

# Ψυχογηριατρική Η Βιολογία του Γήρατος



ΕΙΔΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΩΝ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΣΥΝΔΡΟΜΩΝ  
ΣΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ

Dr Lyrakos Georgios

Φυσικοθεραπεία 2014

## Τρίτη ηλικία



- Η "**Τρίτη Ηλικία**" έχει πλέον καθιερωθεί σαν μια φάση στη ζωή του ανθρώπου με τα δικά της ιδιαίτερα χαρακτηριστικά.
- Χαρακτηριστικά που έχουν να κάνουν όχι μόνο με τη σωματική φυσιολογική εξασθένιση ή και την ύπαρξη τυχόν περιστασιακών ή χρόνιων νοσημάτων, αλλά και με αλλαγές της κοινωνικής ζωής, των σχέσεων με τους συνανθρώπους, τις δυνατότητες διατήρησης των δραστηριοτήτων κλπ.

## Το ηλικιωμένο άτομο

- Καλείται καθημερινά να αποδεικνύει ότι:
- δεν έχει αρχίσει να τα χάνει
- μπορεί να διαλογίζεται και
- να συμμετέχει στην καθημερινή ζωή σαν φυσιολογικό,
- έχει όνειρα και επιθυμίες να πραγματοποιήσει ακόμη στη ζωή του.
  
- Σε αντίθεση, στα νέα άτομα η οποιαδήποτε ανικανότητα πρέπει να αποδειχθεί, οι επιθυμίες και τα όνειρα είναι απόλυτα φυσιολογικά, η συμμετοχή στις αποφάσεις δεδομένη.

- Ίσως είναι η μόνη περίοδος της ζωής του ανθρώπου χωρίς υποχρεώσεις.
- Ελεύθερος από τη δουλειά του, τις υποχρεώσεις απέναντι στα παιδιά του, τους δικούς του ώριμους ή ανώριμους φαντασιωσικούς στόχους στη ζωή του
- είναι σε θέση να πραγματοποιήσει τις όποιες απωθημένες επιθυμίες του, όπως να γράψει, να ζωγραφίσει, να ταξιδέψει κλπ.
- Ακόμα και η απλή έκφραση όμως κάποιων, τέτοιων σκέψεων, συνήθως αντιμετωπίζεται σαν **"πρώτο σύμπτωμα"** ότι κάτι δεν πάει καλά.



- Μέσα λοιπόν στη μοναξιά του - συχνά έχει χαθεί ο σύντροφος και τα παιδιά έχουν πλέον απομακρυνθεί - μαθαίνει με τον καιρό το νέο του ρόλο, να αισθάνεται άχρηστος ή βάρος για συγγενείς και φίλους.
- Το υπόστρωμα για την εκδήλωση μίας ψυχικής διαταραχής ή της επιβάρυνσης οποιασδήποτε σωματικής ασθένειας από τη μείωση της ψυχοσωματικής άμυνας του ατόμου, έχει διαμορφωθεί.
- Συνοψίζοντας τους παράγοντες που θα μπορούσαν να επιδράσουν αιτιοπαθογενετικά στην εμφάνιση ψυχιατρικών διαταραχών στην "Τρίτη ηλικία", θα μπορούσαμε να τους ταξινομήσουμε σε δύο κατηγορίες.

## Συνοψίζοντας



- Οι παράγοντες που θα μπορούσαν να επιδράσουν αιτιοπαθογενετικά στην εμφάνιση ψυχιατρικών διαταραχών στην "Τρίτη ηλικία", θα μπορούσαμε να τους ταξινομήσουμε σε δύο κατηγορίες

## A. Παράγοντες που έχουν να κάνουν με το ίδιο άτομο

- προϋπάρχουσες ψυχιατρικές διαταραχές
- οργανικές αλλοιώσεις του εγκεφάλου
- συχνές σωματικές ασθένειες ή χρόνια νοσήματα
- χρόνια χρήση διαφόρων φαρμάκων που μπορούν να οδηγήσουν σε ψυχιατρική συμπτωματολογία
- αναζωπύρωση παλαιών ασθενειών

## B. Παράγοντες που έχουν να κάνουν με το κοινωνικό περιβάλλον

- σε μια κοινωνία που τη χαρακτηρίζουν η απόδοση και ο καταναλωτισμός, ο αδύναμος και μη αποδοτικός είναι λιγότερο αποδεκτός
- ο ρόλος των ηλικιωμένων είναι προκαθορισμένος και οφείλουν να προσαρμοσθούν σ' αυτόν
- η συνταξιοδότηση είναι γενικά καλύτερα ανεκτή, ενώ η απώλεια του/της συντρόφου οδηγεί συχνά σε καταθλιπτικές καταστάσεις.
- οι συνθήκες διαβίωσης της εποχής δεν αφήνουν περιθώρια ελεύθερης κίνησης των ηλικιωμένων
- η χρόνια μοναξιά μπορεί να οδηγήσει και αυτή σε ψυχιατρικά προβλήματα. Στις περιπτώσεις αυτές η εισαγωγή σε ένα ίδρυμα μπορεί να λειτουργήσει και θεραπευτικά με την προϋπόθεση ότι θα πρόκειται για ένα ίδρυμα στο οποίο ο ηλικιωμένος θα μπορεί να αναπτύξει κάποιες δραστηριότητες και να επικοινωνήσει με άλλους ομοίους του
- Τα διάφορα ιδρύματα είναι στην πλειοψηφία τους ανεπιθύμητα και από τους ίδιους μια και για τη ψυχική υγεία δεν φθάνει μόνο η σωματική φροντίδα αλλά και η διατήρηση οποιασδήποτε μορφής αυτόνομης δραστηριότητας ή δημιουργικής απασχόλησης
- Στις περισσότερες περιπτώσεις, στο ίδρυμα, χάνει ακόμη και την πολυτέλεια της μοναξιάς του, με το να γίνει ένας από τους πολλούς ανώνυμους ενοίκους του



- Το ψυχιατρικά διαταραγμένο ηλικιωμένο άτομο σπάνια αναζητά ιατρική βοήθεια από μόνο του.
- Συχνά μάλιστα το ίδιο το περιβάλλον του θεωρεί φυσιολογικά φαινόμενα γήρανσης ακόμη και τα συμπτώματα μιας προχωρημένης ψυχιατρικής πάθησης ή τα αρχόμενα σημεία ενός οργανικού ψυχοσυνδρόμου, με αποτέλεσμα οι ηλικιωμένοι ασθενείς να φθάνουν σε αρκετά προχωρημένες καταστάσεις στην αναζήτηση ειδικευμένης ιατρικής βοήθειας.



- Υπολογίζεται ότι σχεδόν **κάθε τρίτος ασθενής που εισάγεται σε ψυχιατρικό νοσοκομείο είναι άνω των 65 ετών**, ενώ οι περισσότεροι συγγραφείς συμφωνούν ότι κατά σειρά συχνότητας οι διαγνώσεις εισαγωγής είναι:
  - - **οργανικό ψυχοσύνδρομο**
  - - **καταθλιπτικό σύνδρομο**
  - - **οργανικές ψυχώσεις**
  - - **ψυχοαντιδραστικές καταστάσεις**
  - - **ασθένειες εξάρτησης**
  -

## Ταξινόμηση ψυχιατρικών διαταραχών στο γήρας

- **A.** Επίδραση της ηλικίας σε ήδη υπάρχουσες ψυχιατρικές διαταραχές.
- **B.** Πρωτοεμφανιζόμενες ψυχιατρικές διαταραχές σε μεγάλες ηλικίες.

### A. Επίδραση της ηλικίας σε ήδη υπάρχουσες ψυχιατρικές διαταραχές.

- **A1. Οι νευρωτικές διαταραχές.**
- Εμφανίζονται στη 2η - 3η δεκαετία της ζωής και κάποιες μορφές στην 4η μέχρι 5η με εκλυτικούς παράγοντες γεγονότα ή βιώματα στις αντίστοιχες φάσεις.
- Οι νευρωτικές διαταραχές, ίσως και λόγω της σχέσης τους με εκλυτικούς περιστασιακούς παράγοντες, μειώνονται συνήθως σε ένταση σε μεγαλύτερες ηλικίες.
- Γίνονται περισσότερο ανεκτές και με λιγότερη σπουδαιότητα για το άτομο που, κατά κάποιο τρόπο, έχει μάθει να ζει με αυτές.
- Συχνά "ξεχνιούνται" σε βαθμό που να μπορούν να θεωρηθούν σαν ιαθείσες.

## A2. Οι διαταραχές της προσωπικότητας.



- Με προϋπόθεση ένα σχετικά σταθερό περιβάλλον, χάνουν με το χρόνο σε ένταση, χρώμα και δραματοποίηση των χαρακτηριστικών τους.
- Σε πολλές όμως περιπτώσεις, τα άτομα αυτά γίνονται ιδιαίτερα προβληματικά, όταν λόγω της εγκεφαλικής ατροφίας και της συνεπακόλουθης εξασθένησης του ανασταλτικού ελέγχου της λογικής οδηγούνται σε μία, χωρίς όρια, έκφραση της ψυχοπαθολογίας τους.
- Σε αυτήν την περίπτωση γίνονται βασανιστικά για το περιβάλλον τους.

## A3. Οι συναισθηματικές ψυχώσεις.



- Εμφανίζουν με το πέρασμα του χρόνου μια, φαινομενικά, ηπιότερη συμπτωματολογία, τουλάχιστον όσον αφορά την ένταση των συμπτωμάτων.
- Οι καταθλιπτικές φάσεις είναι λιγότερο δραματικές, διαρκούν όμως περισσότερο και είναι πιο ανθεκτικές στην φαρμακευτική τους αντιμετώπιση.
- Συνήθως παρατηρούμε μια **αλλαγή της ψυχοπαθολογικής εικόνας με "σωματοποίηση" της συμπτωματολογίας και "υποχονδριακό" ιδεασμό**. Οι καταθλιπτικές σκέψεις αποκτούν αυξημένο παρανοϊκό περιεχόμενο, ιδιαίτερα συχνά σε μοναχικά άτομα.
- Οι αυτοκτονικές πράξεις εμφανίζονται αυξημένες σε σχέση με το μέσο όρο των άλλων πληθυσμιακών ομάδων.
- Οι διπολικές διαταραχές (μανιοκατάθλιψη) εμφανίζουν μια ανάλογη εξέλιξη. Σε μεγάλες ηλικίες, οι μανιακές φάσεις εμφανίζουν εντονότερη συγχυτική συμπτωματολογία και υπερκινητικότητα.

#### A4. Οι ψυχωτικές διαταραχές σχιζοφρενικού τύπου.



- Παρατηρείται μια καλύτερηση της κλινικής εικόνας με το πέρασμα της ηλικίας.
- Η οποιασδήποτε μορφής αποδιοργάνωση της προσωπικότητας, όπου αυτή υφίσταται, φαίνεται να σταματάει διαμορφώνοντας μια εικόνα που συχνά χαρακτηρίζεται σαν "**υπολειμματικό σύνδρομο**".
- Έχει παρατηρηθεί ακόμη ότι δεν υπάρχει γραμμική συσχέτιση ανάμεσα στην κλινική εικόνα της αρχικής φάσης και την τελική πρόγνωση ή την εικόνα της διαταραχής σε προχωρημένη ηλικία.
- Ακόμη, οι μέθοδοι βιολογικής θεραπείας που θα χρησιμοποιηθούν στις αρχικές φάσεις δεν φαίνεται να έχουν καμία επίδραση στην τελική πορεία της νόσου (που σημαίνει ότι δεν θεραπεύουμε αιτιολογικά).
- Ιδιαίτερη σημασία φαίνεται να έχουν οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις που έγιναν κατά τη διάρκεια της πορείας της νόσου σε συγκεκριμένα άτομα με στόχο την καλλιέργεια των όποιων υγιών, εις βάρος των παθολογικών, στοιχείων του ασθενή.

#### A4. Οι ψυχωτικές διαταραχές σχιζοφρενικού τύπου.



- Στα πλαίσια αυτά παρατηρήθηκε ότι όσο μικρότερες είναι οι περίοδοι εγκλεισμού του ασθενή σε ψυχιατρικά ιδρύματα, τόσο καλύτερη είναι και η τελική πρόγνωση.
- Μια παρατήρηση στην οποία εξάλλου οφείλεται και η αλλαγή της ονομασίας της νόσου από "**πρώιμη άνοια**" (Dementia Praecox) σε **σχιζοφρένεια**.
- Εδώ βέβαια δεν θα πρέπει να παραγνωρισθούν βαριές νοσηρές καταστάσεις των οποίων ο εγκλεισμός είναι, έστω και για κάποιο μικρό ή μεγάλο χρονικό διάστημα, αναπόφευκτος.
- Ισχύει επίσης ότι οι καθαρές σχιζοφρενικές ψυχώσεις έχουν δυσμενέστερη πρόγνωση από τις συναισθηματικές διαταραχές, έτσι ώστε και η τελική εικόνα τους να είναι βαρύτερη.



## Παράγοντες που συνδέονται

- Συνοψίζοντας τους παράγοντες που φαίνεται να συνδέονται με την τελική εξέλιξη μιας σχιζοφρενικής διαταραχής θα τους ταξινομούσαμε σε παράγοντες που έχουν σχέση με:
  - **τη δομή της προσωπικότητας,**
  - **το κοινωνικό περιβάλλον,**
  - **τη γενικότερη σωματική υγεία**
- Ιδιαίτερα οι δύο τελευταίοι θα καθορίσουν σε μεγάλο βαθμό και την εικόνα της νόσου στους ηλικιωμένους ασθενείς.
- Τέλος, σε αντίθεση με τις αρχικές υποθέσεις ότι οι σχιζοφρένιες οδηγούν σε πρόωμη άνοια, σήμερα είναι γνωστό ότι οι σχιζοφρένιες δεν εμφανίζουν συχνότερα ανοϊκές διαταραχές απ' ό,τι ο γενικότερος πληθυσμός, μια και δεν πρέπει να συγχέεται η άνοια με το σχιζοφρενικό υπολειμματικό σύνδρομο.
- 

## Β. Πρωτοεμφανιζόμενες ψυχικές διαταραχές σε μεγάλη ηλικία.

- Πρόκειται κυρίως για:
  - - τα οργανικά ψυχοσύνδρομα και
    - τα καταθλιπτικά σύνδρομα
  - και σε μικρότερο βαθμό για:
    - τις παρανοειδείς - ψευδαισθητικές καταστάσεις και
    - τις νευρωτικές εικόνες με κυρίαρχη συμπτωματολογία το άγχος.

## B1. Τα οργανικά ψυχοσύνδρομα.

- Πρόκειται για διαταραχές των ψυχικών λειτουργιών που οφείλονται σε αλλοιώσεις της εγκεφαλικής ουσίας.
- Οι συνηθέστερες αιτίες οργανικών ψυχοσυνδρόμων σε μεγάλες ηλικίες είναι αυτές που οδηγούν σε σταδιακή εκφύλιση του εγκεφαλικού κυττάρου, είτε λόγω γήρατος, είτε λόγω αγγειακών διαταραχών, μεταβολικών νόσων ή χρόνιας χρήσης τοξικών ουσιών.
- Το μεγαλύτερο μέρος των οργανικών ψυχοσυνδρόμων στις μεγάλες ηλικίες καλύπτουν διάφορες μορφές άνοιας με κυριότερο εκπρόσωπό τους την άνοια τύπου Alzheimer.

### B1.2 Η νόσος του Alzheimer.

- Οφείλει το όνομά της στο γερμανό γιατρό **ALOIS ALZHEIMER** (γεν. 1864)
- Περιέγραψε πρώτος τις χαρακτηριστικές αλλοιώσεις της νόσου στον εγκέφαλο του ασθενούς Auguste D. το 1906
- Πρόκειται για μία **προοδευτικά εξελισσόμενη νευροεκφυλιστική νόσο του ΚΝΣ που αρχίζει με διαταραχές της πρόσφατης μνήμης και φθάνει μέχρι την πλήρη διακοπή της επαφής με την πραγματικότητα.**

## Ανάλογα με την ηλικία έναρξης διακρίνουμε:

- Άνοια τ. Alzheimer με **πρώιμη έναρξη** (<65 ετών)
- Γεροντική άνοια τ. Alzheimer με **όψιμη έναρξη** (>65 ετών)
- **Άτυπη ή μικτής μορφής άνοια** που η κλινική της εικόνα δεν είναι η τυπική της νόσου Alzheimer ή είναι εμφανής και η συμμετοχή αγγειακών διαταραχών στην εμφάνιση της νόσου (μικτού τύπου άνοια).
- **Αιτιοπαθογενετικοί παράγοντες της νόσου**

## Κυριότεροι παράγοντες που συμμετέχουν στην εμφάνιση της νόσου θεωρούνται:

- α. η κληρονομικότητα, με την έννοια της αυξημένης πιθανότητας εμφάνισης της νόσου, όταν νοσεί κάποιος πρώτου βαθμού συγγενής.
- β. πιθανή γονιδιακή βλάβη που σχετίζεται με τα χρωμοσώματα 21, 19, 14. Έχουν απομονωθεί επίσης γονίδια φορείς της νόσου χωρίς όμως να σημαίνει ότι ο φέρων τα γονίδια θα νοσήσει (υπολειπόμενο γονίδιο).
- γ. Η μείωση της δραστηριότητας της ακετυλοχολινεστεράσης, βασικού ενζύμου για τη σύνθεση της χολινεστεράσης, με αποτέλεσμα την απενεργοποίηση των αντίστοιχων κυττάρων.
- δ. Πιθανή ιογενής λοίμωξη από ιό βραδείας δράσεως.
- ε. Τοξική βλάβη των κυττάρων από ουσίες όπως ο μόλυβδος. στ. Πιθανός αυτοάνοσος μηχανισμός.
- ζ. Η εναπόθεση β-αμυλοειδούς πρωτεΐνης σε μορφή πλακών στο Κ.Ν.Σ. και βέβαια η συμμετοχή διαφόρων προδιαθεσικών παραγόντων όπως:
  - η μεγάλη ηλικία
  - το φύλο (οι γυναίκες νοσούν 13% περισσότερο από τους άνδρες)
  - η μείωση διαφόρων αντιοξειδωτικών παραγόντων στον οργανισμό
  - κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις, νόσοι του κυκλοφορικού, αρτηριακή υπέρταση κ.ά.

## κλινική εικόνα

- Μοιάζει με αυτή των άλλων ανοιών και χαρακτηρίζεται κυρίως από:
  - σταδιακή έκπτωση της πρόσφατης - βραχύχρονης μνήμης που εξελίσσεται σε γενικότερη διαταραχή της μνήμης
  - έκπτωση της κρίσης, αδυναμία έκφρασης σύνθετων λογισμών, αφασικές, απραξικές ή και αγνωσιακές διαταραχές
  - διαταραχές του προσανατολισμού στο χώρο, το χρόνο και τον ίδιο τον εαυτό.
  - συναισθηματική αστάθεια, ευσυγκινησία ή και εκρήξεις επιθετικότητας ή ακόμη απάθεια, αδιαφορία ή καχυποψία μέχρι παρανοϊκού βαθμού
  - ψυχωσική συμπτωματολογία με παραισθήσεις, ψευδαισθήσεις, παραληρητικές ιδέες, κυρίως διωκτικού περιεχομένου
  - - ακράτεια, φυγές και πλανήσεις.
- Το σύνολο αυτό των συμπτωμάτων εμφανίζεται σταδιακά και η πρόγνωση της νόσου εξαρτάται από τη χρονική ταχύτητα επιβάρυνσης της κλινικής εικόνας.

Για το λόγο αυτό έχουν περιγραφεί **επτά στάδια της νόσου** με διαφορετικά βασικά χαρακτηριστικά για κάθε ένα από αυτά. Τα στάδια αυτά είναι:

- **στάδιο 1:** χωρίς διαταραχές ανωτέρων λειτουργιών και χωρίς υποκειμενικές αιτιάσεις.
- **στάδιο 2:** υποκειμενικές αιτιάσεις για διαταραχή της μνήμης χωρίς αντικειμενικές ενδείξεις κατά την κλινική εξέταση.
- **στάδιο 3:** ήπια νοητική ανεπάρκεια, εμφάνιση άρνησης, αντικειμενικές ενδείξεις μόνο σε συστηματική κλινική συνέντευξη. "
- **στάδιο 4:** μέτρια νοητική ανεπάρκεια, αδυναμία για σύνθετες εργασίες, άμβλωση συναισθήματος, η άρνηση γίνεται βασικός μηχανισμός άμυνας.
- **στάδιο 5:** αρχή άνοιας, ο ασθενής δεν μπορεί να επιζήσει χωρίς βοήθεια και κατά τη συνέντευξη δεν μπορεί να ανακαλέσει βασικά στοιχεία.
- **στάδιο 6:** μέτρια άνοια, χρειάζεται συνεχή φροντίδα στην καθημερινή ζωή, εμφάνιση ακράτειας, διαταραχές συναισθήματος και χαρακτήρα, άσκοπες τάσεις φυγής.
- **στάδιο 7:** βαρεία άνοια, απώλεια κάθε λεκτικής δραστηριότητας και βασικών ψυχοκινητικών λειτουργιών σαν να μη μπορεί το μυαλό να συνδυασθεί με τη σωματική κινητικότητα.

## Διάγνωση



- Η διάγνωση της άνοιας δεν είναι δύσκολη
- 
- Η επιβεβαίωση όμως της νόσου Alzheimer μπορεί να γίνει μόνο με ιστολογική εξέταση του εγκεφάλου του ασθενούς μετά θάνατον
- Η κλινική εξέταση παραμένει το βασικό κριτήριο προσδιορισμού της διαταραχής και περιλαμβάνει διάφορα ερωτηματολόγια προς καθορισμό του σταδίου (π.χ. το Min Mental State Examination - MMSE κ.ά.).



- Η εργαστηριακή επιβεβαίωση θα γίνει με αξονική ή μαγνητική τομογραφία, εγκεφαλογράφημα και πλήρη αιματολογικό έλεγχο. Ακόμη μπορεί να προχωρήσει κανείς σε γενετικό έλεγχο, προσδιορισμό παθολογικών πρωτεϊνών και αμυλοειδών ή και σε εξέταση E.N.Y.
- **Η διαφορική διάγνωση της άνοιας** θα γίνει από την κατάθλιψη χωρίς να αποκλείεται η συνύπαρξη των δύο κλινικών εικόνων, ιδιαίτερα στα αρχικά στάδια της νόσου, όπου ο ασθενής έχει αρχίσει να βιώνει τις πρώτες δυσκολίες στη λειτουργικότητά του, γεγονός που επηρεάζει και τη γενικότερη συναισθηματική του κατάσταση αρνητικά.
- Συγκεκριμένη **θεραπεία** δεν υπάρχει. Φαρμακευτικά χορηγούνται κυρίως:
- - **αναστολείς της χολινεράσης**
- - **χολινεργικοί ανταγωνιστές**
- - **παράγοντες απελευθέρωσης ακετυλοχολίνης**
- - **ουσίες πρόδρομες της ακετυλοχολίνης.**
- Η φαρμακευτική αγωγή συχνά συνδυάζεται με:
- - **χορήγηση βιταμινών**
- - **χορήγηση αντιοξειδωτικών ουσιών και**
- - **είδη υγιεινής διατροφής.**
- Βασικό όμως ρόλο φαίνεται να αποτελεί η ψυχοκοινωνική φροντίδα και η συνεχής προσπάθεια διατήρησης των όποιων ικανοτήτων εξακολουθεί να διαθέτει ο ασθενής. Για το λόγο αυτό δεν θα πρέπει ποτέ να παραλείπεται η εμπειριστατωμένη πληροφόρηση και καθοδήγηση των συγγενών ή φροντιστών του ασθενή για να μην "ξεχνάνε" τον αρρώστο.

### B1.3 Γεροντική άνοια (Senile Dementia).



- Οφείλεται σε μια **γενικευμένη εγκεφαλική ατροφία** η οποία δημιουργείται εξελικτικά και γίνεται εμφανής μετά το 65ο έτος της ηλικίας.
- Η έκπτωση των ψυχικών διαταραχών είναι σταδιακή και προοδευτική, χωρίς οξείες φάσεις.
- Χαρακτηριστική είναι η **πρώιμη εξασθένιση της πρόσφατης μνήμης** που συχνά αποτελεί και το πρώτο σύμπτωμα της νόσου.
- Η ψυχική συμπτωματολογία συνοδεύεται συχνά και από ελαφρές διαταραχές του νευρικού συστήματος όπως εξωπυραμιδικός τρόμος, στοματικοί αυτοματισμοί, ανωμαλίες του μυϊκού τόνου κλπ.
- Η αξονική τομογραφία έχει γίνει το βασικότερο διαγνωστικό μέσο και χαρακτηρίζεται από στοιχεία εσωτερικού και εξωτερικού υδροκέφαλου και γενικότερα σημεία εγκεφαλικής ατροφίας.

### B1.4 Η νόσος του PICK.



- Τη συναντάμε σε διπλάσια συχνότητα στις γυναίκες απ' ότι στους άνδρες.
- Εμφανίζεται σε μικρότερη ηλικία από την προγεροντική άνοια και με βαρύτερη συμπτωματολογία.
- Η κατάσταση αυτή οδηγεί γρηγορότερα από τις άλλες μορφές άνοιας στην πλήρη αποδιοργάνωση της προσωπικότητας.
- Το προσδόκιμο επιβίωσης κυμαίνεται μεταξύ 2-8 ετών. Η ατροφία του εγκεφάλου είναι περιγεγραμμένη στους κροταφικούς και μετωπιαίους λοβούς και πιο σπάνια στην ινιακή περιοχή ή τους πυρήνες και το στέλεχος.

## B1.5 Το οξύ εγκεφαλικό σύνδρομο.



- Εμφανίζεται σαν επιπλοκή σε χειρουργικές επεμβάσεις, συνήθως ηλικιωμένων ατόμων ή μετά από τοκετό. Πιθανόν οφείλεται σε διαταραχές των ηλεκτρολυτών.
- Η εκδήλωσή του μπορεί να είναι αιφνίδια ή να προηγούνται ορισμένα πρόδρομα συμπτώματα όπως αϋπνία, υπερκινητικότητα, δυσφορική διάθεση κλπ.
- Ακολουθεί η εμφάνιση ψυχωτικής συμπτωματολογίας με παραλήρημα, ψευδαισθήσεις κ.ά.
- Έχει ανάγκη άμεσης αντιμετώπισης, τόσο με νευροληπτικά φάρμακα όσο και με διόρθωση των ηλεκτρολυτικών ή άλλων μεταβολικών διαταραχών, λόγω του κινδύνου για τη ζωή του ασθενή.

## B1.6 Ψυχολογικές διαταραχές επί χωροκατακτητικών επεξεργασιών στον εγκέφαλο (Όγκοι, αιματώματα, κλπ.).



- Η ανάπτυξη χωροκατακτητικών επεξεργασιών στον εγκέφαλο συνοδεύεται συχνά και από ψυχικές διαταραχές που δεν είναι καθορισμένες από την τοπογραφία του όγκου. Σε περίπτωση συνύπαρξης νευρολογικής διαταραχής η διάγνωση είναι ευχερής.
- Ιδιαίτερη προσοχή, όμως, χρειάζεται σε περίπτωση ύπαρξης μόνο ψυχικών διαταραχών που πολύ συχνά οφείλονται σε τέτοιου είδους εξεργασίες.
- Η μη έγκαιρη διάγνωση μπορεί σ' αυτές τις περιπτώσεις να αποβεί μοιραία για τον ασθενή.
- Οι όγκοι του εγκεφάλου χωρίς νευρολογική συμπτωματολογία προκαλούν συνήθως καταθλιπτικές ψυχιατρικές εικόνες.
- Ακόμα, μπορούν να εμφανισθούν βραδυψυχισμός, απρόσφορο συναίσθημα, έκπτωση νοητικών λειτουργιών κ.ά.

## **B1.7 Ηπατοπάθειες, Νεφροπάθειες.**



- Προκαλούν συχνά ψυχική συμπτωματολογία λόγω των μεταβολικών διαταραχών που συνοδεύουν τα προχωρημένα στάδια της νόσου.
- Η ηπατική εγκεφαλοπάθεια προκαλεί συγχυτικά επεισόδια, πτερυγισμό των χειρών και κώμα. Οι πορφυρίες προκαλούν σχιζοφρενικόμορφες ψυχωτικές διαταραχές που συνοδεύονται από κοιλιακά άλγη και πολυνευρίτιδα.
- Επίσης, σε ασθενείς που υποβάλλονται σε συχνή εξωνεφρική κάθαρση παρατηρούνται συχνά διάφορες ψυχικές διαταραχές.

## **B1.8 Χρόνια χρήση φαρμακευτικών σκευασμάτων.**



- Ένας μεγάλος αριθμός φαρμακευτικών σκευασμάτων που χρησιμοποιούνται χρόνια από τα ηλικιωμένα άτομα μπορούν να προκαλέσουν διάφορες ψυχιατρικές κλινικές εικόνες. Σ' αυτό συντελεί και η μειωμένη πρωτεϊνική σύνθεση διαφόρων σκευασμάτων στις προχωρημένες ηλικίες, ενώ η αποβολή από τους νεφρούς περιορίζεται είτε λόγω κάποιας νεφρικής διαταραχής, είτε λόγω της ηλικίας.
- Επιπλέον, οι μεταβολικές και αιματολογικές διαταραχές στον εγκέφαλο κάνουν τα εγκεφαλικά κύτταρα πιο ευαίσθητα.



## Μερικά από αυτά είναι τα σκευάσματα που περιέχουν:



- **Κορτικοστεροειδή** (ευφορικές καταστάσεις με ψυχωσικά στοιχεία, κατάθλιψη),
- **Σκευάσματα που χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση της νόσου του Parkinson** (συγχυτική διέγερση, παρανοϊκές καταστάσεις, κατάθλιψη ανησυχία, άγχος, αύπνιες),
- **Αντιψυχωσικά**, ιδιαίτερα τα περιέχοντα ρεζερπίνη (κατάθλιψη, απώλεια ενδιαφερόντων, ψυχοσωματική διέγερση, διαταραχές του ύπνου, τάσεις αυτοκτονίας),
- **Αναλγητικά**, ιδιαίτερα τα σύνθετα σκευάσματα που περιέχουν αναλγητικό ηρεμιστικό και καφεΐνη, που προκαλούν εθισμό και επιτείνουν το άγχος (παράδοξη δράση),
- **Καρδιοτονωτικά** (π.χ. Digitalis) που στην περίπτωση υπερδοσολογίας, παράλληλα με τις καρδιαγγειακές ανωμαλίες, προκαλούν ναυτία, κεφαλαλγίες, δυσφορία, κατάθλιψη, διαταραχές ύπνου, σύγχυση κλπ.,
- **Ψυχοφάρμακα**, τα οποία θέλουν ιδιαίτερη προσοχή στη δοσολογία τους λόγω των ανεπιθύμητων ενεργειών.

## Τέτοια ψυχοφάρμακα είναι:



- **α. ηρεμιστικά - υπνωτικά**, που προκαλούν εθισμό με αποτέλεσμα στερητικά συμπτώματα κατά τη διακοπή τους. Συχνά εμφανίζουν επίσης τη λεγόμενη "παράδοξη δράση" προκαλώντας αντί ηρεμίας και ύπνου, εσωτερική ανησυχία και αύπνιες.
- **β. νευροληπτικά**, που προκαλούν μείωση της βούλησης, κατάθλιψη, συγχυτικές ή και ψυχωτικές καταστάσεις.
- **γ. αντικαταθλιπτικά**, που προκαλούν συγχυτικές καταστάσεις, ψυχοκινητική διέγερση ή καταστολή κ.ά.
- Γενικά, οποιαδήποτε φαρμακευτικά σκευάσματα θα πρέπει να χορηγούνται με ιδιαίτερη προσοχή στα ηλικιωμένα άτομα και πάντα με συνεχή έλεγχο της δράσης τους σ' αυτά. Για το λόγο αυτό θα πρέπει να υπάρχει συνεργασία με τους συγγενείς ή φροντιστές των ατόμων αυτών.
- **Το σύνδρομο της σεροτονίνης.**
- Εμφανίζεται μετά ταυτόχρονη χρήση δύο ή και περισσότερων φαρμάκων που ενισχύουν τη δραστηριότητα της σεροτονίνης στο κεντρικό νευρικό σύστημα.

## Συμπτωματολογία:

- Νοητικές ή συμπεριφериολογικές αλλαγές (αποπροσανατολισμός, σύγχυση, διέγερση)
- Δυσλειτουργία του αυτόνομου νευρικού συστήματος (διάρροια, τρεμούλα, πυρετό, έμετο)
- Νευρομυικές ανωμαλίες (αταξία, μυϊκός κλόνος τρόμος)
- Η συμπτωματολογία αυτή διαφέρει από τις συνήθεις παρενέργειες ως προς την εμφάνιση κατά ομάδες, την διάρκεια και την σοβαρότητα, με αποτέλεσμα να γίνεται αναγκαία η μείωση ή η διακοπή της φαρμακευτικής αγωγής.

## B1.9 Η νόσος του Parkinson.

- Λόγω της εκφυλιστικής φύσεως της νόσου, μπορεί αυτή να συνδυάζεται με σχετική διαταραχή διαφόρων ψυχικών διαταραχών, την οποία ενισχύει και η χρόνια φαρμακευτική αγωγή με διάφορα σκευάσματα που επηρεάζουν τον ψυχισμό των ασθενών. Συχνότερα παρατηρούμε έναν βραδυψυχισμό και μία καταθλιπτική διάθεση.
- Η διαφορική διάγνωση θα πρέπει να γίνει από τις ανοϊκές καταστάσεις και την υποστροφική μελαγχολία.

## B1.10 Η γενικότερη σωματική υγεία.



- Ιδιαίτερα στους ηλικιωμένους, η ψυχολογική υγεία είναι δυνατό να επηρεασθεί από πλήθος σωματικών παθήσεων, που μπορούν να οδηγήσουν σε συγχυτικές καταστάσεις, οι οποίες καλυτερεύουν με την αποκατάσταση της σωματικής λειτουργικότητας. Σαν παραδείγματα αναφέρουμε εμπύρετα νοσήματα, καρδιακή ανεπάρκεια, αυξομειώσεις της αρτηριακής πίεσης, και διάρροια.
- Χρόνιες πνευμονοπάθειες ακόμα μπορούν να προκαλέσουν άλλοτε άλλης έκτασης συγχυτική διαταραχή και η έντονη σωματική αδυναμία να οδηγήσει σε καταθλιπτική διάθεση. Για το λόγο αυτό και ιδιαίτερα σε ηλικιωμένα άτομα, ποτέ δεν πρέπει να αγνοείται η γενικότερη σωματική κατάσταση ακόμη και στις πιο εξεζητημένες και χαρακτηριστικές ψυχιατρικές εικόνες.

## B.2. Τα καταθλιπτικά σύνδρομα



- Οι κλινικές εικόνες της κατάθλιψης σε προχωρημένες ηλικίες έχουν όλα τα χαρακτηριστικά της υποστροφικής μελαγχολίας, σε βαρύτερη μορφή.
- Οι διάφορες απώλειες σε πρόσωπα, εργασία κλπ. σε συνδυασμό με την περιθωριοποίηση, την έλλειψη στόχων και σκοπού στη ζωή, την απομόνωση από τους νεώτερους και τη σταδιακή μείωση των σωματικών δυνατοτήτων φτιάχνουν ένα ρόλο που διαθέτει όλες τις προϋποθέσεις για να οδηγήσει κάποιον σε μία καταθλιπτική κατάσταση.
- Η μείωση των δραστηριοτήτων και ενδιαφερόντων αυξάνει το άγχος θανάτου που επιβαρύνει, πολλές φορές ιδιαίτερα, την όποια καταθλιπτική συμπτωματολογία.

Τα καταθλιπτικά σύνδρομα στα ηλικιωμένα άτομα μπορούν να εμφανισθούν σαν:



- Πρωτογενής διαταραχή, είτε με την εικόνα μιας **μείζονος κατάθλιψης**, με όλα τα χαρακτηριστικά συμπτώματα του καταθλιπτικού συνδρόμου (απώλεια ενδιαφέροντος, αβουλία, ενοχοποιητικές σκέψεις και αίσθημα μηδαμινότητας, διαταραχές του ύπνου, ψυχοκινητικές διαταραχές, μείωση της όρεξης κλπ) είτε
- σαν μία **χρόνια δυσθυμία** με παρόμοια συμπτωματολογία, φαινομενικά όμως σημαντικά ελαφρύτερη, γι' αυτό και πιο ανεκτή από το περιβάλλον.
- Στις περιπτώσεις αυτές το περιβάλλον του ασθενή θεωρεί μία τέτοια κατάσταση "φυσιολογική" γι' αυτόν και την ηλικία του, συχνά δεν φροντίζει για ιατρική βοήθεια και όταν το κάνει, αυτό γίνεται μετά μεγάλο χρονικό διάστημα χωρίς οποιαδήποτε στοιχεία χαράς ή ευχαρίστησης από κάποια δραστηριότητα του ασθενή.



- Συχνή είναι όμως και η εμφάνιση **ψευδονευρωτικών εικόνων**, όπως μίας υποχονδριακής συμπεριφοράς, διαφόρων σωματικών ενοχλημάτων ή λειτουργικών διαταραχών, χωρίς την εμφανή παρουσία καταθλιπτικού συναισθήματος.
- Στις περισσότερες των περιπτώσεων αυτών πρόκειται για συγκαλυμμένες καταθλίψεις που χαρακτηρίζονται σαν άτυπες.
- Στα καταθλιπτικά σύνδρομα των ηλικιωμένων δεν θα πρέπει να μας διαφεύγει ότι συχνά συνοδεύονται από μία φαινομενική μείωση των νοητικών λειτουργιών, παρόμοια με αυτή της άνοιας.
- Στην προκειμένη περίπτωση πρόκειται για μία μορφή **ψευδοάνοιας**, που συχνά μπορεί να διαχωριστεί από την πραγματική άνοια από τη στάση του ασθενή.
- **Στην άνοια ο ασθενής προσπαθεί να συμμετάσχει αλλά δεν μπορεί, ενώ στην κατάθλιψη είναι χαρακτηριστική η αδιαφορία συμμετοχής του ασθενή.**



- Καταθλιπτικά σύνδρομα που συνοδεύουν άλλες πρωτογενείς διαταραχές χαρακτηρίζονται σαν δευτερογενή.
- Τέτοια είναι τα καταθλιπτικά σύνδρομα που συνοδεύουν τα οργανικά ψυχοσύνδρομα, χρόνιες σωματικές παθήσεις, την νόσο του Parkinson, όπως και αυτά που εμφανίζονται μετά από χρόνια χρήση κάποιων φαρμάκων ή συνοδεύουν ορμονικές διαταραχές (θυρεοειδής, επινεφρίδια, σακχαρώδη διαβήτη), νεοπλασίες ή άλλα συστηματικά νοσήματα (από το καρδιαγγειακό, αναπνευστικό κλπ).
- Δεν θα πρέπει να μας διαφεύγει τυχόν άλλη ή άλλες, ίσως λιγότερο έντονες, καταθλιπτικές φάσεις του ασθενή στο παρελθόν, στα πλαίσια αναζωπύρωσης μίας μονοφασικής διαταραχής.
- Η **διαγνωστική** διαδικασία θα πρέπει να περιλαμβάνει όλες τις εξετάσεις που θα μας αποκλείσουν την οργανικότητα της κατάθλιψης όπως και το λεπτομερές ψυχιατρικό ιστορικό που θα μας δώσει τα απαραίτητα στοιχεία για την τελική ταξινόμηση του καταθλιπτικού συνδρόμου.

## Θεραπεία κατάθλιψης




- Στη **θεραπεία** των καταθλιπτικών συνδρόμων τα τελευταία χρόνια έχουν επικρατήσει οι **αναστολείς πρόσληψης της σεροτονίνης (SSRI)**.
- Η εύκολη συνταγολόγηση και ο μειωμένος κίνδυνος παρενεργειών είναι στα θετικά των σκευασμάτων αυτών. Δεν θα πρέπει όμως να παραβλέπονται και τα μειονεκτήματά τους που συνίστανται στο ότι:
  - δεν στερούνται παρενεργειών σε χρόνια χρήση
  - μπορεί να προκαλέσουν καταστολή της όρεξης (κάποια από αυτά) σε εξασθενημένους ή υποσιτισμένους γηριατρικούς ασθενείς
  - το σύνδρομο της σεροτονίνης
  - η γενικότερη αποτελεσματικότητά τους δεν είναι μεγαλύτερη των παλαιότερων αντικαταθλιπτικών
  - η μέση μείωση έντασης των συμπτωμάτων δεν ξεπερνάει το 50% σε αντιστοιχία του 31% του Placebo και, τέλος
  - ψυχολογικές παρεμβάσεις, ακόμη και σε οξείες φάσεις καταθλιπτικών επεισοδίων φαίνεται να έχουν τα ίδια αποτελέσματα με την φαρμακευτική αγωγή.
- Τελικά, έχει αποδειχθεί ότι η καλύτερη αντιμετώπιση του καταθλιπτικού ασθενή είναι ο **συνδυασμός της φαρμακευτικής αγωγής με τις ανάλογες ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις**, που σε τελευταία ανάλυση, θα είναι αυτές που θα διατηρήσουν και το όποιο καλό αποτέλεσμα.


### Β3. Οι παρανοειδείς - ψευδαισθητικές καταστάσεις

- Πολλές φορές παρατηρούμε σε ηλικιωμένα άτομα μια σταδιακή αλλαγή στον τρόπο σκέψης τους με εμμονές στο περιεχόμενό της και χαρακτηριστική ακαμψία στον τρόπο έκφρασης της, που φθάνει να αποκλίνει από τη λογική συσχέτιση των γεγονότων ή των καταστάσεων.
- Η διαμόρφωση αυτή του τρόπου σκέψης μπορεί να αποκτήσει περιστασιακά ή σταδιακά **παρανοϊκό χαρακτήρα**, όσον αφορά αποφάσεις πράξεις ή ερμηνεία γεγονότων από πλευράς των ηλικιωμένων.
- Συχνά, η κατάσταση αυτή μπορεί να συνοδεύεται από ψευδαισθητικά βιώματα που έχουν σχέση είτε με τη σωματική κατάσταση του ηλικιωμένου (αποτέλεσμα της αγωνίας και του άγχους θανάτου), είτε με εμπειρίες ψευδαισθητικής αντίληψης γεγονότων από το παρελθόν, κυρίως, ή το μέλλον.

- Οι καταστάσεις αυτές εμφανίζονται ιδιαίτερα σε ηλικιωμένα άτομα που ζουν μόνα τους και στερούνται συχνά και της ελάχιστης επικοινωνίας με τους συνανθρώπους τους.
- Η καθημερινότητα αυτή μειώνει την ποσότητα των αντιληπτικών εικόνων αφήνοντας τον ηλικιωμένο στον κόσμο της σκέψης και των βιωμάτων του, με αποτέλεσμα τα τελευταία να κυριαρχούν στον τρόπο αντίληψης της πραγματικότητας.
- Στη δημιουργία της κατάστασης αυτής οπωσδήποτε συντελούν και η εξασθένηση των μηχανισμών άμυνας συνεπεία του γήρατος.
- **Είναι χαρακτηριστική όμως η αλλαγή της συμπεριφοράς των ατόμων αυτών, όταν βρεθούν σε περιβάλλον που τους παρέχει περισσότερα ερεθίσματα, όπως θα μπορούσε να είναι ένα καλά οργανωμένο ίδρυμα ή η συμμετοχή τους σε ένα ΚΑΠΗ, όταν η οικογενειακή τους κατάσταση δεν επιτρέπει την επανένταξή τους στον οικογενειακό ιστό (έλλειψη παιδιών ή κοντινών συγγενών κλπ).**

- 
- Η ψυχοκοινωνική παρέμβαση, θα είχε πολύ καλύτερα και σταθερότερα αποτελέσματα από οποιαδήποτε φαρμακευτική αγωγή, που θα πρέπει να αναζητείται μόνο σε ιδιαίτερα προχωρημένες ή βαρείες καταστάσεις όπου το παρανοϊκό περιεχόμενο της σκέψης ή οι ψευδαισθητικές καταστάσεις είναι ιδιαίτερα συχνές και κυριαρχούν στη συμπεριφορά του ασθενή, συνιστώντας πια λόγω της συχνότητας και της έντασης της εμφάνισής τους, ψυχιατρική διαταραχή.

#### **B4. Οι νευρωτικές εικόνες με κυρίαρχη συμπτωματολογία το άγχος**

- 
- Ο άνθρωπος είναι το μοναδικό ον που γνωρίζει ότι κάποτε θα πεθάνει. **Η απάντηση στο άγχος της συνειδητοποίησης του γεγονότος αυτού είναι η δημιουργία.**
  - Το ηλικιωμένο άτομο όχι μόνο συνειδητοποιεί το γεγονός του θανάτου, αλλά τις περισσότερες φορές στερείται και της δυνατότητας δημιουργίας ή ακόμη και του συναισθήματος ότι εξακολουθεί να είναι χρήσιμο για κάτι.
  - Οι διάφορες μελέτες συγκλίνουν στη διαπίστωση ότι το νοητικό άγχος είναι τρεις φορές συχνότερο σε άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών απ' ό τι σε ηλικίες 21-44 ετών και ότι η συχνότητα του σωματικού άγχους σε σύγκριση με τις ηλικίες αυτές είναι επταπλάσια.
  - Το άγχος μπορεί να εκφράζεται σαν τέτοιο, μπορεί όμως, ανάλογα και με τη δομή της προσωπικότητας του ηλικιωμένου, να σωματοποιείται ή να εκφράζεται σε μία υποχονδριακή συμπεριφορά.
  - Ακόμη είναι δυνατόν να συνοδεύεται από κάποιο καταθλιπτικό συναίσθημα ή να καλύπτει μία κατάθλιψη.
  - Τα σχετικά συμπτώματα θα πρέπει να εμφανίζουν μία διάρκεια πέραν του εξαμήνου για να αξιολογηθούν σαν παθολογικά. Δεν θα πρέπει να συγχέονται δηλαδή με τυχόν περιστασιακές αγχωτικές καταστάσεις που είναι φυσιολογικές στα πλαίσια της ζωής κάθε ανθρώπου.



- Στην **αιτιοπαθογένειά** του θα συντελούν τόσο οργανικοί, όσο και κοινωνικοί παράγοντες. Συχνή είναι η εικόνα του "άγχους εξάντλησης", σαν αντίδραση στην απώλεια εξωτερικών ερεθισμάτων ή αντικειμένων συναισθηματικής επένδυσης κάτι που μοιάζει με την **"ανακλητική κατάθλιψη των βρεφών" (Spitz)**.
- Η θεραπευτική αντιμετώπιση συνίσταται στη χρήση αντικαταθλιπτικών σε μικρές δόσεις ή αγχολυτικών, αλλά οπωσδήποτε σε συνδυασμό με προσπάθειες ψυχολογικής και ψυχοκοινωνικής στήριξης.

## Η αυτοκτονία στην τρίτη ηλικία



- Όλες οι στατιστικές δείχνουν ότι οι αυτοκτονίες στην τρίτη ηλικία εμφανίζουν μεγαλύτερη συχνότητα απ' ό,τι σε νεότερες περιόδους της ζωής. Σε ηλικίες άνω των 65 ετών είναι σχεδόν διπλάσιες, ενώ σε ηλικίες άνω των 80 ετών τετραπλάσιες του υπολοίπου ανδρικού πληθυσμού.
- Η αυτοκτονική επικινδυνότητα αυξάνει σε περιπτώσεις:
  - σωματικών ή ψυχικών ασθενειών
  - όπου υπάρχει συναίσθημα εγκατάλειψης



Άλλα στοιχεία επικινδυνότητας που θα πρέπει να αξιολογηθούν για την πιθανή πρόγνωση μιας τέτοιας πράξης είναι:



- η μη αναστρέψιμη καταθλιπτική διάθεση ενός ηλικιωμένου
- το έντονο συναίσθημα μοναξιάς και γήρατος που φαίνεται να κυριαρχεί στη μέση συναισθηματική διάθεση του ηλικιωμένου
- απόπειρες αυτοκτονίας στο παρελθόν, παρ' όλο που οι τότε πιθανοί λόγοι (εκλυτικές αφορμές), πρακτικά έχουν εκλείψει
- σωματικές ασθένειες με πιθανό κίνδυνο για τη ζωή του ηλικιωμένου ή χρόνιες βασανιστικές για τον ίδιο παθολογικές καταστάσεις
- εξάρτηση από αλκοόλ ή φαρμακευτικά σκευάσματα
- διαχρονική απόσυρση των ενδιαφερόντων, ακόμη και από αγαπημένες δραστηριότητες του παρελθόντος.



- Οι αυτοκτονικές πράξεις των ηλικιωμένων είναι σπάνια παρορμητικές.
- Τις περισσότερες φορές είναι καλά σχεδιασμένες, αφού ο ηλικιωμένος θέλει σχεδόν πάντα να πεθάνει.
- Η αυτοκτονική πράξη δεν έχει, το στοιχείο της έκλυσης της προσοχής των άλλων (ποιών;), στοιχείο που χαρακτηρίζει συχνά τις αυτοκτονικές πράξεις νεώτερων σε ηλικία ατόμων.
- Ο ηλικιωμένος που σχεδιάζει την αυτοκτονία του, έχει κάνει τον απολογισμό του, είναι κουρασμένος και ο θάνατος έχει την προσδοκία της απελευθέρωσης από τη βασανιστική του καθημερινότητα.

**Όταν έχουμε το συναίσθημα της αυτοκτονικής διάθεσης ενός ηλικιωμένου, θα πρέπει να προσέξουμε δύο πράγματα στην προσπάθεια αντιμετώπισής του:**

- Οι ηλικιωμένοι που εμφανίζουν μια γενικότερη βελτίωση του ψυχισμού τους, μετά από διάστημα κατάθλιψης με αυτοκτονικό ή όχι ιδεασμό, ίσως έχουν πάρει την τελική τους απόφαση.
- Δεν θα πρέπει δηλαδή η βελτίωση αυτή να μας ανακουφίσει, αλλά αντίθετα να αυξήσει την προσοχή μας στον ασθενή.
- Πολλά αντικαταθλιπτικά φάρμακα παρέχουν ένα συναίσθημα ενεργητικότητας σε πρώτη φάση, ενώ η αντικαταθλιπτική τους δράση ακολουθεί μετά από ημέρες.
- Έτσι, μπορούν να "σπρώξουν" έναν ηλικιωμένο στην αυτοκτονική του πράξη παρέχοντάς του την ενέργεια για αυτήν.
- Γι' αυτό το λόγο θα πρέπει τα αντικαταθλιπτικά σκευάσματα να δίνονται με μεγάλη προσοχή, υπό επίτηρηση και με συγχορήγηση κατασταλτικών που θα εμποδίζουν την εμφάνιση της ενέργειας μέχρι να εξασφαλισθεί η αντικαταθλιπτική δράση του σκευάσματος.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Bauer A, Reban J: DEMENTIA, Medea Press, Crech Republic, 1996.
2. Bergener M: Altern - Schicksal oder neue Lebensmöglichkeiten? Deutschland 1980.
3. Brodaty H: Η αντιμετώπιση της νόσου Alzheimer στην πρωτοβάθμια περίθαλψη. Ιατρικές Εκδόσεις Βαγιονάκη. Αθήνα 1989.
4. Colomb J, Kluger A, Garrard P, Ferris St: Ήπια γνωστική έκπτωση. Ι.Ε. Βαγιονάκης, Αθήνα 2001.
5. Hollander E, Wong Ch: Οι συχνότερες ψυχικές διαταραχές. Ι.Ε. Βαγιονάκης, Αθήνα 2002.
6. Katona C, Katona Ph: Κατάθλιψη και συνοδό άγχος στους ηλικιωμένους. Ι.Ε. Βαγιονάκης, Αθήνα 2000.
7. Κλεφταράς Γ.: Η κατάθλιψη σήμερα. Εκδ. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1998.
8. Lovestone S.: Πρώιμη διάγνωση και θεραπεία της Ν. Alzheimer. Ι.Ε. Βαγιονάκης, Αθήνα 2000.
9. Μεντελόπουλος Γ, Μπούρας Κ: Η νόσος του Alzheimer. 3η έκδοση, University Studio Press, Θεσσαλονίκη 2002.
10. Παταγεωργίου Σ: Η νόσος του Alzheimer. Ιατρικό Βήμα τ. 76, 6: 26-36, 2001.
11. Παράσχος Ι: Η κατάθλιψη στην τρίτη ηλικία. Έκδοση Lundbeck Hellas SA, 1996.
12. Πατσάκας Ι: Η τρίτη ηλικία στα τέλη του 20ου αιώνα. Εκδ. Πίτσιλος, Αθήνα 1992.
13. Weiner F, M: Η νόσος του Alzheimer, διάγνωση και θεραπεία. Harward Review of Psychiatry, Ιούλιος-Αύγουστος 199