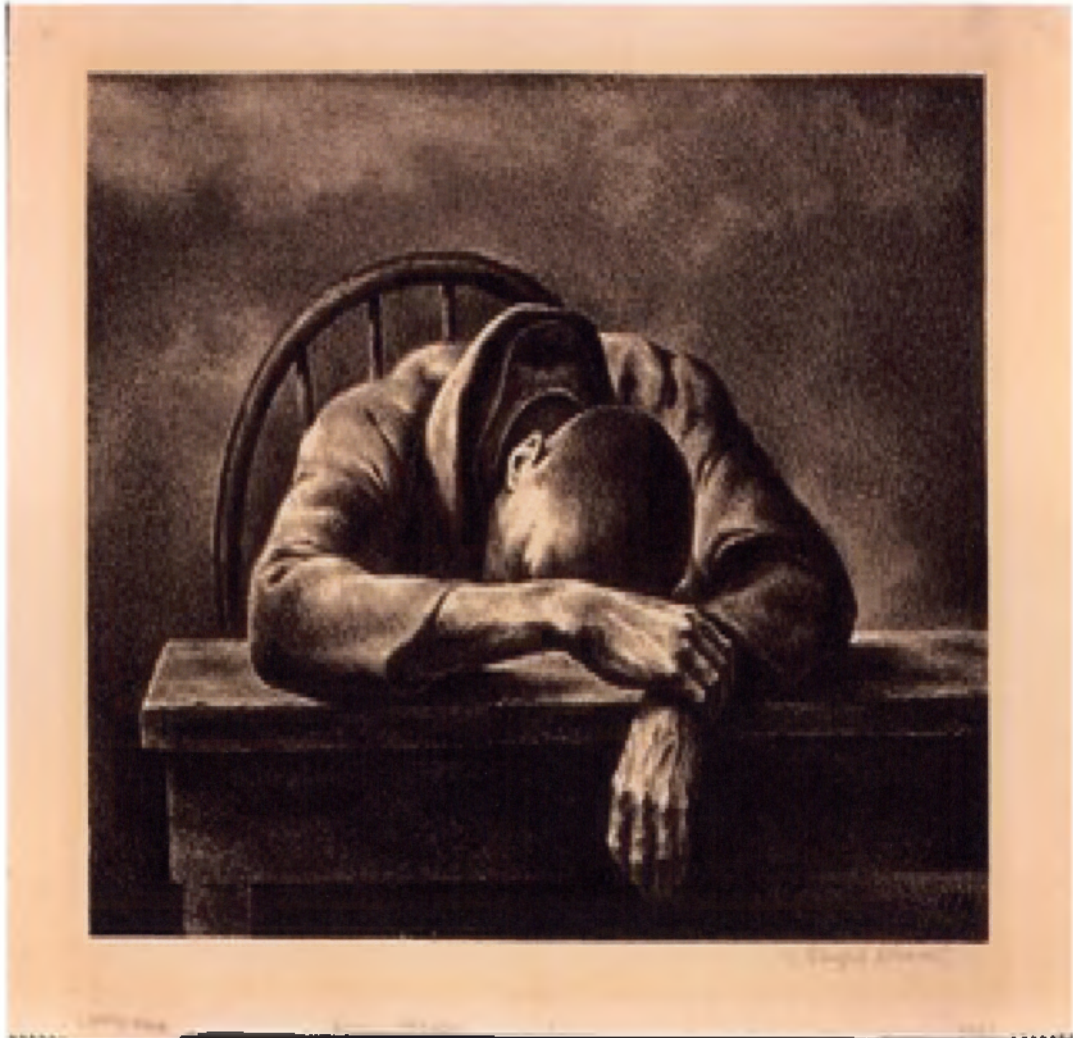


**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ  
ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ  
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ**

**Θέμα: Η ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ**



**ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: Δρ. ΚΑΤΕΡΙΝΑ ΚΑΣΤΑΝΙΩΤΗ**

**ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ: ΜΑΡΤΖΑΚΛΗ ΗΛΙΟΣΤΑΛΑΚΤΗ**

**ΤΕΙ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ 2008**



*Αντί προλόγου.....*

***Ο γέροντας κοιτάει την πανσέληνο***

*Συμπτωματικά βγήκα στον κήπο  
Και είδα ψηλά μίαν υπέρλαμπρη πανσέληνο  
Σε διαυγέστατο μαύρο στερέωμα.  
Ένωσα ένα σφίξιμο.  
Γιατί να μην είμαι είκοσι χρονών...να...να...  
Τα έκανα πραγματικά, ή τα διάβασα στα βιβλία;  
Δεν είμαι πια σίγουρος.  
Καλύτερα να μπω στο σπίτι, να κλείσω και τα παράθυρα.  
Κάνει ψύχρα.  
Αυτή η πανσέληνος με μπερδεύει.*

**Νίκος Δήμου**  
**Ποιητική Συλλογή «Γερόντιο»**

# ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περίληψη.....

Εισαγωγή.....

## **Κεφάλαιο 1: Γενική εικόνα της κατάθλιψης**

1.1 Ποιότητα ζωής και Ψυχική Υγεία .....7-9

1.1.1 Συστήματα μέτρησης της Ποιότητας ζωής.....9-11

1.2 Η κατάθλιψη.....11-12

1.2.1 Αίτια της κατάθλιψης.....13-15

1.2.2 Συμπτώματα κατάθλιψης-καταθλιπτικού επεισοδίου.....15-17

1.3 Επιδημιολογικά Στοιχεία .....17-22

1.4 Οικονομικό και κοινωνικό κόστος της κατάθλιψης.....22-25

1.4.1 Το μέγεθος της Τρίτης Ηλικίας στις χώρες της ΕΕ.....25-26

## **Κεφάλαιο 2: Η κατάθλιψη στην Τρίτη Ηλικία**

2.1 Εισαγωγή.....27-29

2.2 Μορφές κατάθλιψης που εμφανίζονται συχνότερα στην Τρίτη Ηλικία.....29-32

2.2.1 Παράγοντες επιρρέπειας για κατάθλιψη και παράγοντες αποφυγής επεισοδίων κατάθλιψης.....33-36

2.3 Σχέση άγχους-κατάθλιψης.....37-38

2.3.1 Η κατάθλιψη και η σχέση της με άλλες ασθένειες.....38-41

2.3.2 Θνησιμότητα κατάθλιψης στην Τρίτη Ηλικία.....41-42

## **Κεφάλαιο 3: Διάγνωση και Θεραπεία**

3.1 Διαγνωστικά εργαλεία της κατάθλιψης στην Τρίτη Ηλικία.....43-48

3.2 Η διάγνωση και η θεραπεία της κατάθλιψης .....48-55

## **Κεφάλαιο 4: Βιβλιογραφική ανασκόπηση ερευνών που αφορούν την κατάθλιψη**

4.1 Υλικό και Μέθοδος μελέτης.....56

4.2 Βιβλιογραφική ανασκόπηση ερευνών.....56-63

**Συμπεράσματα**.....64-67

**Βιβλιογραφία** .....68-71

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός της μελέτης είναι η καταγραφή και η παρουσίαση των ερευνών σχετικά με την κατάθλιψη, τις διαστάσεις που παίρνει στην ηλικιακή ομάδα των ηλικιωμένων, οι μορφές, οι αιτίες και οι παράγοντες που βοηθούν στην ανάπτυξη της. Στόχος της είναι η βιβλιογραφική ανασκόπηση της αξιολόγησης της ποιότητας ζωής και της ύπαρξης κατάθλιψης σε άτομα τρίτης ηλικίας και η διερεύνηση του τρόπου με τον οποίο η κατάθλιψη επηρεάζει την ποιότητα ζωής των ατόμων τρίτης ηλικίας.

Η μέθοδος άντλησης του υλικού στηρίχτηκε στην βιβλιογραφική ανασκόπηση μέσα από την οποία προκύπτουν τα στοιχεία τα οποία μελετήθηκαν για την ολοκλήρωση της μελέτης.

Η κατάθλιψη δεν αποτελεί φυσικό επακόλουθο της Τρίτης Ηλικίας και δεν θα πρέπει να την συνδέουμε με αυτήν, η εμφάνιση της όμως, επηρεάζει καταλυτικά την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων, ξεθωριάζει την εικόνα του εαυτού τους, εξαφανίζει την ικανότητα για χαρά, την ικανοποίηση, την αισιοδοξία για ζωή, επιδρά επάνω στην σωματική, ψυχολογική και κοινωνική τους διάσταση. Είναι μια χρόνια ψυχική ασθένεια, με επικίνδυνα αυξητικές τάσεις, και στην περίπτωση των ηλικιωμένων γίνεται πιο επικίνδυνη όταν συνυπάρχει με άλλες σωματικές και ψυχικές διαταραχές, η συνύπαρξη αυτή πολλές φορές υποσκιάζει την ίδια την κατάθλιψη με αποτέλεσμα να μην γίνεται έγκαιρη η διάγνωσή της.

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Με τον όρο κατάθλιψη εννοούμε την κατάσταση εκείνη του ατόμου, στην οποία το αίσθημα θλίψης, απογοήτευσης και ανημπόριας είναι πιο βαθύ από απλή μελαγχολία, η οποία και δεν επιτρέπει στο άτομο να επηρεαστεί θετικά από τα ευχάριστα γεγονότα που συμβαίνουν στο περιβάλλον. Θεωρείται η συχνότερη ψυχική ασθένεια δεδομένου ότι ένα στα πέντε άτομα θα νοσήσει από κατάθλιψη κάποια στιγμή στην ζωή του. Οι ψυχικές ασθένειες μπορούν να οδηγήσουν ακόμη και στην αυτοκτονία. Στην Ελλάδα το 10-25% των ηλικιωμένων εμφανίζουν σημαντικά συμπτώματα κατάθλιψης, η οποία μπορεί να προκληθεί και από άλλες μακροχρόνιες ασθένειες όπως και να συνυπάρχει με άλλες σωματικές ασθένειες και ψυχικές διαταραχές.

Η σοβαρή μορφή κατάθλιψης είναι ένας παράγοντας κινδύνου για αυτοκτονία η οποία στα ηλικιωμένα άτομα είναι δύο φορές συχνότερη από ότι στο γενικό πληθυσμό. Στην μελέτη που ακολουθεί γίνεται προσπάθεια να αναλυθεί μια από τις πιο συχνές ψυχικές διαταραχές που προσβάλλει κάθε ηλικία, η κατάθλιψη. Η έρευνα θα ασχοληθεί κυρίως με μια ιδιαίτερη κατηγορία ανθρώπων την "Τρίτη Ηλικία" όπου στην μελέτη ορίζεται το 65<sup>ο</sup> έτος ηλικίας και άνω, στην Ελλάδα το 18% του συνολικού πληθυσμού εντάσσεται σε αυτήν τη κατηγορία και προβλέπεται το 2050 το ποσοστό αυτό να φτάσει το 32% ( Η Συμβουλευτική στην Οικογένεια και την Εργασία 2006).

Η κατάθλιψη, τόσο στην Τρίτη Ηλικία όσο και στον γενικότερο πληθυσμό, είναι μια από τις πιο υποδιαγνωσμένες και ελλιπώς αντιμετωπιζόμενες νόσους, κατέχει την 4<sup>η</sup> θέση από πλευράς απώλειας ετών ζωής, αναπηρίας και κοινωνικής δυσλειτουργίας, ενώ το 2020 προβλέπεται να καταλάβει την 2<sup>η</sup> θέση παγκοσμίως. Η ανάγκη εντοπισμού και αναγνώρισης της γίνεται έντονη καθώς μπορεί να αποδειχθεί επικίνδυνη για την ζωή των ηλικιωμένων. Προσβάλλει πάνω από το 27% των ενήλικων Ευρωπαίων και ευθύνεται για τους περισσότερους από τους 58.000 ετήσιους θανάτους λόγω αυτοκτονίας, σε παγκόσμιο επίπεδο υπολογίζεται ότι το 6%-8% περίπου πάσχει από κατάθλιψη, δηλαδή περισσότεροι από 450-500 εκατομμύρια άνθρωποι σε όλο τον κόσμο([www.who.org](http://www.who.org)). Στην Ελλάδα το 10-25% των ηλικιωμένων εμφανίζουν σημαντικά συμπτώματα κατάθλιψης. Το οικονομικό κόστος της κατάθλιψης υπολογίζεται στα 235 ευρώ ανά κάτοικο στην ΕΕ.

Η ανάλυση της νόσου επιτυγχάνεται μέσα από την διερεύνηση των αιτιών, των συμπτωμάτων, των παραγόντων που συμβάλλουν αλλά και εμποδίζουν την εμφάνισή της. Σημαντικό κομμάτι της μελέτης θεωρείται η παρουσίαση ερευνών καθώς και των

αποτελεσμάτων τους, οι οποίες και θα βοηθήσουν στην ταυτοποίηση της νόσου, καθώς και η καταγραφή των κυριότερων διαγνωστικών εργαλείων που χρησιμοποιούνται για την αξιολόγησή της κατάθλιψης στους ηλικιωμένους. Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε ήταν η βιβλιογραφική ανασκόπηση μέσα από την οποία προέκυψαν τα στοιχεία που μελετήθηκαν την ολοκλήρωση της μελέτης. Οι πηγές μέσα από τις οποίες αντλήθηκαν τα δεδομένα είναι κυρίως επιστημονικά περιοδικά , βιβλία και το διαδίκτυο.

Σκοπός της μελέτης είναι η καταγραφή και η παρουσίαση των ερευνών σχετικά με την κατάθλιψη, τις διαστάσεις που παίρνει στην ηλικιακή ομάδα των ηλικιωμένων, οι μορφές, οι αιτίες και οι παράγοντες που βοηθούν στην ανάπτυξη της.. Κύριος στόχος της είναι η βιβλιογραφική ανασκόπηση της αξιολόγησης της ποιότητας ζωής και της ύπαρξης κατάθλιψης σε άτομα τρίτης ηλικίας και η διερεύνηση του τρόπου με τον οποίο η κατάθλιψη επηρεάζει την ποιότητα ζωής των ατόμων τρίτης ηλικίας. Πιο συγκεκριμένα:

Στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται σύντομη αναφορά στην έννοια της ποιότητας ζωής σε σχέση με την ψυχική υγεία και κατόπιν αναλύεται η γενική εικόνα της κατάθλιψης τι είναι και πως εμφανίζεται, αιτίες, συμπτώματα, επιδημιολογικά στοιχεία καθώς και οι οικονομικές διαστάσεις της νόσου. Στο τέλος του πρώτου κεφαλαίου γίνεται αναφορά στην Τρίτη Ηλικία και σε τι ποσοστά αντικατοπτρίζεται, έτσι ώστε να αποτελέσει ένα προπομπό για το τι ακολουθεί στο δεύτερο κεφάλαιο.

Στο δεύτερο κεφάλαιο πλέον γίνεται συγκεκριμένη αναφορά στην "κατάθλιψη στην Τρίτη ηλικία". Καταγράφεται με ποιες μορφές εμφανίζεται η κατάθλιψη στους ηλικιωμένους, ποιοι παράγοντες συμβάλουν στην ανάπτυξη της και ποιοι την εμποδίζουν, διερευνάται η σχέση της με ασθένειες ψυχικές ή σωματικές, χρόνιες ή μη, και απεικονίζεται η θνησιμότητα που επιφέρει η νόσος στους πάσχοντες ηλικιωμένους.

Στο τρίτο κεφάλαιο αναφέρονται τα κυριότερα εργαλεία που χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση της κατάθλιψης στους ηλικιωμένους, καθώς και πως γίνεται η διάγνωση και η θεραπεία της νόσου.

Στο τέταρτο κεφάλαιο παρουσιάζονται περιληπτικά έρευνες οι οποίες έγιναν για την αναγνώριση της κατάθλιψης στους ηλικιωμένους, τα αποτελέσματα των ερευνών αυτών καθώς και τα συμπεράσματα τους, όπως επίσης αναφέρεται το υλικό και η μέθοδος που ακολουθήθηκε για την αναζήτηση των ερευνών και την παρουσίασή τους.

Στο τέλος αναφέρονται τα συμπεράσματα που προέκυψαν από την μελέτη και ακολουθεί ο επίλογος της εργασίας ο οποίος περιλαμβάνει και τον χάρτη δικαιωμάτων της Τρίτης Ηλικίας.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

### ΓΕΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

#### 1.1 Ποιότητα ζωής και Ψυχική Υγεία:

Η έννοια της ποιότητας ζωής τις τελευταίες δεκαετίες έχει προσελκύσει το ενδιαφέρον ερευνητών (Οικονόμου, Κοκκώση, Τριανταφύλλου & Χριστοδούλου, 2001) στο χώρο της υγείας και ειδικότερα στο χώρο της ψυχικής υγείας, θεωρώντας ως επίκεντρο παραμέτρους όπως η ψυχολογική ευεξία και η ικανοποίηση από τη ζωή. Η θεώρηση της ποιότητας ζωής μπορεί να είναι υποκειμενική, όπου αξιολογείται από το ίδιο το άτομο με κριτήρια υποκειμενικά, αλλά και αντικειμενική, όπου καθορίζεται από την εκτίμηση των εξωτερικών συνθηκών. Θεωρείται όμως ότι πρέπει επιπλέον να διερευνηθούν και οι εσωτερικές ψυχολογικές διεργασίες του ατόμου που επενεργούν ως διαμεσολαβητικοί μηχανισμοί για την υποκειμενική εκτίμηση της ποιότητας ζωής. Η ποιότητα ζωής χρησιμοποιείται σήμερα εκτεταμένα ως δείκτης αξιολόγησης των θεραπευτικών παρεμβάσεων και στρατηγικών που έχουν ως στόχο τη βελτίωση της ψυχικής υγείας.

Η ποιότητα ζωής έχει μελετηθεί ιδιαίτερα στην περίπτωση των ασθενών που πάσχουν από μια σοβαρή και χρόνια ψυχική διαταραχή και ειδικά της σχιζοφρένειας, κυρίως λόγω της αναπηρίας και ανικανότητας που αυτή επιφέρει στο άτομο, αλλά και λόγω της αναγκαιότητας για ανάπτυξη ενός ολοκληρωμένου πλαισίου παροχής ψυχοκοινωνικών υπηρεσιών για την κάλυψη των πολλαπλών αναγκών των χρόνιων ψυχιατρικών ασθενών. Αναφορικά με τις λοιπές ψυχικές διαταραχές, για μεν την περίπτωση της κατάθλιψης φαίνεται ότι η καταθλιπτική συμπτωματολογία και η υποβαθμισμένη ποιότητα ζωής είναι έννοιες ταυτόσημες, ενώ για τις αγχώδεις διαταραχές αυτές σχεδόν καθολικά υποβαθμίζουν την ποιότητα ζωής, σε μερικές όμως έρευνες παρουσιάζονται διαφορετικά σχήματα ποιότητας ζωής ανάλογα με τη διαγνωστική κατηγορία, ενώ σε άλλες δεν εμφανίζονται σημαντικές διαφορές ανάμεσά τους (Υφαντόπουλος, Σαρρής, 2001). Η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής γίνεται με τη χρήση ψυχομετρικών εργαλείων, κυρίως ερωτηματολογίων. Τα περισσότερα όργανα

εξετάζουν την ποιότητα ζωής σφαιρικά, αξιολογώντας διάφορες πλευρές ή διαστάσεις του ατόμου, όπως η λειτουργικότητα στον κοινωνικό, οικογενειακό, σεξουαλικό και εργασιακό τομέα, η ψυχολογική ευεξία, καθώς και χαρακτηριστικά του περιβάλλοντος που θεωρούνται ότι καθορίζουν ως ένα βαθμό την ποιότητα ζωής, όπως το φυσικό περιβάλλον, η ποιότητα του χώρου στέγασης, οι οικονομικοί πόροι και οι ευκαιρίες για απασχόληση, ψυχαγωγία και εκπαίδευση. Τα τελευταία χρόνια αναπτύχθηκαν εργαλεία που είναι εξειδικευμένα και απευθύνονται σε ασθενείς που πάσχουν από μια συγκεκριμένη ψυχική νόσο, εξετάζοντας την ποιότητα ζωής σε συνάρτηση με την υγεία και τις πολλαπλές επιπτώσεις της νόσου ή της θεραπείας. Πολλά, πάντως, είναι τα μεθοδολογικά προβλήματα που προκύπτουν και απαιτούν ενδελεχή διερεύνηση στην αξιολόγηση της ποιότητας ζωής στις ψυχικές διαταραχές.

Ως συσχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής γενικά αναγνωρίζεται «η απάντηση του ατόμου στην επίδραση που έχει η νόσος πάνω στη σωματική, ψυχολογική και κοινωνική διάσταση της ζωής του, απάντηση η οποία επηρεάζει το βαθμό στον οποίο μπορεί το άτομο να νιώθει ικανοποίηση με τις συνθήκες της ζωής του».

Στην έννοια της συσχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής περιλαμβάνονται όροι όπως η λειτουργική ικανότητα, η κατάσταση υγείας, το ευ ζην και η λειτουργική κατάσταση του ατόμου. Η ποιότητα ζωής είναι μια πολυπαραγοντική έννοια με τουλάχιστον τρεις κύριες διαστάσεις ή παράγοντες.

1. Τη σωματική διάσταση που περιλαμβάνει την αντίληψη του εαυτού ως υγιούς ή ασθενούς, την προσωπική βαθμολόγηση της δυσκολίας με τις καθημερινές δραστηριότητες, την ικανοποίηση με την υγεία και τις νύχτες νοσηλείας του ασθενούς στο νοσοκομείο,
2. τη συναισθηματική διάσταση που περιλαμβάνει τον αυτοσεβασμό, την ευτυχία, την ικανοποίηση από τη ζωή και
3. την κοινωνική διάσταση που περιλαμβάνει τη συζυγική και κοινωνική προσαρμογή και την επαγγελματική προσαρμογή .

Η Ποιότητα ζωής (QoL) όλο και αναγνωρίζεται ως ένα σημαντικό αποτελεσματικό μέτρο για τη φροντίδα των ασθενών με ψυχικές ασθένειες, σε συνδυασμό με άλλα μέτρα, όπως η έκβαση της επίλυσης των συμπτωμάτων και τη μείωση των επιτοκίων της



νοσηλείας(Αγγελόπουλος, 2006). Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) ([www.who.org](http://www.who.org)) δίνει έμφαση στην υποκειμενικότητα των ατόμων, που ορίζεται ως ποιότητα ζωής, την αντίληψη της θέσης τους στη ζωή, στο πλαίσιο του πολιτισμού και της αξίας των συστημάτων που ζουν και σε σχέση με τους στόχους, τις προσδοκίες και τις ανησυχίες τους. Το αίσθημα ευεξίας του ατόμου σε σχέση με τις συνθήκες ζωής, της υγείας, και την τελική βελτίωση της συνολικής ευημερίας, αναδιαμορφώνει τους παραδοσιακούς και νέους στόχους για υγειονομική περίθαλψη . Η ποιότητα ζωής σε θέματα ψυχικής ασθένειας περιλαμβάνει: τη σοβαρότητα των ψυχιατρικών συμπτωμάτων, τις παρεμβάσεις και τα αποτελέσματα της θεραπείας, τον εντοπισμό των πληθυσμών υψηλού κινδύνου, τις ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις, την αποκατάσταση της αγωγής υγείας και τη χάραξη πολιτικής. Η έννοια της αποκατάστασης αποτελείται από δύο διαφορετικές προσεγγίσεις με διαφορετικές φιλοσοφίες και διαδικασία εκτέλεσης. Μια ιατρική προσέγγιση και μια εκπαιδευτική προσέγγιση. Η ιατρική προσέγγιση επιδιώκει να προσδιορίσει ένα παθολογική στόχο, να διαγνώσει και να διορθώσει. Η εκπαιδευτική προσέγγιση προσπαθεί να αναγνωρίσει τις δεξιότητες, τις στάσεις και τα κίνητρα του ατόμου, ώστε να τα χρησιμοποιηθούν εποικοδομητικά για μια διαδικασία αλλαγής. Ποιότητα ζωής και διαδικασία αποκατάστασης είναι στενά συνδεδεμένες. Παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής του ασθενούς επηρεάζουν επίσης τις δυνατότητες για μια πιο επιτυχημένη αποκατάσταση ιδίως στον επαγγελματικό τομέα . Οι ασθενείς, οι συγγενείς, οι θεραπευτές, οι σχεδιαστές της υγείας και του κόστους θίγονται άμεσα από τον τρόπο που αυτές οι έννοιες γίνονται αντιληπτές, και πρέπει να εφαρμόζονται κατά τις ανάγκες του ασθενούς για θεραπευτικούς, διαπροσωπικούς, κοινωνικούς λόγους και για την αποκατάσταση του επαγγελματικού περιβάλλοντός τους.

### *1.1.1 Συστήματα μέτρησης της ποιότητας ζωής:*

Ανάλογα με τη στρατηγική και τους στόχους της μέτρησης της Ποιότητας Ζωής χρησιμοποιείται κάποιο από τα πολλά συστήματα ή «εργαλεία» μέτρησης που είναι διαθέσιμα στη διεθνή βιβλιογραφία(Οικονόμου και συν. 2001). Μερικά από τα συστήματα μέτρησης που μπορούν να χρησιμοποιηθούν είναι:

1. **Κατά προσέγγιση δείκτες:** Είναι δείκτες που έχουν θετική ή αρνητική συσχέτιση με την ποιότητα ζωής και η μέτρησή τους οδηγεί σε κάποια συμπεράσματα σχετικά

με την Ποιότητα Ζωής. Τέτοιοι δείκτες είναι η απασχόληση, οι ημέρες νοσηλείας σε νοσοκομείο, η σεξουαλική λειτουργία ή δυσλειτουργία, η αϋπνία.

2. **Προφίλ Υγείας:** Είναι συστήματα μέτρησης της κατάστασης της υγείας ενός πληθυσμού. Περιλαμβάνουν ένα σύστημα περιγραφής της κατάστασης υγείας και ένα σύστημα απόδοσης αξίας στην περιγραφή αυτή. Εδώ ανήκουν γνωστά συστήματα μέτρησης όπως το Προφίλ Υγείας που δημιουργήθηκε στο Nottingham της Αγγλίας, Nottingham Health Profile (NHP), το Sickness Impact Profile (SIP) και το δημοφιλέστατο ερωτηματολόγιο SF-36 (Short Form Questionnaire-36) που δημιουργήθηκε στη Βοστώνη το 1992 από τους Ware και Shelbourne(Οικονόμου και συν. 2001).

Τα συστήματα αυτά μπορούν να συγκρίνουν πληθυσμούς ασθενών με το γενικό πληθυσμό και πληθυσμούς ασθενών μεταξύ τους, δε δίνουν όμως στοιχεία για επιμέρους προβλήματα που αφορούν το κάθε νόσημα. Αποτελούνται όλα από ερωτηματολόγια που απαντώνται από τον υπό μελέτη πληθυσμό και αντίστοιχες κλίμακες αξιολόγησης και αντιστοίχισης βαρών στις απαντήσεις. Η απάντηση των ερωτηματολογίων μπορεί να γίνει είτε παρουσία ειδικού ο οποίος και κάνει τις ερωτήσεις, είτε από τον ασθενή μόνο του στο σπίτι, είτε τηλεφωνικά.

Ειδικότερα το SF-36 αποτελείται από 36 ερωτήσεις που κατηγοριοποιούνται σε 8 θεματικές κλίμακες: σωματικές λειτουργίες, κοινωνικές λειτουργίες, πόνος, γενική ψυχική υγεία, περιορισμοί ρόλου λόγω σωματικών προβλημάτων, περιορισμοί ρόλου λόγω ψυχολογικών προβλημάτων, ζωτικότητα – ζωντάνια και γενική αντίληψη για την υγεία. Οι απαντήσεις στις ερωτήσεις αξιολογούνται σε κλίμακα από το 1 έως το 5 όπου το 1 είναι χειρότερη ποιότητα και το 5 καλύτερη. Το SF – 36 εφαρμόζεται σήμερα στον τομέα των χρόνιων νοσημάτων όπως η ΧΝΑ ( Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια) γιατί καταγράφει ένα ευρύ φάσμα προβλημάτων της σχετιζόμενης με την υγεία Ποιότητα Ζωής, με τρόπο σχετικά σύντομο και είναι εύκολο στη χρήση του. Επίσης το SF-36 καλύπτει θετικές αλλά και αρνητικές πλευρές της υγείας, γεγονός που θεωρείται σημαντικό πλεονέκτημα για ένα σύστημα αξιολόγησης της Ποιότητας Ζωής.

3. **Εξειδικευμένα εργαλεία** που έχουν αναπτυχθεί ειδικά για συγκεκριμένα νοσήματα όπως καρδιαγγειακά, πνευμονοπάθειες, νεοπλάσματα, αρθρίτιδες του τελικού σταδίου νεφρική νόσος ή για ειδικούς πληθυσμούς όπως οι ηλικιωμένοι ή για

ειδικούς πληθυσμούς όπως η σεξουαλική λειτουργία ή για συγκεκριμένες καταστάσεις και προβλήματα. Τα εξειδικευμένα αυτά εργαλεία εστιάζουν στο θέμα που εξετάζουν με ειδικές ερωτήσεις, δεν επιτρέπουν όμως συγκρίσεις μεταξύ του υπό εξέταση πληθυσμού και άλλων ομάδων, ή συγκρίσεις μεταξύ καταστάσεων ή νοσημάτων.

4. Τέλος, έρχονται τα συστήματα μέτρησης που ονομάζονται **δείκτες ωφέλειας** (utility measures), ή **QUALY** (Quality Adjusted Life Years). Τα συστήματα αυτά επιχειρούν να εκτιμήσουν την οικονομική ωφέλεια που έχει η κοινωνία από τη χρησιμοποίηση ή μη συγκεκριμένων υπηρεσιών υγείας και να ωθήσουν σε μια ορθολογική κατανομή των πόρων μέσα στο σύστημα υγείας.

## 1.2 Η Κατάθλιψη

Η κατάθλιψη είναι μία από τις πιο συνηθισμένες ασθένειες της εποχής μας και σύμφωνα με τα στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας([www.who.org](http://www.who.org)), επηρεάζει εκατομμύρια ανθρώπων στον κόσμο. Θεωρείται μια από τις πιο διαδεδομένες διαταραχές, αφού τα ποσοστά της αυξάνονται κάθε χρόνο παγκοσμίως. Με τον όρο κατάθλιψη εννοούμε την κατάσταση εκείνη του ατόμου, στην οποία το αίσθημα θλίψης, απογοήτευσης και ανημπόριας είναι πιο βαθύ από απλή μελαγχολία, η οποία και δεν επιτρέπει στο άτομο να επηρεαστεί θετικά από τα ευχάριστα γεγονότα που συμβαίνουν στο περιβάλλον. Επιπλέον, η συναισθηματική αυτή κατάσταση υποβαθμίζει σημαντικά τη λειτουργικότητα του ατόμου σε όλους τους τομείς της καθημερινής ζωής και μπορεί να διαρκέσει εβδομάδες ή και μήνες(Ευκλείδη-Κωσταρίδου1999).

Η κατάθλιψη δεν είναι ένα συναίσθημα αλλά μία κατάσταση. Το πρώτο πράγμα που εξαφανίζεται στην κατάθλιψη είναι η οποιαδήποτε ικανότητα για χαρά. Το άτομο που πάσχει από κατάθλιψη δεν μπορεί να βρει την παραμικρή ικανοποίηση σε οτιδήποτε. Άλλα συναισθήματα που αρχίζουν σταδιακά να εξαφανίζονται είναι η αίσθηση του χιούμορ, η ικανότητα έκφρασης αγάπης, η εμπιστοσύνη στους άλλους ανθρώπους και η πεποίθηση ότι το μέλλον μπορεί να μας επιφυλάσσει κάτι καλύτερο. Η εικόνα του εαυτού μας αρχίζει να ξεθωριάζει μέχρι να σβηστεί εντελώς. Θα μπορούσε λοιπόν, να ειπωθεί ότι η κατάθλιψη με την κοινή σημασία του όρου είναι μία άσχημη διάθεση που είναι η φυσιολογική απάντηση σε ένα ερέθισμα που συνήθως έχει να κάνει με μια αίσθηση

απώλειας, όπως ο θάνατος ενός αγαπημένου προσώπου, ο χωρισμός, η απώλεια της εργασίας, η μη επίτευξη των στόχων μας, η απώλεια ενός υλικού αγαθού. Περιλαμβάνει(Μάνος 1997) τη **μείζονα κατάθλιψη**, τη **μανιο-κατάθλιψη ( διπολική διαταραχή )** και τη **δυσθυμία**, μια ελαφρότερη μορφή κατάθλιψης, που διαρκεί για μεγάλο χρονικό διάστημα και χαρακτηρίζεται από ένα αίσθημα δυσφορίας και στενοχώριας, κάνει το άτομο να χάσει την ευχαρίστηση από την καθημερινή του ζωή, μπορεί να έχει επιπτώσεις σε άλλες ιατρικές παθήσεις και μπορεί να είναι τόσο σοβαρή ώστε να οδηγήσει στην αυτοκτονία.

Η κατάθλιψη μπορεί να συμβεί στον καθένα, σε οποιαδήποτε ηλικία, φύλο και σε άτομα οποιασδήποτε κοινωνικό-οικονομικής τάξης ή εθνικότητας. Συνοπτικά θα μπορούσε να υποστηριχθεί ότι η κατάθλιψη στους ηλικιωμένους είναι μια από τις πιο υποδιαγνωσμένες και ελλιπώς αντιμετωπιζόμενες νόσους, δεν είναι χαρακτηριστικό των ηλικιωμένων και δεν θα πρέπει να θεωρείται φυσιολογική μια καταθλιπτική αντίδραση σε αυτή την ηλικία. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ηλικιωμένων προσαρμόζεται με επιτυχία στις μεταβολές που συμβαίνουν όταν εισέρχονται σε αυτό το στάδιο της ζωής. Συμπτώματα όπως η μείωση των κοινωνικών επαφών και δραστηριοτήτων, η ελάττωση λήψης πρωτοβουλιών, το άγχος και η ανησυχία δεν είναι φυσικά επακόλουθα της γήρανσης, αλλά σε πολλές περιπτώσεις μπορεί να αντιπροσωπεύουν την παρουσία κατάθλιψης. Δυστυχώς οι περισσότεροι ασθενείς αλλά και οι συγγενείς τους δεν αναγνωρίζουν ότι πίσω από αυτές τις εκδηλώσεις μπορεί να κρύβεται μια κατάθλιψη, με αποτέλεσμα οι άνθρωποι αυτοί να μην αναζητούν ποτέ βοήθεια (Karlson 1991). Η κλινική κατάθλιψη δεν είναι ποτέ ένα κανονικό, υγιές κομμάτι της ζωής μας, όποια και αν είναι η ηλικία, το φύλο ή η κατάσταση της υγείας του ατόμου. Δυστυχώς, αν και η θεραπεία για την κατάθλιψη είναι τις περισσότερες φορές επιτυχημένη, λιγότερα από τα μισά άτομα που πάσχουν από αυτήν, αναζητούν θεραπεία. Οι περισσότεροι υποφέρουν σιωπηλά, πιστεύοντας ότι δεν είναι κάτι σοβαρό και ότι θα περάσει από μόνο του, ή πιστεύοντας ότι πρόκειται για μια προσωπική τους αδυναμία για την οποία ντρέπονται και προσπαθούν να την κρατήσουν μυστική.

### 1.2.1 Αίτια της κατάθλιψης

Το πρώτο που πρέπει να ξεκαθαρίσουμε είναι ότι δεν υπάρχει ένας και μοναδικός λόγος που να εξηγεί την διαταραχή αυτή (όπως συνήθως συμβαίνει και με πολλές άλλες αρρώστιες γενικότερα). Έρευνες ετών([ajp.psychiatryonline.org](http://ajp.psychiatryonline.org)) έχουν επισημάνει μερικούς παράγοντες που φαίνεται να συμβάλλουν σε διαφορετικό κάθε φορά βαθμό στην νόσηση από κατάθλιψη.

Μπορεί κανείς να θεωρήσει την καταθλιπτική διαταραχή ως το τελικό κοινό αποτέλεσμα μιας ποικιλίας παραγόντων που δρουν πάνω στην ιδιοσυστασία κάθε ατόμου και στο συγκεκριμένο κοινωνικό του πλαίσιο. Εάν δούμε την κατάθλιψη μ' αυτόν τον τρόπο τότε οι διάφορες ερμηνείες για την αιτιολογία της, είτε καθαρά βιολογικές είτε καθαρά ψυχοκοινωνικές, παύουν να φαίνονται ότι αντικρούουν η μία την άλλη αλλά μάλλον ότι αλληλοσυμπληρώνονται. Παρακάτω αναφέρονται μερικοί από τους παράγοντες που φαίνεται να συμβάλλουν στην εμφάνιση κατάθλιψης :

#### [1] Γενετικοί παράγοντες

Ο κίνδυνος να πάθει κανείς κατάθλιψη όταν έχει στενούς συγγενείς που πάσχουν, ιδιαίτερα από σοβαρές ή χρόνιες μορφές, είναι αυξημένος. Ένα μέρος του αυξημένου αυτού κινδύνου θεωρείται ότι οφείλεται σε γενετικούς παράγοντες που κληρονομούνται. Το πιο παραδεκτό μοντέλο για την γενετική επίδραση στην κατάθλιψη θεωρεί ότι διάφορα γονίδια εμπλέκονται στην μεταβίβαση χαρακτηριστικών (π.χ. χαρακτηριστικών της προσωπικότητας, βιολογικών χαρακτηριστικών κ.λ.π.) που αυξάνουν την προδιάθεση του ατόμου να πάθει κατάθλιψη. Δηλαδή, ένα άτομο που έχει κληρονομήσει αυτά τα χαρακτηριστικά έχει μεγαλύτερο κίνδυνο από ένα άλλο να πάθει κατάθλιψη όταν δράσουν και άλλοι παράγοντες (βιολογικοί, ψυχολογικοί, κοινωνικοί) του περιβάλλοντος.

#### [2] Βιολογικοί παράγοντες

α) Μερικές μη ψυχιατρικές παθήσεις έχουν βρεθεί ότι μπορεί να προκαλέσουν κατάθλιψη δευτερογενώς. Το κοινό τους χαρακτηριστικό είναι ότι δρουν στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα (Κ.Ν.Σ.) και επηρεάζουν την λειτουργία των περιοχών εκείνων του εγκεφάλου που ρυθμίζουν το συναίσθημα. Οι παθήσεις αυτές περιλαμβάνουν [1] παθήσεις του Κ.Ν.Σ. όπως η νόσος του Πάρκινσον, η σκλήρυνση κατά πλάκας, και το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο. [2] Ενδοκρινικές και μεταβολικές παθήσεις όπως ο υποθυρεοειδισμός, και η

νόσος του Cushing (υπερδραστηριότητα των επινεφριδίων). [3] Λοιμώξεις που δρουν στο Κ.Ν.Σ. όπως το AIDS και η λοιμώδης μονοπυρήνωση [4] Συστηματικές διαταραχές όπως η αναιμία και ο μεταστατικός καρκίνος [5] Διάφορα φάρμακα όπως η κορτιζόνη, το αντι-υπερτασικό Αλντομέτ και το αλκοόλ.

β) Η αποκάλυψη μερικών από τους βιολογικούς μηχανισμούς που εμπλέκονται στην δημιουργία της κατάθλιψης αποτέλεσε σίγουρα μια από τις σπουδαιότερες ανακαλύψεις της Ψυχιατρικής ειδικότερα και της Ιατρικής γενικότερα σ' αυτόν τον αιώνα. Στη δεκαετία του '50 οι επιστήμονες ανακάλυψαν τους νευρομεταβιβαστές, βιοχημικές δηλαδή ουσίες με τις οποίες επικοινωνούν τα νευρικά κύτταρα μεταξύ τους. Στο ίδιο περίπου διάστημα παρατηρήθηκε ότι ασθενείς που έπαιρναν κάποια φάρμακα για την ρύθμιση της υψηλής αρτηριακής τους πίεσης πάθαιναν σαν παρενέργεια κατάθλιψη. Το κοινό χαρακτηριστικό αυτών των φαρμάκων ήταν ότι δρούσαν στους νευρομεταβιβαστές του εγκεφάλου και με κάποιο τρόπο μείωναν τις συγκεντρώσεις τους στον εγκέφαλο. Το επόμενο βήμα ήταν να παρασκευαστούν φάρμακα που αύξαναν την συγκέντρωση των νευρομεταβιβαστών αυτών στον εγκέφαλο. Το αποτέλεσμα ήταν ότι τα φάρμακα αυτά ήταν ικανά να θεραπεύσουν ασθενείς με κατάθλιψη. Από τη δεκαετία του '50 μέχρι σήμερα πολλά έχουμε μάθει για την λειτουργία των νευρομεταβιβαστών και τον ρόλο τους στην κατάθλιψη. Παρότι οι μηχανισμοί αυτοί είναι πολύ περίπλοκοι και δεν είναι δυνατό να αναφερθούν εδώ, ωστόσο στις μέρες μας θεωρείται ότι δύο νευρομεταβιβαστές, η νοραδρεναλίνη και η σεροτονίνη, εμπλέκονται ιδιαίτερα στην δημιουργία της κατάθλιψης, και τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα τα οποία έχουμε στην διάθεσή μας αποσκοπούν στο να ανεβάσουν την συγκέντρωση των ουσιών αυτών στον εγκέφαλο. Επειδή τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα είναι αποτελεσματικά σε όλες τις μορφές κατάθλιψης, είναι πιθανό όλοι οι αιτιολογικοί παράγοντες που συμβάλλουν στην κατάθλιψη να δρουν τελικά μέσω αυτού του μηχανισμού.

### **[3] Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες**

α) Παράγοντες που δρουν νωρίς στην ζωή : Διάφορες έρευνες έχουν δείξει ότι άτομα που σαν παιδιά είχαν ζήσει κάποιο γεγονός σημαντικής απώλειας (π.χ. θάνατος γονιού, χωρισμός γονιών κ.λπ. ) έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να πάθουν κατάθλιψη σαν ενήλικοι.

β) Παράγοντες που δρουν αργότερα (Ευθυμίου, Μαυροειδή, Παυλάτου, Καλαντζή –Αζίζι, 2006).

[1] Γεγονότα Ζωής: Μια σειρά γεγονότων ζωής, είτε ψυχολογικών (π.χ. θάνατος αγαπημένου προσώπου, διαζύγιο), είτε κοινωνικών (π.χ. οικονομική ύφεση, συνθήκες διαμονής) είτε ακόμη ψυχοκοινωνικών (π.χ. απώλεια εργασίας, μετανάστευση), φαίνεται να αυξάνουν τον κίνδυνο για κατάθλιψη . [2] Τρόπος σκέψης : Ο τρόπος με τον οποίο οι άνθρωποι σκέφτονται και αντιλαμβάνονται τα καθημερινά τους προβλήματα φαίνεται να ευνοεί σε μερικές περιπτώσεις την δημιουργία κατάθλιψης. Υποστηρίζεται δηλαδή ότι μερικοί άνθρωποι ερμηνεύουν τον κόσμο γύρω τους βασιζόμενοι σε κάποιες παραδοχές που δεν είναι λειτουργικές και που έχουν σαν αποτέλεσμα να "παραμορφώνουν" τελικά την εικόνα του γύρω κόσμου αντί να την ερμηνεύουν (Ευθυμίου και συν. 2006). Βασισμένη σ' αυτή την γενική αρχή έχει αναπτυχθεί μια ψυχοθεραπεία, η γνωσιακή ψυχοθεραπεία, η οποία προσπαθεί να "διορθώσει" αυτά τα λάθη στο τρόπο σκέψης και να βοηθήσει τον ασθενή να αξιολογήσει πιο αντικειμενικά την πραγματικότητα (Μάνος , 1997)

### *1.2.2 Συμπτώματα κατάθλιψης - καταθλιπτικού επεισοδίου:*

Τα κύρια συμπτώματα που μπορεί να εμφανίζει κάποιος όταν έχει κατάθλιψη περιλαμβάνουν τα ακόλουθα(Μάνος,1997):

[1] **Μεγάλη ελάττωση του ενδιαφέροντος**, ή της ευχαρίστησης σε όλες ή σχεδόν όλες τις δραστηριότητες κατά το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας σχεδόν κάθε μέρα. Π.χ., μια μητέρα έχασε το ενδιαφέρον της να φροντίσει το μικρό της παιδί, να καθαρίσει το σπίτι της, να βγει έξω να ψωνίσει με μια φίλη της, να ντυθεί όμορφα, πράγματα που πριν την ευχαριστούσαν πολύ. Η αλλαγή αυτή στην συμπεριφορά της είχε γίνει πολύ αντιληπτή από το στενό της περιβάλλον.

[2] **Καταθλιπτική Διάθεση**, κατά το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας σχεδόν κάθε ημέρα όπως φαίνεται είτε με υποκειμενική εκτίμηση είτε σύμφωνα με τις παρατηρήσεις των άλλων (π.χ., ο ασθενής κλαίει συχνά και φαίνεται πολύ στεναχωρημένος). Όπως αναφέρθηκε πιο πάνω από αυτό το σύμπτωμα πήρε και την γενικότερη ονομασία της η διαταραχή αυτή.

**[3] Δυσκολία στον ύπνο,** Η διαταραχή αυτή του ύπνου μπορεί να έχει πολλές μορφές. Π.χ., μερικοί ασθενείς δεν μπορούν να κοιμηθούν καθόλου, άλλοι κάνουν πολύ ακανόνιστο ύπνο, ξυπνούν δηλαδή πολλές φορές κατά την διάρκεια της νύχτας. Χαρακτηριστικό όμως της κατάθλιψης είναι ότι οι ασθενείς ξυπνούν από πολύ πρωί, π.χ. από τις 4 η ώρα και δεν ξανακοιμούνται. Αυτή η πρόωγη αφύπνιση όπως λέγεται εμφανίζεται πιο συχνά στην κατάθλιψη.

**[4] Διαταραχές στην όρεξη για φαγητό,** Συνήθως η κατάθλιψη προκαλεί απώλεια της όρεξης για φαγητό με αποτέλεσμα απώλεια βάρους, π.χ., ένας ασθενής 75 κιλών μπορεί να έχει χάσει σ' ένα μήνα πάνω από 5 κιλά. Σε μια μικρή ομάδα ασθενών προκαλείται το αντίθετο σύμπτωμα, δηλαδή υπερφαγία.

**[5] Απώλεια του ενδιαφέροντος για σεξ,** Τυπικό σύμπτωμα της κατάθλιψης η απώλεια του ενδιαφέροντος για την ερωτική πράξη. Θεωρώ χρήσιμο να εξηγήσουμε ότι εδώ αναφερόμαστε στην διάθεση για σεξ και όχι στο αν γίνεται ή όχι η ερωτική πράξη. Π.χ., μια γυναίκα με κατάθλιψη μπορεί να κάνει έρωτα με τον σύζυγό της γιατί εκείνος το θέλει, αλλά η ίδια αν ερωτηθεί θα πει ότι δεν το επιθυμεί καθόλου και δεν της προκαλεί καμιά ευχαρίστηση, ευχαρίστηση.

**[6] Απώλεια των δυνάμεων και της ενεργητικότητας,** Ο ασθενής με κατάθλιψη νιώθει σαν να τον έχουν εγκαταλείψει οι δυνάμεις του, αισθάνεται κουρασμένος όλη την ώρα και γι' αυτό πολλές φορές κάθεται στην καρέκλα και δεν κάνει τίποτα. Μερικοί ασθενείς μπορεί από την άλλη να εμφανίζουν έντονη ανησυχία και άγχος, σαν κάτι κακό να πρόκειται να συμβεί.

**[7] Αδυναμία συγκέντρωσης, σκέψης, μνήμης ή λήψης αποφάσεων,** Ο ασθενής με κατάθλιψη δεν μπορεί να συγκεντρωθεί εύκολα. Το μυαλό του φαίνεται να είναι απασχολημένο με άλλες ιδέες και σκέψεις.

**[8] Ιδέες ενοχής, αυτομομφής και αναξιότητας,** Ο ασθενής με κατάθλιψη τυπικά πιστεύει ότι ο ίδιος φταίει για την τροπή που έχει πάρει η ζωή του, όλα είναι δικό του λάθος. Νιώθει ότι η κατάσταση που περνάει είναι σαν ένα είδος τιμωρίας για πράγματα που έκανε στο παρελθόν. Μπορεί να νιώθει ότι δεν αξίζει τίποτε σαν άνθρωπος, ότι είναι ένα μηδενικό.



[9] **Ανησυχία και απαισιοδοξία για το μέλλον**, Ο ασθενής με κατάθλιψη χρωματίζει το μέλλον του με μαύρα χρώματα. Πιστεύει ότι πολύ δύσκολα θα αλλάξει η κατάσταση της ζωής του.

[10] **Ιδέες αυτοκτονίας**, Μερικές φορές ο ασθενής νιώθει τόσο απελτισμένος και αβοήθητος που μπαίνουν στο μυαλό του ιδέες αυτοκτονίας. Ο κίνδυνος αυτοκτονίας είναι αυξημένος σε ασθενείς με σοβαρή κατάθλιψη.

[11] **Γενικά σωματικά συμπτώματα**, Πολλοί ασθενείς με κατάθλιψη αναφέρουν μια ποικιλία από σωματικά συμπτώματα όπως πονοκεφάλους, πόνους γενικά στο σώμα τους, προβλήματα από το γαστρεντερικό κ.λ.π. Πολλές φορές τα συμπτώματα αυτά τους οδηγούν σε διάφορους γιατρούς ή στα νοσοκομεία. Χαρακτηριστικό είναι ότι ύστερα από την εξέταση τα συμπτώματα δεν μπορούν να εξηγηθούν και αποδίδονται από τον γιατρό σε άγχος ή κόπωση. Δεν είναι ανάγκη να έχει κανείς όλα τα συμπτώματα για να θεωρηθεί ότι πάσχει από κατάθλιψη. Οι ειδικοί θεωρούν ότι 5 ή περισσότερα συμπτώματα, εκ των οποίων τουλάχιστον ένα από τα δύο πρώτα, φτάνουν για να μπει η διάγνωση.

### 1.3 Επιδημιολογικά στοιχεία:

Οι ψυχικές ασθένειες προσβάλλουν κάθε χρόνο πάνω από το 27% των ενήλικων Ευρωπαίων ([www.who.org](http://www.who.org)). Αυτές οι ψυχικές ασθένειες μπορούν να οδηγήσουν στην αυτοκτονία -στην ΕΕ κάθε 9 λεπτά αυτοκτονεί ένα άτομο. Η αυτοκτονία αποτελεί σημαντική αιτία πρόωρου θανάτου. Το 2006 προκάλεσε το θάνατο συνολικά 58.000 ατόμων στην ΕΕ, υποσκελίζοντας τα τροχαία δυστυχήματα, τα οποία προκάλεσαν το θάνατο 50.000 ατόμων το ίδιο έτος. Το 90% των αυτοκτονιών συνδέεται με ψυχικές διαταραχές.

Η κατάθλιψη είναι η συχνότερη ψυχική διαταραχή. Υπολογίζεται ότι 1 στα 5 άτομα θα αντιμετωπίσει ένα καταθλιπτικό επεισόδιο σε κάποια στιγμή της ζωής του. Η διπολική διαταραχή είναι πιο σπάνια, εμφανίζεται σε 1 άτομο στα 100 και η συχνότητα εμφάνισης είναι ίδια και για τα δύο φύλα. Υπολογίζεται ότι το 6%-8% περίπου του παγκόσμιου πληθυσμού πάσχει από κατάθλιψη, δηλαδή περισσότεροι από 450-500 εκατομμύρια άνθρωποι σ' όλον τον κόσμο. Σύμφωνα με τα στοιχεία από την επιδημιολογική μελέτη ΑΤΤΙΚΗ (περιοδικό ΥΓΕΙΑ, 2008), που πραγματοποιήθηκε από την Α΄ Καρδιολογική Κλινική της Ιατρικής Σχολής του πανεπιστημίου Αθηνών με δείγμα

πάνω από 3000 άνδρες και γυναίκες, άνω των 18 ετών φαίνεται ότι το 25% των ανδρών (περίπου 850.000 Έλληνες) και το 33% των γυναικών (περίπου 1,1 εκ Ελληνίδες) στη χώρα μας πάσχουν από ήπια έως σοβαρή κατάθλιψη, ενώ το 55% των γυναικών και το 50% των ανδρών έχουν έντονο άγχος.

Επίσης, στοιχεία πρόσφατης επιδημιολογικής μελέτης, της GREECS (περιοδικό ΥΓΕΙΑ, 2008) σε δείγμα 2.172 ασθενών με οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου ή ασταθή στηθάγχη από ολόκληρη τη χώρα, έδειξε ότι τα ήπια καταθλιπτικά επεισόδια σχετίζονται με πιο σοβαρές ασθένειες και θεωρούνται υπεύθυνα για άμεση επανεισαγωγή στα νοσοκομεία ασθενών που έχουν ήδη υποστεί οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου. Από έρευνα της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας([www.statistics.gr](http://www.statistics.gr)), για τις συναισθηματικές ψυχώσεις (περιπτώσεις βαριάς κατάθλιψης), διαπιστώνεται ότι το ποσοστό των ανθρώπων που εξήλθαν από τα νοσοκομεία της χώρας, με αντίστοιχη διάγνωση έχει σχεδόν διπλασιαστεί από το έτος 1998 έως το 2004 (1998: 4737 άτομα, 2004: 7361 άτομα).

Σύμφωνα με τα στοιχεία που έχει επεξεργαστεί ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας([www.who.org](http://www.who.org)) σε συνεργασία με την Παγκόσμια Τράπεζα του ΟΗΕ, με βάση το δείκτη βαρύτητας που μετρά τη συνολική επιβάρυνση στην προσωπική επαγγελματική & κοινωνική ζωή, πέντε από τις δέκα αρρώστιες με τον υψηλότερο δείκτη είναι ψυχικές. Σύμφωνα με το δείκτη DALYs, η κατάθλιψη παγκοσμίως κατέχει σήμερα την 4<sup>η</sup> θέση, από πλευράς απώλειας ετών ζωής, αναπηρίας και κοινωνικής δυσλειτουργίας. Προβλέπεται ότι το 2020 θα καταλάβει τη 2<sup>η</sup> θέση παγκοσμίως και στις ανεπτυγμένες χώρες την πρώτη, ενώ ήδη αποτελεί ένα από τα τρία συχνότερα προβλήματα υγείας στον εργασιακό χώρο. Τα παραπάνω ποσοστά είναι ανεξάρτητα από την εθνικότητα, τη μόρφωση, το εισόδημα και την οικογενειακή κατάσταση, ενώ φαίνεται να εμφανίζεται συχνότερα στους άγαμους, τους διαζευγμένους και τους κατοίκους αγροτικών περιοχών.

Οι γυναίκες υποφέρουν από κατάθλιψη, σ' όλες τις χώρες του κόσμου, δύο φορές συχνότερα από τους άνδρες. Έχει διαπιστωθεί ότι στη διάρκεια της ζωής τους στο 20% των γυναικών και στο 12% των ανδρών θα εμφανιστεί καταθλιπτικό επεισόδιο, ενώ το 10% των γυναικών και μόλις το 5,8% των ανδρών θα νοσήσουν μέσα σ' ένα έτος. Παρά τις βιολογικές συνιστώσες στην αιτιολογία της κατάθλιψης και τις ορμονικές διαφορές ανάμεσα στους άνδρες και τις γυναίκες, πιστεύεται ότι οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες και τα διαφορετικά στρεσογόνα γεγονότα ζωής (τοκετοί, ανατροφή παιδιών), στα οποία εκτίθενται οι γυναίκες, συμμετέχουν καθοριστικά στην διαμόρφωση αυτών των

ποσοστών. Η κατάθλιψη μπορεί να εμφανιστεί σε οποιαδήποτε ηλικία (από 15-70 χρονών), η έναρξή της, όμως, τοποθετείται συνήθως στη μέση ηλικία. Τα τελευταία χρόνια, έχει παρατηρηθεί ότι εμφανίζεται ολοένα και συχνότερα στην εφηβική ηλικία ή την πρώιμη ενήλικη ζωή. Τα καταθλιπτικά επεισόδια, τα οποία συμβαίνουν σ' αυτές τις ηλικιακές ομάδες έχουν ενοχοποιηθεί για την αυξημένη χρήση αλκοόλ ή άλλων ψυχοδραστικών ουσιών. Η μείζων κατάθλιψη έχει υψηλό δείκτη θνησιμότητας: μέχρι και 15 % των ασθενών αυτοκτονούν(<http://web-psycho.info>). Επιπλέον, στους ασθενείς πάνω από 55 ετών η συχνότητα αυτοκτονίας είναι τετραπλάσια της συχνότητας θανάτου του γενικού πληθυσμού.

Επιδημιολογικές μελέτες που έγιναν σε ηλικιωμένους έδειξαν ότι 10-25% εμφανίζουν σημαντικά συμπτώματα κατάθλιψης. Από αυτούς το 1-5% πάσχουν από **μείζονα κατάθλιψη** και το 2-8% πάσχουν από **δυσθυμία**(Blazer 1994). Σε μελέτες που έγιναν σε γηροκομεία και οίκους ευγηρίας το ποσοστό των ατόμων με μείζονα κατάθλιψη ανέρχεται σε 5-15%, ενώ ένα 30% επιπλέον αυτών εμφανίζει σημαντικά καταθλιπτικά συμπτώματα όπως δυσφορία, μελαγχολία, διαταραχές της όρεξης και του ύπνου. Τέλος σε μελέτες που έγιναν σε ηλικιωμένους ασθενείς γενικών νοσοκομείων ένα 5-10% εμφάνιζαν συμπτώματα μείζονος κατάθλιψης, ενώ ένα επιπρόσθετο 15-25% παρουσίαζαν σημαντική καταθλιπτική συμπτωματολογία. Είναι άξιο προσοχής ότι στα γενικά νοσοκομεία μόνο το 2% των ασθενών αξιολογείται ψυχιατρικά, ποσοστό πολύ χαμηλότερο από την πραγματική συχνότητα εμφάνισης κατάθλιψης σ' αυτά τα ιδρύματα. Κύριοι λόγοι για τους οποίους εμφανίζεται αυτή η διαφορά είναι: α) η δυσκολία στην αναγνώριση και διάγνωση της κατάθλιψης λόγω της άτυπης συνήθως εμφάνισης στους ηλικιωμένους, β) η προτεραιότητα της αντιμετώπισης των σωματικών κυρίως προβλημάτων, γ) η υποτίμηση συχνότητας εμφάνισης της κατάθλιψης.

Η βαρύτητα της νόσου ποικίλλει. Τα επεισόδια που αναδύονται κυμαίνονται από ήπια έως σοβαρά. Μπορεί να εμφανιστεί ένα και μοναδικό επεισόδιο ή η νόσος να μεταπέσει σε χρόνια ή υποτροπιάζουσα μορφή. Οι ασθενείς με μείζονα κατάθλιψη αναφέρουν συχνότερα: πόνο και σωματικές νόσους, κάνουν περισσότερες επισκέψεις στους γιατρούς και έχουν μειωμένη συνολική λειτουργικότητα. Με τα σύγχρονα θεραπευτικά μέσα η κατάθλιψη είναι μια νόσος που μπορεί να αντιμετωπιστεί, ωστόσο, μόνο το 10-25% των ασθενών υποβάλλονται σε θεραπευτική αγωγή. Η πολυμορφία με την οποία εμφανίζεται, η άτυπη πολλές φορές συμπτωματολογία της, η ικανότητά της να

υποδύεται και να μιμείται οποιαδήποτε νόσο ξεγελούν πολλές φορές τους μη ειδικούς ιατρούς, με αποτέλεσμα μόνο στο 50% των ασθενών να γίνεται σωστή διάγνωση από τους γενικούς ιατρούς.

Επιπλέον, η προκατάληψη και ο στιγματισμός που συνοδεύουν τις ψυχικές διαταραχές αποθαρρύνουν ή αποτρέπουν τους πάσχοντες να απευθυνθούν στους ειδικούς. Γι' αυτόν το λόγο συχνά δεν αναγνωρίζεται (διαγιγνώσκεται) και δεν αντιμετωπίζεται θεραπευτικά ως μια νόσος που μπορεί να επιφέρει δυσμενείς επιπτώσεις στην προσωπική ζωή του ατόμου (κατάχρηση ή εξάρτηση από ουσίες, πρόκληση τροχαίων ατυχημάτων), όπως, επίσης, στις οικογενειακές σχέσεις και στις επαγγελματικές του δραστηριότητες.

Παράλληλα την τελευταία δεκαετία στη χώρα μας εξαπλάσιάστηκε η χρήση φαρμάκων για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης. Σύμφωνα με το Ινστιτούτο Φαρμακευτικής Έρευνας και Τεχνολογίας (ΙΦΕΤ) σήμερα καταναλώνονται περίπου 144 εκατομμύρια χάπια το χρόνο. Η κατανάλωση των αντικαταθλιπτικών χαπιών στην Ελλάδα ακολουθεί αυξητική πορεία: το 1995 δαπανήθηκαν 25.861.293 ευρώ, το 2000 δαπανήθηκαν 62.599.136 ευρώ, ενώ το 2005 το ποσό δαπάνης έφτασε τα 144.000.000 ευρώ([www.psychognosia.com](http://www.psychognosia.com)). Οι αιτίες για την αύξηση των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων είναι πολλές, όπως υποστηρίζουν οι ειδικοί επιστήμονες. Ως σημαντικότεροι λόγοι προβάλλονται η αύξηση στη συχνότητα των καταθλιπτικών συνδρόμων, η καλύτερη διάγνωση της νόσου, αλλά και η κυκλοφορία στο εμπόριο νέων σκευασμάτων τα οποία έχουν λιγότερες παρενέργειες από τα προηγούμενα σκευάσματα. Η αύξηση της κατανάλωσης φαρμάκων αναδεικνύει επίσης δύο πλευρές ενός πολυεπίπεδου προβλήματος. Αφενός, οι σύγχρονοι Έλληνες ενημερώνονται καλύτερα για τις ψυχικές νόσους και πηγαίνουν πολύ πιο εύκολα σε ένα ειδικό της ψυχικής υγείας καταρρίπτοντας κοινωνικά ταμπού ετών. Αφετέρου, η σύγχρονη πειστική και αγχώδης καθημερινότητα αυξάνει τα κρούσματα κατάθλιψης με ιλιγγιώδη ταχύτητα. Τα τελευταία χρόνια στη χώρα μας δεν έχουν πραγματοποιηθεί εξειδικευμένες μελέτες για την συχνότητα της κατάθλιψης στον πληθυσμό. αλλά η αύξηση των περιπτώσεων είναι εμφανής στην καθημερινή πρακτική των γιατρών. Σύμφωνα με δηλώσεις νοσοκομειακών ιατρών, η κατάθλιψη πλήττει συχνότερα τις γυναίκες απ' ό,τι τους άνδρες, με μία αναλογία 3 προς 2. Οι περισσότερες από τις γυναίκες που απευθύνονται στα νοσηλευτικά ιδρύματα είναι εργαζόμενες ηλικίας 30 έως 50 ετών, οι οποίες αδυνατούν να ανταποκριθούν στις πολλαπλές υποχρεώσεις που έχουν αναλάβει (πολύωρη δουλειά, σπίτι και παιδιά,

ταυτοχρόνως) - ιδίως όταν δεν έχουν βοήθεια στο μέγιστο των παιδιών. Οι άνδρες με κατάθλιψη, από την άλλη πλευρά, είναι ηλικίας 25 έως 50 ετών, μέσης προς ανώτερης οικονομικής τάξης, οι οποίοι όμως νιώθουν αφόρητη πίεση από τις οικονομικές υποχρεώσεις, νιώθουν συνέχεια κουρασμένοι, καπνίζουν ή πίνουν πολύ και γενικώς νιώθουν σωματική και ψυχολογική κατάπτωση.

Μία στις πέντε γυναίκες και ένας στους οκτώ άνδρες αναπτύσσουν κατάθλιψη κάποια στιγμή στη ζωή τους, σύμφωνα με τα υπάρχοντα διεθνή στοιχεία. Για τη χώρα μας, πρακτικά αυτό σημαίνει ότι ανά πάσα στιγμή πάσχει από κατάθλιψη το 8% του πληθυσμού κατά μέσον όρο. Επίσης, σύμφωνα με τα υπάρχοντα επιδημιολογικά στοιχεία για την Ελλάδα, το 50%-85% των νέων μητέρων αναπτύσσουν επιλόχεια μελαγχολία, το 10%-15% των νέων μητέρων αναπτύσσουν επιλόχεια κατάθλιψη και το 0,1%- 0,2% των νέων μητέρων αναπτύσσουν επιλόχεια ψύχωση. Αξιοσημείωτο είναι και το γεγονός ότι η κατάθλιψη εμφανίζεται σχετικά συχνά στα παιδιά και τους εφήβους. Στον γενικό πληθυσμό, 2% των παιδιών και 4%-8% των εφήβων πάσχουν από κατάθλιψη (περιοδικό ΥΓΕΙΑ, 2008).

Σύμφωνα με στοιχεία του Ευρωβαρομέτρου (2006) (<http://ec.europa.eu>), οι γυναίκες, οι ηλικιωμένοι, οι συνταξιούχοι και οι εργαζόμενοι στο σπίτι (οι κατηγορίες αυτές είναι πιθανό να αλληλοκαλύπτονται) δηλώνουν συχνότερα ότι αντιμετωπίζουν σημαντικά προβλήματα σωματικής υγείας, καθώς και αρνητικά συναισθήματα σχετικά με την ψυχική τους ευεξία. Οι τρεις στους πέντε Ευρωπαίους (60%) δεν είχαν ποτέ προβλήματα με κοινωνικές δραστηριότητες όπως η επίσκεψη σε φίλους ή συγγενείς λόγω ψυχικών προβλημάτων.

Επιπλέον, το 40% των ερωτηθέντων που είτε αναζήτησαν ψυχολογική στήριξη, είτε υποβλήθηκαν σε ψυχοθεραπεία δήλωσαν ότι αντιμετωπίζουν δυσχέρειες στις επαγγελματικές και κοινωνικές δραστηριότητες ως αποτέλεσμα προβλημάτων είτε στη σωματική είτε στην ψυχική τους υγεία και το 21% δήλωσαν ότι κατά τις τελευταίες τέσσερις εβδομάδες απουσίασαν από την εργασία τους. Από τα άτομα που υποβλήθηκαν σε θεραπεία για ψυχολογικά προβλήματα, το 84% έλαβε φάρμακα, το 40% επισκέφθηκε ψυχοθεραπευτή και το 17% νοσηλεύτηκε σε ειδικό νοσοκομείο. Μεταξύ των ερωτηθέντων που αναζήτησαν ψυχολογική στήριξη, το 41% έλαβε φάρμακα, το 23% επισκέφθηκε ψυχοθεραπευτή και το 9% νοσηλεύτηκε σε ειδικό νοσοκομείο. Γενικά, οι Ευρωπαίοι φαίνεται να υιοθετούν ανεκτική αντίληψη έναντι εκείνων που αντιμετωπίζουν ψυχολογικά

ή συγκινησιακά προβλήματα υγείας. Εντούτοις, το 37% των ερωτηθέντων πιστεύει ότι τα άτομα με ψυχολογικά προβλήματα αποτελούν κίνδυνο για τους άλλους. Το 21%, πιστεύει ότι τα άτομα με ψυχολογικά ή συγκινησιακά προβλήματα υγείας δεν θεραπεύονται ποτέ και το 14% των ερωτηθέντων υποστηρίζει ότι τα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας φέρουν τα ίδια ευθύνη για την κατάστασή τους. Η πλειονότητα (63%) πιστεύει ότι τα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας είναι απρόβλεπτα. Όσοι έχουν προσωπικές εμπειρίες από προβλήματα ψυχικής υγείας τείνουν να αντιμετωπίζουν τα άτομα με ψυχολογικές δυσχέρειες με περισσότερη κατανόηση.

#### **1.4 Οι οικονομικές διαστάσεις της κατάθλιψης:**

Οι ψυχικές διαταραχές όπως η κατάθλιψη και η αλληλεξάρτηση τους με την σωματική υγεία επιβαρύνουν τους πάσχοντες σε προσωπικό, οικογενειακό, επαγγελματικό, κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο και απαιτούν προσοχή και μεγαλύτερη αναγνώριση από τους ειδικούς. Σε όλο τον κόσμο, 121 εκ. άνθρωποι υποφέρουν από κατάθλιψη. Η κατάθλιψη και οι αγχώδεις διαταραχές είναι τα συνηθέστερα ψυχικά προβλήματα. Το επίπεδο ψυχικής υγείας επηρεάζει επίσης σε σημαντικό βαθμό την κοινωνική και οικονομική ευημερία (εκτιμάται ότι στην ΕΕ το κόστος ανέρχεται στο 3% - 4% του ΑΕΠ).

Οι ψυχικές διαταραχές, αποτελούν την κύρια αιτία της πρόωρης συνταξιοδότησης και των συντάξεων αναπηρίας. Μόνο ο ένας στους πέντε από τους πάσχοντες από σοβαρή ψυχική διαταραχή απασχολείται σε αμειβόμενη απασχόληση σε σύγκριση με το 65 % των ατόμων με σωματική αναπηρία. Σύμφωνα με εκτιμήσεις του 2000, οι ψυχικές και νευρολογικές διαταραχές ευθύνονται για το 31% των ετών ζωής με ανικανότητα και για 6 από τις 20 κύριες αιτίες ανικανότητας παγκοσμίως. Μέχρι και 28% των υπαλλήλων στην Ευρώπη δηλώνουν ότι υποφέρουν από εργασιακό άγχος με τους Έλληνες να κατέχουν την πρωτιά, δηλώνοντας άγχος στην εργασία σε επίπεδο 55%. Στο πλαίσιο των παραπάνω δεδομένων και των επιπτώσεών τους στο κοινωνικό σύνολο δεν είναι παράδοξο ότι πρωτογενώς ή και δευτερογενώς τα ψυχικά νοσήματα επιβαρύνουν αναπότρεπτα και σημαντικά πολλά συστήματα και υπηρεσίες μιας χώρας. Το κόστος δεν θα πρέπει να υπολογίζεται μόνο στενά, δηλαδή πόσα ευρώ χάνουν οι οργανισμοί, αλλά συνολικά δηλαδή να συνυπολογισθούν και οι ευρύτερες ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις που πλήττουν την κοινωνία και τα άτομα.

Σε ευπαθείς ομάδες, δηλαδή σε άτομα με χαμηλή κοινωνική θέση και οικονομική κατάσταση αυξάνονται οι πιθανότητες για κακή ψυχική υγεία, η έλλειψη απασχόλησης ή η απώλεια της εργασίας μπορούν να μειώσουν την αυτοπεποίθηση και να οδηγήσουν στην κατάθλιψη. Η κατάθλιψη αποτελεί την κύρια αιτία αναπηρίας στις αναπτυγμένες χώρες και το βασικό ερώτημα είναι γιατί η επιβάρυνση λόγω της κατάθλιψης δεν μειώνεται με τον ίδιο ρυθμό όπως οι λοιμώδεις και περιγεννητικές παθήσεις, οι οποίες το 1990 προκαλούσαν μεγαλύτερη επιβάρυνση. Κατά τα τελευταία 5 έτη επιβεβαιώνεται όλο και περισσότερο η άποψη ότι η κατάθλιψη αποτελεί υποτροπιάζουσα διαταραχή, που θα πρέπει να αντιμετωπίζεται ως χρόνια νόσος. Έχει υπολογισθεί ότι προς το παρόν αποτρέπεται περίπου 13% της συνολικής επιβάρυνσης που προκαλεί η κατάθλιψη. Έχει επιπλέον υπολογισθεί ότι, αν ήταν ιδανικές οι συνθήκες ως προς την κάλυψη των ασθενών και τις δυνατότητες των κλινικών γιατρών και δεν υπήρχαν προβλήματα σχετικά με την παροχή και τη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας, η επιβάρυνση θα μπορούσε να αποτραπεί μόνο σε ποσοστό 36% με τη χρήση των παρεμβάσεων και των γνώσεων που είναι διαθέσιμες σήμερα. Συνεπώς, φαίνεται ότι ποσοστό 64% της επιβάρυνσης που προκαλεί η κατάθλιψη δεν μπορεί να αποτραπεί. Πρόκειται για μία κατάσταση, στην οποία η αποτελεσματική πρόληψη μπορεί να έχει ζωτική σημασία. Το οικονομικό κόστος της κατάθλιψης στην ΕΕ υπολογιζόταν σε 235 ευρώ ανά κάτοικο το 2004 ή σε 118 δισ. Ευρώ (<http://ec.europa.eu>).

Οι άμεσες δαπάνες για τα συστήματα υγείας των κρατών μελών είναι υψηλές και δημιουργούν αυξανόμενες προκλήσεις, αλλά το 65%, δηλαδή το μεγαλύτερο μέρος των δαπανών αυτών, πραγματοποιείται εκτός του τομέα υγείας, ειδικότερα μέσω των συχνών απουσιών από την εργασία, της ανικανότητας προς εργασία και της πρόωρης συνταξιοδότησης στην ΕΕ. Εκτιμάται ότι το 50% των ψυχικών διαταραχών πρωτοεκδηλώνονται κατά την εφηβεία. Για το λόγο αυτό οι οργανώσεις που δραστηριοποιούνται στον τομέα της νεολαίας πρέπει να είναι καταρτισμένες, ώστε να αναγνωρίζουν τα συμπτώματα και να ενεργούν άμεσα. Στην ηλικιωμένη κοινωνία μας υπάρχει μεγάλη ανάγκη να αντιμετωπιστεί ο αυξανόμενος επιπολασμός των ψυχικών ασθενειών στα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, τόσο για τις ψυχικές ασθένειες που συνδέονται με την ηλικία, όπως είναι η άνοια, όσο και για την κατάθλιψη λόγω μειωμένης κοινωνικής στήριξης(<http://ec.europa.eu>).

Η κατάθλιψη είναι σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η τέταρτη χειρότερη ασθένεια στον κόσμο αν υπολογιστεί πόσα χρόνια καλής υγείας γίνεται αιτία να χαθούν. Μέχρι το 2020 είναι πολύ πιθανό να καταλαμβάνει ακόμη και την δεύτερη θέση στην Παγκόσμια κατάταξη μετά την καρδιακή ανεπάρκεια. Παρ' όλα αυτά, δεν έχουν γίνει ούτε τα μισά από αυτά που απαιτούνται για την θεραπεία ή την πρόληψή της. Μια έρευνα(<http://ec.europa.eu>) σε 28 ευρωπαϊκές χώρες κατέδειξε πως η κατάθλιψη των πολιτών τους το έτος 2004 τούς стоίχισε τουλάχιστον 118 δισεκατομμύρια ευρώ, περίπου το 1% του συνολικού τους ΑΕΠ. Το κόστος θεραπείας της κατάθλιψης υπολογίζεται πως θα άγγιζε μόλις το 9% αυτού του τεράστιου ποσού. Στην Βρετανία οι ψυχικές ασθένειες είναι το μεγαλύτερο κοινωνικό πρόβλημα, καθώς έχουν κόστος ίσο με το 1,5% του ετήσιου ΑΕΠ της χώρας. Υπολογίζεται πως ενώ η θεραπεία της κατάθλιψης θα κόστιζε 750 λίρες ανά ασθενή για δύο χρόνια, το όφελος θα ήταν πολλαπλάσιο: τουλάχιστον ένας παραπάνω μήνας δουλειάς για κάθε πάσχοντα και επιπλέον 1.880 λίρες κατά κεφαλήν για την εθνική οικονομία. Στις Ηνωμένες Πολιτείες δημοσιεύονται μελέτες με τα ίδια στοιχεία. Η κατάθλιψη επηρεάζει αρνητικά και τις αναπτυσσόμενες χώρες ([www.Katathlipsi.gr](http://www.Katathlipsi.gr)). Στην Κίνα, σύμφωνα με πρόσφατο άρθρο στην Επιθεώρηση «Κοινωνική Ψυχολογία και Ψυχιατρική Επιδημιολογία», η κατάθλιψη στοίχισε πάνω από 6 δισεκατομμύρια δολάρια το 2002. Πριν από λίγα χρόνια μια ερευνητική ομάδα δημοσίευσε στη Βρετανική Ιατρική Επιθεώρηση ότι η κατάθλιψη είναι εκτεταμένη στη Ζιμπάμπουε.

Η κατάθλιψη είναι μια προσωπική τραγωδία για τον κάθε πάσχοντα, που πολλαπλασιάζεται επί περίπου εκατό εκατομμύρια φορές σε παγκόσμιο επίπεδο. Οπότε, ίσως η πιο σημαντική ερώτηση που μπορούμε να κάνουμε είναι αν μπορούμε να μάθουμε να την προλαμβάνουμε. Κάποια είδη κατάθλιψης φαίνεται πως υπάρχουν στο γενετικό υλικό των ατόμων, γεγονός που μπορεί να προληφθεί με γενετική θεραπεία. Αλλά σε μεγαλύτερο ποσοστό, οι ψυχικές αρρώστιες εξαρτώνται από το περιβάλλον στο οποίο βρισκόμαστε. Ίσως πρέπει να εστιάσουμε σε τρόπους ζωής που έχουν θετική επίδραση στην ψυχική μας υγεία.

#### *1.4.1 Το μέγεθος της Τρίτης Ηλικίας στις χώρες της ΕΕ:*

Σύμφωνα με τη κοινοτική στατιστική υπηρεσία Eurostat (Η Συμβουλευτική στην Οικογένεια και την Εργασία, 2006) το 2005 οι άνω των 65 ετών στην Ελλάδα αντιπροσώπευαν το 18% του συνολικού πληθυσμού της χώρας (από 15% το 1995). Στην



ΕΕ είναι **17%** ενώ το **1995** ήταν **15%**. Στους «25» τα υψηλότερα ποσοστά ηλικιωμένων σε σχέση με το συνολικό πληθυσμό της χώρας παρατηρούνται στη Γερμανία και την Ιταλία με **19%** και ακολουθεί η Ελλάδα (**18%**) ενώ τα χαμηλότερα ποσοστά σημειώνονται στην Ιρλανδία (**11%**) την Κύπρο και τη Σλοβακία (από **12%**). Η Eurostat εκτιμά ακόμη ότι σύμφωνα με τις σημερινές δημογραφικές ([www.google.gr](http://www.google.gr)) τάσεις το φαινόμενο της γήρανσης του πληθυσμού θα επεκταθεί περαιτέρω και οι άνω των **65** ετών θα αυξηθούν αισθητά τις επόμενες δεκαετίες στα κράτη μέλη για να φτάσουν το **2050** στην Ισπανία το 36% του συνολικού πληθυσμού της χώρας, στην Ιταλία το 35% και το 32% στην Ελλάδα, τη Γερμανία και την Πορτογαλία .

Πίνακας 1.1: *Ποσοστά Τρίτης Ηλικίας*

Ηλικιακή ομάδα (Ελλάδα)	Ποσοστό πληθυσμού
Άνω των 65 ετών	18%
Ηλικιακή ομάδα (Ελλάδα)	Ποσοστό πληθυσμού
Άνω των 65 ετών <b>πρόβλεψη για το 2050</b>	32%

Πηγή: eurostat

Τα χαμηλότερα ποσοστά αναμένεται να σημειωθούν στο Λουξεμβούργο (**22%**), την Ολλανδία (**23%**) τη Δανία και τη Σουηδία (**24%**). Στους «25» **30%**. Σύμφωνα με τη Eurostat το ποσοστό απασχόλησης στην Ελλάδα στους πολίτες **60-64** ετών είναι **30,8%** (**26,7%** στους «25») και στους **65-69** ετών **9,4%** (**8,2%** στους «25»).

Η γήρανση του πληθυσμού συχνά σημαίνει αύξηση των προβλημάτων, από την άποψη της φυσικής ικανότητας, τις κοινωνικό-οικονομικές συνθήκες και την κοινωνική ζωή. Οι ηλικιωμένοι συχνά ζουν χωριστά από τις νεότερες γενιές, σε πολλές περιπτώσεις λόγω χηρείας ή ενός διαζυγίου, ή ακόμη και περιπτώσεις χωρίς γάμο και σε διαφορετικές συνθήκες φροντίδας από αυτές που έχουν ανάγκη. Η ζωή αλλάζει λόγω της γήρανσης μπορεί να είναι δύσκολο και μαζί με μη ικανοποιητικές συνθήκες διαβίωσης συμβάλει στην καταθλιπτική διάθεση και στην εμφάνιση της κατάθλιψης. Είναι αξιοσημείωτο ότι

στα περισσότερα κράτη μέλη ποσοστά αυτοκτονιών των ηλικιωμένων είναι υψηλότερα από ότι σε οποιαδήποτε άλλη ηλικιακή ομάδα([www.psychiatryonline.org](http://www.psychiatryonline.org)).

Όπως ήδη αναφέρθηκε και πιο πάνω οι ηλικιωμένοι συχνά πάσχουν από κοινωνική απομόνωση, λόγω αλλαγών στη δομή της οικογένειας και στις σχέσεις. Έχουν μειωμένη φυσική κατάσταση εξαιτίας της φυσικής γήρανσης και των ασθενειών και πολλοί ζουν σε νοσοκομεία ή σε ιδρύματα, τα οποία συνεισφέρουν στην ανάπτυξη συναισθημάτων μοναξιάς και θλίψης. Όπως γίνεται φανερό και από τον πίνακα, αλλά συνάμα θα ήταν χρήσιμο να τονιστεί, στην παρούσα μελέτη ο αριθμός ετών ζωής, που ορίζεται ως “ Τρίτη ηλικία ” είναι 65 ετών και άνω, μια ηλικία που αποτελεί ένα αρκετά μεγάλο κομμάτι του πληθυσμού της κάθε χώρας όπως δείχνουν και τα παραπάνω σημαντικά ποσοστά σε Ελλάδα και Ευρώπη.

Η τρίτη ηλικία έχει την δική της επίσημη ημέρα εορτασμού της. Το 1990 στην Γενική Συνέλευση των Ηνωμένων Εθνών([www.nationsencyclopedia.com](http://www.nationsencyclopedia.com)) ορίστηκε η 1 Οκτωβρίου κάθε έτους ως Παγκόσμια Ημέρα για την Τρίτη Ηλικία, όπου μετέπειτα μετονομάστηκε σε Διεθνής Ημέρα για τους ηλικιωμένους. Η διεθνής αυτή ημέρα είναι αφιερωμένη στην τιμή, το σεβασμό, και την φροντίδα των ηλικιωμένων σε όλο τον κόσμο. Σύμφωνα με των ΟΗΕ ένας στους δέκα είναι άνω των 60 ετών, μέχρι το 2050 ο ένας στους πέντε θα βρίσκεται σε αυτή την ηλικία και το 2150 ο ένας στους τρεις ([www.google.gr](http://www.google.gr))

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

### Η ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΤΗΝ 3<sup>η</sup> ΗΛΙΚΙΑ

#### 2.1 Εισαγωγή

Η Τρίτη ηλικία συνδέεται με μύθους, στερεότυπα και παρεξηγήσεις, κοινός παρονομαστής των οποίων είναι η απώλεια της αυτονομίας, η επιδείνωση της ποιότητας ζωής και η περιθωριοποίηση. Οι αλλαγές στον οργανισμό με την πάροδο της ηλικίας μπορούν να ταξινομηθούν σε μεταβολές στο γνωστικό τομέα, στην προσωπικότητα και στην προσαρμογή. Όσον αφορά τον πρώτο παρατηρείται αδυναμία πρόσκτησης νέας γνώσης, αλλά το γεγονός αυτό αντισταθμίζεται από την αύξηση της κριτικής ικανότητας και την ευχέρεια αξιοποίησης της εμπειρίας και των εμποδωμένων κατά τη διάρκεια της ζωής δεξιοτήτων. Τελευταίες έρευνες([www.google.gr](http://www.google.gr)) έχουν αποδείξει ότι η απώλεια της μνήμης είναι επιλεκτική (οι ηλικιωμένοι ξεχνούν συμβάντα και πληροφορίες που δεν τους ενδιαφέρουν) και δεν αφορά τη μακροπρόθεσμη, αλλά τη βραχυπρόθεσμη μνήμη. Τα νέα γι' αυτούς ερεθίσματα πρέπει να παρουσιάζονται με αργότερους ρυθμούς, ενώ οι ασκήσεις απομνημόνευσης, το διάβασμα και η ενεργός συμμετοχή σε δραστηριότητες αποτρέπουν την εμφάνιση του φαινομένου. Η απώλεια γνώσης είναι παθολογική κατάσταση και μπορεί να εμφανιστεί σε όλες τις ηλικίες. Η εσωστρέφεια αυξάνεται κατά την Τρίτη ηλικία, αλλά ταυτόχρονα μειώνεται ο νευρωτισμός.

Σύμφωνα με τη θεωρία της απόσυρσης οι ηλικιωμένοι αποστερούνται μεγάλου μέρους των κοινωνικών τους ρόλων, αλλά και η ίδια η κοινωνία τους περιθωριοποιεί (κυρίως για λόγους που σχετίζονται με την παραγωγή και την οικονομία). Κοινωνικά αίτια αναγκάζουν τους ηλικιωμένους να αποδεχτούν ρόλους εξάρτησης (από την οικογένεια, την κρατική μέριμνα, το σύστημα πρόνοιας και περίθαλψης), που πολλές φορές είναι γενεσιουργοί παράγοντες κατάθλιψης. Βάσει στατιστικών(Η Συμβουλευτική στην Οικογένεια και στην Εργασία, 2007) οι κάτοικοι άνω των εξήντα πέντε ετών στην Ελλάδα αντιπροσωπεύουν το 18% του συνολικού πληθυσμού της χώρας (από 15% το 1995).Η γήρανση του πληθυσμού έχει σημαντικές επιπτώσεις οικονομικό-κοινωνικής υφής και μπορεί να θεωρηθεί ως μια σοβαρή απειλή της κοινωνικής συνοχής. Επιδημιολογικές μελέτες σε ηλικιωμένους κατέδειξαν ότι το **10-25%** αυτών εμφάνιζε συμπτώματα

κατάθλιψη. Στην ουσία, η κατάθλιψη στους ηλικιωμένους δεν διαφέρει από την κατάθλιψη στους άλλους ενήλικες. Αλλά η κατάθλιψη είναι συχνότερη στους ηλικιωμένους και μπορεί να θεωρηθεί εσφαλμένα ότι πρόκειται για κάποια άλλη ασθένεια, όπως άνοια ή ρευματικά νοσήματα ιδίως όταν συνοδεύεται από διάχυτους πόνους.

Συνήθως, οι ηλικιωμένοι υποφέρουν από διάφορες ασθένειες όπως αρθρίτιδα, διαβήτης, υψηλή πίεση, καρδιακά προβλήματα και μια σειρά άλλων προβλημάτων. Το σημαντικό είναι να μην θεωρηθεί κατά λάθος η κατάθλιψη ότι είναι μια από αυτές τις ασθένειες. Εξίσου σημαντικό είναι αν ένας ηλικιωμένος έχει άλλα προβλήματα και υποφέρει και από κατάθλιψη, να του δοθεί αγωγή και γι' αυτήν. Όπως καταλαβαίνετε, η φθίνουσα υγεία, ο πόνος που γίνεται πιο δυνατός και η ανικανότητα, καθώς και η μοναξιά λόγω της πιθανής απώλειας του συντρόφου ή η κοινωνική απομόνωση, μπορούν να συνεισφέρουν στην κατάθλιψη. Η κατάθλιψη, όμως, μπορεί να επιδεινώσει κι άλλες παθήσεις. Υποβαθμίζει την ποιότητα ζωής, φθείρει ή καταστρέφει την ικανότητα αντιμετώπισης άλλων προβλημάτων, μειώνει τη θέληση για ζωή.

Έχουμε ήδη σημειώσει ότι το 25% όλων των αυτοκτονιών συμβαίνει στους ηλικιωμένους με κατάθλιψη. Πέρα από αυτό, όμως, η κατάθλιψη μπορεί να μειώσει τη διάθεση ενός ατόμου για ζωή, συνεισφέροντας κατά αυτόν τον τρόπο στον πρώιμο θάνατο από "φυσικές" αιτίες. Είναι πολύ σημαντικό, λοιπόν, η κατάθλιψη στους ηλικιωμένους να αναγνωρίζεται και να θεραπεύεται. Οι ηλικιωμένοι που υποφέρουν από κατάθλιψη είναι πιο πιθανό να παραπονεθούν για σωματικά προβλήματα, αυξημένο άγχος ή προβλήματα με την μνήμη και τη συγκέντρωση, παρά για τα τυπικά συμπτώματα της κατάθλιψης. Αλλά η θεραπεία της κατάθλιψης στους ηλικιωμένους μπορεί να είναι πιο πολύπλοκη λόγω της ηλικίας και λόγω άλλων συνυπάρχουσων παθήσεων([www.in-health.gr](http://www.in-health.gr)).

- Οι ηλικιωμένοι πιθανά να μη χρειάζονται τόσο μεγάλες ποσότητες αντικαταθλιπτικών όσοι οι νεότεροι.
- Οι ηλικιωμένοι φαίνεται να είναι πιο ευαίσθητοι στις παρενέργειες κάποιων αντικαταθλιπτικών.
- Υπάρχει η πιθανότητα κάποιες θεραπείες για την κατάθλιψη να αλληλεπιδράσουν με την αγωγή που λαμβάνουν οι ηλικιωμένοι για την αντιμετώπιση τυχόν συνυπάρχουσων ασθενειών

## 2.2 Μορφές κατάθλιψης που εμφανίζονται συχνότερα στην 3<sup>η</sup> ηλικία:

Η κατάθλιψη στους ηλικιωμένους μπορεί να είναι πρωτογενείς ή δευτερογενείς, αποτέλεσμα δηλαδή μιας άλλης ψυχιατρικής ή μη διαταραχής (Karlson, 1991).

### 1. Η πρωτογενείς κατάθλιψη περιλαμβάνει 3 μορφές:

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

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

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

**Γ) Άτυπες μορφές:** παρατηρούνται συνήθως σε ασθενείς με όψιμης έναρξης κατάθλιψη, δηλαδή εμφάνιση πρώτου επεισοδίου μετά το 60ό έτος. Οι άτυπες μορφές ονομάζονται και συγκαλυμμένη κατάθλιψη (masked depression), γιατί χαρακτηρίζονται από άρνηση του καταθλιπτικού συναισθήματος, το οποίο εμφανίζεται με τη μορφή σωματικών ή γνωστικών συμπτωμάτων. Μερικές από τις σωματικές ενοχλήσεις για τις οποίες παραπονούνται αυτοί οι ασθενείς είναι κόπωση, διάχυτα άλγη, γαστρεντερικά ενοχλήματα και ελαττωμένη ενεργητικότητα. Γενικά στην κλινική εικόνα κυριαρχούν δύο

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

Η κατάθλιψη στους ηλικιωμένους μπορεί να συγκαλύπτεται και από γνωστικού τύπου διαταραχές, όπως προαναφέρθηκε. Κύρια συμπτώματα σ' αυτή την περίπτωση είναι διαταραχές στη συγκέντρωση και τη μνήμη, με αποτέλεσμα την εμφάνιση της κλινικής εικόνας της ψευδοάνοιας. Ένα αδρό διαφοροδιαγνωστικό σημείο από πραγματικές εκφυλιστικές άνοιες είναι ότι σε εξετάσεις νοητικής κατάστασης (mental status examinations) ο ψευδοανοϊκός καταθλιπτικός απαντά συνήθως "δεν ξέρω" δείχνοντας μία αδιαφορία για επικοινωνία, αντίθετα με τον οργανικό ανοϊκό που προσπαθεί να καλύψει τα ελλείμματα του. Ας σημειωθεί εδώ ότι σε περίπου 30% των οργανικών ανοϊκών συνυπάρχει κατάθλιψη και σ' αυτές τις περιπτώσεις το διαγνωστικό έργο γίνεται δυσκολότερο (Evans 1994).

## ***2. Η δευτερογενείς κατάθλιψη περιλαμβάνει δύο μορφές:***

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

**B) Καταθλιπτικές αντιδράσεις** ως αποτέλεσμα σωματικών νοσημάτων: η πιο συχνή ψυχολογική αντίδραση στη σωματική νόσο είναι η αντίδραση προσαρμογής όπως ορίζεται στο DSM IV και το πρώτο σύμπτωμα είναι άγχος, ενώ στη συνέχεια μπορεί να εμφανιστεί κατάθλιψη. Ειδικά στους ηλικιωμένους η σωματική νόσος συνήθως είναι χρόνια και πιθανόν να επιδεινώνεται με την πάροδο του χρόνου. Αυτό σε συνδυασμό με τις άλλες απώλειες που έχουν άνθρωποι αυτής της ηλικίας, όπως απώλεια της κοινωνικής θέσης, εισοδήματος, πιθανός θάνατος φίλων, απώλεια ανεξαρτησίας λόγω της σωματικής νόσου, μπορεί να προκαλέσει την εξέλιξη της διαταραχής προσαρμογής σε πραγματική καταθλιπτική νόσο. Ασθενείς με τέτοια μορφή δευτερογενούς κατάθλιψης συνήθως παρουσιάζουν περισσότερο άγχος, αίσθημα έλλειψης συμπαράστασης και απαισιοδοξία

### 1) **Κατάθλιψη λόγω μιας γενικής φυσικής κατάστασης**

Ασθενείς που αναπτύσσουν λυπημένη διάθεση ή μειωμένο ενδιαφέρον ή ευχαρίστηση σε όλες ή σχεδόν όλες τις δραστηριότητες και έχουν παράλληλα μια παθολογική φυσική κατάσταση με την κατάθλιψη (Αλεξόπουλος, 2005):

- ♦ Προερχόμενη από ιό ή μόλυνση
- ♦ Ενδοκρινολογικό υποθυροειδισμό, υπερθυροειδισμό
- ♦ Κακοήθες όγκο, λευκαίμια, λέμφωμα, παγκρεατικό καρκίνο
- ♦ Εγκεφαλοαγγειακά επεισόδια, αγγειακό επεισόδιο, άνοια
- ♦ Μυοκαρδιακό έμφραγμα
- ♦ Μεταβολική διαταραχή, ανεπάρκεια, υποσιτισμός

### 2) **Προκλειθήσα ουσία προκαλεί την κατάθλιψη**

Ασθενείς που αναπτύσσουν λυπημένη διάθεση ή μειωμένο ενδιαφέρον, ή ευχαρίστηση σε όλες ή σχεδόν όλες τις δραστηριότητες μέσα σε ένα μήνα εξαιτίας δηλητηρίασης ή μη χρήσης ουσιών ή τη χρήση φαρμάκων σχετικών με την συνήθη κατάθλιψη:

- ♦ Methylidopa

- Βενζοδιαζεπίνες
- Propranolol
- Reserpine
- Στεροειδή
- Φάρμακα κατά του Πάρκινσον
- ~ blockers
- Cimetidine
- Clonidine
- Hydralazine
- Οιστρογόνα
- Προγεστερόνη
- Tamoxifen



### *2.2.1 Παράγοντες επιρρέπειας για κατάθλιψη και παράγοντες αποφυγής επεισοδίων κατάθλιψης:*

Για την καλύτερη δυνατή αξιολόγηση της καταθλιπτικής διαταραχής θα πρέπει να συμπεριλάβουμε στην ίδια την αξιολόγηση μας θέματα ψυχολογικής, κοινωνικής και βιολογικής λειτουργίας. Για την ψυχολογική λειτουργία αυτό που θα πρέπει να λάβουμε υπόψη είναι κυρίως η σχέση του ατόμου με τον εαυτό του. Ως προς την κοινωνική λειτουργία μας ενδιαφέρουν οι αντιλήψεις του ατόμου για τις κοινωνικές του σχέσεις αλλά και το ίδιο το οικογενειακό του περιβάλλον. Όσον αφορά τη βιολογική λειτουργία αυτό που εξετάζουμε είναι η σωματική του κατάσταση κατ' επέκταση η κληρονομικότητα και οι εκάστοτε γενετικοί παράγοντες. Επίσης πρέπει να λαμβάνονται υπόψη και οι διαπροσωπικές επαφές και οι συμπεριφορές που χρησιμοποιεί ένα άτομο προκειμένου να κερδίσει ή να διατηρήσει τις σχέσεις του καθώς και οι στρατηγικές με τις οποίες επιλύει τις τυχόν συγκρούσεις τους.

Σύμφωνα με μια έρευνα που διεξήχθη και κατά την οποία μελετήθηκε η σχέση γνωστικής επίλυσης διαπροσωπικών προβλημάτων με την κατάθλιψη, βρέθηκε ότι τα άτομα με κατάθλιψη έχουν λιγότερη εμπιστοσύνη στην ικανότητά τους να επιλύουν προβλήματα που δεν έχουν ξανασυναντήσει στο παρελθόν (Κλεφτάρας, Τζομιχάκη & Λοίζου-Μαλικιόση, 2004). Και αυτό γιατί τα άτομα αυτά προσπαθούν λιγότερο ενεργά, μεθοδικά και συστηματικά να βρουν εναλλακτικές μεθόδους και λύσεις, εν συντομία: εναλλακτικές στρατηγικές αντιμετώπισης των προβλημάτων που προκύπτουν. Επιπλέον, βρέθηκε ότι τα άτομα αυτά είναι και λιγότερο αποτελεσματικά ως προς την ικανότητα διατήρησης του αυτοελέγχου τους σε προβληματικές και ιδιαιτέρως αγωγόνες καταστάσεις. Επομένως, ως οι κυριότεροι παράγοντες επικινδυνότητας μπορούν συνοπτικά να θεωρηθούν οι ακόλουθοι (Harris, Cook, Victor, Dewilde, Beighton, Rink, Mann & Shah, 2003):

- Γενετικοί παράγοντες. Σύμφωνα με μια έρευνα του Hopkinson (1964) Meyers & Αλεξόπουλος, 2004) άτομα που παρουσιάζουν κατάθλιψη πριν την ηλικία των 50 ετών έχουν διπλάσια πιθανότητα να έχουν κάποιο συγγενή πρώτου βαθμού που να υποφέρει από την ίδια διαταραχή, σε σχέση με τους συνομηλίκους τους που εμφάνισαν τη διαταραχή μετά την ηλικία των 50 ετών

- Σωματική ασθένεια και αδυναμία. Τα καταθλιπτικά συμπτώματα είναι πιο συχνά, έντονα και μεγαλύτερης διάρκειας στους ανθρώπους που είναι φιλάσθενοι, καχεκτικοί και εύθραυστοι. Η σωματική υγεία και η κατάθλιψη αλληλεπιδρούν επηρεάζοντας η μία την άλλη. Παράγοντες που συνδέονται με τα γηρατειά όπως η φυσική εξασθένιση και αδυναμία, η αισθητηριακή έκπτωση της ακοής και της όρασης κυρίως, τα οργανικά ψυχοσύνδρομα (εγκεφαλικά επεισόδια, νόσος Parkinson, νευρολογικές διαταραχές, πτώση του ανοσοποιητικού κτλ.) μπορεί να αποτελούν τους αιτιοπαθογεννητικούς παράγοντες της κατάθλιψης. Επιπλέον, ο σωματικός πόνος σε συνδυασμό με την σωματική ανικανότητα επιδεινώνουν αρκετά την πορεία της καταθλιπτικής διαταραχής.

- Παράγοντες που συνδέονται με την προσωπικότητα του ατόμου. Οι νέοι που εμφανίζουν έκδηλη δυσλειτουργία προσωπικότητας προσφέρουν τις κατάλληλες προϋποθέσεις για την ανάπτυξη καταθλιπτικής διαταραχής σε μεγαλύτερη ηλικία. Ακόμη, περισσότερο επιρρεπή είναι τα άτομα που είναι αγχώδη με εξαρτημένη ή αποφευκτική προσωπικότητα. Έρευνες που έχουν διεξαχθεί σε διάφορες ευρωπαϊκές κοινότητες έδειξαν ότι η κατάθλιψη σχετίζεται και με παράγοντες ευπάθειας προσωπικότητας, όπως είναι το χαμηλό αυτοσυναίσθημα και η χαμηλή κυρίως αυτοεκτίμηση, η σκληρή και ιδιαιτέρως αρνητική αυτοκριτική, η εξάρτηση από άλλους η οποία επιδεινώνεται και από την άτονη-άχρωμη συναισθηματική σύνδεση με τον- την σύντροφο καθώς και η συχνή αυτοεπίπληξη και αυτοτιμωρία, χαρακτηριστικά στοιχεία όλα ευπαθούς προσωπικότητας. Τα πράγματα γίνονται ακόμη χειρότερα όταν συνοδεύονται και από απώλειες που ενέχουν μακροπρόθεσμες συνέπειες ή “αλεξιθυμία”, δηλαδή η αδυναμία έκφρασης συναισθήματος.

- Οικογενειακή κατάσταση. Η οικογενειακή κατάσταση λειτουργεί άλλοτε ως επιβαρυντικός και άλλοτε ως προστατευτικός παράγων. Οι έγγαμοι διατρέχουν μικρότερο κίνδυνο σε σχέση με τους άγαμους, ενώ οι διαζευγμένοι διατρέχουν ακόμη μεγαλύτερο. Επίσης, είναι πολύ πιθανόν να εκδηλώσουν κατάθλιψη άτομα που δεν έχουν καμιά στενή συναισθηματική σχέση με τον- την σύντροφό τους, στερούνται ένα καλό υποστηρικτικό δίκτυο από τα άτομα της οικογένειας και έχουν υποστεί σημαντικές, για τα ίδια, απώλειες.

- Κοινωνικό-δημογραφικοί παράγοντες. Ποικίλοι κοινωνικό-δημογραφικοί παράγοντες μπορούν να επηρεάσουν και να οδηγήσουν σε εμφάνιση καταθλιπτικής διαταραχής. Το χρόνιο άγχος που μπορεί να προέρχεται από το χαμηλό εισόδημα ή τη

κακή οικονομική κατάσταση, η απώλεια κοινωνικής αναγνώρισης συνδεδεμένη με την έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης, τη χαμηλή αυτοεκτίμηση και τη φτωχή σωματική υγεία είναι ιδιαίτερα επιβαρυντικοί παράγοντες. Η παροχή φροντίδας προς κάποιο άλλο μέλος της οικογένειας που δεν μπορεί να ζήσει ανεξάρτητο είναι μια ακόμη από τις αιτίες που συμβάλλει στην εκδήλωση κατάθλιψης. Τέλος, τα διάφορα στρεσογόνα γεγονότα της ζωής δημιουργούν πρόσφορο έδαφος για την εκδήλωση κατάθλιψης (Harris, Cook, Victor, Dewilde & Beighton, 2006).

Στο σημείο αυτό θα πρέπει να παραθέσουμε και την άποψη του Aaron Beck, σύμφωνα με τον οποίο, εκείνο που οδηγεί το ηλικιωμένο άτομο σε κάποια μορφή κατάθλιψης είναι τα λεγόμενα “καταθλιπτικογενή γνωστικά σχήματα” μέσα από τις ακόλουθες τρεις οδούς (Kendall & Hollon, 1979):

- Μη ρεαλιστικές προσδοκίες. Για παράδειγμα το άτομο που νομίζει ότι με τη σύνταξη θα απαλλαγεί από τους περιορισμούς και τις πιέσεις που ως εργαζόμενος είχε υποστεί και θα εισέλθει σε κάποιο παράδεισο, διαψεύδεται οικτρά.
- Απόδοση υπερβολικού νοήματος σε καθημερινά γεγονότα, όπως για παράδειγμα η γυναίκα που νομίζει ότι οι γειτόνισσες τη σχολιάζουν, οι φίλες της την αποφεύγουν κτλ., κινδυνεύει να πιστέψει ότι όλα αυτά είναι γεγονότα της πραγματικότητας.
- Αξίες τις οποίες θεωρεί το άτομο ξεπερασμένες και άρα συνιστούν απαξίες πχ “μόνο ως εργαζόμενος αξίζεις κάτι για την κοινωνία”, “ο ρόλος της πεθεράς είναι άχαρος”.

Τέλος, δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι οι ηλικιωμένοι γενικά έχουν την τάση να κάνουν απολογισμό του παρελθόντος και να σκέφτονται έντονα το παρόν, διατυπώνοντας αξιολογικές κρίσεις. Στην περίπτωση που η συνολική εκτίμηση είναι θετική, τότε ηρεμούν και δεν αναπτύσσουν αρνητικά γνωστικά σχήματα. Αντίθετα, σε περίπτωση που ο συνολικός απολογισμός είναι αρνητικός, τότε γίνονται ευάλωτοι στην εισβολή των καταθλιπτικών γνωστικών σχημάτων. Καθώς οι ηλικιωμένοι δεν είναι σε θέση να επανορθώσουν τα λάθη του παρελθόντος εφόσον δε διαθέτουν και πολύ εναπομείναντα χρόνο, συνηθίζουν να μηρυκάζουν τις αρνητικές σκέψεις που προήλθαν από αυτά τα λάθη και να τα συνδέουν με τωρινές δυσκολίες και ακόλουθα άγχη. Με αυτόν τον τρόπο δημιουργείται ένας φαύλος κύκλος –από τα γνωστικά σχήματα στην κατάθλιψη, από την

κατάθλιψη στο άγχος και από το άγχος σε νέα γνωστικά σχήματα- αλλά επίσης είναι δυνατόν και οι ίδιοι να κρατούν τον εαυτό τους σε υπερένταση για πολλές ώρες την ημέρα.

Όπως φάνηκε από τα προαναφερθέντα πολλοί είναι οι παράγοντες που συμβάλλουν στην εκδήλωση καταθλιπτικής διαταραχής στο ηλικιωμένο άτομο όπως επίσης αρκετοί είναι και οι παράγοντες που ασκούν έργο προφύλαξης και αναχαιτίζουν τα αίτια που προκαλούν κατάθλιψη. Οι πρώτοι ονομάζονται παράγοντες επικινδυνότητας (τους οποίους και έχουμε ήδη αναλύσει) ενώ όταν γίνεται αναφορά για τους δεύτερους εννοούνται οι προφυλακτικοί παράγοντες.

Παρατηρείται, λοιπόν, και εδώ μια σειρά από βιολογικούς, ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες οι οποίοι αλληλεπιδρούν και φαίνεται να ασκούν έργο προφύλαξης. Οι προστατευτικοί παράγοντες της συναισθηματικής διαταραχής είναι οι εξής :

- Η καλή φυσική κατάσταση. Απαραίτητη είναι η κατανάλωση σωστής και υγιεινής διατροφής. Η γνωστή σε όλους μας “μεσογειακή δίαιτα” είναι τώρα πλέον πιο επιβεβλημένη από οποιαδήποτε άλλη ηλικιακή ομάδα
- Η αποφυγή της πολυφαρμακίας καθώς και η αποφυγή της περιττής χρήσης ορισμένων φαρμάκων μη ενδεδειγμένων από κάποιον ειδικό πρέπει να είναι ένας από τους πρωταρχικούς στόχους του ηλικιωμένου.
- Η φυσιοθεραπεία, η άσκηση καθώς επίσης και η εργασιοθεραπεία αποτελούν βάλσαμο για το ηλικιωμένο άτομο αφού με αυτόν τον τρόπο ο ηλικιωμένος πετυχαίνει ένα σπουδαίο ψυχοπροφυλακτικό στόχο: τη διατήρηση της ενεργητικότητάς του, της ακεραιότητάς του καθώς επίσης και της συγκρότησης της προσωπικότητάς του.
- Τέλος, δεν πρέπει να ξεχάσουμε να αναφερθούμε στο ισχυρό υποστηρικτικό σύστημα το οποίο αποτελεί μία από τις κατάλληλες προϋποθέσεις για τη διαφύλαξη της ψυχικής ηρεμίας και υγείας του ηλικιωμένου(Schoevers, Smit, Deeg, Cuijpers, Dekker, Van Tilburg & Beekman 2006).

### 2.3 Σχέση άγχους-κατάθλιψης

Κατά την πάροδο του τελευταίου μεταβατικού σταδίου της ζωής τους, επειδή το ψυχοκοινωνικό τοπίο αλλάζει δραματικά, τα ηλικιωμένα άτομα κινδυνεύουν να χάσουν την προσωπική και κοινωνική τους ταυτότητα. Παράλληλα ολοένα και περισσότερο μειώνεται η αυτοεκτίμησή τους. Υπάρχει βεβαία και μια μερίδα ηλικιωμένων οι οποίοι ψάχνουν και βρίσκουν καινούρια ενδιαφέροντα και έτσι μπορούν να αντιμετωπίσουν τις δυσκολίες της ζωής ως προκλήσεις και να χαίρονται για τις τυχόν επιτυχίες που σημειώνουν. Από την άλλη πλευρά ένα μεγάλο ποσοστό όμως, είναι μοιραίο να παραδοθεί άνευ όρων στα δεινά που το γήρας συνεπιφέρει και τα οποία οδηγούν σε ήπια ή σοβαρή μορφή κατάθλιψης.

Η κοινή επίδραση των γηρατειών σε όλους τους ανθρώπους ανεξαιρέτως είναι ότι μειώνει αισθητά την ικανότητα του οργανισμού να διαπραγματευτεί και να ανταπεξέλθει στην αλλαγή. Συνέπεια αυτού είναι η βίωση έντονου άγχους σε περιπτώσεις αλλαγών και συμπεριφορά εξάρτησης, στην ευρύτερή της έννοια φυσικά (O'Hara, 2006). Πιο συγκεκριμένα, άγχος είναι η σωματική και ψυχολογική αντίδραση σε οποιαδήποτε σημαντική αλλαγή, καλή ή κακή. Οποιοδήποτε και αν είναι το γεγονός που προκαλεί την αλλαγή αναγκάζει τον καθένα να προσαρμοστεί μη έχοντας άλλη επιλογή ώστε να εξασφαλίσει και να επιστρέψει στην προηγούμενη και πολυπόθητη τώρα ισορροπία.

Το άγχος είναι έμφυτο χαρακτηριστικό και όχι επίκτητο με σαφώς βιωματικό χαρακτήρα που συμβάλλει στον εντοπισμό και στην αντιμετώπιση ανεπιθύμητων και επικίνδυνων καταστάσεων (Kendall & Hollon, 1979). Ως έμφυτο χαρακτηριστικό, λοιπόν, είναι φυσιολογικό και δημιουργικό αφού εξυπηρετεί την επιβίωση. Το φυσιολογικό άγχος ταυτίζεται με τη διέγερση του οργανισμού και συνιστά άριστο μέσο επιστράτευσης των σωματικών και πνευματικών δυνάμεων του ανθρώπου. Όταν, όμως, αναφερόμαστε στην οξεία αγχωτική κατάσταση και μάλιστα στα ηλικιωμένα άτομα, δεν εννοούμε σε καμία περίπτωση το δημιουργικό αλλά το καταστρεπτικό άγχος, αυτό που διαλύει και αποδιοργανώνει την ψυχική ζωή.

Οι περισσότεροι ηλικιωμένοι είναι πολύ επιρρεπείς σε οξείες αγχωτικές καταστάσεις ιδιαίτερα σε περιπτώσεις με δυσοίωνες προοπτικές. Βιώνοντας το καταστρεπτικό άγχος ο ηλικιωμένος χαρακτηρίζει την κατάσταση ως επικίνδυνη και αντιδρά είτε παθητικά είτε ενεργητικά με κάποιον από τους ακόλουθους τρόπους: φυγή,

πάγωμα, λιποθυμία, πάλη. Το κρισιμότερο σημείο όμως είναι το εξής: όταν το συνεχιζόμενο άγχος προκαλέσει διαταραχή ορισμένων νευροδιαβιβαστών, που είναι απαραίτητοι για τη σωστή λειτουργία των κέντρων ελέγχου του συναισθήματος στον εγκέφαλο και που επιστημονικώς ονομάζονται σεροτονίνη και νοραδρεναλίνη, τότε το άτομο παθαίνει κατάθλιψη (Teachman, 2006).

Καταλήγουμε, λοιπόν, στο συμπέρασμα ότι μόνο οι ηλικιωμένοι που έχουν συνήθως ένα καλό μορφωτικό επίπεδο είναι σε θέση να εκφράσουν λεκτικά το εκάστοτε πρόβλημά τους. Η ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία της κατάθλιψης θα μπορούσε ενδεχομένως να βοηθήσει αυτούς τους προικισμένους και με συγκροτημένο Εγώ ηλικιωμένους. Υπάρχει όμως και μια άλλη μερίδα ηλικιωμένων ατόμων, που είναι σε θέση να αξιοποιήσει τη γνωσιακή - συμπεριφορική προσέγγιση, τόσο στη διαχείριση των αγχωγόνων διαταραχών, που σχεδόν αναπότρεπτα συνοδεύουν τη μεγάλη ηλικία, όσο και την αναχαίτιση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων (1988 στο Παγοροπούλου, 2000).

### *2.3.1 Η κατάθλιψη και η σχέση της με άλλες ασθένειες*

Οι ηλικιωμένοι, και στην προκειμένη περίπτωση οι άνω των 65 ετών, βρίσκονται σε ένα στάδιο της ζωής που είναι ευάλωτοι στην εκδήλωση διάφορων ασθενειών, σε ορισμένες περιπτώσεις μια ασθένεια μπορεί να έχει εκδηλωθεί και πολύ νωρίτερα στην μέση ηλικία ή ακόμη και στην εφηβική. Συνήθως, οι ηλικιωμένοι υποφέρουν από διάφορες ασθένειες όπως αρθρίτιδα, διαβήτη, υψηλή πίεση, καρδιακά προβλήματα και μια σειρά άλλων προβλημάτων, και δεν θα πρέπει να γίνεται σύγχυση της κατάθλιψης με αυτές τις ασθένειες. Η κατάθλιψη, όμως, μπορεί να επιδεινώσει κι άλλες παθήσεις. Είναι πολύ σημαντικό, λοιπόν, να αναγνωρίζεται και να θεραπεύεται. Οι ηλικιωμένοι που υποφέρουν από κατάθλιψη είναι πιο πιθανό να παραπονεθούν για σωματικά προβλήματα, αυξημένο άγχος ή προβλήματα με την μνήμη και τη συγκέντρωση, παρά για τα τυπικά συμπτώματα της κατάθλιψης. Αλλά η θεραπεία της κατάθλιψης στους ηλικιωμένους μπορεί να είναι πιο πολύπλοκη λόγω της ηλικίας και λόγω άλλων συνυπάρχουσων παθήσεων, αυτή είναι μια εκδοχή που θα αναλυθεί στην συνέχεια. Το Εθνικό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας θεωρεί την κατάθλιψη σε άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω, μείζον πρόβλημα δημόσιας υγείας (περιοδικό ΥΓΕΙΑ 2008)

Πολλές κοινές, μακροχρόνιες ασθένειες, όπως ο διαβήτης, εγκεφαλικά επεισόδια, καρδιακές παθήσεις, καρκίνος, χρόνια πνευμονική νόσος, η νόσος του Αλτσχάιμερ, η νόσος του Πάρκινσον και η αρθρίτιδα μπορεί να προκαλέσει κατάθλιψη. Η Κατάθλιψη οφείλεται για μεγαλύτερη πιθανότητα θανάτου από τις περισσότερες αιτίες θανάτων, μεταξύ των οποίων τα καρδιολογικά προβλήματα, τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, οι νευρολογικές παθήσεις (Ηγουμενού, 2003) όπως η σκλήρυνση κατά πλάκας και η νόσος του Parkinson, οι λοιμώξεις του αναπνευστικού όπως πνευμονία και γρίπη, κ.α. Εξαιρέση αποτελεί ο καρκίνος που ως αιτία θανάτου δεν διαφέρει μεταξύ καταθλιπτικών ασθενών και μη. Οι ερευνητές πιστεύουν ότι η Κατάθλιψη πρέπει να έχει άμεσες συνέπειες στον οργανισμό αυξάνοντας την φλεγμονώδη διεργασία στα αγγεία αλλά και αυξάνοντας την επιρρέπεια στην δημιουργία θρόμβων, καταστάσεις που μειώνουν τη αιμάτωση σε συγκεκριμένα όργανα και τροποποιούν την λειτουργία του ανοσοποιητικού.

Επιπλέον, εκτός των άμεσων βιολογικών επιδράσεων η Κατάθλιψη επηρεάζει την πιθανότητα υιοθέτησης ανθυγιεινών συμπεριφορών όπως το τσιγάρο και η πολυφαγία αλλά και δυσκολεύει την συνεργασία με τον γιατρό και την σωστή λήψη της φαρμακευτική αγωγής για τα διάφορα σωματικά νοσήματα. Η πιθανότητα εμφάνισης κατάθλιψης ήταν σημαντικά υψηλότερη σε ομάδες των ανθρώπων που πάσχουν από τουλάχιστον μία χρόνια σωματική νόσο σε σχέση με τους ανθρώπους που δεν πάσχουν από κάποια σωματική νόσο. Επίσης η κατάθλιψη φαίνεται να είναι η αιτία που επηρεάζει περισσότερο από όλες τις άλλες χρόνιες νόσους την συνολική υγεία και την ποιότητα ζωής. Η Κατάθλιψη πρέπει να θεωρείται πλέον ένα πρόβλημα Δημόσιας Υγείας που εκτός από την ποιότητα ζωής επηρεάζει και το προσδόκιμο επιβίωσης, όπως περίπου και το κάπνισμα.

Σημαντικό ρόλο έχει και η συννοσηρότητα στην κατάθλιψη, αυτό σημαίνει ότι μπορεί να συνυπάρχει με άλλες σωματικές ασθένειες και ψυχικές διαταραχές.(περιοδικό ΥΓΕΙΑ 2008) Συνυπάρχουσες ψυχιατρικές καταστάσεις ενδέχεται να είναι η δυσθυμία, σε 10% - 15% των ασθενών με μείζονα κατάθλιψη, οι αγχώδεις διαταραχές, οι διαταραχές της διατροφής, οι διαταραχές προσωπικότητας και οι διαταραχές λόγω κατάχρησης ουσιών (παρουσιάζει τη μεγαλύτερη συννοσηρότητα με την κατάχρηση από οινοπνευματώδη, σε ποσοστό που ξεπερνάει το 30%) (Ραμπαβίλας, 1996). Επιπλέον συνύπαρξη σημειώνεται στο 25% των ασθενών με χρόνιες νόσους, όπως ο διαβήτης, το έμφραγμα του μυοκαρδίου, το εγκεφαλικό επεισόδιο και ο καρκίνος, αναπτύσσουν μείζονα κατάθλιψη.

Η σχέση μεταξύ της κατάθλιψης και της σωματικής ασθένειας είναι αμφίδρομη, οι πάσχοντες από χρόνια νοσήματα εμφανίζουν συμπτώματα κατάθλιψης εξαιτίας της σωματικής ασθένειας. Οι ομάδες υψηλού κινδύνου είναι ομάδες ατόμων που πάσχουν από τις παρακάτω σωματικές νόσους ή παρουσιάζουν ιστορικό κατάθλιψης, ή βρίσκονται υπό την επιρροή έντονων ψυχοπαιστικών καταστάσεων και στρεσογόνων γεγονότων ζωής. Παρακάτω παρατίθενται μερικές από τις συχνότερες σωματικές ασθένειες οι οποίες συνοδεύονται από κατάθλιψη καθώς και η συχνότητα εμφάνισης της κατάθλιψης ανά ασθένεια.

**Πίνακας 2.1: Σωματικές ασθένειες που συνοδεύονται από κατάθλιψη**

Ασθένειες του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος	Αγγειακές Νόσοι	Ορμονικές διαταραχές	Άλλες ασθένειες και διαταραχές
Νόσος του Πάρκινσον	Στεφανιαία νόσος	Υποθυρεοειδισμός	Διαβήτης
Άνοια	Εγκεφαλικό επεισόδιο	Σύνδρομο Cushing	Καρκίνος
Σκλήρυνση Κατά Πλάκας	Υπέρταση		Χρόνιος πόνος

Πηγή: Περιοδικό ΥΓΕΙΑ: Η διάγνωση είναι το μυστικό για την κατάθλιψη, 2008, ειδική έκδοση



Πίνακας 2.2: Συχνότητα εμφάνισης κατάθλιψης ανά ασθένεια

Ασθένειες	Ποσοστά
Καρδιοπάθεια	Πάνω από 30%
Καρκίνος	Περίπου 60%
Χρόνιος πόνος	Έως 65%
Διαβήτης	10%-30%
Νόσος του Πάρκινσον	Περίπου 40%
Εγκεφαλικά επεισόδια	40%
Άνοια	30%-50%
Σκλήρυνση κατά πλάκας	50%

Πηγή: Περιοδικό ΥΓΕΙΑ: Η διάγνωση είναι το μυστικό για την κατάθλιψη, 2008, ειδική έκδοση

### 2.3.2 Θνησιμότητα κατάθλιψης στην 3<sup>η</sup> ηλικία

Έχει βρεθεί ότι η αυτοκτονία είναι σχεδόν δύο φορές συχνότερη στα ηλικιωμένα άτομα από ό,τι στο γενικό πληθυσμό. Τα ποσοστά αυτοκτονίας αυξάνονται σχεδόν αποκλειστικά στα λευκά άτομα, είναι παρόμοια στους άνδρες και στις γυναίκες και μεταξύ εκείνων που προσπαθούν να αυτοκτονήσουν (Bagulho, 2002. Αλεξόπουλος, 2005) οι ηλικιωμένοι είναι οι πλέον πιθανοί να πεθάνουν. Η σοβαρή μορφή κατάθλιψης είναι ένας παράγοντας κινδύνου για την αυτοκτονία όπως είναι και η κατάχρηση ουσιών. Η δευτερεύουσα κατάθλιψη, δυσθυμική διαταραχή, οι ψυχωτικές διαταραχές και οι διαταραχές άγχους αυξάνουν σημαντικά τον κίνδυνο αυτοκτονίας. Οι διαταραχές διάθεσης αποτελούν ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου για την αυτοκτονία στους ηλικιωμένους, ενώ η φυσική ασθένεια και η ανικανότητα αυξάνουν τον κίνδυνο αυτοκτονίας όταν όμως μεσολαβεί επίδραση κατάθλιψης, καθώς έτσι παρεμποδίζεται το κίνητρο του ασθενούς για αποκατάσταση και υπερισχύει με διαφορά η κατά γράμμα συμμόρφωση στη θεραπεία (Adamson, Price, Breeze, Bulpit & Fletcher 2005). Αντίθετα η διάσπαση των κοινωνικών δεσμών συνδέεται με την αυτοκτονία ανεξάρτητα από την κατάθλιψη, ειδικά στα άτομα με άκαμπτη και ανήσυχη προσωπικότητα και με εμμονές, συνήθως. Η δε διαθεσιμότητα κάποιου όπλου αυξάνει σημαντικά τον κίνδυνο αυτοκτονίας στους καταθλιπτικούς ηλικιωμένους.

Ο αυτοκτονικός ιδεασμός μειώνεται μεν με τη γήρανση αλλά εάν οι ηλικιωμένοι κάνουν αυτοκαταστροφικές σκέψεις διατρέχουν με αυτόν τον τρόπο ένα σαφώς μεγαλύτερο κίνδυνο να γίνουν αυτόχειρες σε σύγκριση με τους νέους( Forsell & Winblad 1999). Ο αυτοκτονικός ιδεασμός συνδέεται πολύ στενά με το σθένος της κατάθλιψης. Τα συμπεράσματα μιας μελέτης δείχνουν ότι κατά τη διάρκεια μιας πρώτης αξιολόγησης ηλικιωμένων ασθενών με σοβαρή κατάθλιψη, η δριμύτητά της και οι προηγούμενες σοβαρές απόπειρες αυτοκτονίας θα μπορούσαν να προβλέψουν την πορεία του ίδιου του αυτοκτονικού ιδεασμού. Κατά τη διάρκεια της αξιολόγησης το τωρινό σθένος της κατάθλιψης ήταν ο καθοριστικότερος παράγοντας για την πρόβλεψη του βαθμού του αυτοκτονικού ιδεασμού και των πιθανών μελλοντικών αποπειρών αυτοκτονίας κατά τη διάρκεια των επόμενων χρόνων(Αλεξόπουλος, 2005).

Όσον αφορά, τώρα, την ίδια τη θνησιμότητα, η οποία και παρουσιάζει όπως είναι φυσικό σημαντική συσχέτιση με την αυτοκτονία, δεν είναι ίδια για όλα τα άτομα της τρίτης ηλικίας. Όσο μεγαλύτερο είναι ένα άτομο τόσο μεγαλύτερος είναι και ο κίνδυνος. Αξιοσημείωτο είναι επίσης, και το γεγονός ότι τα ίδια τα συμπτώματα της καταθλιπτικής διαταραχής μπορεί να διαφέρουν μεταξύ δύο ηλικιωμένων λόγω των διαφορετικών ασθενειών, των διαφορετικών συναισθημάτων που νιώθουν οι ηλικιωμένοι αλλά και της μοναξιάς που βιώνουν ιδιαίτερα τα ζευγάρια( Stek, Vinkers, Gussekloo, Van Der Mast, Beekman & Wesrendrop, 2005. Enans, 2004).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

### ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

#### 3.1 Διαγνωστικά Εργαλεία κατάθλιψης στην τρίτη ηλικία

Τα τελευταία χρόνια παρά τα όσα προβλήματα προκύπτουν εξαιτίας των διαφορών στην ηλικία, το φύλο και την εθνικότητα για τη διάγνωση της καταθλιπτικής διαταραχής, το ποσοστό της ίδιας της διάγνωσης έχει αυξηθεί εντυπωσιακά και ιδιαίτερα κατά τη δεκαετία του '90 (Crystal, Sambamoorti, Walkup, & Akincigil, 2003) με την βοήθεια αξιόπιστων διαγνωστικών εργαλείων. Ένας μεγάλος αριθμός διαγνωστικών εργαλείων έχει αναπτυχθεί για την μέτρηση της ικανοποίησης που αντλεί ο ηλικιωμένος από την ζωή, για την μέτρηση του ηθικού και για την εκτίμηση του θετικού αυτοσυναισθήματος. Η θεματική ανάλυση των ψυχομετρικών αυτών εργαλείων δείχνει ότι υπάρχει μεγάλη επικάλυψη μεταξύ τους. Τα εργαλεία αυτά που χρησιμοποιούνται για την μέτρηση και την αξιολόγηση της κατάθλιψης των ηλικιωμένων καθώς και οι τυχόν περιορισμοί αυτών, αναφέρονται με την έννοια της σχετικά σύντομης μορφής στη συνέχεια.

- Η κλίμακα **Beck Depression Inventory (BDI, BDI-II)** που κατασκεύασε ο Aaron Beck.(Gallagher, & Alto 1986) Αποτελείται από ένα ερωτηματολόγιο 21 ερωτήσεων πολλαπλών επιλογών, είναι ένα από τα πιο ευρέως χρησιμοποιούμενα μέσα για την μέτρηση της σοβαρότητας της κατάθλιψης. Η BDI χρησιμοποιείται ευρέως ως μέσο αξιολόγησης από επαγγελματίες του τομέα Υγειονομικής περίθαλψης και ερευνητές από διαφορετικούς χώρους. Ενώ όλα δείχνουν ότι η κλίμακα αυτή θα μπορούσε να είναι ένα πολύ ισχυρό εργαλείο στα χέρια των ειδικών για την μέτρηση της βαρύτητας της κατάθλιψης των ηλικιωμένων στην πράξη παρουσίασε αρκετά προβλήματα(Gallagher & Alto, 1986). Το πρόβλημα εντοπίζεται στο ότι οι απαντήσεις στην κλίμακα BDI δίνονται με σταδιακές διαβαθμίσεις του τύπου ποτέ, μερικές φορές, συνήθως πάντοτε, πολλοί ηλικιωμένοι δεν είναι σε θέση να κάνουν με άνεση τον διαχωρισμό. Έτσι θεωρείται προτιμότερη η γηριατρική κλίμακα κατάθλιψης (**GDS**).

- ♦ Η Γηριατρική κλίμακα κατάθλιψης-**Geriatric Depression Scale (GDS)** είναι συντομότερη της κλίμακας BDI, αποτελείται από 15-ερωτήσεις κλειστού τύπου και είναι ειδικά σχεδιασμένη για να εκτιμήσει την κατάθλιψη σε ηλικιωμένους πληθυσμούς. Κατασκευάστηκε από τους Brink et al.(1982 στο Montorio, Izal, 1996) και η σύντομη μορφή της (**GDS-15**) έχει αναπτυχθεί από Sheik Yesavage το 1986.

Πίνακας 3.1: Κλίμακα GDS

<p>GERIATRIC DEPRESSION RATING SCALE, Brink et al., 1982; Yesavage et al., 1983  GERIATRIC DEPRESSION RATING SCALE  Brink et al., 1982; Yesavage et al., 1983 - SHORT version - Sheik et al., 1986</p> <p>(να χορηγηθεί από έναν εκπαιδευμένο νοσοκομειακό γιατρό)</p> <p>ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ: ΧΡΟΝΟΣ (24hr):</p> <p>Επιλέξτε την καλύτερη απάντηση για το πώς έχετε αισθανθεί κατά τη διάρκεια της προηγούμενης εβδομάδας:</p> <p>Ναι/όχι</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1. ικανοποιείστε βασικά με τη ζωή σας;</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2. έχετε ρίξει πολλές από τις δραστηριότητες και τα ενδιαφέροντά σας;</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3. θεωρείτε ότι η ζωή σας είναι κενή;</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 4. παίρνετε συχνά τρυπημένοι;</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 5. είστε στα καλά πνεύματα τις περισσότερες φορές;</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 6. είστε φοβισμένοι ότι κάτι κακό πρόκειται να συμβεί σε σας;</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 7. αισθάνεστε ευτυχείς τις περισσότερες φορές;</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 8. αισθάνεστε συχνά ανίσχυροι;</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 9. εσείς προτιμά να μείνει στο σπίτι, παρά την έξοδο και να κάνει νέο πράγματα;</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 10. εσείς αισθάνεται ότι εσείς έχει περισσότερα προβλήματα με τη μνήμη από τα περισσότερα;</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 11, εσείς σκέφτεται ότι είναι θαυμάσιο να είναι ζωντανό τώρα</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 12, εσείς αισθάνεται αρκετά άνευ αξίας τον τρόπο που είστε τώρα</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 13, αισθάνεστε πλήρεις της ενέργειας;</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 14, θεωρείτε ότι η κατάστασή σας είναι μάταιη;</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 15, σκέφτεστε ότι οι περισσότεροι άνθρωποι είναι καλύτεροι από είστε;</p>
---

Συνέχεια πίνακα.....

ΣΥΝΟΛΙΚΟ GDS:

(Μέγιστο αποτέλεσμα GDS = 15)

0 - 4 κανονικά, ανάλογα με την ηλικία, εκπαίδευση, καταγγελίες

5 - 8 ήπια

8 - 11 μέτρια

12 - 15 σοβαρή

- Η κλίμακα του **Hamilton**(στο Gale, 2006) παρουσιάζει δυνατά και αδύνατα σημεία ως προς την εκτίμηση της γεροντικής κατάθλιψης. Από την μια πλευρά, οι μετρήσεις της κλίμακας μπορεί να αποδώσουν ορισμένες αλλαγές που συνοδεύουν φυσιολογικά τη γήρανση, όπως η αλλαγή στους ρυθμούς του ύπνου, η όρεξη για φαγητό, η φυσική εγρήγορση ,στην καταθλιπτική συμπτωματολογία. Από την άλλη πλευρά, είναι αρκετά διεξοδική στην εκτίμηση των βιοσωματικών πλευρών της διαταραχής. Τα συμπεράσματα από την χορήγηση της κλίμακας πρέπει να γίνονται δεκτά με σχετική επιφύλαξη και να ερμηνεύονται με την απαιτούμενη προσοχή. Ο κίνδυνος της υπερεκτίμησης της καταθλιπτικής διαταραχής στους ηλικιωμένους караδοκεί το ίδιο συχνά με τον κίνδυνο της ελλιπούς αναγνώρισης και διάγνωσης της κατάθλιψης.
- Η κλίμακα **Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)** αναπτύχθηκε στις αρχές της δεκαετίας του '80 και είναι ένα ευρέως χρησιμοποιούμενο ερωτηματολόγιο που παρέχεται κυρίως από θεράποντες γιατρούς για τη διάγνωση διαταραχής άγχους και κατάθλιψης. Είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικό στο να γίνεται ευκολότερα κατανοητή η υποκειμενική εμπειρία των ασθενών καθώς και ο τρόπος που αντιμετωπίζουν τις δυσκολίες και τα βάσανα για τον καθορισμό της κατάλληλης θεραπευτικής παρέμβασης.(Zigmond & Snaith 1983) Το HADS περιλαμβάνει τις δηλώσεις των υποκειμένων για τις εμπειρίες τους κατά την προηγούμενη εβδομάδα. Οι δηλώσεις είναι 14 στον αριθμό και χωρίζονται σε δύο μέρη: της γενικευμένης ανησυχίας (7 ερωτήσεις) και της κατάθλιψης (7 ερωτήσεις) εκ των οποίων οι τελευταίες αναφέρονται κυρίως στο αίσθημα της ανηδονίας (ανικανότητας για ευχαρίστηση από τα καθημερινά πράγματα και τις καθημερινές ασχολίες). Οι άρτια αριθμημένες ερωτήσεις αφορούν την κατάθλιψη και οι περιττά αριθμημένες το άγχος. Κάθε ερώτηση έχει 4 πιθανές απαντήσεις. Οι απαντήσεις είναι σημειωμένες σε μια κλίμακα από 0-3. το μέγιστο αποτέλεσμα για

την κατάθλιψη είναι 21 και ακριβώς το ίδιο είναι και για το άγχος. Ένα αποτέλεσμα 11 ή μεγαλύτερο δείχνει την πιθανή παρουσία διαταραχής. Τέλος πρέπει να τονιστεί ότι οι δύο υποκλίμακες, άγχος και κατάθλιψη, έχουν βρεθεί να είναι ανεξάρτητες. Στη συνέχεια ακολουθεί παράδειγμα της κλίμακας HADS.

Πίνακας 3.2: Κλίμακα Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

(Zigmond & Snaith 1983)

Οι ασθενείς καλούνται να επιλέξουν μια απάντηση από τις τέσσερις που δίνονται για κάθε συνέντευξη. Πρέπει να δώσουν μια άμεση απάντηση και να αποτραπούν από να σκεφτούν πάρα πολύ για τις απαντήσεις τους. Οι ερωτήσεις σχετικά με το άγχος είναι χαρακτηρισμένες ως "A", και στην κατάθλιψη "D". Το αποτέλεσμα για κάθε απάντηση δίνεται στη αντίστοιχη στήλη. Καθοδηγήστε τον ασθενή να απαντήσει πώς περιγράφει αυτήν την περίοδο τα συναισθήματά του.

D	Μπορώ να γελάσω και να δω την αστεία πλευρά των πραγμάτων:	
	Όσο μπορούσα πάντα	0
	Όχι αρκετά τώρα όπως παλιά	1
	Σίγουρα όχι αρκετά τώρα	2
	Καθόλου	3

D	Μπορώ να απολαύσω ένα καλό βιβλίο ή το ραδιόφωνο ή το πρόγραμμα στην TV:	
	Συχνά	0
	Μερικές φορές	1
	Όχι συχνά	2
	Πολύ σπάνια	3

A	Μπορώ να καθίσω άνετα και να αισθανθώ χαλαρωμένος:	
	Σίγουρα	0
	Συνήθως	1
	Όχι συχνά	2
	Καθόλου	3

Τέλος προσθέστε το άγχος και προσθέστε και τη κατάθλιψη.
0-7 = κανονικός
8-10 = διαχωριστική γραμμή προς το διαταραγμένος
11-21 = διαταραγμένος

- ♦ Η κλίμακα **Center For Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D)** είναι ένα από τα βασικά όργανα μέτρησης που χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση της ψυχικής υγείας. Το CES-D αναπτύχθηκε το 1976 ([www.google.gr](http://www.google.gr)) για χρήση στο γενικό πληθυσμό ενηλίκων (ηλικίας άνω των 18 ετών). Έχει χρησιμοποιηθεί για την αξιολόγηση του κινδύνου της κατάθλιψης σε πολλούς πληθυσμούς χωρίς να είναι σχεδιασμένη από την αρχή να απευθύνεται σε αυτούς. Η χρήση της στην μέτρηση της ψυχικής υγείας διαφορετικών φυλετικών ομάδων, εθνοτήτων και γενεών προϋποθέτει ότι μπορεί να υπάρξει σύγκριση μεταξύ τους.
- ♦ Τέλος στη χώρα μας κατασκευάστηκε και χρησιμοποιήθηκε από την Ελληνική Γεροντολογική και Γηριατρική Εταιρία ([www.gerontology.gr](http://www.gerontology.gr)) το «ερωτηματολόγιο καταθλιπτικών παραμέτρων στην τρίτη ηλικία» που αποτελείται από 9 ερωτήσεις. Είναι σύντομο, άμεσο και αξιόπιστο και μπορεί να αξιοποιηθεί και από τους επαγγελματίες πρωτοβάθμιας φροντίδας που δέχονται οι ηλικιωμένοι

### 3.2 Διάγνωση και Θεραπεία

Τον σημαντικότερο ρόλο στη διάγνωση των γεροντικών καταθλίψεων παίζει η κλινική εμπειρία του γιατρού. Αυτό περισσότερο οφείλεται στην άτυπη συνήθως συμπτωματολογία που εμφανίζουν οι ηλικιωμένοι ασθενείς. Προτείνεται, λοιπόν, πλήρης και λεπτομερειακός οργανικός, νευρολογικός, ψυχιατρικός έλεγχος και όταν αυτό κρίνεται απαραίτητο, διενέργεια εργαστηριακών εξετάσεων. Γενικά θα πρέπει να αποκλεισθούν εκφυλιστικά νοσήματα του ΚΝΣ όπως οι νόσοι Parkinson και Alzheimer, ενδοκρινικά νοσήματα (θυρεοειδής, επινεφρίδια), νεοπλασίες και καρδιαγγειακά νοσήματα. Θα πρέπει επίσης να αξιολογηθεί η ύπαρξη εγκεφαλικού επεισοδίου καθώς και η χρήση φαρμάκων που πιθανόν να προκαλούν εμφάνιση καταθλιπτικού συνδρόμου. Ανάμεσα στις εργαστηριακές που μπορούν να βοηθήσουν στον αποκλεισμό ορισμένων από τις παραπάνω σωματικές νόσους είναι (Anstey & Broday 1987-1992):

εξετάσεις θυρεοειδούς (FT3, FT4, TSH)

B12 και φολικό οξύ πλάσματος

ηλεκτρολύτες

γλυκόζη

ηπατικές δοκιμασίες

ταχύτητα καθίζησης

Τέλος σε ειδικές περιπτώσεις ένα ηλεκτροεγκεφαλογράφημα ή μία αξονική τομογραφία μπορούν να δώσουν πληροφορίες για την ύπαρξη αγγειακών επεισοδίων του εγκεφάλου ή εκφυλιστικών παθήσεων του ΚΝΣ. Για τις ίδιες περιπτώσεις υπάρχουν και ορισμένες ψυχολογικές δοκιμασίες που μπορούν να διακρίνουν την ύπαρξη οργανικότητας. Αν όλος αυτός ο έλεγχος δεν αποκαλύψει κάποια σωματική νόσο, τότε η πιθανότητα ύπαρξης κατάθλιψης είναι μεγάλη και μία δοκιμή με αντικαταθλιπτικά σκευάσματα πιθανότατα θα επιβεβαιώσει εκ των υστέρων τη διάγνωση

Η πιο συχνή μέθοδος αντιμετώπισης της γεροντικής κατάθλιψης είναι 1) η φαρμακοθεραπεία και 2) η ψυχοθεραπεία.



**1)ΦΑΡΜΑΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ:** Οι γενικές αρχές που ακολουθούνται για τη φαρμακευτική αντιμετώπιση της κατάθλιψης είναι οι ίδιες τόσο στους ηλικιωμένους όσο και στους νεότερους σε ηλικία ασθενείς. Παρ' όλα αυτά, υπάρχουν ορισμένα στοιχεία από τη φαρμακοκινητική και φαρμακοδυναμική αυτών των σκευασμάτων που πρέπει να λαμβάνονται υπ' όψη όταν χρησιμοποιούνται για θεραπεία ηλικιωμένων και πιο συγκεκριμένα(Baumann & Bertschy 1993):

#### 1) Φαρμακοκινητική:

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

Το τελικό αποτέλεσμα όλων αυτών των μεταβολών είναι η αύξηση της ημιπεριόδου ζωής των σκευασμάτων, γεγονός που συνεπάγεται: α) μεγαλύτερο χρόνο για να επιτευχθεί σταθερό επίπεδο στον οργανισμό, β) μεγαλύτερο χρόνο για να αποβληθεί τελείως το φάρμακο σε περίπτωση διακοπής της χορήγησης και, πιθανώς, γ) μεγαλύτερη συσσώρευση φαρμάκων στον οργανισμό.

#### 2) Φαρμακοδυναμική:

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

Αλληλεπιδράσεις με άλλα φάρμακα που συγχρησιμοποιούνται, λόγω της γενικότερης αυξημένης νοσηρότητας του πληθυσμού των ηλικιωμένων. Ειδικά στους ηλικιωμένους το

πλήρες κλινικό αποτέλεσμα των αντικαταθλιπτικών εμφανίζεται συνήθως μετά από θεραπεία **6-8 εβδομάδων**. Τα αντικαταθλιπτικά που έχουν χρησιμοποιηθεί για τη θεραπεία της γεροντικής κατάθλιψης ανήκουν σε δύο μεγάλες κατηγορίες:

- 1) Τα τρικυκλικά (TKA) και τετρακυκλικά αντικαταθλιπτικά: Αμιτριπυλίνη, Κλομιπραμίνη, Νορτριπυλίνη, Μαπροτιλίνη, Μιανσερίνη.
- 2) Οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (SSRI's): Σιταλοπράμη, Φλουοξετίνη, Παροξετίνη, Φλουβοξαμίνη.

Η αποτελεσματικότητα των φαρμάκων των δύο αυτών κατηγοριών στην γεροντική κατάθλιψη είναι η ίδια, όπως έχει αποδειχθεί επανειλημμένα σε διπλές τυφλές ελεγχόμενες μελέτες και σε πολλές βιβλιογραφικές αναφορές για το ίδιο θέμα. Η διαφορά τους βρίσκεται κυρίως στις παρενέργειες που προκαλούν, όπου οι **SSRI's** πλεονεκτούν έναντι των τρικυκλικών (Brossen 1993).

Πιο συγκεκριμένα, οι βασικότερες παρενέργειες των TKA είναι από το κεντρικό νευρικό σύστημα (συγχυτικό σύνδρομο), περιφερική αντιχολινεργική δράση, αντιαδρενεργική δράση (α1 υποδοχείς, πρόκληση ορθοστατικής υπότασης) και από την καρδιά (αρρυθμογόνος δράση) (Cristensen et al 1985). Στους ηλικιωμένους αυτές οι παρενέργειες είναι ιδιαίτερα επιβαρυντικές, γιατί συνήθως οι άνθρωποι αυτοί πάσχουν και από άλλα σωματικά νοσήματα τα οποία είναι δυνατόν να επιδεινωθούν, όπως επίσης παίρνουν και άλλα φάρμακα με τα οποία τα TKA μπορούν να αλληλεπιδράσουν. Αναλυτικότερα σε ασθενείς με προστάτη η αντιχολινεργική δράση αυξάνει της δυσουρίας, σε ασθενείς με δυσκοιλιότητα επίσης η αντιχολινεργική δράση αυξάνει την δυσκινησία του εντέρου με αποτέλεσμα ακόμη και ιλεό, σε ασθενείς με γλαύκωμα μπορεί να προκαλέσουν οξύ επεισόδιο και απώλεια της όρασης, σε ασθενείς με καρδιακά νοσήματα δυνατόν να προκαλέσουν επικίνδυνες διαταραχές στην αγωγιμότητα και τέλος είτε από μόνα τους είτε σε συνδυασμό αντιυπερτασικά μπορεί να προκαλέσουν επεισόδια υπότασης και πτώσεις που συχνά είναι αίτιο καταγμάτων του μηρού και της λεκάνης. Σε κλινικές μελέτες έχει παρατηρηθεί ότι ο αριθμός αυτών των καταγμάτων είναι τριπλάσιος σε ασθενείς που παίρνουν TKA σε σύγκριση με ασθενείς που δεν παίρνουν τέτοια φάρμακα (Nyth et al 1992)

Η πιο επικίνδυνη παρενέργεια των TKA είναι από το κεντρικό νευρικό σύστημα και πιο συγκεκριμένα το οξύ συγχυτικό σύνδρομο που προκαλούν λόγω της αντιχολινεργικής

τους δράσης. Η δράση αυτή είναι εντονότερη στους ηλικιωμένους, αφού μια από τις βιοχημικές μεταβολές της διαδικασίας της γήρανσης είναι η εκφύλιση των χολινεργικών συστημάτων του εγκεφάλου. Το κεντρικό αντιχολινεργικό σύνδρομο εξελίσσεται σε τέσσερα στάδια:

- 1) Συμπτώματα που μιμούνται κατάθλιψη: καταθλιπτικό θυμικό, ελάττωση της συγκέντρωσης, λήθαργος, κοινωνική απόσυρση.
- 2) Κινητικά συμπτώματα: τρόμος, αταξία, επιληπτικοί σπασμοί.
- 3) Ψυχωσικά συμπτώματα: ψευδαισθήσεις, παραλήρημα, διαταραχές της σκέψης.
- 4) Οργανικά συμπτώματα: διαταραχή του προσανατολισμού, διαταραχή της μνήμης, διέγερση και σύγχυση.

Είναι λοιπόν φανερό ότι η διάγνωσή του σε πρώιμο στάδιο είναι δύσκολη, λόγω του ότι τα συμπτώματα του πρώτου σταδίου είναι ίδια με αυτά της κατάθλιψης, για τη θεραπεία της οποίας χορηγούνται τα ΤΚΑ. Η συνήθης αντίδραση του γιατρού σε τέτοιες περιπτώσεις είναι να αυξήσει τη δόση του φαρμάκου, δεδομένου ότι βλέπει τον ασθενή να μην καλυτερεύει, με αποτέλεσμα την επιδείνωση του συγχυτικού συνδρόμου.

Η δεύτερη μεγάλη κατηγορία αντικαταθλιπτικών με πλεονεκτικότερη χρήση στον ειδικό πληθυσμό των ηλικιωμένων είναι, όπως προαναφέρθηκε, οι SSRI's (Hyttel 1994). Για τους **SSRI's** υπάρχει η γενική άποψη ότι όλοι έχουν τα ίδια χαρακτηριστικά και συνεπώς μπορούν να χρησιμοποιηθούν όλοι με τον ίδιο τρόπο και για τους ίδιους ασθενείς. Αυτή η γενίκευση όμως φαίνεται να είναι ανακριβής και ειδικότερα όσον αφορά τους ηλικιωμένους. Η διαφορά τους βρίσκεται στα φαρμακοκινητικά τους χαρακτηριστικά που καθορίζουν τις αλληλεπιδράσεις τους με άλλα φάρμακα που συχνά χορηγούνται σε ηλικιωμένους για την θεραπεία συνυπαρχόντων σωματικών νοσημάτων. Πιο συγκεκριμένα:

- 1) Σύνδεση με πρωτεΐνες του πλάσματος:

Η φλουοξετίνη και η παροξετίνη παρουσιάζουν ισχυρή σύνδεση με τις πρωτεΐνες(95%), ενώ η σιταλοπράμη λιγότερο ισχυρή (77%) και συνεπώς αναμένεται ότι δεν αλληλεπιδρά έντονα με συγχορηγούμενα φάρμακα που επίσης συνδέονται ισχυρά με πρωτεΐνες, όπως η

διγοξίνη και η βαρφαρίνη. Λόγω του μικρού θεραπευτικού δείκτη αυτών των τελευταίων φαρμάκων, μια τέτοια αλληλεπίδραση μπορεί εύκολα να προκαλέσει τοξικότητα.

## 2) Αναστολή ηπατικών ενζύμων:

**CYP 2D6:** Η παροξετίνη και η φλουοξετίνη είναι ισχυροί αναστολείς αυτού του ισοενζύμου του ενζυμικού συστήματος P450, με αποτέλεσμα να αναστέλλουν τον ίδιο το μεταβολισμό τους αλλά και το μεταβολισμό συγχορηγούμενων φαρμάκων, όπως αντιαρρυθμικών τύπου 1C, β-αναστολέων, νευροληπτικών και τρικυκλικών αντικαταθλιπτικών. Αποτέλεσμα αυτής της αλληλεπίδρασης είναι η αύξηση των επιπέδων αυτών των κατηγοριών φαρμάκων στο πλάσμα και εμφάνιση μεγαλύτερου ποσοστού παρενεργειών ή και τοξικότητας.

**CYP 1A και CYP 2C:** Η φλουβοξαμίνη είναι ισχυρός αναστολέας αυτών των δύο ισοενζύμων, με αποτέλεσμα να αναστέλλει τον μεταβολισμό της καφεΐνης, της θεοφυλλίνης, της φαινακετίνης, της βαρφαρίνης και ορισμένων τρικυκλικών αντικαταθλιπτικών. Συγχορήγηση φλουβοξαμίνης με τα παραπάνω σκευάσματα μπορεί επίσης να προκαλέσει τοξικότητα.

Φυσικά όλα όσα αναφέρθηκαν στην λειτουργία των ηπατικών ενζυμικών συστημάτων και τη δράση των διαφορετικών SSRI's ειδικά για τους ηλικιωμένους θα πρέπει να εξεταστούν λαμβάνοντας επιπλέον υπ' όψη το γεγονός ότι αυτοί οι ασθενείς λόγω εκφυλιστικών αλλοιώσεων γήρανσης έχουν ήδη ελαττωμένη ικανότητα ηπατικού μεταβολισμού (Baldwin & Johnson 1995).

**2) ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ:** Η στάση απέναντι στη γήρανση, την προηγούμενη εμπειρία και την κατάρτιση που έχει ο ειδικός μπορεί να επηρεάσει τον τύπο θεραπείας που το ηλικιωμένο άτομο λαμβάνει. Για το λόγο αυτό υπάρχουν διάφορες μορφές ψυχοθεραπείας ώστε κάθε φορά και σε κάθε περίπτωση να επιλέγεται η κατάλληλη για τον εκάστοτε θεραπευόμενο.

**A) Υποστηρικτική ψυχοθεραπεία:** Η υποστηρικτική ψυχοθεραπεία για τους ηλικιωμένους μπορεί να λειτουργήσει στα πλαίσια της πρωτογενούς πρόληψης της νόσου. Η δημιουργία ομάδων μπορεί να γίνει με σκοπό την ευαισθητοποίηση σε θέματα ψυχικής υγείας που έχουν ως στόχο τους την ανακούφιση του άγχους και την αποκατάσταση ή ενίσχυση των αμυντικών μηχανισμών και των σύνθετων λειτουργιών του "εγώ" οι οποίες

και έχουν διαταραχθεί. Οι ηλικιωμένοι που μετέχουν σε υποστηρικτικές ομάδες ενθαρρύνονται να αναπτύσσουν εν-συναίσθηση και αλληλεγγύη για τους άλλους, χωρίς όμως να ταυτίζονται μαζί τους (Μάνος 1997).

**Β) Οικογενειακή ψυχοθεραπεία:** Η υποστήριξη του καταθλιπτικού ηλικιωμένου ξεκινά με την καλλιέργεια μιας ατμόσφαιρας εμπιστοσύνης μεταξύ των μελών της οικογένειας. Οι ηλικιωμένοι ενθαρρύνονται από το θεραπευτή να εκφράσουν τα αισθήματα ενοχής, ανεπάρκειας ή ανημπόριας που τους διακατέχουν, ώστε να ενημερώσουν τα υπόλοιπα μέλη σχετικά με το πώς αισθάνονται. Αλλά και τα άλλα μέλη της οικογένειας ενθαρρύνονται επίσης, να εκφράσουν συναισθήματα, ιδιαίτερα αν επιτελούν το ρόλο του περιθάλπτοντα για τον ηλικιωμένο. Σε αυτό το σημείο οι άνθρωποι αρχίζουν να αλληλεπιδρούν και να δημιουργούν διαντιδράσεις (transactions). Έτσι, λοιπόν, μέσα από τη συναλλαγή τους, τα μέλη της οικογένειας λειτουργούν σαν ένα όλο πιο ευέλικτο και εύρυθμο αυτή τη φορά, και ολόκληρη η οικογένεια κυρίως όμως ο καταθλιπτικός ηλικιωμένος μπορεί να υπομείνει και να βγει αλώβητος από περιόδους αποσταθεροποίησης και παράλληλα να αναδιοργανώσει και να αναπροσαρμοστεί ευκολότερα σε καινούριες καταστάσεις, όταν αυτές το απαιτούν.

Εν κατακλείδι, θα πρέπει να τονιστεί ότι η οικογενειακή θεραπεία απαιτεί μεγάλη αμεσότητα και ενεργητικότητα από μέρους των θεραπευτών συμπεριλαμβανομένων και συγκεκριμένων παρεμβάσεων, συμβουλών και σχολίων αλλά και τη διδασκαλία νέων δεξιοτήτων ή νέων προτύπων διαπροσωπικής συμπεριφοράς (Μάνος 1997).

**Γ) Διαλεκτική θεραπεία συμπεριφοράς:** Η διαλεκτική θεραπεία συμπεριφοράς προσφέρει σημαντικά πλεονεκτήματα στην αντιμετώπιση της καταθλιπτικής διαταραχής κυρίως των ατόμων με έντονο αυτοκαταστροφικό ιδεασμό και με διαταραχές προσωπικότητας. Επίσης ενδείκνυται και στις περιπτώσεις γυναικών που θέλουν να βλάψουν τον εαυτό τους. Σε αυτή τη μορφή θεραπείας οι δεξιότητες των ατόμων αντιμετωπίζονται όλες ως χρήσιμες για τη ζωή χωρίς καμία εξαίρεση. Η ίδια η θεραπεία διδάσκει τους πελάτες πώς να πετύχουν την πολυπόθητη ισορροπία στους διάφορους πόλους, της γνωστικής, συναισθηματικής και συμπεριφορικής λειτουργίας (διαλεκτικά διλήμματα), έτσι ώστε οι άκαμπτες ή ακραίες θέσεις να δώσουν το προβάδισμα στις πιο εύκαμπτες και προσαρμοστικές απαντήσεις. Μέρος της θεραπείας αποτελεί και η εκμάθηση των ατόμων να δέχονται την πραγματικότητα, να διατηρούν μια αίσθηση ανεξαρτησίας και στρατηγικών αντιμετώπισης- λύσης των καθημερινών και μη προβλημάτων (Lynch, Morse, Mendelson & Robins, 2003).

**Δ) Διαπροσωπική ψυχοθεραπεία:** Η διαπροσωπική ψυχοθεραπεία των καταθλιπτικών διαταραχών αναπτύχθηκε από τον Gerald Klerman (1984). Οι ψυχοθεραπευτικές συνεδρίες αποβλέπουν κυρίως στην αύξηση της διεκδικητικής συμπεριφοράς στην ανάπτυξη των κοινωνικών δεξιοτήτων και στη συγκρότηση της σκέψης (self-maintenance).

Η διαπροσωπική θεραπεία στηρίζεται στην υπόθεση ότι στην κατάθλιψη παίζει σημαντικό ρόλο το κοινωνικό ή διαπροσωπικό περιβάλλον του ασθενή και ειδικότερα οι διαταραγμένοι κοινωνικοί ρόλοι καθώς και οι μη ικανοποιητικές διαπροσωπικές σχέσεις κατά την παιδική ή την ενήλικη ζωή του. Γενικά, η θεραπεία χωρίζεται σε δύο φάσεις, την αρχική με στόχο την ανακούφιση των συμπτωμάτων και την κύρια που στοχεύει στην τροποποίηση- βελτίωση των διαπροσωπικών σχέσεων και της κοινωνικής προσαρμογής του ασθενούς και της οποίας η διάρκεια είναι συνήθως μικρή (Μάνος 1997).

**Ε) Γνωστική – συμπεριφορική ψυχοθεραπεία:** Το μεγάλο πλεονέκτημα της γνωστικής- συμπεριφορικής ψυχοθεραπείας, της οποίας αρχιτέκτονας δεν είναι άλλος από τον Aaron Beck, είναι ότι ανάλογα με τη σοβαρότητα της καταθλιπτικής διαταραχής και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του καταθλιπτικού ατόμου (ευφυΐα, μόρφωση, ικανότητα κατάλληλης επεξεργασίας των ερεθισμάτων κτλ.) διαμορφώνεται και το χρονοδιάγραμμα εφαρμογής των συμπεριφορικών και των γνωσιακών τεχνικών. Ο θεραπευτής έχει το ρόλο του επόπτη που γνωρίζει τους κανόνες και το σχέδιο δράσης και επιβλέπει την πιστή εφαρμογή των κανόνων μέσα στο προκαθορισμένο σχέδιο δράσης. Εκτελεστής, όμως, είναι ο θεραπευόμενος (Satre, Knight & David, 2006. Contraux, 1993. Bergin & Garfield, 2004). Η δυνατότητα της συμβολής του καταθλιπτικού στη θεραπεία τον απαλλάσσει από την αποτραβηγμένη του στάση ζωής, του παρέχει κίνητρα, στόχους και χειροπιαστά αποτελέσματα.

**Στ) Ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία των καταθλίψεων:** Στην ψυχοθεραπεία ο ρόλος του θεραπευτή έγκειται στο να αντεπεξέλθει συμβολικά στην ανάγκη του καταθλιπτικού για συμβολική αναβίωση των παιδικών του χρόνων καθώς επίσης και ρόλων. Οδηγός του θεραπευτή σε αυτό το ταξίδι είναι η ενσυναίσθηση, δηλαδή η εσωτερική εμπειρία να αντιλαμβάνεται την εσωτερική κατάσταση του άλλου και να συμμετέχει σε αυτήν (Ο' Leary, 1996). Το αίσθημα κενού που αισθάνεται το καταθλιπτικό άτομο προέρχεται από την αδιαφορία του “αντικειμένου αγάπης” και την απάρεσκεια που εκδηλώνει ο “σημαντικός άλλος” και δεν είναι άλλος από την ίδια του τη μητέρα, συνήθως. Ο θεραπευτής, επομένως, δεν έχει άλλη επιλογή από το να παραστήσει το ρόλο του εγγυητή της αγάπης.

**Z) Σύνθετη μορφή ψυχοθεραπείας της κατάθλιψης:** Σύμφωνα με μια σειρά ερευνών που διεξήγε η Murphy (Kivella & Pakkala 1989) βρέθηκε ότι μόλις στο ένα τρίτο των ηλικιωμένων η πορεία της κατάθλιψης ήταν αναστρέψιμη μετά από μια σύνθετη μορφή ψυχοθεραπείας ενός έτους. Η εν λόγω θεραπεία περιλάμβανε γνωστική- συμπεριφορική θεραπεία της κατάθλιψης σε συνδυασμό με αντικαταθλιπτικά φάρμακα, ηλεκτροθεραπεία και ψυχοκοινωνική υποστήριξη σε κέντρο ημέρας αλλά και στην οικογένεια του ηλικιωμένου. Το αποτέλεσμα αυτό ήρθε να επιβεβαιώσει και μια προγενέστερη έρευνα του Post 1972 (Jorm 1995), στην οποία βρέθηκε ότι ένα σημαντικό ποσοστό μιας ομάδας ηλικιωμένων καταθλιπτικών μπόρεσε να αναχαιτίσει την καταθλιπτική συμπτωματολογία μετά την εφαρμογή της αντικαταθλιπτικής αγωγής και αφού παρακολουθήθηκε για τρία χρόνια μετά τον τερματισμό της θεραπείας. Δεδομένου ότι οι ηλικιωμένοι χάνουν τον έλεγχο της ζωής τους σε κάποιο βαθμό, η γνωστική- συμπεριφορική προσέγγιση τους ενθαρρύνει να ασκούν έλεγχο στη ζωή τους και να υιοθετούν ρεαλιστικές ερμηνείες της πραγματικότητας. Αφορά, όμως, μόνο τους ηλικιωμένους εκείνους που είναι σε θέση να παρέμβουν στον τρόπο με τον οποίο σκέπτονται και να τον αλλάξουν, σύμφωνα με τους Goodall & Moffat 1988 (Παγοροπούλου, 2000) και σε συνδυασμό πάντα με τη χορήγηση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων, την παροχή σημαντικής κοινωνικής υποστήριξης και την ηλεκτροθεραπεία.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

### ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΕΡΕΥΝΩΝ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΤΗΝ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

#### 4.1 Υλικό και Μέθοδος μελέτης

Το υλικό που μελετήθηκε για την βιβλιογραφική ανασκόπηση των ερευνών που έγιναν για την κατάθλιψη στους ηλικιωμένους, προέκυψε ακολουθώντας την μέθοδο της αναζήτησης σε ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων (MEDLINE) μέσω της μηχανής αναζήτησης PubMed. Έρευνες που έγιναν έως και το 2008 και αφορούσαν Έλληνες ηλικιωμένους μελετήθηκαν. Ως τίτλος αναζήτησης χρησιμοποιήθηκε ο όρος "Depression".

Αρχικά έγινε ανάγνωση των λεπτομερειών της μελέτης ( τίτλος, περίληψη) για μια πρώτη εικόνα του τι περιλαμβάνει η μελέτη, και κατόπιν όσες εύκολα μπορούσαν να αναγνωρισθούν ως μη σχετικές απορρίφθηκαν. Στο τέλος της αναζήτησης επιλέχθηκε ως τίτλος δημοσίευσης ο όρος: ( Geriatric Depression AND Greek ή Depression in the elderly in Greece). Μετά από διεξοδική αναζήτηση ότι στοιχεία (περιλήψεις, μελέτες, παραπομπές, σχετικά άρθρα) προέκυψαν μεταφράστηκαν για καλύτερη μελέτη και κατανόηση. Επιπλέον για περισσότερες πληροφορίες έγινε αναζήτηση με βάση τα ονόματα των συγγραφέων που συναντήθηκαν πιο συχνά στα άρθρα. Μέσα από αυτή τη διαδικασία που ακολουθήθηκε το υλικό που συγκεντρώθηκε επιτρέπει την παρουσίαση που ακολουθεί, κάποιων πολύ χρήσιμων ερευνών που αφορούν την κατάθλιψη με δείγμα ηλικιωμένο ελληνικό πληθυσμό.

#### 4.2 Βιβλιογραφική ανασκόπηση:

Η συμβολή της έρευνας στην κατάθλιψη των ηλικιωμένων αλλά και του γενικότερου πάσχοντος και μη πληθυσμού, βοήθησε πολύ στην κατανόηση του τι είναι τελικά η κατάθλιψη. Πολλές φορές η κατάθλιψη συνδέεται με το μορφωτικό επίπεδο, το οικογενειακό, την σωματική κατάσταση και λειτουργία και πολλούς άλλους παράγοντες που ο ανυποψίαστος κόσμος δεν γνωρίζει. Η έρευνα επιτελεί σημαντικό έργο στην διερεύνηση των αιτιών που προκαλούν την κατάθλιψη και των παραγόντων που



συμβάλουν στην εμφάνισή της. Παρακάτω αναφέρονται περιληπτικά επιστημονικές έρευνες που αφορούν την κατάθλιψη σε ηλικιωμένους.

1. Τα προβλήματα ψυχικής υγείας στους ηλικιωμένους, η κατ'οίκον περίθαλψη στην Ελλάδα-μια πιλοτική μελέτη-(Arvaniti, Livaditis, Kanioti, Davis, Samakouri, & Xenitidis,2005).

Στόχος: της μελέτης είναι να εξετάσει τα προβλήματα ψυχικής υγείας των ηλικιωμένων ενηλίκων που ζούν σε ένα σπίτι σε μια κατοικημένη ελληνική αγροτική περιοχή. Το δείγμα σχηματίστηκε από 40 κατοίκους που βρίσκονταν σε σύγκριση με 40 συνδυασμένους ελέγχους οι οποίοι συμμετέχουν σε μια κοινότητα ανοικτού κέντρου φροντίδας για τους ηλικιωμένους . Τα μέσα τα οποία χρησιμοποιήθηκαν για τον εξετασμό του δείγματος ήταν: Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) ,Geriatric Depression Screening Scale (GDSS) and the Mini Mental State Examination (MMSE).

Αποτελέσματα: Η ομάδα των κατοίκων είχαν χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο και παρουσιάζονταν με την υψηλότερη επικράτηση κατάθλιψης και αυτοκτονίας. Οι αυτοκτονικές τάσεις δεν ήταν σημαντικές σε σχέση με οποιαδήποτε από τις ανεξάρτητες εξεταζόμενες ομάδες ή τους ψυχολογικούς παράγοντες και ήταν ανθεκτικοί στη διάρκεια μιας περιόδου δύο ετών συνέχεια.

Συμπεράσματα: Είναι πιθανό ότι, ιδίως στις αγροτικές περιοχές, η είσοδός τους στο ίδρυμα είναι αφ' εαυτού μια τραυματική εμπειρία η οποία και προκαλεί τάσεις αυτοκτονίας. Τα θέματα της αποτελεσματικής ψυχολογικής φροντίδας για ηλικιωμένους σε κατ' οίκον περίθαλψη συζητούνται.

2. Επικράτηση και συσχετισμός της κατάθλιψης στα τέλη της ζωής: ο πληθυσμός με βάση μελέτη από μια αγροτική ελληνική πόλη ( Papadopoulos, Petridou, Argyropoulou, Kontaxakis, Dessypris, Anastasiou, Katsiardani, Trichopoulos, & Lyketsos, 2005)

Στόχος: της μελέτης είναι να υπολογίσει την ηλικία και το φύλο επικράτησης της κατάθλιψης μεταξύ των ατόμων ηλικίας άνω των 60 ετών , και να εξετάσει το συσχετισμό της κατάθλιψης, ιδιαίτερα μεταξύ της σχέσης κατάθλιψης και γνωστικής δυσλειτουργίας. Το δείγμα σχηματίστηκε από ένα σύνολο 965 κατοίκων, ηλικίας 60 ετών και άνω, στο Βελεστίνο, μια αγροτική πόλη της Κεντρικής Ελλάδας, από τους οποίους οι 608 ήταν προσιτοί στο στόχο και στη σύνθεση του πληθυσμού. Κατά την διάρκεια 5 μηνών το 2000 ένας εκπαιδευόμενος επισκέπτης υγείας μελετούσε τις συνεντεύξεις όλων των συμμετεχόντων. Στη συνέντευξη καλύπτονταν, κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά, το ιατρικό ιστορικό, και χρησιμοποιήθηκαν οι κλίμακες GDS-15(σύντομη μορφή της GDS) και MMSE.

Αποτελέσματα: η επικράτηση των πιο ήπια ή σοβαρή κατάθλιψη ( $GDS \geq 7$ ) ήταν 27%, ενώ ο επιπολασμός του μέτρια έως σοβαρή κατάθλιψη ( $GDS \geq 11$ ) ήταν 12%. Η αύξηση της ηλικίας, το γυναικείο φύλο, κατώτερη εκπαίδευση, και αυτοί που σήμερα είναι άγαμοι ήταν συνδεδεμένοι με υψηλότερο κίνδυνο κατάθλιψης σε μονομεταβλητής παλινδρόμησης μοντέλα, αλλά οι ενώσεις αυτές εξαφανίστηκαν μετά τον έλεγχο για τη γνωστική δυσλειτουργία, εκτός από την σύνδεση της οικογενειακής κατάστασης. Η γνωστική δυσλειτουργία ήταν έντονη και σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο για κατάθλιψη. Η παρουσία καχεκτικού πεπτικού συστήματος, νευρολογικών και καρδιακών παθήσεων, ήταν επίσης σχετιζόμενα με αυξημένο κίνδυνο για κατάθλιψη, ενώ η ασθένεια του καρκίνου δεν ήταν.

Συμπεράσματα: σε μια ελληνική αγροτική περιοχή, ο επιπολασμός της κατάθλιψης στα τέλη της ζωής είναι υψηλός. Η κατάθλιψη είναι πιο κοινή μεταξύ των άγαμων ατόμων που διαθέτουν σημαντική γνωστική δυσλειτουργία.

3. Άνοια και κατάθλιψη: δύο συχνές διαταραχές των ηλικιωμένων στην πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη στην Ελλάδα (Argyriadou, Melissopoulou, Krania, Karagiannidou, Vlachonicolis, & Lionis, 2001)

Στόχος: σκοπός αυτής της μελέτης ήταν να εκτιμηθεί το μέγεθος της άνοιας και της κατάθλιψης μεταξύ των ηλικιωμένων που ζούν σε διαφορετικές συνθήκες στην περιοχή του κέντρου Υγείας Χρυσούπολης στην Βόρεια Ελλάδα.

Δείγμα ήταν ένα σύνολο 536 ασθενών ηλικίας 65 ετών και άνω, συμπεριλαμβανομένων 48 ατόμων που ζούν σε γηροκομείο, 75 άτομα που λάμβαναν μέρος στις δραστηριότητες του κέντρου ανοικτής προστασίας για τους ηλικιωμένους και 413 άτομα που επιλέχθηκαν τυχαία από εκείνους που επισκέπτονται το ΚΥΧ. Προτιμήθηκε η μέθοδος της συνέντευξης από την ομάδα της πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης του ΚΥΧ. Έγινε καταγραφή του Ιατρικού και οικογενειακού ιστορικού, ενώ για την αξιολόγηση των γνωστικών δυσλειτουργιών και των διαταραχών της διάθεσης χρησιμοποιήθηκαν οι κλίμακες MMSE και GDSS.

Αποτελέσματα: κατά το χρόνο εξέτασης, 37,6% των ανδρών και το 41,6% των γυναικών έδειξε διάφορους βαθμούς γνωστικής δυσλειτουργίας, ενώ το 29,9% των γυναικών και 19,6% των ανδρών έδειξε ήπια έως σοβαρή κατάθλιψη. Σακχαρώδης διαβήτης και υπέρταση συχνά βρέθηκαν να συνυπάρχουν με κατάθλιψη και άνοια.

Συμπεράσματα: τα αποτελέσματα επιβεβαιώνουν ότι υπάρχει υψηλός επιπολασμός ψυχικών διαταραχών σε ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας στην εξωνοσοκομειακή φροντίδα.

4. Αναγνώριση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε ηλικιωμένους: τι μπορεί να βοηθήσει τον ασθενή και τον γιατρό. (Parashos, Stamouli, Rogakou, Theodotou, Nikas, & Mougias, 2002)

Στόχος: το ευρύ κοινό δεν αναγνωρίζει δεν αναγνωρίζει την βαριά κατάθλιψη και τα καταθλιπτικά συμπτώματα, αυτό είναι πολύ πιο έντονο στα ηλικιωμένα άτομα. Αυτή η μελέτη είναι μια πρώτη προσπάθεια να προσδιοριστεί ποσοτικά το πρόβλημα σε ένα ηλικιωμένο ελληνικό δείγμα. Επιπλέον γίνεται προσπάθεια να εντοπιστούν οι ασθενείς που σχετίζονται με παράγοντες οι οποίοι μπορούν να αναγνωρίσουν τα καταθλιπτικά συμπτώματα και να βοηθήσουν τον γιατρό να σημειώσει την ύπαρξή τους.

Στην μελέτη συμμετείχαν 682 ηλικιωμένα μέλη πολιτών που έλαβαν μέρος σε παρουσιάσεις σχετικά με την «κατάθλιψη στους ηλικιωμένους» και ολοκλήρωσαν ένα ερωτηματολόγιο συμπεριλαμβανομένου του GDS-4 διαστάσεων, τέσσερα προδικαστικά ερωτήματα σχετικά με τους παράγοντες κινδύνου κατάθλιψης και μια ερώτηση σχετικά με πρόσφατη επίσκεψη σε ιατρό για τα συμπτώματα.

Αποτελέσματα: μεταξύ αυτών που συμμετείχαν το 35,8% παρουσίασε συμπτώματα (GDS-4 $\geq$ 2). Το ποσοστό αναγνώρισης της κατάθλιψης στον πληθυσμό που μελετήθηκε υπολογίζεται πολύ πιο χαμηλά στο 17,3%. Οι ασθενείς με συμπτώματα ήταν πιο συχνά

γυναίκες και είχαν ένα υψηλότερο ποσοστό στην ιστορία της κατάθλιψης και στην έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης. Τέλος άτομα που πάσχουν από καταθλιπτικά συμπτώματα και διαταραχές πεπτικού συστήματος χαρακτηρίζονται από μεγαλύτερο ποσοστό κατάθλιψης, έλλειψη υποστήριξης και την ύπαρξη πολλαπλών παραγόντων κινδύνου.

Συμπεράσματα: η ενημέρωση των πολιτών μέσα από δημόσιες εκστρατείες που θα συμπεριλαμβάνουν τέτοιου είδους αποτελέσματα, η προβολή σχετικών βίντεο και η χρήση ενός πολύ απλού εργαλείου ανίχνευσης, όπως η κλίμακα GDS-4, από ιατρούς γενικής ιατρικής, θα μπορούσαν να βοηθήσουν στη βελτίωση της αναγνώρισης των συμπτωμάτων τόσο τους ασθενείς και τους συγγενείς τους, όσο και τον γιατρό στην διάγνωση.

##### 5. Καταθλιπτικά συμπτώματα και κατάθλιψη ανάμεσα σε ηλικιωμένους στην Αθήνα (Madianos, Gourmas, & Stefanis 1992)

Στόχος: Της συγκεκριμένης μελέτης ήταν να εξεταστεί ψυχιατρικά ένα σύνολο 251 ηλικιωμένων κατοίκων από δύο δήμους της Αθήνας. Για την αξιολόγηση των συμπτωμάτων της κατάθλιψης, χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα Center for Epidemiological Studies Depression (CES-D) η γνωστική λειτουργία αξιολογήθηκε επίσης. Η επικράτηση των κάθε είδους συναισθηματικών διαταραχών εκτιμήθηκε με μια κλινική εξέταση μέσω μιας ημιδομημένης ψυχιατρικής η οποία συμπληρώνεται με βάση τα κριτήρια DSM-III. Αποτελέσματα: Συνολικά το 27,1% των ερωτηθέντων ηλικιωμένων ανέφεραν ένα σημαντικό αριθμό δυσφορίας ή συμπτωμάτων και χαρακτηρίστηκαν ως υποβαθμισμένες περιπτώσεις. Οι ερωτηθέντες οι οποίοι είχαν χαμηλότερη κοινωνικό-οικονομική θέση, ήταν χήροι, αντιμετώπιζαν στρεσογόνα γεγονότα της ζωής ή ζουν μόνοι είχαν εκτεθεί σε σημαντικό βαθμό της κατάθλιψης και της ψυχοπαθολογίας. Μια ένωση μεταξύ καταθλιπτικής διάθεσης και η γνωστικής δυσλειτουργίας διαπιστώθηκε επίσης. Συνολικά 9,5% του δείγματος είχε διαγνωστεί ότι πάσχουν από κάθε είδους συναισθηματική διαταραχή (1,6% μείζονα κατάθλιψη, διπολική 0,6%, 5,5% δυσθιμική διαταραχή και 2,0%, διαταραχή προσαρμογής με καταθλιπτική διάθεση). Συναισθηματικές διαταραχές αποτελούν σχεδόν το ήμισυ του συνολικού αριθμού των ψυχιατρικών διαγνώσεων (20,3% στο δείγμα).

Συμπεράσματα: Είναι ενδιαφέρον ότι, από το 27,1% του δείγματος με καταθλιπτική διάθεση ( $> = 16$  ή βαθμολογία σε κλίμακα CES-D), μόνο το 9,5% του δείγματος είχαν διαγνωστεί ότι πάσχουν από κλινική κατάθλιψη.

6. Επιθυμία για το θάνατο κοντά στα τέλη της ζωής: ο ρόλος της κατάθλιψης του άγχους και του πόνου (Mystakidou, Rosenfeld, Parpa, Katsouda, Tsilika, Galanos & Vlahos, 2005)

Στόχος: Στη μελέτη αυτή αξιολογήθηκε η επιθυμία των ασθενών με προχωρημένο καρκίνο να επιταχύνουν το θάνατο και να καθοριστεί η σχέση της επιθυμίας αυτής με την κατάθλιψη, το άγχος και τον πόνο.

120 τελικοί άρρωστοι καρκινοπαθείς εξετάστηκαν από τον Ιούνιο έως τον Νοέμβριο του 2003 σε μια παρηγορητική μονάδα φροντίδας στην Αθήνα. Χορηγήθηκαν η ελληνική έκδοση της Schedule of Attitudes Toward Hastened Death (G-SAHD), η Hospital Anxiety and Depression Scale (G-HADS) και σύντομη Pain Inventory.

Αποτελέσματα: Σημαντικές συσχετίσεις παρατηρήθηκαν μεταξύ της επιθυμίας για επίσπευση του θανάτου και της κλίμακας HADS-Depression ( $r=605? P<0005$ ) και HADS- Anxiety ( $r=636? P=<0005$ ). Τα αποτελέσματα των αναλύσεων πολλαπλής παλινδρόμησης έδειξαν για την κλίμακα HADS-Depression ( $B=443? P<0005$ ) και για την HADS- Anxiety ( $B=326? P=<0005$ ) καθώς και την αλληλεπίδραση μεταξύ HADS-Depression και οπιοειδών ( $B=159? P=012$ ) αλλά δεν έδειξαν την ένταση του πόνου. Ο πόνος που σχετίζεται με την παρέμβαση, την ηλικία, το φύλλο, την απόδοση της κατάστασης του ασθενούς, όπως ορίζεται από την Eastern Cooperative Oncology Group, καθώς και των αλληλεπιδράσεων μεταξύ του πόνου και των οπιοειδών, του πόνου και της κατάθλιψης, ήταν σημαντικές προβλέψεις της κλίμακας G-SAHD.

Συμπεράσματα: Σε ασθενείς που πάσχουν από τελικό καρκίνο, η κατάθλιψη και το άγχος καθώς και η αλληλεπίδραση μεταξύ HADS-Depression και οπιοειδών φαίνεται να έχουν επίπτωση στην επιθυμία για επιτάχυνση του θανάτου ενώ ο πόνος δεν είναι έτσι. Αποτελεσματική διαχείριση των ψυχολογικών συμπτωμάτων φαίνεται να είναι μια σημαντική πτυχή της κατάλληλης παρηγορητικής αγωγής προκειμένου να μειωθεί η επιθυμία για επιτάχυνση του θανάτου.

7. Συσχέτιση των φολικό οξύ, βιταμίνη B12 και homosysteine επίπεδα πλάσματος, με κατάθλιψη, σε έναν ηλικιωμένο ελληνικό πληθυσμό. (Dimopoulos, Piperi, Salonikioti, Psarra, Gazi, Papadimitriou, Lea, & Kalofoutis, 2007)

Στόχος: Στόχος της μελέτης ήταν η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ του πλάσματος φολικό οξύ, βιταμίνη B12 και homosysteine σε ηλικιωμένους με κατάθλιψη.

Σε μια κοινότητα όπου κατοικούν ηλικιωμένα άτομα άνω των 60 ετών αξιολογήθηκαν με την Geriatric Depression Scale (GDS). Ο μελετούμενος πληθυσμός ήταν χωρισμένος σε δύο ομάδες: (α) 33 ασθενείς με κατάθλιψη και (β) 33 υγείς έλεγχοι. Όλοι οι συμμετέχοντες είχαν κλινικά αξιολογηθεί με ένα ολοκληρωμένο ερωτηματολόγιο για τα κοινωνικό-δημογραφικά και κλινικά δεδομένα. Οι μετρήσεις των φολικό οξύ, βιταμίνη B12 και homosysteine είχαν εκτιμηθεί σε όλα τα δείγματα αίματος και τα αποτελέσματα ήταν στατιστικώς αξιολογημένα σε  $p < 0,05$  επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας.

Αποτελέσματα: Δεν προέκυψε στατιστική σημασία για τα κοινωνικό-δημογραφικά δεδομένα μεταξύ των δύο ομάδων. Χρόνιες ασθένειες, όπως εγκεφαλικό επεισόδιο, υπερχοληστερλαιμία, υπέρταση, και ο διαβήτης, επίσης δεν διέφεραν μεταξύ των δύο ομάδων. Στην ομάδα (α) είχαν σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα της B12 και φολικό οξύ από την ομάδα (β). Homosysteine ήταν σημαντικά υψηλότερα στα άτομα με κατάθλιψη από την ομάδα ελέγχου.

Συμπεράσματα: Τα χαμηλότερα επίπεδα πλάσματος φολικό οξύ ή / και βιταμίνη B12, και τα υψηλότερα επίπεδα πλάσματος homosysteine συνδέονται με την κατάθλιψη στα ηλικιωμένα άτομα.

8. Χαρακτηρισμός του προφίλ λιπιδίων στην άνοια και την κατάθλιψη στους ηλικιωμένους. (Dimopoulos, Piperi, Salonikioti, Psarra, Mitsonis, Liappas, Lea, & Kalofoutis, 2007)

Στόχος: Της μελέτης ήταν να εξετάσει τη σύνδεση μεταξύ της συγκέντρωσης των λιπιδίων στο πλάσμα και της γνωστικής λειτουργίας της κατάθλιψης σε ηλικιωμένα άτομα.

Ο μελετούμενος πληθυσμός αποτελούταν από 3 κατηγορίες: Α) 37 ασθενείς με άνοια, Β) 33 ασθενείς με κατάθλιψη, και Γ) 33 ελέγχους. Όλα τα άτομα είχαν υποβληθεί σε Mini-Mental State Examination (MMSE) και στην Geriatric Depression Scale (GDS) για την αξιολόγηση της ψυχιατρικής κατάστασης.

Αποτελέσματα: το προφίλ λιπιδίων αξιολογήθηκε σε όλα τα θέματα και τα αποτελέσματα ήταν στατιστικώς αξιολογημένα σε  $p < .05$  επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας. Ομάδες Α και Β είχαν σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα συνολικής χοληστερόλης από την ομάδα Γ ( $p < .01$ ). Τα επίπεδα τριγλυκεριδίων δεν διαφέρουν σημαντικά μεταξύ των ομάδων Α και Γ αν και ήταν σημαντικά υψηλότερα στην ομάδα Β.

Συμπεράσματα: Τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης υποδηλώνουν ότι μια ένωση υπάρχει μεταξύ του πλάσματος και της συγκέντρωσης της χοληστερόλης HDL-C και κατάθλιψης ή γνωστικής δυσλειτουργίας. Περαιτέρω μελέτες απαιτούνται για να διερευνηθεί η σημασία αυτών των παρατηρήσεων και να διαπιστωθεί εάν τα επίπεδα λιπιδίων θα μπορούσαν να χρησιμεύσουν ως δείκτες για διαγνωστικούς και θεραπευτικούς σκοπούς.

## Συμπεράσματα

Τα συμπεράσματα από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση είναι τα ακόλουθα:

- ♦ Η κατάθλιψη δεν αποτελεί φυσικό επακόλουθο της Τρίτης Ηλικίας και δεν θα πρέπει να την συνδέουμε με αυτήν, η εμφάνιση της όμως επηρεάζει καταλυτικά την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων, ξεθωριάζει την εικόνα του εαυτού τους, εξαφανίζει την ικανότητα για χαρά, την ικανοποίηση, την αισιοδοξία για ζωή, επιδρά επάνω στην σωματική, ψυχολογική και κοινωνική τους διάσταση. Είναι μια χρόνια ψυχική ασθένεια, με επικίνδυνα αυξητικές τάσεις, και στην περίπτωση των ηλικιωμένων γίνεται πιο επικίνδυνη όταν συνυπάρχει με άλλες σωματικές και ψυχικές ασθένειες, η συνύπαρξη αυτή πολλές φορές υποσκιάζει την ίδια την κατάθλιψη με αποτέλεσμα να μην γίνεται έγκαιρη η διάγνωση της.
- ♦ Η ποιότητα ζωής των ατόμων που πάσχουν από κατάθλιψη είναι υποβαθμισμένη, η κατάθλιψη επιδρά επάνω στην σωματική, ψυχολογική και κοινωνική διάσταση αυτών των ανθρώπων, η συναισθηματική αυτή κατάσταση υποβαθμίζει σημαντικά την λειτουργικότητα του ατόμου σε όλους τους τομείς της καθημερινής του ζωής.
- ♦ Είναι από τις πιο διαδεδομένες ασθένειες της εποχής μας και επηρεάζει εκατομμύρια ανθρώπων στον κόσμο, σε οποιαδήποτε ηλικία, φύλο, κοινωνικό-οικονομική τάξη και εθνικότητα.
- ♦ Οι ψυχικές διαταραχές όπως η κατάθλιψη και η αλληλεξάρτηση τους με την σωματική υγεία επιβαρύνουν τους πάσχοντες σε προσωπικό, οικογενειακό, επαγγελματικό, κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο και απαιτούν προσοχή και μεγαλύτερη αναγνώριση από τους ειδικούς, αρκεί να αναφερθεί ότι σε όλο τον κόσμο, 121 εκ. άνθρωποι υποφέρουν από κατάθλιψη,
- ♦ Η κλινική κατάθλιψη δεν είναι ποτέ ένα κανονικό, υγιές κομμάτι της ζωής μας, η εμφάνιση της επηρεάζεται από γενετικούς, βιολογικούς και ψυχοκοινωνικούς παράγοντες.
- ♦ Τα συμπτώματα της κατάθλιψης είναι πολλά, ωστόσο δεν είναι ανάγκη να παρουσιάζονται όλα για να διαγνωσθεί, η διάγνωσή της μπορεί να γίνει ακόμα και με την ύπαρξη ελάχιστων συμπτωμάτων.



- ♦ Οι γυναίκες εμφανίζουν συμπτώματα κατάθλιψης πολύ πιο συχνά από τους άνδρες διότι εκτίθενται σε ψυχοκοινωνικούς παράγοντες και στρεσογόνα γεγονότα της ζωής που συμμετέχουν καθοριστικά στη εμφάνιση της.
- ♦ Συμπτώματα όπως η μείωση των κοινωνικών επαφών και δραστηριοτήτων, η ελάττωση λήψης πρωτοβουλιών, το άγχος και η ανησυχία δεν είναι φυσικά επακόλουθα της γήρανσης, αλλά σε πολλές περιπτώσεις μπορεί να αντιπροσωπεύουν την παρουσία κατάθλιψης
- ♦ Η πολυμορφία με την οποία εμφανίζεται η κατάθλιψη, η άτυπη πολλές φορές συμπτωματολογία της, η ικανότητά της να υποδύεται και να μιμείται οποιαδήποτε νόσο ξεγελούν πολλές φορές τους μη ειδικούς ιατρούς.
- ♦ Η σταδιακή μείωση των γεννήσεων σε παγκόσμιο επίπεδο αυξάνει τα ποσοστά Τρίτης Ηλικίας τα οποία αναμένεται να αυξηθούν πολύ περισσότερο στα επόμενα χρόνια.
- ♦ Σε ευπαθείς ομάδες, δηλαδή σε άτομα με χαμηλή κοινωνική θέση και οικονομική κατάσταση αυξάνονται οι πιθανότητες για κακή ψυχική υγεία, η έλλειψη απασχόλησης ή η απώλεια της εργασίας μπορούν να μειώσουν την αυτοπεποίθηση και να οδηγήσουν στην κατάθλιψη.
- ♦ Το επίπεδο ψυχικής υγείας επηρεάζει επίσης σε σημαντικό βαθμό την κοινωνική και οικονομική ευημερία όταν γίνεται κύρια αιτία της πρόωρης συνταξιοδότησης και των συντάξεων αναπηρίας, πρωτογενώς ή και δευτερογενώς τα ψυχικά νοσήματα επιβαρύνουν αναπότρεπτα και σημαντικά πολλά συστήματα και υπηρεσίες μιας χώρας.
- ♦ Η ζωή αλλάζει λόγω της γήρανσης, και όταν οι ηλικιωμένοι δεν ζούν σε ικανοποιητικές συνθήκες διαβίωσης τότε αυξάνεται η καταθλιπτική διάθεση και συνεπώς οι πιθανότητες εμφάνισης κατάθλιψης.
- ♦ Στις περισσότερες χώρες τα ποσοστά αυτοκτονίας είναι περισσότερα στους ηλικιωμένους από τις άλλες ηλικιακές ομάδες η σοβαρή μορφή κατάθλιψης είναι ένας παράγοντας κινδύνου για αυτοκτονία η οποία στα ηλικιωμένα άτομα είναι δύο φορές συχνότερη από ότι στο γενικό πληθυσμό.
- ♦ Οι ηλικιωμένοι που έχουν ένα καλό μορφωτικό επίπεδο είναι σε θέση να εκφράσουν λεκτικά το εκάστοτε πρόβλημά τους, και σχετικά πολύ πιο εύκολα από τους ηλικιωμένους που δεν έχουν λάβει την ανάλογη εκπαίδευση.

- Η κατάθλιψη μπορεί να προκληθεί από άλλες ασθένειες που εμφανίζονται στους ηλικιωμένους, μπορεί να προκαλέσει την εμφάνιση άλλων ασθενειών, και μπορεί επίσης να συνυπάρχει με μια άλλη ασθένεια.
- Η θεραπεία της κατάθλιψης στις περισσότερες περιπτώσεις είναι επιτυχημένη, όμως αυτοί που αναζητούν βοήθεια και θεραπεία είναι πολύ λίγοι.
- Σε πολλές έρευνες που έχουν γίνει για την κατάθλιψη των ηλικιωμένων αναδεικνύεται ότι ο υψηλότερος επιπολασμός κατάθλιψης σημειώνεται σε ηλικιωμένους που ζούν σε αγροτικές περιοχές, σε έγκλειστους ιδρυμάτων, σε άγαμους, σε πάσχοντες από χρόνιες ή και μη χρόνιες ασθένειες, σε χαμηλού μορφωτικού επιπέδου ηλικιωμένους.
- Η προκατάληψη και ο στιγματισμός που συνοδεύουν τις ψυχικές διαταραχές αποθαρρύνουν ή αποτρέπουν τους πάσχοντες να απευθυνθούν στους ειδικούς. Γι' αυτόν το λόγο συχνά δεν αναγνωρίζεται (διαγιγνώσκεται) και δεν αντιμετωπίζεται θεραπευτικά ως μια νόσος που μπορεί να επιφέρει δυσμενείς επιπτώσεις στην προσωπική ζωή του ατόμου αλλά και στις οικογενειακές του σχέσεις.

Τέλος, τα τελευταία χρόνια όλο και περισσότεροι ειδικοί ασχολούνται με την έννοια της "επιτυχημένης γήρανσης" στο σύνολό της, όπου "επιτυχημένη" δεν θεωρείται η μη ύπαρξη ασθένειας αλλά η συσχέτισή της με την υγιή διαβίωση, φυσική, ηθική και ψυχική. Έτσι έχει δοθεί έμφαση στην εύρεση τρόπων καταπολέμησης της γενικής λειτουργικής πτώσης που επιφέρει το γήρας, που δεν είναι άλλοι από την αποτελεσματική μεταχείριση-αντιμετώπιση όχι μόνο των νόσων αλλά και των ψυχικών συνδρόμων που προκύπτουν από σύνθετες αιτιολογίες και κυρίως της κατάθλιψης, που αποτελεί πολύ συχνή και βλαβερή ασθένεια στην Τρίτη Ηλικία. Στο τέλος αυτής της εργασίας παρατίθεται ο χάρτης δικαιωμάτων της Τρίτης Ηλικίας ([www.ddikeoma.eu](http://www.ddikeoma.eu)), έτσι ώστε να κλείσει αυτή η μελέτη με τα "πρέπει" των ατόμων που είναι δίπλα μας, ανάμεσα μας, και που κάποτε όλοι θα περάσουμε από αυτό το στάδιο της ζωής και θα ελπίζουμε σε "επιτυχημένα γηρατιά".

Δεν πρέπει να λησμονούμε ότι τα άτομα της Τρίτης Ηλικίας πρέπει να μπορούν:

Να επιλέγουν τον τρόπο ζωής τους.

Να διαβιούν σε αξιοπρεπείς συνθήκες στο οικείο φυσικό και κοινωνικό τους περιβάλλον.

Να διατηρούν την αυτονομία, την κοινωνική συμμετοχή, την επικοινωνία και να αυξάνουν την αυτάρκειά τους.

Να έχουν ίσες ευκαιρίες και κατοχυρωμένα δικαιώματα, ώστε να μη γίνονται αποδέκτες προκαταλήψεων και αποκλεισμών.

Να επιλέγουν, να διεκδικούν και να εξασφαλίζουν τους τρόπους και τα μέσα που βελτιώνουν την ποιότητα της ζωής τους.

Να απολαμβάνουν υπηρεσίες και παροχές που να τους εξασφαλίζουν υγεία, ποιότητα ζωής και επιβίωση.

Να εκφράζουν το δικαίωμά τους για σεξουαλική ζωή και όχι να ενοχοποιούν την ερωτική τους ανάγκη.

Να τους αναγνωρίζεται το δικαίωμα να επιλέγουν οι ίδιοι τους κινδύνους στους οποίους θα εκτεθούν (πολλοί θεωρούν ότι όλα είναι επικίνδυνα για τα άτομα Τρίτης Ηλικίας-από τη διαχείριση των οικονομικών μέχρι το ανέβασμα μιας σκάλας).

Η κοινωνική συμμετοχή επιτυγχάνεται με τις διαπροσωπικές σχέσεις, την διαρκή αναζήτηση νέων ενδιαφερόντων, με την απασχόληση και μετά τη συνταξιοδότηση, μέσω κοινωνικών προγραμμάτων δραστηριοποίησης, με την αναγνώριση των ηλικιωμένων ως ενεργών πολιτών και φορέων εμπειρίας.



## Βιβλιογραφία

- ♦ Adamson, J.A., Price, G.M., Breeze, E., Bulpitt, C.J., Fletcher, A.E. (2005). Are older people dying of depression? Findings from the Medical Research Council Trial of the assessment and management of older people in the community. *American Geriatrics Society*, 53, 1128-1132.
- ♦ Anstey, K., Brodaty, H. (1995). Antidepressants and the elderly: double blind trials 1987-1992. *Int. J. Geriatric Psychiatry*, 10, 265-279.
- ♦ Argyriadou, S., Melissopoulou, H., Krania, E., Karagianidou, A., Vlachonicolis, I. & Lionis, C. (2001). Dementia and depression: two frequent disorders of the aged in primary health care in Greece, *Fam Pract*, 18 (1), 87-91.
- ♦ Arvaniti, A., Livaditis M., Kanioti, E., Davis, E., Samakouri, M. & Xenitidis, K. (2005). Mental health problems in the elderly in residential care in Greece- A pilot study, *Aging Ment Health*, 9 (2), 142-145
- ♦ Bagulho, F. (2002). Depression in older people, *Geriatric psychiatry*, 15, 417-422.
- ♦ Baldwin, D., Johnson, FN. (1995). Tolerability and Safety of Citalopram. *Rev. Contemp. Pharmacother*, 6, 315-325.
- ♦ Baumann, P., Bertschy, G. (1993) . Pharmacodynamic and Pharmacokinetic Interactions of SSRIs with other psychotropic drugs. *Nord. J. Psychiatry*, 47(30), 13-19.
- ♦ Bergin, A.E., Garfield, S.L. (1994). Handbook of psychotherapy and behavior change (Ed.). *Cognitive and Cognitive Behavioral Therapies* (pp428-566). Inc, John Wiley & Sons.
- ♦ Blazer, DG. (1994). Epidemiology of Depression: Prevalence and Incidence, In Copeland JRM, Abou-Saleh MT, Blazer DG, eds. Principles and Practice of Geriatric Psychiatry, Chichester: *John Wiley & Sons Ltd*, 519-522.
- ♦ Brose, K. (1993). The Pharmacogenetics of the SSRIs. *Clin. Investing*, 71, 1002-1009.
- ♦ Contraux, J. (1993). Behavioral psychotherapy. Applications in the medically III. *Psychoter Psychosom*, 60, 116-128.
- ♦ Cristensen, P., et al. (1985). Orthostatic side effects of Clonipramine and Citalopram during Treatment for Depression. *Psychopharmacologie*, 86, 383-385.
- ♦ Crystal, S., Sambamoorthi, U., Walkup, J.T., Akincigil, A. (2003). Diagnosis and treatment of depression in the elderly medicare population: predictors, disparities, and trends. *American Geriatrics Society*, 51(12), 1718-1728.
- ♦ Dimopoulos, N., Piperi, C., Salonikioti, A., Psarra, V., Gazi, F., Papadimitriou, A., Lea, RW. & Kalofoutis, A. (2007). Correlation of folate vitamin B12 and homocysteine plasma levels with depression in an elderly Greek population, *Clin Biochem*, 40 (9-10), 604-608.
- ♦ Dimopoulos, N., Piperi, C., Salonikioti, A., Psarra, V., Mitsonis, C., Liappas, I., Lea, RW. & Kalofoutis, A. (2007). Characterization of the lipid profile in dementia and depression in the elderly, *J Geriatr Psychiatry Neurol*, 20 (3), 138-144.
- ♦ Enans, S. (2004). Sex and death: the ramifications of illness and aging in older couple relationships. *Sexual and Relationship Therapy*, 19(3), 310-335.
- ♦ Evans, ME. (1994). Physical Illness and Depression. In Copeland JRM, Abou-Saleh MT, Blazer DG, eds. Principles and Practice of Geriatric Psychiatry. Chichester: *John Wiley & Sons Ltd*, 525-532.

- ◆ Folks, DG., ford, CV. (1994). Clinical Features of Depression and Dysthymia. In Copeland JRM, Abou-Saleh MT, Blazer DG, eds. Principles and Practice of Geriatric Psychiatry. Chichester: *John Wiley & Sons Ltd*, 553-558.
- ◆ Forsell, Y., Winblad, B. (1999). Incidence of mayor depression in a very elderly population. *International journal of Geriatric psychiatry*, 14, 368-372.
- ◆ Gale, T. (2000). Hamilton Depression Scale. *Encyclopedia of Mental Disorders-Flun. Inv.*
- ◆ Gallagher, D., Alto, P. (1986). The Beck depression inventory and older adults. Review of its development and utility. *Clinical Gerontologist*, 5(1/2), 149-163.
- ◆ Harris, T., Cook, D.G., Victor, CH., Dewilde, St., Beighton, C., Rink, E., Mann, A.H., Shah, S., Dewilde, St. (2003). Predictors of depressive symptoms in older people – a survey of two general practice populations. *Age and Ageing*, 32, 510-518.
- ◆ Harris, T., Cook, D.G., Victor, CH., Dewilde, St., Beighton, C.(2006). Onset and percistence of depression in older people – results from a 2 – year community follow- up study. *Age and Ageing*, 25, 25-32.
- ◆ Hyttel, J.(1994). Pharmacological characterization of SSRIs. *Int. Clin. Pscychopharmacol*, 9(51), 19-26.
- ◆ Jorm, A.F. (1995). The epidemiology of depressive states in the elderly: implications for recognition, intervention and prevention. *Journal of Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 30(2), 53-59.
- ◆ Karlson, I.(1991). Depression on the elderly. Workshop, Sweden, *Lakesmedelsverket*, 257.
- ◆ Kendall, P.C., Hollon, S.D., (1979). Cognitive behavioral interventions. Theory, research and procedures (Ed.) *Cognitive Theory of Depression* (pp153-203). Academic Press.
- ◆ Klerman, G.L., Chervon, E.S., Weissman, M.M. (1984). *International psychotherapy of depression: a brief, focused, specific strategy (1<sup>st</sup> ed.)*. New York: Rownan and Littlefied.
- ◆ Lynch, Th.R., Morse, Q.J., Medelson, T., Robins, J.Cl. (2003). Dialectical behavior therapy for depressed older adults. A randomized pilot study. *Geriatric Psychiatry*, 11(1), 33-45.
- ◆ Madianos, MG., Gourmas, G. & Stefanis, CN. (1992). Depressive symptoms and depression among elderly people in Athens, *Acta Psychiatr Scand*, 86 (4), 320-326.
- ◆ Meyers, B.S., Alexopoulos, G. (2004). Age of onset and studies of late- life depression. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 3(3), 219-228.
- ◆ Montorio, I., Izal, M. (1996). The Geriatric Depression Scale: a review of its development and utility. *International Psychogeriatrics*, 8, 103-112.
- ◆ Mystakidou, K., Rosenfeld, B., Parpa, E., Katsoyda, E., Tsilika, E., Galanos, A.& Vlahos, L. (2005). Desire for death near the end of life: the role of depression, anxiety and pain, *Gen Hosp Psychiatry*, 27 (4), 258-262.
- ◆ Nyth, AL. et al.(1992). A controlled multicenter clinical study of Citalopram and Placebo in Elderly Depressed Patients with and without concomitant Dementia, *Acta Psychiatr. Scand*, 86, 138-145.
- ◆ O' Hara, R. (2006). Stress, aging, and mental health. *Am J Geriatr Psychiatry*, 14(4), 295-298.
- ◆ O' Leary, E. (1996). *Counselling older adults, perspectives, approaches and research*. London: Chapman & Hall.
- ◆ Papadopoulou, FC., Petridou, E., Argyropoulou, S., Kontaxakis, V., Dessypris, N., Anastasiou, A., Katsiardani, KP., Trichopoulos, D. & Lyketsos, C.(2005).

- Prevalence and correlates of depression in late life: a population based study from a rural Greek town, *Int J Geriatr Psychiatry*, 20 (4), 350-357.
- ♦ Parashos, I.A., Stamouli, S., Rogakou, E., Theodotou, R., Nikas, I. & Mougias, A. (2002), Recognition of depressive symptoms in the elderly: what can help the patient and the doctor, *Depress Anxiety*, 15 (3), 111-116.
  - ♦ Satre, D.G., Knight, B.G., David, St. (2006). Cognitive Behavioral Interventions With Older Adults: Interesting Clinical and Gerontological Research. *Professional Psychology: Research and Practice*, 37(5), 489-498.
  - ♦ Shoevers, R.A., Smit, F., Degg, D.J.H., Cuijpers, P., Dekker, J., Van Tilburg, W., Beekman, A.T.F. (2006). Prevention of late-life depression in primary care: Do we know where to begin? *Am J Geriatr Psychiatry*, 163(9), 1411-1621.
  - ♦ Stek, M.L., Vinkers, D.J., Gussekloo, J., Van Der Mast, R.C., Beekman, A.T.F., Westendorp, R.G.J.(2006). Natural history of depression in the oldest old. Population- base prospective study. *British Journal of Psychiatry*, 188, 65-69.
  - ♦ Teachman, B.A.(2006). Aging and negative affect: the rise and fall and rise of anxiety and depression symptoms. *Psychology and Aging*, 21(1), 201-207.
  - ♦ Zigmund, A.S., Snaith, R.P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Psychiatr Scand*, 67, 361-370.
  - ♦ Αγγελόπουλος, Ν., (2006), Η σημασία της ποιότητας ζωής (QoL) στην αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών, στο International Congress on Brain and Behaviour: *Annals of General Hospital Psychiatry*, 5(1), 50-55.
  - ♦ Αλεξόπουλος, Γ.Σ. (2005). Depression in the elderly. *The Lancet*, 365 (9475), 1961-1970.
  - ♦ Διμηνιαία Ενημερωτική Ηλεκτρονική Έκδοση: «Η Συμβουλευτική στην Οικογένεια και την Εργασία» τεύχος 5<sup>ο</sup>, Ιανουάριος- Φεβρουάριος 2006, 4-10.
  - ♦ Διμηνιαία Ενημερωτική Ηλεκτρονική Έκδοση: «Η Συμβουλευτική στην Οικογένεια και την Εργασία» τεύχος 7<sup>ο</sup>, Μάιος-Φεβρουάριος 2007,3-5
  - ♦ Ευθυμίου, Κ., Μαυροειδή, Α., Παυλάτου, Ε. & Καλαντζή-Αζίζι, (2006), Πρώτες βοήθειες ψυχικής υγείας: ένας οδηγός για τις ψυχικές διαταραχές και την αντιμετώπισή τους, Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα.
  - ♦ Ευκλείδη-Κωσταρίδου,Α.(1999). Θέματα γηροψυχολογίας και γεροντολογίας. Αθήνα: *Ελληνικά Γράμματα*, 231-238.
  - ♦ Ζαχαράκης, Κ., Μαδιανός, Μ., Παπαδημητρίου, Γ. & Στεφανής, Κ., (2003), Επιδημιολογία αυτοκτονίας στην Ελλάδα, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 20(20), 191-199.
  - ♦ Ηγουμενίου, Α., (2003), Συννόσηση: Κατάθλιψη με νευρολογικές παθήσεις. *Ανασκόπηση ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ*, 42(3), 316-323.
  - ♦ Κλεφτάρας, Γ. (2004, Δεκέμβριος). Pleasant activities as reinforcers and indicators of quality of life: their impact on depression in the elderly. Ανακοίνωση στο 1<sup>st</sup> *International Conference*, Θεσσαλονίκη.
  - ♦ Λοϊζου- Μαλικιόση, Μ. (2004, Δεκέμβριος). Quality of life and elderly people. Ανακοίνωση στο 1<sup>st</sup> *International Conference*, Θεσσαλονίκη.
  - ♦ Λοϊζου- Μαλικιόση, Μ., Τζονιχάκη Ι., Κλεφτάρας, Γ. (2004, Δεκέμβριος). Quality of life as determined by life satisfaction, level of functioning and free time activities and relationship to later life depressive symptomatology. Ανακοίνωση στο 1<sup>st</sup> *International Conference*, Θεσσαλονίκη.
  - ♦ Μάνου, Ν. (1997). Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής: διαταραχές διάθεσης (σελ. 173- 249), ψυχοθεραπείες (και γενικότερα ψυχοκοινωνικές θεραπείες) (σελ. 799- 825). Αθήνα: *University Studio Press*.

- Οικονόμου, Μ., Κοκκώση, Μ., Τριανταφύλλου, Ε. & Χριστοδούλου, Γ., (2001), Ποιότητα ζωής και ψυχική υγεία : εννοιολογικές προσεγγίσεις, κλινικές εφαρμογές και αξιολόγηση, Αθήνα: *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 18(3), 239-253.
- Παγοροπούλου, Α. (2000). *Η γεροντική κατάθλιψη*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Περιοδικό ΥΓΕΙΑ: δράση+ζωή, (2008), *Η διάγνωση είναι το μυστικό για την κατάθλιψη*. Ειδική έκδοση.
- Ραμπαβίλας, Α.Δ., (1996), Συννοσηρότητα της κατάθλιψης με τις αγχώδεις διαταραχές, Στο Γ.Ν. Χριστοδούλου (επιμ), *κατάθλιψη*. 22<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο, Αθήνα, *Ιατρική Εταιρεία Αθηνών*.
- Υφαντόπουλος, Γ., Σαρρής, Μ., (2001), Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής: μεθοδολογία μέτρησης, Αθήνα: *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 18(3), 218-229.
- Χριστοδούλου, Γ.Ν., (2004), Ψυχιατρική , Β' τόμος, Αθήνα, *ΒΗΤΑ*.

### Δικτυακοί τόποι

<http://ajp.psychiatryonline.org>  
<http://ec.europa.eu>  
<http://in-health.gr>  
<http://web-psycho.info>  
<http://www. Who.org>  
<http://www.ddikeoma.eu>  
<http://www.gerontology.gr>  
<http://www.google.gr>  
<http://www.katathlipsi.gr>  
<http://www.natiosencyclopedia>  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov>  
<http://www.psychognosia.com>  
<http://www.qolid.org>  
<http://www.statistics.gr>  
<http://www.thelancet.com>