



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΑΤΡΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΑΝΘΡΩΠΙΣΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ- Η ΕΠΙΡΡΟΗ ΤΟΥ COVID-19



ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ: ΓΚΕΤΣΙΟΥ ΚΑΝΕΛΛΑ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΜΕΝΤΗΣ ΜΑΝΩΛΗΣ

ΠΑΤΡΑ, 2021

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ...

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τον Επιβλέποντα Καθηγητή μου Μανώλη Μέντη, αρχικά για την ευκαιρία που μου έδωσε να εκπονήσω μαζί του την πτυχιακή μου εργασία, καθώς και για την καθοδήγησή του η οποία ήταν σημαντική προκειμένου να ολοκληρωθεί με επιτυχία η συγγραφή της παρούσας εργασίας.

Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένειά μου για την συμπαράστασή της κατά την διάρκεια της συγγραφής της εργασίας, και κυρίως κατά την διάρκεια των σπουδών μου, που στήριζαν τις επιλογές μου και πίστεψαν στις δυνατότητες μου.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	5
ABSTRACT.....	6
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	7

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο: Η ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

1.1 Ορισμός.....	9
1.2 Επιδημιολογία.....	10
1.3 Συμπτωματολογία.....	13
1.4 Ταξινόμηση Καταθλιπτικών Διαταραχών.....	16
1.4.1 Ενδογενής ή Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή ή Ψυχωσική Μελαγχολία...	16
1.4.2 Δυσθυμική Διαταραχή.....	19
1.4.3 Καταθλιπτική Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς.....	21
1.4.4 Διπολικές Διαταραχές.....	21
1.5 Αιτιοπαθογένεια.....	23

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο: Η ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ- ΓΗΡΑΝΣΗ

2.1 Ορισμός Τρίτης Ηλικίας/ Γήρανσης.....	24
2.2 Δημογραφική γήρανση του πληθυσμού.....	25
2.3 Ο ηλικιωμένος στη σύγχρονη εποχή.....	27
2.4 Πολλαπλές διαφοροποιήσεις της έννοιας της Τρίτης Ηλικίας.....	27
2.5 Χαρακτηριστικά ηλικιωμένων.....	28
2.6 Δικαιώματα και ανάγκες ηλικιωμένων.....	29
2.7 Προβλήματα ηλικιωμένων.....	31

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο: Η ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

3.1 Ορισμός κατάθλιψης στην Τρίτη Ηλικία.....	33
3.2 Επιδημιολογικά στοιχεία κατάθλιψης στην Τρίτη Ηλικία.....	34
3.3 Παράγοντες επικινδυνότητας.....	36
3.4 Προστατευτικοί παράγοντες.....	38
3.5 Διάγνωση της κατάθλιψης και Κλινικά Χαρακτηριστικά.....	38
3.6 Κατάθλιψη με σωματικά νοσήματα.....	40
3.7 Κατάθλιψη και Άνοια.....	41
3.8 Κατάθλιψη και Αυτοκτονικότητα.....	42

3.9 Κατάθλιψη και Άγχος.....	42
3.10 Αντιμετώπισης της κατάθλιψης.....	43

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο: Η ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΤΟΥ COVID-19 ΚΑΙ Η ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

4.1 Η εμφάνιση του COVID-19.....	49
4.2 Η ψυχική υγεία των ηλικιωμένων κατά την περίοδο της πανδημίας COVID-19...	50

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ.....

ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	59
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	60
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	62

Περίληψη

Τα περιστατικά κατάθλιψης αυξάνονται ολοένα και περισσότερο τα τελευταία χρόνια. Η ψυχική υγεία του γενικού πληθυσμού παρουσιάζει αυξημένο κίνδυνο, ενώ όλο και περισσότεροι ηλικιωμένοι λαμβάνουν διαγνώσεις που σχετίζονται με την ψυχική τους υγεία.

Σκοπός της παρούσας πτυχιακής εργασίας είναι να εξεταστεί το ζήτημα της κατάθλιψης στην τρίτη ηλικία υπό το πρίσμα της πανδημίας του COVID- 19, και ο κεντρικός ρόλος των κοινωνικών λειτουργών. Για την ολοκλήρωση της εργασίας πραγματοποιήθηκε αναζήτηση στην μηχανή αναζήτησης GoogleScholar, καθώς και σε έγκυρες βάσεις δεδομένων όπως το Pubmed με τις ανάλογες λέξεις κλειδιά.

Τα περιστατικά κατάθλιψης στους ηλικιωμένους αυξήθηκαν σημαντικά, ενώ επίσης ήταν πολύ περισσότερο εμφανή τα συμπτώματα που μαρτυρούν την κατάθλιψη. Οι κοινωνικοί λειτουργοί έχουν κεντρικό ρόλο στην πρόληψη, την διάγνωση αλλά και την αντιμετώπιση της κατάστασης, έτσι ώστε να προστατεύσουν τους ηλικιωμένους.

Οι κοινωνικοί λειτουργοί έχουν κεντρικό ρόλο τόσο στην πρόληψη όσο και στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης. Όπως φάνηκε και από τις πληροφορίες που αναλύονται σε πρόσφατες έρευνες, οι κοινωνικοί λειτουργοί κατέχουν, και θα συνεχίσουν να κατέχουν αναπόσπαστο ρόλο στην αντιμετώπιση της πανδημίας του COVID -19 μέσω της άμεσης υποστήριξης στους ανθρώπους, παρέχοντας όσο το δυνατόν περισσότερη φροντίδα. Διαθέτοντας τις κατάλληλες γνώσεις και δεξιότητες, οι κοινωνικοί λειτουργοί μπορούν να κρατήσουν ενεργούς τους ηλικιωμένους, όπως και άτομα κάθε άλλης ηλικίας, και να τους βοηθήσουν να εκτελούν έργα και φυσικά να έχουν μια ισορροπημένη ψυχική υγεία.

Λέξεις κλειδιά: κατάθλιψη, τρίτη ηλικία, κοινωνική εργασία, κοινωνικοί λειτουργοί, covid -19.

Abstract

The incidence of depression has been increasing in recent years. The mental health of the general population is at increased risk, while more and more older people are receiving diagnoses related to their mental health.

The purpose of this dissertation is to examine the issue of depression in old age in the light of the COVID-19 pandemic, and the central role of social workers. To complete the task, a search was performed in the Google Scholar search engine, as well as in valid databases such as Pubmed with the corresponding keywords.

The incidence of depression in the elderly increased significantly, and the symptoms of depression were also much more pronounced. Social workers have a central role in the prevention, diagnosis and treatment of the condition, so as to protect the elderly.

Social workers play a central role in both preventing and treating depression. As evidenced by the information analyzed in recent research, social workers have, and will continue to play an integral role in tackling the COVID-19 pandemic through immediate support to people, providing as much care as possible. With the right knowledge and skills, social workers can keep seniors active, as well as people of all ages, and help them perform tasks and of course have a balanced mental health.

Keywords: *depression, thrid age, social work, social workers, covid -19.*

Εισαγωγή

Είναι κοινώς αποδεκτό τα τελευταία χρόνια πως όλο και περισσότεροι ενήλικες που ανήκουν στην τρίτη ηλικία αντιμετωπίζουν σημαντικές προκλήσεις στην ψυχική τους υγεία. Η κατάσταση αυτή επηρεάζει όπως είναι λογικό την ποιότητα ζωής τους, με αποτέλεσμα να μειώνεται η ποιότητα ζωής τους και να αντιμετωπίζουν σοβαρές ψυχικές νόσους. Μια από τις σοβαρότερες ψυχικές νόσους της τελευταίας δεκαετίας που σημειώνει αλματώδη αύξηση σε όλες τις ηλικιακές ομάδες ανά τον κόσμο, είναι η κατάθλιψη. Η κατάθλιψη απασχολεί όλο και περισσότερο την δημόσια υγεία τα τελευταία χρόνια, ενώ επίσης έχουν αυξηθεί σημαντικά τα ποσοστά ενημέρωσης του γενικού πληθυσμού. Σε κάθε περίπτωση, η πρόληψη, η αναγνώριση των συμπτωμάτων και φυσικά η έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση συνιστούν τους μεγαλύτερους στόχους για κάθε επαγγελματία υγείας και κυρίως για εκείνους που ασχολούνται με τους ηλικιωμένους. Οι κοινωνικοί λειτουργοί συνιστούν τους επαγγελματίες υγείας οι οποίοι διαθέτουν τις κατάλληλες γνώσεις και δεξιότητες για να διακρίνουν τα παραπάνω. Ειδικότερα τα τελευταία δύο χρόνια που η πανδημία του COVID-19 χτύπησε ολόκληρο τον πλανήτη, ο ρόλος και το έργο των κοινωνικών λειτουργών είναι ύψιστης σημασίας. Στόχος λοιπόν της παρούσας πτυχιακής εργασίας είναι να αναδειχθούν σε πρώτο επίπεδο οι επιπτώσεις της πανδημίας στην ψυχική υγεία των ηλικιωμένων, και ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού υπό αυτό το πλαίσιο. Για την ολοκλήρωση της παρούσας εργασίας πραγματοποιείται βιβλιογραφική ανασκόπηση, σε έγκυρες βιβλιογραφικές πηγές και κυρίως σε πρόσφατα επιστημονικά άρθρα προκειμένου να ανακτηθούν πληροφορίες σχετικά με τις επιπτώσεις της πανδημίας στην ψυχική υγεία των ηλικιωμένων, με ιδιαίτερη έμφαση στην κατάθλιψη, αλλά και τον ρόλο των κοινωνικών λειτουργών.

Στο πρώτο κεφάλαιο της παρούσας πτυχιακής εργασίας δίνονται βασικές πληροφορίες για την κατάθλιψη. Ειδικότερα, παρουσιάζεται ο ορισμός και κάποια επιδημιολογικά στοιχεία, και φυσικά τα βασικά συμπτώματα και η αιτιοπαθογένεια. Επιπλέον, στο ίδιο κεφάλαιο παρουσιάζεται η ταξινόμηση των καταθλιπτικών διαταραχών. Το δεύτερο κεφάλαιο της εργασίας επικεντρώνεται στο ζήτημα της τρίτης ηλικίας – γήρανσης. Πιο συγκεκριμένα παρουσιάζονται πληροφορίες, όπως αυτές προκύπτουν από την μελέτη της σύγχρονης βιβλιογραφίας, σχετικά με την δημογραφική γήρανση του πληθυσμού, τα χαρακτηριστικά της συγκεκριμένης ηλικιακής ομάδας, καθώς και τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν, τα δικαιώματά τους και τις ανάγκες τους. Στο τρίτο κεφάλαιο δίνονται πληροφορίες σχετικά με την κατάθλιψη στην τρίτη ηλικία, με ιδιαίτερη έμφαση στα επιδημιολογικά στοιχεία, τους παράγοντες επικινδυνότητας και τους προστατευτικούς παράγοντες, αλλά και την διάγνωση.

Στο τέταρτο κεφάλαιο της εργασίας εξετάζονται βιβλιογραφικές αναφορές, και συγκεκριμένα πρόσφατα ερευνητικά άρθρα της τελευταίας διετίας σχετικά με την πανδημία του COVID-19, όσον αφορά κατά κύριο λόγο τις επιπτώσεις στην ψυχική υγεία των ηλικιωμένων. Στο πέμπτο και τελευταίο κεφάλαιο, αναλύεται η βιβλιογραφία σχετικά με τον ρόλο που κατέχουν οι κοινωνικοί λειτουργοί, με ιδιαίτερη έμφαση στην υποστήριξη των ηλικιωμένων στα πλαίσια της πανδημίας του COVID-19.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Η ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

1.1. Ορισμός

Η κατάθλιψη είναι μια από τις πιο συχνές ψυχιατρικές διαταραχές που παρατηρείται στον πληθυσμό. Περισσότεροι από 264 εκατομμύρια άνθρωποι στον κόσμο πάσχουν από κατάθλιψη. Η κατάθλιψη είναι η κύρια αιτία αναπηρίας και για την αντιμετώπισή της υπάρχουν διάφορες ψυχολογικές και φαρμακολογικές θεραπείες (WHO, 2020).

Οι ασθενείς που πάσχουν από κατάθλιψη συνήθως περιγράφουν το συναίσθημα αυτό ως «απογοήτευση» ή «μελαγχολία» (Honos- Webb, 2010). Όλοι οι άνθρωποι μπορεί να υποφέρουν από κατάθλιψη, είτε είναι πλούσιοι είτε φτωχοί, έξυπνοι, αθλητές, παιδιά, ηλικιωμένοι, πολιτικοί, διάσημοι, ακόμα και αυτοί που θεωρούμε πως τα έχουν όλα, που είναι ευτυχισμένοι και ικανοποιημένοι από τη ζωή τους. Μάλιστα κάποια άτομα είναι περισσότερο επιρρεπή στην κατάθλιψη (Ατκινσον, 2015).

Η κατάθλιψη είναι ασθένεια και μπορεί να χρειαστεί να πάρουμε φάρμακα για να την νικήσουμε, όπως θα κάναμε με οποιαδήποτε άλλη αρρώστια. Υπάρχουν πολλά αίτια που μπορεί να οδηγήσουν ένα άτομο στην κατάθλιψη. Είναι ένα μείγμα από πολλές και διαφορετικές καταστάσεις και αφορούν γεγονότα που έχουν συμβεί στη ζωή μας καθώς και το ποια είναι η γνώμη μας για τον εαυτό μας στο παρόν (Ατκινσον, 2015). Το άτομο που πάσχει από καταθλιπτική διαταραχή υποστηρίζει πως νιώθει λύπη, θλίψη, απογοήτευση και απελπισία. Η καταθλιπτική αυτή διάθεση κυριαρχεί στη ζωή του ατόμου και γι αυτό πολύ συχνά μπορεί να βάζει τα κλάματα. Αντιθέτως, ένα καταθλιπτικό άτομο μπορεί να υποστηρίζει ότι δεν νιώθει θλίψη, ότι είναι καλά και πως δεν το νοιάζει τίποτα. Από τα παραπάνω γίνεται αντιληπτό ότι η κατάθλιψη είναι μια νόσος με διαταραχές στη διάθεση οι οποίες μειώνουν το επίπεδο λειτουργικότητας του ατόμου και δεν είναι σε θέση να διεκπεραιώσει τις υποχρεώσεις του (Honos- Webb, 2010).

Η κατάθλιψη καλύπτει ένα μεγάλο φάσμα συναισθηματικών διαταραχών. Μπορεί να εμφανίζεται ως σύμπτωμα κάποιας νόσου, ως μέρος ενός συνδρόμου ή να αποτελεί αυτόνομη νόσο. Όταν η κατάθλιψη διαρκεί για μεγάλο χρονικό διάστημα αποκτά παθολογικό χαρακτήρα και αναλόγως του είδους της συνοδεύεται από ιδέες ενοχής, μειωμένη αυτοεκτίμηση, ιδέες αναξιότητας και απόρριψης του εαυτού, απελπισία, απώλεια ενδιαφερόντων, πτώση της σωματικής και πνευματικής δραστηριότητας, μειωμένη όρεξη για φαγητό και απώλεια βάρους, διαταραγμένο ύπνο, και σημαντική απώλεια σεξουαλικής

επιθυμίας. Ανάλογα με το είδος της μπορεί να συνοδεύεται και από άλλα συμπτώματα όπως πρωινή αφύπνιση νωρίτερα από το συνηθισμένο, κόπωση μέσα από απλές καθημερινές δραστηριότητες, μειωμένη συγκέντρωση και αυτοκτονικός ιδεασμός. Από τα σημαντικότερα συμπτώματα είναι η απώλεια της δυνατότητας για ευχαρίστηση, καθώς παρουσιάζεται σε όλο το φάσμα της κατάθλιψης και συνοδεύεται από αυτοκτονικές ιδέες (Beaglehole, Mulder, Frampton, Boden, Newton-Howes, & Bell, 2018).

Έρευνα που έγινε σε 28 χώρες, με συνολικό πληθυσμό 466 εκατομμύρια, έδειξε ότι τουλάχιστον 21 εκατομμύρια άτομα εμφάνισαν κατάθλιψη. Οι ψυχικές διαταραχές και ειδικά η καταθλιπτική διαταραχή επιβαρύνει την οικονομία της κάθε χώρας σε μεγάλο βαθμό αφού το ετήσιο κόστος της κατάθλιψης στην Ευρώπη υπολογίστηκε σε 118 δισεκατομμύρια ευρώ το 2004, ποσό που αντιστοιχεί σε 253 ευρώ ανά ασθενή. Συγκεκριμένα, απαιτούνται 22 δισεκατομμύρια ευρώ για περίθαλψη ασθενών που επισκέπτονται τα εξωτερικά ιατρεία, 9 δισεκατομμύρια ευρώ για φάρμακα και 10 δισεκατομμύρια ευρώ για νοσηλεία. Το έμμεσο κόστος λόγω νοσηρότητας και θνησιμότητας εκτιμήθηκε σε 76 δισεκατομμύρια ευρώ. Συνεπώς, η κατάθλιψη είναι η πιο δαπανηρή διαταραχή στις ευρωπαϊκές χώρες αφού αντιπροσωπεύει το 33% του συνολικού κόστους (Sobocki, Jönsson, Angst & Rehnberg, 2006).

1.2 Επιδημιολογία

Η κατάθλιψη αποτελεί μάστιγα του 21ου αιώνα αφού τα τελευταία χρόνια παρουσιάζει μια τεράστια δυναμική εξάπλωσής της σε ολόκληρο τον κόσμο. Είναι μια ψυχική νόσος με την πιο συχνή εμφάνιση. Έρευνες έχουν δείξει ότι περισσότεροι από 264.000.000 άνθρωποι όλων των ηλικιών πάσχουν από κατάθλιψη, σύμφωνα με τις τελευταίες εκτιμήσεις του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας. Η κατάθλιψη είναι η κύρια αιτία της αναπηρίας παγκοσμίως και συμβάλλει σημαντικά στη συνολική παγκόσμια επιβάρυνση της νόσου (WHO, 2020). Τα ποσοστά της κατάθλιψης διαφέρουν από χώρα σε χώρα. Οι διαφορές αυτές ίσως οφείλονται σε ιστορικά, κοινωνικά, οικονομικά και περιβαλλοντικά δεδομένα, ακόμα και στο διαιτολόγιο (Αγγελόπουλος, 2014).

Σύμφωνα με στοιχεία που έχει επεξεργαστεί ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, σε συνεργασία με την Παγκόσμια Τράπεζα του ΟΗΕ, 5 από τις 10 ασθένειες με τον υψηλότερο δείκτη βαρύτητας, ο οποίος επηρεάζει σημαντικά το άτομο στην προσωπική, επαγγελματική

και κοινωνική ζωή, είναι οι ψυχικές ασθένειες, αφού η κατάθλιψη έχει υπολογιστεί ότι το έτος 2020 θα καταλαμβάνει τη δεύτερη θέση και στις ανεπτυγμένες χώρες την πρώτη.

Η κατάθλιψη εμφανίζεται πιο συχνά στους άγαμους και διαζευγμένους. Μπορεί να εμφανιστεί σε οποιαδήποτε ηλικία (15-19 ετών), η έναρξή της όμως τοποθετείται συνήθως στη Μέση Ηλικία (25 ετών). Ωστόσο, τα τελευταία χρόνια έχει διαπιστωθεί ότι εμφανίζεται όλο και πιο συχνά στην Εφηβεία ή την Πρώιμη Ενήλικη ζωή κατά τις ηλικίες 35-45 ετών (30- 40%) ενώ μετά την ηλικία των 55 ετών η συχνότητά της μειώνεται (Αγγελόπουλος, 2014). Αναλυτικότερα, επηρεάζει περίπου 1 στους 15 ενήλικες (6,7%) ανά έτος. Έρευνες δείχνουν πως 1 στα 6 άτομα θα παρουσιάσει καταθλιπτικό επεισόδιο κάποια στιγμή κατά τη διάρκεια της ζωής του με μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης στο γυναικείο φύλο. Στην κατάθλιψη υπάρχει μεγάλος βαθμός κληρονομικότητας (περίπου 40%) ειδικά σε πρώτου βαθμού συγγενείς (γονείς/ παιδιά/ αδέρφια) (APA, 2020).

Οι γυναίκες εμφανίζουν κατάθλιψη δύο φορές πιο συχνά από τους άνδρες, σε όλες τις χώρες του κόσμου. Έχει διαπιστωθεί λοιπόν, ότι το 20% των γυναικών και το 12% των ανδρών θα εμφανίσει κατάθλιψη κάποια στιγμή στην ζωή τους, ενώ το 10% των γυναικών και το 5.8% των ανδρών θα παρουσιάσουν κατάθλιψη μέσα σε 1 έτος.

Όσον αφορά την αιτιολογία της κατάθλιψης εκτός από τα βιολογικά αίτια και τις ορμονικές διαφορές που υπάρχουν ανάμεσα στις γυναίκες και στους άνδρες, εκτιμάται ότι οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες και τα στρεσογόνα γεγονότα της ζωής (τοκετός, ανατροφή παιδιών) στα οποία εκτίθενται οι γυναίκες, διαμορφώνουν τα ποσοστά αυτά (Αλαφαντινού, Βλασιάδης & Φιλαλήτης, 2015).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας είχε προβλέψει ότι το έτος 2020 η κατάθλιψη θα είναι το μεγαλύτερο πρόβλημα υγείας στις ανεπτυγμένες χώρες, και θα προσβάλλει περισσότερο από το 25% του πληθυσμού. Έτσι η βαριά κατάθλιψη θα αποτελεί το 2ο σημαντικότερο αίτιο θανάτου, παρά τις θεραπείες για την αντιμετώπισή της.

Αυτό συμβαίνει γιατί το 50% των περιπτώσεων που αφορούν την κατάθλιψη δεν αναγνωρίζεται και δεν υποβάλλεται σε θεραπεία. Και ενώ η κατάθλιψη είναι μια νόσος που μπορεί να οδηγήσει στην αυτοκτονία έναν άνθρωπο, σε μεγαλύτερο βαθμό από οποιαδήποτε άλλη ασθένεια, με τα σύγχρονα μέσα μπορεί να αντιμετωπιστεί.

Σχεδόν 1.000.000 άνθρωποι χάνουν τη ζωή τους κάθε χρόνο εξαιτίας των αυτοκτονιών, που αντιστοιχεί σε περίπου 3.000 άτομα ημερησίως, σε ολόκληρο τον κόσμο. Η αυτοκτονία καταλαμβάνει σε ποσοστό το 1% όλων των θανάτων καθώς το 60% των θυμάτων έπασχαν από κατάθλιψη πριν αυτοκτονήσουν. Φαίνεται ότι το ποσοστό των θανάτων που συνδέεται με αυτοκτονίες που σχετίζονται με την κατάθλιψη είναι μεγαλύτερο από εκείνου που

συνδέεται με τροχαία ατυχήματα. Τέλος, το ποσοστό αυτοκτονιών είναι υψηλότερο στις πλούσιες χώρες και χαμηλότερο στις φτωχές χώρες (ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ, Υπουργείο Υγείας, 2012). Η αυτοκτονία είναι η δεύτερη κύρια αιτία θανάτου σε άτομα ηλικίας 15-29 ετών (WHO, 2020).

Το 2020 τα ποσοστά των διαταραχών ψυχικής υγείας, συμπεριλαμβανομένης της κατάθλιψης, είναι σημαντικά υψηλότερα απ' ό,τι το 2019. Ο αυτοκτονικός ιδεασμός καταλαμβάνει το 11%, η κατάχρηση ουσιών το 13%, οι διαταραχές μετά τραυματικού στρες το 26%, ενώ άγχος και καταθλιπτικά συμπτώματα εμφάνισε το 33%. Ο πληθυσμός που μελετήθηκε ήταν ενήλικες (18 ετών και άνω) τους μήνες Απρίλιο- Ιούνιο 2020, σε αντίθεση με τους ίδιους μήνες το έτος 2019. Η έρευνα έδειξε πως τα άτομα ηλικίας 18-24 διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο για εμφάνιση προβλημάτων ψυχικής υγείας σε σχέση με άλλες ηλικίες, καθώς είχαν υψηλά ποσοστά άγχους και κατάθλιψης, διαταραχές μετά τραυματικού στρες που σχετίζονται με τον COVID-19, κατάχρηση ουσιών για την αντιμετώπιση των επιπτώσεων του COVID-19 και αυτοκτονικός ιδεασμός. Η πανδημία του COVID-19 επηρεάζει την ψυχική υγεία των ανθρώπων αφού έχει τις εξής επιπτώσεις: κοινωνική απομόνωση, οικονομική δυσχέρεια, εργασιακή ανασφάλεια και έντονο άγχος για την προστασία της υγείας. Τα ποσοστά του άγχους και της κατάθλιψης που σχετίζονται με τον COVID-19 τριπλασιάστηκαν. Συγκεκριμένα, το άγχος από 8% το 2019 έφτασε 26% το 2020 ενώ η κατάθλιψη από 7% το 2019 έφτασε 24% το 2020. Επιπλέον, ο αυτοκτονικός ιδεασμός υπερδιπλασιάστηκε από 4% το 2019 σε 10% το 2020 (Preda, 2020).

Ειδικότερα:

Φύλο: οι γυναίκες είναι περισσότερο επιρρεπείς στην κατάθλιψη.

Κοινωνική- Οικονομική κατάσταση: όσο πιο υψηλό είναι το μορφωτικό επίπεδο του ατόμου καθώς και το εισόδημά του, μειώνεται το ποσοστό της κατάθλιψης. Οι περισσότερο σοβαρές μορφές κατάθλιψης συσχετίζονται με την κατώτερη κοινωνική και οικονομική κατάσταση αν και δεν έχει τεκμηριωθεί επαρκώς αν η κατώτερη κοινωνική και οικονομική κατάσταση ευθύνεται για την εμφάνιση της κατάθλιψης ή εάν η κατάθλιψη οδηγεί στην κατώτερη κοινωνική- οικονομική κατάσταση.

Οικογενειακό Ιστορικό: η κατάθλιψη εμφανίζεται 2-3 φορές πιο συχνά σε άτομα που έχουν στην οικογένειά τους καταθλιπτικούς ασθενείς.

Ψυχική κατάσταση: οι χωρισμένοι ή διαζευγμένοι μπορεί να εμφανίσουν κατάθλιψη 3 φορές πιο συχνά από ότι οι παντρεμένοι. Έχει αποδειχθεί πως οι διαζευγμένοι άνδρες διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να εμφανίσουν κατάθλιψη από τις διαζευγμένες γυναίκες (ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ, Υπουργείο Υγείας, 2012).

Ηλικία: μελέτες έχουν δείξει πως πλέον όλες οι ηλικίες είναι επιρρεπείς στην εμφάνισή της κατάθλιψης. Στου ηλικιωμένους φαίνεται να είναι πιο συχνή, αν και συχνά δεν ανιχνεύεται και δεν υποβάλλεται σε θεραπεία αυτή η ομάδα ασθενών. Άτομα που πάσχουν από σωματικές παθήσεις μπορεί να εμφανίσουν κατάθλιψη 2 φορές πιο συχνά.

Παιδιά: τα τελευταία χρόνια τα καταθλιπτικά επεισόδια σε παιδιά και εφήβους έχουν αυξηθεί σημαντικά. Ίδιος είναι ο αριθμός των αγοριών και κοριτσιών που εμφανίζουν κατάθλιψη στην παιδική ηλικία, ενώ στην εφηβεία ο αριθμός των κοριτσιών διπλασιάζεται. Τα παιδιά που έχουν μείνει ορφανά από έναν ή και δύο γονείς, τα παιδιά χωρισμένων γονιών και τα παιδιά που έχουν εγκαταλειφθεί είναι περισσότερο ευάλωτα στην κατάθλιψη. Η κατάθλιψη σε μικρή ηλικία μπορεί να οδηγήσει σε κακές σχολικές επιδόσεις, χρήση ουσιών και κακές κοινωνικές σχέσεις (Μάνου, 1997).

1.3 Συμπτωματολογία

Τα συμπτώματα της κατάθλιψης μπορούν να διαχωριστούν σε τέσσερις κατηγορίες. Αυτές είναι τα συμπτώματα που επικεντρώνονται στο **συναίσθημα** (παρατηρείται καταθλιπτική συναισθηματική διάθεση, απώλεια ενδιαφέροντος, ανηδονία, άγχος και ευερεθιστότητα), συμπτώματα με επιπτώσεις στην **σκέψη** (κυριαρχούν αρνητικές γνώσεις για τον εαυτό, τον κόσμο και το μέλλον, αυτοκτονικός ιδεασμός, διαταραχές της συγκέντρωσης, της μνήμης, της προσοχής και της αποτελεσματικής επεξεργασίας των πληροφοριών καθώς και παραληρητικές ιδέες), στην **συμπεριφορά** (όπως αναποφασιστικότητα, ψυχοκινητική επιβράδυνση ή διέγερση) καθώς και **σωματικά** συμπτώματα (με διαταραχές στον ύπνο, το φαγητό, ελάττωση της libido, κόπωση). Επιπλέον, επιπτώσεις μπορεί να υπάρξουν στην εργασία του ατόμου με τη μείωση της αποδοτικότητάς του καθώς και στις διαπροσωπικές σχέσεις του (Brooks, Webster, Smith, Woodland, Wessely, Greenberg, & Rubin, 2020).

Ειδικότερα:

Ανηδονία (απώλεια ευχαρίστησης): Αυτό είναι από τα πιο βασικά συμπτώματα της κατάθλιψης και χρειάζεται προσοχή γιατί το άτομο μπορεί να μην το έχει συνειδητοποιήσει και να μην παραπονιέται γι' αυτό. Ο καταθλιπτικός ασθενής παύει να ενδιαφέρεται για δραστηριότητες που μέχρι τώρα του προκαλούσαν ευχαρίστηση. Τέτοιες δραστηριότητες μπορεί να είναι: το φαγητό, το σεξ, τα χόμπι, τα σπορ, οι κοινωνικές και οικογενειακές εκδηλώσεις κ.τ.λ.

Άγχος: Ασθενείς με καταθλιπτική διαταραχή νιώθουν άγχος με μορφή εσωτερικής δυσφορίας, φόβου, αισθήματος επικείμενου κινδύνου και ευερεθιστότητας. Ακόμα, το άτομο μπορεί να παρουσιάσει και κρίσεις πανικού (ιδρώτας, ταχυκαρδία κ.τ.λ.). Όταν το άγχος συνυπάρχει με την κατάθλιψη, τότε είναι δύσκολο να εντοπιστεί ποιο από τα δύο αποτελεί τη βασική διαταραχή.

Διαταραχή Ύπνου: Συνήθως οι καταθλιπτικοί ασθενείς παρουσιάζουν αϋπνία και ορισμένες φορές υπερυπνία (κυρίως παιδιά, νεαρά άτομα και ασθενείς με Διπολική Διαταραχή).

Στο σύμπτωμα της αϋπνίας το άτομο μπορεί να δυσκολεύεται να κοιμηθεί (αρχική αϋπνία), να ξυπνά συχνά κατά τη διάρκεια του ύπνου και στη συνέχεια να μην μπορεί να κοιμηθεί ξανά, και τέλος να ξυπνάει πολύ νωρίς το πρωί (τελική αϋπνία). Η τελική αϋπνία είναι αρκετά συχνά φαινόμενο καθώς και πολύ ενοχλητικό αφού το άτομο συνήθως ξυπνάει 4,5,6 το πρωί και δεν ξανακοιμάται.

Διαταραχή της όρεξης: Το άτομο δεν έχει διάθεση για κατανάλωση τροφής που συνοδεύεται ή όχι από απώλεια βάρους, η οποία είναι απειλητική για τη ζωή του ασθενή. Λιγότερο συχνά παρατηρείται αύξηση της όρεξης, κυρίως σε νεαρές γυναίκες και σε άτομα με Διπολική Διαταραχή, πράγμα που μπορεί να οδηγήσει στην πρόσληψη σημαντικού βάρους επικίνδυνου για την υγεία.

Κόπωση, Εξάντληση (απώλεια ενέργειας): Η κόπωση και η εξάντληση είναι ένα ανυπόφορο σύμπτωμα για τους καταθλιπτικούς ασθενείς καθώς αποτελεί και συχνό τους παράπονο.

Ελάττωση της σεξουαλικής επιθυμίας: Το σύμπτωμα αυτό παρουσιάζεται περισσότερο στους άνδρες ασθενείς καθώς μπορεί να εκφράζεται με διαταραχή στύσης, γεγονός που μπορεί να μειώσει την αυτοεκτίμησή τους.

Ψυχοκινητική Επιβράδυνση: Αρκετά άτομα εμφανίζουν επιβράδυνση στην σκέψη, τον λόγο και την κίνηση. Οι απαντήσεις τους συχνά είναι φτωχές και μονολεκτικές, και ο λόγος τους μονότονος και βραδύς. Το βλέμμα τους μοιάζει απλανές ενώ οι κινήσεις τους είναι αργές και υποτονικές.

Ψυχοκινητική διέγερση: Παρατηρείται κυρίως σε Άτομα Τρίτης Ηλικίας καθώς παρουσιάζουν εκνευρισμό, ανησυχία και ένταση.

Αυτοί οι ασθενείς στριφογυρίζουν τα χέρια τους, βηματίζουν πάνω- κάτω, τραβούν τα μαλλιά τους, το δέρμα τους, τα ρούχα τους, παραπονιούνται και φωνάζουν.

Ανημπορία, Έλλειψη ελπίδας: Το άτομο δεν μπορεί να ολοκληρώσει και να φέρει σε πέρας τις υποχρεώσεις του, ακόμα και όταν πρόκειται για απλές δραστηριότητες και διαδικασίες. Ακόμα, το ανήμπορο άτομο αδυνατεί να φροντίσει και να περιποιηθεί τον εαυτό του και την υγιεινή του, ενώ παράλληλα δεν έχει κανένα αίσθημα ελπίδας για τον εαυτό του και το μέλλον.

Σκέψεις ή απόπειρες αυτοκτονία: Το πιο σοβαρό και επικίνδυνο από όλα τα συμπτώματα είναι ο αυτοκτονικός ιδεασμός του ασθενή και αυτό γιατί υπολογίζεται ότι το 1% των καταθλιπτικών ασθενών αυτοκτονεί μέσα σε 12 μήνες από την έναρξη της διαταραχής ενώ το ποσοστό ανεβαίνει στο 15% για ασθενείς που έχουν υποτροπιάσει. Μεγάλος κίνδυνος για αυτοκτονία υπάρχει όταν ο ασθενής βρίσκεται στον 6^ο-9^ο μήνα της θεραπείας του. Αυτό συμβαίνει γιατί την περίοδο αυτή ο ασθενής έχει αποκτήσει αρκετή λειτουργικότητα ώστε να μπορεί να οργανώσει μια αυτοκτονία ενώ παράλληλα η θεραπεία δεν του έχει αποφέρει τις αναγκαίες αλλαγές που θα τον ωθήσουν στην αναθεώρηση της ζωής του.

Αίσθημα- σκέψεις ενοχής: Οι ασθενείς αισθάνονται ενοχές για τρέχουσες ή παρελθούσες πράξεις τους, και γι' αυτό κατηγορούν σε μεγάλο βαθμό τον εαυτό τους και προσάπτουν περισσότερη ευθύνη από αυτή που αναλογεί στην κατάσταση.

Αίσθημα αναξιότητας και χαμηλή αυτοεκτίμηση: Με το αίσθημα της αναξιότητας το άτομο παρουσιάζει αισθήματα ανεπάρκειας καθώς εκτιμά αρνητικά την αξία του εαυτού του. Έτσι λοιπόν επηρεάζεται και η αυτοεκτίμηση του ατόμου καθώς οι ασθενείς είναι ανίκανοι να εκτιμήσουν την αξία τους και ην απόδοσή τους στις καθημερινές τους υποχρεώσεις.

Δυσκολία στη συγκέντρωση: Οι καταθλιπτικοί ασθενείς βυθίζονται στις καταθλιπτικές τους σκέψεις και έτσι δεν αντιλαμβάνονται τι γίνεται στον πραγματικό κόσμο. Επιπλέον, παρουσιάζουν «έκπτωση της μνήμης τους», επιβράδυνση της σκέψης και αναποφασιστικότητα.

Ψύχωση: Η κατάσταση του ασθενούς μπορεί να είναι τόσο βαριά ώστε να περιλαμβάνει ψυχωτικά συμπτώματα, κυρίως ψευδαισθήσεις και παραληρητικές ιδέες.

Σωματικά ενοχλήματα: Ο όρος «καλυμμένη κατάθλιψη» χρησιμοποιείται για τους ασθενείς που παρουσιάζουν σωματικά ενοχλήματα, όπως ναυτία, εμετός, δυσκοιλιότητα, δυσκολία στην αναπνοή, πόνος στο στήθος, υπερυπνία κ.τ.λ, χωρίς λόγο, αφού οι εξετάσεις είναι «καθαρές». Έτσι λοιπόν, ο γιατρός καταλήγει στο συμπέρασμα ότι όλα αυτά είναι «ψυχολογικά συμπτώματα» και οδηγείται στην διάγνωση της κατάθλιψης μέσα από ερωτήσεις και απαιτούμενα τεστ (Donlan & Lee, 2010).

1.4. Η ταξινόμηση των Καταθλιπτικών Διαταραχών

Όσον αφορά τους τύπους της κατάθλιψης, υπάρχει μεγάλη ποικιλία, αφού διακρίνονται με βάση την ύπαρξη και τη μορφή εκλυτικών παραγόντων, το οικογενειακό ιστορικό και την κλινική πορεία. Έτσι, μερικοί άνθρωποι γίνονται καταθλιπτικοί μετά από τραυματικές εμπειρίες ενώ άλλοι χωρίς να υπάρχει κάποια διακριτή αιτία. Κάποιοι ασθενείς μπορεί να έχουν στην οικογένειά τους καταθλιπτικούς ασθενείς, και έτσι να έχουν κληρονομήσει την ασθένεια, ενώ σε άλλους μπορεί να απουσιάζει το οικογενειακό ιστορικό ψυχικής ασθένειας. Οι ασθενείς αυτοί είτε βιώνουν ορισμένα επεισόδια κατάθλιψης κατά τη διάρκεια της ζωής τους είτε είναι καταθλιπτικοί σε όλη τους τη ζωή.

Σύμφωνα με το DSM-IV οι Καταθλιπτικές Διαταραχές διακρίνονται στην Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή, στη Δυσθυμική Διαταραχή και στην Καταθλιπτική Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς.

1.4.1. Ενδογενής ή Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή ή Ψυχωσική Μελαγχολία

Στα νεότερα ταξινομικά συστήματα έχει αντικατασταθεί με τον όρο «**Μείζων Κατάθλιψη**». Αυτή είναι ένας από τους συχνότερους τύπους κατάθλιψης καθώς εμφανίζεται στον γενικό πληθυσμό σε ποσοστό 4-6% , βέβαια οι γυναίκες αποτελούν άνω του 60% του πληθυσμού

των πασχόντων (Αγγελόπουλος, 2014). Τα συμπτώματα ενός Μείζονος Καταθλιπτικού Επεισοδίου εμφανίζονται συνήθως μέσα σε μια περίοδο ημερών ή εβδομάδων και χρειάζεται να είναι παρόντα για τουλάχιστον δύο εβδομάδες. Εμφανίζεται στο άτομο με αίσθημα έντονης λύπης που μπορεί να προκύπτει από μια πρόσφατη απώλεια ή από κάποιο άλλο λυπηρό γεγονός ή από στρες (Ανωγειανάκης, Καραγιαννίδου & Παπαλιάγκας, χ.η). Κάποια άλλα συμπτώματα είναι η έλλειψη ενδιαφέροντος και απόλαυσης για δραστηριότητες που στο παρελθόν το άτομο ενδιαφερόταν, έντονη κόπωση και μείωση της ενεργητικότητας, προβλήματα στον ύπνο, αλλαγές στη διατροφή, καταθλιπτικό συναίσθημα κατά τη μεγαλύτερη διάρκεια της ημέρας και διακυμάνσεις του συναισθήματος κατά τη διάρκεια αυτής, σκέψεις θανάτου ή αυτοκτονίας, αίσθημα ενοχής, αναξιότητας και απελπισίας, δυσκολία στη μνήμη, τη συγκέντρωση και τη λήψη αποφάσεων, αλλαγές της ψυχοκινητικής δραστηριότητας, εκμηδένιση της σεξουαλικότητας, έντονο άγχος και απώλεια ελπίδας και αισιοδοξίας, ανηδονία, σωματικά συμπτώματα, υποχονδριακές παραληρητικές ιδέες καθώς επίσης και ακουστικές ψευδαισθήσεις (Αγγελόπουλος, 2014). Πριν από το καταθλιπτικό επεισόδιο μερικές φορές το άτομο μπορεί να έχει παρουσιάσει πιο ήπια καταθλιπτικά συμπτώματα όπως άγχος, φόβος ή προσβολές πανικού. Τα συμπτώματα αυτά προκαλούν στο άτομο έντονο στρες και μείωση λειτουργικότητάς του σε τομείς της καθημερινής του ζωής όπως επαγγελματική, κοινωνική (Health Quality Ontario, 2017).

Μετά το άγχος, η κατάθλιψη είναι η πιο συνηθισμένη ψυχική νόσος ενώ το 10% των ασθενών που επισκέπτονται τον γιατρό για κάποια σωματική πάθηση, διαγιγνώσκονται με κατάθλιψη. Τέλος, κατάθλιψη μπορεί να εμφανίσει το άτομο σε οποιαδήποτε ηλικία. Τα βασικά χαρακτηριστικά ενός Μείζονος Καταθλιπτικού Επεισοδίου είναι ίδια σε όλες τις ηλικίες, ωστόσο υπάρχουν ορισμένα συμπτώματα που διαφέρουν ανάλογα με την ηλικία στην οποία βρίσκεται ο ασθενής (Koo & Kim, 2021).

Διάγνωση

Τα συμπτώματα της κατάθλιψης μπορεί να γίνουν αντιληπτά από τον γιατρό, ιδιαίτερα αν υπάρχει προηγούμενο ιστορικό κατάθλιψης ή κάποιο οικογενειακό ιστορικό κατάθλιψης που θα βοηθήσουν στην επιβεβαίωση της διάγνωσης. Κάποιες φορές μάλιστα ο γιατρός χρησιμοποιεί τυποποιημένα ερωτηματολόγια για να εκτιμηθεί ο βαθμός της κατάθλιψης. Δύο από τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιούνται συχνά είναι η Κλίμακα του Hamilton η οποία συμπληρώνεται με συνέντευξη καθώς και η Κλίμακα του Beck, την οποία συμπληρώνει μόνος του ο ασθενής. Επιπλέον, ο γιατρός μπορεί να ζητήσει από τον ασθενή να κάνει μια

σειρά από εργαστηριακές εξετάσεις, κυρίως αίματος, καθώς είναι πολύ σημαντικές για τις γυναίκες προκειμένου να διαπιστωθεί αν οι ορμονικοί παράγοντες παίζουν ρόλο στην εμφάνιση της νόσου. Τέλος, επειδή οι διαταραχές στον ύπνο είναι βασικό σύμπτωμα της κατάθλιψης, ο γιατρός μπορεί να χρησιμοποιήσει το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα ύπνου για να καταλήξει στη σωστή διάγνωση (Μαλικιώση - Λοΐζου, 2017).

Κλινική Πορεία

Τα περισσότερα Μείζονα Καταθλιπτικά Επεισόδια αυτοπεριορίζονται και έχουν καλή πρόγνωση ακόμα και αν το άτομο δεν ακολουθήσει κάποια θεραπεία. Πριν την εμφάνιση των θεραπειών, όπως είναι τα αντικαταθλιπτικά, το ηλεκτροσόκ και η ψυχοθεραπεία, τα επεισόδια αυτά διαρκούσαν 6-8 μήνες, ενώ με την βοήθεια των θεραπειών διαρκούν μόνο μερικές εβδομάδες (Bella–Awusah, Ajuwon & Omigbodun, 2016).

Μελέτες έχουν δείξει ότι ένα χρόνο μετά τη διάγνωση ενός Μείζονος Καταθλιπτικού Επεισοδίου, το 40% των ασθενών εξακολουθούν να πληρούν τα κριτήρια για την εμφάνιση ενός Μείζονος Καταθλιπτικού Επεισοδίου. Αν αυτό συνεχιστεί για δύο χρόνια, τότε η διαταραχή προσδιορίζεται ως Χρόνια. Το 20% περίπου βρίσκεται σε Μερική Ύφεση ενώ το 40% δεν έχει πια κανένα απολύτως σύμπτωμα. Όσο πιο έντονο είναι το αρχικό σύμπτωμα, τόσο πιο επίμονο είναι (Busby Grant, Bruce, & Batterham, 2016).

Όπως έχει αναφερθεί, ένα Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο μπορεί να εμφανιστεί μετά από ψυχοκοινωνικό στρες όπως θάνατοι, χωρισμοί, διαζύγια κ.τ.λ. Επίσης ο τοκετός μπορεί να οδηγήσει μια γυναίκα στην εμφάνιση ενός Επεισοδίου (με επιλόχεια έναρξη) καθώς επίσης τα συμπτώματα της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής μπορεί να χειροτερεύουν μερικές μέρες πριν την εμμηνορρυσία. Άλλες καταστάσεις που μπορεί να ωθήσουν ένα άτομο στην κατάθλιψη είναι οι Χρόνιες Παθήσεις, η Εξάρτηση από Ουσίες, ιδιαίτερα από Αλκοόλ και κοκαΐνη (Brown, 2018).

Τα Μείζονα Καταθλιπτικά Επεισόδια συνήθως επανεμφανίζονται. Το γεγονός ένα άτομο να εμφανίσει μόνο ένα επεισόδιο είναι πολύ σπάνιο. Ένας στρεσογόνος παράγοντας, ο οποίος είναι συγκεκριμένος και διαφορετικός για το κάθε άτομο, αρκεί για να ωθήσει το άτομο στην εμφάνιση ενός επεισοδίου. Περίπου το 50-60% των ατόμων που παρουσιάζουν ένα επεισόδιο, αναμένεται να έχουν και ένα δεύτερο επεισόδιο. Το ποσοστό αυτό γίνεται 70% (να έχουν ένα τρίτο) αν έχουν δεύτερο επεισόδιο και 90% (να έχουν τέταρτο) αν έχουν τρίτο επεισόδιο (Thoresen, Tambs, Hussain, Heir, Johansen, & Bisson, 2010).

Περίπου το 5-10% των ατόμων με Μείζονά Καταθλιπτική Διαταραχή που εμφανίζουν ένα μοναδικό επεισόδιο, αναπτύσσουν αργότερα Μανιακό Επεισόδιο, δηλαδή Διπολική

Ιδιαταραχή. Όσο πιο οξεία είναι η έναρξη της κατάθλιψης σε ένα άτομο με Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή, τόσο περισσότερες είναι οι πιθανότητες για ανάπτυξη Διπολικής Διαταραχής, ιδιαίτερα αν με την κατάθλιψη συνυπάρχουν ψυχωτικά στοιχεία, ψυχοκινητική επιβράδυνση, έλλειψη προεφηβικής ψυχοπαθολογίας και οικογενειακό ιστορικό Διπολικής Διαταραχής (Brown, 2018).

Επιπλοκές

Οι ασθενείς με Υποτροπιάζουσα Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή αντιμετωπίζουν πολλές δυσκολίες στην καθημερινότητά τους. Μερικές από αυτές είναι η μειωμένη ενέργεια και ενεργητικότητα για απλές δραστηριότητες που συνήθιζε το άτομο να κάνει, καθώς και η έλλειψη ενδιαφερόντων, η δυσκολία στη συγκέντρωση, η μειωμένη ανταπόκριση σε καθήκοντα που αφορούν την εργασία ή το σχολείο και άρνηση για κοινωνικές επαφές.

Επιπλέον, πρόβλημα μπορεί να προκληθεί ανάμεσα στα ζευγάρια αφού παρατηρείται αποχή από την σεξουαλική επαφή ή σεξουαλικές δυσλειτουργίες όπως απουσία οργασμού από το γυναικείο φύλο και διαταραχή της στύσης από το ανδρικό φύλο.

Τα παραπάνω, λοιπόν, μπορεί να οδηγήσουν σε συζυγικά προβλήματα (π.χ. διαζύγιο), σε προβλήματα στον εργασιακό χώρο (π.χ. απόλυση), καθώς επίσης και σε σχολικά προβλήματα (π.χ. αδικαιολόγητες απουσίες, αποτυχία στα μαθήματα), σε κατάχρηση ουσιών ακόμα και σε αύξηση της χρήσης των ιατρικών υπηρεσιών (Μαλικιώση - Λοΐζου, 2017).

Παρ' όλα αυτά, η πιο σοβαρή και επικίνδυνη επίπτωση είναι η αυτοκτονία, ιδιαίτερα όταν υπάρχουν στον άτομο ψυχωτικά στοιχεία, με ιστορικό προηγούμενων αποπειρών, με επιτυχημένες αυτοκτονίες από μέλη της οικογένειας και με ταυτόχρονη χρήση ουσιών. Ευάλωτα είναι τα άτομα που ζουν μόνα τους ή έχουν πάρει διαζύγιο από τον/ την σύντροφό τους. Μελέτη έχει δείξει ότι το 15% των ασθενών με Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή πεθαίνουν αυτοκτονώντας και πως ο κίνδυνος αυτοκτονίας αυξάνεται με την ηλικία ενώ η κατάσταση είναι ακόμα πιο επικίνδυνη για άτομα άνω των 55 ετών. Τέλος, έχει παρατηρηθεί πως τα άτομα με διαταραχές της διάθεσης κινδυνεύουν από αυτοκτονία μέχρι και 30 φορές περισσότερο από τον γενικό πληθυσμό (Luppa, Sikorski, Luck, Ehreke, Konnopka, Wiese, 2012).

1.4.2. Δυσθυμική Διαταραχή

Διάγνωση

Βασικό χαρακτηριστικό της είναι ότι ο ασθενής έχει μια χρόνια καταθλιπτική διάθεση, τις περισσότερες ώρες της ημέρας, τις περισσότερες μέρες, για τουλάχιστον 2 χρόνια (για παιδιά

και εφήβους απαιτείται τουλάχιστον ένας χρόνος). Για να διαγνωστεί το άτομο με Δυσθυμική Διαταραχή θα πρέπει να εμφανίζει δύο ή και περισσότερα από τα εξής συμπτώματα: απουσία όρεξης για φαγητό ή υπερφαγία, αϋπνία ή υπερυπνία, μειωμένη ενέργεια ή έντονη κόπωση σε καθημερινές δραστηριότητες, έλλειψη αυτοεκτίμησης, δυσκολία στη συγκέντρωση και τη λήψη αποφάσεων και αισθήματα έλλειψης ελπίδας (Halverson, 2019a). Ταυτόχρονα, το άτομο μπορεί να βιώνει έντονο άγχος και να εμφανίζει σωματικά ενοχλήματα, όπως πονοκέφαλοι, δυσκοιλιότητα κ.α. (Αγγελόπουλος, 2014).

Αν ο ασθενής παρουσιάσει μετά τα 2 χρόνια μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο, τότε δίνεται διπλή διάγνωση (δηλαδή Μείζον Καταθλιπτική Διαταραχή και Δυσθυμική Διαταραχή). Αν άτομο, στη συνέχεια, επιστρέψει στα δυσθυμικά συμπτώματα (μόνο), τότε μπαίνει η διάγνωση της Δυσθυμικής Διαταραχής (Μάνου, 1997). Τα συμπτώματα της Δυσθυμικής Διαταραχής μοιάζουν με εκείνα της Μείζον Κατάθλιξης, αλλά είναι πιο μικρά σε ένταση και διαρκούν πολύ περισσότερο. Συγκεκριμένα, τα συμπτώματα της Μείζον Κατάθλιξης κορυφώνονται σε 4-6 μήνες, ενώ στην Δυσθυμία μπορεί να διαρκέσουν για πάντα (Honos-Webb, 2010). Για την διάγνωση της Δυσθυμικής Διαταραχής τα συμπτώματα δεν πρέπει να προκύπτουν από την κατάχρηση ουσιών ή να είναι αποτέλεσμα μιας γενικής ιατρικής κατάστασης (π.χ. υποθυροειδισμός, νόσος του Alzheimer κ.α.) (Halverson, 2019b). Όσα άτομα διαγνωστούν με Δυσθυμική Διαταραχή πριν τα 21 έτη, είναι πιο πιθανό να εμφανίσουν αργότερα μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια.

Επιδημιολογικά στοιχεία- Χαρακτηριστικά σχετικά με την ηλικία

Ο επιπολασμός ζωής της Δυσθυμικής Διαταραχής είναι περίπου 6%. Στα παιδιά η Δυσθυμική Διαταραχή προσβάλλει και τα αγόρια και τα κορίτσια στον ίδιο βαθμό, προκαλώντας κακές σχολικές επιδόσεις και δυσκολία στις κοινωνικές συναναστροφές. Τα παιδιά γίνονται ευερέθιστα, καταθλιπτικά, αποκτούν χαμηλή αυτοεκτίμηση και είναι απαισιόδοξα. Όσον αφορά τους ενήλικες, οι γυναίκες αναπτύσσουν Δυσθυμική Διαταραχή 2 με 3 φορές πιο συχνά από τους άνδρες. Επιπλέον, εμφανίζεται πιο συχνά στους βιολογικούς συγγενείς πρώτου βαθμού ατόμων με Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή, απ' ότι στον γενικό πληθυσμό (Μάνου, 1997). Το 6% του πληθυσμού στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής πάσχει από Δυσθυμία κατά τη διάρκεια της ζωής του (Honos- Webb, 2010).

Κλινική Πορεία

Η Δυσθυμική Διαταραχή αρχίζει νωρίς, δηλαδή στην παιδική ηλικία, εφηβεία ή στην αρχή της ενήλικης ζωής, και κατά την πορεία της μπορεί να εμφανιστούν μείζονα καταθλιπτικά συμπτώματα. Αν τα δυσθυμικά συμπτώματα προηγούνται από την έναρξη των μείζον

καταθλιπτικών συμπτωμάτων, τότε τα τελευταία θα εμφανίζονται πιο συχνά και δεν θα αντιμετωπιστούν πλήρως (Μαλικιώση - Λοΐζου, 2017).

1.4.3 Καταθλιπτική Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς

Στην κατηγορία αυτή ανήκουν όσες διαταραχές δεν πληρούν τα κριτήρια για Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή, Δυσθυμική Διαταραχή, Διαταραχή της Προσαρμογής με Καταθλιπτική Διάθεση ή Διαταραχή της Προσαρμογής Μεικτή με Άγχος και Καταθλιπτική Διάθεση.

Στην Καταθλιπτική Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς ανήκουν:

- Η Προεμμηνορρυσιακή Δυσφορική Διαταραχή
- Η Ελάσσων Καταθλιπτική Διαταραχή
- Η Υποτροπιάζουσα Βραχεία Καταθλιπτική Διαταραχή
- Η Μεταψυχωτική Καταθλιπτική Διαταραχή της Σχιζοφρένειας
- Ένα Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο επικαθήμενο σε Παραληρητική Διαταραχή, σε Ψυχωτική Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς ή στην ενεργό φάση της Σχιζοφρένειας
- Καταστάσεις στις οποίες ο επαγγελματίας ψυχικής υγείας δεν μπορεί να προσδιορίσει ακριβώς αν η καταθλιπτική διαταραχή είναι πρωτογενής, αν οφείλεται στην επίδραση ουσιών και αν είναι αποτέλεσμα κάποια νόσου (Μάνου, 1997).

1.4.4 Διπολικές Διαταραχές

Η Διπολική Διαταραχή επηρεάζει την διάθεση του ασθενή, η οποία κυμαίνεται από το ένα άκρο στο άλλο. Αυτή η διαταραχή επηρεάζει περίπου 45 εκατομμύρια ανθρώπους σε ολόκληρο τον κόσμο. Ο ασθενής εμφανίζει μανιακά και καταθλιπτικά επεισόδια. Στα μανιακά επεισόδια συμπεριλαμβάνονται η αυξημένη ή ευερέθιστη διάθεση, η υπερβολική δραστηριότητα, η γρήγορη ομιλία, η υπερβολική αυτοεκτίμηση και η μειωμένη ανάγκη για ύπνο και φαγητό (WHO, 2019). Επιπλέον, παρατηρούνται διάσπαση προσοχής, συναισθηματική αστάθεια, παραληρητικές ιδέες και ψευδαισθήσεις και φυγή των ιδεών (Μάνου, 1997).

Επιδημιολογικά στοιχεία

Έρευνες δείχνουν πως από τα 100 άτομα το 1 θα διαγνωστεί με Διπολική Διαταραχή κάποια στιγμή κατά τη διάρκεια της ζωής του. Η εμφάνισή της γίνεται σε οποιαδήποτε ηλικία, αλλά περισσότερο συχνή είναι στις ηλικίες 15 έως 19 ετών, και σπάνια παρατηρείται μετά τα 40

έτη. Τα επεισόδια μανίας και κατάθλιψης μπορεί να διαρκέσουν από μερικές εβδομάδες έως και μήνες (NHS, 2019).

Οι Διπολικές Διαταραχές ταξινομούνται ως εξής:

- ❖ Διπολική I Διαταραχή
- ❖ Διπολική II Διαταραχή
- ❖ Κυκλοθυμική Διαταραχή
- ❖ Διπολική Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς (Μάνου, 1997).

1.5 Αιτιοπαθογένεια

Η καταθλιπτική διαταραχή οφείλεται σε διάφορους παράγοντες οι οποίοι αλληλεπιδρούν μεταξύ τους. Αυτοί είναι:

- Βιολογικοί παράγοντες
- Γενετικοί παράγοντες
- Περιβαλλοντικοί και Ψυχοκοινωνικοί

Βιολογικοί παράγοντες

Μελέτες έχουν δείξει πως η κατάθλιψη είναι μια νόσος που οφείλεται σε εγκεφαλική δυσλειτουργία. Η διαταραχή της νευρομεταβιβαστικής λειτουργίας που σχετίζεται με την κατάθλιψη αφορά τη μείωση της νοραδρενεργικής δραστηριότητας στο κεντρικό νευρικό σύστημα. Όσον αφορά τις περιοχές του εγκεφάλου που σχετίζονται με την κατάθλιψη θεωρείται ότι η εμφάνιση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων έχει να κάνει με την ενεργοποίηση του μεταιχμιακού συστήματος, του προμετωπιαίου φλοιού, του ραβδωτού σώματος και του θαλάμου.

Γενετικοί παράγοντες

Η κληρονομικότητα παίζει πολύ σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση της κατάθλιψης. Από τη μελέτη οικογενειών παρατηρήθηκε ότι η κατάθλιψη εμφανίζεται στο 15% όταν υπάρχει πρώτος βαθμός συγγένειας (γονείς, παιδιά, αδέρφια), στο 8% των συγγενών δευτέρου βαθμού (γονείς και αδέρφια των γονέων, εγγόνια, πρώτα ανίψια), ενώ για πιο μακρινούς συγγενείς το ποσοστό είναι απλά λίγο μεγαλύτερο από την εμφάνιση της κατάθλιψης στον γενικό πληθυσμό (WHO, 2014).

Μελέτη που έγινε σε άτομα που έχουν υιοθετηθεί έδειξε ότι οι περιβαλλοντικοί οικογενειακοί παράγοντες συμβάλλουν σε μικρό βαθμό στην εμφάνιση της νόσου στην ενήλικη ζωή του ατόμου, καθώς τα γονίδια είναι αυτά που παίζουν τον σημαντικότερο ρόλο. Επιπλέον, έχει παρατηρηθεί ότι οι μονοζυγωτικοί δίδυμοι έχουν περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν μείζονα κατάθλιψη (περίπου 55%) σε αντίθεση με τους διαζυγωτικούς δίδυμους (περίπου 20%)(WHO, 2017).

Περιβαλλοντικοί και Ψυχοκοινωνικοί Παράγοντες

Την περίοδο εμφάνισης ενός καταθλιπτικού επεισοδίου οι περισσότεροι ασθενείς έρχονται αντιμέτωποι με κάποιον στρεσογόνο παράγοντα όπως απώλεια αγαπημένου προσώπου, χωρισμός- διαζύγιο, αλλαγές στο ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον (π.χ. μετανάστευση), ανεργία, εμφάνιση σωματικής ασθένειας στο ίδιο το άτομο ή σε στενό συγγενή.

Συμπερασματικά, η κατάθλιψη είναι μια νόσος της εγκεφαλικής λειτουργίας που οφείλεται σε διαταραχές νευρομεταβιβαστικών συστημάτων και σε υπερδραστηριότητα ορισμένων νευρωνικών ομάδων. Τον σημαντικότερο ρόλο στην εμφάνιση της κατάθλιψης παίζουν οι γενετικοί παράγοντες (κληρονομικότητα) ενώ οι περιβαλλοντικοί/ ψυχοκοινωνικοί ευθύνονται σε μικρότερο βαθμό για την εκδήλωσή της (Δικαίος & Σολδάτος, 1999).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Η ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ- ΓΗΡΑΝΣΗ

2.1 Ορισμός Τρίτης Ηλικίας

Υπάρχουν διάφοροι ορισμοί για την Τρίτη Ηλικία οι οποίοι διαφέρουν από πολιτισμό σε πολιτισμό. Η γήρανση είναι μια φυσική διαδικασία που αφορά όλους τους ζωντανούς οργανισμούς. Ο Πυθαγόρας στην αρχαιότητα χώρισε τη ζωή σε 4 περιόδους/ εποχές, με την κάθε περίοδο να διαρκεί 20 χρόνια. Συγκεκριμένα, η άνοιξη αντιστοιχούσε στην παιδική ηλικία (0 έως 20 έτη), το καλοκαίρι αντιστοιχούσε στην εφηβεία (20 έως 40 έτη), το φθινόπωρο αντιστοιχούσε στη νεότητα (40 έως 60 έτη) και τέλος, ο χειμώνας αντιστοιχούσε στο γήρας (60 έως 80 έτη). Για τα γηρατεία υπάρχουν 4 υποομάδες: οι νέοι- ηλικιωμένοι (65-74 ετών), οι μέσοι- ηλικιωμένοι (75-84 ετών), οι γέροι- ηλικιωμένοι (85- 99 ετών) και οι υπερήλικες ή αλλιώς αιωνόβιοι (100 ετών και άνω) (Πουλοπούλου- Εμκε, 1999).

Η γήρανση επηρεάζει όλους τους ανθρώπους αλλά σε διαφορετικό βαθμό. Παράγοντες που την επηρεάζουν είναι οι κυτταρικές διεργασίες, η ποιότητα της διατροφής, το κάπνισμα και οι ουσίες, η σωματική άσκηση, το κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο, η οικογένεια και η μόρφωση/ εκπαίδευση (Γκούβας, Σούλης & Παναγιωτάκος, 2018). Άλλοι παράγοντες που συμβάλλουν στη διαδικασία της γήρανσης είναι η κληρονομικότητα, η ψυχοσύνθεση του ατόμου και ο υγιεινός τρόπος ζωής (Κωσταρίδου, 2008). Η γήρανση είναι μια σύνθετη διαδικασία μη αναστρέψιμων μεταβολών όπου τα κύτταρα, με την πάροδο του χρόνου μειώνονται και φθείρονται. Ο βαθμός και ο ρυθμός της φθοράς διαφέρει από άνθρωπο σε άνθρωπο. Συνεπώς, αυτό καθιστά αδύνατο τον καθορισμό της χρονολογικής ηλικίας για την έναρξη των μεταβολών αυτών (Δαρδαβέσης, 2011).

Καθώς οι άνθρωποι γερνούν χάνουν το ενδιαφέρον τους για τη ζωή. Παρατηρούνται αλλαγές στους ακόλουθους τομείς: εξωτερική εμφάνιση, κινητικότητα, καρδιαγγειακό σύστημα, αναπνευστικό σύστημα, λειτουργία πνευμόνων, νεφρά, αυτόνομο και κεντρικό νευρικό σύστημα, αναπαραγωγικό σύστημα και αισθήσεις. Επιπλέον, αλλαγές υπάρχουν και στο ενδοκρινολογικό ανοσοποιητικό και γαστρεντερικό σύστημα. Σημαντική είναι η πτώση των γνωστικών λειτουργιών των ηλικιωμένων. Όλα αυτά μπορεί να δημιουργήσουν δυσκολίες στην καθημερινή ζωή των ατόμων (Murman, 2015). Το γήρας θεωρείται μια φυσιολογική φάση στη ζωή ενός ανθρώπου. Ο άνθρωπος δεν γερνά όταν συμπληρώσει το 65^ο έτος της ηλικίας του, αλλά όταν οι κοινωνικοί, βιολογικοί και ψυχολογικοί παράγοντες το επιτρέψουν. Τα ατομικά χαρακτηριστικά, η υγεία, η προσαρμοστική ικανότητα, η στάση για τη ζωή, το

εισόδημα, η αλληλεπίδραση με το περιβάλλον και τα ενδιαφέροντα, είναι παράγοντες που καθορίζουν την είσοδο και την πορεία του ηλικιωμένου στο γήρας (Μαρκουλάκη, 2000). Το 1982 στη Βιέννη, η Παγκόσμια Συνέλευση του Γήρατος, μετά από απόφαση της Γενικής Συνέλευσης του Ο.Η.Ε., υιοθέτησε την ηλικία των 60 ετών και άνω, ως όριο για την καταγραφή των ατόμων που ανήκουν στην Τρίτη Ηλικία (Θάνου, 2021). Σήμερα, παγκοσμίως, στην Τρίτη Ηλικία εντάσσονται τα άτομα που έχουν συμπληρώσει το 65^ο έτος της ηλικίας τους, και μπορούν πλέον να συνταξιοδοτηθούν. Οι περισσότεροι επιστήμονες υποστηρίζουν ότι δεν υπάρχει μια μόνο θεωρία που να ορίζει πλήρως το φαινόμενο της γήρανσης (Δαρδαβέσης, 2011). Ωστόσο, η επιτυχημένη γήρανση επιτυγχάνεται μέσα από τις δραστηριότητες και τους ρόλους που εκτελούσαν τα άτομα κατά τη μέση ηλικία αλλά μέσα από την υιοθέτηση νέων δραστηριοτήτων και ρόλων (Beers, 2005).

2.2. Δημογραφική γήρανση του πληθυσμού

Η γήρανση του πληθυσμού είναι αποτέλεσμα της μείωσης των ποσοστών γονιμότητας και του αυξημένου προσδόκιμου ζωής (WHO, 2010).

Στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, περίπου 1 στους 3 κατοίκους είναι άνω των 50 ετών και 1 στους 5 κατοίκους είναι άνω των 60 ετών. Σύμφωνα με τον ΟΗΕ, μια χώρα χαρακτηρίζεται «νέα» όταν το ποσοστό των ηλικιωμένων είναι κάτω του 4%, «ώριμη» όταν είναι μέχρι 7% και «ηλικιωμένη» όταν το ποσοστό είναι πάνω από 7% (Βιολάκη-Παρασκευά, 2000).

Η Eurostat την 1^η Ιανουαρίου 2009 και 2019 σύλλεξε δεδομένα από τα κράτη μέλη της ΕΕ και από άλλες χώρες, σχετικά με τη δημογραφία των πληθυσμών. Στον παρακάτω πίνακα προβάλλονται τα δεδομένα που αφορούν τον πληθυσμό των ηλικιωμένων. Από το 2009 έως το 2019 ο αριθμός των ηλικιωμένων έχει αυξηθεί σημαντικά σε όλες τις παρακάτω χώρες (Eurostat).

Χώρες	Στοιχεία 2009	Στοιχεία 2019
Βέλγιο	17.1	18.9
Βουλγαρία	18.0	21.3
Τσεχία	14.9	19.6
Δανία	15.9	19.6
Γερμανία	20.4	21.5
Εσθονία	17.4	19.8

Ιρλανδία	10.9	14.1
Ελλάδα	18.8	22.0
Ισπανία	16.6	19.4
Γαλλία	16.5	20.1
Κροατία	17.9	20.6
Ιταλία	20.3	22.8
Κύπρος	12.5	16.1
Λετονία	17.8	20.3
Λιθουανία	17.2	19.8
Λουξεμβούργο	14.0	14.4
Ουγγαρία	16.4	19.3
Μάλτα	14.2	18.7
Ολλανδία	15.0	19.2
Αυστρία	17.4	18.8
Πολωνία	13.5	17.7
Πορτογαλία	18.0	21.8
Ρουμανία	16.1	18.5
Σλοβενία	16.4	19.8
Σλοβακία	12.2	16.0
Φιλανδία	16.7	21.8
Σουηδία	17.8	19.9
Ηνωμένο Βασίλειο	16.1	18.4
Ισλανδία	11.6	14.2
Λιχτενστάιν	12.9	17.9
Νορβηγία	14.7	17.2
Ελβετία	16.6	18.5
Μαυροβούνιο	12.9	15.2
Αλβανία	10.4	14.1
Σερβία	17.1	20.4
Τουρκία	6.8	8.8
Νότια Μακεδονία	11.5	14.1

Πίνακας 1. Πηγή Eurostat

Φαίνεται λοιπόν, πως η Ιταλία βρίσκεται στην 1^η θέση με τα μεγαλύτερα ποσοστά ηλικιωμένων κατοίκων (65 ετών και άνω), στα 22,8%. Στη δεύτερη θέση βρίσκεται η Ελλάδα

με ποσοστό 22,0%, στην τρίτη θέση βρίσκονται η Φιλανδία και η Πορτογαλία με ποσοστό 21,8% ενώ η Τουρκία καταλαμβάνει την τελευταία θέση με ποσοστό 8,8% (Eurostat).

2.3. Ο ηλικιωμένος στη σύγχρονη εποχή

Η αστικοποίηση, η βιομηχανοποίηση, η τουριστική ανάπτυξη, η ταχεία εξάπλωση των Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης, ο καταναλωτισμός και οι τεχνολογικές εξελίξεις, είναι μερικά από τα φαινόμενα που προκάλεσαν ριζικές αλλαγές στην ζωή των ανθρώπων.

Η κατάσταση των ηλικιωμένων σήμερα είναι ανάλογη με την κοινωνική τάξη στην οποία ανήκουν. Όσοι ανήκουν στην μεσαία και ανώτερη κοινωνική τάξη έχουν τη δυνατότητα να ζήσουν μια καλή ζωή ως συνταξιούχοι. Όσον αφορά το φύλο, οι γυναίκες, αποτελούν την πλειονότητα μεταξύ των ηλικιωμένων και έχουν μεγαλύτερο προσδόκιμο ζωής από το ανδρικό φύλο, εξαιτίας βιολογικών και κοινωνικών παραγόντων. Επιπλέον, οι γυναίκες έχουν περισσότερες ασχολίες στην καθημερινή τους ζωή (νοικοκυριό, ανατροφή παιδιών και εγγονιών), και αυτός είναι ένας παράγοντας που τους κρατά περισσότερο στη ζωή.

Η συνταξιοδότηση επηρεάζει τη ζωή των ηλικιωμένων, αφού ένα σημαντικό μέρος των εσόδων τους χάνεται με αποτέλεσμα αυτό να έχει κάποιες επιπτώσεις στον τρόπο με τον οποίο συνήθιζαν να ζουν. Το περιβάλλον είναι ένας επιπλέον παράγοντας που επηρεάζει τόσο την σωματική υγεία όσο και την ψυχική υγεία των ηλικιωμένων. Αρκετοί ηλικιωμένοι που ζουν σε μεγάλα αστικά κέντρα εμφανίζουν χρόνιες παθήσεις (Παγοροπούλου, 2000β).

2.4 Πολλαπλές Διαφοροποιήσεις την έννοιας της ηλικίας

Το 2000 η έναρξη της Τρίτης Ηλικίας προσδιορίστηκε μετά τα 65 έτη, ενώ τα επόμενα χρόνια προβλέφθηκε πως θα είναι τα 70 έτη. Ωστόσο, αυτή είναι μια χρονολογική και μόνο διάσταση καθώς δεν δείχνει την πραγματική ηλικία του ατόμου από βιολογική, ψυχολογική και κοινωνική άποψη. Η ηλικία είναι μια πολυσήμαντη έννοια. Συγκεκριμένα, η **Βιολογική Ηλικία** καθορίζεται από μετρήσεις του σώματος όπως η δύναμη, η αντοχή, η ταχύτητα, η ποιότητα του δέρματος και των μαλλιών, το χρώμα κ.α. Όταν ένας άνθρωπος ξεπεράσει τα 30 έτη, τα όργανά του αρχίζουν να φθείρονται με πολύ αργούς ρυθμούς.

Η **Ψυχολογική Ηλικία** καθορίζεται από την ποιότητα των νοητικών λειτουργιών, όπως είναι η μνήμη, η δημιουργικότητα, αλλά και από τη στάση που έχει το άτομο σε διάφορα ζητήματα της ζωής.

Η **Κοινωνική Ηλικία** προσδιορίζεται με βάση τις κοινωνικές απαιτήσεις των ατόμων, όπως είναι οι κοινωνικοί ρόλοι και οι δραστηριότητες στις οποίες θα αναμειχθούν.

Η **Ιατρική Ηλικία** διαμορφώνεται με βάση τη γενική κατάσταση της υγείας του ατόμου (Παγοροπούλου, 2000β).

Σύμφωνα με τον Αισχύλο, η ηλικία έφερνε σοφία. Αν και ο ποιητής αναφερόταν στην αρνητική εμπειρία της ηλικίας, και κυρίως στην απώλεια της σωματικής δύναμης, υποστήριζε ότι η πτώση των σωματικών ικανοτήτων δεν επηρεάζει το μυαλό ή το πνεύμα του ηλικιωμένου ατόμου. Αντίθετα, ο Σοφοκλής πίστευε πως το γήρας ήταν κάτι δυσάρεστο, μια εποχή επιδείνωσης της σωματικής και ψυχικής λειτουργίας (Parkar, 2015).

2.5 Χαρακτηριστικά Ηλικιωμένων

Ένα βασικό χαρακτηριστικό του γήρατος είναι ότι δεν μπορούμε να εντάξουμε τους ηλικιωμένους σε ομάδες με βάση τα κοινά τους στοιχεία, αφού υπάρχει μεγάλη ποικιλομορφία στην εμφάνισή του. Ο κάθε ηλικιωμένος πρέπει να αντιμετωπίζεται και να κατανοείται σαν μια ξεχωριστή βιολογική, ψυχολογική και κοινωνική οντότητα (Μαυροβουνιώτης & Αργυριάδου, 2008).

Άλλο χαρακτηριστικό του γήρατος είναι ότι υπάρχει μια γενετική βάση σχετικά με το ανώτατο όριο ζωής. Επίσης, στο γήρας υπάρχει μεγάλη υποκειμενικότητα, δηλαδή ο τρόπος βιώνονται οι βιολογικές διαδικασίες από τους ανθρώπους και από τις πολιτισμικές ομάδες είναι διαφορετικός. Ένα ακόμα χαρακτηριστικό του γήρατος είναι η μείωση της ζωτικότητας και της λειτουργικότητας των κυττάρων στα διάφορα όργανα (Πουλοπούλου- Εμκε, 1999).

Οι βιολογικές μεταβολές του γήρατος είναι αναμενόμενες και η πορεία τους δεν αναστρέφεται. Η πορεία αυτή έχει τα εξής χαρακτηριστικά.

- ✓ Είναι μια πολύπλοκη διαδικασία δομικών λειτουργικών αλλαγών που συνδέονται με την ηλικία και εμφανίζονται με την πάροδο του χρόνου
- ✓ Κάθε νέα μεταβολή προστίθεται σε αυτές που ήδη έχουν συμβεί
- ✓ Δημιουργούν αλλαγές που μειώνουν τη λειτουργικότητα του ατόμου
- ✓ Το γήρας είναι προοδευτικό στη διαμόρφωσή του και δεν εμφανίζεται ξαφνικά
- ✓ Οφείλεται σε εσωτερικές αιτίες

- ✓ Είναι αναπόδραστο, καθολικό και μη αναστρέψιμο
- ✓ Αρχίζει μετά τη σωματική ωριμότητα
- ✓ Καταλήγει στο θάνατο

Και ενώ οι βιολογικές μεταβολές επέρχονται με την πάροδο του χρόνου, κανείς δεν γνωρίζει σε ποια ηλικία θα ξεκινήσουν και ποια μορφή θα πάρουν. Ο χρόνος εμφάνισής τους και η μορφή που θα πάρουν οι αλλαγές δεν εξαρτώνται μόνο από τους βιολογικούς παράγοντες αλλά και από τους περιβαλλοντικούς και τον τρόπο ζωής (Κωσταρίδου- Ευκλείδη, 2008).

Όσο τα ηλικιωμένα άτομα μεγαλώνουν, μειώνεται σημαντικά η προσαρμοστικότητα, η ευαισθησία, η ακρίβεια και η αντοχή του οργανισμού. Το γήρας είναι ένα φυσικό φαινόμενο το οποίο εκδηλώνεται με διαφορετικούς ρυθμούς στον κάθε άνθρωπο, και εξαρτάται από γενετικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες. Επιπλέον, το γήρας αποτελεί ένα σύνολο φυσικών αλληλεπιδρώντων φαινομένων με βιολογικές, κοινωνικές, ψυχολογικές και οικονομικές διαστάσεις. Το φυσιολογικό γήρας έχει διαφορετικά χαρακτηριστικά από το παθολογικό γήρας. Μεγάλο ποσοστό ηλικιωμένων πάσχει από χρόνια νοσήματα και συνήθως περισσότερο από 1. Τα περισσότερα προβλήματα των ηλικιωμένων ατόμων είναι κινητικά, εγκεφαλικά και αγγειακά επεισόδια, ακράτεια και διανοητικές διαταραχές (Αναστασιάδου, 2015). Στον παρακάτω πίνακα αναγράφονται τα πιο συχνά προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ηλικιωμένοι άνδρες και γυναίκες.

ΟΙ ΠΕΝΤΕ ΣΥΧΝΟΤΕΡΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ ΑΝΑ ΦΥΛΟ ΚΑΙ ΒΑΘΜΟ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑΣ	
ΑΝΔΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ
Βλάβες ακοής	Αρθρίτις
Καρδιοπάθειες	Υπέρταση
Αρθρίτις	Βλάβες ακοής
Υπέρταση	Καρδιοπάθειες
Νόσοι Ουρήθρας	Ορθοπεδικά Προβλήματα

Πίνακας 2. Πηγή Κωσταρίδου- Ευκλείδη, 2011

2.6 Δικαιώματα και ανάγκες ηλικιωμένων

Τα άτομα Τρίτης Ηλίας έχουν τα ίδια δικαιώματα με τα άτομα που ανήκουν στις υπόλοιπες ηλικιακές ομάδες. Η Ευρωπαϊκή Ένωση το 2013 εξέδωσε έναν οδηγό με σκοπό την ενημέρωση και την υποστήριξη των ηλικιωμένων ατόμων, προκειμένου να ενημερωθούν για

την προάσπιση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων τους. Πολλές φορές τα ηλικιωμένα άτομα βρίσκονται σε ευάλωτη θέση αφού η υποστήριξη, η προστασία και η περίθαλψή τους εξαρτώνται από άλλους. Μερικά από τα ανθρώπινα δικαιώματα που έχει αναδείξει η Ευρωπαϊκή Σύμβαση για την προστασία των ηλικιωμένων ατόμων είναι: (Χάντε, 2017)

- Το δικαίωμα να μην υποβάλλονται σε βασανιστήρια ή να μην υπόκεινται σε απάνθρωπη ή εξευτελιστική μεταχείριση.
- Το δικαίωμα στο σεβασμό της ιδιωτικής και οικογενειακής ζωής, της κατοικίας και της αλληλογραφίας.
- Το δικαίωμα στη ζωή.

Οι ανάγκες των ηλικιωμένων είναι πολλές και διαφέρουν από άτομο σε άτομο. Ωστόσο, οι ανάγκες τους έχουν την ίδια σημασία με αυτές των νεότερων ανθρώπων. Σύμφωνα με την πυραμίδα του Maslow, οι ανθρώπινες ανάγκες ιεραρχούνται από τις πιο βασικές και απαραίτητες μέχρι την κορυφή, όπου πιο σύνθετες ανάγκες ολοκληρώνουν την ανθρώπινη ύπαρξη (Γκράτζιου, 2018).



Πυραμίδα Maslow (Γκράτζιου, 2018)

Όπως είδαμε, στη βάση της πυραμίδας βρίσκονται οι βασικές πρωτογενείς ανάγκες που σχετίζονται με την επιβίωση του ατόμου. Αυτές οι ανάγκες πρέπει να ικανοποιούνται από τους ηλικιωμένους για να μπορέσουν να περάσουν στα επόμενα επίπεδα ικανοποίησης. Ακολουθεί η ασφάλεια, όπου σύμφωνα με τον Maslow ο άνθρωπος πρέπει να αισθάνεται ασφαλής, έχοντας σπίτι, δουλειά, ασφάλιση και σύνταξη. Οι επόμενες ανάγκες είναι οι ανάγκες της κοινωνικής αποδοχής, της αγάπης και του ανήκειν. Ο άνθρωπος έχει ανάγκη να αισθάνεται αποδεκτός και πως ανήκει σε μια ομάδα. Στη συνέχεια, έρχονται οι ανάγκες της αυτοεκτίμησης. Ο άνθρωπος πρέπει να έχει τις δικές του απόψεις και πεποιθήσεις, να

πιστεύει στον εαυτό του και να νιώθει ικανοποιημένος. Τέλος, στην κορυφή της πυραμίδας βρίσκονται οι ανάγκες αυτοπραγμάτωσης, δηλαδή η αξιοποίηση των εσωτερικών ικανοτήτων, η δημιουργικότητα και η αίσθηση πληρότητας (Γκράτζιου, 2018).

2.7 Προβλήματα Ηλικιωμένων

Τα ηλικιωμένα άτομα αποτελούν μια ευάλωτη κοινωνική ομάδα καθώς αντιμετωπίζουν διάφορα σωματικά, ψυχικά και κοινωνικά προβλήματα, τα οποία πρέπει να αντιμετωπίσουν. Η έκθεση σε τοξικές ουσίες στην εργασία, η επίπονη εργασία, το κάπνισμα, η κατανάλωση αλκοόλ και η έλλειψη φυσικής άσκησης, μπορεί να έχουν επιπτώσεις στην υγεία μακροπρόθεσμα.

Τα πιο συχνά προβλήματα υγείας που παρουσιάζονται στους ηλικιωμένους και οδηγούν σε αναπηρία είναι οι χρόνιες παθήσεις όπως προβλήματα όρασης, απώλεια ακοής, χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, άνοια και καρκίνος διαφόρων ειδών. Επίσης, η αϋπνία είναι μια από τις πιο συχνές διαταραχές στους ηλικιωμένους. Οι αλλαγές στα πρότυπα του ύπνου είναι μέρος της φυσιολογικής διαδικασίας της γήρανσης. Σύμφωνα με το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών (DSM -5), η αϋπνία ορίζεται ως η διαταραχή της διαδικασίας του ύπνου με καθυστερημένη έναρξη ύπνου, ανεπαρκή διάρκεια ύπνου και πτωχή ποιότητα ύπνου. Προκαλεί κλινικά σημαντική δυσφορία και εμφανίζεται τουλάχιστον 3 νύχτες την εβδομάδα για 3 εβδομάδες, παρά την επαρκή δυνατότητα για ύπνο. Η αϋπνία μπορεί να οδηγήσει σε προβλήματα μνήμης, κατάθλιψη, ευερεθιστότητα, αυξημένο κίνδυνο καρδιακής νόσου και σε αυτοκινητιστικά ατυχήματα. Αν και ο επιπολασμός της αϋπνίας στον ηλικιωμένο πληθυσμό είναι υψηλός, υπάρχει μεγάλη ποικιλία αναφορών από διαφορετικά μέρη στον κόσμο. Οι διαφορές των φύλων στην αϋπνία δεν μπορούν να αγνοηθούν καθώς η αϋπνία είναι σημαντικά υψηλότερη στις γυναίκες. Το άγχος είναι ένας παράγοντας που μειώνει την διάρκεια του ύπνου. Άλλα ιατρικά προβλήματα που μπορούν επίσης να προκαλέσουν διαταραχές ύπνου στα γηρατειά είναι η υπέρταση, ο σακχαρώδης διαβήτης, η νεφρική ανεπάρκεια, οι αναπνευστικές παθήσεις, οι ανοσολογικές διαταραχές και η γαστροϊσοφαγική παλινδρόμηση (Gulia & Kuman, 2018).

Επιπλέον, στους ηλικιωμένους παρατηρούνται και δερματικές διαταραχές. Οι πιο συχνές περιλαμβάνουν γεροντικά αγγειώματα, ξηρώσεις, κονδυλώματα, κηρούς, οίδημα ποδιών και κνησμό, ονχομυκητιάσεις (Reszeke, Pelka, Walasek, Machaj & Reich, 2015). Ένα άλλο συχνό πρόβλημα είναι οι πτώσεις των ηλικιωμένων. Η συχνότητα εμφάνισης των πτώσεων

αυξάνεται με την ηλικία και ενδέχεται να επηρεάζει το 45% του πληθυσμού των ηλικιωμένων άνω των 75 ετών. Οι πτώσεις μειώνουν την λειτουργικότητα των ατόμων, την ανεξαρτησία τους και σπάνια μπορεί να οδηγήσουν σε θάνατο (Cebolla, Rodacki, Bento, 2015).

Έρευνες έχουν δείξει ότι η μοναξιά είναι ένα σημαντικό πρόβλημα των ηλικιωμένων, αφού το 40% έως 50% των ατόμων άνω των 80 ετών αναφέρουν ότι νιώθουν μόνοι. Η ανάγκη για κοινωνική συναναστροφή μπορεί να οδηγήσει ένα άτομο σε εμφάνιση σωματικών συμπτωμάτων ή επιδείνωση χρόνιων ασθενειών και αύξηση της ανάγκης για υπηρεσίες υγείας. Η μοναξιά και ο κοινωνικός αποκλεισμός μπορεί να οδηγήσουν σε κατάθλιψη, αρτηριακή πίεση, κακό ύπνο, στρες κ.λ.π.

Άλλα προβλήματα είναι των ηλικιωμένων είναι οι ανεπαρκείς υπηρεσίες υγείας που τους προσφέρονται, το χαμηλό βιοτικό επίπεδο, η λανθασμένη κοινωνική συμπεριφορά απέναντι τους και έλλειψη σεβασμού στα ανθρώπινα δικαιώματα των ηλικιωμένων (Paskaleva & Tufkova, 2017).

Για να αντιμετωπίζονται αποτελεσματικά τα προβλήματα των ηλικιωμένων πρέπει να ληφθούν υπόψη τα εξής:

- ✓ Ενημέρωση των ηλικιωμένων σχετικά με τις υπηρεσίες στις οποίες μπορούν να απευθυνθούν για να ζητήσουν βοήθεια σε περίπτωση που αντιμετωπίζουν κάποιο πρόβλημα υγείας.
- ✓ Δημιουργία ειδικών τμημάτων στα Κέντρα Υγείας για άτομα Τρίτης Ηλικίας.
- ✓ Ανάδειξη της σημασίας του οικογενειακού ιατρού.
- ✓ Οργάνωση υπηρεσιών με σκοπό την κατ' οίκον περίθαλψη των ατόμων και τη διευθέτηση του οικιακού τους περιβάλλοντος με σκοπό την αυτονομία τους.
- ✓ Έμφαση στις ειδικές φαρμακολογικές παρεμβάσεις στο γήρας.
- ✓ Αποφυγή του εγκλεισμού στα ιδρύματα (το 5% των ατόμων άνω των 65 ετών αναγκάζεται να μείνει σε ίδρυμα για το υπόλοιπο της ζωής του, τα άτομα αυτά πάσχουν από σοβαρές ασθένειες όπως άνοια, καρκινώματα κλπ. (Βιολάκη-Παρασκευά, 2000).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Η ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

3.1 Ορισμός κατάθλιψης στην Τρίτη Ηλικία

«Με τον όρο κατάθλιψη εννοούμε την κατάσταση στην οποία βρίσκεται ο ασθενής, κατά την οποία το αίσθημα θλίψης, απογοήτευσης, και ανημποριάς είναι πολύ πιο έντονο από μια απλή μελαγχολία καθώς το άτομο δεν επηρεάζεται θετικά από τα ευχάριστα γεγονότα που συμβαίνουν στο περιβάλλον του. Επιπλέον, υποβαθμίζεται σημαντικά η λειτουργικότητα του ασθενούς σε όλους τους τομείς της καθημερινής του ζωής και μπορεί να διαρκέσει εβδομάδες ή και μήνες» (Παγοροπούλου, 2000α).

Έρευνες που έγιναν, με την υποστήριξη του Εθνικού Ινστιτούτου για την γήρανση των ΗΠΑ, έδειξαν ότι το γήρας καθαυτό δεν αποτελεί παράγοντα επικινδυνότητας για την ανάπτυξη της κατάθλιψης. Η πτώση της φυσικής υγείας και η λειτουργική ανικανότητα των ηλικιωμένων ατόμων αποτελούν τους παράγοντες για την εμφάνιση της καταθλιπτικής διαταραχής (Παγοροπούλου, 2000α).

Η κατάθλιψη είναι μια νόσος που παρατηρείται πολύ συχνά σε άτομα Τρίτης Ηλικίας, ιδιαίτερα όταν υπάρχουν χρόνιες σωματικές ασθένειες και ιδρυματοποίηση. Όταν λοιπόν το άτομο πάσχει από κατάθλιψη χρησιμοποιεί εντατικά τις υπηρεσίες υγείας και τις κοινωνικές υπηρεσίες. Στην περίπτωση αυτή, η κατάθλιψη είναι επίμονη και σοβαρή αφού συνήθως ο ασθενής δεν λαμβάνει θεραπεία. Αυτό συμβαίνει γιατί οι γιατροί, οι ασθενείς και οι φροντιστές των ηλικιωμένων θεωρούν ότι είναι αποτέλεσμα των ανεπιθύμητων ενεργειών και ελλειμμάτων που προσλαμβάνουν οι ηλικιωμένοι. Αυτού του είδους η κατάθλιψη όμως θα πρέπει να θεωρείται ως παθολογική και δυνητικά θεραπεύσιμη (Katona&Katona, 2001).

Τα ηλικιωμένα καταθλιπτικά άτομα μεταπίπτουν συχνότερα σε χρόνια καταθλιπτική συμπτωματολογία και ιδιαίτερα ασθενείς με συνυπάρχουσα σωματική νόσο, μεγάλη διάρκεια του καταθλιπτικού επεισοδίου και απουσία κοινωνικών υποστηρικτικών υπηρεσιών (Χριστοδούλου & Κονταξάκης, 2000).

Μελέτη που έγινε στην Φιλανδία το 1988 από τους Kivela & Pahkala έδειξε οι ηλικιωμένοι καταθλιπτικοί άνδρες είχαν περισσότερες διαταραχές ύπνου και απώλεια ενδιαφερόντων από τις γυναίκες, ενώ οι γυναίκες παρουσίαζαν συχνότερα ενοχές, άγχος, εναλλαγές στη διάθεση κατά τη διάρκεια της ημέρας καθώς και σωματικά ενοχλήματα (Katona & Katona, 2001).

Η κατάθλιψη στην Τρίτη Ηλικία είναι δύσκολο να ανιχνευτεί καθώς τα συμπτώματα θεωρούνται αποτέλεσμα της γήρανσης παράλληλα με τα σωματικά νοσήματα που

εμφανίζονται σε αυτές τις ηλικίες. Πολλά καταθλιπτικά συμπτώματα μπορεί να παρατηρηθούν σε ηλικιωμένους οι οποίοι δεν είναι καταθλιπτικοί, και εκεί κυριαρχεί μια σύγχυση. Καθώς οι άνθρωποι γερνούν το πρόγραμμα του ύπνου τους αλλάζει με αποτέλεσμα να παραπονιούνται για διαταραχή ύπνου, παρόμοια με αυτή που παρατηρείται στην κατάθλιψη. Σύμφωνα με τους Livingston et al όπως αναφέρεται στο βιβλίο Katona & Katona 2001, οι διαταραχές ύπνου μπορεί να υποδηλώνουν και μελλοντική έναρξη κατάθλιψης. Σκέψεις θανάτου, μειωμένη ενέργεια και κινητική επιβράδυνση είναι συμπτώματα γήρανσης αλλά και συμπτώματα για σωματικές νόσους.

Η διάκριση της κατάθλιψης και της άνοιας είναι εξίσου μια δύσκολη διαδικασία, αλλά η αναγνώριση και των δύο είναι πολύ σημαντική προκειμένου να δοθεί η κατάλληλη θεραπεία. Επιπλέον, το άγχος δυσκολεύει την διάγνωση της κατάθλιψης, όμως αν αναγνωριστούν σε σύντομο χρονικό διάστημα υπάρχει αποτελεσματικότητα στη θεραπεία (Katona & Katona, 2001).

Για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης του ηλικιωμένου ατόμου εφαρμόζονται βιολογικού τύπου θεραπείες (αντικαταθλιπτικά φάρμακα και ηλεκτροσπασμοθεραπεία) η και ψυχολογικού τύπου θεραπείες (υποστηρικτική, γνωσιακή, συμπεριφορολογική ψυχοθεραπεία κ.α.) (Χριστοδούλου & Κονταξάκης, 2000). Ειδικότερα, τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα μπορούν να χρησιμοποιηθούν από τους ηλικιωμένους όπως και οι μικρότερες ηλικίες, μάλιστα, τα νέα αντικαταθλιπτικά έχουν λιγότερες ανεπιθύμητες ενέργειες, είναι πιο ανεκτά και έχουν περισσότερα πλεονεκτήματα γι' αυτές τις ηλικίες. Όσον αφορά τις ψυχολογικές θεραπείες (ιδιαίτερα στη γνωσιακή θεραπεία- θεραπεία συμπεριφοράς), οι ηλικιωμένοι δεν είναι αρκετά σταθεροί στον τρόπο σκέψης τους ώστε να μπορούν να απαντήσουν σε θεραπείες που περιλαμβάνουν συνομιλία. Ιδανική για την ανίχνευση του άγχους είναι η ομάδα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας που παρέχει την κατάλληλη θεραπεία (Katona & Katona, 2001).

3.2 Επιδημιολογικά στοιχεία κατάθλιψης στην Τρίτη Ηλικία

Η κατάθλιψη συναντάται πολύ συχνά στα ηλικιωμένα άτομα. Πιθανοί λόγοι είναι ότι πολλοί ηλικιωμένοι μένουν μόνοι, ενώ μπορεί να αντιμετωπίζουν και προβλήματα υγείας (Χριστοδούλου & Κονταξάκης, 2000). Η κατάθλιψη αποτελεί την πιο συχνή διαταραχή ψυχικής υγείας στην Τρίτη Ηλικία με ποσοστό εμφάνισης 11-16% (Παπαδημητρίου, Λιάππας & Λυκούρας, 2013).

Έπειτα από έρευνα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας που συνεργάστηκε με την Παγκόσμια Τράπεζα του ΟΗΕ, βρέθηκε πως το 50% των ασθενειών είναι ψυχικής φύσεως. Σύμφωνα με τον δείκτη DALYS η κατάθλιψη καταλαμβάνει την τέταρτη θέση παγκοσμίως καθώς το 6-8% του πληθυσμού στον πλανήτη πάσχει από καταθλιπτική διαταραχή, που σημαίνει ότι 450-500 εκατομμύρια άτομα νοσούν (WHO, 2015).

Επιπλέον, έρευνα που έκανε ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας στις ευρωπαϊκές χώρες έδειξε πως το 2010 η συχνότητα της κατάθλιψης στους ηλικιωμένους ήταν 20%, που πιθανολογείται να ανέλθει στο 25% εως το έτος 2030. Παράλληλα, η Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία το 2012 ανακοίνωσε πως το 2020 θα έφτανε το 24% (Παπαδημητρίου και συν., 2013).

Σε μελέτη που έγινε τον Μάρτιο 2020, με συμμετέχοντες ηλικιωμένους κατοίκους γηροκομείων, αναφέρεται ότι τα τελευταία δέκα χρόνια τα ποσοστά της κατάθλιψης έχουν αυξηθεί σημαντικά, και ένας από τους βασικούς λόγους είναι η γήρανση του πληθυσμού. Όσο ο άνθρωπος γερνά αυξάνονται οι πιθανότητες να εμφανίσει κατάθλιψη, αφού 1 στα 10 άτομα, ηλικίας 65-84 ετών, παρουσιάζει ένα μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο. Ο λόγος δεν είναι η γήρανση αλλά οι παράγοντες που συνδέονται με το γήρας, όπως η αναπηρία, ο πόνος, η άνοια, η συνταξιοδότηση, η χαμηλή αυτοεκτίμηση, η αντίληψη για την υγεία και οι χρόνιες ασθένειες. Η κατάθλιψη είναι πιο συχνή σε άτομα που διαμένουν σε οίκο ευγηρίας (30%), σε σύγκριση με τους ηλικιωμένους που ζουν στην κοινότητα (Κουβάτσου, Ηλιάδου, Καλατζή, Σακελλάρη, Πράπας, Καλαφάτη & Τζιαφέρη, 2020).

Οι περισσότερες επιδημιολογικές έρευνες έδειξαν ότι η καταθλιπτική συμπτωματολογία στους ηλικιωμένους είναι πολύ πιο συχνή ενώ η νοσηρότητα από κατάθλιψη είναι ίση ή και χαμηλότερη από αυτή που παρατηρείται στον γενικό πληθυσμό, όμως υπάρχουν και διαφορές από έρευνα σε έρευνα. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι ένας ηλικιωμένος μπορεί παράλληλα να έχει κάποια γνωσιακή δυσλειτουργία, ύπαρξη σωματικής νοσηρότητας, που να τροποποιεί την κλασική εικόνα της κατάθλιψης, καθώς επίσης και απουσία συνεργασίας του ηλικιωμένου ασθενή ή και της οικογένειας με τις ψυχιατρικές υπηρεσίες. Οι διαφορές που παρατηρούνται παρακάτω οφείλονται, επιπλέον, στο γεγονός ότι μελετούνται διαφορετικοί πληθυσμοί (κοινοτικός πληθυσμός, οίκοι ευγηρίας, ιατρικές νοσηλευτικές μονάδες κ.α.), διαφορετικές ηλικίες ασθενών καθώς επίσης χρησιμοποιούνται και διαφορετικά διαγνωστικά εργαλεία. Η μείζον κατάθλιψη εμφανίζεται στα ηλικιωμένα άτομα σε συχνότητα 3-12%, και διπλασιάζεται μετά τα 70-85 έτη, η δυσθυμία 4-38% ενώ η καταθλιπτική συμπτωματολογία από 11-44%. Επιπλέον, η κατάθλιψη εμφανίζεται σε ποσοστό 13-40% για τους ηλικιωμένους που ζητούν εξωνοσοκομειακή περίθαλψη ενώ για τους ηλικιωμένους που ήδη νοσηλεύονται

σε ιατρικές μονάδες η συχνότητα εμφάνισης της κατάθλιψης είναι 10-45%. Σε οίκους ευγηρίας και γηροκομεία η κατάθλιψη των ηλικιωμένων εμφανίζεται σε συχνότητα 30-44% . Όσον αφορά το φύλο, οι γυναίκες εμφανίζουν πιο συχνά κατάθλιψη από τους άνδρες (Χριστοδούλου & Κονταξάκης, 2000). Συγκεκριμένα, η πιθανότητα ένα άτομο να νοσήσει από κατάθλιψη είναι 10-20% για τις γυναίκες και 5-12% για τους άνδρες (WHO 2015). Στατιστικά στην Τρίτη Ηλικία οι γυναίκες είναι περισσότερες από τους άνδρες και πιθανολογείται πως το 2050 οι γυναίκες θα αποτελούν το 75% του συνολικού πληθυσμού των ατόμων της Τρίτης Ηλικίας (Παπαδημητρίου και συν., 2013).

Περίπου το 60-70% των ηλικιωμένων καταθλιπτικών ασθενών δεν έχουν απευθυνθεί ποτέ σε κάποιον ειδικό για να ζητήσουν βοήθεια ενώ το 60% των καταθλιπτικών ηλικιωμένων, που ζήτησαν βοήθεια από τον γιατρό, δεν διαγνώστηκαν με κατάθλιψη ή υποθεραπεύτηκαν (Χριστοδούλου & Κονταξάκης, 2000).

3.3 Παράγοντες επικινδυνότητας

Οι παράγοντες που μπορεί να οδηγήσουν ένα άτομο στην εμφάνιση καταθλιπτικής διαταραχής είναι οι γενετικοί παράγοντες, η επίδραση της σωματικής ασθένειας και αδυναμίας, οι παράγοντες που συνδέονται με την προσωπικότητα του ηλικιωμένου και οι κοινωνιοδημογραφικοί παράγοντες. Ειδικότερα:

Γενετικοί παράγοντες

Εδώ οι καταθλιπτικοί ασθενείς διακρίνονται σε δύο κατηγορίες: σε αυτούς παρουσίασαν κάποιο καταθλιπτικό επεισόδιο από την νεαρή τους ηλικία, και σε αυτούς που το πρώτο καταθλιπτικό επεισόδιο εμφανίστηκε όταν είχαν ήδη μπει στην Τρίτη Ηλικία. Σύμφωνα με τον Hopkinson, 1964 στο Παγοροπούλου, 2000 -η γεροντική κατάθλιψη, όσα άτομα εμφάνισαν κατάθλιψη πριν από τα 50 τους έτη, υπάρχει διπλάσια πιθανότητα κάποιος συγγενείς τους πρώτου βαθμού να πάσχει από κατάθλιψη, σε σχέση με εκείνους που εμφάνισαν κατάθλιψη μετά τα 50 τους έτη.

Επίδραση σωματικής ασθένειας και αδυναμίας

Υπάρχει μεγάλη αλληλεπίδραση μεταξύ της κατάθλιψης και της σωματικής υγείας, αφού όταν επιδεινώνεται η μια επιδεινώνεται και η άλλη αντίστοιχα. Έτσι, γίνεται αντιληπτό πως η

κατάθλιψη προσβάλλει ευκολότερα άτομα εύθραυστα, φιλάσθενα, καχεκτικά, άτομα με αισθητηριακές δυσλειτουργίες και οργανικά ψυχοσύνδρομα (Παγοροπούλου, 2000α).

Παράγοντες προσωπικότητας

Η εμφάνιση της κατάθλιψης στην Τρίτη Ηλικία συναντάται πιο συχνά σε άτομα που στην ενήλικη ζωή τους αντιμετώπιζαν προβλήματα προσωπικότητας. Για παράδειγμα, άτομα με υψηλά επίπεδα άγχους, με φτωχές διαπροσωπικές σχέσεις, με χαμηλή αυτοεκτίμηση και αισθήματα κατωτερότητας είναι πιο επιρρεπή στην εμφάνιση της κατάθλιψης (Παγοροπούλου, 2000α). Επιπλέον, η έλλειψη κινήτρων οδηγεί το άτομο σε απραξία, αφού χάνει το ενδιαφέρον του για δραστηριότητες στις οποίες συμμετείχε ενεργά και με ευχαρίστηση στο παρελθόν, και αδιαφορία για οτιδήποτε συμβαίνει γύρω του (Παγοροπούλου, 2000β).

Κοινωνιοδημογραφικοί παράγοντες

Έρευνες έχουν δείξει ότι η απώλεια εισοδήματος και κοινωνικής θέσης καθώς και η έλλειψη κοινωνικοποίησης μπορούν να οδηγήσουν τον ηλικιωμένο στην κατάθλιψη.

Ακόμα, η παροχή φροντίδας σε άτομα που πλέον δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν, μπορεί να γίνει η αιτία για εμφάνιση κάποιας διαταραχής στους φροντιστές των ατόμων αυτών και κυρίως στους φροντιστές ατόμων με άνοια.

Η ελλιπής μόρφωση είναι ένας ακόμα παράγοντας που παίζει σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση της κατάθλιψης σε οποιοδήποτε ηλικία, προσβάλλοντας κυρίως το γυναικείο φύλο. Ωστόσο, οι ηλικιωμένοι άνδρες, με υψηλό μορφωτικό επίπεδο, μπορεί να εμφανίσουν κατάθλιψη εξαιτίας της συνταξιοδότησης, αφού γι' αυτούς είναι «κοινωνική αγχόνη».

Επιπλέον, η οικογενειακή κατάσταση παίζει σημαντικό ρόλο στην ψυχική υγεία του ατόμου. Άτομα άγαμα και κυρίως διαζευγμένα ή σε διάσταση έχουν περισσότερες πιθανότητες να αποκτήσουν κατάθλιψη.

Τα στρεσογόνα γεγονότα της ζωής, όπως η απώλεια κάποιου αγαπημένου προσώπου ή ακόμα και η απώλεια ενός πολύτιμου αντικειμένου για τον ηλικιωμένο, μπορεί να προκαλέσουν έντονο στρες και κατάθλιψη. Βέβαια, έχει αποδειχθεί ότι το πένθος επηρεάζει πιο εύκολα τις νεότερες ηλικίες, καθώς οι ηλικιωμένοι θεωρούν τον θάνατο του/της συντρόφου τους φυσικό γεγονός, ακόμα και αν ο θάνατος είναι ξαφνικός και απότομος. Τα καταθλιπτικά συμπτώματα αυξάνονται αμέσως μετά τον θάνατο του/ της συντρόφου, με τις γυναίκες να επανέρχονται πιο γρήγορα στην προ του θανάτου κατάσταση της ψυχικής υγείας τους, σε αντίθεση με τους άνδρες οι οποίοι βιώνουν πιο έντονα το πένθος και σπάνια συνέρχονται. Αυτό συμβαίνει γιατί

οι γυναίκες βρίσκουν παρηγοριά σε άτομα του οικογενειακού ή φιλικού τους περιβάλλοντος ενώ οι άνδρες, που τόσα χρόνια στηρίζονταν στην σύζυγο τους, αρνούνται να βρεθούν σε νέον υποστηρικτικό περιβάλλον.

Η έκπτωση των νοητικών λειτουργιών μπορεί να οδηγήσει ένα άτομο στην καταθλιπτική διαταραχή εξαιτίας της ατροφίας του εγκεφάλου. Το άτομο μπορεί να παρουσιάσει τα εξής συμπτώματα: μελαγχολία, ψυχοκινητική επιβράδυνση, γνωστικές βλάβες κ.α.. Σε αυτές τις περιπτώσεις η κατάθλιψη μπορεί να είναι πρωτογενής ή δευτερογενής, δηλαδή μπορεί να συνοδεύεται με τη νόσο Alzheimer.

Οι νευροχημικές μεταβολές είναι ένας σημαντικός προβλεπτικός παράγοντας για την εκδήλωση της γεροντικής άνοιας και κατάθλιψης (Παγοροπούλου, 2000α).

3.4 Προστατευτικοί Παράγοντες

Η καλή φυσική κατάσταση είναι ο σημαντικότερος παράγοντας για την διατήρηση της ψυχικής και σωματικής υγείας ενός ανθρώπου. Οι προληπτικές εξετάσεις, η σωστή διατροφή με την πρόσληψη βιταμινών και μεταλλικών αλάτων, βοηθούν το νευρικό σύστημα να λειτουργεί σωστά.

Οι ηλικιωμένοι πρέπει να υποβάλλονται σε ενδοκρινολογικές εξετάσεις, καθώς μπορεί να παρατηρηθούν διαταραχές στον θυρεοειδή. Η συννοσηρότητα επιβαρύνει την υγεία των ηλικιωμένων, οι οποίοι υποχρεούνται να ακολουθήσουν φαρμακευτική αγωγή προκειμένου να αντιμετωπίσουν τα συμπτώματα.

Η φυσικοθεραπεία και η εργοθεραπεία μπορεί να προστατέψουν τον ηλικιωμένο από τα καταθλιπτικά συμπτώματα. Τέλος, σημαντικό είναι ο ηλικιωμένος να εισπράττει αγάπη και στήριξη, όχι μόνο από το οικογενειακό και φιλικό του περιβάλλον αλλά και από την ίδια την κοινότητα στην οποία ανήκει (Παγοροπούλου, 2000α).

3.5 Διάγνωση της κατάθλιψης και Κλινικά Χαρακτηριστικά

Η κατάθλιψη στους ηλικιωμένους δεν είναι τόσο εμφανής όσο στις άλλες ηλικίες. Αυτό συμβαίνει γιατί τα άτομα άνω των 65 ετών δεν παρουσιάζουν αλλαγές στη διάθεση αλλά “υποχονδριακές” σωματικές ενοχλήσεις για τις οποίες καμία αντίστοιχη αιτία δεν μπορεί να βρεθεί. Ο λόγος που συμβαίνει αυτό είναι πως οι ηλικιωμένοι καταθλιπτικοί ασθενείς συχνά είναι “αλεξιθυμικοί”, δηλαδή δεν μπορούν να εκφράσουν τα συναισθήματά τους με λέξεις και

αντ' αυτού εκφράζουν τα συναισθήματά τους με πόνο και σωματικά ενοχλήματα (Katona & Katona, 2001).

Διαφορές στα συμπτώματα μεταξύ μεγαλύτερων και μικρότερων σε ηλικία καταθλιπτικών ασθενών	
Συμπτώματα που παρατηρούνται ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟ συχνά σε ηλικιωμένους ασθενείς	Συμπτώματα που παρατηρούνται ΛΙΓΟΤΕΡΟ συχνά σε ηλικιωμένους ασθενείς
Διαταραχές ύπνου Υποχονδριακά συμπτώματα Ευερεθιστότητα Αλεξιθυμία	Λύπη Αυτοκτονικές τάσεις

Πίνακας 1 (Dawnes et al., 1988, at the book Katona & Katona 2001)

Το 1998, οι Downes et al. παρατήρησαν ότι τα πιο σημαντικά συμπτώματα της κατάθλιψης σε άτομα Τρίτης Ηλικίας είναι συναισθηματικά και σωματικά. Στα συναισθηματικά συμπτώματα ανήκαν η ανησυχία, το κλάμα, ο φόβος για το μέλλον και το αίσθημα ότι η ζωή δεν αξίζει, ενώ στα σωματικά συμπτώματα ανήκαν το αίσθημα της “επιβράδυνσης” και της απάθειας.

Σε μελέτη που έκαναν οι Oxman et al. (1990) για τα συμπτώματα που εμφάνιζαν τα ηλικιωμένα άτομα (άνω των 60 ετών) αλλά και τα άτομα μικρότερης ηλικίας (18 έως 59 ετών), με ήπια κατάθλιψη, βρέθηκε ότι οι ηλικιωμένοι καταθλιπτικοί ασθενείς είναι περισσότερο ευερέθιστοι και εμφανίζουν απώλεια ενδιαφερόντων.

Οι Prince et al (1999), πήραν δείγματα από την κοινότητα, από 14 ευρωπαϊκές χώρες, για να μελετήσουν τα συμπτώματα και ανέφεραν δύο κύριες ομάδες συμπτωμάτων: (Katona & Katona, 2001)

Ομαδοποιημένα συμπτώματα που παρατηρούνται σε ηλικιωμένους καταθλιπτικούς ασθενείς	
Ομάδα Συναισθηματικών συμπτωμάτων	Ομάδα συμπτωμάτων σχετικών με την κινητοποίηση
Μειωμένη διάθεση Εύκολο κλάμα Ευχές για θάνατο	Απώλεια ενδιαφερόντων Φτωχή συγκέντρωση Έλλειψη χαράς

Πίνακας 2 (Prince et al., 1999, at the book Katona & Katona 2001)

3.6 Κατάθλιψη και Σωματικά Νοσήματα

Η επικράτηση της κατάθλιψης στους ηλικιωμένους είναι πολύ υψηλότερη στους χρήστες ιατρικών υπηρεσιών απ' ό τι στον γενικό πληθυσμό. Η κατάθλιψη επηρεάζει τις κοινωνικές δραστηριότητες των ατόμων περισσότερο από τις παθήσεις της καρδιάς και των πνευμόνων, την αρθρίτιδα, την υπέρταση και τον σακχαρώδη διαβήτη, καθώς οδηγεί σε μεγαλύτερη μείωση της λειτουργικότητας από τις ασθένειες αυτές (Αλεξόπουλος, 1999).

Σύμφωνα με τη μελέτη CIMA, τα άτομα που πάσχουν από κάποια σωματική νόσο παρουσιάζουν κατάθλιψη 2 φορές πιο συχνά από τα άτομα στα οποία δεν έχει τεθεί κάποια διάγνωση. «Ο συνολικός μέσος αριθμός ιατρικών διαγνώσεων σε καταθλιπτικούς ασθενείς ήταν 8 σε σχέση με 3 σε μη καταθλιπτικούς ασθενείς» (Αλεξόπουλος, 1999, σελ. 251). Επιπλέον, παρατηρήθηκε ότι στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων, το 75% των ασθενών με συχνές επισκέψεις αντιμετώπιζε καταθλιπτικά συμπτώματα. Με βάση τη μελέτη CIMA λοιπόν, οι ασθενείς αυτοί είχαν διπλάσιο αριθμό ραντεβού ανά έτος σε σχέση με τους μη καταθλιπτικούς ασθενείς (5.5 έναντι 2.9), καθώς επίσης η παραμονή τους κατά την επίσκεψή τους στα ιατρεία ήταν μεγαλύτερη σε διάρκεια από τους μη καταθλιπτικούς ασθενείς. Οι καταθλιπτικοί ασθενείς, σε ποσοστό 65%, έπαιρναν περισσότερα από 5 φάρμακα σε αντίθεση με τους μη καταθλιπτικούς ασθενείς, σε ποσοστό 35,9% (Αλεξόπουλος, 1999).

Οι ασθενείς με κατάθλιψη που κάνουν χρήση των υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας επιβαρύνουν οικονομικά το σύστημα της υγείας 2 φορές περισσότερο σε σχέση με τους μη καταθλιπτικούς ασθενείς που αντιμετωπίζουν τα ίδια νοσήματα. Αυτό συμβαίνει γιατί στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας η κατάθλιψη υποδιαγιγνώσκεται. Μελέτες σε

ασθενείς διαφόρων ηλικιών έδειξαν ότι μόνο το 35-43% των καταθλιπτικών ασθενών διαγιγνώσκεται από τους γιατρούς τους. Όμως, ακόμα και αν η κατάθλιψη διαγιγνώσκεται, δεν αντιμετωπίζεται επαρκώς στο επίπεδο της Π.Φ.Υ., τόσο για τους νεότερους ασθενείς, όσο και για τους ηλικιωμένους. Σχεδόν μόνο το 11% των ασθενών με κατάθλιψη, που είναι χρήστες των υπηρεσιών της Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης, λαμβάνουν αντικαταθλιπτική θεραπεία, ενώ το 34% των ασθενών δεν αντιμετωπίζονται επαρκώς και το 55% δεν υποβάλλεται σε θεραπεία. Τέλος, τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα μπορεί να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής των καταθλιπτικών ασθενών που πάσχουν από σωματικά νοσήματα (Carballo et al., 2014).

3.7 Κατάθλιψη και Άνοια

Η γνωσιακή έκπτωση μπορεί να συνυπάρχει με την με την κατάθλιψη, πράγμα που κάνει αρκετά δύσκολη τη διάγνωση. Τα συμπτώματα μπορεί να παρουσιάζονται ως αρχικά ή πρόδρομα συμπτώματα άνοιας. Υπάρχουν ενδείξεις ότι η ύπαρξη προηγούμενου ιστορικού κατάθλιψης μπορεί να αυξήσει την πιθανότητα για ανάπτυξη άνοιας (Katona & Katona, 2001).

Ο όρος «άνοια» δεν αφορά μια μόνο ασθένεια, αλλά ένα σύνολο χρόνιων ασθενειών που έχουν ως κοινό χαρακτηριστικό την πτώση των νοητικών λειτουργιών. Όλες οι άνοιες έχουν ως αποτέλεσμα την ατροφία του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος (CNS). Η πιθανότητα να αποκτήσει άνοια ένας άνθρωπος αυξάνεται με την άνοδο της ηλικίας. Οι ηλικιωμένοι που πάσχουν από άνοια ανήκουν στο 2-3% του συνολικού πληθυσμού των ατόμων Τρίτης Ηλικίας. Έρευνα έχει δείξει ότι το 20-30% των ηλικιωμένων, άνω των 85 ετών, πάσχει από γεροντική άνοια. Οι Αμερικάνοι ερευνητές αναφέρουν ότι η γεροντική άνοια θα είναι το πιο συχνό πρόβλημα, όσο περνούν τα χρόνια (Παγοροπούλου, 2000β).

Περίπου το 50% των ασθενών με άνοια παρουσιάζει καταθλιπτικά συμπτώματα. Στις υποφλοιώδεις άνοιες (π.χ. αγγειακή άνοια, νόσος του Parkinson, και νόσος του Huntington) είναι πιο πιθανό να εμφανιστούν καταθλιπτικά συμπτώματα απ' ότι στις φλοιώδεις άνοιες (π.χ. νόσος Alzheimer). Υπάρχει μεγάλη δυσκολία στη διάγνωση μεταξύ κατάθλιψης και άνοιας, αφού οι δύο αυτές ασθένειες παρουσιάζουν πολλές ομοιότητες. Οι ασθενείς με νόσο Alzheimer έχουν τα εξής συμπτώματα: έλλειψη ενδιαφέροντος, έλλειψη ενέργειας, δυσκολία συγκέντρωσης, ψυχοκινητική επιβράδυνση και θλίψη (Αλεξόπουλος, 1999).

Δεν έχει διευκρινιστεί ακόμα, εάν η παρουσία της κατάθλιψης σχετίζεται με τον βαθμό της έκπτωσης της γνωστικής λειτουργίας στους ανοιακούς ασθενείς. Ο επαγγελματίας ψυχικής υγείας που κάνει τη διάγνωση πρέπει να λαμβάνει υπόψη του τόσο τις αναφορές από τα οικία πρόσωπα όσο και τα αποτελέσματα από την εξέταση του ασθενή. Η κατάθλιψη στους ασθενείς με άνοια, σε αντίθεση με την άνοια καθαυτή, μπορεί να θεραπευτεί με φαρμακευτική αγωγή ή ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ECT) (Αλεξόπουλος, 1999).

3.8. Κατάθλιψη και Αυτοκτονικότητα

Η πιο σοβαρή επίπτωση της κατάθλιψης είναι η απόπειρα αυτοκτονίας. Ωστόσο, όσον αφορά τα άτομα Τρίτης Ηλικίας μόνο ένα μικρό ποσοστό θέτει τη ζωή του σε κίνδυνο. Οι ηλικιωμένοι άνδρες είναι πιο πιθανό να αυτοκτονήσουν σε σχέση με τις ηλικιωμένες γυναίκες. Αυτό συμβαίνει γιατί οι σωματικές ικανότητες των ανδρών μειώνονται. Οι άνδρες έχουν μάθει στη ζωή τους να ζουν ανεξάρτητοι και να ελέγχουν όλες τις καταστάσεις. Άλλος ένας λόγος είναι οι κοινωνικές σχέσεις. Οι περισσότεροι άνδρες έχουν συνηθίσει να εργάζονται και να συναναστρέφονται με συνεργάτες και επαγγελματίες, εντάσσοντας την κοινωνικοποίηση σε όλους τους τομείς της ζωής τους. Όταν όμως, λόγω της ηλικίας και της κατάστασης της υγείας τους, δεν μπορούν να συναναστραφούν με άλλους και οι μόνοι άνθρωποι που έρχονται σε επαφή είναι η γυναίκα που τους φροντίζει στις καθημερινές τους ανάγκες καθώς και μέλη της οικογένειάς του, νιώθει πως θέλει να βάλει τέλος στη ζωή του, ιδικά αν έχουν μείνει χήροι. Το ποσοστό των ανδρών που αποφασίζει να βάλει τέλος στη ζωή του μετά τον θάνατο της συζύγου του είναι ανησυχητικά υψηλό. Όσον αφορά τους τρόπους αυτοκτονίας, οι άνδρες προτιμούν βίαιους και αποτελεσματικούς τρόπους, όπως αυτοπυροβολισμός, απαγχονισμός, ενώ οι γυναίκες πιο ήπιους τρόπους, όπως χάπια (Bamonti, 2014).

Επιπρόσθετα, το 1/3 των ηλικιωμένων υποστηρίζει πως η μοναξιά είναι ο σημαντικότερος λόγος για τον οποίο να άτομα σκέφτονται την αυτοκτονία, ενώ το 10% των ηλικιωμένων με αυτοκτονικό ιδεασμό αναφέρουν πως ο κύριος λόγος είναι τα οικονομικά προβλήματα, η κακή υγεία και η κατάθλιψη. Τέλος, οι περισσότεροι ηλικιωμένοι που αυτοκτονούν πάσχουν από κάποια ψυχική νόσο, συνήθως από κατάθλιψη, και είναι χήροι (Αλεξόπουλος, 1999).

3.9 Κατάθλιψη και Άγχος

Το άγχος είναι η σωματική και ψυχολογική αντίδραση του ατόμου σε οποιαδήποτε αλλαγή συμβαίνει στη ζωή του, είτε αυτή η αλλαγή είναι καλή είτε όχι. Το άγχος εκδηλώνεται στην προσπάθεια του ατόμου να προσαρμοστεί στη νέα συνθήκη. Έτσι λοιπόν, σύμφωνα με τον Beck (1987), το άγχος είναι ένας έμφυτος μηχανισμός, φυσιολογικός και πολλές φορές δημιουργικός. Το δημιουργικό άγχος είναι ανάγκη να υπάρχει σε όλους τους ανθρώπους, για την επίτευξη των στόχων τους και την ομαλή επιβίωσή τους. Αντιθέτως, υπάρχει και το καταστρεπτικό άγχος, το οποίο αποδιοργανώνει το άτομο και μπορεί να προκαλέσει προβλήματα στην υγεία, όπως καρδιαγγειακό επεισόδιο. Ορισμένοι ηλικιωμένοι ανταποκρίνονται θετικά στις αλλαγές που συμβαίνουν γύρω τους ενώ άλλοι δυσκολεύονται, με αποτέλεσμα να εκδηλώνουν υψηλά επίπεδα άγχους, αντιδρώντας με τους εξής τρόπους:

Φυγή/ Flight: το άτομο απομακρύνεται από το γεγονός που θεωρεί επικίνδυνο, προκειμένου να μην το αντιμετωπίσει.

Πάγωμα/ Freeze: το άτομο προσπαθεί να κερδίσει χρόνο για να αντιμετωπίσει τη νέα κατάσταση.

Λιποθυμία/ Faint: το άτομο αντιδρά με λιποθυμία προκειμένου να μην αντιμετωπίσει τον πόνο/ κίνδυνο που επικρατεί τη συγκεκριμένη στιγμή.

Πάλη/ Fight: με αυτόν τον τρόπο συνήθως αντιδρούν οι ενήλικες και όχι οι ηλικιωμένοι.

Το έντονο άγχος μπορεί να προκαλέσει σωματικά ενοχλήματα όπως καρδιακές διαταραχές, έλκος, διάρροια, δυσκοιλιότητα, πονοκέφαλος και αλλεργίες. Όταν το άγχος είναι συνεχές και έντονο μπορεί να προκαλέσει διαταραχή ορισμένων νευροδιαβιβαστών, οι οποίοι είναι απαραίτητοι για τη σωστή λειτουργία των κέντρων ελέγχου του συναισθήματος στον εγκέφαλο και ονομάζονται σεροτονίνη και νοραδρεναλίνη, τότε το άτομο παθαίνει κατάθλιψη (Fiske et al., 2009).

3.10. Αντιμετώπιση της Κατάθλιψης

Η κατάθλιψη είναι μια ψυχική νόσος που μπορεί να θεραπευτεί. Περίπου το 80% με 90% των ασθενών ανταποκρίνονται με επιτυχία στη θεραπεία αφού ανακουφίζονται από τα συμπτώματά τους.

Πριν από τη θεραπεία, ο επαγγελματίας υγείας πρέπει να διεξάγει μια διαγνωστική αξιολόγηση. Μια εξέταση αίματος θα επιβεβαιώσει ότι η κατάθλιψη δεν οφείλεται σε ιατρικές καταστάσεις όπως θυρεοειδής. Επιπλέον, είναι ανάγκη να βρεθεί αν υπάρχει οικογενειακό ιστορικό κατάθλιψης καθώς επίσης πρέπει να αξιολογηθούν οι πολιτιστικοί, περιβαλλοντικοί παράγοντες για την επιλογή της κατάλληλης θεραπείας.

Εκτός όμως από τις θεραπείες που θα αναλυθούν παρακάτω, ο ασθενής μπορεί από μόνος του να κάνει πράγματα για να μειωθούν τα καταθλιπτικά συμπτώματα, όπως τακτική γυμναστική άσκηση για την διατήρηση της φυσικής υγείας και ευεξίας, επαρκής ύπνος, υγιεινή διατροφή, αποφυγή κατανάλωσης βλαβερών ουσιών και ενδυνάμωση των κοινωνικών του σχέσεων (APA, 2020).

3.10.1 Φαρμακοθεραπεία

Η χημεία του εγκεφάλου μπορεί να συμβάλει στην κατάθλιψη ενός ατόμου και μπορεί να επηρεάσει τη θεραπεία του. Για αυτόν τον λόγο, τα αντικαταθλιπτικά μπορεί να συνταγογραφούνται για να βοηθήσουν στην τροποποίηση της χημείας του εγκεφάλου.

Τα αντικαταθλιπτικά μπορεί να προκαλέσουν κάποια βελτίωση από την πρώτη κιόλας εβδομάδα αλλά η σημαντική βελτίωση παρατηρείται περίπου μετά από δύο με τρεις μήνες από την έναρξή τους. Αν ο ασθενής δεν δει βελτίωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων στο διάστημα αυτό ή παρατηρήσει παρενέργειες πρέπει να το αναφέρει στον γιατρό του έτσι ώστε να του χορηγήσει κάποιο άλλο φάρμακο ή να του αλλάξει τη δόση. Μετά την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων οι ασθενείς πρέπει να συνεχίσουν τη θεραπεία για 6 ή περισσότερους μήνες ενώ μπορεί να προταθεί και μακροχρόνια θεραπεία συντήρησης για τη μείωση του κινδύνου μελλοντικών επεισοδίων, σε άτομα με υψηλό κίνδυνο (APA, 2020).

Οι ηλικιωμένοι ασθενείς ανταποκρίνονται στην φαρμακευτική αγωγή όπως και οι νεότεροι ασθενείς καθώς το 60% των ηλικιωμένων ασθενών ανταποκρίνεται θετικά στην θεραπεία των αντικαταθλιπτικών αφού τα συμπτώματα βελτιώνονται σημαντικά. Τα αντικαταθλιπτικά, για την αντιμετώπιση της γηριατρικής κατάθλιψης, διακρίνονται σε τέσσερις κατηγορίες. Αυτά είναι τα τρικυκλικά, οι αναστολείς επαναπρόσληψηςσεροτονίνης (SSRI), οι αναστολείς της μονοαμινοοξειδάσης (MAOI), και άλλα αντικαταθλιπτικά.

Η διάρκεια πρόσληψης των αντικαταθλιπτικών αυτών για τους ηλικιωμένους ασθενείς πρέπει να είναι μεγαλύτερη από αυτή των ενηλίκων και να χορηγούνται για τουλάχιστον 7-9 εβδομάδες (Αλεξόπουλος, 1999).

3.10.1.1. Τρικυκλικά Αντικαταθλιπτικά

Από τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά πιο συχνά χρησιμοποιείται η νορτριπυλίνη και η δεσιπραμίνη επειδή έχουν ελαφρότερη κατασταλτική και αντιχολινεργική δράση από τα άλλα τρικυκλικά. Ειδικότερα, η νορτριπυλίνη προτιμάται περισσότερο για τους ηλικιωμένους ασθενείς. Η ανταπόκριση στην θεραπεία των τρικυκλικών φαρμάκων εξαρτάται από το επίπεδό τους στο πλάσμα και από την διάρκεια της οξείας φάσης της θεραπείας. Οι ανώτερες ψυχονοητικές λειτουργίες, η ορθοστατική αρτηριακή πίεση, το ηλεκτροκαρδιογράφημα και η ικανότητα ούρησης πρέπει να παρακολουθούνται συχνά στους ηλικιωμένους καταθλιπτικούς ασθενείς που λαμβάνουν νορτριπυλίνη ή δεσιπραμίνη (Gariballa, 2011).

3.10.1.2. Αναστολείς Μονοαμινοοξειδάσης (MAOI)

Ο αναστολέας της μονοαμινοοξειδάσης φαινελζίνη είναι αποτελεσματικός για την αντιμετώπιση της μείζονος κατάθλιψης, για ασθενής άνω των 60 ετών ενώ συνήθως δεν χορηγείται σε ασθενείς που βρίσκεται σε βαθύ γήρας. Στους ηλικιωμένους πρέπει να χορηγούνται μικρές δόσεις αναστολέων της μονοαμινοοξειδάσης καθώς μπορεί να παρουσιαστούν αρνητικές παρενέργειες όπως ορθοστατική υπόταση, αύξηση σωματικού βάρους, έλλειψη ενεργητικότητας, διαταραχές στον ύπνο, καθώς και έντονη εφίδρωση στους ασθενείς που αντιμετωπίζονται με τρανυλκυπρομίνη, ενώ σε μικρό ποσοστό που λαμβάνουν αναστολείς MAO προκαλείται περιφερική νευροπάθεια.

Η μοκλοβεμίδη θεωρείται πιο ασφαλής αναστολέας από τους κλασικούς αναστολείς της MAO επειδή παρουσιάζει ελάχιστη αλληλεπίδραση με τις πλούσιες σε τυραμίνη τροφές, εξαιτίας της σύντομης ημίσειας ζωής και της αναστρέψιμης αναστολής της MAO καθώς επίσης έχει νευροπροστατευτικές ιδιότητες μέσα από την αντιοξειδωτική της δράση (Αλεξόπουλος, 1999).

3.10.1.3. Εκλεκτικοί Αναστολείς Επαναπρόσληψης Σεροτονίνης (SSRI)

Η νορτριπυλίνη είναι πιο αποτελεσματική από την φλουοξετίνη στην αντιμετώπιση της μείζονος κατάθλιψης μελαγχολικού τύπου ενώ και τα δύο αυτά είναι εξίσου αποτελεσματικά στους μη μελαγχολικούς ασθενείς. Οι SSRI έχουν μηδαμινές παρενέργειες καθώς ακόμα και όταν δεν γίνονται δεχτά από τον οργανισμό οι ανεπιθύμητες ενέργειες εμφανίζονται με υποκειμενικά ενοχλήματα. Η ναυτία, η ανησυχία, η αϋπνία, η κεφαλαλγία και η διάρροια είναι οι πιο συχνές παρενέργειες των SSRI σε άτομα Τρίτης Ηλικίας (Αλεξόπουλος, 1999).

3.10.1.4. Άλλα αντικαταθλιπτικά

Έρευνα που έγινε σε πληθυσμό ενηλίκων έδειξε ότι η βουπροπιόνη είναι το ίδιο αποτελεσματική με τα τρικυκλικά και τους SSRI, όμως όσον αφορά τους ηλικιωμένους η ερευνητική εμπειρία είναι περιορισμένη. Η βουπροπιόνη έχει ελάχιστε αλληλεπιδράσεις με άλλα φάρμακα και δεν πρέπει να χορηγείται σε ασθενείς που λαμβάνουν αναστολείς MAO. Αν και δεν επηρεάζει τις γνωστικές λειτουργίες και της καρδιακές παθήσεις, αν ο ασθενής πάσχει από υπέρταση υπάρχει κίνδυνος επιδείνωσής της και γι' αυτό κρίνεται αναγκαίο η συστηματική παρακολούθηση της αρτηριακής πίεσης. Επιπλέον, το 0,4% των ασθενών που λαμβάνει βουπροπιόνη εμφανίζει επιληπτικά επεισόδια.

Η βενλαφαξίνη είναι ένας αναστολέας επαναπρόσληψης της σεροτονίνης και της νορεπινεφρίνης, ιδιαίτερα αποτελεσματικός για την αντιμετώπιση της μείζονος κατάθλιψης σε ενήλικα άτομα τα οποία παρουσιάζουν ανθεκτικότητα σε φάρμακα και ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ECT). Η βενλαφαξίνη, όπως και η βουπροπιόνη, παρουσιάζει ελάχιστες αλληλεπιδράσεις με άλλα φάρμακα. Η ναυτία, η αϋπνία, η εφίδρωση και η ήπια αύξηση της αρτηριακής πίεσης είναι οι πιο συχνές παρενέργειες που εμφανίζονται.

Η νεφαζοδόνη προωθεί τον ύπνο, χωρίς να επηρεάζει τη δομή του, έχει αγχολυτική δράση και δεν προκαλεί σεξουαλική δυσλειτουργία.

Έχει αποδειχθεί ότι η δεξτροαμφεταμίνη και η μεθυλφενιδάτη είναι αποτελεσματικές σε ασθενείς Τρίτης Ηλικίας που πάσχουν από μείζονα κατάθλιψη και έχουν ελάχιστες παρενέργειες. Τα ψυχοδιεγερτικά φάρμακα μειώνουν την απάθεια και την έλλειψη ενεργητικότητας στους παθολογικούς ασθενείς και στους ασθενείς με γνωστική έκπτωση ενώ υπάρχει μικρός κίνδυνος εθισμού σε αυτά (Αλεξόπουλος, 1999).

3.10.2 Αντιμετώπιση της Αντίδρασης τους Πένθους

Η θεραπεία ενός ηλικιωμένου ατόμου που βιώνει πένθος προσδιορίζεται ανάλογα με τη βαρύτητα των συμπτωμάτων που παρουσιάζει. Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα είναι μια θεραπεία που προτιμάται όταν το άτομο κατά τη διάρκεια της περιόδου του πένθους εμφανίσει συμπτώματα μείζονος κατάθλιψης. Άλλωστε, οι γιατροί υποστηρίζουν ότι η αντικαταθλιπτική φαρμακευτική αγωγή και η ψυχοθεραπεία είναι κατάλληλες όταν η κατάθλιψη έχει διάρκεια περισσότερο από ένα έτος. Αν ο ασθενής δεν παρουσιάζει συμπτώματα μείζονος κατάθλιψης μπορεί να ωφεληθεί και από μια σύντομη ψυχοθεραπεία που θα εστιάζει στην απώλεια και στην αλλαγή των ρόλων.

Οι περισσότεροι ηλικιωμένοι με αντίδραση πένθους δεν εμφανίζουν σημαντικά καταθλιπτικά συμπτώματα και γι αυτό δεν συνιστάται κάποια θεραπεία όμως όταν το άτομο έχει προηγούμενο ιστορικό κατάθλιψης και έντονη αντίδραση πένθους θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη και να ερευνάται από κάποιον ειδικό ψυχικής υγείας (Αλεξόπουλος, 1999).

3.10.3. Ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ECT)

Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία είναι μια ιατρική θεραπεία που χρησιμοποιείται σε ασθενείς με βαριά καταθλιπτικά συμπτώματα, τα οποία δεν έχουν αντιμετωπιστεί με κάποια άλλη θεραπεία καθώς επίσης προτείνεται και σε άτομα που έχουν έντονες διαταραχές ψυχικής διάθεσης και δεν μπορούν να περιμένουν την βραδεία επίδραση των αντικαταθλιπτικών και θυμορρυθμιστικών φαρμάκων. Επιπλέον, η ηλεκτροσπασμοθεραπεία είναι χρήσιμη σε ασθενείς που πάσχουν από καρδιακή αγωγιμότητα, υπερπλασία του προστάτη και γλαύκωμα καθώς υπάρχει κίνδυνος από την θεραπεία των τρικυκλικών φαρμάκων σε αυτούς τους ασθενείς. Στην θεραπεία αυτή γίνεται ηλεκτρική διέγερση στον εγκέφαλο του ασθενούς, όταν αυτός βρίσκεται υπό αναισθησία. Για την αντιμετώπιση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων με ηλεκτροσπασμοθεραπεία απαιτούνται τουλάχιστον 6 έως 12 συνεδρίες, με συχνότητα 2 έως 3 φορές την εβδομάδα. Η χορήγηση τριών συνεδριών την εβδομάδα, σε ασθενείς με έντονα συμπτώματα, βοηθάει στην ταχύτερη ανάρρωση του ασθενούς. Στην θεραπεία αυτή είναι παρόντες ειδικά εκπαιδευμένοι ιατροί, συμπεριλαμβανομένου ενός ψυχίατρου, ενός αναισθησιολόγου και μιας νοσοκόμας. Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία είναι μια ασφαλής θεραπεία καθώς έχει θνησιμότητα περίπου 0.01%, με την κυριότερη αιτία να είναι η καρδιακή προσβολή. Χρησιμοποιείται από την δεκαετία του 1940 και φημίζεται για την αποτελεσματικότητά της (APA, 2020).

3.10.4. Συνεχιζόμενη Εφαρμογή Θεραπείας και Συντήρηση Αποτελέσματος

Η καταθλιπτική διαταραχή είναι μια ασθένεια κατά τη διάρκεια της οποίας ο ασθενής παρουσιάζει πολλές υποτροπές. Μετά την ανάρρωσή του ο ασθενής πρέπει να συνεχίσει να λαμβάνει για τουλάχιστον 6 μήνες τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα, στη δοσολογία που λάμβανε κατά την οξεία φάση της θεραπείας. Το 30-35% των ασθενών που δεν συνεχίζουν την αγωγή υποτροπιάζει και οδηγείται στην εμφάνιση καταθλιπτικού επεισοδίου. Ασθενείς

με υψηλό κίνδυνο υποτροπής πρέπει να λαμβάνουν αγωγή συντήρησης για τουλάχιστον ένα με δύο χρόνια καθώς μετά από έξι μήνες χωρίς συμπτώματα υπάρχει κίνδυνος για νέο καταθλιπτικό επεισόδιο. Μερικοί προγνωστικοί παράγοντες υποτροπής είναι: η μεγάλη ένταση του αρχικού επεισοδίου, η έντονο άγχος, η εμφάνιση της κατάθλιψης σε μεγάλη ηλικία και το ιστορικό τριών ή περισσότερων καταθλιπτικών επεισοδίων.

Το 70% των καταθλιπτικών ασθενών παραλείπει να λαμβάνει το 20-50% της δόσης. Παράγοντες που εμποδίζουν την ανταπόκριση της φαρμακευτικής αγωγής είναι οι παράλληλες σωματικές ασθένειες που μπορεί να αντιμετωπίζει ο ασθενής καθώς επίσης και ο αλκοολισμός ή άλλες καταχρήσεις ουσιών (Αλεξόπουλος, 1999).

3.10.5. Ψυχοθεραπεία

Η ψυχοθεραπεία ή θεραπεία ομιλίας χρησιμοποιείται είτε μόνη της είτε με την παράλληλη χρήση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων. Η Γνωστική Θεραπεία (CTB) είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης αφού επικεντρώνεται στην επίλυση προβλημάτων τη συγκεκριμένη χρονική στιγμή. Επιπλέον, βοηθάει το άτομο να αναγνωρίσει τις αρνητικές του σκέψεις και συμπεριφορές προκειμένου να τις αλλάξει. Ψυχοθεραπεία μπορεί να κάνει το άτομο μόνο του αλλά και με άλλους. Για παράδειγμα θεραπεία οικογένειας και θεραπεία ζευγαριών. Η ομαδική θεραπεία γίνεται με άτομα που αντιμετωπίζουν παρόμοια προβλήματα και έτσι δημιουργείται ένα υποστηρικτικό περιβάλλον. Ανάλογα με τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων, η θεραπεία μπορεί να διαρκέσει μερικές εβδομάδες ή και μήνες. Σημαντική βελτίωση παρατηρείται στις 10–15 συνεδρίες (APA, 2020).

Έχει αποδειχθεί ότι η διαπροσωπική θεραπεία, η γνωσιακή- συμπεριφορική θεραπεία και η ψυχοδυναμική θεραπεία είναι το ίδιο αποτελεσματικές με τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα για ασθενείς Τρίτης Ηλικίας που πάσχουν από κατάθλιψη. Συγκεκριμένα, η διαπροσωπική θεραπεία έχει σύντομη διάρκεια και εστιάζει σε τέσσερις παράγοντες: τη θλίψη, τη μεταβατικότητα και την αμφισβήτηση των ρόλων και τα ελλείμματα των διαπροσωπικών σχέσεων. Επιπλέον, είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική κατά την οξεία θεραπεία της κατάθλιψης. Η γνωσιακή- συμπεριφορική θεραπεία βασίζεται στη θεωρία ότι τα γνωσιακά- συμπεριφορικά συμπτώματα ενισχύουν την καταθλιπτική διαταραχή. Στόχος είναι να μειωθούν οι παθολογικές ιδέες και συμπεριφορές που σχετίζονται με την κατάθλιψη. Η

εφαρμογή της γνωσιακής- συμπεριφορικής θεραπείας με την παράλληλη χορήγηση της δεσιπραμίνης δρουν πιο αποτελεσματικά από την εφαρμογή μόνο της γνωσιακής- συμπεριφορικής θεραπείας. Παρά την μεγάλη αποτελεσματικότητα όμως οι ψυχοθεραπείες δεν εφαρμόζονται αρκετά στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης ασθενών Τρίτης Ηλικίας.

Η ψυχοθεραπεία μπορεί να φανεί χρήσιμη και αρκετά βοηθητική σε φροντιστές ατόμων και σε μέλη των οικογενειών που φροντίζουν τα ηλικιωμένα άτομα, καθώς μεγάλο ποσοστό αυτών εμφανίζει κατάθλιψη (Ettman et al., 2020).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο: Η ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΤΟΥ COVID-19 ΚΑΙ Η ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

4.1 Η εμφάνιση του COVID-19

Τον Δεκέμβριο του 2019 εμφανίστηκε, για πρώτη φορά, στην Κίνα ένας φονικός ιός (COVID-19), ο οποίος άρχισε να εξαπλώνεται σε όλες σχεδόν τις χώρες του κόσμου, ακόμα και στην Ελλάδα, αφού η μετάδοσή του από άνθρωπο σε άνθρωπο έγινε με πολύ γρήγορους ρυθμούς.

Με τους αριθμούς να έχουν φτάσει στα ύψη, οι χώρες που χτυπήθηκαν περισσότερο από τον ιό ήταν η Αμερική, η Ισπανία και η Ιταλία. Έτσι, προκειμένου να περιοριστεί ο ιός και να μην θρηνήσουμε περισσότερους ανθρώπους, σε όλες τις χώρες οι κάτοικοι μπήκαν σε καραντίνα ενώ όσοι ήδη νοσούσαν μπήκαν σε υποχρεωτική απομόνωση για περισσότερες από δεκαπέντε ημέρες.

Η απομόνωση στο σπίτι, η αποφυγή των κοινωνικών επαφών και η τακτική τήρηση των μέτρων υγιεινής και αυτοπροστασίας έχουν αναπόφευκτες ψυχολογικές παρενέργειες σε ορισμένους ανθρώπους και μπορούν μόνο να επιβραδύνουν την εξάπλωση του ιού και να μετριάσουν το βάρος της νόσου.

Οι στρατηγικές «κοινωνικής απόστασης» περιλαμβάνουν το κλείσιμο των σχολείων και των χώρων εργασίας, την ακύρωση μαζικών συγκεντρώσεων, την απομόνωση ατόμων που εμφανίζουν κάποιο σύμπτωμα ασθένειας ή επιβεβαιωμένων κρουσμάτων ή ατόμων που έχουν έρθει σε επαφή με επιβεβαιωμένα κρούσματα. Όλα αυτά τα μέτρα έχουν εφαρμοστεί με σκοπό την προστασία των ευάλωτων πληθυσμών απέναντι στην ασθένεια όπως είναι τα άτομα με συννοσηρότητες (π.χ. καρκίνος, υπέρταση, διαβήτης και καρδιαγγειακές παθήσεις) (Vieira, Franco, Restrepo & Abel, 2020).

Ωστόσο όμως, η μοναξιά και οι ψυχαναγκαστικές συμπεριφορές, όπως το αδιάκοπο πλύσιμο των χεριών, είναι δύο σημαντικές επιπτώσεις. Μάλιστα έρευνες που έχουν γίνει δείχνουν ότι η καραντίνα και η απομόνωση μακράς διάρκειας μπορούν να οδηγήσουν σε μετατραυματικό στρες, άγχος, κατάθλιψη, κόπωση και πτώση του ηθικού. Ειδικότερα, η απομόνωση από αγαπημένα πρόσωπα, η απώλεια της ελευθερίας, η αβεβαιότητα για την εξέλιξη της νόσου αλλά και η βαρεμάρα μπορούν μερικές φορές να έχουν αρνητικά αποτελέσματα.

4.2 Η ψυχική υγεία των ηλικιωμένων κατά την περίοδο της πανδημίας COVID-19

Ο ψυχολογικός αντίκτυπος των επιδημιών στον γενικό πληθυσμό σχετίζεται με τη φύση του ιού. Στην περίπτωση του COVID-19, που είναι μια άγνωστη, άμεσα μεταδοτική ασθένεια που σχετίζεται με τη θνησιμότητα η κατάσταση προβληματίσε και συνεχίζει να προβληματίζει κάθε πολίτη. Μετά τον «πανικό των μικροβίων» κατά τον 20ό αιώνα, η πανδημία COVID-19 αναβίωσε τον «ικό πανικό» του 21ου αιώνα. Το άγχος σχετικά με τον COVID-19 μπορεί να ενισχυθεί σε ηλικιωμένους ενήλικες καθώς ήταν και είναι από τους πιο ευάλωτους σε σχέση με τη νοσηρότητα και τη θνησιμότητα από τον ιό, με 8 στους 10 θανάτους να σημειώνονται στην ηλικιακή ομάδα των 65 και άνω. Επιπλέον, τα ποσοστά επανεισδοχής στο νοσοκομείο για ηλικιωμένους με χρόνιες ασθένειες (π.χ. διαβήτης, καρδιακή ανεπάρκεια, χρόνιες νεφρικές παθήσεις και αναπνευστικές ασθένειες) είναι υψηλότερα και τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία αυτών των ασθενειών μπορεί πράγματι να ενισχύσουν τον μηχανισμό μόλυνσης. Συνεπώς, ο φόβος ότι η ηλικιακή τους ομάδα τους καθιστά αυτόματα ευάλωτους, κάνει τους ηλικιωμένους να αισθάνονται αμέτρητο άγχος που οδηγεί πολύ πιο εύκολα στην κατάθλιψη. Για τους ηλικιωμένους λοιπόν, η πανδημία του κορωνοϊού λειτούργησε ως στρεσογόνος παράγοντας, με επιπτώσεις στην ψυχική και σωματική τους υγεία, εξαιτίας του αντίκτυπου σε διάφορους τομείς, τόσο σε ατομικό όσο και σε κοινωνικό επίπεδο (Whitehead, 2021).

Η κατάσταση αυτή, σε συνδυασμό με τον εγκλεισμό και τις κοινωνικές αποστάσεις με στόχο την προστασία αποτελούν επίσης σημαντικούς παράγοντες. Σε έρευνα που έκαναν οι Kivi, Hansson & Bjälkebring, (2021), διερευνώντας τις επιπτώσεις της πανδημίας COVID-19 στην ευημερία του ηλικιωμένου πληθυσμού της Σουηδίας, βρέθηκε ότι το 44,9% ανησυχούσε για την υγεία των ίδιων ή των άλλων, το 69,5% ανησυχούσε για τις κοινωνικές συνέπειες και το 25,1% για τις οικονομικές συνέπειες που σχετίζονται με τον COVID-19. Η πλειοψηφία του δείγματος (86,4%) ανέφερε υψηλούς κοινωνικούς κινδύνους, το 42,3% αντιλήφθηκε τον κίνδυνο της μόλυνσης ως υψηλό και το 71,2 ανέφερε ότι τηρούσε όλα τα μέτρα προστασίας και συμμετείχε στις κοινωνικές αποστάσεις. Όλοι σχεδόν οι συμμετέχοντες συμφώνησαν στο ότι η πανδημία του κορωνοϊού αποτελεί μια μεγάλη απειλή για την υγεία, την ασφάλεια και την ευημερία των ανθρώπων.

Επιπλέον, οι ηλικιωμένοι ενήλικες μπορεί να αισθάνονται τον αντίκτυπο της απαιτούμενης κοινωνικής απομόνωσης σε ακόμη μεγαλύτερο βαθμό από άλλες ηλικιακές ομάδες καθώς

περισσότερα από το ένα τρίτο των ατόμων ηλικίας 75 ετών και άνω σε μια φινλανδική μελέτη με δείγμα 6786 άτομα, ανέφεραν ότι είναι μοναχικά ανεξάρτητα της τρέχουσας πανδημίας (Pearman, Hughes, Smith & Neupert, 2021). Η κοινωνική απομόνωση μπορεί να έχει σωματικές και συναισθηματικές επιπτώσεις όπως αυξημένο άγχος και φόβο, τόσο βραχυπρόθεσμα όσο και μακροπρόθεσμα. Σε ένα περιβάλλον παρατεταμένου εγκλεισμού, οι ενήλικες που ανήκουν στην συγκεκριμένη ηλικιακή ομάδα, μπορεί να εμφανίσουν συμπτώματα κατάθλιψης, μοναξιά, απαισιοδοξία και διαταραχές στον ύπνο (Miller, 2020).

Η κατάθλιψη και η μοναξιά αυξήθηκαν σε ηλικιωμένους ενήλικες κατά τους πρώτους μήνες της πανδημίας σε σύγκριση με τα επίπεδα πριν από την πανδημία. Για όσους είχαν στενότερες σχέσεις, η επικοινωνία με τα αγαπημένα τους πρόσωπα λειτούργησε θετικά, ως προστατευτικός παράγοντας. Από την άλλη, οι ηλικιωμένοι εκείνοι οι οποίοι βίωναν υψηλότερα επίπεδα μοναξιάς, είχαν συνοδά συμπτώματα που μαρτυρούσαν ότι έχουν αυξημένες πιθανότητες να παρουσιάσουν κατάθλιψη μέσα σε σύντομο χρονικό διάστημα (Steinman, Perry & Perissinotto, 2020).

Τα πιο αξιοσημείωτα ευρήματα της έρευνας των Starke, Petereit-Haack, Schubert, Kämpf, Schliebner, Hegewal & Seidler, (2020) ήταν ότι ο αποχωρισμός από την οικογένεια και τους στενούς φίλους προέβλεπε τόσο άγχος όσο και κατάθλιψη, αλλά η διαμάχη ή οι συγκρούσεις με άλλους ενήλικες στο σπίτι ήταν ο μεγαλύτερος προγνωστικός παράγοντας άγχους και ο δεύτερος μεγαλύτερος προγνωστικός παράγοντας κατάθλιψης. Επίσης οι ηλικιωμένοι που ήδη αντιμετώπιζαν κάποιο πρόβλημα υγείας για το οποίο ήταν απαραίτητη η φαρμακευτική αγωγή, βίωσαν περισσότερο άγχος που τους οδήγησε σε κατάθλιψη.

Ένα σημαντικό ζήτημα είναι αυτό που θίγεται στην έρευνα των Killgore, Cloonan, Taylor, Lucas & Dailey (2021). Ο αλκοολισμός που αποτελεί και κεντρικό ζήτημα της έρευνας, συνιστά μια συμπεριφορά που συνήθως τροποποιείται ως μηχανισμός αντιμετώπισης σε απόκριση στρες ζωής. Η υπόθεση μείωσης της έντασης, που συνδέεται με το ζήτημα αυτό, υποδηλώνει ότι η κατανάλωση αλκοόλ αυξάνεται ως απάντηση σε αθροιστικές και οξείες εκθέσεις στο στρες, προκειμένου να ανακουφιστούν τα αρνητικά συναισθήματα. Η οξεία κοινωνική απομόνωση, οι κίνδυνοι για την υγεία και άλλες διαταραχές της ζωής που προκαλούνται από την κρίση του COVID-19 μπορεί να είναι στρεσογόνοι παράγοντες, ειδικά για ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας που διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο σοβαρής νοσηρότητας και θνησιμότητας λόγω του COVID-19 και μπορεί να χρειαστεί να απομονωθούν πιο έντονα από ό, τι οι νεότερες ομάδες πληθυσμού.

Στο σημείο αυτό, ιδιαίτερη είναι η αναφορά στην έρευνα των Eastman, Finlay & Kobayashi (2021), οι οποίοι αναφέρουν ότι η κακή ψυχική υγεία που σχετίζεται με την πανδημία COVID-19 στους ηλικιωμένους, μπορεί να οδηγήσει στη χρήση διαφόρων συμπεριφορών αντιμετώπισης, συμπεριλαμβανομένης της χρήσης αλκοόλ. Σε ένα δείγμα 6.548 ατόμων, οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι ένας στους δέκα παρουσίαζε αύξηση στην κατανάλωση αλκοόλ κατά την περίοδο της καραντίνας, σε σχέση με την συνηθισμένη κατανάλωση αλκοόλ πριν από τον COVID-19. Η συμπτωματολογία ψυχικής υγείας συσχετίστηκε με αυξημένη κατανάλωση αλκοόλ από την έναρξη της πανδημίας και οι πιο συχνές περιπτώσεις ήταν αυτές της κατάθλιψης (Eastman et al., 2021).

Στην έρευνα των Gonzalez-Gonzalez, Toledo-Fernandez & Romo-Parra (2020), με δείγμα 2.992 ηλικιωμένους, εκ των οποίων η πλειοψηφία ήταν γυναίκες, και είχαν μέση ηλικία τα 70 έτη, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι γυναίκες είχαν υψηλότερα επίπεδα ανησυχίας για τον COVID-19 σε σχέση με τους άνδρες. Επίσης οι συμμετέχουσες παρουσίασαν υψηλότερα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης καθώς είχαν επηρεαστεί περισσότερο από την κατάσταση που συνόδευε την πανδημία. Αυξημένα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης παρουσιάστηκαν επίσης στις ηλικιωμένες γυναίκες οι οποίες είχαν διαγνωστεί ήδη με κάποιο σοβαρό πρόβλημα υγείας. Χαρακτηριστικό είναι πως οι γυναίκες εκείνες οι οποίες είχαν περισσότερο άγχος, πλησίαζαν ηλικιακά τα 80.

Επιπλέον, ο Brooks (2020) πραγματοποίησε μια ανασκόπηση διαφόρων ευρημάτων σε παρόμοια γεγονότα και διαπίστωσε ότι η πανδημία και συνάμα η καραντίνα, προκάλεσαν μια σειρά αρνητικών ψυχολογικών επιδράσεων, συμπεριλαμβανομένων των συμπτωμάτων του μετατραυματικού στρες, του θυμού, της σύγχυσης, του φόβου, του θυμού, του πόνου και του άγχους. Σημαντικό εύρημα της παρούσας έρευνας είναι επίσης το γεγονός ότι πολλοί από τους ηλικιωμένους συμμετέχοντες δήλωσαν πως τους προκλήθηκε έντονη αϋπνία και ένα ανεξέλεγκτο άγχος. Ένας σημαντικός λόγος για τον οποίο οι ηλικιωμένοι αισθάνονταν τα παραπάνω είναι το αίσθημα του στίγματος, αλλά και η έλλειψη ικανοποιητικών πληροφοριών σχετικά με την φύση του ιού, τον τρόπο μετάδοσης αλλά και τις συνέπειες που μπορεί να επιφέρει σε κάθε επίπεδο.

Ένα σημαντικό ζήτημα που θίγεται από τους Khademi, Moayedi, Golitaleb & Karbalaie, (2021) σε μια πρόσφατη έρευνά τους, είναι ο φόβος και το άγχος του θανάτου. Η αντίληψη των ανθρώπων για τον θάνατο διαμορφώνεται ανάλογα με τα γεγονότα θανάτου που βλέπουν στο περιβάλλον τους, τα αναπτυξιακά χαρακτηριστικά της ηλικιακής περιόδου και τις

προσωπικές εμπειρίες που αναπτύσσουν ανάλογα με τις θρησκευτικές και πολιτιστικές αξίες που πιστεύουν. Έτσι, κατά την περίοδο του Covid 19 οι ηλικιωμένοι παρουσίασαν αυξημένα επίπεδα άγχους εξαιτίας του φόβου για τον θάνατο. Η κατάσταση αυτή οφείλεται κατά κύριο λόγο στο γεγονός ότι στην πλειοψηφία των καταγεγραμμένων θανάτων ανήκαν άτομα άνω των 65 ετών.

Αναφορικά με το ζήτημα αυτό, οι Delam & Izanloo (2020) υποστηρίζουν ότι οι ηλικιωμένοι οι οποίοι αντιμετώπιζαν προβλήματα ψυχικής υγείας ήδη πριν την επιδημία, είχαν αυξημένες πιθανότητες να νιώσουν απειλή. Η κατάσταση ήταν πολύ πιο δύσκολη για εκείνους οι οποίοι ένιωθαν μοναξιά καθώς είτε δεν είχαν παιδιά είτε τα παιδιά τους δεν τους επισκέπτονταν συχνά.

Ηλικιωμένοι που αντιμετωπίζουν προβλήματα υγείας, συχνά αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην κάλυψη των προσωπικών τους αναγκών και ανησυχούν για το μέλλον τους, βιώνουν έντονα συναισθήματα μοναξιάς, αβεβαιότητας και άγχους, που είναι οι σημαντικότερες ψυχολογικές συνέπειες της κοινωνικής απομόνωσης κατά τη διάρκεια της πανδημίας. Είναι γνωστό ότι η μοναξιά επηρεάζει αρνητικά τη σωματική και ψυχολογική ευημερία των ανθρώπων και αυξάνει το άγχος θανάτου, ιδιαίτερα στους ηλικιωμένους (Steinman et al., 2020).

Καταστάσεις όπως το γήρας, η ασθένεια και η μοναξιά κάνουν τα άτομα να ανησυχούν για την ιδέα του θανάτου και μπορεί να προκαλέσουν αύξηση του άγχους θανάτου και κατ'επέκταση το άγχος της κατάθλιψης. Το άγχος θανάτου είναι ένα από τα κύρια προβλήματα της διαδικασίας της γήρανσης. Κατά τη διάρκεια της πανδημίας που ζούμε, αποκαλύφθηκε ότι το στοιχείο αυτό ήταν έντονο στους ηλικιωμένους και αποτελούσε παράγοντα για την εκδήλωση καταθλιπτικών συμπτωμάτων (Menzies & Menzies, 2020).

Παρόμοια είναι και η έρευνα των Wang et al. (2020), οι οποίοι τονίζουν ότι η πιο σημαντική αιτία για την ψυχολογική δυσφορία που βιώνεται κατά τη διάρκεια του COVID-19 είναι το άγχος θανάτου. Στην πραγματικότητα, το άγχος του θανάτου συγκαταλέγεται στις φυσιολογικές ανθρώπινες συμπεριφορές και μπορεί να επηρεάσει την ανθρώπινη ζωή ακόμη και υπό κανονικές συνθήκες και προκαλεί διάφορα προβλήματα υγείας. Κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19, οι ηλικιωμένοι, άθελά τους και εξαιτίας της ελλιπούς ενημέρωσης βιώνουν περισσότερο φόβο και άγχος για τον θάνατο από ποτέ. Κατά συνέπεια, οδηγούνται σε καταθλιπτικά συμπτώματα τα οποία επηρεάζουν αρνητικά την ποιότητα ζωής τους.

Όντας μια πολυδιάστατη έννοια, η μοναξιά ορίζεται ως μια καθολική κατάσταση που κάθε άτομο μπορεί να ζήσει σε μια ορισμένη περίοδο της ζωής του, ανεξάρτητα από την ηλικία, το φύλο, τη φυλή και την τάξη, και αναφέρεται ότι αισθάνεται περισσότερο στα γηρατεία. Όπως έχει αναδειχθεί σε πολλές περιπτώσεις, η μοναξιά συνιστά καθοριστικό παράγοντα για την εκδήλωση της κατάθλιψης, κυρίως σε άτομα τρίτης ηλικίας. Αν και η διαδικασία κοινωνικής απομόνωσης που εφαρμόζεται στους ηλικιωμένους λόγω των βιο-ψυχοκοινωνικών ελλειμμάτων τους είναι μια σημαντική στρατηγική για την καταπολέμηση του COVID-19, έχει αναφερθεί ότι είναι μια σημαντική αιτία κατάθλιψης και διαταραχών που σχετίζονται με το άγχος. Οι ηλικιωμένοι αισθάνονται συναισθηματικά και κοινωνικά μόνοι εξαιτίας της κοινωνικής απομόνωσης που βιώνουν, κοινωνικά ανεπαρκείς, εξαρτημένοι από κάποιον και μη αποδεκτοί από τους ανθρώπους. Σε μια μελέτη που εξέτασε την επίδραση της πανδημίας στην αίσθηση της μοναξιάς που βιώνουν οι ηλικιωμένοι, και στα συναισθήματα που σχετίζονται με την κατάθλιψη, διαπιστώθηκε ότι οι ηλικιωμένοι βίωσαν μέτρια μοναξιά. Ως αποτέλεσμα μιας μελέτης που πραγματοποιήθηκε με δείγμα 1679 ηλικιωμένους Ολλανδούς ηλικίας 65 έως 102 ετών για την αξιολόγηση της μοναξιάς και της ψυχικής υγείας στην συγκεκριμένη ηλικιακή ομάδα κατά τη διάρκεια του COVID-19, διαπιστώθηκε ότι το αίσθημα της μοναξιάς αυξήθηκε ως αποτέλεσμα της κοινωνικής απομόνωσης. Επίσης, η απώλεια και οι ανησυχίες για την επιδημία και ιδιαίτερα τα συναισθηματικά προβλήματα υγείας αυξήθηκαν ακόμη περισσότερο εξαιτίας της κοινωνικής μοναξιάς (VanTilburg, Steinmetz, Stolte, van der Roest & de Vries, 2020).

Ομοίως, σε μια μελέτη που διεξήχθη στις Ηνωμένες Πολιτείες για τον προσδιορισμό της αίσθησης της μοναξιάς που βιώνουν οι άνθρωποι κατά τη διάρκεια της πανδημίας, διαπιστώθηκε ότι η μοναξιά βιώθηκε σε ποσοστό 51% και η συναισθηματική μοναξιά ήταν πιο έντονη, ειδικά στην ηλικία των 65 ετών. και άνω, αποτελώντας προγνωστικό παράγοντα για την εκδήλωση της κατάθλιψης (Luchetti, Lee, Aschwanden, Sesker, Strickhouser, Terracciano & Sutin, 2020).

Οι ηλικιωμένοι που δεν είχαν επαρκή γνώση για την πανδημία, δεν είχαν χόμπι στο σπίτι, δεν επικοινωνούσαν με συγγενείς και είχαν μεγάλη ανησυχία λόγω της πανδημίας διαπιστώθηκε ότι είχαν υψηλότερες πιθανότητες να παρουσιάσουν καταθλιπτικά συμπτώματα. Ένα ακόμα σημαντικό εύρημα της συγκεκριμένης έρευνας του ShiYin (2020) είναι η αξία που έχει η πνευματικότητα ως παράγοντας πρόληψης της κατάθλιψης. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι ένα από τα έγκυρα “εργαλεία” που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τους

ηλικιωμένους που προσπαθούν να ερμηνεύσουν και να κατανοήσουν τι συνέβη κατά τη διάρκεια της πανδημίας είναι η πνευματικότητα. Οι ηλικιωμένοι γενικά σκέφτονται την πνευματικότητα για να ξεπεράσουν τη μοναξιά, το άγχος, την κατάθλιψη, το άγχος του θανάτου και παρόμοια προβλήματα και να αντιμετωπίσουν τις δυσκολίες. Εφόσον οι ηλικιωμένοι αντλούν συναισθηματική υποστήριξη από τις πνευματικές τους κλίσεις στην αντιμετώπιση των αναφερόμενων ψυχολογικών καταστάσεων, είναι έτσι πιο εύκολο για αυτούς να μειώσουν τις πιθανότητες να παρουσιάσουν κατάθλιψη και να έχουν μια καλύτερη ποιότητα ζωής.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ

Οι κοινωνικοί λειτουργοί είναι απαραίτητοι επαγγελματίες υγείας για το μέλλον της ψυχικής και συμπεριφορικής υγείας σε όλο τον κόσμο. Αποτελούν τους επαγγελματίες υγείας που διαθέτουν τις κατάλληλες γνώσεις και δεξιότητες, και μπορούν να συνδέσουν την κοινότητα με τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας, δίνοντάς τους έτσι την ευκαιρία να αξιοποιήσουν το δικαίωμά τους στην ελεύθερη πρόσβαση στην υγεία. Οι κοινωνικοί λειτουργοί “αγγίζουν” τη ζωή πολλών πολιτών, κυρίως στις αναπτυγμένες χώρες, μέσω της εργασίας σε δημόσια σχολεία, νοσοκομεία, γενικές και ειδικές υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, προγράμματα πρόληψης και θεραπείας κατάχρησης ουσιών, υπηρεσίες προστασίας παιδιών, ρυθμίσεις οικογενειακών υπηρεσιών και γεροντολογικές εγκαταστάσεις μακροχρόνιας φροντίδας κ.ά. (Teater, 2017).

Οι κοινωνικοί λειτουργοί βοηθούν άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας να επιλύσουν συναφή ψυχοκοινωνικά προβλήματα και να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής τους. Επίσης, αναγνωρίζουν τις ευρύτερες προκλήσεις που μπορεί να αντιμετωπίζει ένα άτομο που έχει διαγνωστεί με κάποια ψυχική ασθένεια, και φυσικά τον αντίκτυπο στους φίλους, την οικογένεια, την εργασία και την εκπαίδευσή του. Οι δεξιότητες, οι γνώσεις και η προοπτική των ατόμων που πάσχουν από ψυχικές ασθένειες και των οικογενειών τους εκτιμώνται από τους κοινωνικούς λειτουργούς και στην συνέχεια, σε συνεργασία με την υπόλοιπη διεπιστημονική ομάδα οργανώνεται η κατάλληλη στρατηγική για την επιτυχή αντιμετώπιση κάθε δύσκολης κατάστασης. Παρόμοια με άλλους επαγγελματίες υγείας, οι κοινωνικοί λειτουργοί, και κυρίως εκείνοι που εξειδικεύονται στα ζητήματα ψυχικής υγείας, συνεργάζονται με ένα ευρύ φάσμα πελατών. Ωστόσο, ορισμένοι ειδικεύονται στη συνεργασία με συγκεκριμένες ομάδες πελατών όπως τα παιδιά, οι έφηβοι, ενήλικες ή οι ηλικιωμένοι (Epstein, 2009).

Ένας κοινωνικός λειτουργός είναι ένας επαγγελματίας που επικεντρώνεται στην ενίσχυση της συνολικής ευημερίας του γενικού πληθυσμού, βοηθώντας στην κάλυψη των βασικών και σύνθετων αναγκών των ατόμων ή/και των κοινοτήτων, δίνοντας προτεραιότητα στους ευάλωτους, καταπιεσμένους και εκείνους που ζουν σε συνθήκες φτώχειας. Συμβάλλουν σημαντικά στη φροντίδα, την υποστήριξη, την προώθηση των δικαιωμάτων, καθώς και την ενδυνάμωση των ευάλωτων πληθυσμών (Bess & Collins, 2014).

Η πρακτική της κοινωνικής εργασίας ως βοηθητικό επάγγελμα υιοθετεί τη χρήση δεξιοτήτων και θεωριών για την ανθρώπινη συμπεριφορικά και κοινωνικά συστήματα στην ανακούφιση

και επίλυση κοινωνικών προβλημάτων που επηρεάζουν είτε τα άτομα, είτε τις ομάδες είτε ολόκληρες κοινότητες (Abrams & Dettlaff, 2020).

Το επάγγελμα του κοινωνικού λειτουργού είναι να ανταποκρίνεται στις κοινωνικές ανάγκες και ενώ οι γνώσεις, οι δεξιότητες και οι αξίες της κοινωνικής εργασίας προετοιμάζουν καλά τον πληθυσμό για να ανταποκριθεί σε μια δύσκολη κατάσταση όπως αυτή του COVID-19. Η πανδημία του COVID-19, αύξησε την ανάγκη για ακόμη μεγαλύτερο αριθμό κοινωνικών λειτουργών. Ως επαγγελματίες της κοινωνικής εργασίας, οι κοινωνικοί λειτουργοί βρίσκονται στην πρώτη γραμμή αυτής της κρίσης υποστηρίζοντας τους ηλικιωμένους, τις οικογένειές τους και τους επαγγελματίες που παρέχουν φροντίδα και υπηρεσίες (Serafini, Parmigiani, Amerio, Aguglia, Sher, & Amore, 2020).

Επιπλέον, παρέχουν εκπαίδευση και κατάρτιση σε όλες τις παραπάνω ομάδες, βοηθώντας με αυτό τον τρόπο για την τήρηση των ισορροπιών και την μείωση του άγχους και των συνεπειών που μπορεί να έχει (Schroepfer, Berg-Weger, & Morano, 2020).

Το επάγγελμα του κοινωνικού έργου παρέχει μοναδικές υπηρεσίες στους ανθρώπους κατά τη διάρκεια καταστροφών, πανδημιών και άλλων δημόσιων καταστάσεων έκτακτης ανάγκης. Οι κοινωνικοί λειτουργοί διαδραματίζουν θεμελιώδη ρόλο στην αντιμετώπιση καταστροφών, την ανάκαμψη και τον σχεδιασμό ετοιμότητας για καταστροφές για μελλοντικά περιστατικά (Cooper & Briggs, 2014).

Η κοινωνική εργασία έπαιξε καθοριστικό ρόλο κατά τη διάρκεια της κρίσης COVID-19, καλύπτοντας τις πιο επείγουσες κοινωνικές ανάγκες ευάλωτων ομάδων, όπως οι άστεγοι και οι ηλικιωμένοι. Σύμφωνα με επιστημονικά στοιχεία, διεθνείς και εθνικοί οργανισμοί υγείας αναφέρουν ότι ευάλωτες, μέτριες και υψηλού κινδύνου ομάδες είναι άτομα με καταστάσεις υγείας που επηρεάζουν το ανοσοποιητικό τους σύστημα ή άτομα μεγαλύτερης ηλικίας. Σύμφωνα με αυτό, στο Γιουχάν της Κίνας, τα ευρήματα ενηλίκων ασθενών με COVID-19 δείχνουν ότι το 48% είχαν συννοσηρότητα όπως υπέρταση, διαβήτη ή στεφανιαία νόσο και αυξανόμενο θάνατο που σχετίζεται με μεγαλύτερη ηλικία. Επιπλέον, στο ευρωπαϊκό πλαίσιο, στην περιοχή της Λομβαρδίας στην Ιταλία, οι ασθενείς που χρειάζονταν εντατική θεραπεία ήταν πλειοψηφία άνδρες μεγαλύτερης ηλικίας και το 68% παρουσίασε τουλάχιστον μία συννοσηρότητα. Επομένως, η υποστήριξη σε αυτές τις ηλικιακές ομάδες από τους κοινωνικούς λειτουργούς είναι αδιαμφισβήτητα χρήσιμη και υψηλής αξίας (Redondo-Sama, Matulic, Munté-Pascual & de Vicente, 2020).

Σημαντική είναι η αναφορά στην έρευνα των Berg-Weger & Morley (2020), οι οποίοι ανέφεραν ότι κατά το διάστημα της πανδημίας οι κοινωνικοί λειτουργοί αξιοποίησαν σε σημαντικό βαθμό τα τεχνολογικά μέσα έτσι ώστε να επικοινωνήσουν με τους ηλικιωμένους, βοηθώντας τους να μειώσουν το αίσθημα άγχους και τα συμπτώματα της κατάθλιψης.

Συζήτηση

Στο σημείο αυτό, απαραίτητο είναι να υπογραμμιστούν μερικές σημαντικές έρευνες όπως αυτή των Steinman et al. (2020) οι οποίοι αναφέρουν την σημασία που έχει η επικοινωνία των ηλικιωμένων με τα αγαπημένα τους πρόσωπα. Δεν είναι λοιπόν τυχαίο το εύρημα ότι η μοναξιά μπορεί να επιδεινώσει την κατάσταση, ενώ η συνεχής επικοινωνία με τα αγαπημένα τους πρόσωπα μπορεί να λειτουργήσει ως προστατευτικός παράγοντας. Σημαντική είναι επίσης η έρευνα των Starke et al. (2020) οι οποίοι υποστήριξαν ότι οι ηλικιωμένοι οι οποίοι παρουσιάζουν στο ιστορικό τους προβλήματα υγείας, χρειάζονται πολύ περισσότερη προσοχή καθώς έχουν αυξημένες πιθανότητες να αντιμετωπίσουν καταθλιπτικά συμπτώματα και άγχος. Με τα ευρήματα της έρευνας αυτής συμφωνούν και τα ευρήματα της έρευνας των Gonzalez-Gonzalez et al. (2020).

Όσον αφορά τα ευρήματα που προέκυψαν για τον ρόλο του κοινωνικού λειτουργού υπό το πρίσμα της πανδημίας, είναι σημαντικό να αξιοποιηθούν μερικά από αυτά στην κλινική πράξη. Δεδομένου ότι η κοινωνική απομόνωση και η τήρηση των κοινωνικών αποστάσεων αποτέλεσαν και αποτελούν το βασικό ζήτημα για την μείωση της εξάπλωσης του ιού, η ανθρώπινη επικοινωνία και το έργο των κοινωνικών λειτουργών και των υπόλοιπων επαγγελματιών υγείας επηρεάζεται σημαντικά. Ωστόσο, με την αξιοποίηση της τεχνολογίας, και οι δύο πλευρές έχουν την ευκαιρία για επικοινωνιακή επικοινωνία και οργάνωση των κατάλληλων παρεμβάσεων σύμφωνα με τις ανάγκες του εκάστοτε ηλικιωμένου. Η έρευνα των Berg-Weger & Morley (2020) μελετά ακριβώς αυτά τα στοιχεία, και επιβεβαιώνει πως η σωστή διαχείριση της τεχνολογίας μπορεί να επιφέρει θετικά και μόνο αποτελέσματα.

Συμπεράσματα

Συνοψίζοντας, καθίσταται σαφές ότι οι ηλικιωμένοι συνιστούν μια από τις πιο ευάλωτες ηλικιακές ομάδες, σε διαφορετικά επίπεδα. Τόσο σε ψυχοκοινωνικό όσο και σε σωματικό επίπεδο, οι ανάγκες τους είναι αυξημένες, ακριβώς επειδή καλούνται να αντιμετωπίσουν μια σειρά από προκλήσεις. Συνάμα, όσο περνούν τα χρόνια, οι γνωστικές και πνευματικές τους δεξιότητες φθίνουν, με αποτέλεσμα να δυσχεραίνει η κατάσταση. Σε κάθε περίπτωση η ψυχική τους υγεία πρέπει να παραμένει ισορροπημένη, και να υπάρχει η κατάλληλη υποστήριξη προκειμένου να προληφθούν αλλά και να αντιμετωπιστούν αποτελεσματικά προβλήματα όπως η κατάθλιψη και άλλες διαταραχές που είναι επιβλαβείς για την ποιότητα ζωής τους. φυσικά, σε κάθε δύσκολη περίπτωση όπως η πανδημία του COVID-19 η προσοχή των επαγγελματιών υγείας που συναναστρέφονται με τους ηλικιωμένους και τους φροντίζουν, θα πρέπει να είναι στραμμένη στις μοναδικές τους ανάγκες και να λαμβάνουν την κατάλληλη φροντίδα και υποστήριξη.

Η πανδημία του COVID-19 υπενθυμίζει ότι οι ηλικιωμένοι ως ευάλωτη ομάδα πρέπει να ενισχυθούν και να υποστηριχθούν σε κάθε επίπεδο, και κυρίως στο συναισθηματικό. Τα αρνητικά συναισθήματα όπως η μοναξιά, η κοινωνική απομόνωση, η ανησυχία λόγω της μοναξιάς και το άγχος του θανάτου αυξήθηκαν σημαντικά τον τελευταίο ενάμιση χρόνο. Υπό αυτή την έννοια, η βελτίωση των επιμέρους δεξιοτήτων των ηλικιωμένων, η χρήση της τεχνολογίας και η επέκταση των δικτύων επικοινωνίας τους είναι εξαιρετικά σημαντική για να τους αποτρέψει από το να αισθάνονται μοναξιά. Για το λόγο αυτό, είναι πολύ σημαντικό να λαμβάνουν την ανάλογη υποστήριξη από επαγγελματίες υγείας οι οποίοι διαθέτουν την κατάλληλη κατάρτιση, όπως είναι οι κοινωνικοί λειτουργοί.

Για την αντιμετώπιση της πανδημίας του COVID-19, οι κοινωνικοί λειτουργοί πρέπει διαδραματίζουν κεντρικό ρόλο καθώς απαιτείται κριτική ευαισθητοποίηση από την πλευρά τους, όχι μόνο για να αντιμετωπίσουν περιστατικά όπως η κατάθλιψη, αλλά και για να κινητοποιούν το περιβάλλον των ηλικιωμένων με τον κατάλληλο τρόπο. Φυσικά, κεντρικής σημασίας είναι και ο ρόλος τους όσον αφορά στην παροχή επαρκούς κοινωνικής υποστήριξης για τον γενικό πληθυσμό σε σχέση με συγκεκριμένους πληθυσμούς σε κίνδυνο, όπως οι ασθενείς που νόσησαν ή εκείνοι που έχασαν κάποιο κοντινό τους άτομο για παράδειγμα. Η δημιουργία ευαισθητοποίησης για την πανδημία, η εφαρμογή στρατηγικών υποστήριξης της ψυχικής υγείας και στρατηγικών που βασίζονται στην κοινότητα για την υποστήριξη της

ανθεκτικότητας και των ψυχολογικά ευάλωτων ατόμων και ομάδων κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19 πρέπει να συνιστούν βασικούς στόχους για κάθε κοινωνικό λειτουργό. Επίσης, ο ψυχολογικός αντίκτυπος του φόβου και του άγχους που προκαλείται από την ταχεία εξάπλωση της πανδημίας του COVID-19 πρέπει να αναγνωριστεί σαφώς ως προτεραιότητα της δημόσιας υγείας τόσο για τους κοινωνικούς λειτουργούς, όσο και για τους φορείς χάραξης πολιτικών. Κλείνοντας, σημαντικό είναι να τονιστεί ότι οι κοινωνικοί λειτουργοί έχουν ανάγκη από διαρκή εκπαίδευση, κυρίως κατά την δύσκολη περίοδο της πανδημίας, έτσι ώστε να μπορούν να φροντίσουν με τον καλύτερο δυνατό τρόπο τους ηλικιωμένους και φυσικά τον γενικό πληθυσμό, διατηρώντας μια ικανοποιητική ισορροπία στην ποιότητα ζωής και την ψυχική υγεία.

Βιβλιογραφικές Αναφορές

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΕΣ

- Abrams, L. S., & Dettlaff, A. J. (2020). Voices from the frontlines: Social workers confront the COVID-19 pandemic. *Social Work, Vol65* (No3), 302-305. doi: [10.1093/sw/swaa030](https://doi.org/10.1093/sw/swaa030)
- American Psychiatric Association. (2020). What Is Depression?. Retrieved 10 October 2020, from <https://www.psychiatry.org/patients-families/depression/what-is-depression>
- Bamonti, P., Price EC, Fiske A. (2014). Depressive symptoms and suicide risk in older adults: Value placed on autonomy as a moderator for men not women. *Suicide and Life-Threatening Behavior, Vol44* (No2), 188-199. Retrieved 28 July 2021, from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24851257/>
- Beaglehole, B., Mulder, R. T., Frampton, C. M., Boden, J. M., Newton-Howes, G., & Bell, C. J. (2018). Psychological distress and psychiatric disorder after natural disasters: systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry, Vol213* (No6), 716-722. doi: [10.1192/bjp.2018.210](https://doi.org/10.1192/bjp.2018.210)
- Bella - Awusah, T., Ani, C., Ajuwon, A. & Omigbodun, O. (2016). Effectiveness of brief school - based, group cognitive behavioural therapy for depressed adolescents in South West Nigeria. *Child and Adolescent Mental Health, Vol21* (No1), 44-50. doi: <https://doi.org/10.1111/camh.12104>
- Berg-Weger, M., & Morley, J. E. (2020). Loneliness and social Isolation in older adults during the COVID-19 pandemic: Implications for gerontological social work. *Journal of Nutrition, Health, & Aging, Vol24* (No5), 456–458. doi: [10.1007/s12603-020-1366-8](https://doi.org/10.1007/s12603-020-1366-8)
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet, Vol395* (No10227), 912-920. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- Brown, J. (2018). Parents' experiences of their adolescent's mental health treatment: helplessness or agency-based hope. *Clin. Child Psychol. Psychiatry, Vol23*, (No4), 644–662. doi: [10.1177/1359104518778330](https://doi.org/10.1177/1359104518778330)

- Busby Grant, J., Bruce, C. P., & Batterham, P. J. (2016). Predictors of personal, perceived and self-stigma towards anxiety and depression. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, Vol25 (No3), 247–254. doi: 10.1017/S2045796015000220
- Carballo, J., García-Nieto R, Harkavy-Friedman J, de Leon-Martinez V, Baca-García E.(2014). Aggressiveness across development and suicidal behaviour in depressed patients. *Archives of Suicide Research*, Vol18 (No1), 39-49. doi: 10.1080/13811118.2013.801808.
- Cebolla, E. ,Rodacki, A. , Bento, P. (2015). Balance, gait, functionality and strength: comparison between elderly fallers and non-fallers. *Brazilian Journal of Physical Therapy*, Vol19 (No2). doi: <https://doi.org/10.1590/bjpt-rbf.2014.0085>
- Cooper, L., & Briggs, L. (2014). Do we need specific disaster management education for social work? *Australian Journal of Emergency Management*, Vol 29 (No4), 38-42. Retrieved 14 July 2021, from <https://ro.uow.edu.au/sspapers/1443>
- Delam, H., & Izanloo, S. (2020). Increased death anxiety in the elderly during coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic. *Journal of Health Sciences & Surveillance System*, Vol8 (No4), 173–174. doi: [10.30476/JHSS.2020.87223.1108](https://doi.org/10.30476/JHSS.2020.87223.1108)
- Donlan, W., & Lee, J. (2010). Screening for depression among indigenous Mexican migrant farmworkers using the Patient Health Questionnaire–9. *Psychological Reports*, Vol 106(No2), 419-432. doi: [10.2466/PRO.106.2.419-432](https://doi.org/10.2466/PRO.106.2.419-432)
- Eastman,M., Finlay,J.& Kobayashi, L. (2021). Alcohol Use and Mental Health among Older American Adults during the Early Months of the COVID-19 Pandemic. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, Vol18, (No8), 4222. doi: [10.3390/ijerph18084222](https://doi.org/10.3390/ijerph18084222)
- Epstein, I. (2009). Promoting harmony where there is commonly conflict: Evidence-informed practice as an integrative strategy. *Social Work in Health Care*,Vol48 (No 3), 216–231. doi: <https://doi.org/10.1080/00981380802589845>
- Ettman,C.K., Abdalla, S.M., Cohen, G.H., Sampson, L., Vivier, P.M. and Galea, S. (2020). Prevalence of Depression Symptoms in US Adults Before and During the COVID-19 Pandemic. *JAMA Netw Open*, Vol3(No 9), e2019686. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2020.19686.
- Eurostat - Statistics Explained. Population structure and ageing. Retrieved 6 March 2021, from [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Population structure and ageing/el#CE.A4.CE.BF.CF.80.CE.BF.CF.83.CE.BF.CF.83.CF.84.CF.8C.CF.84.CF.89.CE.BD.CE.B7.CE.BB.CE](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Population_structure_and_ageing/el#CE.A4.CE.BF.CF.80.CE.BF.CF.83.CE.BF.CF.83.CF.84.CF.8C.CF.84.CF.89.CE.BD.CE.B7.CE.BB.CE)

B9.CE.BA.CE.B9.CF.89.CE.BC.CE.AD.CE.BD.CF.89.CE.BD .CE.B1.CF.84.CF.8C.CE.BC.CF.89.CE.BD .CE.B1.CF.85.CE.BE.CE.AC.CE.BD.CE.B5.CF.84.CE.B1.CE.B9 .CF.8C.CE.BB.CE.BF .CE.BA.CE.B1.CE.B9 .CF.80.CE.B5.CF.81.CE.B9.CF.83 .CF.83.CF.8C.CF.84.CE.B5.CF.81.CE.BF

- Fiske, A., Wetherell, J. L., & Gatz, M. (2009). Depression in older adults. *Annual review of clinical psychology*, Vol5, 363–389. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.032408.153621
- Gariballa, S. (2011). Testing homocysteine-induced neurotransmitter deficiency, and depression of mood hypothesis in clinical practice. *Age Ageing*, Vol 40 (No 6), 702–5. doi: <https://doi.org/10.1093/ageing/afr086>
- Gonzalez-Gonzalez, A., Toledo-Fernandez, A. & Romo-Parra H. (2020). Psychological impact of sociodemographic factors and medical conditions in older adults during the COVID-19 pandemic in Mexico. *Salud Mental*, Vol43 (No6), 293-301. Retrieved 20 July 2021, from <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=97586>
- Gulia, K. & Kuman, V. (2018). Sleep disorders in the elderly: a growing challenge. Retrieved 19 April 2021, from <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/psyg.12319>
- Halverson, J. (2019). *Dysthymic Disorder*. Retrieved 14 December 2020, from <https://emedicine.medscape.com/article/290686-overview>
- Halverson, J. (2019). What are the DSM-5 criteria for diagnosis of major depressive disorder (clinical depression)?. Retrieved 5 December 2020, from <https://www.medscape.com/answers/286759-14692/what-are-the-dsm-5-criteria-for-diagnosis-of-major-depressive-disorder-clinical-depression>
- Health Quality Ontario (2017). Psychotherapy for Major Depressive Disorder and Generalized Anxiety Disorder: A Health Technology Assessment. *Ontario health technology assessment series*, Vol17 (No 15), 1–167. Retrieved 25 July 2021, from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29213344/>
- Khademi, F., Moayedi, S., Golitaleb, M., & Karbalaie, N. (2021). Letter to the editor. The COVID-19 pandemic and death anxiety in the elderly. *International Journal of Mental Health Nursing*, Vol 30 (No 1), 346–349. doi: [10.1111/inm.12824](https://doi.org/10.1111/inm.12824)
- Killgore, W., Cloonan, S., Taylor, E., Lucas, D. & Dailey, N. (2021). Alcohol dependence during COVID-19 lockdowns. *Psychiatry Res*, Vol296, 113676. doi: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113676>

- Kivi, M. , Hansson, I. , Bjälkebring,P. , (2021). Up and About: Older Adults' Well-being During the COVID-19 Pandemic in a Swedish Longitudinal Study. *The Journals of Gerontology: Series B, Vol76* (No2), e4–e9. doi: <https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa084>
- Koo, K., & Kim, K. (2021). Effects of Different Types of Physical Activity on Health-Related Quality-of-Life in Korean Women with Depressive Disorder. *International journal of environmental research and public health, Vol18* (No 9), 4639. doi: [10.3390/ijerph18094639](https://doi.org/10.3390/ijerph18094639)
- Kouvatso, K. , Iliadou, M. , Kalatzi, P. , Sakellari, E. , Prapas, C. , Kalafati, M. & Tziaferi, S. , (2020). Depression Among Elderly Users of Open and Closed Care Facilities in a Rural Region of Greece: an Important Public Health Issue. *Material Sociomedica Journal of the Academy of Medical Sciences of Bosnia and Herzegovina, Vol32* (No1), 35-40. doi: [10.5455/msm.2020.32.35-40](https://doi.org/10.5455/msm.2020.32.35-40)
- Lupp M, Sikorski C, Luck T, Ehreke L, Konnopka A, Wiese B. (2012). Age- and gender-specific prevalence of depression in latest-life-systematic review and meta-analysis. *J AffectDisord, Vol 136*, 212–21. doi: [10.1016/j.jad.2010.11.033](https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.11.033)
- Luchetti, M., Lee, J. H., Aschwanden, D., Sesker, A., Strickhouser, J. E., Terracciano, A., &Sutin, A. R. (2020). The trajectory of loneliness in response to COVID-19. *American Psychologist, Vol 75*(No7), 897–908. doi: [10.1037/amp0000690](https://doi.org/10.1037/amp0000690)
- Marla Berg-Weger& Tracy Schroepfer (2020). COVID-19 Pandemic: Workforce Implications for Gerontological Social Work, *Journal of Gerontological Social Work, Vol63* (No 6-7), 524-529. doi: [10.1080/01634372.2020.1772934](https://doi.org/10.1080/01634372.2020.1772934)
- Meng, H., Xu, Y., Dai, J., Zhang, Y., Liu, B., & Yang, H. (2020). The psychological effect of COVID-19 on the elderly in China. *Psychiatry Research,289*(112983), 1–2. doi: [10.1016/j.psychres.2020.112983](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112983)
- Menzies, R. E., & Menzies, R. G. (2020). Death anxiety in the time of COVID-19: Theoretical explanations and clinical implications. *The Cognitive Behaviour Therapist, Vol 13*, e19. doi: <https://doi.org/10.1017/S1754470X20000215>
- Miller, E.A. (2020). Protecting and Improving the Lives of Older Adults in the COVID-19 Era. *J. Aging Soc. Policy, vol32*, 297–309. Retrieved 13 July 2021, from <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/08959420.2020.1780104>
- Murman, D. (2021). The Impact of Age on Cognition. *Semin Hear, Vol36* (No3), 111–121. doi: [10.1055/s-0035-1555115](https://doi.org/10.1055/s-0035-1555115)

- NHS. (2020). Overview, Bipolar disorder . Retrieved 15 November 2020, from <https://www.nhs.uk/conditions/bipolar-disorder/>
- Paskaleva, D. & Tufkova, S. (2017). Social and Medical Problems of the Elderly. *Journal of Gerontology & Geriatric Research*. Retrieved 09 May 2021, from <https://www.longdom.org/open-access/social-and-medical-problems-of-the-elderly-2167-7182-1000431.pdf>
- Pearman, A., Hughes, M., Smith, E.& Neupert, S.(2021). Age Differences in Risk and Resilience Factors in COVID-19-Related Stress. *J. Gerontol. B. Psychol. Sci. Soc. Sci*, Vol76 (No2), e38–e44. doi: [10.1093/geronb/gbaa120](https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa120)
- Redondo-Sama, G., Matulic, V., Munté-Pascual, A. & de Vicente, I. (2020). Social Work during the COVID-19 Crisis: Responding to Urgent Social Needs. *Sustainability*, Vol12 (No20), 1-16. doi: <https://doi.org/10.3390/su12208595>
- Parker, S. (2015). Elderly Mental Health: Needs. *Mens Sana Monogr*, Vol13 (No1), 91–99. doi: [10.4103/0973-1229.153311](https://doi.org/10.4103/0973-1229.153311)
- Preda, A. (2020). Major Depressive Disorder: Disabling and Dangerous. Retrieved 8 November 2020, from <https://reference.medscape.com/slideshow/major-depressive-disorder-6009734#1>
- Reszeke, R. , Pelka, D. , Walasek, A. , Machaj, Z. , Reich, A. (2015). Skin disorders in elderly subjects. *International Journal of Dermatology*, Vol54 (No2), e332-338. doi: <https://doi.org/10.1111/ijd.12832>
- Serafini, G., Parmigiani, B., Amerio, A., Aguglia, A., Sher, L.,& Amore, M. (2020). The psychological impact of COVID-19 on the mental health in the general population. *International Journal of Medicine*, Vol113 (No 8), 531–537. doi: [10.1093/qjmed/hcaa201](https://doi.org/10.1093/qjmed/hcaa201)
- Schroepfer, T., Berg-Weger, M., & Morano, C. (2020). Training the next generation of gerontological social work scholars. *Journal of Gerontological Social Work*, Vol62 (No8), 823–827. doi: <https://doi.org/10.1080/01634372.2020.1772934>
- Shi Yin, C. (2020). COVID-19 pandemic: The lived experiences of older adults in aged care homes. *Millennial Asia*, Vol11 (No 3), 299–317. doi: <https://doi.org/10.1177/0976399620958326>
- Sobocki, P., Jönsson, B., Angst, J. & Rehnberg, C. (2020). Cost of depression in Europe. *J Ment Health Policy Econ*, Vol9 (No2), 87-98. Retrieved 19 October 2020, from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17007486/>

- Starke, K., Petereit-Haack, G., Schubert, M., Kämpf, D., Schliebner, A., Hegewald, J. & Seidler, A. (2020). The age-related risk of severe outcomes due to covid-19 infection: A rapid review, meta-analysis, and meta-regression. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, Vol17 (No16), 1–24. doi: [10.3390/ijerph17165974](https://doi.org/10.3390/ijerph17165974)
- Steinman, C., Perry, M. & Perissinotto, L. (2020). Meeting the Care Needs of Older Adults Isolated at Home During the COVID-19 Pandemic. *JAMA Intern. Med*, Vol180 (No6), 819–820. doi: [10.1001/jamainternmed.2020.1661](https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2020.1661).
- Teater, B. (2017). Social work research and its relevance to practice: ‘The gap between research and practice continues to be wide. *Journal of Social Service Research*, Vol43 (No5), 547-565. doi: <https://doi.org/10.1080/01488376.2017.1340393>
- Thoresen, S., Tambs, K., Hussain, A., Heir, T., Johansen, V. A., & Bisson, J. I. (2010). Brief measure of posttraumatic stress reactions: Impact of Event Scale-6. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, Vol45 (No3), 405-412. doi: [10.1007/s00127-009-0073-x](https://doi.org/10.1007/s00127-009-0073-x)
- Van Tilburg, T., Steinmetz, S., Stolte, E., van der Roest, H. & de Vries, D. (2020). Loneliness and mental health during the COVID-19 pandemic: A study among Dutch older adults. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, Vol76 (No7), e249–e255R. doi: [10.1093/geronb/gbaa111](https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa111)
- Vieira, C., Franco, O., Restrepo, C. & Abel, T. (2020). COVID-19: The forgotten priorities of the pandemic. *MATURITAS*, Vol136, 38-41. doi: <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2020.04.004>
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S., & Ho, R. C. (2020). Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, Vol17 (No5), 1729. doi: [10.3390/ijerph17051729](https://doi.org/10.3390/ijerph17051729)
- Whitehead, B., (2021). COVID-19 as a Stressor: Pandemic Expectations, Perceived Stress, and Negative Affect in Older Adults. *The Journals of Gerontology: Series B*, Vol 76 (No 2), e59- e64. doi: <https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa153>
- World Health Organization. (2010). Ageing: Global population. Retrieved 8 March 2021, from <https://www.who.int/news-room/q-a-detail/population-ageing>
- World Health Organization. (2014). Preventing suicide - a global imperative. Retrieved 28 July 2021, from https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131056/9789241564779_eng.pdf

- World Health Organization. (2017). Depression and other common mental disorders: global health estimates. *World Health Organization*, pp. 1–24. Retrieved 28 July 2021, from <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf>
- World Health Organization. (2019). Mental disorders. Retrieved 10 November 2020, from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- World Health Organization (2020). Depression. Retrieved 2 February 2021, from <http://www.searo.who.int>
- World Health Organization. (2020). Depression. Retrieved 10 October 2020, from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>

ΕΛΛΗΝΟΓΛΩΣΣΕΣ

- Αγγελόπουλος, Ν. (2014, 2015, 2017). *Ιατρική Ψυχολογία και Ψυχοπαθολογία*. Αθήνα: ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις.
- Αλεξόπουλος, Γ. (1999). Η κατάθλιψη στη γηριατρική. Στο Κ. Σολδάτος (Επιμ.), *Άγχος και κατάθλιψη: εκδηλώσεις και αντιμετώπιση στη Γενική Ιατρική* (σσ. 249- 268). Αθήνα: Γραφικές Τέχνες “ΠΑΛΛΑΔΙΟΝ”.
- Αναστασιάδου, Β. (2015). Χαρακτηριστικά Ηλικιωμένων Ατόμων. Ανακτήθηκε 8 Μαρτίου 2021, από https://repository.kallipos.gr/bitstream/11419/3356/3/Chapter_01.pdf
- Ανωγειανάκης, Γ. , Καραγιαννίδου, Μ. & Παπαλιάγκας, Β. (2021). *Διαταραχές Διάθεσης*. χ.η. Ανακτήθηκε 1 Δεκεμβρίου 2020, από http://www.experimentalphysiology.gr/UserFiles/Research/psyYgeia/Diataraxes_diathesis.pdf
- Αλεφαντινού, Α. , Βλασιάδης, Κ. , Φιλαλήθης, Α. (2020). Επιπολασμός της κατάθλιψης σε ηλικιωμένα άτομα- μέλη Κέντρου Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων ορεινού χωριού της Κρήτης. Ανακτήθηκε 29 Οκτωβρίου, από <http://www.mednet.gr/archives/2016-3/pdf/368.pdf>
- Άκτινσον, Σ. (2015). *Τα πρώτα βήματα για να νικήσεις την κατάθλιψη*. Αθήνα: Ψυχογιός.
- Beers, M. (2005). *Εγχειρίδιο Γηριατρικής*. Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις- Πασχαλίδης.
- Βιολάκη-Παρασκευά, Μ. (2000). Ιατροκοινωνική θεώρηση του γήρατος. Στο Γ.Χριστοδούλου & Β. Κονταξάκης (Επιμ.), *Η Τρίτη Ηλικία* (σσ. 18-25). Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα.
- Γκουβάς, Κ. , Σούλης, Γ. , Παναγιωτάκος, Δ. (2018). Πολλαπλές διαστάσεις της διαδικασίας της γήρανσης. Τι γνωρίζουμε για αυτές; *Αρχαία Ελληνική Ιατρική*, 35 (6), 757-764. Ανακτήθηκε 4 Μαρτίου 2021, από <http://www.mednet.gr/archives/2018-6/757per.html>
- Γκράτζιου, Ε. (2018). Οι ανάγκες των ηλικιωμένων στην πυραμίδα του Maslow. Ανακτήθηκε 14 Μαρτίου 2021, από <https://www.gernaollios.gr/2018/05/09/oi-anages-ton-ilikiomenon-stin-piramida-tou-maslow/>
- Δαρδαβέσης, Θ. (2011). Εισαγωγικά στοιχεία Γηριατρικής και Γεροντολογίας. Στο Α. Κωσταρίδου- Ευκλείδη (Επιμ.), *Θέματα γηροψυχολογίας και γεροντολογίας* (σσ.31-47). Αθήνα: Πεδίο.

- Δικαίος, Δ. & Σολδάτος, Κ. (1999). Αιτιοπαθογένεια κατάθλιψης. Στο Κ. Σολδάτος (Επιμ.), *Άγχος και Κατάθλιψη: Εκδηλώσεις και Αντιμετώπιση στη Γενική Ιατρική* (σσ. 48-56). Αθήνα: Γραφικές Τέχνες “ΠΑΛΛΑΔΙΟΝ”.
- ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ, Υπουργείο Υγείας. (2020). Παγκόσμια Ημέρα Ψυχικής Υγείας. Ανακτήθηκε 30 Οκτωβρίου από <https://www.moh.gov.gr/articles/news/1412-pagkosmia-hmera-psykhikhs-ygeias>
- Honos- Webb, L. (2010). *Αυτοθεραπεία, κατάθλιψη χωρίς χάπια*. Αθήνα: Μοντέρνοι Καιροί.
- Θάνου, Ε. (2021). Τρίτη ηλικία & Υποστηρικτικά δίκτυα. Ανακτήθηκε 4 Μαρτίου 2021, από <https://www.psycholozin.gr/arthrografia/psychologia-enhlikwn/trith-hlikia-yprosthriktika-diktya.html>
- Katona, C. & Katona, P. (2001). *Κατάθλιψη και Συνοδό Άγχος στους Ηλικιωμένους*. Αθήνα: Βαγιονάκης Ιατρικές Εκδόσεις.
- Κωσταρίδου-Ευκλείδη, Α. (2008). *Θέματα γηροψυχολογίας και γεροντολογίας*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Μαλικιώση - Λοΐζου, Μ. (2017). *Συμβουλευτική Ψυχολογία*. Αθήνα: Πεδίο.
- Μάνου, Ν. (1997). *Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής*. Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Επιστημονικών Βιβλίων και Περιοδικών.
- Μαρκουλάκη, Ε. (2000). Κοινωνικοί παράγοντες και Τρίτη ηλικία. Στο Γ. Χριστοδούλου & Β. Κονταξάκης (Επιμ.), *Η Τρίτη Ηλικία* (σσ. 237-246). Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα.
- Ντώνιας, Σ. (1999). Η διάγνωση της κατάθλιψης. Στο Κ. Σολδάτος (Επιμ.), *Άγχος και Κατάθλιψη: Εκδηλώσεις και Αντιμετώπιση στη Γενική Ιατρική* (σσ. 41-44). Αθήνα: Γραφικές Τέχνες “ΠΑΛΛΑΔΙΟΝ”.
- Παγοροπούλου, Α.Α (2000). *Η γεροντική κατάθλιψη*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Παγοροπούλου, Α.Α. (2000). *Ψυχολογία Τρίτης Ηλικίας*. Αθήνα: Gutenberg.
- Παπαδημητρίου, Γ. Λιάππας, Ι. & Λυκούρας, Ε. (2013). *Σύγχρονη Ψυχιατρική*. Αθήνα: ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις.
- Πουλοπούλου- Εμκε, Η. (1999). *Έλληνες ηλικιωμένοι πολίτες*. Αθήνα: Έλλην.
- Χριστοδούλου, Γ. & Κονταξάκης, Β. (2000). *Η Τρίτη Ηλικία*. Αθήνα: ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις.
- Χαντέ, Λ. (2017). Δικαιώματα και υποχρεώσεις των ηλικιωμένων. Ανακτήθηκε 14 Μαρτίου 2021, από <https://www.gernaollios.gr/2017/10/02/dikeomata-ke-yprochreosis-ton-ilikiomenon/>