

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ**  
**ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ**  
**ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ**  
**Τμήμα Νοσηλευτικής**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ**  
**«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΡΙΣΕΩΝ»**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**«Διερεύνηση του επιπολασμού της κατάθλιψης σε ηλικιωμένους χρήστες  
δομών της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας Δήμου της Περιφέρειας Ηπείρου»**

**ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ ΚΟΥΒΑΤΣΟΥ**

Νοσηλεύτρια ΠΕ

Νοέμβριος 2014

ΣΠΑΡΤΗ

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ**  
**ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ**  
**ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ**

**Τμήμα Νοσηλευτικής**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ**  
**«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΡΙΣΕΩΝ»**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**«Διερεύνηση του επιπολασμού της κατάθλιψης σε ηλικιωμένους χρήστες δομών της  
Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας Δήμου της Περιφέρειας Ηπείρου»**

**ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ ΚΟΥΒΑΤΣΟΥ**

Νοσηλεύτρια ΠΕ

**Μέλη Εξεταστικής Επιτροπής**

Επιβλέπουσα: Στυλιανή Τζιαφέρη,  
Μέλος: Σοφία Ζυγά,  
Μέλος: Τσιρώνη Μαρία

Νοέμβριος 2014

ΣΠΑΡΤΗ

Copyright © ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ ΚΟΥΒΑΤΣΟΥ,2014 Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στο πλαίσιο των απαιτήσεων του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Ειδίκευσης «Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας και Διαχείριση Κρίσεων» του Τμήματος Νοσηλευτικής. Η έγκρισή της δεν υποδηλώνει απαραίτητως και την αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα εκ μέρους του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου.

Βεβαιώνω ότι η παρούσα διπλωματική εργασία είναι αποτέλεσμα δικής μου δουλειάς και δεν αποτελεί προϊόν αντιγραφής. Στις δημοσιευμένες ή μη δημοσιευμένες πηγές που αναφέρω έχω χρησιμοποιήσει εισαγωγικά και όπου απαιτείται έχω παραθέσει τις πηγές τους στο τμήμα της βιβλιογραφίας.

Υπογραφή:

Αικατερίνη Κουβάτσου

Η Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή

Στυλιανή Τζιαφέρη

Σοφία Ζυγά

Μαρία Τσιρώνη

## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Θα ήθελα να εκφράσω τις θερμές ευχαριστίες μου στην επιβλέπουσα καθηγήτρια κ. Στυλιανή Τζιαφέρη, για την τιμή που μου έκανε να συνεργαστούμε και για την συμπαράσταση και την καθοδήγησή της που με βοήθησαν στην ολοκλήρωση της παρούσας μελέτης.

Επίσης θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου σε όσους συνέβαλλαν στην υλοποίηση αυτής της μελέτης και ιδιαίτερα στους εργαζόμενους των ΚΑΠΗ και των Οίκων Ευγηρίας του Δήμου Ιωαννιτών για την πολύτιμη βοήθειά τους αλλά και σε όλους τους ηλικιωμένους που συμμετείχαν για το χρόνο που διέθεσαν και την αγάπη που μου έδειξαν.

Την εργασία αυτή αφιερώνω στους γονείς μου ως  
δείγμα αγάπης και σεβασμού.

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	10
ABSTRACT.....	12
ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....	14
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΥΠΟΒΑΘΡΟ.....	15
1.1. ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ.....	15
1.1.1.ΟΙ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ.....	15
1.1.1.1 ΟΞΕΙΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ.....	16
1.1.1.1.1. ΗΠΙΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ .....	17
1.1.1.1.2. ΜΕΙΖΟΝΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ .....	18
1.1.1.2 ΥΠΟΤΡΟΠΙΑΖΟΝΤΑ ΕΠΕΙΣΟΔΙΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ .....	20
1.1.1.2.1.ΥΠΟΤΡΟΠΙΑΖΟΥΣΑ ΜΕΙΖΟΝΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ .....	20
1.1.1.2.2.ΥΠΟΤΡΟΠΙΑΖΟΥΣΑ ΒΡΑΧΕΙΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ .....	21
1.1.1.2.3.ΕΠΟΧΙΑΚΗ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ .....	21
1.1.1.3 ΧΡΟΝΙΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ .....	22
1.1.2. ΜΑΝΙΑΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ .....	22
1.1.3. ΔΙΠΟΛΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ .....	23
1.1.4. ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΟΦΕΙΛΟΜΕΝΗ ΣΕ ΓΕΝΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ..	25
1.1.5. ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΟΦΕΙΛΟΜΕΝΗ ΣΕ ΟΥΣΙΕΣ .....	25
1.1.6. ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΜΗ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΖΟΜΕΝΗ ΑΛΛΙΩΣ .....	26
1.2. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ .....	26
1.3. Η ΓΗΡΑΝΣΗ ΤΟΥ ΠΑΓΚΟΣΜΙΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ .....	35
1.4. Η ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ-ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ .....	36
1.5. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ , ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ .....	38
1.6. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ .....	42
1.7. ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΤΗΣ ΥΠΟ-ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ .....	44
1.8. ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΑ ΔΙΚΤΥΑ ΚΑΙ Η ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩ- ΜΕΝΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ .....	45
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	49
2.1. ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΕΠΙΜΕΡΟΥΣ ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ.....	49
2.2. ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ.....	49



2.3. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ-ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	51
2.4. ΣΥΖΗΤΗΣΗ- ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ- ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	65
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΠΑΡΑΠΟΜΠΕΣ.....	70
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ .....	92
I. ΕΡΓΑΛΕΙΟ ΜΕΛΕΤΗΣ .....	92
II. ΣΧΕΤΙΚΕΣ ΑΔΕΙΟΔΟΤΗΣΕΙΣ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ΚΑΙ ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΝΑΙ- ΝΕΣΗΣ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΑ .....	101
III. ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ- ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΗ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ ΣΕ ΔΙΕΘΝΕΣ ΣΥ- ΝΕΔΡΙΟ (ΒΙΒΛΙΟ ΠΕΡΙΛΗΨΕΩΝ) .....	105

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η κατάθλιψη της τρίτης ηλικίας δεν αποτελεί φυσικό επακόλουθο της γήρανσης. Προσβάλλει περίπου το 5% των ηλικιωμένων και προκαλεί μεγάλη επιβάρυνση τόσο στους ίδιους τους πάσχοντες όσο και στους φροντιστές τους. Λόγω της μεγάλης αύξησης του προσδόκιμου επιβίωσης η κατάθλιψη των ηλικιωμένων αποτελεί μείζον πρόβλημα της δημόσιας υγείας.

Σκοπός και επιμέρους στόχοι της μελέτης: Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η εκτίμηση του επιπολασμού της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας σε πληθυσμό της τρίτης ηλικίας, οι οποίοι ήταν επισκέπτες Κέντρων Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων αλλά και σε ηλικιωμένους, οι οποίοι διαμένουν σε γηροκομεία του νομού Ιωαννίνων. Επιμέρους στόχοι της μελέτης αποτελούν η διερεύνηση των κοινωνικών και δημογραφικών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων, που μπορεί να σχετίζονται με την εμφάνιση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας αλλά και του βαθμού υποδιάγνωσης της νόσου στο δείγμα ηλικιωμένων της μελέτης.

Μέθοδος: Χρησιμοποιήθηκε δείγμα 200 ατόμων ηλικίας >65ετών με ικανότητα γνώσης και κατανόησης της ελληνικής γλώσσας. Οι συμμετέχοντες ήταν επισκέπτες των ΚΑΠΗ καθώς και διαμένοντες σε Οίκους Ευγηρίας του Δήμου Ιωαννιτών, προκειμένου να διερευνηθούν και να συμπεριληφθούν τυχόν διαφοροποιήσεις του επιπολασμού της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας μεταξύ μιας ανοικτής και μιας κλειστής δομής. Η συλλογή των δεδομένων έγινε με τη διαδικασία συνεντεύξεων με χρήση ερωτηματολογίου, ενώ η σημαντική έκπτωση των γνωσιακών λειτουργιών αποτέλεσε κριτήριο αποκλεισμού από το δείγμα.

Αποτελέσματα: Από το σύνολο του δείγματος το 58,0% των συμμετεχόντων ήταν γυναίκες και το 34,0% αποτελείται από διαμένοντες σε οίκο ευγηρίας. Το 40.5% εμφανίζει καταθλιπτική συμπτωματολογία, ωστόσο μόνο το 19.5% έχει διαγνωστεί για κατάθλιψη. Η οικογενειακή κατάσταση και η ύπαρξη οστεοπόρωσης βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με την ύπαρξη καταθλιπτικής συμπτωματολογίας. Συγκεκριμένα οι παντρεμένοι είχαν 61% μικρότερη πιθανότητα να εμφανίζουν καταθλιπτικά συμπτώματα σε σύγκριση με τους ελεύθερους, χωρισμένους ή χήρους. Οι συμμετέχοντες που πάσχουν από οστεοπόρωση είχαν 2,61 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να έχουν κατάθλιψη σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες

που δεν πάσχουν ενώ ποσοστό των ηλικιωμένων με καταθλιπτική συμπτωματολογία βρέθηκε σημαντικά υψηλότερο στους πάσχοντες από περισσότερα χρόνια νοσήματα

Συμπεράσματα: Αρκετά μεγάλο ποσοστό ηλικιωμένων πάσχει από κάποιας μορφής κατάθλιψη τόσο σε κλειστές όσο και σε ανοιχτές δομές. Το γεγονός αυτό σε συνδυασμό με το μεγάλο βαθμό υποδιάγνωσης της νόσου καθιστά απαραίτητη την ύπαρξη ενός σχεδίου δράσης που να περιλαμβάνει την ενημέρωση και εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας σε θέματα ψυχικής υγείας των ηλικιωμένων και την ικανοποιητική λειτουργία των δημόσιων φορέων όπως τα ΚΑΠΗ και οι οίκοι ευγηρίας προκειμένου να παρέχουν πληροφόρηση σε θέματα ψυχικής υγείας και να προσφέρουν περισσότερα κίνητρα και δραστηριότητες στους ηλικιωμένους ανάλογα με τις δυνατότητές τους.

Λέξεις Κλειδιά: κατάθλιψη ηλικιωμένων, γήρανση, ΚΑΠΗ, υποδιάγνωση

## **ABSTRACT**

Background: Geriatric depression is not a normal part of aging. It affects nearly 5% of the elderly and causes a great burden both at the sufferers and their caregivers. Due to the great increase of life expectancy the depression of the elderly is a major public health issue.

Objectives: The main purpose of this study was to estimate the prevalence of depression symptoms in elderly population who were visitors of the open elderly protection centers or reside in nursing homes of municipality of Ioannina. Other aims of this study were to investigate the social and demographic characteristics of participants that can be associated with the onset of depression symptoms and to estimate the degree of sub-diagnosis of the disease in the target group of the study

Method: We used a sample of 200 people aged above 65 years old capable of understanding and knowledge of the Greek language, who visit the open protection centers for the elderly or live in nursing homes of municipality of Ioannina in order to investigate and include any variations in the prevalence of depression symptoms between an open and a closed care facility. Data collection took place in the form of structured individual interviews using the questionnaire and people without skill, knowledge and understanding of the Greek language or elderly with mental disorders were excluded.

Results: Of the total study 58% of the participants were female and 34% consists of elderly who live in nursing homes. The 40.5% of our sample experienced depressive symptoms, though only the 19.5% has been diagnosed for depression. Both marital status and suffering from osteoporosis relate independently with the manifestation of depressive symptomatology. Particularly married ones had 61% less chance of displaying symptoms of depression compared to unmarried, divorced or widowed individuals. The participants who suffered from osteoporosis had 2.61 more odds of displaying depression symptoms compared to those who didn't.

Moreover the percentage of the participants with depression symptoms was significantly higher at the individuals with more chronic illnesses.

Conclusions: Quite a large proportion of the elderly are suffering from some kind of depression both at closed and open care facilities. This fact coupled with the largely underdiagnosed disease necessitates the existence of an action plan, that includes education

for health professionals on mental health of the elderly and satisfactory operation of public facilities such as open care centers and nursing homes, in order to provide information on mental health issues and offer more incentives and activities for the elderly according to their capabilities.

Keywords: elderly depression, aging, elderly open care centers, underdiagnosis

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η κατάθλιψη της τρίτης ηλικίας προσβάλλει μεγάλο ποσοστό των ηλικιωμένων και προκαλεί μεγάλη επιβάρυνση τόσο στους ίδιους τους πάσχοντες όσο και στους φροντιστές τους. Λόγω της μεγάλης αύξησης του προσδόκιμου επιβίωσης στον αναπτυγμένο κόσμο η κατάθλιψη των ηλικιωμένων ήδη αποτελεί μείζον πρόβλημα της δημόσιας υγείας. Ενώ όμως η συχνότητα της νόσου αυξάνει με την ηλικία όπως δείχνουν οι διεθνείς στατιστικές μόνο ένα μικρό ποσοστό ηλικιωμένων πασχόντων αναγνωρίζει την κατάθλιψη και αναζητά βοήθεια, γεγονός που φανερώνει την υποδιάγνωση της νόσου και τη δυσκολία στην αναγνώριση των συμπτωμάτων της από τους οικείους των ασθενών αλλά και από τους επαγγελματίες υγείας. Η συμμετοχή των παρόχων φροντίδας υγείας στο πρόβλημα της υποδιάγνωσης έγκειται στην ανεπαρκή ενημέρωση σχετικά με τα διαγνωστικά κριτήρια και τις θεραπευτικές επιλογές για τις καταθλιπτικές διαταραχές, την έλλειψη ψυχοκοινωνικού προσανατολισμού και εξειδίκευσης αλλά και την πίεση χρόνου λόγω του μεγάλου φόρτου εργασίας. Η μειωμένη ποιότητα φροντίδας οδηγεί σε κακή πρόγνωση για τη νόσο και αποτελεί πρόβλημα για τη δημόσια υγεία οδηγεί σε προβλήματα στην ποιότητα ζωής των ασθενών και κατ' επέκταση των φροντιστών τους και αύξηση των δαπανών τελικά για το σύστημα υγείας. Επιπλέον στις μέρες μας έχουν δημιουργηθεί και νέες κοινωνικές ανάγκες στους ηλικιωμένους, οι οποίες δεν περιορίζονται στην έννοια της περίθαλψης αλλά περιλαμβάνουν και την αναγκαιότητα για πρόληψη κοινωνικών βιολογικών και ψυχικών προβλημάτων. Την κάλυψη αυτών των αναγκών καλούνται πλέον να επιτελέσουν τα γηροκομεία και τα Κέντρα Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ). Έτσι στα πλαίσια ανάπτυξης πολιτικών υγείας για την προαγωγή της κοινωνικής και ψυχικής υγείας των ηλικιωμένων είναι αναγκαίο να διευκρινιστούν οι παράγοντες εκείνοι που την επηρεάζουν και η διερεύνηση αυτών των παραμέτρων αποτελεί αντικείμενο της παρούσας εργασίας.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

### 1.1. ΟΙ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ

Οι διαταραχές της διάθεσης, ή συναισθηματικές διαταραχές αποτελούν μια ομάδα διαταραχών που χαρακτηρίζονται από διαταραχή της συναισθηματικής διάθεσης. *Η συναισθηματική διάθεση είναι ο καθολικός και σταθερός συναισθηματικός τόνος που βιώνεται εσωτερικά και που σε ακραίες περιπτώσεις μπορεί να επηρεάσει σε πολύ μεγάλο βαθμό όλες κυριολεκτικά τις πλευρές της συμπεριφοράς ενός ατόμου, καθώς και την αντίληψή του για τον κόσμο (Κοτανίδης,nd).* Οι διαταραχές της διάθεσης μεγεθύνουν τις εμπειρίες του ανθρώπου σε διαστάσεις μεγαλύτερες των πραγματικών. Οι συναισθηματικές διαταραχές έχουν σαν κύριο εκπρόσωπό τους την κατάθλιψη. Οι πρώτες ιστορικές αναφορές περί συναισθηματικών διαταραχών ανάγονται στην εποχή της αρχαιότητας, ενώ στη Γαλλία για πρώτη φορά στα τέλη του 19<sup>ου</sup> αιώνα χρησιμοποιήθηκε ο όρος της «κυκλικής ψύχωσης» για την μανιοκατάθλιψη (Sedler,1983).

Για τις καταθλιπτικές διαταραχές τόσο το DSM-IV, όσο και το ICD-10 περιγράφουν πολυάριθμες καταστάσεις και προσδιορισμούς. Το ICD-10 διακρίνει ήπιες και μέτριες καταθλιπτικές διαταραχές με ή χωρίς σωματικό σύνδρομο και το σοβαρό καταθλιπτικό επεισόδιο με ή χωρίς ψυχωσικά συμπτώματα. Σύμφωνα με το σύστημα ταξινόμησης DSM-IV οι διαταραχές της διάθεσης διακρίνονται σε: καταθλιπτικές διαταραχές (μείζων καταθλιπτική διαταραχή, δυσθυμική διαταραχή, και καταθλιπτική διαταραχή μη προσδιοριζόμενη αλλιώς), διπολικές διαταραχές (διπολική τύπου I και τύπου II διαταραχή, κυκλοθυμική διαταραχή και διπολική διαταραχή μη προσδιοριζόμενη αλλιώς), διαταραχή διάθεσης οφειλόμενη σε ουσίες, διαταραχή διάθεσης σε γενική ιατρική κατάσταση και διαταραχή διάθεσης μη προσδιοριζόμενη αλλιώς (American Psychiatric Association, 2000).

Όπως για τις περισσότερες, ψυχικές διαταραχές έτσι και για τις διαταραχές της διάθεσης δεν έχει απομονωθεί ένας συγκεκριμένος αιτιολογικός παράγοντας. Οι μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί προτείνουν ένα πλήθος παραγόντων που ενδέχεται να συμβάλλουν στην εμφάνιση των διαταραχών της διάθεσης (Allan και συν., 2014). Τέτοιοι παράγοντες είναι οι ψυχο-κοινωνικοί, όπου ανήκουν τα στρεσογόνα γεγονότα της ζωής οι ψυχολογικοί και

νευροβιολογικοί, όπως είναι οι διαταραχές της νευροδιαβίβασης, της νευροφυσιολογικής λειτουργίας και ιδιαίτερα του ύπνου και οι διαταραχές της νευροενδοκρινικής λειτουργίας .

### **1.1.1. ΟΙ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ**

Προκειμένου να κατανοήσουμε τις έννοιες της κατάθλιψης και της μανίας, στις οποίες θα αναφερθούμε στη συνέχεια θα πρέπει να περιγράψουμε την έννοια της μέσης διάθεσης. Πρόκειται λοιπόν για μια κατάσταση, όπου το άτομο δεν νιώθει ευφορικό ή λυπημένο παρά μόνο όταν παρουσιαστούν οι κατάλληλες συνθήκες για να νιώσει έτσι. Στην κατάθλιψη παρατηρούνται χαρακτηριστικά συμπτώματα συναισθηματικά, ψυχοκινητικά και αρνητικές πεποιθήσεις. Πιο συγκεκριμένα η καταθλιπτική κατάσταση συχνά γίνεται εύκολα αντιληπτή λόγω της ομοιότητας που παρουσιάζει με το πένθος και τη μη παθολογική θλίψη. Πρόκειται για μια διαταραχή χαρακτηριζόμενη από μεγάλη διάρκεια, σημαντικά κλινικά χαρακτηριστικά και δυσκολίες σε κοινωνικό επίπεδο. Ο ασθενής βιώνει ένα συναίσθημα ματαιότητας, της οποίας προηγείται συχνά η πεποίθηση ότι έχει χάσει μόνιμα την ικανότητα να βιώνει την ευχαρίστηση. Σχεδόν όλες οι πλευρές του συναισθήματος και της συμπεριφοράς, όπως ο ρυθμός της σκέψης, του λόγου η σεξουαλικότητα και η ικανότητα βίωσης της ευχαρίστησης που προαναφέρθηκε επιβραδύνονται ή μειώνονται. Επιπλέον επηρεάζονται και οι «νευροφυτικές» δραστηριότητες, όπως ο ύπνος, η πρόσληψη τροφής και η ατομική υγιεινή κα (Γαρύφαλλος, 2008). Θα πρέπει να σημειωθεί ότι η διάρκεια των συμπτωμάτων που διαφοροποιεί μια παροδική καταθλιπτική διάθεση από τη ψυχιατρική νόσο.

#### **1.1.1.1 ΟΞΕΙΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ**

Η οξεία κατάθλιψη διακρίνεται σε ήπια και μείζονα. Κλινικές έρευνες έδειξαν ότι δέκα περίπου κριτήρια κατά το DSM-IV, που αναφέρονται στη συνέχεια είναι αρκετά, ώστε να χαρακτηριστεί το σύνδρομο των περισσότερων οξέων καταθλιπτικών καταστάσεων.

1. Καταθλιπτική διάθεση: Τα άτομα περιγράφουν συναισθήματα μελαγχολίας που μπορεί, σε ακραίες μορφές, να φτάνουν στην πλήρη απελπισία.
2. Απώλεια ευχαρίστησης ή ενδιαφέροντος στις συνηθισμένες ασχολίες. Πέρα από τη μελαγχολική διάθεση, οι άνθρωποι με διάγνωση κατάθλιψης χάνουν την ευχαρίστηση,



και συνεπώς και το ενδιαφέρον τους, στις συνηθισμένες τους δραστηριότητες και συχνά περιγράφουν ότι δεν αξίζει να κάνουν τίποτε από αυτά.

3. Απώλεια αυτοπεποίθησης ή αυτοεκτίμησης
4. Διαταραχές στην όρεξη: οι περισσότεροι άνθρωποι με διάγνωση κατάθλιψης χάνουν την όρεξή τους και χάνουν βάρος, χωρίς να κάνουν δίαιτα, ενώ κάποιοι άλλοι παρουσιάζουν αύξηση του βάρους.
5. Διαταραχές στον ύπνο: η αϋπνία είναι πολύ συνηθισμένο σύμπτωμα της κατάθλιψης, αλλά σε κάποιους ο ύπνος μπορεί να αυξηθεί, παρά να μειωθεί.
6. Ψυχοκινητική επιβράδυνση ή διέγερση: στο πιο συνηθισμένο μοτίβο, την επιβραδυσμένη κατάθλιψη, το άτομο φαίνεται σαν να είναι υπερβολικά σωματικά κουρασμένο. Σε πιο σπάνιες περιπτώσεις, τα συμπτώματα παίρνουν την αντίθετη μορφή, την διεγερμένη κατάθλιψη, η οποία χαρακτηρίζεται από ακατάπαυστη δραστηριότητα και ανησυχία.
7. Απώλεια ενέργειας: συχνά τα άτομα περιγράφουν ότι αισθάνονται κουρασμένα και χωρίς ενέργεια, χωρίς να έχουν κάνει τίποτε.
8. Συναισθήματα αναξιότητας και υπερβολικής ενοχής: θεωρούν τον εαυτό τους ανάξιο και ελλειμματικό σε όποια χαρακτηριστικά θεωρούν πιο σημαντικά. Συχνά, βιώνουν πολύ έντονα συναισθήματα ενοχής και πιστεύουν ότι έχουν προκαλέσει κακό σε άλλους.
9. Δυσκολίες στη σκέψη και στη συγκέντρωση: Στην κατάθλιψη οι νοητικές διεργασίες συνήθως επιβραδύνονται. Τα άτομα τείνουν να είναι αναποφάσιστα, και συχνά αναφέρουν ότι δυσκολεύονται να σκεφτούν, να συγκεντρωθούν, να θυμηθούν και να πάρουν αποφάσεις για τη ζωή τους.
10. Επαναλαμβανόμενες σκέψεις γύρω από το θάνατο και την αυτοκτονία: πολλά άτομα με διάγνωση κατάθλιψης σκέφτονται συχνά το θάνατο και την αυτοκτονία, και αισθάνονται ότι ο κόσμος θα ήταν καλύτερος εάν δεν ζούσαν (American Psychiatric Association, 2000).

#### **1.1.1.1.1. ΗΠΙΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ**

Στην ήπια μορφή της νόσου το άτομο βιώνει καταθλιπτική διάθεση τη μεγαλύτερη διάρκεια της μέρας σχεδόν κάθε μέρα. Τα κεντρικά συμπτώματα της ήπιας κατάθλιψης

περιλαμβάνουν τη μείωση του ενδιαφέροντος ή της ευχαρίστησης, που αντλείται από όλες ή σχεδόν όλες τις δραστηριότητες κατά τη μεγαλύτερη διάρκεια της μέρας σχεδόν κάθε μέρα και η απώλεια της ενεργητικότητας ή η κόπωση σχεδόν κάθε μέρα. Τα συμπτώματα θα πρέπει να παρατηρούνται σε όλη τη διάρκεια της μέρας σχεδόν κάθε μέρα για τουλάχιστον δύο εβδομάδες προκειμένου να οριστικοποιηθεί η διάγνωση με αποτέλεσμα οι ασθενείς να δυσκολεύονται να συνεχίσουν τις συνήθειες δραστηριοτήτες τους (Gelder και συν.,2007).

#### **1.1.1.1.2. ΜΕΙΖΟΝΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ**

Η μείζονα κατάθλιψη μπορεί να εμφανιστεί ως ένα μοναδικό επεισόδιο ή σε χρόνια ή υποτροπιάζουσα μορφή. Τα επεισόδια μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής μπορεί να είναι ελαφρά, ήπια ή σοβαρά. Κατά το DSM-IV για τη διάγνωση του μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου πρέπει να υπάρχουν τουλάχιστον πέντε από τα κριτήρια που προαναφέρθηκαν για τουλάχιστον δύο εβδομάδες την περισσότερη μέρα, σχεδόν κάθε μέρα. Τουλάχιστον ένα από τα συμπτώματα πρέπει να είναι είτε η καταθλιπτική διάθεση είτε η απώλεια ενδιαφέροντος ή ευχαρίστησης. Ο πάσχων με μείζονα κατάθλιψη εμφανίζει έντονες συναισθηματικές, ψυχοκινητικές και αρνητικές πεποιθήσεις. Μάλιστα οι αρνητικές πεποιθήσεις, η αίσθηση απώλειας και η μειωμένη αυτοπεποίθηση αποτελούν χαρακτηριστικά συμπτώματα αυτού του είδους κατάθλιψης (Bech, 1967). Επίσης χαρακτηριστικό είναι και το αίσθημα της ενοχής που νιώθει το άτομο και που βοηθά στην διαφορική διάγνωση της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής από τις αγχώδεις διαταραχές (Breslau,1985). Η ψυχοκινητική επιβράδυνση ,δηλαδή η μείωση της κινητικής και λεκτικής δραστηριότητας, η δυσκολία στη συγκέντρωση και η συναισθηματική απόσυρση παρατηρούνται πιο συχνά σε νεαρότερα άτομα. *Οι ηλικιωμένοι πάσχοντες βιώνουν συμπτώματα ψυχοκινητικής διέγερσης, τα οποία κυμαίνονται από την εφίδρωση έως τον συνεχή βηματισμό (Gelder και συν.,2007).*

Θα πρέπει να σημειωθεί ότι η οξεία μείζονα κατάθλιψη ανήκει στις παθήσεις που επιφέρουν τη μεγαλύτερη ανικανότητα και δυσφορία (Bech,1998). Το σταθερό ψυχικό άλγος και τα αυτοκτονικά συμπτώματα επηρεάζουν σημαντικά την ποιότητα ζωής των ασθενών. Μάλιστα η μείζονα κατάθλιψη εμφανίζει το μεγαλύτερο κίνδυνο αυτοκτονίας σε σχέση με άλλες ψυχιατρικές διαταραχές και ιδιαίτερα σε ασθενείς οι οποίοι ζουν σε συνθήκες κοινωνικής απομόνωσης.

Η μείζονα κατάθλιψη μπορεί να κατηγοριοποιηθεί σε περαιτέρω υπότυπους ανάλογα με την ύπαρξη μελαγχολίας, ψυχωτικών χαρακτηριστικών ή άτυπων χαρακτηριστικών.

#### Μείζονα κατάθλιψη με μελαγχολικά χαρακτηριστικά

Είναι όρος όμοιος με την ενδογενή κατάθλιψη και χρησιμοποιείται για την περιγραφή ενός καταθλιπτικού συναισθήματος με μεγάλο βάθος, όπου το άτομο έχει χάσει την ικανότητα να αντλεί ευχαρίστηση από όλες ή σχεδόν όλες τις δραστηριότητες ή δεν αντιδρά σε ευχάριστα ερεθίσματα, δηλαδή δεν νιώθει καλύτερα, δεν χαίρεται με τίποτα έστω και προσωρινά. Άλλα χαρακτηριστικά μπορεί να περιλαμβάνουν την πρώιμη, πρωινή αφύπνιση, συστηματικά χειρότερο καταθλιπτικό συναίσθημα το πρωί, έντονη ψυχοκινητική επιβράδυνση ή διέγερση, σημαντική ανορεξία ή απώλεια βάρους, υπερβολική και αβάσιμα συναισθήματα ενοχής (American Psychiatric Association, 2000).

#### Μείζονα κατάθλιψη με ή χωρίς ψυχωσικά χαρακτηριστικά

Ο όρος ψυχωτική ή ψυχωσική κατάθλιψη χρησιμοποιείται για την μορφή κατάθλιψης, στην οποία το άτομο έχει χάσει την ικανότητα ελέγχου της πραγματικότητας. Εκτός από το καταθλιπτικό συναίσθημα υπάρχουν διαταραχές αντίληψης, διαταραχές περιεχομένου της σκέψης (παραληρητικές ιδέες) και κάποιος βαθμός σύγχυσης. Παρατηρούνται ακόμα ανηδονία και ψυχοκινητική επιβράδυνση (Rothchild,2009). Τα ψυχωτικά συμπτώματα συνήθως εμφανίζονται μετά από αρκετά καταθλιπτικά μη ψυχωσικά επεισόδια και συχνά υποδιαγιγνώσκονται, καθώς οι πάσχοντες προσπαθούν να τα καλύψουν (Hales και Yudofsky, 2003). Η ψυχωσική κατάθλιψη θεωρείται ότι έχει βιολογική βάση και προκαλεί στον πάσχοντα σημαντική έκπτωση της κοινωνικής και επαγγελματικής λειτουργικότητας και σημαντική αδυναμία εκτέλεσης των βασικών καθημερινών του καθηκόντων (Rothchild,2002).

## Μείζονα κατάθλιψη με άτυπα χαρακτηριστικά

Η άτυπη κατάθλιψη χαρακτηρίζεται από αντιδραστικότητα της διάθεσης. Συγκεκριμένα ο ασθενής είναι ικανός να βιώνει βελτίωση της διάθεσης σε ευχάριστα γεγονότα και θετικότητα. Επίσης άτομα με άτυπη κατάθλιψη βιώνουν αύξηση βάρους και αυξημένη όρεξη για φαγητό, υπνηλία ή υπερυπνία και έντονη κοινωνική φθορά ως συνέπεια της υπερευαισθησίας στην αντιλαμβανόμενη διαπροσωπική απόρριψη (Singh και Williams,2006) Αντίθετα με την ονομασία της, η άτυπη κατάθλιψη είναι η πιο συχνή μορφή κατάθλιψης. Αποτελεί χρόνιο σύνδρομο που τείνει να ξεκινάει σε νεαρότερη ηλικία από τις υπόλοιπες μορφές της κατάθλιψης και συνήθως στην εφηβεία (Stewart και συν., 2002). Άτομα που νοσούν από άτυπη κατάθλιψη συνήθως υποφέρουν και από άλλες διαταραχές, όπως διαταραχή πανικού ή κοινωνική φοβία, ενώ αυτού του είδους η κατάθλιψη εμφανίζεται συχνότερα στις γυναίκες (Kivela και συν.,1988).

### **1.1.1.2. ΥΠΟΤΡΟΠΙΑΖΟΝΤΑ ΕΠΕΙΣΟΔΙΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ**

#### **1.1.1.2.1. ΥΠΟΤΡΟΠΙΑΖΟΥΣΑ ΜΕΙΖΟΝΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ**

Η υποτροπή και η χρονιότητα είναι πολύ πιθανή εξέλιξη σε ένα μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο . Μετά από το πρώτο μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο, ο κίνδυνος για δεύτερο επεισόδιο είναι περίπου 50%. Μετά το τρίτο επεισόδιο, ο κίνδυνος για τέταρτο επεισόδιο είναι περίπου 90% (Thase,1990). Περίπου το 85% των ασθενών με μείζον επεισόδιο κατάθλιψης παρουσιάζουν υποτροπιάζοντα επεισόδια (Angst,1980) με αυξανόμενη συχνότητα και διάρκεια, τα οποία σε αντίθεση με το πρώτο επεισόδιο συχνά δεν ακολουθούν κάποιο δυσάρεστο εκλυτικό συμβάν (Goodwin,1990). Μεσολαμβάν ασυμπτωματικές περιόδους ή με δυσθυμία σε ορισμένους ασθενείς (Keller και συν., 1983).

### 1.1.1.2.2. ΥΠΟΤΡΟΠΙΑΖΟΥΣΑ ΒΡΑΧΕΙΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Αυτού του είδους η καταθλιπτική διαταραχή παρουσιάζει συμπτώματα όμοια με αυτά της μείζονος κατάθλιψης όπως περιγράφηκαν παραπάνω, χωρίς ωστόσο να πληρείται το κριτήριο της διάρκειάς τους για δύο τουλάχιστον εβδομάδες (Gelder και συν.,2007).

### 1.1.1.2.3. ΕΠΟΧΙΑΚΗ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ (SEASONAL AFFECTIVE DISORDER)

Ο όρος υποδηλώνει οποιαδήποτε καταθλιπτική διαταραχή χαρακτηρίζεται από την εκδήλωση της σε συγκεκριμένες χρονικές περιόδους του έτους κατ' επανάληψη. Χρησιμοποιείται όμως κυρίως για τις περιόδους κατάθλιψης που έχουν σχέση με την αλλαγή των εποχών: συνήθως αρχίζει το φθινόπωρο ή το χειμώνα (Ingy,2002) και υποχωρεί την άνοιξη (American Psychiatric Association, 2013). *Είναι συχνότερη στις γυναίκες απ' ότι στους άντρες. Η μέση ηλικία εμφάνισής της είναι από 20 έως τα 30 έτη, ενώ ο κίνδυνος καθώς και τα συμπτώματα μειώνονται με τα χρόνια . Για την διάγνωση, χρειάζεται να έχουν παρατηρηθεί συμπτώματα καταθλιπτικού επεισοδίου για 2 συνεχείς χειμώνες, τα οποία υποχώρησαν οπωσδήποτε την άνοιξη (ή το καλοκαίρι).* (Μενεδιάτου, 2014). Τα συμπτώματα είναι γενικά πιο ήπια και συνήθως περιλαμβάνουν: αυξημένη ανάγκη για ύπνο, αυξημένη κατανάλωση υδατανθράκων και/ή σοκολάτας, μειωμένη ενέργεια και κόπωση, απόσυρση από κοινωνικές δραστηριότητες. Έχουν προταθεί διάφορες υποθέσεις για την αιτιολογία της διαταραχής με κυριότερες την υπόθεση της αύξηση των επιπέδων μελατονίνης στον εγκέφαλο λόγω της μειωμένης ηλιοφάνειας και την υπόθεση της απορρύθμισης του εσωτερικού ρολογιού του σώματος λόγω της έλλειψης ηλιακού φωτός (Rosenthal,1984). Υπάρχουν ενδείξεις ότι η εποχική κατάθλιψη είναι πιο συχνή σε μέρη όπου η μέρα είναι μικρότερη από την νύχτα (Potkin και συν.,1986). Πάντως, οι έρευνες είναι αντιφατικές και κανένας δεν μπορεί να πει με βεβαιότητα τι είναι αυτό που την προκαλεί (Mersch και συν.,1999). Η πιο συνηθισμένη αντιμετώπιση περιλαμβάνει την φωτοθεραπεία σε συνδυασμό σε κάποια ψυχοθεραπευτική παρέμβαση. Πολλοί θεωρούν αυτή την αγωγή περιοριστική ή κουραστική και την αντικαθιστούν με αντικαταθλιπτικά (Kurlansik και Ibay,2012).

### **1.1.1.3 ΧΡΟΝΙΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ**

Ο όρος αφορά επεισόδια με διάρκεια μεγαλύτερη των δύο ετών κατά το DSM-IV. Η χρόνια κατάθλιψη κατηγοριοποιείται σε χρόνια μείζονα κατάθλιψη και δυσθυμία. Η μείζονα κατάθλιψη χαρακτηρίζεται ως χρόνια εάν τα προαναφερθέντα κριτήρια πληρούνται συνεχόμενα για αυτό το χρονικό διάστημα τουλάχιστον. Τα συμπτώματα της δυσθυμίας είναι ίδια με εκείνα της μείζονος κατάθλιψης αλλά με μικρότερη ένταση. Η δυσθυμία είναι μια μακροχρόνια μορφή ήπιας κατάθλιψης που χαρακτηρίζεται από απαισιόδοξη αντίληψη της ζωής και καθώς εξελίσσεται δημιουργεί στο άτομο μια αίσθηση ανεπάρκειας και χαμηλής αυτοεκτίμησης. Ο ασθενής με δυσθυμία παρόλο που μπορεί και ανταπεξέρχεται στις καθημερινές του δραστηριότητες αισθάνεται πάντα να αδυνατεί να νιώσει καλά. Οι περίοδοι δυσθυμίας μπορεί να εναλλάσσονται με περιόδους, που συνήθως δεν ξεπερνούν τους 2 μήνες κατά τις οποίες το άτομο αισθάνεται φυσιολογικά (Sansone, 2009). Η δυσθυμία επηρεάζει την εργασία και την κοινωνική ζωή, αφού πολλοί ασθενείς απομονώνονται και γίνονται λιγότερο παραγωγικοί (Niculescu και Akiskal, 2001).

### **1.1.2. ΜΑΝΙΑΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ**

Η χαρακτηριστική τριάδα συμπτωμάτων της μανίας περιλαμβάνει ανεβασμένη και ευερέθιστη διάθεση, ψυχοκινητικά συμπτώματα και αυξημένη αυτοεκτίμηση (Cassidy και συν. ,1998). Συνήθως το μανιακό επεισόδιο ξεκινά απότομα, μέσα σε λίγες ημέρες, διαρκεί λιγότερο από το καταθλιπτικό επεισόδιο, και συνήθως τελειώνει γρήγορα. Ο μανιακός ασθενής δεν είναι συνεργάσιμος αλλά οξύθυμος, δραστήριος, ρισκοκίνδυνος, παρορμητικός, κοιμάται λιγότερο ενώ οι σκέψεις και ο λόγος του είναι βεβιασμένα. Επιπλέον μπορεί να αναλαμβάνει πολλές δραστηριότητες και να παρουσιάζει ιδέες μεγαλείου. Για να χαρακτηριστεί ένα επεισόδιο ως μανιακό θα πρέπει να διαρκεί για περισσότερο από μια εβδομάδα και οι αλλαγές στη διάθεση του ατόμου να διαταράσσουν σημαντικά τη λειτουργικότητά του. Κατά τη διάρκεια της περιόδου της ανεβασμένης διάθεσης, το άτομο θα πρέπει να βιώνει τουλάχιστον τρία από τα υπόλοιπα συμπτώματα. Εάν το επεισόδιο είναι πιο σύντομο ή είναι λιγότερο σοβαρό, τότε ονομάζεται υπομανιακό επεισόδιο. Σε κάποιες περιπτώσεις, το άτομο παρουσιάζει τα διαγνωστικά συμπτώματα και του μείζονος

*καταθλιπτικού επεισοδίου και του μανιακού επεισοδίου. Αυτός ο συνδυασμός ονομάζεται μικτό επεισόδιο (Αυδή,2003).*

### **1.1.3. ΔΙΠΟΛΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ**

Η διπολική διαταραχή προσβάλλει περισσότερους από 30 εκατομμύρια ανθρώπους παγκοσμίως, και συγκαταλέγεται μεταξύ των 20 νοσημάτων που προκαλούν τη μεγαλύτερη αναπηρία (WHO, 2004) .Δεν υπάρχει ένα συγκεκριμένο αίτιο για τη διπολική διαταραχή, αλλά οι βιολογικοί, ψυχολογικοί και κοινωνικοί παράγοντες θεωρείται ότι από κοινού συμβάλλουν, προκαλώντας χημικές μεταβολές στον εγκέφαλο. Παρόλο που τα αίτια των διπολικών διαταραχών δεν είναι ξεκάθαρα φαίνεται να υπάρχει μια κληρονομική προδιάθεση και η ενεργοποίησή τους να οφείλεται σε κάποιο στρεσογόνο γεγονός ή κάποια φυσική ασθένεια. Η διπολική διαταραχή χαρακτηρίζεται από μανιακά ή υπομανιακά επεισόδια. Ο ασθενής είναι είτε καταθλιπτικός είτε νορμοθυμικός είτε υπομανιακός/μανιακός (Leonard και Jovinelly, 2012). Ανεξαρτήτως του πόσες φορές έχει πάθει κατάθλιψη ο ασθενής αρκεί ένα μόνο μανιακό ή υπομανιακό επεισόδιο για τη διάγνωση διπολικής και όχι μονοπολικής διαταραχής κατά το DSM-IVκαι τουλάχιστον δύο επεισόδια εκ των οποίων το ένα να είναι μανιακό κατά το ICD-10. Σε έδαφος διπολικής διαταραχής μπορεί να παρουσιαστεί χρόνια μείζονα κατάθλιψη. Η διπολική διαταραχή χαρακτηρίζεται περαιτέρω ως τύπου I και τύπου II.

#### **ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΥΠΟΥ I**

Αποτελεί την τυπική μορφή της διπολικής διαταραχής, που χαρακτηρίζεται από εναλλαγές επεισοδίων μανίας και φάσεων κατάθλιψης με μεσοδιαστήματα φυσιολογικής διάθεσης («νορμοθυμίας»). Η διπολική διαταραχή τύπου I διαγιγνώσκεται όταν αναγνωρίζεται τουλάχιστον ένα μανιακό επεισόδιο κατά το DSM IV (American Psychiatric Association,2000).

## **ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΥΠΟΥ II**

Η διπολική διαταραχή τύπου II απαιτεί για τη διάγνωσή της την απουσία έστω και ενός μανιακού επεισοδίου (εκτός εάν αυτό έχει προκληθεί από φαρμακευτική θεραπεία) (Mirin και συν.,1981) και την παρουσία τουλάχιστον ενός υπομανιακού επεισοδίου. Η κριτική διαφορά μεταξύ μανίας και υπομανίας έγκειται στο ότι ο ορισμός της μανίας προϋποθέτει την ύπαρξη σημαντικής κοινωνικής και εργασιακής δυσλειτουργίας, ενώ στην υπομανία πρέπει να αποκλειστεί η παρουσία αυτών των δύο χαρακτηριστικών κατά DSM-IV (Benazzi, 2007). Η πλειοψηφία των υπομανιακών επεισοδίων συμβαίνουν αμέσως πριν ή αμέσως μετά από ένα μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο (Bressert, 2009). Τα υπομανιακά και τα μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια αλληλοδιαδέχονται το ένα το άλλο με τρόπο χαρακτηριστικό για κάθε άτομο, ενώ το μεσοδιάστημα ανάμεσα στα επεισόδια τείνει να ελαττώνεται καθώς μεγαλώνει το άτομο. Στα υπομανιακά επεισόδια δεν προκαλείται έκπτωση της λειτουργικότητας και δεν υπάρχουν ψυχωτικά χαρακτηριστικά ενώ το άτομο εμφανίζει τουλάχιστον τρία από τα παρακάτω συμπτώματα για διάστημα τεσσάρων τουλάχιστον ημερών: αυξημένη αυτοεκτίμηση, μειωμένη ανάγκη για ύπνο, γρήγορη ομιλία, διάσπαση προσοχής, ψυχοκινητική διέγερση, παρακινδυνευμένες συμπεριφορές, φυγή ιδεών, λογόρροια, αυξημένες σεξουαλικές/κοινωνικές δραστηριότητες ευερέθιστη και ανεβασμένη διάθεση (Psych Central Staff, 2013).

## **ΚΥΚΛΟΘΥΜΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ**

Πρόκειται για μια διαταραχή που θα μπορούσε να θεωρηθεί ως υποκλινική μορφή διαταραχής της διάθεσης ενώ παλαιότερα θεωρούνταν το πρώιμο στάδιο της διπολικής διαταραχής. Υπολογίζεται ότι το ένα τρίτο των ασθενών με κυκλοθυμική διαταραχή θα αναπτύξουν κάποια στιγμή διπολική διαταραχή (Goodwin και Lamison,1990). Η κλινική εικόνα της διαρκεί για τουλάχιστον 2 χρόνια και εκδηλώνεται με εναλλαγές περιόδων κατάθλιψης και υπομανίας, ενώ έχει βρεθεί ότι έχει βιολογική βάση όσον αφορά τους παράγοντες που είναι υπεύθυνοι για την δημιουργία της (Bertelsen και συν., 1977).



#### **1.1.4. ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΔΙΑΘΕΣΗΣ ΟΦΕΙΛΟΜΕΝΗ ΣΕ ΓΕΝΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ**

Το βασικό διαγνωστικό χαρακτηριστικό της διαταραχής αυτής είναι ότι οφείλεται στα άμεσα φυσιολογικά αποτελέσματα μιας γενικής ιατρικής κατάστασης (Hales και συν.,2003). Αν και η κλινική εικόνα μπορεί να είναι παρόμοια με την εικόνα ενός μείζονος καταθλιπτικού, μανιακού, μικτού ή υπομανιακού επεισοδίου, δεν είναι απαραίτητο να πληρούνται τα κριτήρια για κάποιο από αυτά. Οι γενικές ιατρικές καταστάσεις που μπορούν να προκαλέσουν συμπτώματα διαταραχής της διάθεσης είναι πολλές. Σ' αυτές περιλαμβάνονται εκφυλιστικές νευρολογικές καταστάσεις, η νόσος των αγγείων του εγκεφάλου, μεταβολικές διαταραχές, ενδοκρινοπάθειες, αυτοάνοσες διαταραχές, λοιμώξεις από ιούς αλλά και ορισμένοι όγκοι (Gagnon,2010).

#### **1.1.5. ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ ΠΡΟΚΑΛΟΥΜΕΝΗ ΑΠΟ ΟΥΣΙΕΣ**

Το βασικό διαγνωστικό χαρακτηριστικό της διαταραχής αυτής είναι μια προεξάρχουσα διαταραχή της διάθεσης, που κρίνεται ότι οφείλεται στα άμεσα φυσιολογικά αποτελέσματα της δράσης μιας ουσίας δηλαδή μιας ουσίας κατάχρησης, ενός φαρμάκου ή μιας τοξίνης. Η διαταραχή της διάθεσης μπορεί να είναι κατάθλιψη, έντονη μείωση του ενδιαφέροντος ή της ευχαρίστησης ή ανεβασμένη, διάχυτη ή ευερέθιστη διάθεση. Αν και η κλινική εικόνα της διαταραχής της διάθεσης μπορεί να είναι παρόμοια με ένα μείζον καταθλιπτικό, μανιακό, μικτό ή υπομανιακό επεισόδιο, δεν είναι απαραίτητο να πληρούνται αυστηρά τα κριτήρια για οποιοδήποτε από αυτά. Με βάση τον τύπο των προεξαρχόντων συμπτωμάτων διακρίνονται τρεις υπότυποι της διαταραχής: με καταθλιπτικά στοιχεία, με μανιακά στοιχεία και με μικτά στοιχεία. Διάφορες ουσίες μπορούν να προκαλέσουν τη συγκεκριμένη διαταραχή είτε κατά την τοξίκωση από αυτές είτε κατά τη διάρκεια του στερητικού συνδρόμου (Fabien, 2010). Τέτοιες ουσίες είναι τα αντιυπερτασικά σκευάσματα όπως η ρεζερπίνη, διάφορα χάπια χορηγούμενα σε δίαιτες, τα αντιψυχωσικά, τα αντιεπιληπτικά (Andersohn και συν.,2010), τα οπιοειδή και τα παραισθησιογόνα (μαριχουάνα, φαινκυκλιδίνη, κοκαΐνη, αμφεταμίνες) η νικοτίνη, η καφεΐνη (Center for Substance Abuse Treatment.,2005) τα κορτικοειδή κ.α. (Patten και Barbui, 2004). Τοξίνες που μπορούν να προκαλέσουν τη διαταραχή αυτή περιλαμβάνουν πτητικές ουσίες όπως η βενζίνη και οι μπογιές, οργανοφωσφορικά εντομοκτόνα, αέρια που προσβάλλουν το νευρικό σύστημα, το μονοξείδιο και διοξείδιο του

άνθρακα. Επίσης βαριά μέταλλα μπορούν να προκαλέσουν διαταραχή της διάθεσης. Θεραπευτικά, η διακοπή της υπεύθυνης για τα συμπτώματα ουσίας κατάχρησης ή φαρμάκου είναι συνήθως αρκετή για αν υποχωρήσουν τα συμπτώματα (Μενιδιάτου,2014).

#### **1.1.6. ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ ΜΗ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΖΟΜΕΝΗ ΑΛΛΙΩΣ**

Εφόσον ληφθούν όλες οι απαραίτητες διαγνωστικές πληροφορίες και δεν πληρούνται τα κριτήρια για να τεθεί μια οριστική διάγνωση σχετικά με τον τύπο της διαταραχής διάθεσης τότε χαρακτηρίζεται ως διαταραχή διάθεσης μη προσδιοριζόμενη αλλιώς (Sadock και συν.,2005).

### **1.2. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**

Σύμφωνα με τον καταστατικό χάρτη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας του 1946 *"υγεία είναι η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας, και όχι η απλή απουσία της αρρώστιας ή της αναπηρίας"*. (WHO 1946). Με τον ορισμό αυτό αναγνωρίζονται δύο παράμετροι που οριοθετούν την υγεία: η παράμετρος της απουσίας της αρρώστιας και η παράμετρος της ευεξίας. Αναγνωρίζεται επίσης, σε ότι αφορά την ευεξία, η ύπαρξη της ψυχικής και κοινωνικής διάστασης, πέρα από τη σωματική και δίνεται έτσι μια ολιστική διάσταση στην έννοια της υγείας.

Η έννοια της ψυχικής υγείας είναι δύσκολο να οριστεί με σαφήνεια καθώς δεν υπάρχουν απόλυτα διαγνωστικά και διαχωριστικά κριτήρια μεταξύ ψυχικής υγείας και ασθένειας. Μεταξύ τους παρεμβάλλεται ένα ευρύ φάσμα που χαρακτηρίζεται από αλληλοεπικάλυψη των δύο αυτών καταστάσεων. Έτσι ειδικά στην ψυχιατρική οι πληροφορίες που θα οδηγήσουν στην αναγνώριση των ψυχικών διαταραχών συχνά συγχέονται σε ένα κράμα παραπόνων από διαταραγμένες διαπροσωπικές σχέσεις και προβλήματα εργασιακά ή οικονομικά, τα οποία μπορεί να αποτελούν συνιστώσα αιτία των διαταραχών ή αποτέλεσμα των συμπτωμάτων τους. Έτσι χρησιμοποιείται μια ψυχοδυναμική προσέγγιση προκειμένου να συμπεριλάβει εσωτερικές ψυχολογικές διαδικασίες όπως οι διάφοροι μηχανισμοί άμυνας του ατόμου αλλά και τις αλληλοεπιδράσεις ανάμεσα στα διάφορα γεγονότα, τις σχέσεις και τα στοιχεία της προσωπικότητας του ατόμου.

Η μη ύπαρξη αντικειμενικής με την αυστηρή έννοια της λέξης εκτίμησης καθιστά αναγκαίο τον διαχωρισμό των πληροφοριών που συλλέγονται κατά την διαδικασία της ψυχιατρικής εκτίμησης σε υποκειμενικές, αντικειμενικές και επιστημονικές. Συνδυάζονται δηλαδή κατά την εκτίμηση η αντικειμενική παρατήρηση του εξεταστή με τις υποκειμενικές μαρτυρίες του εξεταζόμενου και τις υποκειμενικές μαρτυρίες των φροντιστών –συγγενών του. Όσον αφορά το επιστημονικό κομμάτι των πληροφοριών έχουν αναπτυχθεί διαγνωστικά εργαλεία, όπως εξειδικευμένες κλίμακες μέτρησης ψυχικών παθήσεων αλλά και διαγνωστικά και ταξινομητικά συστήματα (DSM-IV, ICD-10), που αποτελούν πλέον λεπτομερή όργανα βαθμολόγησης και αξιολόγησης της διανοητικής κατάστασης και συμπεριφοράς του ατόμου, και χρησιμοποιούνται συχνά ως εργαλεία μαζικού ελέγχου. Τέτοιου είδους όργανα αποτελούν τα ακόλουθα:

### **Κλίμακα Κατάθλιψης του Beck (Beck Depression Inventory-BDI)**

Η κλίμακα κατάθλιψης του Beck κατασκευάστηκε το 1961 από τον Aaron Beck και τους συνεργάτες του (Beck,1961) προκειμένου να μετρηθούν οι συμπεριφορικές εκδηλώσεις της κατάθλιψης. Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο δηλαδή δεν βασίζεται στην θεωρία αλλά στην παρατήρηση των συμπτωμάτων που εμφανίζουν οι καταθλιπτικοί ασθενείς (Steer και συν., 1986). Αυτά περιλαμβάνουν τη διαταραγμένη διάθεση, αρνητικές πεποιθήσεις εαυτού αλλά και ευχές αυτοτιμωρίας (Beck, 1972). Επιπλέον αφορούν συμπτώματα νευροφυτικά (ανορεξία, αϋπνία κλπ) αλλά και αλλαγές στα επίπεδα δραστηριότητας (Beck,1967).

Η κλίμακα αυτή δεν σχεδιάστηκε για να διαγιγνώσκει την κατάθλιψη αλλά για να τη μετρά σαν μια διάσταση της ψυχοπαθολογίας. Εστιάζει στο βάθος και τη σοβαρότητα της συμπτωματολογίας, όπως ορίζεται από το συνδυασμό του αριθμού της συχνότητας και της έντασης των συμπτωμάτων (Gotlib και Hammen, 1992). Αξιολογεί 21 συμπτώματα και στάσεις. Σύμφωνα με μελέτες των Beck, Steer και Garbin. η αξιοπιστία του BDI σε μη ψυχιατρικούς ασθενείς κυμάνθηκε μεταξύ 0.60 και 0.90 (Beck και συν.,1988). Η κλίμακα κατάθλιψης του Beck έχει μεταφραστεί και σταθμιστεί στα ελληνικά (Ντώνιας και Δεμερτζής,1983) και έχει χρησιμοποιηθεί παγκοσμίως σε περισσότερες από 2000 εμπειρικές μελέτες (Richter και συν., 1998). Μια από τις γνωστότερες διεθνώς κλίμακες που χρησιμοποιείται σήμερα για την αξιολόγηση της κατάθλιψης είναι η δεύτερη εκδοχή της

κλίμακας κατάθλιψης του Beck (Beck και συν., 1996). Η κλίμακα αυτή αποτελεί επίσης ένα ερωτηματολόγιο αυτό-αναφοράς με 21 ερωτήσεις για τη μέτρηση της βαρύτητας της κατάθλιψης για ενήλικες και εφήβους άνω των 13 ετών. Ο εξεταζόμενος καλείται να αξιολογήσει πόσο ισχύει καθεμία από τις 21 ερωτήσεις, κάθε μία από τις οποίες αντιστοιχεί σε ένα σύμπτωμα λαμβάνοντας υπόψη την διάθεση του κατά τις τελευταίες δύο εβδομάδες. Οι ερωτήσεις της δεύτερης έκδοσης της κλίμακας αναπτύχθηκαν από τους κατασκευαστές της με σκεπτικό να αξιολογούνται τα συμπτώματα της κατάθλιψης ακολουθώντας τα διαγνωστικά κριτήρια έτσι όπως προτείνονται από την τέταρτη έκδοση του αμερικανικού και διαγνωστικού και στατιστικού εγχειριδίου DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) και σε σύγκριση με την πρώτη έκδοση της κλίμακας το χρονικό διάστημα για το οποίο ερωτώνται και συμμετέχοντες επεκτάθηκε στις δύο εβδομάδες και τέσσερις δηλώσεις (απώλεια βάρους εικόνα σώματος ενασχόληση με σωματικά συμπτώματα και δυσκολία στην εργασία) αντικαταστάθηκαν από άλλες δηλώσεις (ανησυχία, αναξιότητα, δυσκολία συγκέντρωσης και μείωση ενεργητικότητας). Στη δεύτερη έκδοση οι αλλαγές αυτές είναι συμβατές με τα διακριτικά κριτήρια του DSM-IV και βελτιώνουν την εγκυρότητα του περιεχόμενου της κλίμακας η οποία έχει προσαρμοστεί για τον ελληνικό πληθυσμό (Γιαννακού και συν., 2013).

### **Κλίμακα αυτό-αξιολόγησης της κατάθλιψης κατά τον WK Zung (Self-Rating Depression Scale-SDS)**

Η κλίμακα αυτή κατασκευάστηκε από τον William W.K. Zung το 1965 προκειμένου να μετρηθεί ο βαθμός της κατάθλιψης σε ήδη διαγνωσμένους με καταθλιπτική διαταραχή ασθενείς (Zung, 1965). Είναι αυτοσυμπληρούμενη και αποτελείται από 20 ερωτήσεις, από τις οποίες οι 10 έχουν θετικό και οι υπόλοιπες 10 αρνητικό προσδιορισμό. Μετρά συναισθηματικές, γνωσιακές συμπεριφορικές και σωματικές και παραμέτρους, που σχετίζονται με την κατάθλιψη. Η κλίμακα αυτή έχει μεταφραστεί και είναι εγκυροποιημένη για τον ελληνικό πληθυσμό (Fountoulakis και συν., 2001).

### **Κλίμακα Κατάθλιψης του Κέντρου Επιδημιολογικών μελετών Center for Epidemiologic Studies Depression Scale- CES-D**

Η κλίμακα αυτή δημιουργήθηκε από την Lenore Radloff του Utah State University το 1977(Radloff,1977). Αποτελεί ένα διαγνωστικό εργαλείο για την κατάθλιψη και την καταθλιπτική διαταραχή. Μετράει την συμπτωματολογία, όπως αυτή έχει οριστεί από το DSM-IV για ένα μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο και αποτελείται από 20 ερωτήσεις. Το γρήγορο αυτό ερωτηματολόγιο μετράει καταθλιπτικά συναισθήματα και συμπεριφορές ερωτώμενου κατά τη διάρκεια της περασμένης εβδομάδας. Κατά τους Hann και συν, εμφανίζει βαθμό αξιοπιστίας  $\alpha > .85$  (Hann και συν.,1999).

### **Κλίμακα κατάθλιψης ηλικιωμένων (Geriatric Depression Scale- GDS)**

Η κλίμακα κατάθλιψης ηλικιωμένων δημιουργήθηκε τους Yesavage και συν το 1982 (Brink και Yesavage 1982) αποτελούμενη από 30 ερωτήσεις, ενώ το 1986 δημιουργήθηκε και η συντομευμένη της μορφή αποτελούμενη από 15 ερωτήσεις (Sheikh και Yesavage,1986).

Περιλαμβάνει τέσσερις παράγοντες: Έναν γνωσιακό, που υποδηλώνει τυχόν καταθλιπτικό περιεχόμενο σκέψης, έναν που αφορά το συναίσθημα, έναν που αφορά την κοινωνική απομόνωση και τη λειτουργικότητα και έναν που αφορά αισθήματα αβοήθητου και φόβο για το μέλλον. Είναι αυτό-συμπληρούμενη, αν και πολλές φορές κρίνεται σκόπιμο να την διαβάξει εξεταστής στον ασθενή. Οι 30 ερωτήσεις της πλήρους και οι 15 ερωτήσεις της συντομευμένης μορφής της απαιτούν μόνο μια απάντηση τύπου ναι-όχι, γεγονός που κάνει την εφαρμογή της πιο εύκολη. Εστιάζει στις ψυχικές ανησυχίες του ασθενούς και στον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβάνεται την ποιότητα της ζωής του, χωρίς να περιέχει ερωτήματα για σωματικές ενοχλήσεις και για την εκτίμηση διεγερτικής ή ψυχωτικής συμπεριφοράς. Αποτυπώνει δηλαδή μια γνωστική διάσταση της κατάθλιψης γεγονός που φαίνεται και από την υψηλή της συσχέτιση με την κλίμακα BDI (Montorio και Izal, 1996). Είναι από τις λίγες κλίμακες που έχει σχεδιαστεί ειδικά για χρήση σε ηλικιωμένους και έχει μεταφραστεί και σταθμιστεί στα ελληνικά (Fountoulakis και συν., 1999) .

## **Κλίμακα κατάθλιψης του Hamilton** **(Hamilton Rating Scale for Depression- HRSD)**

Η κλίμακα κατάθλιψης του Hamilton είναι η ευρύτερα χρησιμοποιούμενη κλίμακα μέτρησης της βαρύτητας κατάθλιψης παγκοσμίως. Από την αρχική δημοσίευσή της, αρκετές άλλες εκδοχές της έχουν δημοσιευθεί και χρησιμοποιούνται. Ωστόσο οι ερευνητές σπανίως διευκρινίζουν πια ακριβώς εκδοχή της κλίμακας χρησιμοποιούν.

Η κλίμακα αυτή δημοσιεύθηκε αρχικά από τον Max Hamilton το 1960 και σχεδιάστηκε για να μετράει τη βαρύτητα της κατάθλιψης σε ήδη διαγνωσμένους νοσηλεύομενους ασθενείς με μείζονα καταθλιπτική διαταραχή. Περιλαμβάνει 17 λήμματα. Ωστόσο στην ίδια μελέτη παρατίθεται και μια εκδοχή της κλίμακας με 4 επιπλέον λήμματα που αφορούν την ημερήσια διακύμανση, την αποπροσωποποίηση, παρανοειδή και ιδεοψυχαναγκαστικά συμπτώματα που κατά τον Hamilton δεν θα πρέπει να προσμετρούνται στο τελικό σκορ επειδή ή δεν αποτελούν μέτρο της βαρύτητας, αλλά δίνουν πληροφορίες για το είδος της κατάθλιψης ή είναι σπάνια. Η βαθμολόγηση των λημμάτων γίνεται με βάση τα συμπτώματα που αναφέρει ο ίδιος ο ασθενής κατά τη συνέντευξη, των παρατηρήσεων του εκτιμητή και των πληροφοριών που συλλέγει από τρίτους. Προτείνεται η βαθμολόγηση από δύο ανεξάρτητους βαθμολογητές και ο υπολογισμός ενός μέσου όρου του τελικού αποτελέσματος για λόγους αξιοπιστίας. Η αξιοπιστία της κλίμακας είναι αρκετά υψηλή στο σύνολό της (>0,70.8). Ωστόσο σε κάποιες μελέτες η αξιοπιστία κάθε λήμματος χωριστά είναι χαμηλότερη γεγονός που οφείλεται πιθανόν σε λάθη προτύπωσης και βαθμονόμησής της.

Την αμερικάνικη εκδοχή της κλίμακας αυτής που είναι και η συχνότερα χρησιμοποιούμενη στις ΗΠΑ με περισσότερα από 17 λήμματα παρουσίασε ο Guys το 1976 σε μια έκδοση εγκεκριμένη από το National Institute of Mental Health την οποία όμως ο Hamilton ποτέ δεν ενέκρινε. (Φερεντίνος και συν., 2003). Μεταγενέστερα προστέθηκαν επιπλέον 3 λήμματα (ανημπόρια απελπισία και αναξιότητα). Η ακριβής προέλευση αυτής της εκδοχής δεν είναι γνωστή ωστόσο πολλοί ερευνητές επέκτειναν τον κατάλογο των λημμάτων προκειμένου να συμπεριλάβουν συμπτώματα άτυπης κατάθλιψης (Williams, 2001).

### **Carroll Rating Scale for Depression (Carroll 1981)**

Η κλίμακα αυτή δημιουργήθηκε ως η πρώτη αυτοσυμπληρούμενη μορφή της κλίμακας του Hamilton την οποία συνεπώς προσεγγίζει σε δομή και περιεχόμενο. Αποτελείται από 17 λήμματα και δημοσιεύθηκε το 1981 αν και είχε αναφερθεί αρχικά σε άρθρο του 1983. Η εγκυρότητά της έγινε αποδεκτή συγκρινόμενη με τις κλίμακες του Beck και του Hamilton με του οποίου ήταν και παρόμοια η εσωτερική της εγκυρότητα. Έχει υψηλότερη συσχέτιση από την κλίμακα του Beck με αυτήν του Hamilton και συνεπώς αποτελεί καλή εναλλακτική της όταν απαιτείται η υποκειμενική διάσταση της κατάθλιψης, η οποία δεν προβλέπεται από την κλίμακα του Hamilton (Carroll και συν.,1981).

### **Beck Anxiety Inventory (Beck 1988) (Σταθμισμένο στην ελληνική)**

Η κλίμακα αυτή δημιουργήθηκε από τους Aaron T. Beck και συν. Δημιουργήθηκε προκειμένου να ελαχιστοποιηθεί η αλληλοεπικάλυψη κλιμάκων κατάθλιψης και κλιμάκων άγχους (Beck και συν.,1988). Είναι μια αυτοσυμπληρούμενη κλίμακα 21 ερωτήσεων η οποία χρησιμοποιείται για τη μέτρηση του άγχους ενός ατόμου σε χρονικό διάστημα της τελευταίας εβδομάδας. Μετρούνται τα συνήθη συμπτώματα του άγχους (μούδιασμα, εφίδρωση, φόβος για επικείμενο δυσάρεστο γεγονός.) Έχει σχεδιαστεί για άτομα 17-80 ετών. Στην πρώτη εκδοχή της κλίμακας περιλαμβάνεται μόνο το γνωστικό και σωματικό στοιχείο του άγχους (Beck και συν., 1988). Η γνωσιακή υποκλίμακα μετράει συναισθήματα φόβου και διαταραχές στις γνωστικές λειτουργίες ενώ η σωματική μετράει συμπτώματα ψυχολογικής αναστάτωσης (Armstrong και Khawaja, 2002).

### **State- Trait Anxiety Inventory - STAI (Spielberger 1977)**

Το State Trait Anxiety Inventory - STAI (Spielberger 1977) είναι ένα συχνά χρησιμοποιούμενο εργαλείο για την μέτρηση της αγχώδους κατάστασης. Δημιουργήθηκε από τους Spielberger και συν. Είναι αυτοσυμπληρούμενο και μπορεί να χρησιμοποιηθεί στην κλινική πρακτική για τη διάγνωση του άγχους, τη διαφοροποίηση των ειδών του άγχους που μπορεί να βιώνει το άτομο και το διαχωρισμό του από τα καταθλιπτικά συμπτώματα.

Χρησιμοποιείται επίσης στην έρευνα και σαν δείκτης της επιβάρυνσης των φροντιστών των ασθενών (Spielberger και συν.,1983).

Η δημοφιλέστερη εκδοχή του (Form Y) που έχει μεταφραστεί σε 12 γλώσσες (Tilton, 2008) περιλαμβάνει 20 λήμματα που αφορούν το χαρακτηριστικό άγχος (trait anxiety) και 20 λήμματα που αφορούν το περιστασιακό άγχος (state anxiety). Η εσωτερική του εγκυρότητα κυμαίνεται από .86-.95. Αποτελεί έναν ευαίσθητο προγνωστικό δείκτη της διαχρονικής επιβάρυνσης των φροντιστών των ασθενών και του πώς μπορεί αυτή να ποικίλλει με τυχόν αλλαγές στα υποστηρικτικά συστήματα, την υγεία και τα ατομικά χαρακτηριστικά (Shewchuk και συν.,1998).

### **Depression Anxiety Stress Scales (Lovibond 1995)**

Η κλίμακα αυτή είναι ένα επίσης αυτοσυμπληρούμενο εργαλείο μέτρησης αποτελούμενο από 42 λήμματα καθένα εκ των οποίων αντικατοπτρίζει ένα αρνητικό συναισθηματικό σύμπτωμα. Κάθε λήμμα βαθμολογείται σε συχνότητα και σε σοβαρότητα την οποία βιώνει ο ερωτώμενος. Περιλαμβάνονται υποκλίμακες με ρωτήσεις σχετικές με την κατάθλιψη και το άγχος, οι οποίες όμως δεν είναι ομαδοποιημένες στο ερωτηματολόγιο ανά κατηγορία. Η αξιοπιστία της κάθε υποκλίμακας σε συντελεστή cronbach είναι για την υποκλίμακα που αφορά την κατάθλιψη 0.91, της ανησυχίας 0.84 και του άγχους 0,90 μετρούμενες σε κανονικό δείγμα (Lovibond,1995).

### **The Hamilton Anxiety Rating Scale for Depression (Hamilton1959)**

Η κλίμακα αυτή δημιουργήθηκε το 1959 από τον Hamilton και παρόλο που ήταν από τις πρώτες κλίμακες του είδους παραμένει μέχρι σήμερα ευρέως χρησιμοποιούμενη τόσο στο ερευνητικό όσο και στο κλινικό κομμάτι (Maier και συν.,1988). Αποτελείται από 14 λήμματα κάθε ένα εκ των οποίων ορίζει μια σειρά συμπτωμάτων. Μετρούνται και τα ψυχικά και τα σωματικά συμπτώματα του άγχους. Η αξιοπιστία και η εγκυρότητα της κλίμακας και των υποκλιμάκων της στο σύνολο έχει αποδειχθεί επαρκής σε αντίθεση με την εσωτερική της εγκυρότητα. Κατά τους Maier και συν, τα κύρια προβλήματα της κλίμακας είναι ο μη



ξεκάθαρος διαχωρισμός των αγχολυτικών και αντικαταθλιπτικών αποτελεσμάτων. Ακόμη η υποκλίμακα της σωματικής ανησυχίας σχετίζεται ισχυρά με τις σωματικές παρενέργειες του άγχους. Γι' αυτό και η εφαρμοσιμότητα της κλίμακας σε θεραπείες άγχους είναι περιορισμένη και απαιτούνται πιο εξειδικευμένες κλίμακες μέτρησης του άγχους. Η συνεχής αλλαγή του προσδιορισμού της έννοιας του άγχους, η νέα τεχνολογία και τα καινούργια ερευνητικά δεδομένα άλλαξαν την εκτιμώμενη χρησιμότητά της και οδήγησαν στην τροποποίηση της και αλλαγές με την πάροδο του χρόνου (Koerner και συν.,2010). Έτσι λόγω των αλλαγών του DSM, νεότερων μετρήσεων και την πιθανότητα κλινικών λαθών η κλίμακα αυτή δεν καλύπτει επαρκώς την διαφοροποίηση γενικευμένης αγχώδους διαταραχής και κατάθλιψης (Roemer,2001). Πιο συγκεκριμένα η χρησιμότητα της κλίμακας μεταβλήθηκε όταν μετά την δημιουργία του DSM III το 1987 η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή χαρακτηρίστηκε ως διαταραχή ανησυχίας. Το κεντρικό σύμπτωμα της γενικευμένης αγχώδους διαταραχής κατά το DSM-IV είναι η υπερβολική και ανεξέλεγκτη ανησυχία, την οποία δεν μετρά επαρκώς η κλίμακα του Hamilton (Quimet και συν.,2008). Εξάλλου τα σωματικά συμπτώματα του άγχους που αναφέρει η κλίμακα (καρδιαγγειακά, αναπνευστικά, γαστρεντερικά δεν περιλαμβάνονται στο DSM-IV σαν συμπτώματα σχετιζόμενα με γενικευμένη αγχώδη διαταραχή. Ακόμη υφίσταται όπως είναι λογικό και η πιθανότητα κλινικών λαθών. Πιο συγκεκριμένα κατά τους Koerner και συν, από την στιγμή που η κλίμακα συμπληρώνεται από τον κλινικό ερευνητή ή επαγγελματία υγείας πιθανά να υπόκεινται σε λάθος τα αποτελέσματα λόγω λαθών στον τρόπο που τίθενται οι ερωτήσεις και στον τρόπο που μπορεί να αντιλαμβάνεται ο ερευνητής την απάντηση του ερωτώμενου (Koerner και συν., 2010).

### **Κλίμακα Νοσοκομειακού Άγχους και Κατάθλιψης (HADS)** **Hospital Anxiety and Depression Scale (Zigmond and Snaith 1983)**

Η κλίμακα αυτή δημιουργήθηκε το 1983 από τους Zigmond και Snaith προκειμένου να διερευνήσει τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης και συναισθηματικής επιβάρυνσης μεταξύ ασθενών νοσηλεύομενων με διάφορα κλινικά προβλήματα σωματικά και ψυχολογικά (Zigmond και συν.,1983). Δεν σχεδιάστηκε ως κλινικό διαγνωστικό εργαλείο (Whelan-Goodinson και συν., 2009). Αρχικά αποτελούταν από 8 λήμματα σχετιζόμενα με την κατάθλιψη και 8 σχετιζόμενα με το άγχος. Η τελική εκδοχή της κλίμακας αποτελείται

ωστόσο από 14 λήμματα (2 αφαιρέθηκαν για λόγους μειωμένης αξιοπιστίας και ομοιογένειας) και χρησιμοποιείται συνήθως από επαγγελματίες υγείας προκειμένου να διαγνώσουν τον βαθμό του άγχους και της κατάθλιψης που βιώνει ο ασθενής (Zigmond και συν.,1983). Αποτελείται από 14 λήμματα 7 εκ των οποίων σχετίζονται με την κατάθλιψη και 7 με το άγχος. Έχει βρεθεί επαρκής σε εσωτερική εγκυρότητα αξιοπιστία και ομογένεια σε μελέτες πλυθησμού (Herrmann,1997).

### **Manifest Anxiety Scale (Taylor 1953)**

#### **Κλίμακα έκδηλου Άγχους**

Δημιουργήθηκε το 1953 προκειμένου να προσδιορίσει άτομα τα οποία θα ήταν χρήσιμα σε μελέτες αγχωδών διαταραχών (Taylor και Janet,1953). Διαχωρισμός υποψηφίων από εκείνους που έχουν παθολογικά επίπεδα άγχους. Συνεπώς χρησιμοποιήθηκε ως ένας γενικός και όχι εξειδικευμένος δείκτης μέτρησης του άγχους ως κλινική οντότητα. Η κλίμακα αφορά ενηλίκους ωστόσο το 1956 δημιουργήθηκε μια εκδοχή της για παιδιά (Casteneda και συν.,1956). Αποτελείται από 38 ερωτήσεις τύπου σωστό-λάθος. Η κλίμακα ήταν δημοφιλής για αρκετά χρόνια μετά την δημιουργία της αλλά πλέον δεν χρησιμοποιείται συχνά (Antony και συν., 2001).

Μελέτες έχουν δείξει σημαντικές διαπολιτισμικές διαφορές στα τελικά σκορ της κλίμακας (Iwawaki και συν. 1967, Moerdyk και Spinks 1979). Το 2003 δημιουργήθηκε μια νέα ειδική για ενηλίκους μορφή της για 3 διαφορετικά ηλικιακά γκρουπ (ενήλικοι μαθητές ενήλικοι και ηλικιωμένοι η οποία λαμβάνει υπόψιν σχετιζόμενες με την ηλικία καταστάσεις ου επηρεάζουν την ένταση του άγχους. Ωστόσο το αδύνατο σημείο της κλίμακας βρίσκεται στο ότι δεν παρέχει δεδομένα για παράγοντες που επηρεάζουν το άγχος του μαθητή-φοιτητή όπως η μελέτη και οι κοινωνικοί παράγοντες (Reynolds και συν.,n.d.).

Η χρησιμότητα της κλίμακας έγκειται στο ότι καθιστά δυνατή τη συσχέτιση του άγχους με την επίδοση σε ένα συγκεκριμένο πεδίο δραστηριοτήτων (Taylor και Spence,1952).

### **Depression Adjective Checklists (Lubin 1965)**

Η κλίμακα αυτή δημιουργήθηκε προκειμένου να καλυφθούν οι ανάγκες για ένα σύντομο αξιόπιστο και αποτελεσματικό εργαλείο μέτρησης της βραχυχρόνιας καταθλιπτικής διάθεσης. Μάλιστα δημιουργήθηκε αρχικά προκειμένου να χρησιμοποιηθεί σε μελέτη για τις βιοψυχοκοινωνικές συνέπειες της εγκυμοσύνης κατά την επιλόχεια περίοδο. Γι' αυτό και η επικύρωση και η διασταυρωμένη επικύρωσή της πραγματοποιήθηκε σε γυναικείο και αρκετούς μήνες αργότερα σε αντρικό πληθυσμό (Lubin,1965). Έχει δημιουργηθεί εκδοχή της κλίμακας ειδικά για εφήβους αλλά και εκδοχή για το χαρακτηριστικό άγχος (State Trait-Depression Adjective Check Lists) (Goodstein,1972).

### **1.3. Η ΓΗΡΑΝΣΗ ΤΟΥ ΠΑΓΚΟΣΜΙΟΥ ΠΛΥΘΗΣΜΟΥ**

Με την αύξηση της ηλικίας δημιουργούνται προοδευτικές φθορές στο ανθρώπινο σώμα, με ταυτόχρονη μείωση της ικανότητας αντιρρόπησης τους. *Ο όρος γήρανση χρησιμοποιείται ως προσδιοριστικός του βαθμιαίου αυτού περιορισμού της προσαρμοστικότητας και των εφεδρειών του οργανισμού με την πάροδο του χρόνου, που έχει ως αποτέλεσμα τη μειωμένη αντιρροπιστική ικανότητά του στις ασθένειες και στο θάνατο (Χανιώτη,1999).* Είναι σημαντικό να τονίσουμε την έννοια της προοδευτικότητας, αφού κάθε αιφνίδια επιδείνωση των λειτουργικών δυνατοτήτων του οργανισμού, δεν ονομάζεται γήρανση, αλλά νόσος. Ο ρυθμός της γήρανσης είναι διαφορετικός από άτομο σε άτομο. Ωστόσο λόγω της αργής και σταδιακής εξέλιξης του φαινομένου οι γηράσκοντες δεν το συνειδητοποιούν. Στις περισσότερες δημογραφικές μελέτες χρησιμοποιείται η ηλικία των 65 ετών ως προσδιοριστικό όριο για την έναρξη του γήρατος ενώ η βιολογική, ψυχολογική και κοινωνική ηλικία συνήθως δεν λαμβάνονται υπόψιν (Εμκε ,1999).

Η διευκόλυνση της δυνατότητας πρόσβασης και οι νέες εξελίξεις στον χώρο της υγειονομικής περίθαλψης έχουν επηρεάσει σε σημαντικό βαθμό τα ποσοστά επιβίωσης. Συγκεκριμένα, το ποσοστό των ανθρώπων ηλικίας άνω των 60 ετών αυξάνεται γρηγορότερα από οποιαδήποτε άλλη ηλικιακή ομάδα. Μεταξύ του 1970 και 2050 η αύξηση των ηλικιωμένων ατόμων αναμένεται να είναι 694 εκατομμύρια. Το 2050 θα υπάρχουν συνολικά 1,2 δισεκατομμύρια άνθρωποι πάνω από 60 ετών (WHO, 2002). Την τάση αυτή ακολουθεί

και η χώρα μας αφού το 18% του πληθυσμού της Ελλάδας αποτελείται από άτομα τρίτης ηλικίας με προοπτική το ποσοστό αυτό να αυξηθεί κατά 10% μέχρι το 2030 (Κατσανέβας, n.d.). Αυτή η αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης του πληθυσμού σε συνδυασμό με τα χαμηλά ποσοστά των γεννήσεων έχει ως αποτέλεσμα την προοδευτική γήρανση του πληθυσμού. Το παγκόσμιο φαινόμενο της δημογραφικής γήρανσης επηρεάζει άμεσα τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης και μακροχρόνιας μέριμνας, αφού αυξάνεται ο αριθμός των ηλικιωμένων, που έχουν περισσότερες ανάγκες για υγειονομική περίθαλψη από τα νεότερης ηλικίας άτομα λόγω της μεγαλύτερης συχνότητας σοβαρών ασθενειών, γεγονός που έχει ως αποτέλεσμα αυξημένες δαπάνες για την περίθαλψή τους (Vasiliadis και συν. 2013, Prina και συν. 2013). Οι δαπάνες αυτές αυξάνονται περαιτέρω στους πάσχοντες από κατάθλιψη και είναι ακόμα υψηλότερες σε περιπτώσεις χρονιότητας της νόσου σε σχέση με τους μη πάσχοντες (Luppa και συν., 2013). Σύμφωνα με μελέτη των Prina και συν. οι καταθλιπτικοί ασθενείς επισκέπτονται πιο συχνά τις νοσοκομειακές δομές για μη ψυχιατρικές καταστάσεις και σχετίζονται με μακρά διάρκεια νοσηλείας και υψηλότερα νοσοκομειακά κόστη σε σύγκριση με τους μη πάσχοντες από κατάθλιψη (Prina και συν., 2014). Θα πρέπει λοιπόν τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης να προσαρμοστούν στα διαφορετικά πρότυπα ασθένειας που οφείλονται σε αυτή την αλλαγή του ηλικιακού προφίλ των ασθενών (Siewert και συν., 2010).

#### **1.4. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΩΝ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ**

Σύμφωνα με τον ΠΟΥ η κατάθλιψη αποτελεί την τέταρτη αιτία νοσηρότητας και θνησιμότητας μετά τα καρδιαγγειακά νοσήματα, τον καρκίνο και τα τροχαία ατυχήματα, ενώ προβλέπεται ότι το 2020 θα αποτελεί παγκοσμίως τη δεύτερη αιτία με τη μεγαλύτερη νοσηρότητα και για τα δύο φύλα μετά την ισχαιμική καρδιακή νόσο (Γαρύφαλλος, 2008). Επιδημιολογικές μελέτες έχουν δείξει ότι μία στις δέκα γυναίκες και ένας στους είκοσι άντρες θα εμφανίσουν καταθλιπτική συμπτωματολογία κατά τη διάρκεια της ζωής τους (Robins και συν., 1984).

Βάσει ερευνών η κατάθλιψη αποτελεί τη διαταραχή διάθεσης με τον μεγαλύτερο επιπολασμό στους ηλικιωμένους (Tiwarī και συν., 2013). Πιο συγκεκριμένα εκτιμάται ότι επηρεάζει ένα στα επτά άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών και όσον

αφορά την εκδήλωση της συμπτωματολογίας σε διπλάσιο ποσοστό τις γυναίκες (Kurlowicz και Greenberg,2007). Το ποσοστό εμφάνισης της νόσου στους ηλικιωμένους είναι το μισό από αυτό στις νεαρότερες ηλικίες, ωστόσο η παρουσία κάποιας σωματικής ή χρόνιας ασθένειας το αυξάνει (Yaka και συν.,2014). Κατά τους Forlani και συν. μετά τα 81 έτη η εμφάνιση της κατάθλιψης μειώνεται αυξανόμενης της ηλικίας (Forlani και συν., 2013). Τα ποσοστά της νόσου για τα ηλικιωμένα άτομα που διαμένουν στα γηροκομεία κυμαίνονται από 15% έως 25% (Soloway, 2013). Σύμφωνα με τους Nazemi και συν, ο αυξημένος επιπολασμός των καταθλιπτικών διαταραχών στους οίκους ευγηρίας σχετίζεται με την ικανοποίηση των ηλικιωμένων από τις παρεχόμενες υπηρεσίες, τη συμπεριφορά του προσωπικού και την ποιότητα της διατροφής τους εκεί (Nazemi και συν. 2013, Τίκα 2013).

Η μανία και η υπομανία εμφανίζονται με την ίδια συχνότητα και στα δύο φύλα, ενώ παρατηρούνται επίσης συχνά στις γυναίκες κατά την επιλόχεια περίοδο. Άτομα ηλικίας περίπου 20 ετών έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν μανία ή υπομανία, παρόλο που υπάρχουν και περιπτώσεις που εμφανίζουν τη διαταραχή στην εφηβεία ή και μετά την ηλικία των 50 χρόνων (Νέστορος και Καλαϊτζάκη,nd). Σε άλλη μελέτη των Amin και συν, που πραγματοποιήθηκε σε τυχαίο δείγμα 200 ατόμων που επισκέπτονταν δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας με χρήση της κλίμακας κατάθλιψης του Beck (BDI) και της κλινικής συνέντευξης κατάθλιψης (CID) βρέθηκε ποσοστό 30% των συμμετεχόντων με μέτρια ή σοβαρή κατάθλιψη και 21% πασχόντων από τη νόσο βάσει της CID. Στο δείγμα των Amin και συν, τα ποσοστά κατάθλιψης ήταν ιδιαίτερα αυξημένα σε γυναίκες και άτομα διαζευγμένα, ελεύθερα ή σε χηρεία αλλά και σε μέλη εκτεταμένων οικογενειών (Amin και συν.,1998 ). Επιπλέον στη συγκεκριμένη μελέτη η ανεργία και η έλλειψη υποστηρικτικών σχέσεων σχετίστηκαν με την κατάθλιψη, ενώ πιο κοινές εκδηλώσεις συμπτωμάτων όπως η καταθλιπτική διάθεση η έλλειψη ενέργειας, η μειωμένη εργασιακή απόδοση, η απώλεια ενδιαφέροντος, η ανορεξία και η κόπωση είχαν χαμηλή διαφοροδιαγνωστική ισχύ ως δείκτες για κατάθλιψη. Αξίζει επίσης να σημειωθεί η αδυναμία αναγνώρισης της νόσου από τους θεράποντες ιατρούς σε ποσοστό μεγαλύτερο των 2/3 των ασθενών γεγονός που καταδεικνύει την ανάγκη ύπαρξης εξειδικευμένης εκπαίδευσής τους σε θέματα ψυχικής υγείας.

Στην Ελλάδα μελέτες για την εκτίμηση του επιπολασμού της κατάθλιψης σε

αγροτικούς πληθυσμούς άνω των 60 ετών έχουν δείξει επιπολασμό ήπιας-μέτριας κατάθλιψης της τάξης του 27% και μέτριας-σοβαρής κατάθλιψης της τάξης του 12% (Argyropoulou και συν.,2005) . Κατά τους Αργυριάδου και συν η επικράτηση της νόσου σε άτομα που προσέρχονται σε δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας κυμαίνεται στις γυναίκες από 29,9% ως 33% και στους άντρες από 19,6% έως 20% (Argyriadou και συν., 2001). Σε άλλη μελέτη που διενεργήθηκε σε άτομα, τα οποία επισκεπτόταν προσέρχονται τα τακτικά ιατρεία ενός Κέντρου υγείας συμπτώματα κατάθλιψης βρέθηκαν σε ποσοστά 15,38% στις γυναίκες και 7,37% στους άντρες (Μιχαηλίδης και συν, 2000). Επίσης σε μελέτη, που πραγματοποιήθηκε σε οίκο ευγηρίας στο Νομό Ιωαννίνων καταθλιπτικά συμπτώματα βρέθηκαν στο 42,2% των ηλικιωμένων, ποσοστό που ήταν υψηλότερο στους κλινήριους ηλικιωμένους με πολλαπλή παθολογία και διπλάσιο στις γυναίκες συγκριτικά με τους άντρες. Ακόμη, μεγαλύτερα ποσοστά κατάθλιψης βρέθηκαν σε ηλικιωμένους που δεν συμμετείχαν σε κοινωνικές δραστηριότητες, καθώς και μειωμένη ικανοποίηση των πασχόντων από κατάθλιψη από τις παρεχόμενες υπηρεσίες του οίκου ευγηρίας (Τίκα,2013).

Μεγάλος αριθμός ερευνών επίσης έχει πραγματοποιηθεί σε πληθυσμούς ηλικιωμένων που χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες των ΚΑΠΗ (Ρούπα και συν., 2009). Οι μελέτες αυτές έχουν δείξει την ύπαρξη μεγάλων ποσοστών μέτριας και κλινικού τύπου καταθλιπτικής συμπτωματολογίας συχνότερα παρατηρούμενης στις γυναίκες (Παγοροπούλου και συν 2002, Αργυρόπουλος και συν 2012, Ζήντρου και συν 2013).

## **1.5. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ**

Όπως για τις περισσότερες ψυχικές διαταραχές ή σύνδρομα έτσι και για τις διαταραχές της διάθεσης δεν έχει απομονωθεί ένας και μοναδικός ή συγκεκριμένος αιτιολογικός παράγοντας. Η έρευνα που έγινε και συνεχίζει να γίνεται προτείνει ένα μεγάλο αριθμό παραγόντων που φαίνεται να συμβάλλουν στην ανάπτυξη διαταραχών της διάθεσης. Οι παράγοντες κινδύνου για την κατάθλιψη στην τρίτη ηλικία είναι παρόμοιοι με αυτούς στις μικρότερες ηλικιακές ομάδες αυτό όμως που διαφέρει είναι η συχνότητα έκθεσης σε αυτούς. Οι παράγοντες αυτοί μπορεί να ομαδοποιηθούν σε γενετικούς, σε ψυχοκοινωνικούς, νευροβιολογικούς,

ιδιοσυστατικούς και περιβαλλοντολογικούς. Μετά την αναγνώριση της μεγάλης σημασίας του γενετικού παράγοντα και του βιολογικού στην παθογένεια της νόσου, ο εξωγενής παράγοντας, δηλαδή ο περιβαλλοντολογικός έχασε την ουσιαστική του σημασία και θεωρήθηκε απλά ως εκλυτικό αίτιο μιας ήδη υπάρχουσας κατάστασης. Πάντως η αξία των δυσμενών και ανεπιθύμητων εξωγενών παραγόντων μπορεί να σχετίζεται άμεσα με τη νόσο διαταράσσοντας ίσως την ήδη ευένδοτη ψυχική ισορροπία (Πλατή, 2006).

### **Γενετικοί παράγοντες**

Η συμβολή των γενετικών παραγόντων στις διαταραχές της διάθεσης φαίνεται από τα αποτελέσματα μελετών σε οικογένειες, σε διδύμους και σε υιοθετημένα άτομα και από τις έρευνες της μοριακής βιολογίας. Μελέτες διδύμων έχουν δείξει σχέση μονοζυγωτών προς διζυγώτες κατά μέσο όρο περίπου 4:1 (Bertelsen και συν. 1997) .Μελέτες υιοθετημένων ατόμων επίσης υποστηρίζουν τη γενετική συμμετοχή στην αιτιολογία των διαταραχών της διάθεσης. Είναι πιθανό λοιπόν να υπάρχει σύνδεση διαφορετικών μορφών διπολικής διαταραχής με διαφορετικά χρωμοσώματα. Έτσι το οικογενειακό ιστορικό ασθενών με μονοπολική ή διπολική διαταραχή μας δείχνει ότι οι συγγενείς τους έχουν αυξημένη συχνότητα της αντίστοιχης διαταραχής, αφού πιθανότατα θα υπάρχουν και σε αυτούς ανάλογες διαταραχές νευροδιαβίβασης (Smoller και Finn,2003).

### **Νευροβιολογικοί παράγοντες**

Οι μελέτες των συναισθηματικών διαταραχών έχουν εντοπιστεί στις διαταραχές της νευροδιαβίβασης, τις διαταραχές της νευροφυσιολογικής λειτουργίας, τις διαταραχές της νευροενδοκρινικής λειτουργίας και την νευροαπεικόνιση της δομής και της λειτουργίας του εγκεφάλου. Όσον αφορά τις διαταραχές της νευροδιαβίβασης, η έρευνα στράφηκε στους νευροδιαβιβαστές και ειδικά στη νορεπινεφρίνη, στην ακετυλοχολίνη, στη ντοπαμίνη, στη σεροτονίνη και στο γ-αμινοβουτυρικό οξύ. Βάσει της υπόθεσης της κατεχολαμίνης η κατάθλιψη πυροδοτείται από την ανεπάρκεια νορεπινεφρίνης στις νευρικές συνάψεις του εγκεφάλου (Potter και Manji,1994). Η υπόθεση βασίζεται στον τρόπο με τον οποίο δρουν τα

αντικαταθλιπτικά σκευάσματα όπως η ιμιπραμίνη που αυξάνει την ποσότητα της νορεπινεφρίνης εμποδίζοντας την επαναπρόσληψή της και οι αναστολείς της μονοαμινοοξειδάσης (ΜΑΟ) που εμποδίζουν τη διάσπασή της από τη ΜΑΟ (Kenyon, n.d.). Ακόμη σε ορισμένες μελέτες παρατηρήθηκε σε καταθλιπτικούς ασθενείς μειωμένη συγκέντρωση του μεταβολίτη της νορεπινεφρίνης 3-μεθοξυ-4-υδροξυφαινυλγλυκόλη (ΜΗΡΟ) στα ούρα. Αργότερα ερευνήθηκαν και άλλες κατεχολαμίνες και αμινοξέα που συμμετέχουν στη νευροδιαβίβαση. Θεωρήθηκε λοιπόν ότι σε κάποιους ασθενείς υπάρχει ανεπάρκεια σεροτονίνης, εξαιτίας της δράσης κάποιων αντικαταθλιπτικών σκευασμάτων, που δεσμεύουν την επαναπρόσληψή της και επίσης την εύρεση μειωμένης ποσότητας του μεταβολίτη της σεροτονίνης 5-υδροξυινδολεοξικό οξύ (5-HIAA) στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό κάποιων ασθενών καθώς και ελαττωμένου αριθμού 5-HT<sub>2</sub> υποδοχέων σε εγκεφάλους αυτοχείρων ασθενών. *Ανάλογες προτάσεις υπήρξαν και για το σύστημα ακετυλοχολίνης, χωρίς τελικά να μπορούν να εξηγήσουν ικανοποιητικά τον μηχανισμό της κατάθλιψης (Κοτανίδης, nd).* Ίσως αν όλες αυτές οι θεωρίες συντεθούν όσον αφορά την αλληλεπίδραση των νευροδιαβιβαστών μπορεί να υπάρξει επαρκέστερη εξήγηση του μηχανισμού της κατάθλιψης, αφού η υπόθεση διαταραχής της νευροδιαβίβασης δεν είναι αρκετή για την ερμηνεία όλων των συναισθηματικών διαταραχών καθώς αρκετοί από τους ασθενείς δεν παρουσιάζουν κάποια ανιχνεύσιμη ανεπάρκεια νευροδιαβιβαστών, ούτε αντιδρούν απαραίτητα στη φαρμακοθεραπεία με αντικαταθλιπτικά.

### **Διαταραχές της Νευροφυσιολογικής Λειτουργίας**

Και αυτές οι διαταραχές μελετήθηκαν εκτενώς σε ασθενείς με διαταραχές της διάθεσης. Τα περισσότερα στοιχεία αντλήθηκαν με τη χρήση του ηλεκτροεγκεφαλογραφήματος (ΗΕΓ) ύπνου και δείχνουν ότι σε μεγάλο αριθμό καταθλιπτικών και μανιακών ασθενών εμφανίζονται κάποιες ανωμαλίες. Τα συνηθέστερα ευρήματα σε καταθλιπτικούς ασθενείς περιλαμβάνουν: 1) διαταραχές της συνέχειας του ύπνου, όπως αύξηση της λανθάνουσας περιόδου πριν τον ύπνο, αύξηση των ενδιάμεσων ξυπνημάτων και πρόωμη πρωινή αφύπνιση, 2) ελάττωση των σταδίων 3 και 4 του «βαθέως ύπνου» (Non Rapid Eye Movement) και 3) αύξηση της REM δραστηριότητας (Nutt και συν.,2008). Όλα τα παραπάνω συμπίπτουν με τα χαρακτηριστικά του διαταραγμένου ύπνου των καταθλιπτικών αφού όπως είναι γνωστό, οι καταθλιπτικοί



ασθενείς δεν κοιμούνται βαθιά ή αρκετά και έχουν ανήσυχο ύπνο με άσχημα όνειρα και εφιάλτες (Thase, 2006).

### **Διαταραχές της Νευροενδοκρινικής Λειτουργίας**

Οι λειτουργίες του υποθαλάμου, της υπόφυσης, του φλοιού των επινεφριδίων, του θυρεοειδούς και άλλων ενδοκρινών αδένων έχουν μελετηθεί για την ανεύρεση αιτιολογικών συσχετίσεων με τις διαταραχές της διάθεσης. Ο υποθαλαμο-υπόφυσιο-επινεφριδικός (YYE) άξονας συγκέντρωσε το ενδιαφέρον των ερευνητών, ύστερα από το εύρημα ότι σε κάποιους καταθλιπτικούς ασθενείς δεν είναι δυνατή η καταστολή της παραγωγής κορτιζόλης από τον φλοιό των επινεφριδίων, όταν χορηγηθεί δοσολογία δεξαμεθαζόνης ικανή να καταστείλει την παραγωγή κορτιζόλης σε φυσιολογικά άτομα. Η υπερκορτιζολαιμία είναι ένα από τα σταθερά ευρήματα σε καταθλιπτικούς ασθενείς και έτσι θεωρήθηκε ότι η δοκιμασία καταστολής με δεξαμεθαζόνη (DST Dexamethasone Suppression Test) θα αποτελούσε ειδική δοκιμασία για τη διάγνωση της κατάθλιψης και εργαλείο για τη διερεύνηση της νευροενδοκρινικής λειτουργίας του YYE άξονα στην κατάθλιψη. Ωστόσο αποδείχτηκε ότι αυτή η μη καταστολή συμβαίνει και σε άλλες ψυχιατρικές διαταραχές εκτός από την κατάθλιψη (Hayes και Ettigi, 1983) όπως στην ψυχογενή ανορεξία (Herpertz και Remschmidt, 1983).

### **Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες**

Στους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες ανήκουν τα στρεσογόνα γεγονότα της ζωής και οι ψυχολογικοί παράγοντες. Πιο συγκεκριμένα τα άτομα που είναι επιρρεπή σε κατάθλιψη χαρακτηρίζονται από χαμηλή αυτοεκτίμηση και έντονη αυτοκριτική. Η διαπροσωπική απώλεια διαδραματίζει επίσης σημαντικό ρόλο. Μελέτες έχουν δείξει ότι υπάρχει αυξημένη συχνότητα κατάθλιψης σε άτομα που έχασαν κάποιο γονιό στην παιδική τους ηλικία κατά πάσα πιθανότητα λόγω αυξημένης ευαισθησίας σε διαπροσωπικές απώλειες αργότερα (Kenneth και συν., 1993). Σημαντικά και στρεσογόνα γεγονότα της ζωής όπως πχ η πρόσφατη απώλεια αγαπημένων προσώπων, η απώλεια εργασίας λόγω συνταξιοδότησης κλπ σε συνδυασμό με ένα ελλιπές υποστηρικτικό δίκτυο, μια ευάλωτη ψυχολογική ισορροπία και την γενετική προδιάθεση μπορεί να οδηγήσουν τον ηλικιωμένο στην εμφάνιση κατάθλιψης.

Μελέτες μάλιστα έχουν δείξει ότι σε ποσοστό 40-60% των ασθενών το πρώτο επεισόδιο μείζονος κατάθλιψης ακολούθησε μετά από ένα τέτοιο γεγονός (Mitchell και συν.,2013). Συνοψίζοντας λοιπόν τα αρχικά μας σχόλια για την αιτιολογία των συναισθηματικών διαταραχών, θα πρέπει πάλι να τονίσουμε ότι πιθανότατα μια ποικιλία παραγόντων συνδυάζονται και οδηγούν στην εκδήλωση μιας τέτοιας διαταραχής.

## **ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΣΥΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ**

Αντίθετα με τις μικρότερες ηλικιακές ομάδες στους ηλικιωμένους με κατάθλιψη υπάρχει συνοσηρότητα (Ganzini και συν.1997,Callahan και συν.,1996). Η οξεία κατάθλιψη είναι πιο συνήθης σε σωματικά άρρωστους ηλικιωμένους άνω των 70 ετών και ιδρυματοποιημένους. Οι σοβαρές και χρόνιες νόσοι που σχετίζονται με υψηλότερα ποσοστά εμφάνισης κατάθλιψης περιλαμβάνουν το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο σε ποσοστά 30-60%, τη στεφανιαία νόσο σε ποσοστά 8-44%, κάποιο καρκίνο ή νεόπλασμα (1-40%), τη νόσο του Alzheimer (20-40%) και τη γεροντική άνοια σε ποσοστό 17-31% (Boswell και Stoudemire,1996). Επίσης ο σακχαρώδης διαβήτης και ο χρόνιος πόνος αποτελούν παράγοντες κινδύνου που καθιστούν πιο ευάλωτο τον ηλικιωμένο πάσχοντα στην εμφάνιση κατάθλιψης.

### **1.6. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ**

Η κατάθλιψη είναι θεραπεύσιμη στους ηλικιωμένους ασθενείς σε ποσοστό 65-75% (Alexopoulos,2001). Η κλινική αντιμετώπιση των καταθλιπτικών διαταραχών περιλαμβάνει την ψυχοφαρμακολογία, την ηλεκτροσπασμοθεραπεία, την ψυχοθεραπεία (ειδικότερα γνωσιακή και συμπεριφορική) και την εκπαίδευση της οικογένειας.

Πολλοί επαγγελματίες στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας υποτιμούν το βαθμό ανταπόκρισης των ηλικιωμένων στις δυνατές θεραπευτικές προσεγγίσεις (Reynolds και συν.,1999). Ωστόσο δεν υπάρχει σημαντική διαφορά στην πρόγνωση για ανάρρωση σε μικρότερες και μεγαλύτερες ηλικιακές ομάδες παρόλο που για την υποχώρηση των συμπτωμάτων απαιτείται περισσότερο χρονικό διάστημα για τους ηλικιωμένους (Hirschfeld

και συν.,1997). Η χορήγηση ψυχοφαρμάκων κατέχει κυρίαρχη θέση στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης ενηλίκων και ηλικιωμένων (Burke και Preskorn,1995). Ωστόσο η φαρμακευτική αντιμετώπιση χρήζει ιδιαίτερης προσοχής καθώς οι ηλικιωμένοι ενδέχεται να έχουν τροποποιημένη ηπατική λειτουργία, αδρανοποιώντας έτσι κάποια αντικαταθλιπτικά σκευάσματα. Επίσης, η νεφρική τους λειτουργία ενδέχεται να είναι μειωμένη, με αποτέλεσμα την αυξημένη ευαισθησία στην αγωγή. Έτσι, οι ηλικιωμένοι ασθενείς χρειάζονται χαμηλότερη δόση έναρξης αλλά και τελική δόση, λόγω της μειωμένης κάθαρσης των λαμβανομένων φαρμάκων και της μεγαλύτερης πιθανότητας για παρενέργειες καθώς οι αντιχολινεργικές ιδιότητές τους μπορεί να προκαλέσουν αποπροσανατολισμό ανησυχία και συμπτώματα που προσομοιάζουν ανοϊκά σύνδρομα (Salzman,2000). Ακόμη το ιστορικό φαρμακευτικών αποπειρών αυτοκτονίας, το θέμα της πολυφαρμακίας, η συνοσηρότητα με άλλες παθήσεις, οι αλληλεπιδράσεις των φαρμάκων και η πλημμελής συμμόρφωση αυτών των ασθενών περιορίζουν σε πολλές περιπτώσεις τη χορήγησή τους (Katona, 2001). Άλλες θεραπευτικές προσεγγίσεις περιλαμβάνουν μη φαρμακευτικές βιολογικές θεραπείες ,όπως είναι ηλεκτροσπασμοθεραπεία, που αποτελεί ίσως την πιο αμφιλεγόμενη μέθοδο θεραπείας στην ψυχιατρική θεραπευτική. Αναφέρεται ιδιαίτερα αποτελεσματική σε ασθενείς με συχνές υποτροπές, ψυχωσικά στοιχεία με παραληρητικές ιδέες, εκδήλωση αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς εξάντληση καχεξία και ανθεκτικότητα στη φαρμακοθεραπεία (Vander και συν., 2003). Ωστόσο, συνήθως η αντιμετώπιση της νόσου περιλαμβάνει συνδυασμό φαρμακοθεραπείας με σκευάσματα, όπως τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, εκλεκτικούς αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης, οι αναστολείς μονοαμινικής οξειδάσης κ.α. και ψυχοθεραπείας (Dunner,1994). Η ψυχοθεραπευτική προσέγγιση των ηλικιωμένων ασθενών περιλαμβάνει την γνωστική-συμπεριφοριστική ψυχοθεραπεία, την υποστηρικτική ψυχοθεραπεία ή την θεραπεία προσανατολισμένη στην επίλυση προβλημάτων. Αξίζει να σημειωθεί ότι η αποτελεσματικότητα της ψυχοθεραπευτικής παρέμβασης δεν μειώνεται λόγω της ηλικίας του ασθενή. Αντιθέτως η συμμόρφωση των ηλικιωμένων ασθενών στην προσέγγιση αυτή είναι πολύ μεγαλύτερη από αυτή των νεώτερων ατόμων (Nierenberg και McColl,1996). Επίσης η αξία των ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων έγκειται και στο ότι επηρεάζουν τη διαχείριση παραγόντων, που η φαρμακοθεραπεία δεν μπορεί. Συγκεκριμένα, η απώλεια αγαπημένων προσώπων, η χηρεία, τα στρεσογόνα γεγονότα της ζωής είναι παράγοντες οι οποίοι σε συνδυασμό με την έλλειψη επαρκούς κοινωνικού δικτύου

οικογενείας και διαπροσωπικών σχέσεων στους ηλικιωμένους εντείνουν τις συνέπειες των καταθλιπτικών διαταραχών.

Η αποτελεσματική αντιμετώπιση της νόσου είναι ιδιαίτερα σημαντική αφού έχει ως αποτέλεσμα μια καλύτερη ποιότητα ζωής του πάσχοντος, μεγαλύτερη λειτουργικότητα και πιθανώς τη βελτίωση στην γενικότερη κατάσταση της υγείας του. Τα πρώτα αποτελέσματα αυτών των θεραπειών είναι ορατά μετά την πάροδο δυο εβδομάδων από την έναρξη της θεραπείας η οποία σε ηλικιωμένους ασθενείς θα πρέπει να συνεχίζεται για μεγάλες χρονικές περιόδους (Alexopoulos, 2001).

## **1.7. ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΤΗΣ ΥΠΟΔΙΑΓΝΩΣΗΣ**

Παρόλο που η κατάθλιψη είναι ένα κοινό και διαδεδομένο πρόβλημα στους ηλικιωμένους σπάνια διαγιγνώσκεται και υποθεραπεύεται. Έχει διαπιστωθεί ότι μόνο ένα ποσοστό 15-25% των ηλικιωμένων (Parashos και συν.,2002) με σοβαρή κατάθλιψη λαμβάνουν θεραπεία (Alexopoulos και συν.,1984). Μελέτες έχουν δείξει ότι η πρόωπη διάγνωση και η θεραπευτική παρέμβαση μειώνει κατά πολύ τη διάρκεια των καταθλιπτικών επεισοδίων αλλά και την πρόληψη της χρονιότητας της νόσου (Hendrie και συν.,1990). Ωστόσο η αναγνώριση της καταθλιπτικής διαταραχής παρουσιάζει δυσκολίες ακόμα και για τους ψυχιάτρους, αφού είναι συχνή η εκδήλωσή της με άτυπα χαρακτηριστικά και η συννοσηρότητα με άλλες σωματικές και ψυχικές παθήσεις και αγχώδεις διαταραχές, που είναι συχνές στους ηλικιωμένους Έτσι, μόνο 10% των ασθενών, που προσέρχονται στις δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας έχουν κλινικά σημαντική καταθλιπτική συμπτωματολογία, ωστόσο μόνο στους μισούς σχεδόν αυτή αναγνωρίζεται και μόλις ένας στους πέντε εξ' αυτών λαμβάνει αποτελεσματική θεραπεία στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (Park και Unutzer, 2012). Τα αίτια του προβλήματος της υποδιάγνωσης κλιμακώνονται σε τρία επίπεδα, που αφορούν τους παρόχους φροντίδας υγείας, τους ασθενείς αλλά και το ίδιο το σύστημα υγείας. Συγκεκριμένα όσον αφορά τους ασθενείς, η κακή οικονομική κατάσταση περιορίζει την πρόσβασή τους στις υπηρεσίες υγείας. Όσοι προσέρχονται στις δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας εμφανίζουν περισσότερο σωματικές και όχι συναισθηματικές ενοχλήσεις, γεγονός που μειώνει την πιθανότητα να διαγνωστούν για κατάθλιψη (Wittchen και συν. 1999, Sheehan και Baneree,1999). Ακόμα οι ηλικιωμένοι εμφανίζουν αντίσταση σε μια τέτοιου

είδους διάγνωση λόγω ελλιπούς ενημέρωσης για την κατάθλιψη και τις πιθανές της θεραπείες και φοβούμενοι τον κοινωνικό στιγματισμό. Έτσι προτιμούν να αποδώσουν τα συμπτώματά τους σε σωματικές ασθένειες και στην γήρανση (Drayer και συν., 2005). Η συμμετοχή των παρόχων φροντίδας υγείας στο πρόβλημα της υποδιάγνωσης έγκειται στην ανεπαρκή ενημέρωση και γνώση των επαγγελματιών υγείας σχετικά με τα διαγνωστικά κριτήρια και τις θεραπευτικές επιλογές για τις καταθλιπτικές διαταραχές, την έλλειψη ψυχοκοινωνικού προσανατολισμού και εξειδίκευσης αλλά και την πίεση χρόνου λόγω του μεγάλου φόρτου εργασίας των επαγγελματιών υγείας. Το σύστημα υγείας υποθάλπει το πρόβλημα της υποδιάγνωσης, αφού δεν παρέχεται μια εξειδικευμένη υγειονομική κάλυψη, που να περιλαμβάνει μια συστηματική ολοκληρωμένη προσέγγιση για τη διαχείριση της κατάθλιψης και με την ανεπάρκεια εξειδικευμένων επαγγελματιών υγείας και ψυχοθεραπευτών στις δομές προκειμένου να εξασφαλιστεί η συνέχεια της θεραπείας (Hinton και συν. 2007), των ηλικιωμένων ασθενών πέραν των οξέων φάσεων (Goldman και συν.,1999). Η μειωμένη ποιότητα φροντίδας οδηγεί σε κακή πρόγνωση για τη νόσο και αποτελεί πρόβλημα για τη δημόσια υγεία οδηγεί σε προβλήματα στην ποιότητα ζωής των ασθενών και κατ' επέκταση των φροντιστών τους και αύξηση των δαπανών τελικά για το σύστημα υγείας.

## **1.8. ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΑ ΔΙΚΤΥΑ ΚΑΙ Η ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**

Για τα περισσότερα άτομα με ένα υγιές κοινωνικό υποστηρικτικό δίκτυο τα περισσότερα στρεσογόνα γεγονότα της ζωής μπορούν να αντιμετωπιστούν πιο εύκολα (Fiske και συν., 2010). Το κατάλληλο αυτό υποστηρικτικό δίκτυο απαρτίζεται από την οικογένεια και τους φίλους που μπορούν να βοηθήσουν το άτομο να διαχειριστεί διάφορα προβλήματα, τα οποία μπορεί να προκύψουν όπως ο θάνατος ενός μέλους της οικογένειας, η απώλεια της δουλειάς, τις ασθένειες και διάφορους άλλους στρεσογόνους παράγοντες, που η μη διαχείριση τους από το άτομο μπορεί πιθανά να οδηγήσει στην κατάθλιψη (Wade και Kendler,2000). Στους ηλικιωμένους η ισορροπία μεταξύ δραστηριοτήτων και υποστηρικτικών πηγών διαταράσσεται. Οι υποστηρικτικοί μηχανισμοί περιορίζονται. Η οικογένεια παίζει ίσως τον πιο σημαντικό ρόλο στην ενίσχυση και διατήρηση της ισορροπίας των αντιρροπιστικών

ψυχικών μηχανισμών του ατόμου (Beattie, 2005). Η ψυχική υγεία του συντρόφου αλλά και η μεταξύ τους σχέση μπορεί να επηρεάσει τον ψυχισμό του. Για παράδειγμα στο 30% του συνόλου των προβλημάτων γάμου υπάρχει ένας σύντροφος που περιγράφεται ως καταθλιπτικός ή με μονοπολική διαταραχή διάθεσης, η οποία αποδίδεται στα στοιχεία της μεταξύ τους σχέσης που μπορεί να χαρακτηρίζεται από τριβές εχθρικότητα και έλλειψη κατανόησης (Gotlib και Hammen, 1992).

Ο σύντροφος, που είναι μεγάλος υποστηρικτικός παράγοντας πεθαίνει ή υπάρχουν τριβές και έλλειψη επικοινωνίας μεταξύ τους ή αντιμετωπίζει επίσης προβλήματα υγείας. Τα παιδιά λόγω των προβλημάτων της καθημερινότητάς τους και της έλλειψης χρόνου αδυνατούν να επικοινωνήσουν αποτελεσματικά με τον ηλικιωμένο, να τον βοηθήσουν σε πρακτικό επίπεδο στην διεκπεραίωση των καθημερινών του αναγκών και να του δώσουν ψυχολογική υποστήριξη. Το υπάρχον κοινωνικό δίκτυο διαταράσσεται επίσης αφού αποτελείται από ηλικιωμένους που αντιμετωπίζουν τα ίδια προβλήματα και τις ίδιες ψυχολογικές και σωματικές πιέσεις ή αποβιώνουν λόγω του γήρατος. Επιπλέον οι ασθένειες που βιώνει ο ηλικιωμένος και οι φθίνουσες σωματικές του λειτουργίες μειώνουν περαιτέρω την αυτονομία του αφού θα πρέπει να βασίζεται σε άλλους για την διεκπεραίωση καθημερινών αναγκών και πολλές φορές είναι αδύνατη και η μετακίνησή του (Williamson και Shaffer, 2000). Σε συνδυασμό με όλα τα παραπάνω και ενώ όλες οι απαιτήσεις αυξάνονται συνεχώς το μειωμένο εισόδημα του ηλικιωμένου δεν επαρκεί για να τις καλύψει (Skaripnakis και συν, 2004).

Οι υπηρεσίες υγείας που απευθύνονται μόνο σε ηλικιωμένους παρέχονται στην Ελλάδα από το κράτος, την τοπική αυτοδιοίκηση, την εκκλησία, της μη κυβερνητικές οργανώσεις και την ιδιωτική επιχειρηματική πρωτοβουλία (Εμκε και Πουλοπούλου 1999). Η ζήτηση για υπηρεσίες υγείας στην τρίτη ηλικία επικεντρώνεται κυρίως στην θεραπεία και στην περίθαλψη και λιγότερο στην πρόληψη έτσι το μεγαλύτερο μέρος των δαπανών υγείας σε αυτή την ηλικία στρέφεται στην ιατροφαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη αντίθετα με τις πιο μικρές ηλικίες όπου η ζήτηση στρέφεται στις προληπτικές υπηρεσίες (Γεωργούση και συν 1993). Στη χώρα μας, η κατανάλωση των υπηρεσιών υγείας προκαλεί μεγάλες δαπάνες γεγονός που δεν οφείλεται μόνο στην γήρανση του πληθυσμού η οποία είναι παγκόσμιο φαινόμενο αλλά και στην έλλειψη κλινών αποθεραπείας μέσης και μακράς νοσηλείας με αποτέλεσμα την παράταση της νοσηλείας στα δημόσια νοσοκομεία (Νιάκας και Μπεαζόγλου 1993). Γι αυτό ήταν επιτακτική η ανάπτυξη κοινωνικών υπηρεσιών που θα

συμβάλλουν στην πρόληψη και την υποστηρικτική θεραπεία. Στόχος η προσέγγιση ενός «κοινωνικού μοντέλου» και όχι τόσο κλινικού το οποίο θα προσανατολίζεται σε τοπικό επίπεδο προκειμένου να ελαχιστοποιηθεί η προσφυγή στη νοσοκομειακή φροντίδα, να εξοικονομηθούν πόροι και να αποφευχθεί η ιδρυματική αντιμετώπιση. Άλλωστε όταν ο ηλικιωμένος διατηρεί ενεργό ρόλο στην κοινωνία για πιο μεγάλο χρονικό διάστημα θα παραμείνει ανεξάρτητος στο δικό του περιβάλλον και συνεπώς θα υπάρχει μετατόπιση από τη μόνιμη φιλοξενία σε ιδρύματα σε μια ανοικτή προστασία (Nijikamp, 1991). Έτσι οι κοινωνικές υπηρεσίες δημιουργούνται με βασικό στόχο την ενίσχυση των υποστηρικτικών πηγών και του κοινωνικού δικτύου των ηλικιωμένων δρώντας έτσι προστατευτικά έναντι της εμφάνισης ψυχικών διαταραχών (Dickinson και συν 2011, Kim και συν 2012).

Το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» λειτουργεί παράλληλα με το θεσμό των Κέντρων Ανοικτής Προστασίας και έχει σαν σκοπό την παραμονή των ηλικιωμένων που χρήζουν κάποιας ιατρικής φροντίδας και ατόμων με αναπηρίες στο οικείο οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον προκειμένου να μη στραφούν άμεσα στην χρήση της ιδρυματικής φροντίδας και συμβάλλει στην βελτίωση της ποιότητας ζωής τους (Χαλαστάνη, 1993).

Τα Κέντρα Ανοικτής Προστασίας (ΚΑΠΗ) αναπτύχθηκαν τη δεκαετία του 1970 στο πλαίσιο αυτής της νοοτροπίας. Τη σύστασή του προβλέπει το ΝΔ162/1974 «Περί μέτρων προστασίας υπερηλίκων και χρονίως πασχόντων ατόμων» (ΦΕΚ Α' 227) ως ΝΠΠΔ υπαγόμενα στην αρμοδιότητα του Υπουργού Κοινωνικών Υπηρεσιών και πλέον αποτελούν ευθύνη της τοπικής αυτοδιοίκησης. Παρέχουν υπηρεσίες που απευθύνονται τόσο σε υγιείς όσο και σε μη υγιείς ηλικιωμένους. Μέλη των ΚΑΠΗ εγγράφονται άντρες και γυναίκες άνω των 60 ετών ανεξάρτητα από την οικονομική τους κατάσταση και την περιοχή κατοικίας τους. Για την εγγραφή τους και την συμμετοχή τους στις διάφορες δραστηριότητες των ΚΑΠΗ πληρώνουν μια συμβολική συνδρομή ανάλογα με την οικονομική τους κατάσταση. Τα ενεργά μέλη των ΚΑΠΗ δεν μπορούν να είναι κάτω από 50 και περισσότερα από 300.

Η παρουσία των ΚΑΠΗ έχει επιδράσει θετικά στην καθημερινότητα των ηλικιωμένων και αποβλέπει ακριβώς όπως προαναφέρθηκε στην αποϊδρυματοποίηση της φροντίδας τους (Στασινοπούλου, 1996) επιτρέποντάς τους να παραμείνουν όσο το δυνατόν στην κοινότητα και στα σπίτια τους. Προσφέρουν επιμορφωτικές και δημιουργικές δραστηριότητες, προγράμματα ψυχαγωγίας, δυνατότητα για κοινωνική συναναστροφή και ανάπτυξη του κοινωνικού υποστηρικτικού δικτύου του ηλικιωμένου και την δημιουργική του ενασχόληση με δραστηριότητες που συμβάλλουν θετικά στην ψυχική και σωματική του ευεξία. Ακόμη

παρέχονται ιατρικές και νοσηλευτικές υπηρεσίες αλλά και υπηρεσίας φυσιοθεραπείας και εργοθεραπείας, όταν αυτό είναι απαραίτητο. Οι υπηρεσίες που προσφέρει βέβαια κάθε ΚΑΠΗ δεν είναι ίδιες αφού σε πολλά υπάρχει έλλειψη προσωπικού και οικονομικών πόρων γεγονός που επηρεάζει άμεσα τις προσφερόμενες υπηρεσίες (Δανηλίδου και συν, 2003).

Ωστόσο, αρκετοί ηλικιωμένοι με πολλά προβλήματα υγείας, που περιορίζουν σε μέγιστο βαθμό την αυτονομία τους και που δεν έχουν οικογένεια ή οι συνθήκες δεν επιτρέπουν την συμβίωσή τους με αυτήν ή όταν είναι αναγκαία η συνεχής παρουσία κάποιου κοντά τους οδηγούνται στην λύση της ιδρυματικής φροντίδας του Οίκου Ευγηρίας. Εκεί η δυνατότητα δημιουργικών δραστηριοτήτων είναι περιορισμένη. Προσφέρεται ωστόσο συνεχής παρακολούθηση και ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, ψυχολογική υποστήριξη από εξειδικευμένο στις ανάγκες του ηλικιωμένου προσωπικό και η δυνατότητα συναναστροφής και συμβίωσής του με ανθρώπους στην ίδια κατάσταση με αυτόν.



## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2**

### **2.1. ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΕΠΙΜΕΡΟΥΣ ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ**

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η εκτίμηση του επιπολασμού της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας σε πληθυσμό της τρίτης ηλικίας, οι οποίοι είναι εγγεγραμμένοι στις λίστες των 12 ΚΑΠΗ αλλά και σε ηλικιωμένους, οι οποίοι διαμένουν στα δύο γηροκομεία του νομού Ιωαννίνων. Επιμέρους στόχοι της μελέτης αποτελούν η διερεύνηση των κοινωνικών και δημογραφικών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων, που μπορεί να σχετίζονται με την εμφάνιση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας αλλά και του βαθμού υποδιάγνωσης της νόσου στο δείγμα ηλικιωμένων, όπου θα πραγματοποιηθεί η μελέτη. Ακόμη ένα επιμέρους ερευνητικό ερώτημα αποτέλεσε η σχέση της συμμετοχής των ηλικιωμένων στις διάφορες δραστηριότητες που οργανώνουν τα ΚΑΠΗ με το αν βιώνουν καταθλιπτικά συμπτώματα.

### **2.2. ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ**

Για την συγκεκριμένη μελέτη χρησιμοποιήθηκε ένα δείγμα ευκολίας 200 ατόμων ηλικίας >65ετών με ικανότητα γνώσης και κατανόησης της ελληνικής γλώσσας. Οι συμμετέχοντες ήταν 133 εγγεγραμμένα μέλη στις λίστες των 12 Κέντρων Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ) του Δήμου Ιωαννιτών, (συγκεκριμένα στα 1<sup>ο</sup>, 2<sup>ο</sup>, 3<sup>ο</sup>, 4<sup>ο</sup>, 5<sup>ο</sup>, 6<sup>ο</sup>, 7<sup>ο</sup>, 8<sup>ο</sup>, 9<sup>ο</sup>, 10<sup>ο</sup>, 11<sup>ο</sup> και 12<sup>ο</sup> ΚΑΠΗ), ενώ στη μελέτη συμμετείχαν και 67 ηλικιωμένοι, που διαμένουν σε δύο γηροκομεία του Δήμου διεξαγωγής της μελέτης, προκειμένου να διερευνηθούν και να συμπεριληφθούν τυχόν διαφοροποιήσεις του επιπολασμού της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας μεταξύ μιας ανοικτής και μιας κλειστής δομής. Η σημαντική έκπτωση των γνωσιακών λειτουργιών των ερωτώμενων, η οποία έχει διαπιστωθεί από επαγγελματία υγείας αποτέλεσε κριτήριο αποκλεισμού από το δείγμα της μελέτης.

Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε μετά την έγγραφη αδειοδότηση από τους αρμόδιους φορείς για το χρονικό διάστημα Νοέμβριος 2013-Μάρτιος 2014. Η μέθοδος με την οποία έγινε η συλλογή των δεδομένων ήταν η πρόσωπο με πρόσωπο συνέντευξη με τη χρήση ερωτηματολογίου. Η μέθοδος αυτή προτιμήθηκε για να διασφαλιστεί η της φύσης

των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου από τους ερωτώμενους, η ένταξη στο δείγμα ηλικιωμένων με μειωμένη ικανότητα αυτοσυμπλήρωσης λόγω προβλημάτων υγείας και για να μειωθούν οι πιθανότητες μη απάντησης ερωτήσεων. Επίσης οι συνεντεύξεις σύντομης διάρκειας είναι καλύτερα ανεκτές από τους ηλικιωμένους.

Οι συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν σε χώρους εντός των εντευκτηρίων των ΚΑΠΗ αλλά και των δύο Γηροκομείων του Δήμου Ιωαννιτών και επίσης στα δωμάτια των όσων διέμεναν στα γηροκομεία ηλικιωμένων με μειωμένη δυνατότητα μετακίνησης με τέτοιο τρόπο ώστε να διασφαλιστεί η ιδιωτικότητά τους και το απόρρητο των απαντήσεων. Οι συνεντεύξεις που πραγματοποιήθηκαν στα ΚΑΠΗ διενεργήθηκαν μέρες καθημερινές αλλά και σε μέρες στις οποίες πραγματοποιήθηκαν οργανωμένες δραστηριότητες και τα άτομα τρίτης ηλικίας είχαν ενημερωθεί τηλεφωνικώς οπότε η προσέλευση των ενεργών αλλά και των μη ενεργών μελών ήταν μεγαλύτερη.

Παρόντες κατά τη διενέργεια της διαδικασίας ήταν η ερευνήτρια και ο ερωτώμενος. Επίσης το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο και τα δεδομένα που συλλέχθηκαν, αποθηκεύτηκαν ασφαλώς από την ερευνήτρια και χρησιμοποιήθηκαν μόνο για τον σκοπό της μελέτης και για τη δημοσίευση των αποτελεσμάτων βάσει των κανόνων ηθικής και δεοντολογίας.

Το εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε για τη συλλογή των δεδομένων ήταν η συντομευμένη μορφή της Κλίμακας Κατάθλιψης Ηλικιωμένων (GDS-15) για την εκτίμηση της ύπαρξης καταθλιπτικής συμπτωματολογίας στον πληθυσμό-δείγμα της μελέτης που έχει μεταφραστεί και σταθμιστεί στα Ελληνικά (Fountoulakis και συν,1999). Η κλίμακα αυτή αποτελείται από 15 ερωτήσεις που απαντώνται με ΝΑΙ ή ΟΧΙ με όριο το 5/6 και πρόκειται για αναθεωρημένη κλίμακα της πρώτης της έκδοσης η οποία περιείχε 30 ερωτήσεις.

Η Γηριατρική Κλίμακα Κατάθλιψης εμφανίζει συντελεστή συσχέτισης Pearson το MMSE ίσο με  $-0,12$ , με το CAMCOG  $0,24$ , με την HDRS  $0,35$ , το FRSSD  $0,29$  και υψηλή εσωτερική συνοχή με δείκτη  $\alpha$  Cronbach= $0,94$ . Περιλαμβάνει 4 παράγοντες: Έναν γνωσιακό, που υποδηλώνει τυχόν καταθλιπτικό περιεχόμενο σκέψης, έναν που αφορά το συναίσθημα, έναν που αφορά την κοινωνική απομόνωση και τη λειτουργικότητα και έναν που αφορά αισθήματα αβοήθητου και φόβο για το μέλλον (Fountoulakis, 2010). Προστέθηκαν ακόμη 10 ερωτήσεις για τη συλλογή δημογραφικών, κοινωνικών στοιχείων και στοιχείων σχετικών με το ιστορικό υγείας των συμμετεχόντων στη μελέτη, έτσι ώστε να διαπιστωθούν η συσχέτιση της νόσου με την ύπαρξη άλλων νοσημάτων και το ποσοστό του δείγματος, που έχει διαγνωστεί για τη νόσο από επαγγελματία υγείας.

### 2.3. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Οι μέσες τιμές (mean) και οι τυπικές αποκλίσεις (Standard Deviation=SD) χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποσοτικών μεταβλητών. Οι απόλυτες (N) και οι σχετικές (%) συχνότητες χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποιοτικών μεταβλητών. Για τη σύγκριση αναλογιών χρησιμοποιήθηκε το Pearson's  $\chi^2$  test ή το Fisher's exact test όπου ήταν απαραίτητο. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ δυο ομάδων χρησιμοποιήθηκε το μη παραμετρικό κριτήριο Mann-Whitney. Για την εύρεση ανεξάρτητων παραγόντων που σχετίζονται με την ύπαρξη καταθλιπτικής συμπτωματολογίας έγινε ανάλυση λογαριθμιστικής παλινδρόμησης (logistic regression analysis) με τη διαδικασία διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης (stepwise) και προέκυψαν σχετικοί λόγοι (Odds ratio) με τα 95% διαστήματα εμπιστοσύνης τους (95% ΔΕ). Τα επίπεδα σημαντικότητας είναι αμφίπλευρα και η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο 0,05. Για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 18.0.

### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

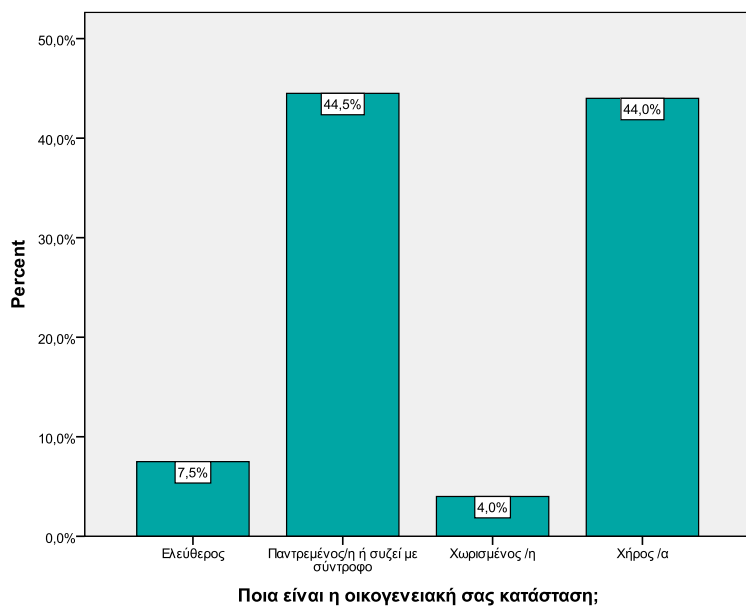
Το δείγμα της παρούσας μελέτης αποτελείται από 200 άτομα με μέση ηλικία τα 76,4 έτη ( $\pm 8,1$  έτη). Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων.

		<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Φύλο</b>	Άντρες	84	42,0
	Γυναίκες	116	58,0
<b>Ηλικία, μέση τιμή<math>\pm</math>SD</b>		76,4 $\pm$ 8,1	
<b>Δομή</b>	ΚΑΠΗ	132	66,0
	Γηροκομείο	68	34,0
<b>Ποια είναι η οικογενειακή σας κατάσταση;</b>	Ελεύθερος	15	7,5
	Παντρεμένος/η ή συζεί με σύντροφο	89	44,5
	Χωρισμένος /η	8	4,0
	Χήρος /α	88	44,0
<b>Μένετε μόνος/η στο σπίτι;</b>	Όχι	168	84,0
	Ναι	32	16,0
<b>Ποιο είναι το εκπαιδευτικό σας επίπεδο;</b>	ΑΕΙ/ΤΕΙ	10	5,0
	Γυμνάσιο	29	14,5

	Λύκειο	10	5,0
	Δημοτικό	120	60,0
	Καθόλου	31	15,5
<b>Πώς θα κρίνατε την οικονομική σας κατάσταση;</b>	Πολύ καλή	2	1,0
	Καλή	51	25,6
	Μέτρια	88	44,2
	Κακή	57	28,6
	Πολύ κακή	1	0,5

Το 58,0% των συμμετεχόντων ήταν γυναίκες. Επίσης, το 34,0% των συμμετεχόντων βρίσκονταν σε γηροκομείο. Το 44,5% των συμμετεχόντων ήταν παντρεμένοι ή συζούσαν με το/τη σύντροφό τους και το 44,0% ήταν χήροι. Ακόμα, το 16,0% των συμμετεχόντων έμενε μόνο στο σπίτι. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ήταν απόφοιτοι δημοτικού με το ποσοστό να φτάνει το 60,0%. Τέλος, το 44,2% των συμμετεχόντων είχε μέτρια οικονομική κατάσταση.

Στο ακόλουθο γράφημα δίνεται η οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων.



Όλοι οι συμμετέχοντες ήταν συνταξιούχοι. Στον πίνακα που ακολουθεί δίνεται το επάγγελμα που ασκούσαν στο παρελθόν.

Εάν είστε συνταξιούχος ποιο ήταν το τελευταίο σας επάγγελμα;	N	%
ΑΓΡΟΤΙΣΣΑ	28	14,0
ΑΡΤΟΠΟΙΟΣ	1	0,5
ΑΣΤΥΝΟΜΟΣ	1	0,5
ΑΥΤΟΚΙΝΗΤΙΣΤΗΣ	1	0,5
ΔΑΚΤΥΛΟΓΡΑΦΟΣ	1	0,5
ΔΑΣΚΑΛΟΣ	2	1,0
ΔΗΜΟΣΙΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ	3	1,5
ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΣ	4	2,0
ΕΛΕΥΘΕΡΟΣ ΕΠΑΓΓ.	1	0,5
ΕΛΕΥΘΕΡΟΣ ΕΠΑΓΓ. (ΕΜΠΟΡΟΣ)	9	4,5
ΕΛΤΑ	1	0,5
ΕΜΠΟΡΙΚΟΣ ΑΝΤΙΠΡΟΣΩΠΟΣ	2	1,0
ΕΡΓΑΤΗΣ	1	0,5
ΕΡΓΑΤΗΣ ΣΕ ΣΦΑΓΕΙΟ	1	0,5
ΕΡΓΑΤΡΙΑ ΣΕ ΒΙΟΤΕΧΝΙΑ	2	1,0
ΙΔ. ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ	1	0,5
ΙΕΡΕΑΣ	1	0,5
ΚΑΘΑΡΙΣΤΡΙΑ	10	5,0

ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΜΕΣΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ	1	0,5
ΚΑΜΑΡΙΕΡΑ	1	0,5
ΚΤΗΝΟΤΡΟΦΟΣ	11	5,5
ΛΑΝΤΖΑ ΣΕ ΜΑΓΑΖΙ	1	0,5
ΜΑΓΕΙΡΑΣ	1	0,5
ΜΑΓΕΙΡΙΣΑ	1	0,5
ΜΑΝΑΒΙΣΣΑ	1	0,5
ΜΑΡΜΑΡΟΤΕΧΝΙΤΗΣ	1	0,5
ΜΟΔΙΣΤΡΑ	10	5,0
ΝΕΟΚΟΡΟΣ	1	0,5
ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ	1	0,5
ΞΥΛΟΚΟΠΟΣ	2	1,0
ΟΔΗΓΟΣ	12	6,0
ΟΙΚΙΑΚΑ	48	24,0
ΟΙΚΙΑΚΗ ΒΟΗΘΟΣ	1	0,5
ΟΙΚΟΔΟΜΟΣ	11	5,5
ΟΠΤΙΚΟΣ	1	0,5
ΠΕΡΙΠΤΕΡΑΣ	1	0,5
ΡΑΦΤΗΣ	1	0,5
ΣΕΡΒΙΤΟΡΑ	1	0,5
ΣΤΡΑΤΙΩΤΙΚΟΣ	1	0,5
ΣΥΝΕΡΓΕΙΟ-ΕΛΕΥΘΕΡΟΣ ΕΠΑΓΓ.	1	0,5
ΤΑΞΙ	1	0,5
ΤΗΛΕΦΩΝΗΤΡΙΑ ΟΤΕ	1	0,5
ΤΟΠΟΓΡΑΦΟΣ ΜΗΧΑΝΙΚΟΣ	1	0,5
ΤΡΑΠΕΖΟΚΟΜΟΣ	1	0,5
ΥΔΡΑΥΛΙΚΟΣ	1	0,5
ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ	10	5,0
ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΟΙΚΟΤΡΟΦΕΙΟΥ	1	0,5
ΥΠΟΜΗΧΑΝΙΚΟΣ	1	0,5
ΦΙΛΟΛΟΓΟΣ	1	0,5
ΧΕΙΡΙΣΤΗΣ ΜΗΧΑΝΗΜΑΤΩΝ	1	0,5
ΧΡΥΣΟΧΟΟΣ	1	0,5

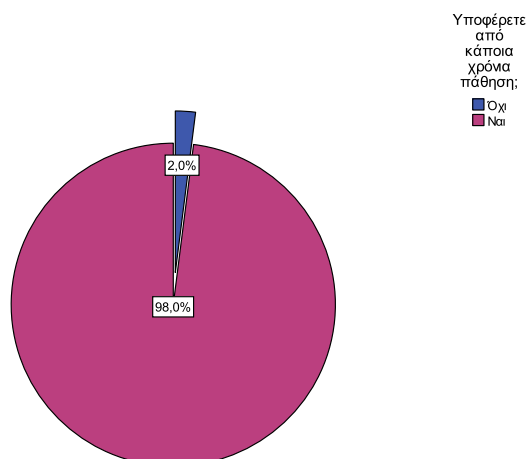
Στον παρακάτω πίνακα δίνεται το ποσοστό των συμμετεχόντων που έπασχαν από κάποια χρόνια νόσο καθώς και το είδος της νόσου.

		N	%
<b>Υποφέρετε από κάποια χρόνια πάθηση;</b>	Όχι	4	2,0
	Ναι	196	98,0
<b>Εάν ΝΑΙ από ποια ή ποιες από τις παρακάτω παθήσεις σας έχει πει ο γιατρός ότι πάσχετε;</b>			
Θρόμβωση στεφανιαίων αγγείων ή άλλη		82	41,0

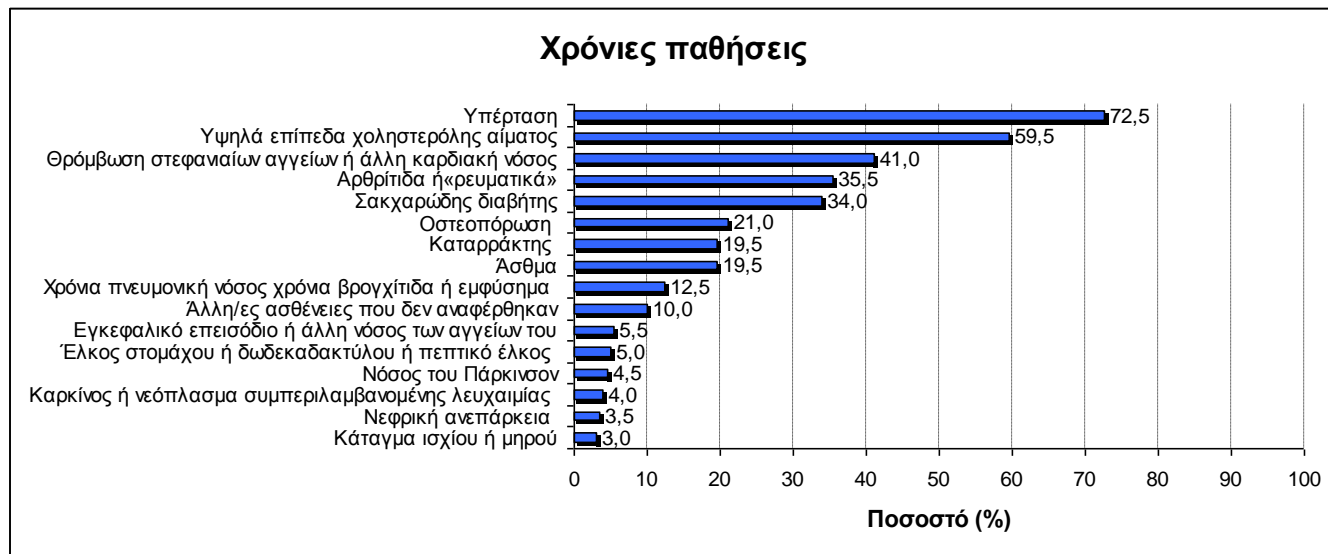
καρδιακή νόσος		
Υπέρταση	145	72,5
Υψηλά επίπεδα χοληστερόλης αίματος	119	59,5
Εγκεφαλικό επεισόδιο ή άλλη νόσος των αγγείων του εγκεφάλου	11	5,5
Σακχαρώδης διαβήτης	68	34,0
Νεφρική ανεπάρκεια	7	3,5
Χρόνια πνευμονική νόσος χρόνια βρογχίτιδα ή εμφύσημα	25	12,5
Άσθμα	39	19,5
Αρθρίτιδα ή «ρευματικά»	71	35,5
Οστεοπόρωση	42	21,0
Καρκίνος ή νεόπλασμα συμπεριλαμβανομένης λευχαιμίας	8	4,0
Έλκος στομάχου ή δωδεκαδακτύλου ή πεπτικό έλκος	10	5,0
Νόσος του Πάρκινσον	9	4,5
Καταρράκτης	39	19,5
Κάταγμα ισχίου ή μηρού	6	3,0
Καμία από αυτές	4	2,0
Άλλη/ες ασθένειες που δεν αναφέρθηκαν	20	10,0

Σχεδόν όλοι οι συμμετέχοντες (98,0%) υποφέρουν από κάποια χρόνια πάθηση. Η συχνότερη πάθηση από την οποία έπασχαν οι συμμετέχοντες ήταν η υπέρταση σε ποσοστό 72,5% και ακολουθούν η υψηλή χοληστερόλη, η αρθρίτιδα και ο σακχαρώδης διαβήτης σε ποσοστά 59,5%, 35,5% και 34,0% αντίστοιχα. Ο μέσος αριθμός συνοδών νοσημάτων που έπασχαν οι συμμετέχοντες ήταν 3,5 ( $\pm 1,6$ ).

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται το ποσοστό των συμμετεχόντων που πάσχει από κάποια χρόνια πάθηση.



Στο γράφημα που ακολουθεί δίνονται οι παθήσεις από τις οποίες έπασχαν οι συμμετέχοντες.



Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι άλλες παθήσεις από τις οποίες έπασχαν οι συμμετέχοντες.

Άλλες χρόνιες παθήσεις	N	%
ΑΝΑΙΜΙΑ	2	1,0
ΑΝΑΠΗΡΙΑ ΠΟΔΙ	1	0,5
ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ Β12/ΑΝΑΙΜΙΑ	1	0,5
ΑΥΤΟΑΝΟΣΟ ΝΟΣΗΜΑ	1	0,5
ΓΑΣΤΡΟΙΣΟΦΑΓΙΚΗ ΠΑΛΙΝΔΡΟΜΗΣΗ	1	0,5
ΔΙΣΚΟΚΟΙΛΗ	1	0,5
ΕΠΙΛΗΨΙΑ	1	0,5
ΕΠΙΛΗΨΙΑ, ΨΥΧΩΣΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ	1	0,5
ΜΕΓΑΛΟΒΛΑΣΤΙΚΗ ΑΝΑΙΜΙΑ	2	1,0
ΜΕΓΑΛΟΒΛΑΣΤΙΚΗ ΑΝΑΙΜΙΑ, ΨΥΧΩΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ	1	0,5
ΠΟΛΥΜΥΑΛΓΙΑ	1	0,5
ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΜΕΝΙΕΡΕ, ΥΠΟΘΥΡΕΟΕΙΔΙΣΜΟΣ	1	0,5
ΥΠΕΡΘΥΡΕΟΕΙΔΟΣΜΟΣ	1	0,5
ΥΠΟΘΥΡΕΟΕΙΔΙΣΜΟΣ	2	1,0
ΨΥΧΩΣΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ	1	0,5
ΨΥΧΩΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ-ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ	1	0,5
ΨΥΧΩΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ, ΕΠΙΛΗΨΙΑ	1	0,5

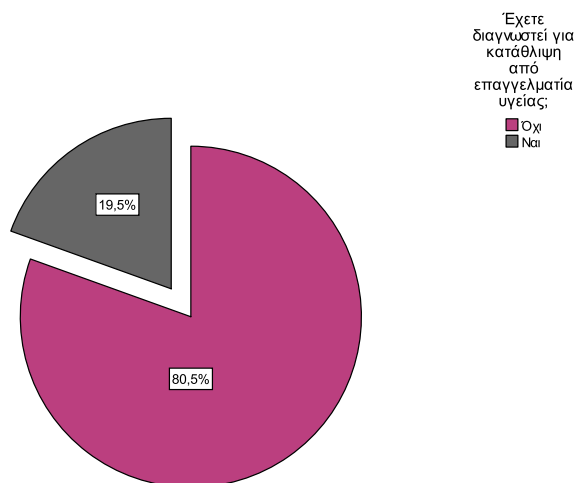


Στον πίνακα που ακολουθεί δίνεται το ποσοστό των συμμετεχόντων που είχαν διαγνωστεί για κατάθλιψη από επαγγελματία υγείας

<b>Έχετε διαγνωστεί για κατάθλιψη από επαγγελματία υγείας;</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Όχι	161	80,5
Ναι	39	19,5

Το 19,5% των συμμετεχόντων είχαν διαγνωστεί για κατάθλιψη από επαγγελματία υγείας.

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται το ποσοστό των συμμετεχόντων που είχαν διαγνωστεί για κατάθλιψη από επαγγελματία υγείας



Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται στοιχεία που αφορούν στην επισκεψιμότητα των συμμετεχόντων στα ΚΑΠΗ.

		N	%
<b>Επισκέπτεστε το εντευκτήριο του ΚΑΠΗ της περιοχής σας;</b>	Όχι	68	34,0
	Ναι	132	66,0
<b>Εάν ΝΑΙ πόσο συχνά επισκέπτεστε το εντευκτήριο του ΚΑΠΗ;</b>	1-2 φορές την εβδομάδα	68	51,5
	3-4 φορές την εβδομάδα	21	15,9
	Καθημερινά	28	21,2
	Λίγες φορές το μήνα	15	11,4
<b>Συμμετέχετε στις κοινωνικές δραστηριότητες του ΚΑΠΗ;</b>	Συχνά	61	46,2
	Μερικές φορές	32	24,2
	Ποτέ	39	29,5
<b>Εάν δεν συμμετέχετε ποιοι είναι οι λόγοι;</b>	Λόγοι υγείας ή κινητικών προβλημάτων	13	33,3
	Άλλες υποχρεώσεις	4	10,3
	Άλλοι λόγοι	22	56,4

Το 66,0% των συμμετεχόντων επισκέπτονταν το εντευκτήριο του ΚΑΠΗ της περιοχής τους. Από αυτούς το 51,5% το επισκεπτόταν 1-2 φορές την εβδομάδα. Επίσης, το 46,2% των συμμετεχόντων συμμετείχε συχνά στις κοινωνικές δραστηριότητες του ΚΑΠΗ. Από αυτούς που δεν συμμετείχαν ποτέ στις κοινωνικές δραστηριότητες του ΚΑΠΗ, το 33,3% δεν μπορούσε λόγω υγείας ή κινητικών προβλημάτων, το 10,3% εξαιτίας άλλων υποχρεώσεων και το 56,4% για άλλους λόγους.

### Κλίμακα καταθλιπτικής συμπτωματολογίας (GDS).

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στις ερωτήσεις του GDS.

	N	%
<b>Είστε βασικά ευχαριστημένοι με τη ζωή σας;</b>	159	79,5
<b>Εγκαταλείψατε πολλές από τις δραστηριότητες και τα ενδιαφέροντά σας;</b>	72	36,0
<b>Αισθάνεστε ότι η ζωή σας είναι άδεια;</b>	65	32,5
<b>Βαριέστε συχνά;</b>	86	43,0
<b>Είστε στα κέφια σας τον περισσότερο καιρό;</b>	104	52,0
<b>Φοβάστε ότι θα σας συμβεί κάτι κακό;</b>	72	36,0
<b>Αισθάνεστε ευτυχισμένος/η τον περισσότερο καιρό;</b>	117	58,5
<b>Αισθάνεστε συχνά αβοήθητος/η;</b>	50	25,0
<b>Προτιμάτε να μένετε στο σπίτι παρά να βγαίνετε έξω και να κάνετε διάφορα καινούρια πράγματα;</b>	43	21,5
<b>Αισθάνεστε ότι έχετε περισσότερα προβλήματα με τη μνήμη σας απ' ότι οι άλλοι;</b>	86	43,0
<b>Πιστεύετε ότι είναι υπέροχο πράγμα που είστε ζωντανός/ή τώρα;</b>	162	81,0
<b>Αισθάνεστε άχρηστος/η έτσι όπως είστε τώρα;</b>	51	25,5
<b>Αισθάνεστε γεμάτος/η ενέργεια</b>	136	68,0
<b>Αισθάνεστε ότι η κατάστασή σας είναι απελπιστική;</b>	19	9,5
<b>Πιστεύετε ότι οι περισσότεροι άνθρωποι είναι σε καλύτερη κατάσταση από εσάς;</b>	58	29,0

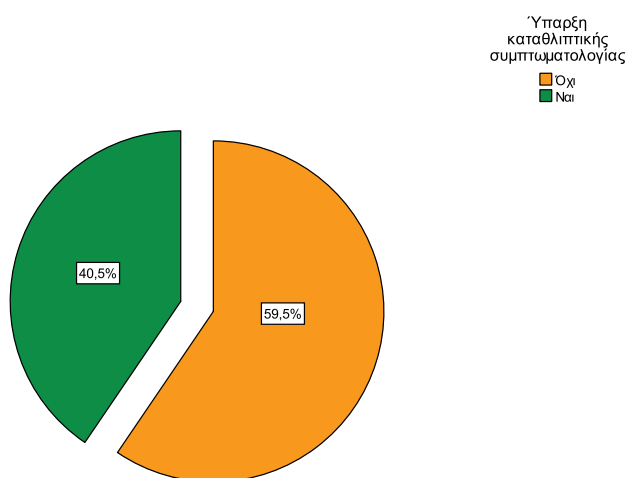
Το 81,0% των συμμετεχόντων πιστεύει ότι είναι υπέροχο που είναι ζωντανοί ακόμα. Επίσης, το 79,5% των συμμετεχόντων ήταν ευχαριστημένοι με τη ζωή τους. Το 68,0% των συμμετεχόντων αισθάνονται γεμάτοι ενέργεια και το 58,5% ευτυχισμένοι τον περισσότερο καιρό.

Στη συνέχεια αθροίστηκαν οι ερωτήσεις και δημιουργήθηκε μια βαθμολογία συμπτωμάτων κατάθλιψης, βάσει της οποίας οι συμμετέχοντες χωρίστηκαν σε δύο ομάδες, αυτούς που είχαν καταθλιπτική συμπτωματολογία (βαθμολογία άνω των 5 μονάδων) και αυτούς που δεν είχαν. Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται τα ποσοστά των συμμετεχόντων που είχαν καταθλιπτική συμπτωματολογία.

Υπαρξη καταθλιπτικής συμπτωματολογίας	N	%
Όχι	119	59,5
Ναι	81	40,5

Το 40,5% των συμμετεχόντων είχε καταθλιπτική συμπτωματολογία.

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνονται τα ποσοστά των ασθενών με καταθλιπτική συμπτωματολογία.



**Συσχέτιση της ύπαρξης καταθλιπτικής συμπτωματολογίας με δημογραφικούς και άλλους παράγοντες.**

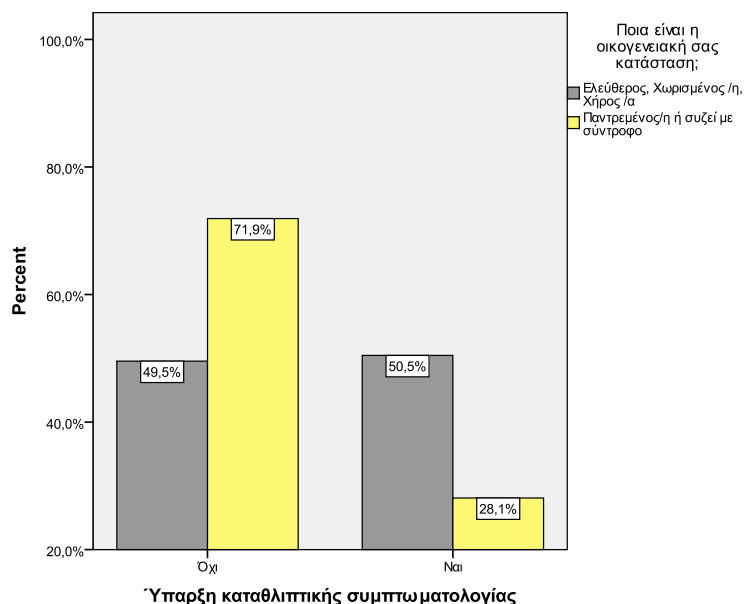
Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται τα ποσοστά ύπαρξης καταθλιπτικής συμπτωματολογίας ανάλογα με τους δημογραφικούς παράγοντες των συμμετεχόντων.

		Ύπαρξη καταθλιπτικής συμπτωματολογίας				P Pearson's $\chi^2$ test
		Όχι		Ναι		
		N	%	N	%	
<b>Φύλο</b>	Άντρες	56	66,7	28	33,3	0,079
	Γυναίκες	63	54,3	53	45,7	
<b>Ηλικία, μέση τιμή±SD</b>		76,7±7,4		76,0±9,1		0,506**
<b>Δομή</b>	ΚΑΠΗ	85	64,4	47	35,6	<b>0,049</b>
	Γηροκομείο	34	50,0	34	50,0	
<b>Ποια είναι η οικογενειακή σας κατάσταση;</b>	Ελεύθερος, Χωρισμένος /η, Χήρος /α	55	49,5	56	50,5	<b>0,001</b>
	Παντρεμένος/η ή συζεί με σύντροφο	64	71,9	25	28,1	
<b>Μένετε μόνος/η στο σπίτι;</b>	Όχι	104	61,9	64	38,1	0,112
	Ναι	15	46,9	17	53,1	
<b>Ποιο είναι το εκπαιδευτικό σας επίπεδο;</b>	Καθόλου/ Δημοτικό	85	56,3	66	43,7	0,268
	Γυμνάσιο/ Λύκειο	27	69,2	12	30,8	
	ΑΕΙ/ΤΕΙ	7	70,0	3	30,0	
<b>Ποιο είναι το εκπαιδευτικό σας επίπεδο;</b>	Καθόλου/ Δημοτικό	85	56,3	66	43,7	0,105
	Γυμνάσιο/ Λύκειο/ ΑΕΙ/ΤΕΙ	34	69,4	15	30,6	
<b>Πώς θα κρίνατε την οικονομική σας κατάσταση;</b>	Καλή/ Πολύ καλή	35	66,0	18	34,0	0,402
	Μέτρια	52	59,1	36	40,9	
	Κακή/ Πολύ κακή	31	53,4	27	46,6	

\*\*Student's t-test

Το ποσοστό των ατόμων με καταθλιπτική συμπτωματολογία ήταν σημαντικά υψηλότερο στους συμμετέχοντες που έμεναν στο γηροκομείο συγκριτικά με εκείνους από τα ΚΑΠΗ. Επίσης, το ποσοστό των ατόμων με καταθλιπτική συμπτωματολογία ήταν σημαντικά υψηλότερο στους ελεύθερους, χωρισμένους ή χήρους σε σύγκριση με τους παντρεμένους. Τα ποσοστά ατόμων με καταθλιπτική συμπτωματολογία δεν διέφεραν σημαντικά ανάλογα με τα υπόλοιπα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων.

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνονται τα ποσοστά ύπαρξης καταθλιπτικής συμπτωματολογίας των συμμετεχόντων ανάλογα με την οικογενειακή τους κατάσταση.



Στον παρακάτω πίνακα δίνονται τα ποσοστά ύπαρξης καταθλιπτικής συμπτωματολογίας ανάλογα με τις χρόνιες παθήσεις από τις οποίες έπασχαν οι συμμετέχοντες.

		Υπαρξη καταθλιπτικής συμπτωματολογίας				P Pearson's $\chi^2$ test
		Όχι		Ναι		
		N	%	N	%	
<b>Υποφέρετε από κάποια χρόνια πάθηση;</b>	Όχι	4	100,0	0	0,0	0,148*
	Ναι	115	58,7	81	41,3	
<b>Θρόμβωση στεφανιαίων αγγείων ή άλλη καρδιακή νόσος</b>	Όχι	72	61,0	46	39,0	0,600
	Ναι	47	57,3	35	42,7	
<b>Υπέρταση</b>	Όχι	32	58,2	23	41,8	0,815
	Ναι	87	60,0	58	40,0	
<b>Υψηλά επίπεδα χοληστερόλης αίματος</b>	Όχι	46	56,8	35	43,2	0,506
	Ναι	73	61,3	46	38,7	
<b>Εγκεφαλικό επεισόδιο ή άλλη νόσος των αγγείων του εγκεφάλου</b>	Όχι	115	60,8	74	39,2	0,124*
	Ναι	4	36,4	7	63,6	
<b>Σακχαρώδης διαβήτης</b>	Όχι	83	62,9	49	37,1	0,175
	Ναι	36	52,9	32	47,1	
<b>Νεφρική ανεπάρκεια</b>	Όχι	113	58,5	80	41,5	0,245*
	Ναι	6	85,7	1	14,3	
<b>Χρόνια πνευμονική νόσος</b>	Όχι	106	60,6	69	39,4	0,414

χρόνια βρογχίτιδα ή εμφύσημα Άσθμα	Ναι	13	52,0	12	48,0	
	Όχι	98	60,9	63	39,1	0,424
Αρθρίτιδα ή «ρευματικά»	Ναι	21	53,8	18	46,2	
	Όχι	82	63,6	47	36,4	0,114
Οστεοπόρωση	Ναι	37	52,1	34	47,9	
	Όχι	102	64,6	56	35,4	<b>0,005</b>
Καρκίνος ή νεόπλασμα συμπεριλαμβανομένης λευχαιμίας	Ναι	4	50,0	4	50,0	
	Όχι	115	59,9	77	40,1	0,717*
Έλκος στομάχου ή δωδεκαδακτύλου ή πεπτικό έλκος	Ναι	4	40,0	6	60,0	
	Όχι	115	60,5	75	39,5	0,322*
Νόσος του Πάρκινσον	Ναι	3	33,3	6	66,7	
	Όχι	116	60,7	75	39,3	0,162*
Καταρράκτης	Ναι	21	53,8	18	46,2	
	Όχι	98	60,9	63	39,1	0,423
Κάταγμα ισχίου ή μηρού	Ναι	5	83,3	1	16,7	
	Όχι	114	58,8	80	41,2	0,404*
Άλλη/ες ασθένειες που δεν αναφέρθηκαν	Ναι	10	50,0	10	50,0	
	Όχι	109	60,6	71	39,4	0,362
Σύνολο χρόνιων παθήσεων, μέση τιμή±SD		3,2±1,5		3,9±1,8		<b>0,010**</b>

\*Fisher's exact test \*\*Student's t-test

Το ποσοστό των ατόμων με καταθλιπτική συμπτωματολογία ήταν σημαντικά υψηλότερο στους συμμετέχοντες που έπασχαν από οστεοπόρωση. Επίσης, εκείνοι που είχαν καταθλιπτική συμπτωματολογία έπασχαν από σημαντικά περισσότερες χρόνιες παθήσεις σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που δεν είχαν καταθλιπτική συμπτωματολογία.

Στον παρακάτω πίνακα δίνονται τα ποσοστά ύπαρξης καταθλιπτικής συμπτωματολογίας ανάλογα με το αν είχαν διαγνωστεί από ειδικό συμμετέχοντες για κατάθλιψη.

		Ύπαρξη καταθλιπτικής συμπτωματολογίας				P Pearson's x <sup>2</sup> test
		Όχι		Ναι		
		N	%	N	%	
Έχετε διαγνωστεί για κατάθλιψη από επαγγελματία υγείας;	Όχι	103	64,0	58	36,0	<b>0,009</b>
	Ναι	16	41,0	23	59,0	

Οι συμμετέχοντες που είχαν διαγνωστεί από ειδικό για κατάθλιψη είχαν σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό καταθλιπτική συμπτωματολογία σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που δεν είχαν διαγνωστεί από ειδικό για κατάθλιψη.

Στον παρακάτω πίνακα δίνονται τα ποσοστά ύπαρξης καταθλιπτικής συμπτωματολογίας ανάλογα με στοιχεία που αφορούν στην επισκεψιμότητα των συμμετεχόντων στα ΚΑΠΗ.

		Ύπαρξη καταθλιπτικής συμπτωματολογίας				P Pearson's $\chi^2$ test
		Όχι		Ναι		
		N	%	N	%	
<b>Επισκέπτεστε το εντευκτήριο του ΚΑΠΗ της περιοχής σας;</b>	Όχι	34	50,0	34	50,0	<b>0,049</b>
	Ναι	85	64,4	47	35,6	
<b>Εάν ΝΑΙ πόσο συχνά επισκέπτεστε το εντευκτήριο του ΚΑΠΗ;</b>	Λίγες φορές το μήνα ή 1-2 φορές την εβδομάδα	49	59,0	34	41,0	0,094
	3-4 φορές την εβδομάδα ή Καθημερινά	36	73,5	13	26,5	
<b>Συμμετέχετε στις κοινωνικές δραστηριότητες του ΚΑΠΗ;</b>	Συχνά	47	77,0	14	23,0	<b>0,019</b>
	Μερικές φορές	17	53,1	15	46,9	
	Ποτέ	21	53,8	18	46,2	

Το ποσοστό των ατόμων με καταθλιπτική συμπτωματολογία ήταν σημαντικά χαμηλότερο στους συμμετέχοντες που επισκέπτονταν το εντευκτήριο του ΚΑΠΗ της περιοχής τους. Επίσης, υπήρξε σημαντική διαφορά στα ποσοστά ύπαρξης καταθλιπτικής συμπτωματολογίας ανάλογα με τη συχνότητα συμμετοχής των ατόμων στις κοινωνικές δραστηριότητες του ΚΑΠΗ. Συγκεκριμένα, μετά τη διόρθωση κατά Bonferroni βρέθηκε ότι οι συμμετέχοντες που συμμετείχαν συχνά στις κοινωνικές δραστηριότητες του ΚΑΠΗ είχαν σε σημαντικά χαμηλότερο ποσοστό καταθλιπτική συμπτωματολογία σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που δεν συμμετείχαν ποτέ στις δραστηριότητες αυτές ( $p=0,015$ ) καθώς και με τους συμμετέχοντες που συμμετείχαν μερικές φορές ( $p=0,017$ ).

Στη συνέχεια έγινε πολυπαραγοντική λογιστική παλινδρόμηση έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή την ύπαρξη καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και σαν ανεξάρτητες τα



δημογραφικά και λοιπά χαρακτηριστικά και με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης (stepwise) βρέθηκαν τα αποτελέσματα του παρακάτω πίνακα.

		<b>OR (95% CI)**</b>	<b>P</b>
<b>Ποια είναι η οικογενειακή σας κατάσταση;</b>	Ελεύθερος, Χωρισμένος /η, Χήρος /α	1,00*	0,002
	Παντρεμένος/η ή συζεί με σύντροφο	0,39 (0,21 - 0,72)	
<b>Οστεοπόρωση</b>	Όχι	1,00	0,009
	Ναι	2,61 (1,28 - 5,33)	

\*δηλώνει κατηγορία αναφοράς \*\*Σχετικός λόγος (Odds Ratio) (95% Διάστημα εμπιστοσύνης)

Η οικογενειακή κατάσταση και η ύπαρξη οστεοπόρωσης βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με την ύπαρξη καταθλιπτικής συμπτωματολογίας. Συγκεκριμένα:

- Οι παντρεμένοι είχαν κατά 61,% μικρότερη πιθανότητα να έχουν καταθλιπτική συμπτωματολογία σε σύγκριση με τους ελεύθερους/χωρισμένους ή χήρους.
- Οι συμμετέχοντες που πάσχουν από οστεοπόρωση είχαν 2,61 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να έχουν καταθλιπτική συμπτωματολογία σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που δεν πάσχουν από οστεοπόρωση.

#### **2.4. ΣΥΖΗΤΗΣΗ- ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ- ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ**

Στην παρούσα μελέτη η μέση ηλικία του δείγματος ήταν τα 76,4 έτη ενώ από το σύνολό του το 58,0% των συμμετεχόντων ήταν γυναίκες. Από το σύνολο της μελέτης βρέθηκε πως αρκετά μεγάλο ποσοστό ηλικιωμένων πάσχει από κάποιας μορφής κατάθλιψη, τόσο σε κλειστές δομές ,όπως οι Οίκοι Ευγηρίας όσο και σε ανοιχτές δομές (ΚΑΠΗ). Το ποσοστό αυτό είναι υψηλότερο στις δομές των οίκων ευγηρίας λόγω της περιορισμένης δραστηριότητας των ηλικιωμένων εκεί, γεγονός στο οποίο συνηγορούν και άλλες μελέτες (Γκέτσιος και συν, 2011). Σε αυτή την υπεροχή ενδέχεται να συμβάλλουν και αισθήματα τυχόν απόρριψης, που μπορεί να νιώθουν οι ηλικιωμένοι ιδίως όταν η οικογένειά τους είναι

εκτός ιδρύματος, αλλά και το γεγονός ότι η καθημερινή κοινωνική τους συναναστροφή περιλαμβάνει άλλους ηλικιωμένους με παρόμοια προβλήματα υγείας κοινωνικά και οικονομικά. Βέβαια τα τελευταία χρόνια λόγω της οικονομικής κρίσης πολλές οικογένειες επιλέγουν να πάρουν πίσω στο σπίτι τους ηλικιωμένους συγγενείς, οι οποίοι μέχρι πρότινος βρισκόνταν σε γηροκομείο, αφού η επιστροφή των ηλικιωμένων στο σπίτι συνεπάγεται μια στοιχειώδη οικονομική ανακούφιση (Φωτιάδη, 2011). Ωστόσο το φαινόμενο αυτό δεν ήταν αισθητό στους οίκους ευγηρίας, όπου πραγματοποιήθηκε η συγκεκριμένη μελέτη.

Όπως έχει τονιστεί σε διάφορες μελέτες (Κλεισιάρης και συν, 2013) ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο στην ψυχική ισορροπία των ηλικιωμένων παίζει και η έννοια της απώλειας. Οι απώλειες σε οποιοδήποτε τομέα της ζωής αναγκάζουν το άτομο να «ξοδεύει» τεράστιο συναισθηματικό απόθεμα για να εκφράσει τη λύπη του και να προσαρμοσθεί στις αλλαγές που επακολουθούν. Η έννοια της απώλειας περιλαμβάνει απώλεια δραστηριοτήτων, αυτονομίας, αγαπημένων προσώπων και οικογενείας, συγκατοίκων κλπ η οποία βιώνεται ίσως εντονότερα στους ηλικιωμένους που διαμένουν σε οίκους ευγηρίας (Palsson & Skoog, 1997). Επίσης σύμφωνα με τα αποτελέσματα το ποσοστό της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας ήταν σημαντικά υψηλότερο στους ελεύθερους, χωρισμένους ή χήρους σε σύγκριση με τους παντρεμένους ηλικιωμένους και εκείνους που δεν διέμεναν μόνοι στο σπίτι, γεγονός στο οποίο συνηγορούν πλήθος μελετών που έχουν διενεργηθεί διαχρονικά σε πληθυσμούς ηλικιωμένων (Αργυρόπουλος και συν, 2012). Το γεγονός αυτό μπορεί να εξηγηθεί και πάλι με την έννοια της απώλειας και της προσπάθειας προσαρμογής του ηλικιωμένου σε αυτήν. Εδώ φαίνεται ίσως και η προστατευτική για την ψυχική ισορροπία του ατόμου που έχουν τα υποστηρικτικά δίκτυα που αναλύθηκαν στο προηγούμενο κεφάλαιο.

Η συσχέτιση της κατάθλιψης με την ύπαρξη χρόνιων νοσημάτων έχει απασχολήσει την βιβλιογραφία εκτενώς. Νόσοι όπως η στεφανιαία νόσος (Πολυκανδριώτη και συν, 2013) οι νεοπλασίες (Benjamin και συν, 2014), η νόσος του Parkinson (Aarsland και συν, 2012) και ο σακχαρώδης διαβήτης (Rustad και συν, 2011) έχουν μελετηθεί εκτενώς όσον αφορά τους μηχανισμούς συσχέτισής τους με την κατάθλιψη.

Στην παρούσα μελέτη το σύνολο σχεδόν του δείγματος έπασχε από κάποια χρόνια νόσο με κυρίαρχες την υπέρταση, την υπερχοληστερολαιμία και την στεφανιαία νόσο. Ωστόσο το ποσοστό των ατόμων με καταθλιπτική συμπτωματολογία ήταν σημαντικά υψηλότερο στους συμμετέχοντες που έπασχαν από οστεοπόρωση ενώ όσοι εμφάνιζαν καταθλιπτική

συμπτωματολογία έπασχαν από πιο πολλά χρόνια νοσήματα σε σχέση με όσους δεν είχαν καταθλιπτική συμπτωματολογία. Αυτού του είδους η ανεξάρτητη συσχέτιση της οστεοπόρωσης με την κατάθλιψη έχει μελετηθεί αρκετά ειδικά τα τελευταία χρόνια ενώ κάποιιοι θέτουν την κατάθλιψη ως παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση της οστεοπόρωσης βάσει κάποιων αιτιολογικών μοντέλων που περιλαμβάνουν και ορμονολογικά μονοπάτια (Mezuk και συν, 2008).

Συγκεκριμένα οι πάσχοντες από οστεοπόρωση είναι αναμενόμενο να είναι πιο επιρρεπείς στην εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων αφού η οστεοπόρωση επηρεάζει άμεσα την ποιότητα ζωής και τις καθημερινές τους δραστηριότητες περιορίζοντάς τες σημαντικά.

Σύμφωνα με άλλες θεωρίες σε συνθήκες άγχους ή κατάθλιψης παρατηρείται υπερδραστηριότητα του άξονα: υποθάλαμος -υπόφυση –επινεφρίδια-HPA (Lamers και συν, 2013). Ο υποθάλαμος ενεργοποιείται κάθε φορά που ένα υγιές άτομο έρχεται αντιμέτωπο με έναν παράγοντα δημιουργίας στρες με την έκκριση της εκλυτικής ορμόνης της κορτικοτροπίνης (CRH) οπότε πυροδοτείται και η αποδέσμευση φλοιοεπινεφριδιοτρόπου ορμόνης από την υπόφυση, η οποία επιδρώντας στα επινεφρίδια προκαλεί την αποδέσμευση γλυκοκορτικοειδών και κατεχολαμινών στην κυκλοφορία του αίματος. Αυξημένα επίπεδα κορτιζόλης σχετίζονται με δυσαπορρόφηση ασβεστίου και οστεοπόρωση (Lawson, 2013) ενώ η παραγωγή κατεχολαμινών οδηγεί στην αύξηση της ιντερλευκίνης (IL-6) η οποία σχετίζεται με την αυξημένη παραγωγή των οστεοκλαστών (Kumano , 2005).

Κάποιες μελέτες αναφέρουν την ύπαρξη συσχέτισης της λήψης εκλεκτικών αναστολέων επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (SSRIs) από ηλικιωμένους ασθενείς με κατάθλιψη με αυξημένους δείκτες οστικής αποδόμησης (Shea και συν, 2013). Οι Ginzburg και συν. δημοσίευσαν το 2009 μια ανασκόπηση 13 εργασιών των 30 τελευταίων ετών με θέμα τον κίνδυνο για κατάγματα σε χρήστες SSRI και TCA, όπου κοινό αποτέλεσμα ήταν ο αυξημένος κίνδυνος για κατάγματα στους χρήστες SSRIs (Ginzburg και συν, 2009). Σε άλλη μελέτη των Diem και συν, σε ηλικιωμένους άνδρες έχει βρεθεί συσχέτιση της μειωμένης οστικής πυκνότητας με θετικά σκορ για ήπια και σοβαρή κατάθλιψη με τη χρήση της κλίμακας κατάθλιψης ηλικιωμένων, η οποία χρησιμοποιήθηκε και στην παρούσα μελέτη, γεγονός που αποδόθηκε στην μειωμένη φυσική δραστηριότητα των ηλικιωμένων (Ziere και συν, 2008) που είναι αποτέλεσμα της κατάθλιψης (Diem και συν, 2013). Όμοια αποτελέσματα έχουν βρεθεί και σε αντίστοιχη μελέτη σε γυναικείο πληθυσμό που επιβεβαιώνουν την ύπαρξη

μειωμένης οστικής πυκνότητας σε ασθενείς με μείζονα καταθλιπτική διαταραχή (Atteritano και συν, 2013).

Από το σύνολο των συμμετεχόντων της παρούσας μελέτης μόνο το 19.5% έχει διαγνωστεί για κατάθλιψη από κάποιον επαγγελματία υγείας. Ωστόσο το 40.5% των συμμετεχόντων είχαν καταθλιπτική συμπτωματολογία γεγονός που επιβεβαιώνει την υποδιάγνωση της νόσου. Τα συμπτώματα της ψυχικής ασθένειας στους ηλικιωμένους συχνά διαφέρουν από των άλλων ηλικιακών ομάδων. Είναι απρόθυμοι να απαντήσουν σε προσωπικές ερωτήσεις σχετικές με συναισθηματικά προβλήματα, όπως φάνηκε και κατά τη διαδικασία των συνεντεύξεων. Ακόμη η αδυναμία κατανόησης της ανάγκης για αναζήτηση βοήθειας και ο φόβος στιγματισμού από τον κοινωνικό τους περίγυρο δυσκολεύουν τους ηλικιωμένους να κατανοήσουν τη σοβαρότητα της κατάστασής τους και να αναζητήσουν την κατάλληλη θεραπεία. Έτσι δεν αναζητούν εξειδικευμένη βοήθεια ή απευθύνονται σε εργαζόμενους σε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας οι οποίοι όμως ενδέχεται να μην είναι εξειδικευμένοι και ενημερωμένοι σε θέματα ψυχικής υγείας για την ευαίσθητη αυτή πληθυσμιακή ομάδα. Οι Mitchell και Kakkadasam δημοσίευσαν το 2010 μια ανασκόπηση 22 μελετών με θέμα την ικανότητα των εργαζόμενων νοσηλευτών στην πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας αλλά και σε οίκους ευγηρίας να αναγνωρίζουν τα καταθλιπτικά συμπτώματα. Στα αποτελέσματα της μελέτης επισημάνθηκε η μειωμένη δυνατότητα αναγνώρισης των καταθλιπτικών ασθενών με ακρίβεια (Mitchell και Kakkadasam, 2011). Ωστόσο οι εργαζόμενοι σε οίκους ευγηρίας και στην δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας υπερέιχαν ελάχιστα στην διάγνωση παθολογικών συμπτωμάτων.

Κρίνεται λοιπόν απαραίτητη η εκπαίδευση του προσωπικού στις διάφορες δομές οι οποίες έρχονται σε επαφή με τους ηλικιωμένους σχετικά με τις ψυχολογικές τους ανάγκες και την έγκαιρη αναγνώριση και ψυχικών διαταραχών προκειμένου να τους παραπέμψουν εγκαίρως σε εξειδικευμένους επαγγελματίες ψυχικής υγείας οι οποίοι ιδανικά θα έπρεπε ήδη να υπάρχουν σε τέτοιες δομές.

Ένα ακόμη εύρημα ήταν τα μικρότερα ποσοστά κατάθλιψης στους ηλικιωμένους που συμμετείχαν τακτικά στις δραστηριότητες των ΚΑΠΗ ή επισκεπτόταν συχνά το εντευκτήριο σε σύγκριση με εκείνους που συμμετείχαν λιγότερο ή καθόλου, γεγονός που δείχνει την θετική επίδραση που έχει η ένταξη του ηλικιωμένου σε μια κοινωνική ομάδα και την μεγάλη σημασία του κοινωνικού υποστηρικτικού δικτύου στην ψυχική του διάθεση όπως επισημαίνεται και από την μελέτη των Schwarzbach και συν, κατά τους οποίους αυτή η

κοινωνική ένταξη των ηλικιωμένων σε ομάδες δρα ευεργετικά και στους ήδη πάσχοντες από κατάθλιψη (Schwarzbach και συν, 2013). Επίσης πέρα από τον παράγοντα της ένταξης σε μια κοινωνική ομάδα θετική είναι και η επίδραση και της φυσικής δραστηριότητας που συνήθως περιλαμβάνουν τα προγράμματα των ΚΑΠΗ στην ψυχολογία των ηλικιωμένων βελτιώνοντας έτσι την ποιότητα ζωής αλλά και την καταθλιπτική συμπτωματολογία, όπως έχει επισημανθεί και από τους Salguero και συν. σε μελέτη ηλικιωμένων της κοινότητας αλλά και κλειστών δομών (Salguero και συν, 2011). Κατά τη διάρκεια των συνεντεύξεων οι ηλικιωμένοι που δεν συμμετείχαν στις διάφορες δραστηριότητες αιτιολογούσαν την αποχή τους λόγω μειωμένου ενδιαφέροντος για τις δραστηριότητες αυτές. Πράγματι τα προγράμματα που παρέχονται από τα ΚΑΠΗ είναι πολύ συγκεκριμένα. Θα μπορούσαν λοιπόν οι ίδιοι οι ηλικιωμένοι να προτείνουν δραστηριότητες που θα ήθελαν να ενταχθούν στο πρόγραμμα των ΚΑΠΗ προκειμένου να αυξηθεί η συμμετοχή τους σε αυτές και να μεγιστοποιηθεί έτσι η δραστηριοποίησή των ηλικιωμένων στη κοινότητα μέσω των διάφορων διαθέσιμων προγραμμάτων.

Τέλος το εκπαιδευτικό επίπεδο των συμμετεχόντων βρέθηκε να υπάρχει μια μικρή διαφοροποίηση όσον αφορά την καταθλιπτική συμπτωματολογία. Συγκεκριμένα οι ηλικιωμένοι με υψηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο εμφάνισαν μικρότερα ποσοστά καταθλιπτικής συμπτωματολογίας. Παρόμοια ευρήματα υπάρχουν σε διάφορες μελέτες. Ειδικότερα κατά τους Bjelland και συν, το υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο έχει προστατευτική επίδραση όσον αφορά την εμφάνιση άγχους και κατάθλιψης (Bjelland και συν, 2008). Κρίνεται λοιπόν απαραίτητη η ύπαρξη ενός σχεδίου δράσης που να περιλαμβάνει την ενημέρωση και εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας σε θέματα ψυχικής υγείας της ευαίσθητης αυτής ομάδας και η ικανοποιητική λειτουργία των δημόσιων φορέων προστασίας των ηλικιωμένων όπως τα ΚΑΠΗ και οι οίκοι ευγηρίας προκειμένου να προσφέρουν περισσότερα κίνητρα, να δημιουργούν ενδιαφέροντα και δραστηριότητες στους ηλικιωμένους ανάλογα με τις δυνατότητές τους και να παρέχουν πληροφόρηση σε θέματα ψυχικής υγείας δίνοντάς τους έτσι την ευκαιρία να απολαύσουν μια ευτυχισμένη και ισορροπημένη ζωή.

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΠΑΡΑΠΟΜΠΕΣ**

Aarsland D, Pålhagen S, Ballard CG, Uwe Ehrt and Per Svenningsson, 2012. Depression in Parkinson disease—epidemiology, mechanisms and management. *Nature Reviews Neurology* 8, pp 35-47

Amin G<sup>1</sup>, Shah S, Vankar GK. (1998) The prevalence and recognition of depression in primary care. *Indian J Psychiatry*. Oct;40(4):364-9.

Allan CE, Valkanova V, Ebmeier KP, 2014. Depression in older people is underdiagnosed. *Practitioner*;258(1771):19-22, 2-3.

Alexopoulos GS, 2001. *Pharmacotherapy of depressive disorders in older patients*. Minneapolis: Mc Graw-Hill Healthcare Information

Alexopoulos GS, Katz IR, Reynolds CF, Carpenter D, Doherty JP, 2001. The expert consensus guideline series. *Pharmacotherapy of depressive disorders in older patients*. *Postgrad Med*

Alexopoulos GS, Shamoian CJ, Lucas J, Weisner N, Berger H, 1984. Medical problems of geriatric psychiatric patients and younger controls during electroconvulsive therapy. *Am J Geriatr So* 32, pp 651-654.

American Psychiatric Association, 2013. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5<sup>th</sup> Text Revision ed.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, pp. 123–154

American Psychiatric Association, 2000. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. (4th Text Revision ed.)* Washington, DC: American Psychiatric Association, pp317-318.

American Psychiatric Association, 2000. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. (4th Text Revision ed.)* Washington, DC: American Psychiatric Association, pp356.

American Psychiatric Association, 2000. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4<sup>th</sup> Edition, Text Revision: DSM-IV-TR) Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc., pp 943.

American Psychiatric Association, 2000. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. (4th Text Revision ed.) Washington, DC: American Psychiatric Association, pp 350-351.

Andersohn F, Schade R, Willich SN, Garbe E,2010. Use of antiepileptic drugs in epilepsy and the risk of self-harm or suicidal behavior. *Neurology*,75(4),pp 335-340.

Angst J, 1980. Verlauf unipolar depressiver, bipolar manisch depressiver und schizoaffektiver Erkrankungen und Psychosen. *Fortschrift Neurologische Psychiatrie*, 48,pp 3-30.

Antony, Martin; Orsillo, Susan; Roemer, Lizabeth,2001. Practitioner's guide to empirically based measures of anxiety. Kluwer Academic/Plenum Publishers.

Argyropoulou S, Kontaxakis V, Dessypris N, Anastasiou A, Katsiardani KP, Trichopoulos D, Lyketsos C,2005. Prevalence and correlates of depression in late life: a population based study from a rural Greek town. *Int J Geriatr Psychiatry*,20 (4),pp 350-357.

Argyriadoy S, Melissopoulou H, Krania E, Karagiannidou A, Vlachonicolis I, Lionis,2001. Dementia and Depression: two frequent disorders of the aged in primary health care in Greece family practice. *Fam Prat* 18(1),pp 87-91.

Armstrong KA, Khawaja NG,2002. Gender differences in anxiety: An investigation of the symptoms, cognitions, and sensitivity towards anxiety in a nonclinical population. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*,30,pp 227-231.

Atteritano M, Lasco A, Mazzaferro S, Macrì I, Catalano A, Santangelo A, Bagnato G, Bagnato G, Frisina N, 2013. Bone mineral density, quantitative ultrasound parameters and bone metabolism in postmenopausal women with depression. *Internal and Emergency Medicine*, 8(6), pp 485-491.

Beattie SG, 2005. Rochester Institute of Technology Διαθέσιμο από <http://www.personalityresearch.org/papers/beattie.html>

Beck AT,1972. *Depression: Causes and Treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

Beck AT,1967. *Depression: clinical, experimental and theoretical aspects*. University of Pennsylvania Press, Philadelphia,pp 3-9.

Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA,1988. An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 56,pp 893–897.

Beck AT,1998. *Quality of life in the psychiatric patient*. Mosby-Wolfe, London

Beck AT, Steer, R.A. and Brown, GK,1996. *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation

Beck AT, Steer RA and Garbin MG,1988. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation.*Clinical Psychology Review* 8, pp. 77-100.

Beck AT, Steer RA, Brown GK,1996. *Manual for the Beck Depression Inventory–II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation

Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J and Erbaugh J, 1961. An inventory for measuring depression. *Archives for General Psychiatry* 4, pp. 561-571.



Benazzi, F, 2007. Bipolar II disorder: epidemiology, diagnosis, and management. *CNS Drugs*, 21,(9),pp727-740.

Benjamin CWH, Ying CK, Kwong SM Michael, and Wing LC,2014. Symptom Burden, Depression, and Suicidality in Chinese Elderly Patients Suffering from Advanced Cancer *Journal of Palliative Medicine*,17,(1),pp 10.

Bertelsen A, Harvald B, and Hauge M.1977. A Danish twin study of manic-depressive disorders. *British Journal of Psychiatry* ,130,pp 330-335.

Bjelland I , Krokstad S, Mykletun A, Alv A. Dahl ,Grethe S. Tell, Tambs K,2008. Does a higher educational level protect against anxiety and depression? The HUNT study *Social Science & Medicine*, 66, (6),pp 1334–1345.

Boswell EB, Stoudemire,1996 A. Major depression in the primary care setting. *Am J Med.*,101,pp 3-9.

Breslau N and Davis, GG,1985. Redefining DSM-III criteria in depression. An assessment of the descriptive validity of criterion symptoms. *Journal of Affective Disorders*, 9,pp199-206.

Bressert S,2007. An Introduction to Bipolar Disorder. *Psych Central*. [online] available from: <<http://psychcentral.com/lib/an-introduction-to-bipolar-disorder/000914>> [assessed 15/10/2014]

Burke MJ, Preskorn SH,1995. Short-term treatment of mood disorders with standard antidepressants. In:Bloom FE, Kupfer DJ(eds) *Psychopharmacology: The fourth generation of progress*. Raven Press Ltd, New York, pp 1053-1065.

Callahan CM, Dittus RS, Tierney WM,1996. Primary care physicians' medical decision making for late-life depression. *J Gen Intern Med.*(11),pp 218-225.

Carroll JB, Feinberg M, Smouse Peter E, Rawson SG and Greden JF,1981. The Carroll Rating Scale for Depression I. Development, Reliability and validation. *Brit. J Psychiat*,138,pp 194-200.

Cassidy F, Forest K, Murry E, Bernard J, Carroll MB,1998. Factor Analysis of the Signs and Symptoms of Mania, *Arch Gen Psychiatry*, 55(1),pp 27-32.

Castaneda A., Candless M, Boyd R,1956. The children's form of the manifest anxiety scale. *Society for Research in Child Development*, 27,(3),pp 285-290.

Center for Substance Abuse Treatment,2005. Substance Abuse Treatment for Persons With Co-Occurring Disorders Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, No. 42 Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US),Rockville

Collier,Judith,Longmore,Murray,Scally,Peter,2003. Oxford Handbook of Clinical Specialties (6 ed.). Oxford University Press,pp 366.

Dickinson WJ, Potter GG, Hybels CF, McQuoid DR and David C. Steffens DC,2011. Change in stress and social support as predictors of cognitive decline in older adults with and without depression. *International Journal of Geriatric Psychiatry*,26( 12), pp 1267–1274.

Diem SJ, Harrison SL, Haney A, Cauley JA, Stone KL, Orwoll E,2013. Depressive symptoms and rates of bone loss at the hip in older men. *Ensrud for the Osteoporotic Fractures in Men (MrOS) Research Group Osteoporosis International* , 24, (1), pp 111-119.

Drayer RA, Mulsant Bh, Lenze Ej, και συν.,2005. Somatic symptoms of depression in elderly patients with medical commorbidities. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20,(10),pp 973-982.

Dunner DL,1994. Therapeutic considerations in treating depression in the elderly. *J Clin Psychiatry*,55,pp 48-58.

Fiske A, Wetherell JL, and Gatz M,2009. Depression in older adults. *Annu Rev Clin Psychol*, 5, pp 363–389.

Forlani C, Morri M, Ferrari B, Dalmonte E, Menchetti M, Ronchi D, Atti AR, Prevalence and Gender Differences in Late-Life Depression: A Population-Based Study,2014. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 22,(4), pp 370-380.

Fountoulakis KN,2010. GDS-15: Η Συντομευμένη Γηριατρική Κλίμακα Κατάθλιψης - Ελληνική μετάφραση [online] available from <[http://www.psychiatry.gr/index.php?option=com\\_content&view=article&id=25:admin&catid=2:admin&Itemid=16](http://www.psychiatry.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=25:admin&catid=2:admin&Itemid=16)> [assessed 01/09/2014]

Fountoulakis KN, Tsolaki M, Iacovides A και συν.,1999. The validation of the short form of the Geriatric Depression Scale (GDS) in Greece. *Aging (Milano)*. ,11,(6),pp 367-372.

Fountoulakis KN, Iacovides A, Samolis S, Kleanthous S, Kavprinis SG, Kaprinis GS και συν.,2001 .Reliability, validity and psycho-metric properties of the Greek translation of the Zung depression rating scale. *BMC Psychiatry*,1,6

Gagnon Fabien, 2010. Differential diagnosis of mood disorder due to a medical condition and substance induced mood disorder. *Integrating science and practice*. [online] available from <[https://www.ordrepsy.qc.ca/pdf/2010\\_09\\_Integrating\\_SandP\\_Dossier\\_01\\_Gagnon\\_En.pdf](https://www.ordrepsy.qc.ca/pdf/2010_09_Integrating_SandP_Dossier_01_Gagnon_En.pdf) > [accessed 10/09/2014]

Ganzini L,Smith DM, Fenn DS, Lee MA,1997. Depression and mortality in medically ill older adults. *J Am Geriatr Soc*, 45,pp 307-312.

Gelder Michael G, Lopez-Ibor ,Andreasen J, Σολδάτος K, 2007. Oxford ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ, Ιατρικές Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης, ,Τόμος Ι

Goldman L, Nielsen N, Champion H,1999. Awareness,diagnosis and treatment of depression.*Journal of General Internal Medicine*,14,(9),pp 569-580.

Goodstein L,1972. Depression Adjective CheckLists. (Buros O.K..ed.) The seventh mental measurement yearbook. HytandPark.NJ:Gryphon Press,Vol.I,pp 132-133.

Goodwin FK and Jamison KR,1990. Manic-depressive illness. Oxford University Press, New York

Gotlib, IH and Hammen CL,1992. Psychological aspects of depression: Toward a cognitive-interpersonal integration. New York: Wiley

Ginzburg R, Rosero E,2009. Risk of fractures with selective serotonin-reuptake inhibitors or tricyclic antidepressants. *Ann Pharmacother*,43,(1),pp 98-103.

Hann D, Winter K and Jacobsen P,1999. Measurement of depressive symptoms in cancer patients. Evaluation of the Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D). *Journal of Psychosomatic Research*, 46, pp 437-443.

Hayes PE, Ettigi P,1983. Dexamethasone suppression test in diagnosis of depressive illness. *Clinical Pharmacy*, 2(6),pp 538-545.

Hales E and Yudofsky JA, eds,2003. The American Psychiatric Press Textbook of Psychiatry, Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc.

Hendrie HC,Clair Dk, Brittain Hm,Fadul Pe,1990. A study of anxiety/depressive symptoms of medical students,house staff,and their spouses/partners. *J Nerv Ment Dis*,18,pp 204-207.

Herpertz-Dahlmann B, Remschmidt H,1983. Value of the dexamethasone suppression test in anorexia nervosa.. *Clin Pharm*, 2,(6),pp 538-545.

Herrmann C,1997. International experiences with the Hospital Anxiety and Depression Scale--a review of validation data and clinical results. *J Psychosom Res*, 42,(1),pp 17-41.

Hirschfeld RM, Keller MB, Panico S, Arons BS, Barlow D, Davidhoff F και συν., 1997. The National Depressive and Manic-Depressive Association consensus statement on the undertreatment of depression. JAMA, 277, pp 333-40.

Ivry S, 2002. Seasonal Depression can Accompany Summer Sun. The New York Times. [online] available from <http://www.nytimes.com/2002/08/13/health/seasonal-depression-can-accompany-summer-sun.html> [assessed 05/09/2014]

Iwawaki S, Sumida K., Okuno S and Cowen E L, 1967. Manifest anxiety in Japanese, French, and United States children. Child Development, 38,(3), pp 713-722.

Jordan W, Smoller JW and Christine T, Finn CT, 2003. Family, twin, and adoption studies of bipolar disorder. American Journal of Medical Genetics Part C: Seminars in Medical Genetics Special Issue: The Genetics of Bipolar Disorder, 123C, (1), pp 48–58.

Katona CL, 2001. Psychotropics and drug interactions in the elderly patient. Int J Geriatr Psychiatry, 16, (1), pp S86-S90.

Keller, M.B., Lavori, P.W., and Endicott, J, 1983. Double Depression. Two year follow-up. American Journal of Psychiatry, 140, pp 689-694.

Kenneth S, Kendler MD, Ronald C, Kessler, Michael C. Neale, Andrew C Heath, D.Phil and Lindon J. Eaves, 1993. The prediction of major depression in women: Toward an integrated etiologic model. Am J Psychiatry, 150, 8

Kenyon P. Depression The catecholamine theory of mood. University of Plymouth Department of Psychology, Study and learning materials on-line Διαθέσιμο από <http://www.flyfishingdevon.co.uk/salmon/year1/depression.htm#CA%20theory>

Kim BJ ,Sangalang CC and Kihl T,2012. Effects of acculturation and social network support on depression among elderly Korean immigrants. *Aging & Mental Health*, 16,(6),pp787-794.

Kivelä SL, Pahkala K and Laippala P,2007. Prevalence of depression in an elderly population in Finland. *Acta Psychiatrica Scandinavica* ,78,4

Koerner, N, Antony, MM, & Dugas, MJ, 2010. Limitations of the Hamilton Anxiety Rating Scale as a primary outcome measure in randomized, controlled trials of treatments for generalized anxiety disorder. *The American Journal Of Psychiatry*, 167,(1),pp 103-104.

Kumano H,2005. Osteoporosis and stress. *Clin Calcium*, 15,(9),pp 1544-1547.

Kurlansik SL, Ibay AD,2012. Seasonal affective disorder , 86,(11),pp 1037-41.

Kurlowicz L. Greenberg SA,2007. The Geriatric Depression Scale (GDS). Hartford Institute for Geriatric Nursing. [online] available from <<http://www.consultgeririn.org/uploads/File/trythis/issue04.pdf>> [assessed 16/09/2014]

Hinton L, Franz CE,Reddy G , Flores Y, Kravitz RL and Barker JC, 2007. Practice Constraints, Behavioral Problems, and Dementia Care: Primary Care Physicians' Perspectives *J Gen Intern Med*, 22,(11),pp 1487–1492.

Lamers F, Vogelzangs N, Merikangas KR, P de Jonge ,Beekman ATF and Penninx BWJH, 2013. Evidence for a differential role of HPA-axis function, inflammation and metabolic syndrome in melancholic versus atypical depression *Molecular Psychiatry*, 18,pp 692–699.

Lawson EA, Donoho D, Miller KK, Misra M, Meenaghan E, Lydecker J, Wexler T, Herzog DB, and Klibanski A,2013. Hypercortisolemia Is Associated with Severity of Bone Loss and Depression in Hypothalamic Amenorrhea and Anorexia Nervosa. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 94,12

Leonard Basia, Jovinelly Joann,2012 «Understanding brain diseases and disorders- Bipolar disorder» The Rosen Publishing Group, p 6-7.

Lubin B,1965. Adjektive Checklists for Measurement of Depression, Archives of General Psychiatry, Vol 2, pp 57-60.

Lovibond, SH, Lovibond, PF,1995. *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales* (2nd ed.). Sydney: Psychology Foundation. (Available from The Psychology Foundation, Room 1005 Mathews Building, University of New South Wales, NSW 2052, Australia)

Lovibond PF, Lovibond SH,1995. The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. Behaviour Research and Therapy 33

Luppa M, König HH, Heider D, Leicht H, Motzek T, Schomerus G and Riedel-Heller SG, 2013. Direct costs associated with depressive symptoms in late life: a 4.5-year prospective study. International Psychogeriatrics , 25,(2), pp 292-302.

Lydiard RB, Laraia MT, Ballenger JC, Howell EF,1987. Emergence of depressive symptoms in patients receiving alprazolam for panic disorder. *Am J Psychiatry* 144, (5),pp 664–665.

Maier W, Buller R, Philipp M, Heuser I,1988. The Hamilton Anxiety Scale: reliability, validity and sensitivity to change in anxiety and depressive disorders. *J Affect Disord* ,14,(1),pp 61–68.

Mersch PP, Middendorp HM, Bouhuys AL, Beersma DG, van den Hoofdakker RH,1999. Seasonal affective disorder and latitude: a review of literature. *J Affect Disord* ,53,pp 35-48.

Mezuk BB, Eaton WW, Golden SH, 2008. Depression and osteoporosis: epidemiology and potential mediating pathways *Osteoporosis International*,19,(1),pp 1-12.

Mijung Pand Unutzer J,2012. Geriatric Depression in Primary Care, *Psychiatr Clin North Am*

Mirin SM, Schatzberg AF, Creasey DE,1981. Hypomania and mania after withdrawal of tricyclic antidepressants. *The American Journal of Psychiatry*,138(1),pp 87-89.

Mitchell AJ, Kakkadasam V,2011. Ability of nurses to identify depression in primary care, secondary care and nursing homes—A meta-analysis of routine clinical accuracy *International Journal of Nursing Studies*,48,(3), pp 359–368.

Moerdyk, A.P and Spinks PM, 1979. Preliminary cross-cultural validity study of Taylor manifest anxiety scale. *Psychological Reports*, 45(2),pp 663-664.

Montorio I, Izal M,1996. The Geriatric Depression Scale: A Review of Its Development and Utility. *Int Psychogeriatrics*, 8,pp 103-112.

Nathan RG, Robinson D, Cherek DR, Davison S, Sebastian S, Hack M,1985. Long-term benzodiazepine use and depression. *Am J Psychiatry (American Journal of Psychiatry)*, 142, (1),pp 144–145.

Nazemi L, Scoog I, Karlsson I, Hosseini S, Hosseini M, Hosseinzadeh M, Mohammadi MR, Pouransari Z, Chamari M and Baikpour M, 2013. Depression, Prevalence and Some Risk Factors in Elderly Nursing Homes in Tehran, Iran *Iran J Public Health*,42,(6),pp 559–569.

Niculescu, AB and Akiskal HS, 2001. Proposed Endophenotypes of Dysthymia: Evolutionary, Clinical, and Pharmacogenomic Considerations. *Molecular Psychiatry*, 6, (4),pp 363–366.

Nierenberg AA, McColl RD,1996. Management options for refractory depression. *Am J Med*,101,pp 45-52.

Nijkamp P, Vollering A,1991. Theoretical and empirical developments. In Pacolet J., and Wilderom c. *The Economics of Care for the Elderly*. Aldershot: Dartmouth.



Nutt D, Wilson S and Paterson L,2008. Sleep disorders as core symptoms of depression Dialogues Clin Neurosci,10,(3),pp 329–336.

Palsson S, Skoog I,1997. The epidemiology of affective disorders in the elderly : a review Int Clin Psychopharmacol,12,(7),pp 3-13.

Parashos IA,Stamouli S, Rogakou E Theodotou R, Nikas I, Mougias A,2002. Reognition of depressive symptoms in the elderly: What can help the patient and the doctor. *Depress Anxiety*,15,pp 111-116.

Patten SB, Barbui C,2004. Drug-induced depression: a systematic review to inform clinical practice. *Psychother Psychosom*,73,(4),pp 207-215.

Potkin SG, Zetin M, Stamenkovic V, Kripke D, Bunney WE Jr,1986. Seasonal affective disorder: prevalence varies with latitude and climate. *Clin Neuropharmacol*,9,(4),pp181-183.

Potter WZ, Manji HK,1994. Catecholamines in depression: an update. *Clin Chem*.40,(2),pp 279-287.

Prina MA, Huisman M, Yeap BB, Hankey JG, Flicker L, Brayne C, andAlmeida OP,2014. Hospital costs associated with depression in a cohort of older men living in Western Australia *General Hospital Psychiatry*,36,(1),pp33-37

Psych Central,2013. Hypomanic Episode Symptoms. [online] Available from <<http://psychcentral.com/disorders/hypomanic-episode-symptoms/>> [assessed 15/10/2014]

Quimet R AJ, Seeds PM, Dozois DJ,2008. A meta-analysis of CBT for pathological worry among clients with GAD. *J Anxiety Disord* ,22, pp108—116.

Radloff, L.S,1977. The CES-D scale: A self report depression scale for research in the general population'. *Applied Psychological Measurement* ,1, pp 385-401.

Reynolds CF, Frank E, Dew MA, Houck PR, Miller M, Mazumdar S και συν. ,1999. Treatment of 70+ years old with recurrent major depression Am J Geriatr. Psychiatry,7,pp 64-69.

Reynolds CR, Richmond BO and Lowe PA, (n.d.). *The adult manifest anxiety scale*. [online] available from [https://www.wpspublish.com/store/Images/Downloads/Product/AMAS\\_Manual\\_Chapter\\_1.pdf](https://www.wpspublish.com/store/Images/Downloads/Product/AMAS_Manual_Chapter_1.pdf) [assessed 20/09/2014]

Richter P, Werner J, Heerlein A, Kraus A and Sauer H, 1998. On the validity of the Beck Depression Inventory. *Psychopathology*,31, pp. 160-168.

Robins LN, Helzer JE, Weissman MM, Orvaschel H, Gruenberg E, Burke JD JR και συν.,1984. Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites. *Arch Gen Psychiatry*,41,pp 949-958.

Roemer L,2001. Measures for anxiety and related constructs, in *Practitioner's Guide to Empirically Based Measures of Anxiety*. Edited by Antony MM, Orsillo SM, Roemer L. New York, Springer, pp 49—83.

Rosenthal NE, Sack DA, Gillin JC, Lewy AG., Goodwin FK., Davenport Y. και συν.,1984. Seasonal affective disorder: a description of the syndrome and preliminary findings with light therapy. *Arch Gen. Psychiatry*,41,pp 72-80.

Rothschild AJ, 2003. Challenges in the treatment of depression with psychotic features *Biological Psychiatry*,53,(8),pp680–690.

Rothschild AJ, 2009. *Clinical Manual for Diagnosis and Treatment of Psychotic Depression*. American Psychiatric Publishing, Inc. Washington DC

Rustad JK, Dominique L. Musselman, Charles B. Nemeroff, 2011. The relationship of depression and diabetes: Pathophysiological and treatment implications *Psychoneuroendocrinology*,36,(9),pp 1276–1286.

Sadock BJ, Sadock VA, Kaplan HI, 2005. Lippincott Williams & Wilkins, Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. Wolters Kluwer,14,pp 40-41.

Salguero A, Martínez-García R, Molinero O, Márquez S,2011. Physical activity, quality of life and symptoms of depression in community-dwelling and institutionalized older adults. Archives of Gerontology and Geriatrics, 53, (2), pp 152–157.

Salzman C,2000. Management considerations for late- life depression. J Clin Psychiatry, 2,(5),pp 33-36.

Sansone Randy A and Lori SA, 2009. Dysthymic Disorder Forlorn and Overlooked?. Psychiatry (Edgmont). 6,(5),pp 46–51.

Schwarzbach M , Luppá M, Sikorski C, Fuchs A, Maier W, Hendrik van den Bussche, Pentzek M, Steffi G. Riedel-Heller,2013. The relationship between social integration and depression in non-demented primary care patients aged 75 years and older. Journal of Affective Disorders, 145, (2), pp 172–178.

Sedler MJ,1983. Falret's discovery: the origin of the concept of bipolar affective illness. Translated by M. J. Sedler and Eric C. Dessain. Am J Psychiatry.140,(9),pp 1127-1133.

Shea MLO, Garfield LD, Teitelbaum S, Civitelli R, Mulsant BH, Reynolds CF, Dixon D, Doré P, Lenze EJ,2013. Serotonin–norepinephrine reuptake inhibitor therapy in late-life depression is associated with increased marker of bone resorption Osteoporosis International ,24,(5),pp 1741-1749.

Sheehan B, Banerjee S,1999. Review: somatization in the elderly. International Journal of Geriatric Psychiatry,14(12),pp 1044-1049.

Sheikh JI, Yesavage JA: Geriatric Depression Scale (GDS): Recent Evidence and Development of a Shorter Version. Clin Gerontologist 1986;5:165-173

Shewchuk, R., Richards, J. S., & Elliott, T. (1998). Dynamic processes in health outcomes among caregivers of patients with spinal cord injuries. *Health Psychology*, 17, 125-129

Siewert U, Fendrich K, Reiter GD, Scholz RD, Schuff-Werne P and Hoffmann W,2010. Health Care Consequences of Demographic Changes in Mecklenburg–West Pomerania Dtsch Arztebl Int.,107,(18),pp 328–334.

Singh T and Williams K,2006. Atypical Depression MD Psychiatry (Edgmont). 3,(4),pp 33–39.

Skapinakis P, Weich S, Lewis G, Singleton N, Araya R,2006. Socioeconomic status and common mental disorders: A longitudinal study in the general population in the UK. Br J Psychiatry,189,pp 109-117.

Soloway B,2013. Depression in Nursing Home Residents: Prevalent and Serious [online] <<http://www.jwatch.org/jw201305230000005/2013/05/23/depression-nursing-home-residents-prevalent-and> > [assessed 15/10/2014]

Spielberger CD, Gorsuch, RL., Lushene R, Vagg PR & Jacobs GA,1983. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press

Steer RA, Beck AT and Garrison B,1986. Applications of the Beck Depression Inventory in N. Sartorius and T.A. Ban (eds.), Assessment of Depression (Springer-Verlag, Berlin), pp. 123-142.

Stewart JW, McGrath PJ, Quitkin FM,2002. Do age of onset and course of illness predict different treatment outcome among DSM IV depressive disorders with atypical features? Neuropsychopharmacology,26,(2),pp 237–45.

Taylor JA and Spence, KW,1952. The relationship of anxiety level to performance in serial learning. Journal of Experimental Psychology, 44(2),p 61.

Thase ME, 2006. Depression and sleep: pathophysiology and treatment *Dialogues Clin Neurosci.*,8,(2),pp217–226. [online] available from  
<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3181772/>>  
[assessed15/10/2014]

Thase ME,1990. Relapse and recurrence in unipolar major depression: Short term and longterm approaches. *Journal of Clinical Psychiatry*, 51, pp 51-57.

Tilton SR, 2008. Review of the State-Trait Anxiety Inventory (STAI), NewsNotes, archived from the original on 2013-12-03, retrieved 2014-02-28

Taylor, Janet ,1953. A personality scale of manifest anxiety". *The Journal of Abnormal and Social Psychology* 48, (2),pp 285–290.

Tiwari SC, Srivastava G, Tripathi RK, Pandey NM, Agarwal GG, Pandey S and Tiwari S, 2013. Prevalence of psychiatric morbidity amongst the community dwelling rural older adults in northern India *Indian J Med Res.* 138,(4),pp504–514.

Vander Wurff FB, Stek ML, Hoogendijk WJG, Beekman ATF, 2003. The efficacy and safety of ECT in depressed older adults. A literature review. *Int J Geriatr Psychiatry*,18,pp 894-904.

Vasiliadis HM, Dionne PA, Prévaille M, Gentil L, Berbiche D, Latimer E, 2013. The Excess Healthcare Costs Associated With Depression and Anxiety in Elderly Living in the Community *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 21, (6), pp 536–548.

Wade TD and Kendler KS, 2000. The relationship between social support and major depression:Cross-sectional, longitudinal, and genetic perspectives. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 188,pp 251-258.

Whelan-Goodinson R, Ponsford J, Schonberger M,2009. Validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale to assess depression and anxiety following traumatic brain injury as compared with the Structured Clinical Interview for DSM-IV. *J Affect Disord*,114,pp 94-102.

Williams Janet BW,2001.Standardizing the Hamilton depression scale: past present and future. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.*,251,(2),pp 11-6/11-12

Williamson GM, Shaffer DR,2000. The activity restriction model of depressed affect: Antecedents and consequences of restricted normal activities. In: Williamson GM, Shaffer DR, Parmelee PA, editors. *Physical Illness and Depression in Older Adults: A Handbook of Theory, Research, and Practice*. Kluwer Academic/Plenum Publishers,pp 173–200,New York

Wittchen H-U, Lieb R, Wunderlich U, Schuster P,1999. Comorbidity in Primary Care: presentation and Consequences. *J Clin Psychiatry*,60,(7),pp 29-36.

World Health Organization,2002. *Active ageing: a policy framework*, Geneva.

World Health Organization,1946. *Official Records of the World Health Organization*, no. 2, p. 100 International Health Conference, New York, pp 19-22. [online] available from<<http://www.who.int/about/definition/en/print.html>> [assessed 15/09/2014]

World Health Organisation,2004. *The global burden of disease. 2004 update*. [online]availablefrom<[www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/2004\\_report\\_update/en/index.html](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/2004_report_update/en/index.html)> [accessed 15/10/14]

Yaka E, Keskinoglu P, Ucku R, Yener GG, Tunca Z,2014. Prevalence and risk factors of depression among community dwelling elderly *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 59, (1), pp 150–154.

Zigmond, AS; Snaith, RP,1983. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 67 ,(6),pp 361–370.

Ziere G, Dieleman JP, van der Cammen TJ, Hofman A Pols HA, Stricker BH ,2008. Selective serotonin reuptake inhibiting antidepressants are associated with an increased risk of nonvertebral fractures. *J Clin Psychopharmacol.* 28,(4), pp 411-7.

Zung WW, 1965. A self-rating depression scale. *Archives of General Psychiatry* ,12,pp 63–70.

Αργυρόπουλος Κ, Γουρζής Φ, Γελαστοπούλου Ε,2012. Επιπολασμός της κατάθλιψης σε πληθυσμό ηλικιωμένων. ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ,23,(1),Σελ. 39-45.

Αυδή Ε,2014. 381:Ψυχοπαθολογία: Διαταραχές της διάθεσης. Σημειώσεις [online] Διαθέσιμο από < <http://old.psy.auth.gr/> October 15,2014> [assessed 19/10/2014]

Γαρύφαλλος Γ,2008. Κατάθλιψη και Συννοσηρότητα Θεραπευτικές οδηγίες Ελληνική Ψυχιατρική Γενικού Νοσοκομείου ,5,Σελ.36-46.

Γεωργούση Ε, Κυριόπουλος Γ, Γεννηματά Α, 1993. Οι δαπάνες για την υγεία στην Τρίτη ηλικία στη Ελλάδα, Αθήνα

Γιαννακού Μ, Ρούσση Π, Κοσμίδου ΜΕ, Κιοσέογλου Γ, Αδαμοπούλου Α, Γαρύφαλλος Γ,2013. Προσαρμογή της κλίμακας κατάθλιψης του Beck II σε ελληνικό πληθυσμό. Hellenic Journal of Psychology,10,Σελ.120-146.

Γκέτσιος Ι, Κορομπίλη Ι, Κωστοπούλου Χ, Αρμάγος Π, Υφαντή Ε, Γκεσούλη Ε,2011. Συχνότητα αγχωδών διαταραχών σε ηλικιωμένους που διαμένουν σε Μονάδα Κοινωνικής Φροντίδας”. Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας,3, (2),Σελ. 52-58.

Δανηλίδου Ν, Οικονόμου Χ, Ζαβράς Δ, Κυριόπουλος Ι, Γεωργούση Ε, 2003. Health and social in aging population: the case of an integrated care institution in Greece, International Journal of Integrated Care, Vol 3

Έμκε-Πουλοπούλου Η,1999. Έλληνες ηλικιωμένοι πολίτες: Παρελθόν, παρόν και μέλλον. Εκδ Έλλην, Σελ.22-23, Αθήνα

Ζήντρου Γ, Βασιλοπούλου Γ, Βακάλη Χ, Γερογιάννη Γ, Καμπά Ε, Μπαμπάτσικου Φ,2014. Συγκριτική μελέτη εμφάνισης κατάθλιψης στην τρίτη ηλικία σε κλειστή και ανοιχτή δομή φροντίδας ηλικιωμένων με την κλίμακα Hamilton. Τρίμηνη Ηλεκτρονική έκδοση του Τμήματος Νοσηλευτικής, Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Αθήνας [online] Διαθέσιμο από



<[http://www.vimaasklipiou.gr/volumes/2014/VOLUME%2002\\_14/VA\\_OP\\_1\\_13\\_02\\_14.pdf](http://www.vimaasklipiou.gr/volumes/2014/VOLUME%2002_14/VA_OP_1_13_02_14.pdf)  
> [assessed 20/10/2014]

Κατσανέβας Θ,(n.d.). Ο Ρόλος και η σημασία της τρίτης ηλικίας στη σύγχρονη οικονομία  
[online] Διαθέσιμο από <[www.unipi.gr/katsanevas/arthra/articles/61.doc](http://www.unipi.gr/katsanevas/arthra/articles/61.doc)> [assessed  
18/10/2014]

Κλεισιάρη Χ, Μάνιου Μ, Παπαθανασίου Ι, Σφηνιαδάκη Α, Collaku, 2013. The prevalence of  
depressive symptoms in an elderly population and their relation to life situations in home  
care. Health Science Journal

Κοτανίδης Α, n.d. Διαταραχές της Διάθεσης (ή Συναισθηματικές Διαταραχές) [online]  
Διαθέσιμο από  
<<http://www.psychologia.gr/disorders/mood%20disorders.htm>> [assessed 20/10/2014]

Μενιδιάτου, 2014. Τύποι Κατάθλιψης [online] Διαθέσιμο από  
< <http://www.mazi.org.gr/Κατάθλιψη/Τύποι-κατάθλιψης>> [assessed 15.10.2014]

Μενιδιάτου, 2014. Διαταραχή της διάθεσης προκαλούμενη από ουσίες [online] Διαθέσιμο από  
<<http://www.mazi.org.gr/Άλλες-διαταραχές-διάθεσης/Προκαλούμενη-από-ουσίες>>  
[assessed 15.10.2014]

Μιχαηλίδης Ε, Παπανικολάου Ν, Καυγαπαλόγλου, Μπέλλος Γ, 2000. Ανίχνευση της  
κατάθλιψης σε γηριατρικό πληθυσμό με αυξημένη συχνότητα επισκέψεων στα τακτικά  
Ιατρεία Κέντρου Υγείας. Πρακτικά 6ου Πανελληνίου Συνεδρίου για θέματα γεροντολογίας  
και γηριατρικής, Ελληνική Γεροντολογική Γηριατρική Εταιρεία .Σύνεδρον, Σελ 276-277,  
Αθήνα

Νέστορος ΙΝ, Καλαϊτζάκη,(n.d.). Διαταραχές Συναισθήματος [online] Διαθέσιμο από <  
<ftp://ftp.soc.uoc.gr>> [assessed 15.10.2014]

Νιάκας Δ., Μπεαζόγλου Τ, 1993. Είναι Αναγκαία η ανάπτυξη εναλλακτικών Μορφών  
περίθαλψης για την τρίτη ηλικία στην Ελλάδα, Αθήνα

Ντώνιας Σ & Δεμερτζής Ι, 1983. Στάθμιση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας με το ερωτηματολόγιο κατάθλιψης του Beck. Πρακτικά 10<sup>ου</sup> Πανελληνίου Συνεδρίου νευρολογίας και ψυχιατρικής,Σελ.486-492. Θεσσαλονίκη

Παγοροπούλου -Αβεντισιάν Α, Θεοτοκά Ι, Λιάππας Ι, 2002. Η προαγωγή της ψυχικής υγείας των ατόμων της τρίτης ηλικίας μετά τη συνταξιοδότηση:Υγειογενετικοί παράγοντες. Στο: Ελληνική Γeronτολογική και Γηριατρική Εταιρεία (Επιμ.) Σύγχρονη Γeronτολογία και Γηριατρική. Σύνοδρον,Σελ.81-88, Αθήνα

Πλατή ΧΔ,2006. Γeronτολογική Νοσηλευτική Ζ' Έκδοση Αναθεωρημένη, Αθήνα , Σελ 347

Πολυκανδριώτη Μαρία, Φούκα Γεωργία,2013. Σχέση στεφανιαίας νόσου και άγχους-κατάθλιψης. Το Vima του Asklipiou Journal,12,1

Ρούπα Ζ, Τάτσιου Ι,Τσικληταρά Α, Κουλούρη Α, Νίκας Μ, Μπισκίνη Ι, Σωτηροπούλου Π, 2009. Άγχος και κατάθλιψη σε ομάδα ηλικιωμένων ατόμων στην κοινότητα Interscientific Health Care,1,(2),Σελ.61-66

Στασινοπούλου Ο,1996. Ζητήματα Σύγχρονης Κοινωνικής Πολιτικής,Gutenberg, Αθήνα

Τίκα Χ,2013. Συχνότητα κατάθλιψης ηλικιωμένων σε οικο ευγηρίας του νομού Ιωαννίνων και ικανοποίηση από την παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα. Ιδρυματικό Αποθετήριο Πανεπιστημίου Πελοποννήσου [online] Διαθέσιμο από <<http://195.251.38.253:8080/xmlui/handle/123456789/654>> [assessed 19/10/2014]

Φερεντίνος Π, Κονταξάκης ΒΠ, Παπλός ΚΓ,Χριστοδούλου ΓΝ,2003. Η κλίμακα κατάθλιψης του Hamilton: Μορφές, εφαρμογές και προοπτικές. Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Αιγινήτειο Νοσοκομείο, Ψυχιατρική 14(2)

Φωτιάδη Ι,2011. Αδειάζουν ιδιωτικοί οίκοι ευγηρίας λόγω κρίσης. [online] Διαθέσιμο από<<http://www.kathimerini.gr/439990/article/epikairothta/ellada/adeiazoy-n-idiwtikoi-oikoi-eyghrias-logw-krishs>> [assessed 11/11/2014]

Χαλαστάνη Β, (1993). Κατ' οίκον νοσηλεία: το παράδειγμα ενός ογκολογικού νοσοκομείου, Αθήνα

Χανιώτη Φ,1999. Εγχειρίδιο Γηριατρικής, Εκδοτικός οίκος «Λίτσας», Σελ.9-11,Αθήνα

## **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ**

Αξιότιμη κυρία/κύριε,

Σας ενημερώνουμε ότι θα πραγματοποιηθεί μια μεταπτυχιακή, διπλωματική εργασία στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών με τίτλο: «Διοίκηση Μονάδων Υγείας και Διαχείριση Κρίσεων», του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου (ΠΑΠΕΛ), με θέμα: «Διερεύνηση του επιπολασμού της κατάθλιψης σε ηλικιωμένους χρήστες δομών της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας Δήμου της Περιφέρειας Ηπείρου».

Η κατάθλιψη της τρίτης ηλικίας είναι μια νόσος χαρακτηριζόμενη από υπό-διάγνωση στη χώρα μας. Η μελέτη αυτή θα μας βοηθήσει να εκτιμήσουμε την κατάσταση της ψυχικής υγείας των ηλικιωμένων στο Δήμο Ιωαννίνων. Η εθελοντική συμμετοχή σας σε αυτή την μελέτη είναι πολύ σημαντική. Σας διαβεβαιώνουμε ότι θα τηρηθεί η ανωνυμία αυτών που θα συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο, δεν θα αποκαλυφθεί η ταυτότητά τους καθώς θα εφαρμοστούν οι κανόνες ηθικής και δεοντολογίας της μεθοδολογίας της έρευνας που ισχύουν στη χώρα μας.

Μετά τιμής,

Η Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια  
Κουβάτσου Κατερίνα  
Νοσηλεύτρια ΠΕ

**ΚΩΔΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ** \_\_\_\_\_

**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗΣ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ**

Ημέρα \_\_ Μήνας \_\_ Χρόνος\_\_

### **Α΄ ΜΕΡΟΣ**

Σε αυτό το τμήμα του ερωτηματολογίου συλλέγονται κάποια γενικά δημογραφικά δεδομένα καθώς και στοιχεία σχετικά με το ιστορικό υγείας του ερωτώμενου. Παρακαλώ σημειώστε με ένα  $\surd$  την απάντηση που αντιπροσωπεύει την κατάστασή σας.

**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ**

Ημέρα \_\_ Μήνας \_\_ Χρόνος\_\_

**ΦΥΛΟ**

- Άνδρας
- Γυναίκα

Ποια είναι η οικογενειακή σας κατάσταση;

- Ελεύθερος
- Παντρεμένος/η ή συζεί με σύντροφο
- Χωρισμένος /η
- Χήρος /α

- Άλλο

Μένετε μόνος/η στο σπίτι;

- ΝΑΙ
- ΟΧΙ

Ποιο είναι το εκπαιδευτικό σας επίπεδο;

- ΑΕΙ/ΤΕΙ
- Γυμνάσιο
- Λύκειο
- Δημοτικό
- Καθόλου

Εάν είστε συνταξιούχος πιο ήταν το τελευταίο σας επάγγελμα;

---

Πώς θα κρίνατε την οικονομική σας κατάσταση;

- Πολύ καλή
- Καλή
- Μέτρια
- Κακή
- Πολύ κακή

Υποφέρετε από κάποια χρόνια πάθηση;

- ΝΑΙ
- ΟΧΙ

Εάν **ΝΑΙ** από ποια ή ποιες από τις παρακάτω παθήσεις σας έχει πει ο γιατρός ότι πάσχετε;

Θρόμβωση στεφανιαίων αγγείων ή άλλη καρδιακή νόσος	
Υπέρταση	
Υψηλά επίπεδα χοληστερόλης αίματος	
Εγκεφαλικό επεισόδιο ή άλλη νόσος των αγγείων του εγκεφάλου	
Σακχαρώδης διαβήτης	
Νεφρική ανεπάρκεια	
Χρόνια πνευμονική νόσος χρόνια βρογχίτιδα ή εμφύσημα	
Ασθμα	
Αρθρίτιδα ή «ρευματικά»	
Οστεοπόρωση	
Καρκίνος ή νεόπλασμα συμπεριλαμβανομένης λευχαιμίας	
Έλκος στομάχου ή δωδεκαδακτύλου ή πεπτικό έλκος	
Νόσος του Πάρκινσον	
Καταρράκτης	
Κάταγμα ισχίου ή μηρού	



Καμία από αυτές	
Άλλη/ες ασθένειες που δεν αναφέρθηκαν	

Έχετε διαγνωστεί για κατάθλιψη από επαγγελματία υγείας;

- ΝΑΙ
- ΟΧΙ

### **Β΄ ΜΕΡΟΣ (Για τους ερωτώμενους μέλη των ΚΑΠΗ)**

Σε αυτό το τμήμα του ερωτηματολογίου διερευνάται ο βαθμός συμμετοχής κάθε ερωτώμενου στις δραστηριότητες των ΚΑΠΗ. Παρακαλώ αφού διαβάσετε τις ερωτήσεις συμπληρώστε με ένα ✓ για κάθε ερώτηση, την απάντηση που σας αντιπροσωπεύει.

Επισκέπτεστε το εντευκτήριο του ΚΑΠΗ της περιοχής σας;

- ΝΑΙ
- ΟΧΙ

Εάν ΝΑΙ πόσο συχνά επισκέπτεστε το εντευκτήριο του ΚΑΠΗ;

- 1-2 φορές την εβδομάδα
- 3-4 φορές την εβδομάδα
- Καθημερινά
- Λίγες φορές το μήνα

Συμμετέχετε στις κοινωνικές δραστηριότητες του ΚΑΠΗ;

- Συχνά

- Μερικές φορές
- Ποτέ

Εάν δεν συμμετέχετε ποιοι είναι οι λόγοι;

- Λόγοι υγείας ή κινητικών προβλημάτων
- Άλλες υποχρεώσεις
- Λόγω μεγάλης απόστασης από το ΚΑΠΗ
- Οικονομικοί λόγοι
- Άλλοι λόγοι

### Γ΄ ΜΕΡΟΣ

#### Κλίμακα Γεροντικής Κατάθλιψης (Geriatric Depression Scale-15)

Παρακαλώ επιλέξτε την απάντηση, που περιγράφει καλύτερα την κατάστασή σας κατά τη διάρκεια του τελευταίου μήνα

1 Είστε βασικά ευχαριστημένοι με τη ζωή σας;

ΝΑΙ\_\_\_ ΟΧΙ\_\_\_

2 Εγκαταλείψατε πολλές από τις δραστηριότητες και τα ενδιαφέροντά σας;

ΝΑΙ\_\_\_ ΟΧΙ\_\_\_

3 Αισθάνεστε ότι η ζωή σας είναι άδεια;

ΝΑΙ\_\_\_ ΟΧΙ\_\_\_

4 Βαριέστε συχνά;

ΝΑΙ\_\_\_ ΟΧΙ\_\_\_

5 Είστε στα κέφια σας τον περισσότερο καιρό;

ΝΑΙ\_\_\_ ΟΧΙ\_\_\_

6 Φοβάστε ότι θα σας συμβεί κάτι κακό;

ΝΑΙ\_\_\_ ΟΧΙ\_\_\_

7 Αισθάνεστε ευτυχισμένος/η τον περισσότερο καιρό;

ΝΑΙ\_\_\_ ΟΧΙ\_\_\_

8 Αισθάνεστε συχνά αβοήθητος/η;

ΝΑΙ\_\_\_ ΟΧΙ\_\_\_

9 Προτιμάτε να μένετε στο σπίτι παρά να βγαίνετε έξω και να κάνετε διάφορα καινούρια πράγματα;

ΝΑΙ\_\_\_ ΟΧΙ\_\_\_

10 Αισθάνεστε ότι έχετε περισσότερα προβλήματα με τη μνήμη σας απ' ότι οι άλλοι;

ΝΑΙ\_\_\_ ΟΧΙ\_\_\_

11 Πιστεύετε ότι είναι υπέροχο πράγμα που είστε ζωντανός/ή τώρα;

ΝΑΙ\_\_\_ ΟΧΙ\_\_\_

12 Αισθάνεστε άχρηστος/η έτσι όπως είστε τώρα;

ΝΑΙ \_\_\_

ΟΧΙ \_\_\_

13 Αισθάνεστε γεμάτος/η ενέργεια;

ΝΑΙ \_\_\_

ΟΧΙ \_\_\_

14 Αισθάνεστε ότι η κατάστασή σας είναι απελπιστική;

ΝΑΙ \_\_\_

ΟΧΙ \_\_\_

15 Πιστεύετε ότι οι περισσότεροι άνθρωποι είναι σε καλύτερη κατάσταση από εσάς;

ΝΑΙ \_\_\_

ΟΧΙ \_\_\_

## Έντυπο Συγκατάθεσης

Έχοντας ενημερωθεί για το σκοπό και το περιεχόμενο της μεταπτυχιακής, διπλωματικής εργασίας με θέμα τη «Διερεύνηση του επιπολασμού της κατάθλιψης σε ηλικιωμένους χρήστες δομών της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας Δήμου της Περιφέρειας Ηπείρου» δέχομαι να συμμετέχω στη μελέτη.

Υπογραφή Συμμετέχοντα

---

Ημερομηνία

---

Ημερομηνία...21/11/2013

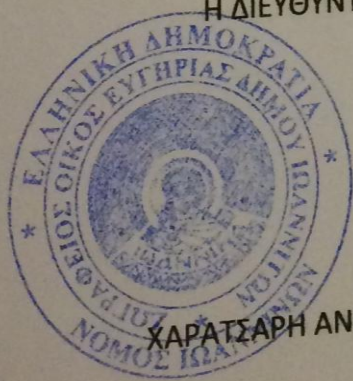
Αρ. Πρωτ...474

**ΒΕΒΑΙΩΣΗ**

**ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ « ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΗΣΗ ΚΡΙΣΕΩΝ» ΤΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΤΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ**

Επιτρέπουμε με το παρόν έντυπο στην Κουβάτσου Αικατερίνη του Ευαγγέλου, μεταπτυχιακή φοιτήτρια του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου να διανείμει ερωτηματολόγια στο Ζωγράφειο Οίκο Ευγηρίας στα πλαίσια της Διπλωματικής της εργασίας.

Η ΔΙΕΥΘΥΝΤΡΙΑ



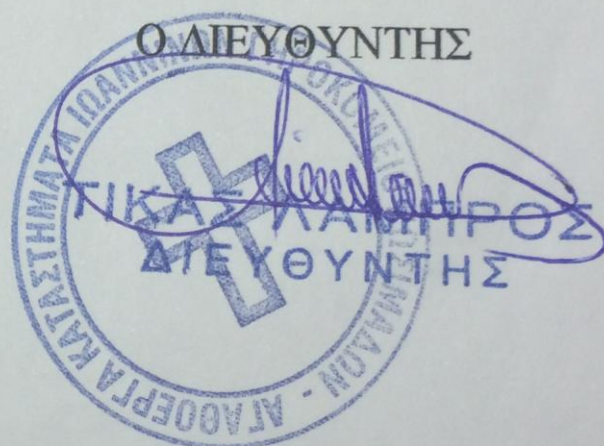
\*4-16 ay

ΧΑΡΑΤΣΑΡΗ ΑΝΔΡΟΥΛΑ

ΙΕΡΑ ΜΗΤΡΟΠΟΛΙΣ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ  
ΑΓΑΘΟΕΡΓΑ ΚΑΤΑΣΤΗΜΑΤΑ  
ΓΗΡΟΚΟΜΕΙΟ ΖΩΣΙΜΑΔΩΝ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ  
ΜΑΥΡΟΓΙΑΝΝΗ 1  
ΤΗΛ. 2651020012  
ΦΑΞ 2651030551

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 18-02-2014  
ΑΡ. ΠΡ.111

Η διοικητική επιτροπή του ως άνω Ιδρύματος, δίνει την άδεια στην Αικατερίνη Κουβάτσου μεταπτυχιακή φοιτήτρια του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου τμήματος Νοσηλευτικής, να πραγματοποιήσει την εργασία της στο Ίδρυμα Γηροκομείο Ζωσιμάδων Ιωαννίνων.





**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ**

**ΔΗΜΟΣ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ**

Οργανισμός Κοινωνικής Προστασίας - Αλληλεγγύης και  
Προσχολικής Αγωγής.

**Ο.Κ.Π.Α.Π.Α.**

Ημερομηνία Ιωάννινα 24/07/2013

Αριθμ. Πρωτ. 1979

**ΒΕΒΑΙΩΣΗ**

**ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ «ΔΙΟΙΚΗΣΗ  
ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΡΙΣΕΩΝ ΤΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΤΟΥ  
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΠΕΛΟΠΠΟΝΗΣΟΥ**

Επιτρέπουμε στην Κουβάτσου Αικατερίνη του Ευαγγέλου, σπουδάστρια του τμήματος  
Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου να διανείμει ερωτηματολόγια στα Κ.Α.Π.Η. του  
Δήμου Ιωαννιτών για την εκπόνηση της διπλωματικής της εργασίας.



**Η ΔΙΕΥΘΥΝΤΡΙΑ**

**ΤΖΙΟΒΑΡΑ ΣΟΦΙΑ**





## 1st International Conference of Community & Public Health Nursing: Research, Education and Practice

14-16  
November  
2013 **Athens, Greece**  
Royal Olympic Hotel  
[www.cphnursing2013.com](http://www.cphnursing2013.com)

# Final Program

Organized by



HELLENIC REPUBLIC  
National and Kapodistrian University of Athens  
FACULTY OF NURSING DEPARTMENT OF PUBLIC HEALTH  
COMMUNITY HEALTH NURSING LABORATORY

Under the Auspices of the



HELLENIC MINISTRY OF HEALTH



The 1st International Conference of Community & Public Health Nursing has been awarded with 12.5 ICNECs credits

h 2013

Exhibition Area

14-16  
November  
2013

## E-POSTER Presentations

**Saturday, November 16<sup>th</sup> 2013**

**Exhibition Area**

**11.30 - 13.15** Introducing 12 nursing care plans in Greek primary health care structures (PHCS)

**Panagiotis Prezerakos**

Protocol of Health Centers', Outpatient and Emergency departments' Consumables Management

**Olga Siskou**

Networking of an integrated post-hospital health care system of patients from vulnerable social groups

**Athena Kalokerinou**

Homecare and Daycare services for patients with cancer: an SF-36 quality of life survey

**George Pierrakos**

Investigation of Greek informal caregivers' training needs in providing home health care to cancer patients

**Theodoula Adamakidou**

A Study to Explore the Care-giving Experiences on the Primary Caregivers

**Chia-Li Hsiao**

Measuring the burden of family caregivers of elderly with dementia and use of ICT in the management of home care

**Georgia Zacharopoulou**

Assessing participants satisfaction of performing the program "help at home" of the municipality of Megalopolis in Peloponnese

**George Lampropoulos**

Investigation of the prevalence of depression in elderly users of primary health care structures, in municipality of the region of Epirus

**Katerina Kouvatsou**

## **Investigation of the prevalence of depression in elderly users of primary health care structures in a municipality of the region of Epirus**

KaterinaKouvatsou<sup>1</sup>, StylianiTziaferi<sup>2</sup>

*<sup>1</sup>RN, Post Graduate Student, Dep. of Nursing, University of Peloponnese <sup>2</sup>Assistant Professor, dep. of Nursing, University of Peloponnese*

**Introduction:** Depression rates increase with age, though a percentage of patients that does not exceed 20% recognize the disease and requests help. This confirms the subdiagnosis of the disease and the difficulty in recognition of the patient's symptoms by some health professionals or caregivers, since these often co-exist with chronic physical diseases, which are responsible for them. Besides depression in the elderly is often not accompanied by a feeling of sadness and presents atypical clinical picture.

**Purpose:** to estimate the prevalence of depression symptoms in elderly population, who are visitors of primary health care structures or reside in nursing homes in Ioannina. Moreover, to investigate the social and demographic characteristics of participants that can be associated with the onset of depression symptoms and to estimate the degree of sub-diagnosis of the disease in the target group of the study.

**Materials and Methods:** a descriptive cross-sectional study of the prevalence of depression. A representative sample of 200 people aged above 65 years old will be used who visit primary care facilities or live in nursing homes of Ioannina. People without skill knowledge and understanding of the Greek language or elderly with mental disorders will be excluded. Data collection will take place from October 2013 to.....in the form of structured individual interviews using the questionnaire of the short version of Geriatric Depression Scale, having relevant authorization by the primary care structures.

Descriptive statistics will be applied to attain frequency distribution. Comparison analyses will be carried out to explore characteristics of respondents, predicting level of depression symptoms and possible correlation to a concurrent disease or criteria of sub-diagnosis.

**Implications:** Elderly depression is associated with an increase of medical cargo, long stay in hospitals and high cost to patients in primary care facilities. An estimation of the socio-economic and biological factors influencing the emergence, aggravation or mitigation of depression symptoms should promote timely treatment of potentially reversible factors but also prevent progression of the disease thus reducing the fatality rate, improving the quality of life of the elderly.