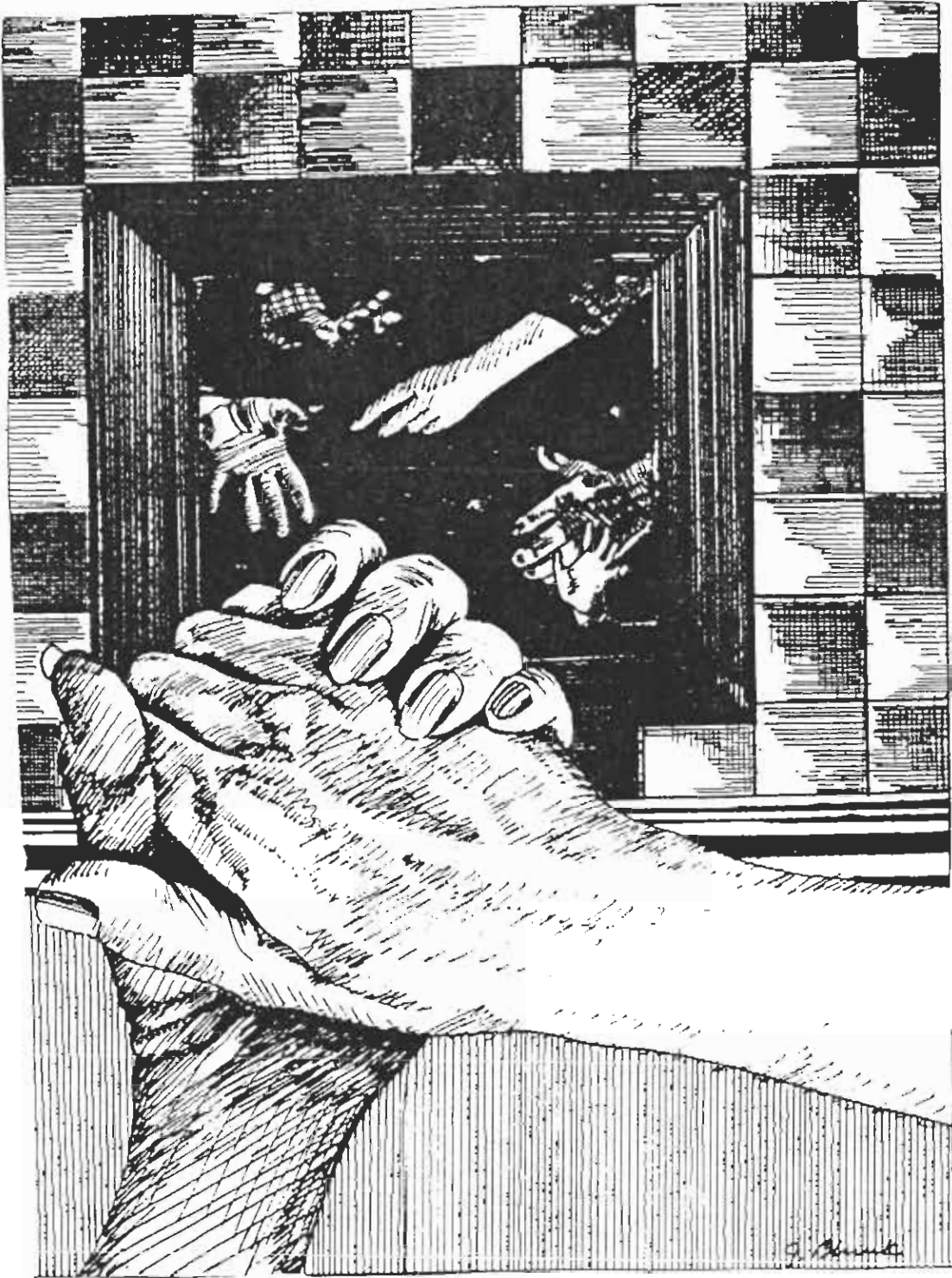
WILLIAM STYRON  
 (Γουίλιαμ Στίρον)



«Κανένας δεν γερνάει απλά  
 και μόνο επειδή ζει  
 κάποια χρόνια.  
 Οι άνθρωποι γερνάνε  
 μόνο όταν απαρνούνται  
 τα ιδανικά τους.  
 Μπορεί τα χρόνια να φέρνουν  
 ρυτίδες στο πρόσωπο  
 αλλά όταν παραιτείσαι  
 από τον ενθουσιασμό για τη ζωή,  
 αυτό φέρνει ρυτίδες  
 στην ψυχή.  
 Η ανησυχία, η αμφιβολία,  
 η ιδιοτέλεια, ο φόβος,  
 η απόγνωση - αυτά είναι  
 τα ατέλειωτα χρόνια  
 που μας κάνουν να σκύφουμε  
 το κεφάλι και ισοπεδώνουν  
 την ανάπτυξη του πνεύματος»<sup>28</sup>



(Watterson Lowe)  
 (Γουότερσον Λέβε)



«Θέλω να σας ευχηθώ, καλοί μου φίλοι, να μην χρειαστεί να δείτε γέρικά μάτια να δακρύζουν ή να στέκεστε αβοήθητοι, όταν ένα γέρικο κεφάλι γέρνει στο στήθος σας ζητώντας υποστήριξη ή όταν γέρικά χέρια πλέκονται γύρω από τα δικά σας σε βουβή προσευχή. Ας μη χρειαστεί να δείτε γέροντες πνιγμένους στο πένθος που να μην μπορείτε να παρηγορήσετε. Τι είναι δε των νέων το παράπονο; Έχουν δύναμη, έχουν ελπίδα. Αλλά, τι δυστυχία, όταν οι γέροντες κλαίνε, τι θλίψη όταν αυτοί που ήσαν το στήριγμα στα νιάτα σας, πέφτουν με αδυναμία και παραπονο !!»<sup>7</sup>

Από το παραμύθι του Γιώστα Μπέρλιν  
της Σέλιμα Λάγκερλοφ

## ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

### 1.- Φύλο

Γυναίκες \_\_\_\_\_

Άνδρες \_\_\_\_\_

### 2.- Ηλικία

65 - 75 \_\_\_\_\_

75 - 85 \_\_\_\_\_

85 - 100 \_\_\_\_\_

### 3.- Οικογενειακή κατάσταση

Άγαμος \_\_\_\_\_

Έγγαμος \_\_\_\_\_

Διαζευγμένος \_\_\_\_\_

Συμβίωση \_\_\_\_\_

Χήρος \_\_\_\_\_

### 4.- Οικογενειακές - κοινωνικές συνθήκες

Ζει μόνος \_\_\_\_\_

Με την οικογένειά του \_\_\_\_\_

Σε ίδρυμα \_\_\_\_\_

Με φίλους \_\_\_\_\_

### 5.- Τόπος κατοικίας

Αστική \_\_\_\_\_

Ημιαστική \_\_\_\_\_

Αγροτική \_\_\_\_\_

**6.- Αριθμός παιδιών**

Κανένα	<input type="text"/>
Παιδί 1	<input type="text"/>
Παιδιά 2	<input type="text"/>
Παιδιά 3	<input type="text"/>
Παιδιά 4	<input type="text"/>
Άνω των 4	<input type="text"/>

**7.- Μορφωτικό επίπεδο**

Αγράμματος	<input type="text"/>
Λίγες τάξεις Δημοτικού	<input type="text"/>
Απολυτήριο Δημοτικού	<input type="text"/>
Απολυτήριο Γυμνασίου	<input type="text"/>
Απολυτήριο Λυκείου	<input type="text"/>
Τεχνολογική εκπαίδευση	<input type="text"/>
Ανωτάτη εκπαίδευση	<input type="text"/>
Μεταπτυχιακά	<input type="text"/>

**8.- Επάγγελμα**

Οικιακά	<input type="text"/>
Εμπόριο	<input type="text"/>
Εργάτης - Εργάτρια	<input type="text"/>
Δημόσιος Υπάλληλος	<input type="text"/>
Ιδιωτικός Υπάλληλος	<input type="text"/>
Αγρότης / τισσα	<input type="text"/>
Άνεργος	<input type="text"/>
Συνταξιούχος	<input type="text"/>
Άλλο	<input type="text"/>



**14.- Πώς αισθάνεσθε ψυχολογικά ;****ΝΑΙ ΟΧΙ**

Νιώθετε ευτυχία ;

Νιώθετε ότι οι άλλοι σας παραμελούν ;

Πιστεύετε ότι δεν σας καταλαβαίνει κανείς ;

Είστε αισιόδοξος για τη ζωή ;

Αισθάνεστε μελαγχολία ;

Καταβάλλεστε από μοναξιά ;

Γελάτε συχνά ;

Κλαίτε συχνά ;

**15.- Νιώθετε :**

Σωματική αδυναμία

Ψυχική αδυναμία

Και τα δύο

Κανένα από τα παραπάνω

**16.- Αισθάνεστε ανασφαλείς ;****ΝΑΙ****ΟΧΙ****17.- Ποιες είναι οι σχέσεις με την οικογένειά σας ;**

Καλή

Μέτρια

Κακή σε διάσταση

Συγκρούσεις

**18.- Πάσχετε από κάποια πάθηση, όπως :**

Επιληψία	_____
Λοιμώξεις	_____
Υπερθυρεοειδισμός	_____
Υποθυρεοειδισμός	_____
Ουραιμία	_____
AIDS	_____
Ακράτεια ούρων	_____
Μείωση μνήμης	_____
Μείωση ακοής	_____
Μείωση όρασης	_____
Αστάθεια στο βάδισμα	_____
Δυσκολία στην ομιλία	_____
Καμία πάθηση	_____
Άλλες παθήσεις	_____

**19.- Πάσχετε από σωματικά ενοχλήματα ;****ΝΑΙ                      ΟΧΙ**

\_\_\_\_\_

**Αν ΝΑΙ, ποια είναι αυτά ;**

Αϋπνία	_____
Δυσκοιλιότητα	_____
Ξηροστομία	_____
Διαταραχές εμμηνορρυσίας	_____
Πόνοι στο σώμα	_____
Ανορεξία	_____
Ελάτπωση αρτηριακής πίεσης	_____
Απώλεια σεξουαλικής επιθυμίας	_____

**20.- Έχετε άγχος ;****ΝΑΙ**                      **ΟΧΙ**

\_\_\_\_\_

**Αν ΝΑΙ, γιατί έχετε άγχος ;**

Οικονομικά προβλήματα

Σοβαρά προβλήματα υγείας

Απώλεια συντρόφου ή φίλων

Αίσθημα μοναξιάς

Προσδοκία του θανάτου

Ανασφάλεια

**21.- Παίρνετε φάρμακα ;****ΝΑΙ**                      **ΟΧΙ**

\_\_\_\_\_

**Αν ΝΑΙ, ποια είναι αυτά ;**

_____	_____
_____	_____
_____	_____

**22.- Πάσχετε από κάποια φοβία ;****ΝΑΙ**                      **ΟΧΙ**

\_\_\_\_\_

**Αν ΝΑΙ, τι είναι αυτό που σας φοβίζει περισσότερο ;**

Μοναξιά

\_\_\_\_\_

Σεισμός

\_\_\_\_\_

Αρρώστια

\_\_\_\_\_

Θάνατος

\_\_\_\_\_

Υψοφοβία

\_\_\_\_\_

Σκοτάδι

\_\_\_\_\_



**23.- Έχετε σκεφθεί ποτέ την αυτοκτονία ;****ΝΑΙ**                      **ΟΧΙ**

\_\_\_\_\_

**Αν ΝΑΙ, για ποιο λόγο ;**

Γιατί σας εγκατέλειψαν τα παιδιά σας ;

Γιατί χάσατε το σύντροφό σας ;

Γιατί σταματήσατε τη δουλειά σας ;

Γιατί νιώθετε ότι σας εγκατέλειψαν οι δυνάμεις σας ;

Γιατί πάσχετε από κάποια ανίατη νόσο ;

Έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης ;

Γιατί νιώθετε πως δεν είστε χρήσιμος στην κοινωνία ;

Τίποτα από τα παραπάνω ;

Άλλοι λόγοι ;

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

**24.- Υπάρχει κάποιο πρόσωπο στην οικογένειά σας, που να αντιμετωπίζει ψυχολογικά προβλήματα ;****ΝΑΙ**                      **ΟΧΙ**

\_\_\_\_\_

**25.- Έχετε επισκεφθεί ψυχίατρο ;****ΝΑΙ**                      **ΟΧΙ**

\_\_\_\_\_

**Αν ΝΑΙ, τι σας πρότεινε ;**

Φάρμακα

\_\_\_\_\_

Μείωση άγχους

\_\_\_\_\_

Ομάδες ψυχοθεραπείας

\_\_\_\_\_

Ψυχανάλυση

\_\_\_\_\_

**26.- Γιατί επισκεφθήκατε ψυχίατρο ;**

Γιατί σας υπέδειξε ο γιατρός

Γιατί αισθανθήκατε μελαγχολία

Γιατί παρατηρήσατε κάποιες αλλαγές στη συμπεριφορά σας

_____
_____
_____

**27.- Αν διαπίστωνα ο γιατρός ότι πάσχετε από κάποια ψυχική νόσο, πώς θα αντιδρούσατε ;**

Θα επισκεπτόσασταν ψυχίατρο ;

Θα το κρατούσατε μυστικό ;

Θα το μοιραζόσασταν με την οικογένειά σας;

Θα εκμυστηρεύόσασταν μόνο στο φίλο σας ;