

Έτος 2021

Διπλωματική εργασία: Ιδιαιτερότητες κλινικής εικόνας και αντιμετώπισης κατάθλιψης στην τρίτη ηλικία

Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών
:Φυσιολογία της Γήρανσης και Γηριατρικά
Σύνδρομα

Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

Διευθυντής: Καθηγητής Πέτρος Π. Σφηκάκης

Επικοινωνία : Μικράς Ασίας 75, 11727, Γουδή Αθήνα,

Τηλ: 210 -7462636, 210 - 7462634,

Email : geriatric.pms.uoa@gmail.com

Τριμελής Επιτροπή :

Ρωσέτος Γουρνέλλης

Αντώνιος Μούγιας

Ευρυδίκη Κραββαρίτη

Συντάκτης : Μαρία – Αθηνά Μαρίνη

Πρόλογος

Η εργασία « Συστηματική Ανασκόπηση : Ιδιαιτερότητες Κλινικής Εικόνας και Αντιμετώπισης Κατάθλιψης στην Τρίτη Ηλικία» διεξήχθη στα πλαίσια του μεταπτυχιακού προγράμματος σπουδών « Φυσιολογία της Γήρανσης και Γηριατρικά Σύνδρομα» , εν έτει 2020 2021 , με σκοπό την ανάδειξη της κατάθλιψης, στους ηλικιωμένους, που συχνά όμως περνά απαρατήρητη , λόγω του στερεότυπου και της μαθημένης γνώσης ότι καθώς έρχονται τα γηρατειά, το καταθλιπτικό συναίσθημα, η ανηδονία και άλλα αρνητικά συμπτώματα , είναι φυσικά επακόλουθα των γηρατειών.

Ωστόσο, ο άνθρωπος που γερνά , δεν είναι απαραίτητο, να βιώνει αρνητικά συναισθήματα προς το τέλος της ζωής του. Ακόμα και σε αυτή τη περίοδο της ζωής του, έχει δικαίωμα στη ζωή και μπορεί να γηράσκει με έναν υγιή τρόπο, που αποδίδεται με αξιοπρέπεια και σεβασμό στη προχωρημένη ηλικία.

Οι μεταβάσεις στη μεγαλύτερη ηλικία μπορεί να είναι σοβαρές και καθηλωτικές, κουβαλώντας μεγάλο φορτίο για τους ηλικιωμένους, όμως, τόσο η επιστημονική κοινότητα όσο και η ίδια η κοινωνία πρέπει να ασχολείται με τον γηριατρικό πληθυσμό και να φροντίζει όχι μόνο για τη μακροζωία αλλά και τη ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων. Σκοπός λοιπόν, αυτής της εργασίας ήταν το σπάσιμο αυτού του στερεότυπου, περί της αναμενόμενης καταθλιπτικής φάσης που επιφέρουν τα γηρατειά και η ανάδειξη της κατάθλιψης, ως μιας σοβαρής ψυχικής νόσου, που χρήζει όχι μόνο θεραπείας στο ύστατο και προχωρημένο στάδιο της , αλλά χρήζει και πρόληψης , προλαμβάνοντας τις δυσάρεστες επιπτώσεις στους ηλικιωμένους.

Στην κατάθλιψη, πολλοί παράγοντες αλληλεπιδρούν και αλληλοεπηρεάζουν τη φύση και πορεία της ασθένειας. Στη προχωρημένη ηλικία, μάλιστα, ο παράγοντας « γήρας» είναι καθοριστικός για την γένεση και εξέλιξη της κατάθλιψης. Σε αυτήν την εργασία , πραγματοποιήθηκε ενδελεχής βιβλιογραφική ανασκόπηση, με την προσπάθεια , να αποσαφηνιστούν, το δυνατόν περισσότερο, οι πτυχές και μορφές της κατάθλιψης στους ηλικιωμένους και η ειδική συμπτωματολογία , που το γήρας, επιλέγει για να εκφραστεί , με μεγάλες διαφορές έναντι των τυπικών συμπτωμάτων στο γενικό πληθυσμό. Αυτή είναι μια σημαντική ιδιαιτερότητα που αλλάζει τα δεδομένα περί της γνώσεως για την

επίδραση της κατάθλιψης στα γηρασμένα άτομα , και γι 'αυτό ακριβώς το λόγο , είναι τόσο σημαντικό να καλύπτονται συστηματικές έρευνες για την μελέτη της κατάθλιψης στους ηλικιωμένους και στους δυνατούς τρόπους αντιμετώπισης , με τη χρήση νεοπαγών θεραπευτικών μεθόδων και με τη σύμπραξη της επιστήμης που ποτέ δεν σταματά να εξελίσσεται.

«Περισσότερο απ τον θάνατο, αυτό που φοβόμαστε είναι η απόλυτη απομάκρυνση που τον συνοδεύει»

Τρβιν Γιάλομ

«Η τραγωδία της ζωής δεν είναι ο θάνατος, αλλά αυτά που αφήνουμε να πεθάνουν μέσα μας, όσο είμαστε ακόμη ζωντανοί.»

Νόρμαν Κάζινς

« Πριν θεραπεύσεις κάποιον , ρώτησέ τον εάν είναι πρόθυμος να αφήσει όλα εκείνα που τον κάνουν να αρρωσταίνει»

Ιπποκράτης

Ευχαριστίες

Στα πλαίσια της μεταπτυχιακής διπλωματικής εργασίας μου, στο Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών « Φυσιολογία της Γήρανσης και Γηριατρικά Σύνδρομα» θα ήθελα να ευχαριστήσω, τον Κ. Πέτρο Σφηκάκη , Διευθυντή , εμπνευστή του ομώνυμου Τμήματός μας και την Κα Ευρυδίκη Κραββαρίτη, για τη υλοποίηση του Προγράμματος Σπουδών μας, που χωρίς την πολύτιμη συνδρομή της , δεν θα είχε φτάσει σε τόσο υψηλό επίπεδο. Παρά την πλειάδα των υποχρεώσεών της, φρόντισε για το καλύτερο του Τμήματός μας και χαίρομαι που μου δόθηκε η ευκαιρία να την γνωρίσω , γιατί απέδειξε πέραν της επιστημονικής κατάρτισης ότι διαθέτει μεγάλη αγάπη για τους ηλικιωμένους, πράγμα που με συγκινεί ιδιαίτερω.

Ευχαριστώ από καρδιάς, αμφότερους, για την ανάπτυξη του μεταπτυχιακού μας και για την ευκαιρία που μου δόθηκε, να συμμετέχω ως πρωτοετής φοιτήτρια στο νεοσύστατο αυτό μεταπτυχιακό, που για πρώτη φορά, εγκαινιάστηκε το 2019 – 2020

Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω από καρδιάς τον επιβλέποντα της εργασίας κ. Γουρνέλλη για τη πολύτιμη συμβολή του στην εργασία και το πρόθυμο πνεύμα του για συνεργασία.

Ακόμη, θα ήθελα να ευχαριστήσω και τον κ. Μούγια, για τη συνδρομή του στην εργασία αυτή. Ευχαριστώ , για το μοίρασμα της γνώσης και της άμεσης ανταπόκρισής του στο κάλεσμα μου. Τιμή μου , που τον γνώρισα και για πρώτη φορά , ως διδάσκοντα στο Μεταπτυχιακό μας .

Επιστήμη και θρησκεία δύσκολα συναντιούνται. Η αγάπη μου για την επιστήμη , δεν αναιρεί όμως την αγάπη μου για τον Τριαδικό Θεό, όντας χριστιανή ορθόδοξη. Η πίστη μου στο θεό με διατήρησε ακέραια στις δυσκολίες της ζωής και με βοήθησε να ακολουθώ τα όνειρά μου. Θα ήθελα να δοξάσω τον Θεό μου, που δεν με απογοήτευσε, και όταν τα πράγματα ήταν αδύνατα για εμένα, επέμβη για να τα κάνει δυνατά. Σε

ευχαριστώ, Θεέ μου, για τη χαρά και τη τιμή που μου προσφέρεις απλόχερα και αβίαστα με την περάτωση του πολυπόθητου μεταπτυχιακού μου στη «Φυσιολογία της Γήρανσης και Γηριατρικά Σύνδρομα». Η ψυχή μου , παντοτινά δική σου.

Επίσης , θα ήθελα να ευχαριστήσω από καρδιάς , αγαπημένα μου πρόσωπα, που απουσιάζουν από τη ζωή . Η μεταπτυχιακή μου εργασία επιθυμώ να αποδοθεί ως φόρος τιμής και έμπνευσης , στους παππούδες μου Χρήστο και Κωνσταντίνο και ως φόρος απέραντης ευγνωμοσύνης στο θείο μου Ιωάννη και Μαρίτσα. Τους ευχαριστώ, επειδή μου προσέφεραν κουράγιο, υπομονή ,επιμονή και γενναιοδωρία.

Ακόμη, θα ήθελα να ευχαριστήσω de profundis. τους δικούς μου ανθρώπους εν ζωή, τα αδέρφια μου , Χρήστο και Κωνσταντίνο, που στηρίζουν τους στόχους μου και πιστεύουν στην αξία μου. Ο Χρήστος είναι για μένα κινητήριο δύναμη και τον ευχαριστώ ξεχωριστά για τη συνδρομή του στην πραγματοποίηση των σπουδών μου. Ακόμη, ευχαριστώ εκθύμως, τον Γιώργο Ραφτέλη, για την πολύτιμη και ανιδιοτελή βοήθειά του προς το πρόσωπό μου. Τέλος, ευχαριστώ τον πατέρα μου Παναγιώτη και το σύντροφο μου Κωνσταντίνο που πιστεύουν στις επίμονες προσπάθειες και τις αστείρευτες φιλοδοξίες μου για επαγγελματική ανέλιξη.

Ιδιαίτερη μνεία επιθυμώ να αποδοθεί στη μαμά μου, Παναγιώτα, που χωρίς τις θυσίες και τους κόπους της , δεν θα τα είχα καταφέρει μέχρι σήμερα. Εύχομαι τη δική μου χαρά με την ολοκλήρωση του μεταπτυχιακού μου , να την βιώσει στο δεκαπλάσιο, γιατί θα ήθελα πολύ να της ανταποδώσω , όλα όσα έχει κάνει για μένα, αλλά δεν γνωρίζω το τρόπο. Αλλά ακόμη κι αν γνώριζα τον τρόπο, δεν θα μου έφταναν ούτε δέκα ζωές για να το εκπληρώσω. Τουλάχιστον, ως ένδειξη απέραντης ευγνωμοσύνης και εκτίμησης , μπορώ να κάνω το εξής:

Αφιερωμένο στον στυλοβάτη μου,

Αφιερωμένο στην ηρωίδα μου,

Αφιερωμένο στη μαμά μου,

Παναγιώτα

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ : ΙΔΙΑΙΤΕΡΟΤΗΤΕΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΕΙΚΟΝΑΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

Εισαγωγή

Από την αρχαιότητα μέχρι και σήμερα, οι άνθρωποι που παρουσίαζαν ευπάθεια στη θλίψη, υπέφεραν από τη μεταβολή της διάθεσής τους, και επι μακρό διάστημα παρατηρούσαν ότι είναι αρκετή για να τους προκαλέσει δυσφορία , σε σημείο που να μην μπορούν να ανταπεξέλθουν στις υποχρεώσεις της καθημερινότητας. Επίσης, παρατηρούσαν ότι η αλλαγή της διάθεσης συνοδεύεται και με αλλαγή στη συμπεριφορά, και οι τρίτοι που παρακολουθούσαν , παρερμήνευαν αυτή τη στάση και την απέδιδαν σε υπερφυσικά αίτια, με αποτέλεσμα οι πάσχοντες να θεωρούνται ως βλαπτικοί και επικίνδυνοι. Έτσι , λοιπόν, κανείς δεν στεκόταν αρωγός στην αντιμετώπιση της ασθένειας, αλλά, επιπλέον τους αντιμετώπιζαν με διάφορους τρόπους, όπως η πρόκληση εμέτων και κλυσμάτων , βύθιση στο νερό, λοβοτομή, εγκλεισμός και αλυσοδέματα, ανα τους αιώνες, για να εξασφαλιστεί το « κοινό καλό».

Το πέρασμα του χρόνου, πεφωτισμένοι άνθρωποι με διαφορετική ματιά και η εξέλιξη της επιστήμης, οδήγησε στο συμπέρασμα ότι η παρουσία καταθλιπτικής διάθεσης επι μακρόν χρονικό διάστημα, η αλλαγή συμπεριφοράς και άλλων συνοδών αρνητικών συμπτωμάτων οφείλεται σε μια διαταραχή της διάθεσης , μια υπαρκτή ψυχική νόσο, και να της αποδοθεί ο όρος « κατάθλιψη» .

Τότε , η ανθρωπότητα σταμάτησε να χρησιμοποιεί τα φρικτά μέσα για να αντιμετωπίζει τους καταθλιπτικούς, αλλά απ 'ότι φαίνεται ακόμη συνεχίζει να « τιμωρεί» τους καταθλιπτικούς , με την εφαρμογή άλλων μέτρων , « πιο πολιτισμένων» ,κατά τα ειωθότα. Τέτοια είναι οι προκαταλήψεις, τα στερεότυπα και το έντονο κοινωνικό στίγμα που δυστυχώς, περιθωριοποιεί τους καταθλιπτικούς, δεν τους

προσφέρει ίσες ευκαιρίες , και τους κατατάσσει στους κατώτερους , στους αδύναμους , στους αλλοπρόσαλλους , στους βλαβερούς, που θεωρούνται μίσημα για την κοινωνία και πρότυπα προς αποφυγήν.

Πέραν της κατάθλιψης, αν προσθέσουμε και άλλο ένα στερεότυπο , αυτό της ηλικίας, καταλαβαίνετε ότι τα πράγματα δυσκολεύουν ακόμη περισσότερο για τους καταθλιπτικούς ηλικιωμένους. Σε αυτήν την βιβλιογραφική ανασκόπηση, επιλέχθη να συζητηθεί η κατάθλιψη στους ηλικιωμένους, για να θέσουμε με ακρίβεια και σαφήνεια τι σημαίνει να γηράσκεις και να επωμίζεσαι συγχρόνως και το βάρος της κατάθλιψης, εν συνοδεία άλλων φυσικών και παθολογικών μεταβολών στο γηρασμένο σώμα. Ίσως, έτσι καταφέρουμε να παρέχουμε μια σφαιρική εικόνα των πραγμάτων και να ανατρέψουμε τον ρατσισμό, νεύρομαι, τουλάχιστον σε ένα ποσοστό, απέναντι στην κατάθλιψη και το γήρας. Επίσης, σκοπός είναι η παράθεση των θεραπευτικών μέσων που διατίθενται αυτή τη στιγμή, και ειδικά ενάντια της ανθεκτικής κατάθλιψης, που είναι καθοριστικής σημασίας για τη νοηματοδότηση της αξίας της ζωής και τον επαναπροσδιορισμό της, στα τέλη της ανθρώπινης ύπαρξης.

Αναλύτικότερα,

Στο Γενικό Μέρος , στο Κεφάλαιο 1 « θα αναφερθούμε στο γήρας και τις επιπτώσεις του σε ατομικό και κοινωνικό επίπεδο και στα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της γήρανσης , ώστε να εντυπώσουμε στα στάδια που οδηγούν σε αυτήν. Ακόμη, θα αναφερθούμε στην κατηγοριοποίηση του ηλικιωμένου πληθυσμού, όπως έχει διαμορφωθεί από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, για να αποκτήσουμε μια πιο ολοκληρωμένη εικόνα για τις διαφορές στα ηλικιακά επίπεδα των ηλικιωμένων.

Στο Κεφάλαιο 2, «Η κατάθλιψη μέσα από το πρίσμα των επαγγελματιών υγείας που ειδικεύονται στους ηλικιωμένους» , θα ορίσουμε την κατάθλιψη , θα αναφερθούμε στην ιστορική αναδρομή της κατάθλιψης στο διάβα του χρόνου, θα προχωρήσουμε στις Μορφές κατάθλιψης , όπως έχουν ταξινομηθεί από το διαγνωστικό σύστημα ψυχικών διαταραχών , το DSM -5, αλλά και στους ειδικές μορφές της κατάθλιψης στους ηλικιωμένους και τα ιδιαίτερα συμπτώματα που μπορούν να μας αφυπνίσουν για να πραγματοποιήσουμε κλινική και εργαστηριακή εξέταση στους ηλικιωμένους.

Ακόμη, θα προσπαθήσουμε περιεκτικά να καταγράψουμε την παθοφυσιολογία και αιτιοπαθογένεια της κατάθλιψης και να καταγράψουμε επιδημιολογικά δεδομένα για την κατάθλιψη και ειδικότερα για την κατάθλιψη των ηλικιωμένων στον κόσμο. Εν συνεχεία, θα αναφερθούμε στους επιτακτικούς επιβαρυντικούς και προστατευτικούς παράγοντες και εν τέλει, θα περιγράψουμε την αξία της πρόληψης, ως μια εκ των βάθρων αλλαγή στην νοοτροπία της κοινωνίας και ενίσχυση της επιστημονικής δραστηριότητας.

Στο Ειδικό Μέρος, στο Κεφάλαιο 1, θα επεκταθούμε στη μεθοδολογία της βιβλιογραφικής ανασκόπησης, καλύπτοντας το ερευνητικό μας ερώτημα, τη μηχανή και στρατηγική αναζήτησης που χρησιμοποιήσαμε με την αρωγή των λέξεων- κλειδιών και τη καταγραφή του Διαγράμματος Prisma.

Στο Κεφάλαιο 2, θα μελετήσουμε την «Ειδική Συμπτωματολογία Κατάθλιψης στους Ηλικιωμένους» και στο Κεφάλαιο 3, θα αναφερθούμε στις «Ειδικές Κλινικές Και Υποκλινικές Μορφές Κατάθλιψης στους Ηλικιωμένους.»

Στο Κεφάλαιο 4, « Ιδιαιτερότητες στη Θεραπεία Κατάθλιψης Ηλικιωμένων» θα εντυπώσουμε στη θεραπεία των καταθλιπτικών ηλικιωμένων, με τα μέσα που διαθέτουμε στη φαρέτρα μας, μέχρι στιγμής. Θα αναλυθούν οι δυνατοί τρόποι φαρμακευτικής και μη φαρμακευτικής παρέμβασης, βιολογικού τύπου θεραπείες και οι ψυχοθεραπείες εκείνες, με τις καλύτερες ενδείξεις, που μπορούν να φέρουν θεραπευτικό αποτέλεσμα στην κατάθλιψη των ηλικιωμένων. Όλες οι παρεμβάσεις μπορούν να συσταθούν ως μονοθεραπεία, ή σε συνδυασμό αυτών, αναλόγως της περίπτωσης και της διαδρομής που έχει ακολουθήσει το άτομο στη προτεινόμενη θεραπεία.

Τέλος, θα παραθέσουμε τη συζήτηση, που βρίθει από προβληματισμούς και ερωτήματα που γεννήθηκαν κατά την εκπόνηση της εργασίας και θα ήθελα να μοιραστώ μαζί σας.

Η εργασία θα ολοκληρωθεί με την παράθεση σύντομων συμπερασμάτων και ακολουθεί η βιβλιογραφία που συνέβαλλε στην ολοκλήρωση της εργασίας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ: ΙΔΙΑΙΤΕΡΟΤΗΤΕΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΕΙΚΟΝΑΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ.

Περίληψη

Η κατάθλιψη συνιστά μια ασθένεια που επηρεάζει τόσο τη ψυχή όσο και το σώμα. Προσβάλλει τον υποκειμενικό τρόπο που ένα άτομο σκέφτεται, αισθάνεται και αντιδρά, σε δεδομένο χώρο -χρόνο, και σε δεδομένες συνθήκες. Μια από αυτές τις συνθήκες, είναι το γήρας και η επίδραση του στον οργανισμό, με διάφορες σωματικές, οικονομικές, συναισθηματικές και κοινωνικές αλλαγές. Η αντίδραση σε αυτές τις συνθήκες, συνδέεται με την προσωπικότητα, την ιδιοσυγκρασία και νοοτροπία του ατόμου, που συνδυαστικά με άλλους βιολογικούς, γενετικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες, μπορούν να αποδώσουν το ετερογενές φάσμα των ατόμων που πάσχουν από κατάθλιψη. Για όλα τα παραπάνω, η επιστημονική κοινότητα δεν βρίσκεται ακόμα σε θέση να προβλέψει την εγκατάσταση και πορεία της κατάθλιψης, πάντοτε. Τα τελευταία χρόνια, η επίσημη έχει δώσει κάποιες απαντήσεις, όμως παραμένει πληθώρα αναπάντητων ερωτημάτων, σχετικά με την κατάθλιψη. Στην παρούσα μελέτη, έχει δοθεί σημασία στους καταθλιπτικούς ηλικιωμένους, που αποτελούν μια ευπαθή ομάδα, η οποία καλείται να απαντήσει αποτελεσματικά και σύντομα στις ραγδαίες αλλαγές. Η έλλειψη προσαρμοστικότητας, η συννοσηρότητα και η έλλειψη υποστήριξης κοινωνικών και οικονομικών πόρων, ενισχύουν την ευαλωτότητα των ηλικιωμένων για εμφάνιση κατάθλιψης. Στην παρούσα βιβλιογραφική ανασκόπηση, έχουν καταγραφεί τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά και συμπτώματα των καταθλιπτικών ηλικιωμένων, επιδημιολογικά δεδομένα που μας πληροφορούν σφαιρικά για την ανάπτυξη της κατάθλιψης στον κόσμο, οι ειδικές μορφές της κατάθλιψης και πιθανούς τρόπους αντιμετώπισης. Σε πρώτο στάδιο, το κλειδί για την αντίσταση στην κατάθλιψη είναι η μέριμνα και αρωγή στους ηλικιωμένους, ώστε να είναι πιο ευνοϊκή η μετάβαση στις νέες συνθήκες και η παροχή ασφάλειας για την πιο εύκολη προσαρμογή τους σε έναν κόσμο διαφορετικό από αυτόν που έχουν συνηθίσει, σε έναν κόσμο που αλλάζει και δεν

έχουν τα κατάλληλα σωματικά και ψυχικά αποθέματα για να ανταπεξέλθουν. Έτσι , ίσως κατορθώσουμε τη μείωση έντασης και συχνότητας κατάθλιψης στους ηλικιωμένους και έχουμε θέσει μια γερή βάση , για το δεύτερο στάδιο, την καταπολέμηση της κατάθλιψης με τα μέσα που διαθέτουμε, μέχρι αυτήν την στιγμή. Αυτά συνοψίζονται στη φαρμακοθεραπεία , στη ψυχοθεραπεία, στις βιολογικές θεραπείες και στις μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις. Η κατάλληλη επιλογή θεραπείας κρίνεται , αφού έχουν αξιολογηθεί οι ανάγκες του ηλικιωμένου ασθενούς και προσπαθώντας να εξασφαλιστεί το καλύτερο δυνατόν θεραπευτικό αποτέλεσμα. Η συμμετοχή μας στην καταπολέμηση της κατάθλιψης , πρέπει να πραγματοποιείται από κοινού, διότι αλλιώς θα είναι σαν να είμαστε συνένοχοι στην ασθένεια και να σπρώχνουμε τους ηλικιωμένους, σε έσχατες οδούς, όπως είναι η αυτοκτονία. Γι'αυτόν τον λόγο, η παρέμβαση πρέπει να είναι έγκαιρη, μελετώντας καλά τα ειδικά σημεία και βοηθώντας στο να δημιουργήσουμε έναν κόσμο που οι ηλικιωμένοι θα έχουν καταφέρει να μετριάσουν τα καταθλιπτικά συμπτώματα , και να ζήσουν μακρόβια αλλά και με καλύτερη ποιότητα ζωής, χάριν στα νέα ιατροτεχνολογικά μέσα και στην εξέλιξη της επιστήμης .

DISSERTATION

A SYSTEMATIC REVIEW OF LITERATURE :PECULIARITIES OF CLINICAL PROFILE AND TREATMENT OF DEPRESSION IN THE ELDERLY.

ABSTRACT

Depression is a disease that affects both the soul and the body. It offends the subjective way a person thinks, feels and reacts, in a given space-time, and in given conditions. One of these conditions is aging and its effect on the body, with various physical, economic, emotional and social changes. The reaction to these conditions is linked to the personality, temperament and mentality of the individual, which in combination with other biological, genetic and environmental factors, can attribute the heterogeneous spectrum of individuals suffering from depression. For all of the above reasons, the scientific community is not yet able to safely predict the setting and course of depression. In recent years science has provided some answers, yet several unanswered questions related to depression remain. In the present study, attention has been paid to depressed seniors, who are a vulnerable group, called upon to respond effectively and quickly to rapid changes. Lack of adaptability, comorbidity and lack of support for social and economic resources, increase the vulnerability of the elderly to depression. In the present literature review, the special characteristics and symptoms of depressed elderly people have been recorded, epidemiological data that inform us comprehensively about the development of depression in the world, the specific forms of depression and possible ways of dealing with it. In the first stage, the key to resisting depression is caring for and helping the elderly, so that it is more favorable to move to new conditions and provide security for their easier adaptation, to a world different from the one they are used to, in a world that is changing and does not have the proper physical and mental reserves to cope. Thus, we may succeed in reducing the intensity and frequency of depression in seniors and we have laid a solid foundation for the second stage, we may proceed to the fight against

depression , with the means at our disposal, so far. These are summarized in pharmacotherapy, psychotherapy, biological therapies and non-pharmacological interventions. The appropriate treatment option is judged, after the needs of the elderly patient have been evaluated and trying to ensure the best possible therapeutic result. Our participation in the fight against depression must be done together, because otherwise it will be like being complicit in the disease and pushing older adults, to the last path, such as suicide. For this reason, the intervention must be on and in time, studying the specific points well and helping to build a world where the seniors will have managed to alleviate the depressive symptoms, and to live long and with a better quality of life, thanks to new medical devices and in the evolution of science.

Περιεχόμενα Μεταπτυχιακής Εργασίας « Κατάθλιψη και Ηλικιωμένοι: μια βιβλιογραφική ανασκόπηση

Εισαγωγή Σελ 5

Περίληψη

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

- 1. Γήρανση και οι επιπτώσεις της Σελ 14**
 - a. Χρονολογική και βιολογική ηλικία Σελ 15**
 - b. Γήρανση και λειτουργικότητα Σελ 16**
 - c. Επιπτώσεις του γήρατος σε ατομικό και κοινωνικό επίπεδο Σελ 19**
 - d. Πώς ορίζουμε την ηλικία του ατόμου Σελ 20**
- 2. Η κατάθλιψη μέσα από το πρίσμα των επαγγελματιών υγείας που ειδικεύονται στους ηλικιωμένους**
 - a. Ορισμός και ιστορική αναδρομή Σελ 22**
 - b. Μορφές κατάθλιψηςΣελ 24**
 - c. Παθοφυσιολογία της κατάθλιψης Σελ 30**
 - d. Επιδημιολογία της κατάθλιψης**
 - i. Πληθυσμιακές ομάδες που πλήττονταιΣελ 32**
 - ii. Επιβαρυντικοί παράγοντες Σελ 36**
 - iii. Προστατευτικοί παράγοντες Σελ 37**
 - e. Πρόληψη της κατάθλιψης στους ηλικιωμένους Σελ 38**

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. Μεθοδολογία βιβλιογραφικής ανασκόπησης	
a. Ερευνητικό ερώτημα	Σελ 40
b. Βάσεις ιατρικών άρθρων που χρησιμοποιήθηκαν για την αναζήτηση	Σελ 41
c. Λέξεις-κλειδιά	Σελ 41
d. Διαγράμμα PRiSMA	Σελ 43
2. Ειδική Συμπτωματολογία Κατάθλιψης στους Ηλικιωμένους	Σελ 44
3. Ειδικές υποκλινικές και κλινικές Μορφές Κατάθλιψης στους Ηλικιωμένους	Σελ 49
4. Ιδιαιτερότητες στη θεραπεία Κατάθλιψης των ηλικιωμένων	Σελ 54
i) Φαρμακοθεραπεία	Σελ 55
ii) Ψυχοθεραπεία	Σελ 66
iii) Βιολογικές Θεραπείες	Σελ 70
iv) Μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις	Σελ 75
Συμπεράσματα και Σχόλια	Σελ 77
Βιβλιογραφία	Σελ 81

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 : Γήρανση και οι επιπτώσεις της

Ένα διαχρονικό φαινόμενο που απασχολεί το σύνολο των γενεών , σε παγκόσμιο επίπεδο, είναι η γήρανση της ανθρωπότητας. Ο όρος «γήρανση» προέρχεται ετυμολογικά από τη λέξη «γήρας ή γέρας « , που σημαίνει προχωρημένη ηλικία και αριστείο ή τιμητικό βραβείο¹. Η γήρανση, αλλάζει την κοινωνική θέση του ατόμου και τη σύνθεση του συνόλου, καθώς και πως η κοινωνία απαντά στον γηράσκοντα πληθυσμό².

Είναι πασίγνωστο, ότι από τη στιγμή που γεννιέται ο ανθρώπινος οργανισμός, ακολουθεί μια προδιαγεγραμμένη και προγραμματισμένη πορεία προς την αναπτυξή του. Όταν ,πλέον, η ανάπτυξη φτάσει στην πλήρη ωρίμανση της, ακολουθεί η αντίστροφη μέτρηση προς τη φθορά και παρακμή του ανθρώπινου οργανισμού.³ Τουτέστιν , « γήρανση είναι η προοδευτική απώλεια της λειτουργίας των ιστών και των οργάνων με την πάροδο του χρόνου». ⁴ Αυτός είναι ένας αποδεκτός ορισμός της «γήρανσης» από πολλά επιστημονικά πεδία.⁵

Ο Myerson ορίζει ότι «η γήρανση μπορεί να θεωρηθεί ως ένα φυσικό πείραμα, καθώς επίσης και ως μια θεμελιώδης ανθρώπινη εμπειρία. Ας ελπίσουμε πως οι ψυχολόγοι θα παραδειγματιστούν τόσο από την εμπειρία όσο και από το πείραμα.» Ο Austad Steven δηλώνει ότι « βιολογική γήρανση ορίζεται η προοδευτική επιδείνωση της μεγάλης

¹ Μπαμπινιώτης, Γεώργιος, (1993).. Ετυμολογικό λεξικό της νέας Ελληνικής γλώσσας : ιστορία των λέξεων, με σχόλια και ένθετους οπίνακες : έγκυρη επιστημονική πληροφόρηση για την προέλευση των λέξεων, για την εξέλιξη της σημασίας τους, για τα δάνεια και αντιδάνεια της Ελληνικής, για τα ομόρριζα, παράγωγα, σύνθετα.

² WHO. (2013) Health statistics and health information systems. Definition of an older or elderly person. <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/>. Access date: November 2013.

³ Stanhope, M. & Lancaster, J., 2006. Foundations of Nursing in the Community: Community – Oriented Practice. Μεταφρασμένο στα Αγγλικά από Γ. Αγγελόπουλος και συν, Αθήνα; Εκδόσεις Πασχαλίδης

⁴ Flatt T. (2012). A new definition of Aging? Front Genet, 3: 148

⁵ Leggett A. & Zarit S.H. (2014). Prevention of Mental Disorder in Older Adults: Recent Innovations and Future Directions. Generations 8: 45-52.

πλειψηφίας των λειτουργιών του οργανισμού κατά τη διάρκεια του χρόνου»⁶ Και ο Spirduso,⁷ σημειώνει ότι « ένα από τα βέβαια πράγματα στη ζωή μας, ίσως το μόνο βέβαιο, είναι πώς κάθε μέρα, κάθε ένας από εμάς γηράσκει.»

1.a Χρονολογική και Βιολογική Ηλικία

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας «η Τρίτη Ηλικία» περιλαμβάνει τα άτομα ηλικίας 60 – 79 ετών και « η Τέταρτη Ηλικία» τα άτομα ηλικίας άνω των 80 ετών, και τα άτομα άνω των 90 ετών ανήκουν στην «Πέμπτη Ηλικία».⁸

Ωστόσο, ο γηριατρικός πληθυσμός έχει ταξινομηθεί συμβατικά και σε 3 επιμέρους υποομάδες.

Η Πρώτη υποομάδα, αποτελείται από τους αποκαλούμενους νέους ηλικιωμένους, ηλικίας άνω των 60 – 74 ετών «young old». Τα άτομα αυτά είναι εύρωστα και μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν.

Η Δεύτερη υποομάδα, συντίθεται από τους μεγάλους -ηλικιωμένους 75 - 84 ετών «old-old, mid old, the old», όπου εμφανίζονται σοβαρά ιατρικά ζητήματα.

Και τέλος, η Τρίτη υποομάδα, που αποτελείται από υπερήλικα άτομα άνω των 85 ετών που εμφανίζουν σοβαρότατη σωματική και ψυχική εξουθένωση και είναι πλήρως εξαρτώμενα από τους άλλους. Αυτοί οι ηλικιωμένοι , συνήθως είναι κατάκοιτοι στο σπίτι τους με υποστηρικτική φροντίδα ή έχουν μεταβεί σε κάποιο οίκο ευγηρίας για την 24ωρη μέριμνα και επιβλεπή τους «oldest-old».⁹

Χρονολογική ηλικία ονομάζεται η πραγματική ηλικία ενός οργανισμού από τη γέννηση μέχρι την αναφορά κάποιας δεδομένης χρονικής στιγμής.

Βιολογική ηλικία ονομάζεται η ηλικία που καθορίζεται από τη φυσιολογική και λειτουργική κατάσταση του οργανισμού. Συχνά οι δύο παραπάνω ηλικίες δεν συμβαδίζουν. Η αλήθεια είναι ότι το γήρας δεν βασίζεται αποκλειστικά σε χρονικούς σταθμούς, αλλά λαμβάνονται υπόψη άλλες βιολογικές μετρήσεις, όπως η φυσική

⁶ Austad, Steven N. (1997) Why we age? New York. John Wiley & Sons

⁷ Spirduso, W. W., Francis, K. L., & MacRae, P. G. (2005). Physical Dimensions of Aging. United States : Human Kinetics.

⁸ World Health Organization (WHO 2011.) Definition of an older or elderly person.

⁹ Rana, D. & Upton, D., (2009) . Psychology for Nurses. Harlow: Pearson Education Limited.

κατάσταση, η σωματική αντοχή, η εγρήγορση , τα διατηρημένα αντανακλαστικά σε βάθος χρόνου και η οξύτητα των αισθητηριακών οργάνων.¹⁰

b. Γήρανση και λειτουργικότητα

Τα κυρίαρχα χαρακτηριστικά της φθοράς του ανθρώπινου οργανισμού συμπεριλαμβάνουν την απώλεια προσαρμοστικότητας και την έκπτωση φυσικών αποθεμάτων και λειτουργιών, με τελικό σταθμό το θάνατο και αποδόμηση του ανθρώπινου οργανισμού. Ουσιαστικά, η γήρανση αποτελεί ένα φυσικό φαινόμενο με μεγάλη ευμεταβλητότητα , ως προς τον ρυθμό εμφάνισης του , που περιγράφεται ως μια περίπλοκη διαδικασία με εξαιρετικό δυναμικό , καθώς επηρεάζει ταυτόχρονα το κυτταρικό και βιολογικό επίπεδο του ανθρώπου¹¹ αλλά και το κοινωνικο- οικονομικό και ψυχολογικό επίπεδο της ανθρωπότητας. Σύμφωνα με τα τωρινά δεδομένα, ο ρυθμός γήρανσης αυξάνεται μετά τα 40. Ωστόσο, η ύπαρξη σωματικής και ψυχικής νόσου ή η πρόκληση ατυχημάτων μπορούν να επέμβουν στο ρυθμό γήρανσης, απότομα και ραγδαία.¹² Στοιχείο για την επιστημονική κοινότητα αποτελεί η αντιμετώπιση των συννοσηροτήτων για την επίτευξη « υγιούς/ ενεργούς γήρανσης¹³» και μακροβιότητας.¹⁴ Ο ρυθμός γήρανσης στις γυναίκες αυξάνεται προοδευτικά στις γυναίκες ηλικίας 70 – 80 ετών , ενώ ο ρυθμός εμφάνισης στους άνδρες παραμένει σταθερός στο πέρασμα του χρόνου.

Σε έναν ανθρώπινο οργανισμό που γερνάει, αλλαγές που παρατηρούνται είναι η δυσλειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος με αυξημένο κίνδυνο λοιμώξεων¹⁵, η μείωση απόκρισης σε αντιγόνα¹⁶ και μείωση της οστικής και μυϊκής πυκνότητας, η

¹⁰ Sneed, J. R. & Whitbourne, S. S., 2005. Models of the Aging Self. *Journal of Social Issues* , 61(2), pp. 375-388.

¹¹Vasto S, Scapagnini G, Bulati M, Candore G, Castiglia L, Colonna-Romano G, et al. Biomarkers of aging. *Front Biosci (Schol Ed)*. 2010;2(1):392–402.doi: [http://dx.doi.org/](http://dx.doi.org/http://dx.doi.org/) PMID: 20036955

¹² Kirkwood TB. A systematic look at an old problem. *Nature*. 2008 Feb 7;451(7179):644– 7.doi: <http://dx.doi.org/10.1038/451644a> PMID: 18256658.

¹³ European Commission Communication .(1999). Towards a Europe for all ages. Brussels 221: 22.

¹⁴ Redfern, J.S. & Ross, M.F., 2011. *Nursing Older People*. Μεταφράστηκε από αγγλικά, Γιαννούλη Ε. και συν, Εκδόσεις : Πασχαλίδης.

¹⁵Maijō M, Clements SJ, Ivory K, et al. (2014).Nutrition, diet and immunosenescence. *Mech Ageing Dev* 2014;136-137:116–28.

¹⁶ Ennist DL. (1990). Humoral immunosenescence: an update. *Review of Biological Research on Ageing*. 1990 4:105–120.

μείωση ανθεκτικότητας των οστών. η αύξηση της λιπώδους μάζας¹⁷, η μείωση στην ανοχή της γλυκόζης (IGT Impaired Glucose Tolerance), η μείωση στην δραστικότητα της λακτάσης¹⁸ η μείωση του μεταβολικού ρυθμού, η υπολειτουργία των υποδοχέων των οπιοειδών με μείωση της αίσθησης δίψας και αυξημένου κινδύνου αφυδάτωσης¹⁹ η μείωση της αερόβιας ικανότητας, η μείωση της ευλυγισίας, η μείωση της νευρομυκικής συναρμογής, η μείωση της ανοχής στην υψηλή θερμοκρασία, η μείωση της αναπνευστικής λειτουργίας, η μείωση αιμάτωσης των περιφερειακών ιστών, η επιβράδυνση της λειτουργικότητας των νεφρών, η εμφάνιση ξηροστομίας με τη μείωση παραγωγής σιέλου καταλήγοντας σε αποφυγή ορισμένων τροφών²⁰, οισοφαγικές δυσλειτουργίες όπως, μειωμένος περισταλτισμός, αυξημένες μη προωθητικές συσπάσεις και μειωμένη συμμόρφωση του οισοφάγου²¹. Επιπλέον, δραστική είναι και η παρουσία ακράτειας και δυσκοιλιότητας²² βλαβών στο δέρμα²³ και η απώλεια αισθητηριακών οργάνων, με απώλεια της γεύσης και της όσφρησης²⁴, της αφής²⁵ της ακοής και της όρασης. Ιδιαίτερα, το γλαύκωμα και η εκφύλιση της ωχράς κηλίδας είναι από τις συχνότερες διαταραχές όρασης στους ηλικιωμένους.²⁶

Επιπροσθέτως, παρατηρείται έκπτωση της γνωστικής λειτουργίας²⁷, με επιδείνωση στη προσοχή, επεξεργασία πληροφορίας, συγκέντρωση και επιβράδυνση σκέψης και

¹⁷ Gallagher D, Visser M, Sepúlveda D, Pierson RN, Harris T, Heymsfield SB. (1996). How useful is body mass index for comparison of body fatness across age, sex, and ethnic groups? *Am J Epidemiol.* 1996 Feb 1;143(3):228-39.

¹⁸ Lee MF, Krasinski SD. (1998). Human adult-onset lactase decline: an update. *Nutr Rev.* 1998 Jan;56(1 Pt 1):1-8.

¹⁹ Silver AJ, Morley JE. (1992). Role of the opioid system in the hypodipsia associated with aging. *J Am Geriatr Soc.* 1992 Jun;40(6):556-60.

²⁰ Loesche WJ, Bromberg J, Terpenning MS, Bretz WA, Dominguez BL, Grossman NS, et al. (1995). Xerostomia, xerogenic medications and food avoidances in selected geriatric groups. *J Am Geriatr Soc.* 1995 Apr;43(4):401-7. Bivona PL. (1998). Xerostomia. A common problem among the elderly. *NY State Dent J.* 1998 Jun-Jul;64(6):46-52.

²¹ Gutschow CA, Leers JM SW, et al. (2011). Effect of aging on esophageal motility in patients with and without GERD. *GMS German Medical Science* 2011:9.

²² Evans JM, Fleming KC, Talley NJ, Schleck CD, Zinsmeister AR, Melton LJ 3rd. (1998). Relation of colonic transit to functional bowel disease in older people: a population-based study. *J Am Geriatr Soc.* 1998 Jan;46(1):83-7.

²³ Feldman R.S. (2010). Μετάφραση Ζ. Αντωνοπούλου, Μ. Κουντελιανού, επιμέλεια Η.Μπεζεβέγκης, Εξεικτική Ψυχολογία, Δια Βίου Ανάπτυξη. *GUTENBERG* 2:258, Αθήνα.

²⁴ Doty RL, Shaman P, Applebaum SL, Giberson R, Sikorski L, Rosenberg L. (1984). Smell identification ability: changes with age. *Science.* 1984 Dec 21;226(4681):1441-3.

Shaffer SE, Tepper BJ. (1994) Effects of learned flavor cues on single meal and daily food intake in humans. *Physiol Behav.* 1994 Jun;55(6):979-86.

²⁵ Shaffer SW, Harrison AL. (2007). Aging of the somatosensory system: a translational perspective. *Phys Ther.* 2007;87(2):193-207.

²⁶ Akpek E, Smith R. (2013). Overview of age-related ocular conditions. *Overv age-related Ocul Cond.* 2013;19(5 suppl):67-75.

²⁷ Harada, C. N., Love, M. C. N., & Triebel, K. (2013). Normal cognitive aging. *Clinics in geriatric medicine*, 29(4), 737.

ομιλίας. Και τέλος, αλλαγές στο συναισθηματικό και συμπεριφορικό πεδίο, με μείωση ενθουσιασμού και αναζήτησης περιπετειών.

Οι αλλαγές, στο πλαίσιο της γήρανσης, ωστόσο, δεν ακολουθούν πάντα γραμμική πορεία, σε συνάρτηση, με την αύξηση της ηλικίας.²⁸ Μια λογική εξήγηση που μπορεί να δοθεί σε αυτό το φαινόμενο είναι ότι η γήρανση εξαρτάται εξίσου από περιβαλλοντικούς παράγοντες, όπως ο υγιεινός τρόπος διαβίωσης, η οικογένεια, αλλά και από τη ψυχοσύνθεση, τη προσωπικότητα και τη συμπεριφορά του κάθε ατόμου, ξεχωριστά. Ακόμη, και η τύχη μπορεί να παρέμβει, με διάφορους τρόπους, στη πορεία της γήρανσης.²⁹

Η προχωρημένη ηλικία με τη παρουσία οξειδωτικού stress και άρα, οξειδωτικής βλάβης σε μακρομόρια και η εμφάνιση ιντερλευκινών, φλεγμονωδών κυτοκινών, IL-1a, IL-6 και IL-8, συνδέονται με έντονες καρδιαγγειακές συνέπειες, που οφείλονται κυρίως στην αθηροσκλήρωση και υπέρταση³⁰, στην παχυσαρκία και στο διαβήτη.³¹ Η ανεπάρκεια της καρδιακής παροχής προκαλεί διαταραχή στην συνείδηση και αυξάνεται η πιθανότητα για πτώσεις.³²

Ακόμη, οι πλέον συνήθεις γαστρεντερικές παθήσεις που ταλαιπωρούν τους ηλικιωμένους είναι η ατροφική γαστρίτιδα, το γαστρικό έλκος, η εκκολπωμάτωση του παχέος εντέρου, οι κακοήθεις όγκοι, η χρόνια ηπατίτιδα, η κίρρωση του ήπατος, το ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα και η χρόνια παγκρεατίτιδα³³. Επιπλέον, οι μεταβολές

²⁸ Steves CJ, Spector TD, Jackson SH. Ageing, genes, environment and epigenetics: what twin studies tell us now, and in the future. *Age Ageing*. 2012 Sep;41(5):581–6. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/ageing/afs097> PMID: 22826292

²⁹ Kirkwood TB. A systematic look at an old problem. *Nature*. 2008 Feb 7;451(7179):644–7. doi: <http://dx.doi.org/10.1038/451644a> PMID: 18256658

³⁰ Lakatta EG, Wang M, Najjar SS. (2009). Arterial aging and subclinical arterial disease are fundamentally intertwined at macroscopic and molecular levels. *Med Clin North Am*. 2009 May;93(3):583-604, Table of Contents.

³¹ Chandrasekaran A, Idelchik MDPS, Melendez JA. Redox control of senescence and age-related disease. *Redox Biol*. 2017;11:91–102.

³² Jani B, Rajkumar C. (2006). Ageing and vascular ageing. *Postgrad Med J*. 2006;82(968):357–62
Priebe HJ. The aged cardiovascular risk patient. *Br J Anaesth [Internet]*. 2000;85(5):763–78

³³ Grassi M, Petraccia L, Mennuni G, Fontana M, Scarno A, Sabetta S, et al. (2011) Changes, functional disorders, and diseases in the gastrointestinal. 2011;26(4):659–68.

που επέρχονται στα έντερα δημιουργούν επιπτώσεις στην απορρόφηση λίπους και ορισμένων μετάλλων ³⁴.

Η γήρανση προκαλεί μεταβολές και στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα (Κ.Ν.Σ.) με την παρέμβαση στο δίκτυο των νευρώνων του εγκεφάλου. Γι'αυτόν τον λόγο, παρουσιάζεται ετερογένεια στο γνωστικό σύστημα των ατόμων ηλικίας 65- 80 ετών με άλλες γνωστικές λειτουργίες να μένουν άθικτες και άλλες να πάσχουν. Ωστόσο, μετά την ηλικία των 80 ετών, οι άθικτες γνωστικές λειτουργίες μέχρι τότε, φαίνεται πια να επηρεάζονται και αυτές. ³⁵

c. Επιπτώσεις του γήρατος σε ατομικό και κοινωνικό επίπεδο

Αυτές οι φυσιολογικές μεταβολές στην γήρανση, αρκούν για να δημιουργούνται αρνητικά στερεότυπα γύρω από τους ηλικιωμένους. Μια σύνηθης στάση είναι η θεώρηση ότι οι ηλικιωμένοι είναι πρακτικά ανήμποροι και αδύναμοι και δεν μπορούν να προσφέρουν παραγωγικότητα, αλλά αντίθετα, να κοστίζουν σε μια κοινωνία. Το κόστος εντοπίζεται με την αυξημένη ανάγκη για ιατρική περίθαλψη και παροχή υπηρεσιών στο σύστημα υγείας, αλλά και με τη παροχή οικονομικών επιδομάτων, αναπηρικών ή μη συντάξεων. Με αυτή την αντιμετώπιση το ηθικό και η ψυχολογία των ηλικιωμένων ελαττώνεται και το κοινωνικό status χάνει την αρχική του ισχύ.

Σύμφωνα με τα παραπάνω, στο σύγχρονο παρόν, οι ηλικιωμένοι μετουσιώνονται σε μάρτυρες ψυχολογικής καταπόνησης, επειδή αφενός το γήρας προκαλεί έκπτωση της λειτουργικότητάς τους και αφετέρου, η αντιμετώπιση των νεότερων μεταφέρει ένα υποδόριο μήνυμα, ότι ο ηλικιωμένος πληθυσμός στέκεται βάρος στις πλάτες των νέων.

Αν λοιπόν, επιτευχθεί η παρέμβαση στον ρυθμό εμφάνισης της γήρανσης, όχι μόνο θα αυξηθεί το προσδόκιμο ζωής³⁶, αλλά θα βελτιωθεί και η ποιότητα ζωής με την ευρωστία των ηλικιωμένων. Αυτό, συνάμα, μπορεί να οδηγήσει στην ανάπτυξη

³⁴ Drozdowski L, Thomson ABR. (2006). Aging and the intestine. 2006;12(47):7578–84.

³⁵ Gold P, Korol D.(2014) Forgetfulness during aging: An integrated biology. Neurobiol Learn Mem. 2014; 0 (July):130-138.

³⁶ Greedy, J, Guest R, (2011). Population ageing,pensions and growth: intertemporal tradeoffs and consumption planning. Canadian Studiew in Population, 38 (1-2) : 195- 197.

δυνατής επιχειρηματικής λύσης, στην αύξηση παραγωγικότητας και στην ενίσχυση της οικονομίας.

Αλλά και αντιστρόφως, αν η κοινωνία συνδράμει στην εξασφάλιση ακμαίου ηθικού στους ηλικιωμένους, με την προσφορά ηρεμίας, ασφάλειας και ενδιαφέροντος, θα διαπιστωθεί βελτίωση των συνθηκών υγείας στους ηλικιωμένους. Ενδεικτικά, δυο σπουδαίοι άνδρες, ο Πλάτωνας και ο Andre Maurois επισημαίνουν, « Εκείνος που είναι ήρεμος και ευτυχής από την φύση του δεν θα νιώσει καθόλου την πίεση της ηλικίας αλλά, γι' αυτόν που έχει αντίθετη διάθεση, και η νεότητα και τα γηρατεία είναι το ίδιο βάρος» και ότι «το πραγματικό κακό των γηρατειών δεν είναι η αδυναμία του σώματος αλλά η αδυναμία της ψυχής».

d) Πώς ορίζουμε την ηλικία του ατόμου

Στην καθημερινότητα, χρησιμοποιούμε το γήρας για να εννοήσουμε μεταπτώσεις στο σύνολο της λειτουργικότητας του ατόμου και στο σώμα και στην ψυχή. Η επιστημονική κοινότητα έκρινε ότι πρέπει να εγκριθεί κάποιος διαχωρισμός, ώστε να επιτευχθεί η ακρίβεια και η σαφήνεια στα αίτια που οδηγούν στην εμφάνιση του γήρατος. Έτσι, ο διαχωρισμός εννοείται στα δύο αυτά διαφορετικά επίπεδα, με τους όρους πρωτογενές και δευτερογενές γήρας.

Πρωτογενές γήρας εννοούμε το σύνολο των φυσικών, μοριακών και κυτταρικών αλλαγών στον άνθρωπο, που παρεμβαίνουν στη λειτουργικότητά του και ρυθμίζουν τη ποιότητα ζωής του ατόμου, από τη γέννηση έως και τον θάνατό του.

Δευτερογενές γήρας εννοούμε τις αλλαγές που επηρεάζουν τη λειτουργικότητα του ατόμου, βάσει της προσωπικότητας του ατόμου, το καλλιεργημένο αίσθημα αυταξίας και αυτοικανοποίησης³⁷, και της συμπεριφοράς του σε διάφορα ερεθίσματα.

³⁷ Δαρδαβέσης Ι. Α. (2011) Θέματα γηροψυχολογίας και γεροντολογίας. Εκδόσεις, Πεδίο.

Μια ειδικότερη και αναλυτικότερη κατηγοριοποίηση του γήρατος περιλαμβάνει , την χρονολογική ηλικία, τη βιολογική, κοινωνική, ψυχολογική και ιατρική ηλικία³⁸.

Η ψυχολογική ηλικία εστιάζει στην διαύγεια του νου και μπορεί να εξακριβωθεί με την μέτρηση της μνήμης, της προσοχής, της συγκέντρωσης και την προσαρμοστικότητα στις αλλαγές και γεγονότα ζωής που προκύπτουν στα άτομα. Ακόμη, αφορά την έννοια της αυτοεκτίμησης και αυτό- αποτελεσματικότητας του ατόμου. Ο τρόπος απάντησης στα ποικίλα ερεθίσματα συγκαταλέγεται, επίσης, στην ψυχολογική ηλικία.

Η κοινωνική ηλικία αφορά την ώριμη στάση του ατόμου, την ενσυνειδητότητα, τα δικαιώματα, υποχρεώσεις και οι προσδοκίες ενός ατόμου, ως μέρος του κοινωνικού συνόλου. Ο κοινωνικός ρόλος και η θέση που κατέχει στον κόσμο ορίζει την κοινωνική ηλικία.

Η ιατρική ηλικία σχετίζεται με τη λειτουργικότητα του ατόμου στο εδώ και τώρα και την αντίληψη για το εάν ένα άτομο μπορεί να ανταπεξέλθει σε διάφορες δοκιμασίες «tasks» .

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 : Η κατάθλιψη μέσα από το πρίσμα των επαγγελματιών υγείας που ειδικεύονται στους ηλικιωμένους

a. Ορισμός και ιστορική αναδρομή

³⁸ Howard M., Fillit, Kenneth, Rockwood, Woodhouse (2010). CHAPTER 1 - Introduction: Aging, Frailty, and Geriatric Medicine. Brocklehurst's Textbook of Geriatric Medicine and Gerontology (SEVENTH EDITION)2010,Pages 1- 2.

Η μείζων καταθλιπτική διαταραχή (MDD) έχει καταταχθεί ως η τρίτη αιτία επιβάρυνσης παγκοσμίως το 2008 από την ΠΟΥ, η οποία έχει προβλέψει ότι αυτή η ασθένεια θα καταταχθεί πρώτη έως το 2030.³⁹ Η κατάθλιψη μπορεί να οριστεί ως «μια ψυχική διαταραχή, με επίμονη θλίψη, δυσκολία συγκέντρωσης, απώλεια όρεξης, απώλεια ενδιαφέροντος για τις καθημερινές δραστηριότητες της ζωής, κακή μνήμη και απώλεια ενέργειας»⁴⁰.

Σύμφωνα με την Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία, έχουμε αξιοποιήσει το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών V (“ Diagnostic & Statistical Manual of Mental Disorders, DSM - 5) , που έχει θεσπίσει διαγνωστικά κριτήρια για τη φύση και ονομασία των ψυχικών διαταραχών και αυτά θα τονίσουμε παρακάτω , για να διευκρινίσουμε τις μορφές της κατάθλιψης, στον γενικό πληθυσμό. Κατόπιν, ωστόσο, μείζονος σημασίας είναι η καταγραφή των ειδικότερων υποτύπων κατάθλιψης στους ηλικιωμένους, όπως ενυπάρχουν στην δεδομένη βιβλιογραφία , καθώς δεν υπάρχει ταξινομικό σύστημα κριτηρίων της κατάθλιψης που να απευθύνεται αποκλειστικά στους ηλικιωμένους.

Στην αρχαιότητα, η ψυχική πάθηση εθεωρείτο τιμωρία των θεών για τις ενέργειες των ανθρώπων. Αντίθετα, ο ξακουστός Έλληνας ιατρός Ιπποκράτης, μεταξύ άλλων, υποστήριξε ότι η ψυχική πάθηση στηρίζεται σε φυσικά και όχι υπερφυσικά αίτια. Ο Ιπποκράτης κατανέμησε τις ψυχικές παθήσεις σε 3 κατηγορίες. Μελαγχολία, Φρενίτιδα και Μανία.⁴¹ Από τις προαναφερθείσες η Μελαγχολία πλησιάζει πιο πολύ στον σύγχρονο όρο της κατάθλιψης.

Τον 5^ο αιώνα Π.Χ ειδικότερα, ο Ιπποκράτης υποστήριξε ότι η διάθεση του ατόμου εξαρτάται από την ισορροπία τεσσάρων υγρών του σώματος, του αίματος, της κίτρινης και μαύρης χολής και του φλέγματος. Η ανισορροπία αυτών των υγρών σε συνδυασμό με την πλειονότητα της μαύρης χολής συμπεριλαμβάνεται στα αίτια της κατάθλιψης, καθώς μια περίσσεια μαύρη χολή προκαλεί απογοήτευση και φόβο, που αντέχει στο

³⁹ Malhi GS, Mann JJ. (2018). Depression. Lancet 2018 Nov 24;392(10161):2299-2312. doi: 10.1016/S0140-6736(18)31948-2. Epub 2018 Nov 2.

⁴⁰ Guo, L.N., Zauszniewski, J.A., Ding, X.F., Liu, Y.C., Huang, L.J., Liu, Y.J. (2017). Psychometric assessment of the Depressive cognition scale among older Chinese people. Archives of Psychiatric Nursing, 31(5), pp.477-482

⁴¹ <https://psychology.wikia.org/wiki/Melancholia>

χρόνο. Εκείνος υποστήριζε ότι αν επιτευχθεί η ισορροπία αυτών των υγρών στο σώμα θα διαφυλάχθει η ψυχική υγεία των ανθρώπων.⁴²

Στον Μεσαίωνα , ο Γαληνός θεωρεί ότι η ψυχική υγεία στηρίζεται στην αρμονία του λογικού, παραλόγου και ηδονιστικού τμήματος της ψυχής. Στην περίοδο της Αναγέννησης, οι Ευρωπαίοι θεωρούσαν την μελαγχολία ως σημάδι ιδιοφυΐας. Ωστόσο, μια άλλη μερίδα ατόμων την ίδια εποχή, θεωρούσαν τους ψυχικά πάσχοντες, ως μάγους και δαιμονισμένους.

Τον 16^ο Αιώνα, ο Jehen Weyer και στους επόμενους 2 αιώνες , οι Paolo Zacchia ,Thomas Sydenham και Philippe Pinel αντιμετωπίζουν την ψυχική ασθένεια, με ένα πιο συστηματικό, επιστημονικό και ανθρώπινο υπόβαθρο, αποδιδοντάς την σε φυσικά αίτια⁴³, και αποκρουώντας τη βάνουση αντιμετώπιση, όπως πνιγμό, πυρπόληση ή εξορκισμό, που εχρησιμοποιείτο κατά κόρον, τον προηγούμενο αιώνα.

Το 1950, εφευρίσκονται και χρησιμοποιούνται ευρέως τα πρώτα αντικαταθλιπτικά φάρμακα και επέρχεται μια νέα περίοδος για τις ψυχικές παθήσεις, εν γένει.

Στον 20^ο αιώνα, όταν πλέον αναφερόμαστε σε μελαγχολία, κατά βάσει, αναφερόμαστε σε μια διάγνωση μείζονος κατάθλιψης με κυρίαρχα μελαγχολικά χαρακτηριστικά. Συνήθως, η μείζονος κατάθλιψη, σύμφωνα με το DSM, προσβάλλει άτομα που είτε έχουν ήδη νοσήσει στο παρελθόν από μελαγχολία , είτε άτομα που λαμβάνουν ενδοноσοκομειακή περίθαλψη. Στους ηλικιωμένους, η μελαγχολία μπορεί να είναι ταυτόσημη με την άνοια.⁴⁴

b. Μορφές κατάθλιψης

⁴² .Horwitz, A. V., Wakefield, J. C. and Lorenzo-Luaces, L. (2016) 'History of Depression', 1(April 2016). doi: 10.1093/oxfordhb/9780199973965.013.2

⁴³ .Horwitz, A. V., Wakefield, J. C. and Lorenzo-Luaces, L. (2016) 'History of Depression', 1(April 2016). doi: 10.1093/oxfordhb/9780199973965.013.2

⁴⁴Zaninotto Leonardo, Solmi Marco,Veronese Nicola, Guglielmo Ricardo, Loime Lucia, Camardese Giovanni, Serretti Alessandro. (2016). A meta-analysis of cognitive performance in melancholic versus non-melancholic unipolar depression. J Affect Disord 2016 Sep 1;201:15-24.doi: 10.1016/j.jad.2016.04.039. Epub 2016 Apr 21.

Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή

Μείζων κατάθλιψη, όπως ορίζεται από το διεθνές ταξινομικό σύστημα, DSM -V της Αμερικάνικης Ψυχιατρικής Εταιρείας⁴⁵, στην οποία πρέπει να είναι παρόντα πέντε από τα ακόλουθα συμπτώματα: καταθλιπτική διάθεση, περιορισμένο ενδιαφέρον, έλλειψη ευχαρίστησης για όλες ή σχεδόν όλες τις δραστηριότητες, απώλεια ή αύξηση βάρους (μεγαλύτερη από το 5% του σωματικού βάρους), αϋπνία ή υπερυπνία, ψυχοκινητική υπερδιέγερση ή επιβράδυνση, κόπωση, αισθήματα αναξιότητας ή ανάρμοστες ενοχές, μειωμένη ικανότητα συγκέντρωσης, επαναλαμβανόμενες σκέψεις θανάτου ή αυτοκτονίας.

Τουλάχιστον ένα από τα συμπτώματα πρέπει να είναι είτε η καταθλιπτική διάθεση ή το περιορισμένο ενδιαφέρον ή ευχαρίστηση. Το σύνδρομο θα πρέπει να έχει διάρκεια τουλάχιστον 2 εβδομάδων, να οδηγεί σε υποκειμενική ενόχληση, λειτουργική ανεπάρκεια και να μην είναι άμεση επίπτωση χρήσης ουσίας ή/και ιατρικής πάθησης. Σε υπερήλικες, της μείζονος κατάθλιψης μπορεί να προηγηθεί μια μακρά υποκλινική φάση διάρκειας έως και 3 ετών⁴⁶. Η εμφάνιση του επεισοδίου θα πρέπει να μην εξηγείται καλύτερα από άλλες ψυχιατρικές διαταραχές, όπως η σχιζοσυναισθηματική διαταραχή, η σχιζοφρένεια, η σχιζοφρενικόμορφη διαταραχή, η παραληρητική διαταραχή ή άλλο προσδιορισμένο και απροσδιοριστο φάσμα σχιζοφρένειας και άλλες ψυχωτικές διαταραχές. Θα πρέπει επίσης να μην υπάρχει ατομικό ιστορικό μανιακού ή υπομανιακού επεισοδίου, καθώς αυτά είναι ενδεικτικά διπολικής διαταραχής και όχι μείζονος κατάθλιψης.

Το DSM-5, συγκεκριμένα, έχει αποσαφηνίσει τη διάκριση απώλειας/ πένθους και της μείζονος κατάθλιψης. Το πένθος, σαφώς, δεν είναι ασθένεια αλλά είναι ένας από τους εν δυνάμει σοβαρούς ψυχοκοινωνικούς επιβαρυντικούς παράγοντες, που μπορεί να προκαλέσουν ή να επιδεινώσουν την κατάθλιψη. Υπάρχει μεγάλη πιθανότητα, το

⁴⁵ American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th Edition. DSM-5.

⁴⁶ Lyness JM, Cox C, Curry J, Conwell Y, King DA, Caine ED. Older age and the underreporting of depressive symptoms. J Am Geriatr Soc. 1995; 43: 216–21.

άτομο που έχει βυθιστεί στη θλίψη , λόγω της ατυχής συγκυρίας, να οδηγηθεί σε επιμμένουσα και χρόνια καταθλιπτική διαταραχή, και μάλιστα χωρίς να το αντιληφθεί.

47

Στη μείζονα κατάθλιψη, παρατηρείται επίμονη καταθλιπτική διάθεση και ανικανότητα προσδοκίας χαράς και ευχαρίστησης ,σε οποιαδήποτε συνθήκη. Το άτομο δεν μπορεί να βιώσει οποιαδήποτε χαρά, ούτε καν να γελάσει με κάποιο αστείο. Το άτομο έχει έντονο αίσθημα χαμηλής αυτοεκτίμησης, αναξιότητας, και σκέφτεται τον θάνατο , ως αποτίναξη του ψυχικού ζυγού που τον βαραίνει.

Δυσθυμία – Επιμμένουσα Καταθλιπτική Διαταραχή

Ουσιαστικά, χαρακτηρίζεται από συμπτώματα παρόμοια με αυτά της μείζονος κατάθλιψης. αλλά λιγότερα σε αριθμό και ελαφρότερα σε βαρύτητα. Ωστόσο, πολλάκις, η δυσθυμία μπορεί να συνυπάρχει με τη μείζονα καταθλιπτική διαταραχή. Τα κριτήρια που πρέπει να ισχύουν είναι τα ακόλουθα: Καταθλιπτική διάθεση, στο μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, τις περισσότερες μέρες, για διάρκεια τουλάχιστον 2 ετών, είτε με την υποκειμενική εκτίμηση, είτε με την παρατήρηση τρίτων. Όταν υπάρχει καταθλιπτική διάθεση, πρέπει να υπάρχει παρουσία 2 ή περισσότερων συμπτωμάτων από τα ακόλουθα, μειωμένη όρεξη ή υπερφαγία, αυπνία ή υπερυπνία, χαμηλή ενεργητικότητα ή κόπωση, χαμηλή αυτοεκτίμηση, πτωχή συγκέντρωση ή δυσκολία λήψης αποφάσεων και αίσθημα απελπισίας. Το άτομο να μην έχει υπάρξει ποτέ ελεύθερο συμπτωμάτων για 2 μήνες τη φορά σε κάθε μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο. Επίσης, να μην έχει προηγηθεί ποτέ μανιακό ή υπομανιακό επεισόδιο και να μην πληρούνται τα κριτήρια της κυκλοθυμικής διαταραχής. Η διαταραχή να μην εξηγείται καλύτερα από μια επιμένουσα σχιζοσυναισθηματική διαταραχή, σχιζοφρένεια, σχιζοφρενικόμορφη διαταραχή, παραληρητική διαταραχή ή άλλο προσδιορισμένο και απροσδιόριστο φάσμα σχιζοφρένειας και άλλες ψυχωτικές διαταραχές. Η διαταραχή να μην προκαλείται από ουσίες, φάρμακα ή άλλη οργανική κατάσταση , όπως ο υποθυρεοειδισμός. Επιπλέον, θα πρέπει να μην υπάρχει επεισόδιο μείζονος κατάθλιψης κατά τη διάρκεια των 2 πρώτων ετών της διαταραχής, ειδάλως τίθεται η διάγνωση της διπλής κατάθλιψης.

⁴⁷ Burne G., (2002). What happens to anxiety disorders in later life? Revista Brasileira de Psiquiatria 24 (1): 74 -80

Προκαλούμενη από ουσίες και φάρμακα

Στην καταθλιπτική διαταραχή οφειλόμενης σε ουσίες και φαρμακευτικά σκευάσματα, η κλινική εικόνα του ατόμου κυριαρχείται από τουλάχιστον 2 κριτήρια από τα ακόλουθα. Παρατηρείται προεξάρχουσα και επίμονη διαταραχή της διάθεσης. Επιπλέον, σε αυτήν την περίπτωση, η καταθλιπτική διάθεση εμφανίστηκε κατά τη διάρκεια ή αμέσως μετά από την τοξίκωση ή στέρηση ουσίας ή μετά από έκθεση σε φάρμακο. Άλλο κριτήριο της ουσιοεπαγόμενης κατάθλιψης, είναι ότι η κατάθλιψη δεν εξηγείται καλύτερα από αμιγή ΜΚΔ, ουσίες, όπως αλκοόλ, φαινκυκλιδίνη, άλλα παραισθησιογόνα, εισπνεόμενα, οπιοειδή, ηρεμιστικά, υπνωτικά ή αγχολυτικά, αμφεταμίνη, κοκαΐνη και άλλη άγνωστη ουσία. Τέλος, τα συμπτώματα πρέπει να προκαλούν σημαντική ενόχληση ή έκπτωση της λειτουργικότητας.

Οφειλόμενη σε άλλη σωματική Κατάσταση

Η διάγνωση της κατάθλιψης που οφείλεται σε άλλη σωματική κατάσταση, δίδεται όταν παρουσιάζεται καταθλιπτική διάθεση ή ανηδονία σε ασθενείς που έχουν ήδη διαγνωστεί με ασθένεια που σχετίζεται με την εμφάνιση κατάθλιψης. Υπάρχει απόδειξη από το ιστορικό, τη φυσική εξέταση ή τα εργαστηριακά ευρήματα ότι η διαταραχή προκύπτει από κάποιο σωματικό νόσημα. Η διαταραχή δεν εξηγείται καλύτερα με άλλη ψυχική διαταραχή, όπως τη διαταραχή προσαρμογής, με καταθλιπτική διάθεση, που ο στρεσογόνος παράγοντας είναι η σωματική κατάσταση. Η διαταραχή προκαλεί κλινικά σημαντική ενόχληση ή έκπτωση της λειτουργικότητας.

Ελάσσων/Μέτρια καταθλιπτική διαταραχή

Στην ελάσσων/ Μέτρια καταθλιπτική διαταραχή, θα πρέπει να υπάρχουν τουλάχιστον δύο αλλά λιγότερα από πέντε από τα συμπτώματα της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής. Το σύνδρομο θα πρέπει να έχει διάρκεια τουλάχιστον 2 εβδομάδων, να

οδηγεί σε δυσφορία ή λειτουργική ανεπάρκεια και να μην είναι άμεση επίπτωση χρήσης ουσίας, ιατρικής πάθησης ή πένθους.

Κυκλοθυμική διαταραχή

Τα κριτήρια που πρέπει να τηρούνται είναι τουλάχιστον για 2 έτη να εναλλάσσεται η παρουσία χρονικής περιόδου , με υπομανιακά συμπτώματα, που όμως δεν πληρούν τα κριτήρια Υπομανιακού Επεισοδίου, και καταθλιπτικά συμπτώματα που δεν πληρούν , τα κριτήρια Μείζονος Καταθλιπτικού Επεισοδίου. Στη διάρκεια των 2 ετών, οι υπομανιακές και οι υποουδικές καταθλιπτικές περιόδους , θα πρέπει να υπήρχαν τουλάχιστον το μισό χρόνο, και το άτομο να μην ήταν ποτέ ελεύθερο συμπτωμάτων , για περισσότερο από 2 μήνες, κάθε φορά. Θα πρέπει επίσης, να μην πληρούνται τα κριτήρια για τα μείζονα, καταθλιπτικά, μανιακά ή υπομανιακά επεισόδια. Επίσης, τα συμπτώματα δεν μπορούν να αποδοθούν καλύτερα με σχιζοσυναισθηματική διαταραχή, σχιζοφρένεια, σχιζοφρενικόμορφη, παραληρητική ή άλλο προσδιορισμένο ή απροσδιόριστο φάσμα σχιζοφρένειας και άλλη ψυχωτική διαταραχή. Ακόμη, τα συμπτώματα να μην οφείλονται στη δράση κάποιας ουσίας ή άλλης σωματικής κατάστασης. Και τέλος, τα συμπτώματα προκαλούν σημαντική ενόχληση ή έκπτωση της λειτουργικότητας.

Διπολική Διαταραχή

Η διπολική διαταραχή (με πιο πρόσφατο καταθλιπτικό επεισόδιο) διαγιγνώσκεται σε ασθενείς με μείζονα κατάθλιψη που έχουν ιστορικό τουλάχιστον ενός μανιακού ή υπομανιακού επεισοδίου. Συνήθως παρατηρείται μεγάλη εναλλαγή στη συναισθηματική κατάσταση του ασθενούς , και κάθε επόμενο επεισόδιο στοιχίζει περισσότερο στον αγώνα της κατάθλιψης.

Ψυχωτική κατάθλιψη

Παρουσιάζεται σε μικρότερη συχνότητα⁴⁸, σε σύγκριση με τη μείζονα καταθλιπτική διαταραχή και διαγιγνώσκεται σε ασθενείς με μείζονα κατάθλιψη με παραληρητικές ιδέες. Τα θέματα των παραληρητικών ιδεών στην κατάθλιψη αφορούν κυρίως ενοχή, υποχονδρία, μηδενισμό, ιδέες καταδίωξης και κάποιες φορές ζηλοφθονία⁴⁹. Ο ασθενής μπορεί να έχει την αίσθηση ότι του αρπάζουν τις σκέψεις, ή ότι μπορεί όλοι να ακούσουν τις σκέψεις του ή ότι κάποια ξένη δύναμη καθορίζει και επιβάλλεται στις σκέψεις του.

Στην οφειλόμενη γενικής ιατρικής κατάστασης/ Οργανική κατάθλιψη

Υποστηρίζεται ότι το άγχος αν δεν μετριασθεί, επηρεάζει την αποτελεσματικότητα της ανοσιακής απόκρισης. Προάγεται η αρτηριοσκλήρωση, και εμφανίζεται παχυσαρκία, απασβέστωση των οστών και ατροφία των εγκεφαλικών κυττάρων⁵⁰. Ενδεικτικά μερικά νοσήματα που προκαλούν οργανική κατάθλιψη δευτερογενώς είναι εγκεφαλικά επεισόδια, οι νόσοι Parkinson και Alzheimer, ενδοκρινικά νοσήματα (π.χ. υποθυρεοειδισμός), νεοπλάσματα (π.χ. Ca παγκρέατος), μεταβολικές διαταραχές (π.χ. αφυδάτωση), αναιμία κ.ά. Παραδείγματος χάριν, η ανεπάρκεια της βιταμίνης B12 μπορεί να οδηγήσει σε κατάθλιψη και μανία, έντονη επιθετικότητα, ψυχωτικές εκδηλώσεις αλλά και αυτοκτονικές συμπεριφορές⁵¹. Επίσης, ορισμένα φάρμακα που προκαλούν κατάθλιψη, ως παρενέργεια, είναι τα αντιυπερτασικά (β-αναστολείς, κλονιδίνη, μεθυλντόπα), τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη, οι βενζοδιαζεπίνες και τα κορτικοστεροειδή⁵².

Διαταραχή προσαρμογής με καταθλιπτική διάθεση

⁴⁸ Mandimore F. (2006). Depression, the mood disorder. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.

⁴⁹ Alexopoulos GS, Katz IR, Bruce ML, et al: Remission in geriatric primary care patients: a report from the PROSPECT Study. Am J Psychiatry. 2005; 162: 718–25

⁵⁰ McEwan BS. Mood disorders and allostatic load. Biol Psychiatry. 2003; 54: 200–07

⁵¹ Jerneren F, Elshorbagy AK., Oulhaj A., Smith SM, Refsum H., Smith AD. (2015). Brain atrophy in cognitively impaired elderly: the importance of long-chain omega-3 fatty acids and B vitamin status in a randomized controlled trial. Am J Clin Nutr. 2015 Ιουλ; 102 (1): 215-21. doi: 10.3945 / ajcn.114.103283.

⁵² Kenna Heather A, Poon Amy W, C Paula de los Angeles C Paula, Koran Lorrin M (2011). Psychiatric complications of treatment with corticosteroids: review with case report. Psychiatry Clin Neurosci 2011 Oct;65(6):549-60. doi: 10.1111/j.1440-1819.2011.02260.x.

Ασθενείς με τέτοια μορφή κατάθλιψης συνήθως παρουσιάζουν περισσότερο άγχος, αίσθημα έλλειψης συμπαράστασης και απαισιοδοξία, καταθλιπτική διάθεση, εύκολο κλάμα, ευερεθιστότητα, απομάρυνση από τους οικείους, αδιαφορία για αγαπημένα πρόσωπα και δραστηριότητες, διαταραχές στον ύπνο και τη διατροφή, με εκδήλωση κάποιου στρεσογόνου αιτίου, εντός 3 μηνών. Το σύνδρομο θα πρέπει να οδηγεί σε μεγάλη δυσφορία ή ανικανότητα και θα πρέπει να υποχωρήσει εντός 6 μηνών από την αντιμετώπιση του στρεσογόνου παράγοντα.

Άλλη Προσδιορισμένη Καταθλιπτική Διαταραχή

Σε αυτήν την κατηγορία ναι μεν υπάρχουν κλινικά συμπτώματα που προκαλούν σημαντική ενόχληση ή έκπτωση στη λειτουργικότητα, αλλά δε, δεν πληρούν τα κριτήρια για τη διάγνωση κάποιας καταθλιπτικής διαταραχής.

Άλλη μη προσδιοριζόμενη καταθλιπτική διαταραχή

Στην απροσδιόριστη καταθλιπτική διαταραχή προεξάρχουν τα συμπτώματα καταθλιπτικής διαταραχής που προκαλεί σημαντική έκπτωση ή ενόχληση στην λειτουργικότητα του ατόμου, χωρίς όμως να πληρούνται τα κριτήρια για οποιαδήποτε από τις καταθλιπτικές διαταραχές.

c. Παθοφυσιολογία της Κατάθλιψης

Η νευρωνική/ συναπτική πλαστικότητα είναι μια θεμελιώδης διαδικασία με την οποία ο εγκέφαλος μπορεί να απαντήσει σε διάφορα ερεθίσματα και να προσαρμόσει τη λειτουργία του εγκεφάλου, σε ευνοϊκές συνθήκες για την επιβιώσή του. Διαταραχή στην διαδικασία της συναπτικής πλαστικότητας συμβάλλει στην παθοφυσιολογία των διαταραχών της διάθεσης. Η αντικαταθλιπτική θεραπεία, μέσω ρύθμισης της οδού μεταγωγής σήματος και γονιδιακής έκφρασης, στοχεύει στη διατήρηση της συναπτικής πλαστικότητας.

Επιπροσθέτως, ο υποθάλαμος έχει κεντρικό ρόλο στη λειτουργία του νευροενδοκρινικού άξονα και αποτελεί το συνδετικό κρίκο μεταξύ ενδοκρινών αδένων και νευροδιαβιβαστών⁵³. Η ανάδυση και επικέντρωση στα αρνητικά συναισθήματα, προκαλεί βιοχημικές αλλαγές, όπως την ενεργοποίηση του νευροενδοκρινιακού ή αλλιώς του άξονα υποθάλαμου- υπόφυσης – επινεφριδίων (HPA)⁵⁴.

Οι κυτοκίνες έχουν αποδειχθεί ότι ενεργοποιούν τον άξονα υποθαλάμου-υπόφυσης-επινεφριδίων (HPA) και μεταβάλλουν τη λειτουργία του νευροδιαβιβαστή, με αποτέλεσμα την παθογένεση της κατάθλιψης. Η αυξημένη δραστηριότητα του HPA, καθώς και η υπερέκκριση της κορτιζόλης από το φλοιό των επινεφριδίων σχετίζεται με την αύξηση του όγκου της αμυγδαλής⁵⁵ και τη μείωση του όγκου του ιπποκάμπου⁵⁶, των βασικών γαγγλίων και του προμετωπιαίου φλοιού⁵⁷, μέσω της αρνητικής παλίνδρομης ρύθμισης των υποδοχέων γλυκοκορτικοειδών του υποθαλάμου.

Η αυξημένη συγκέντρωση γλυκοκορτικοειδών προκαλεί μειωμένη δραστηριότητα/κινητικότητα, στους υποδοχείς των γλυκοκορτικοειδών, με αποτέλεσμα τη μείωση νευρογένεσης στον ιππόκαμπο, των δενδριτών⁵⁸ και τη νέκρωση των νευρώνων⁵⁹, εξαιτίας της απόπτωσης/κυτταρικού θανάτου⁶⁰.

Οι σημαντικότεροι νευροδιαβιβαστές, η σεροτονίνη, η ακετυλοχολίνη, η ντοπαμίνη, η νορεπινεφρίνη και το γ-αμινοβουτυρικό οξύ (GABA), εμπλέκονται περισσότερο στη

⁵³ Goldapple K, Segal Z, Garson C, Lau M, Bieling P, Kennedy S, Mayberg H. (2004) Modulation of cortical-limbic pathways in major depression: treatment-specific effects of cognitive behavior therapy. *Arch Gen Psychiatry*. 2004; 61(1): 34-41.

Thase ME. (2005) Bipolar depression: issues in diagnosis and treatment. *Harv Rev Psychiatry*. 2005; 13(5): 257-71.

⁵⁴

⁵⁵ Frodl T, Meisenzahl EM, Zetzsche T, Born C, Jäger M, Groll C, et al. Larger amygdala volumes in first depressive episode as compared to recurrent major depression and healthy control subjects. *Biol Psychiatry*. 2003; 53(4): 338-44

⁵⁶ Sheline YI. Hippocampal atrophy in major depression: a result of depression-induced neurotoxicity? *Molecular psychiatry*. 1996;1(4):298-9.

⁵⁷ Drevets W. (2000). Neuroimaging studies of mood disorders. *Biol Psychiatry* 2000;48:813-29.

⁵⁸ Magarinos AM, McEwen BS, Flugge G, Fuchs E. Chronic psychosocial stress causes apical dendritic atrophy of hippocampal CA3 pyramidal neurons in subordinate tree shrews. *The Journal of neuroscience: the official journal of the Society for Neuroscience*. 1996;16(10):3534-40.

⁵⁹ Sapolsky, R.M.. (1986). Glucocorticoid toxicity in the hippocampus: reversal by supplementation with brain fuels. *J. Neurosci*. 1986, 6, 2240-2244. 19.

Yu, S., Holsboer, F., Almeida, O.F. (2008). Neuronal actions of glucocorticoids: focus on depression. *J. Steroid Biochem. Mol. Biol.* 2008, 108, 300-309.

⁶⁰ Crochemore, C., Lu, J., Wu, Y., Liposits, Z., Sousa, N., Holsboer, F., Almeida, O.F. (2005). Direct targeting of hippocampal neurons for apoptosis by glucocorticoids is reversible by mineralocorticoid receptor activation. *Mol. Psychiatry* 2005, 10, 790-798.

παθοφυσιολογία των διαταραχών της διάθεσης. Η μονοαμινεργική υπόθεση εξηγεί ότι η κατάθλιψη γεννάται εξαιτίας της ανεπάρκειας των νευροδιαβιβαστών στις νευρικές συνάψεις του εγκεφάλου.⁶¹

Αναλυτικότερα, η μεταβολή των επιπέδων της σεροτονίνης προκαλεί δυσλειτουργία στο σεροτονινεργικό σύστημα και θεωρείται υπαίτια για την εκδήλωση της μείζονας καταθλιπτικής διαταραχής.⁶²

Στη μείζονα κατάθλιψη, ο ρόλος της ντοπαμίνης δεν έχει εξεταστεί ενδελεχώς σε σύγκριση με τις άλλες μονοαμίνες, αλλά σύμφωνα με τα ευρήματα άλλων μελετών, η διαταραγμένη ντοπαμινεργική δραστηριότητα συνδεείται άμεσα με την ψυχωσική κατάθλιψη.

Δευτερευόντως, εκτός από την σεροτονινεργική υπόθεση υπάρχει και η χολινεργική υπόθεση, σύμφωνα με την οποία χολινεργικοί νευροδιαβιβαστές εμπλέκονται στην εμφάνιση κατάθλιψης.⁶³ Σε αυτήν την περίπτωση, παρατηρείται υπερδραστηριότητα του χολινεργικού συστήματος, αυξάνοντας την ορμονική απόκριση σε χολινεργικούς ανταγωνιστές.

Το GABA, ένας ανασταλτικός νευροδιαβιβαστής, και το γλουταμινικό και η γλυκίνη, ως σημαντικοί διεγερτικοί νευροδιαβιβαστές, διαπιστώνεται ότι παίζουν επίσης ρόλο στην αιτιολογία της κατάθλιψης. Η υπολειτουργία του γ-αμινοβουτυρικού οξέος (GABA) οφείλεται σε χρόνιο και παρατεταμένο stress και μπορεί να εξακριβωθεί με εξέταση στην συγκέντρωση του πλάσματος και του εγκεφαλονωτιαίου υγρού, αποκαλύπτοντας άλλη μια βιολογική διαπίστωση για την νευρογένεση της κατάθλιψης⁶⁴. Το GABA θεωρείται ότι ασκεί το αντικαταθλιπτικό αποτέλεσμα αναστέλλοντας τις ανερχόμενες μονοαμινικές οδούς, συμπεριλαμβανομένων των μεσοκορτικών και των μεσολημικών συστημάτων. Μια άλλη μελέτη τονίζει ότι υγιείς μάρτυρες με καταθλιπτικούς συγγενείς πρώτου βαθμού

⁶¹ Nutt DJ. Relationship of neurotransmitters to the symptoms of major depressive disorder. *J Clin Psychiatry*. 2008; 69 E1:4-7.

⁶² Coppen AJ, Doogan DP. (1988) Serotonin and its place in the pathogenesis of depression. *The Journal of clinical psychiatry*. 1988;49 Suppl:4-11.

⁶³ Overstreet DH, Daws LC, Schiller GD, Orbach J, Janowsky DS. (1998). Cholinergic/serotonergic interactions in hypothermia: implications for rat models of depression. *Pharmacology, biochemistry, and behavior*. 1998;59(4):777-85

⁶⁴ Petty F, Sherman AD. (1984). Plasma GABA levels in psychiatric illness. *Journal of affective disorders*. 1984;6(2):131-8.

είχαν χαμηλότερα ποσοστά GABA, συγκριτικά με συγγενείς χωρίς ιστορικό κατάθλιψης.⁶⁵

d. Επιδημιολογία της κατάθλιψης

i. Πληθυσμιακές ομάδες που πλήττονται

Η κατάθλιψη πλήττει πάνω από 322 εκατομμύρια ανθρώπους παγκοσμίως . Τα κλινικά σημαντικά συμπτώματα της κατάθλιψης στους ηλικιωμένους φτάνουν στο 15%⁶⁶ και προκαλούν αυξημένο κόστος για το υγειονομικό σύστημα, και την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και την Μακροχρόνια Φροντίδα. Τα καταθλιπτικά συμπτώματα στους ηλικιωμένους είναι πολύ συχνά και συνήθως ως απότοκα ασθενειών και απώλειας.⁶⁷ Η κατάθλιψη αλληλεπιδρά με υπάρχοντα σωματικά νοσήματα και γεννά μεγάλα ποσοστά αναπηρίας, κατακερματίζοντας την ποιότητα ζωής, τη συνοδή λειτουργικότητα και αυξάνοντας τους δείκτες θνησιμότητας.⁶⁸

Σε άτομα άνω των 65 ετών , 1 στους 7 ηλικιωμένους υποφέρει από κατάθλιψη.⁶⁹ Ο επιπολασμός της κατάθλιψης σε άτομα άνω των 65 ετών υπολογίζεται στις διάφορες επιδημιολογικές μελέτες 1% με 5% .⁷⁰ Ενώ σύμφωνα με άλλη έρευνα, ο εκτιμώμενος επιπολασμός της υπολογίζεται στο 13,3%.⁷¹ . Χαρακτηριστικά, στους άνω των 65 ετών, η μείζονα κατάθλιψη και η δυσθυμία κυμαίνεται από 2% μέχρι 25%. Ενώ, η μείζονος κατάθλιψη, στους άνω των 75 ετών κυμαίνεται γύρω στο 7,2%.

⁶⁵ Bjork JM, Moeller FG, Kramer GL, Kram M, Suris A, Rush AJ, et al. (2001). Plasma GABA levels correlate with aggressiveness in relatives of patients with unipolar depressive disorder. *Psychiatry research*. 2001;101(2):131-6.

⁶⁶ Blazer, D.G. (2003). Depression in late life: Review and commentary. *Journals of Gerontology: Medical Sciences*, 58A, 249-265

⁶⁷ Judd et al, (2002). The long-term natural history of the weekly symptomatic status of bipolar I disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2002 Jun;59(6):530-7.doi: 10.1001/archpsyc.59.6.530.

⁶⁸ Barry, L. C., Abou, J. J., Simen, A. A., & Gill, T. M. (2012). Under-treatment of depression in older persons. *Journal of affective disorders*, 136(3), 789-796.

⁶⁹ Borza, T., Engedal, K., Bergh, S., Benth, J. Š., & Selbæk, G. (2015). The course of depression in late life as measured by the Montgomery and Asberg Depression Rating Scale in an observational study of hospitalized patients. *BMC psychiatry*, 15(1), 191.

⁷⁰ Fiske A et al, (2009) Depression in older adults 2009, 5: 363-89 *Annu Rev Clin Psychol*2009; 5: 363-89. doi: 10.1146 / annurev.clinpsy.032408.153621.

⁷¹ Van Damme, A., Declercq, T., Lemey, L., Tandt, H., & Petrovic, M. (2018). Late-life depression: issues for the general practitioner. *International journal of general medicine*, 11, 113.

Αξίζει να αναφερθεί, ότι όσο μεγαλύτερη είναι η ηλικία , τόσο ηπιότερα είναι τα καταθλιπτικά συμπτώματα, συγκριτικά με κάποιον που είναι νεότερης ηλικίας. Αυτό όμως δεν καταδεικνύει και την ύψιστη ανάγκη για πρόληψη, διάγνωση και θεραπεία, καθώς η συμπτωματολογία μπορεί να μην φαίνεται έντονη, αλλά είναι πραγματικά επικίνδυνη για το άτομο, αφού κρίνεται πιο επιρρεπές στο να βλάψει τον εαυτό του, είτε ενεργητικά, είτε παθητικά.

800.000 αυτοκτονίες αναφέρονται ετησίως.⁷² Ένας ηλικιωμένος που πάσχει από κατάθλιψη είναι πολύ πιθανότερο να αυτοκτονήσει συγκριτικά με κάποιον νεότερης ηλικίας.⁷³ Επομένως, το ποσοστό αυτοκτονιών στους ηλικιωμένους παραμένει υψηλότερο συγκριτικά με τις αυτοκτονίες του γενικού πληθυσμού, 14,3 ανα 100.000 άτομα. Εν ολίγοις, ο κίνδυνος αυτοκτονίας στους ηλικιωμένους είναι 3 φορές μεγαλύτερος συγκριτικά με τους νέους.

Σύμφωνα με τα επιδημιολογικά δεδομένα, παρόλο που οι γυναίκες ζουν περισσότερο από τους άνδρες, δεν εμφανίζουν περισσότερα ποσοστά αυτοκτονιών οι γυναίκες. Μελέτες δείχνουν ότι άντρες άνω των 75 ετών αυτοκτονούν περισσότερο σχεδόν σε όλες τις ανεπτυγμένες χώρες.⁷⁴ Οι ηλικιωμένοι άνδρες, φαίνεται να χρησιμοποιούν πιο βιαιές μεθόδους⁷⁵ συγκριτικά με τους νεότερους.

Αν και λίγες μελέτες έχουν πραγματοποιηθεί, φαίνεται ότι παραπάνω από το μισό η κατάθλιψη στους ηλικιωμένους είναι όψιμης έναρξης, ενώ το υπόλοιπο ποσοστό αφορά κατάθλιψη με πρόιμη έναρξη, δηλαδή , με πρώτο εκδηλωθέν καταθλιπτικό επεισόδιο σε νεότερη ηλικία. Στην κοινότητα το ποσοστό όψιμης έναρξης φτάνει στο

⁷² WHO (2017). Depression and Other Common Mental Disorders. Geneva: WHO.

⁷³ Conwell Y, Duberstein PR & Caine ED (2002) Risk factors for suicide in later life. *Biological Psychiatry* 52, 193–204

⁷⁴ Szanto K, Gildengers A, Mulsant BH, Brown G, Alexopoulos GS & Reynolds CF (2002) Identification of suicidal ideation and prevention of suicidal behaviour in the elderly. *Drugs and Aging* 19, 11–24.

⁷⁵ Fung YL, Chan ZC (2011). A systematic review of suicidal behaviour in old age: a gender perspective. *Journal of Clinical Nursing* 20, 2109-2124

52% , ενώ στην Μακροχρόνια Φροντίδα, το ποσοστό είναι πολύ μεγαλύτερο, περίπου στο 72%.⁷⁶

Είναι μείζονος σημασίας να αναφερθεί ότι στην Ευρώπη παρουσιάζονται μεγάλες διαφορές κατανομής ποσοστών κατάθλιψης ανα χώρα. Τα ηλικιωμένα άτομα, παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο κατάθλιψης. Σύμφωνα με την έρευνα EURODEP, στην Ισλανδία άνω των 65 ετών καταθλιπτικοί καλύπτουν το 8.8%. Στην Γερμαία, 28,7% και στο Μόναχο 23.6%.⁷⁷ Η Ισλανδία κλονίζεται από κατάθλιψη στο 8,8%, η Σαραγόσα στο 10,7%, το Δουβλίνο στο 11.9%, το Άμστερνταμ στο 12,0%, το Βερολίνο στο 16,5%, το Λονδίνο στο 17,3% και τέλος, η Βερόνα στο 18,3%.⁷⁸

Στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής, καταγράφεται το 7% των ανδρών και το 12% των γυναικών κάθε χρόνο. Ενώ, στην Ιαπωνία το 25,6% ανδρών και το 29,5% των γυναικών, με καταθλιπτικά συμπτώματα.⁷⁹ Επιπροσθέτως, στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής ο επιπολασμός της κατάθλιψης σε άτομα άνω των 70 ετών βρίσκεται εώς και το 11.9%. Για άλλη μια φορά, να σημειωθεί ότι το μεγαλύτερο ποσοστό κατάθλιψης αγγίζει τις γυναίκες με 11,44%, ενώ στους άνδρες με 10,81%. Σε άτομα άνω των 80 ετών, το ποσοστό φτάνει εώς και το 12%, με παρόμοιες κλιμακώσεις μεταξύ γυναικών και ανδρών.⁸⁰

Υπολογίζεται ότι η κατάθλιψη βρίσκεται σε χαμηλότερο ποσοστό στην Βόρεια Αμερική και το υψηλότερο ποσοστό στο Ηνωμένο Βασίλειο.⁸¹

⁷⁶ Brodaty et al, (2001) Early and late onset depression in old age: different aitiologies, same phenomenology. 2001(2-3):225-236 J Affect Disord 2001 Oct;66(2-3):225-36. doi: 10.1016/s0165-0327(00)00317-7.

⁷⁷ World Health Organization (2017) 'Depression and other common mental disorders: global health estimates', World Health Organization, pp. 1–24. doi: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

⁷⁸ Copeland, J. R., Beekman, A. T., Braam, A. W., Dewey, M. E., Delespaul, P., Fuhrer, R., ... & Magnusson, H. (2004). Depression among older people in Europe: the EURODEP studies. *World Psychiatry*, 3(1), 45.

⁷⁹ World Health Organization (2014) 'Preventing suicide.' *CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*, 143(7), pp. 609–610. doi: ISBN: 978 92 4 156477 9

⁸⁰ Steffens, D. C., Fisher, G. G., Langa, K. M., Potter, G. G., & Plassman, B. L. (2009). Prevalence of depression among older Americans: the Aging, Demographics and Memory Study. *International Psychogeriatrics*, 21(5), 879-888.

⁸¹ Luppa, M., Sikorski, C., Luck, T., Ehreke, L., Konnopka, A., Wiese, B., ... & Riedel-Heller, S. G. (2012). Age- and gender-specific prevalence of depression in latest-life—systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 136(3), 212-221.

Ο επιπολασμός της μείζονος κατάθλιψης κυμαίνεται από 0,9% έως και 9,4% για άτομα που ζουν στα σπίτια τους και από 14% έως και 42% για ηλικιωμένους που ζουν σε κάποιο ίδρυμα. Περίπου το 5% άνω των 65 ετών που διαμένει σε κάποιο ίδρυμα πληροί τα κριτήρια για μείζονα κατάθλιψη. Τα συνολικά ποσοστά της κατάθλιψης είναι παρόμοια μεταξύ των ανεπτυγμένων χωρών 5,5% και των αναπτυσσόμενων χωρών 5,9%. Ωστόσο, τα ποσοστά κατάθλιψης τείνουν να μειώνονται όσο αυξάνεται το γήρας στις ανεπτυγμένες χώρες, σε αντίθεση, με τις αναπτυσσόμενες χώρες όπου αυξάνονται τα ποσοστά κατάθλιψης με την αύξηση της ηλικίας. Στις ανεπτυγμένες χώρες, η κατάθλιψη σε άτομα τρίτης ηλικίας φτάνει στο 2,6% ενώ, στις αναπτυσσόμενες χώρες φτάνει στο 7,5%.⁸²

Ας προστεθεί ότι, η κατάθλιψη σε δομές μακροχρόνιας περίθαλψης για άτομα άνω των 65 ετών κυμαίνεται έως και το 50%, ενώ στα άτομα άνω των 65 ετών που διαμένουν κατ'οίκον, τα ποσοστά της κατάθλιψης κυμαίνονται από 12% έως και 30%. Όσον αφορά, την πρωτοβάθμια περίθαλψη το 5% με 10% των ηλικιωμένων ατόμων φαίνεται να υποφέρει από κατάθλιψη.⁸³ Σε άλλες έρευνες, εντοπίζεται ότι στο γενικό ηλικιωμένο πληθυσμό η κατάθλιψη βρίσκεται μεταξύ 10% και 20% και στις εγκαταστάσεις πρωτοβάθμιας περίθαλψης μεταξύ 5% και 17%.⁸⁴ Όσον αφορά, τους καταθλιπτικούς ηλικιωμένους ως εξωτερικούς ασθενείς παθολογικών ιατρείων εκκαλύπτεται ποσοστό της τάξεως 5% με 10%, το ποσοστό 10% με 12% αφορά καταθλιπτικούς ηλικιωμένους που νοσηλεύονται, και το 14% με 42% καταθλιπτικούς ηλικιωμένους που φιλοξενούνται σε οίκους ευγηρίας. Στη μονάδα μακροχρόνιας φροντίδας, το υψηλό ποσοστό κατάθλιψης δεν οφείλεται στις μονάδες καθ'εαυτές, αλλά στο αίτιο μεταφοράς των ηλικιωμένων, που εδράζεται κυρίως σε σημαντικό πρόβλημα υγείας ή στην απώλεια συντρόφου.⁸⁵

Στον ελλαδικό χώρο, έχουν πραγματοποιηθεί αρκετές μελέτες, όπου ανάλογα με το σχεδιασμό και τη μεθοδολογία της μελέτης, παρατηρήθηκαν μεγάλες διακυμάνσεις σε

⁸² Kessler, R. C., Birnbaum, H. G., Shahly, V., Bromet, E., Hwang, I., McLaughlin, K. A., ... & Haro, J. M. (2010). Age differences in the prevalence and co-morbidity of DSM-IV major depressive episodes: results from the WHO World Mental Health Survey Initiative. *Depression and anxiety*, 27(4), 351-364

⁸³ Park, M., & Unützer, J. (2011). Geriatric Depression in Primary Care. *Psychiatric Clinics of North America*, 34(2), 469–487. <https://doi.org/10.1016/J.PSC.2011.02.009>

⁸⁴ Aziz, R., & Steffens, D. C. (2013). What are the causes of late-life depression?. *Psychiatric Clinics*, 36(4), 497-516

⁸⁵ Blazer(2003). Depression in late life : review and commentary. 2003.58(3) : 249-65 *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2003 Mar;58(3):249-65. doi: 10.1093/gerona/58.3.m249.

άτομα άνω των 65 ετών που διαγνώστηκαν με κατάθλιψη. Τα ποσοστά κυμαίνονται μεταξύ 6% και 70%.⁸⁶ Η κατάθλιψη σημειώθηκε σε υψηλό ποσοστό της τάξεως 30,3% σε αστικό ελλαδικό πληθυσμό.⁸⁷ Τέλος, άλλη έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο Βαλεστίνο Μαγνησίας, το 2005, αναφέρει ότι ο επιπολασμός ήπιας μορφής κατάθλιψης βρίσκεται στο 27%, ενώ, ο επιπολασμός της μείζονος κατάθλιψης στους ηλικιωμένους βρίσκεται στο 12%.⁸⁸

i.i Επιβαρυντικοί παράγοντες

Οι κύριοι επιβαρυντικοί παράγοντες είναι το φύλο, η ηλικία, προγενέστερη εγκαταστημένη ψυχική νόσος και η παρουσία οικογενειακού ψυχιατρικού ιστορικού⁸⁹, η έλλειψη υποστηρικτικού κοινωνικού δικτύου, η χηρεία⁹⁰, η μοναξιά,⁹¹ η χαμηλή αυτοεκτίμηση, η οικονομική δυσχέρεια⁹², η συνταξιοδότηση, η απώλεια μόνιμης κατοικίας, η μετακόμιση σε κάποιο ίδρυμα ή αναπηρία και υποκείμενα σωματικά νοσήματα.⁹³ Τα άτομα που έχουν εγκεφαλικό αγγειακό ατύχημα, η νόσος του Πάρκινσον και η κατάσταση μετά από έμφραγμα του μυοκαρδίου διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής, και

⁸⁶ Stylianopoulou, C., Koulierakis, G., Karagianni, V., Babatsikou, F., & Koutis, C. (2010). Prevalence of depression among elderly on open care centers for older people. *Rostrum of Asclepius*, 9(4), 490-504

⁸⁷ Carayanni, V., Stylianopoulou, C., Koulierakis, G., Babatsikou, F., & Koutis, C. (2012). Sex differences in depression among older adults: are older women more vulnerable than men in social risk factors? The case of open care centers for older people in Greece. *European journal of ageing*, 9(2), 177-186

⁸⁸ Papadopoulos, F. C., Petridou, E., Argyropoulou, S., Kontaxakis, V., Dessypris, N., Anastasiou, A., ... & Lyketsos, C. (2005). Prevalence and correlates of depression in late life: a population 77 based study from a rural Greek town. *International Journal of Geriatric Psychiatry: A journal of the psychiatry of late life and allied sciences*, 20(4), 350-357.

⁸⁹ Vink D, Aartsen MJ, Schoevers RA. Risk factors for anxiety and depression in the elderly: A review. *Journal of Affective Disorders*. 2008;106(1-2):29-44.

⁹⁰ Zivin K, Christakis NA. The Emotional Toll of Spousal Morbidity and Mortality. *American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2007;15(9):772-779.

⁹¹ Hooley JM, Orley J, Teasdale JD. (1986). Levels of expressed emotion and relapse in depressed patients. *Br J Psychiatry* 1986 Jun;148:642-7. doi: 10.1192/bjp.148.6.642.

⁹² Stroebe M, Schut H, Stroebe W. (2007). Health outcomes of bereavement. *Lancet* 2007 Dec 8;370(9603):1960-73. doi: 10.1016/S0140-6736(07)61816-9.

⁹³ European Communities. Consensus Paper: Mental Health in Older People. 2008 11. Kathleen E. Depression Care for the Elderly: Reducing Barriers to Evidence Based Practice. *Home Health Care Serv Q* 2006; 25 (1):115-148. 13. Schoevers RA, Beekman AT, Deeg DJ, Geerlings MI, Jonker C, Van Tilburg W. Risk factors for depression in later life; results of a prospective community based study (AMSTEL). *J Affect Dis* 2000; 59 (2):127-137.)

αντιστρόφως.⁹⁴⁹⁵ Κυρίως, οι ισχαιμικές εγκεφαλικές βλάβες και οι μεταβολές της φλοιώδους λευκής ύλης σχετίζονται με την κατάθλιψη. Ακόμη, η διαστολική υπόταση, ο διαβήτης τύπου 2, η σκλήρυνση κατά πλάκας⁹⁶, η Alzheimer, η ηπατίτιδα, η λοιμώδης μονοπυρήνωση και η ψωρίαση, η Νόσος Huntington επιληψία, ο υποθυρεοειδισμός, η νόσος Cushing, η νόσος Addison, η υπερασβεσταιμία, μπορεί να προκαλέσουν κατάθλιψη. Ακόμη, έχει βρεθεί ότι η έλλειψη της βιταμίνης B12 και του φυλλικού οξέος, καθώς και η διαταραχή στον μεταβολισμό των ωμέγα -3 λιπαρών οξέων και η παχυσαρκία συγκαταλέγονται στα αίτια εκδήλωσης κατάθλιψης.⁹⁷ Σχετικά με το φύλο των ηλικιωμένων ατόμων που πάσχουν από κατάθλιψη, παρουσιάζεται το αξιοσημείωτο συμπέρασμα ότι οι γυναίκες υπερέχουν στα ποσοστά κατάθλιψης από τους άνδρες.

iii. Προστατευτικοί παράγοντες

Στους προστατευτικούς παράγοντες συγκαταλέγεται ο μικρός αριθμός νοσηλειών και η βραχεία παραμονή νοσηλείας, η απουσία οικογενειακού ψυχιατρικού ιστορικού, η ήπια ένταση και συχνότητα καταθλιπτικών επεισοδίων, η απουσία ψυχωτικών συμπτωμάτων και οι ισχυροί οικογενειακοί και κοινωνικοί δεσμοί⁹⁸.

e. Πρόληψη της κατάθλιψης στους ηλικιωμένους

Η πρόληψη της κατάθλιψης συνιστά την πρόωπη και έγκαιρη ανίχνευση και αντιμετώπιση, είτε για την αποφυγή εγκατάστασης χρονιότητας της νόσου, είτε για τη μείωση της διάρκειας ενός μελλοντικού καταθλιπτικού επεισοδίου, είτε και τα δύο

⁹⁴ Liebetrau M, Steen B, Skoog I. (2008) Depression as a risk factor for the incidence of first-ever stroke in 85-year-olds. Stroke 2008 Jul;39(7):1960-5. doi: 10.1161/STROKEAHA.107.490797. Epub 2008 May 1.

⁹⁵ Unutzer J, Katon W, Sullivan M, Miranda J. (1999). Treating depressed older adults in primary care: narrowing the gap between efficacy and effectiveness. Milbank Q 1999;77(2):225-56, 174. doi: 10.1111/1468-0009.00132.

⁹⁶ Fiske, A., Wetherell, J.K. & Gatz, M., 2009. Depression in older Adults. Annu Rev Clin Psychol, 5, p. 363-389 Annu Rev Clin Psychol 2009; 5: 363-89. doi: 10.1146 / annurev.clinpsy.032408.153621.

⁹⁷ Payne ME. (2010). Nutrition and late-life depression: etiological considerations. Aging health. 2010 Feb 1;6(1):133-143.

⁹⁸ Hong SI, Hasche L, Bowland S. (2009). Structural relationships between social activities and longitudinal trajectories of depression among older adults. Gerontologist 2009 Feb;49(1):1-11. doi: 10.1093/geront/gnp006. Epub 2009 Mar 18.

μαζί.⁹⁹ Στην περίπτωση που ληφθεί θεραπεία σε πρώιμο στάδιο, η διάρκεια του καταθλιπτικού επεισοδίου μπορεί να μειωθεί τουλάχιστον κατά ένα τρίμηνο ή και περισσότερο.¹⁰⁰ Η πρόληψη της κατάθλιψης στους ηλικιωμένους διακρίνεται σε 3 επίπεδα, την Πρωτοβάθμια, Δευτεροβάθμια και την Τριτοβάθμια.

Η Πρωτοβάθμια πρόληψη στοχεύει στην αποτροπή ψυχικών νόσων με την καταπολέμηση των αιτιών και την ελαχιστοποίηση των παραγόντων κινδύνου. Ειδικότερα, αποσκοπεί στη μείωση της επίπτωσης (incidence), δηλαδή της εμφάνισης νέων περιστατικών, στο σύνολο του πληθυσμού, σε ορισμένη χρονική περίοδο. Μια πρώιμη και έγκαιρη παρέμβαση θα συνιστούσε την εκπαίδευση του ατόμου, προκειμένου να μπορεί να υπομείνει ψυχοπιεστικά γεγονότα και να αποφύγει την ψυχική καταρράκωση.

Η ψυχοεκπαίδευση στη κοινωνία, όπως ορίζεται, θα μπορούσε να συμβάλλει στην ενημέρωση της φύσης της ασθένειας και των συμπτωμάτων που φέρει, με αποτέλεσμα οι άνθρωποι να είναι πιο ευαισθητοποιημένοι και πρόθυμοι, στο να αναζητήσουν βοήθεια, εφόσον χρειαστεί, για τους ίδιους και τους αγαπημένους τους. Η έγκαιρη αναζήτηση βοήθειας μπορεί να συμβάλλει στην μείωση των αρνητικών συμπτωμάτων, στην ανακούφιση από το βάρος της ασθένειας, στη δημιουργία θετικής εικόνας για τη χρήση υπηρεσιών που ειδικεύονται στις ψυχικές παθήσεις, στη μείωση επισκέψεων στα τμήματα επειγόντων περιστατικών, και στην ενίσχυση προσκόλλησης του ασθενούς στη θεραπεία και της πλήρους συμμόρφωσης στη θεραπεία.¹⁰¹ Επιπροσθέτως, η Πρωτοβάθμια είναι αρμόδια ως προς την ενημέρωση των ηλικιωμένων για την πιθανή συγχορήγηση φαρμάκων εξαιτίας της συννοσηρότητας.¹⁰²

⁹⁹ Hendrie H.C, Clair D.K, Britain H.M, Fadul P.E, (1990). A study of anxiety/depressive symptoms of medical students, house staff, and their spouses/partners. *J Nerv Ment Dis* 1990, 178:204–207

¹⁰⁰ . Angst J. (1986). The course of affective disorders. *Psychopathology* 1986, 19(Suppl 2):47–52

Kupfer D.J, Frank E, Perel J, M (1989). The advantage of early treatment intervention in recurrent depression. *Arch Gen Psychiatry* 1989, 46:771–775

¹⁰¹ Jonsson Ulf, Bertilsson Göran, Allard Per, Gyllensvärd Harald, Söderlund Anne, Tham Anne, Andersson Gerhard. (2016). Psychological Treatment of Depression in People Aged 65 Years and Over: A Systematic Review of Efficacy, Safety, and Cost-Effectiveness. 2016; 11(8): PLoS One2016 Aug 18;11(8):e0160859. doi: 10.1371/journal.pone.0160859. eCollection 2016.

¹⁰² Maher Robert L, Hanlon Joseph, Hajjar Emily R. (2014). Clinical consequences of polypharmacy in elderly. *Expert Opin Drug Saf*2014 Jan;13(1):57-65. doi: 10.1517/14740338.2013.827660. Epub 2013 Sep 27.

Η Δευτεροβάθμια πρόληψη περιλαμβάνει την εφαρμογή ψυχοθεραπείας και φαρμακοθεραπείας, είτε σε συνδυασμό, είτε ως μονοθεραπεία τη καθεμιά ξεχωριστά, με απώτερο σκοπό την ωφέλεια των ασθενών. Η διεπιστημονική συνεργασία κρίνεται αναγκαία και προτείνεται η εμπλοκή σε εκπαιδευτικά προγράμματα στους καταθλιπτικούς, προκειμένου να εξασφαλιστεί η βελτίωση της πορείας της νόσου, ακόμη και σε ηλικιωμένους που φιλοξενούνται σε ξενώνες αυτό – εξυπηρέτησης.¹⁰³

Η Τριτοβάθμια πρόληψη παρεμβαίνει σε μια εγκατεστημένη ψυχική νόσο, με σκοπό την ελάττωση των υποτροπών , σε βαρύτητα και συχνότητα. Όσο περιορισμένες είναι οι υποτροπές, τόσο ευοίωνη προδιαγράφεται η πορεία της καταθλιπτικής συνδρομής. Επιπροσθέτως, καταλυτικής κλινικής σημασίας είναι το γεγονός πως η Τριτοβάθμια πρόληψη συμβάλλει μαζί με την μείωση των συμπτωμάτων και στην μείωση του αυτοκτονικού ιδεασμού και αποπειρών αυτοκτονίας.¹⁰⁴

¹⁰³ Llewellyn -Jones R.H et al, (1999). Multifacetedshared care intervention for late life depression in residential care: randomized controlled trial. 1999, 319(7211):676-82 . BMJ1999 Sep 11;319(7211):676-82. doi: 10.1136/bmj.319.7211.676.

¹⁰⁴ Pearson JL, G K Brown GK.(2000). Suicide prevention in late life: directions for science and practice. Clin Psychol Rev 2000 Aug;20(6):685-705.doi: 10.1016/s0272-7358(99)00066-5.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. Μεθοδολογία βιβλιογραφικής ανασκόπησης

a. Ερευνητικό ερώτημα

Η παρούσα συστηματική βιβλιογραφική έρευνα μελετά την κατάθλιψη, υπο το πρίσμα της γήρανσης. Η ηλικιακή κατηγορία που έχει μελετηθεί απευθύνεται στους ηλικιωμένους, άνω των 65 ετών και έπειτα. Αυτό σημαίνει ότι δεν εστιάσαμε μόνον στην Τρίτη Ηλικία, αλλά κάλλιστα και στην Τέταρτη και Πέμπτη Ηλικία, όπως έχει οριστεί από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας.

Το ερευνητικό μας έρωτημα αυτό βασίζεται στους παρακάτω επιστημονικούς πυλώνες. Πρώτον, να ερευνηθούν τα ειδικά συμπτώματα και σαφώς οι κλινικές μορφές της κατάθλιψης στους ηλικιωμένους, που είναι πολλές φορές τέτοια, ώστε δύσκολα μπορεί να προδιαγράψει καθείς την όψιμη έναρξη και εγκατάσταση κατάθλιψης. Δεύτερον, η φύση της αλλαγής των οργανικών και ψυχικών λειτουργιών και η εξάντληση των φυσικών αποθεμάτων, με το πέρας της ηλικίας, συναινεί στην διαμόρφωση της ψυχοσύνθεσης και στους τρόπους προβολής ή απόκρυψης των σημείων. Τρίτον, η γενική παραδοχή και εξακρίβωση του αυξανόμενου προσδόκιμου ηλικίας στη σύγχρονη κοινωνία, με τη χρήση βιοτεχνολογικών και φαρμακευτικών μέσων πώς αναδεικνύει την επιτακτική ανάγκη για καλύτερες ποιοτικές συνθήκες, στο σύστημα διαβίωσης των ηλικιωμένων, άρα και στη ψυχική ανθεκτικότητα και ευρωστία των ηλικιωμένων. Τέταρτον, η μεταβολή της σύστασης, σύνθεσης και λειτουργίας των συστημάτων του ανθρώπου, οδηγεί στην ανάγκη μελέτης της συγχορήγησης και αλληλεπίδρασης της ορθής συνιστώμενης φαρμακολογίας στους ηλικιωμένους. Στην Γηριατρική Αξιολόγηση ερευνάται πώς ο γηρασμένος οργανισμός θα αποκριθεί στην λήψη πολλαπλών και διαφορετικών φαρμακευτικών συσκευασμάτων, ιδιαίτερα όταν απαιτείται η συγχορήγηση ψυχιατρικών και άλλων φαρμάκων οργανικής παθολογίας. Τουτέστιν, η φαρμακοθεραπεία αποτελεί καίριο

αποτέλεσμα για τη θεραπεία της κατάθλιψης, εν προκειμένω, αλλά και για τη συνολική λειτουργικότητα των ηλικιωμένων. Επι παραδείγματι, τι νόημα θα έχει αν βελτιώσουμε τη διάθεση του μονοπολικού καταθλιπτικού ηλικιωμένου αλλά, στο μεταξύ, προκαλέσουμε ηπατική ή νεφρική δυσλειτουργία ή επιδεινώσουμε την ήδη εδραιωθείσα δυσλειτουργία. Εν κατακλείδι, στην παρούσα έρευνα, τηρήθηκε λεπτομερής αναζήτηση των θεραπευτικών μέσων που μπορούμε να εφαρμόσουμε για να προασπίσουμε και να θωρακίσουμε τον ψυχισμό των ηλικιωμένων. Αυτή η αναζήτηση αφορούσε την εφαρμογή κατάλληλης θεραπευτικής προσέγγισης στους ηλικιωμένους, σε όλες τις τυπικές και άτυπες μορφές της, με σκοπό να παραχθεί ένα απόκτημα που ανταποκρίνεται στα τωρινά δεδομένα και μπορεί να ωφελήσει την επιστημονική κοινότητα, ως προς το όλον της.

b. Βάσεις ιατρικών άρθρων που χρησιμοποιήθηκαν για την αναζήτηση

Για την αναζήτηση της βιβλιογραφίας προχωρήσαμε στη μηχανή αναζήτησης PubMed.

c. Λέξεις-κλειδιά

Για την παρούσα αναδίφηση, χρησιμοποιήθηκαν οι παρακάτω λέξεις – κλειδιά, μετά από πλειάδα συνδυασμό λέξεων – κλειδιών που θα μπορούσαν να οδηγήσουν στη προσιτή αναζήτηση μας, με σκοπό να εντυφλήσουμε το δυνατόν περισσότερο στα στοιχεία εκείνα που θα μας βοηθήσουν να διαμορφώσουμε μια σφαιρική εικόνα, μέσα από το πλήθος ανασκοπήσεων και επιστημονικών άρθρων που εμφανίστηκαν στη μηχανή αναζήτησης. « geriatric, depression, symptoms, treatment».

Η στρατηγική αναζήτησης που εφαρμόσαμε ήταν « depression geriatric AND symptoms AND/OR treatment. ». Στα φίλτρα μας επιλέξαμε την review « ανασκόπηση» και επιλέξαμε το χρονικό περιορισμό που αφορούν τα έτη 1985 -2021, στις δημοσιεύσεις που εμφανίστηκαν.

Άλλα φίλτρα που αξιοποιήθηκαν αφορούσαν , μόνο αγγλική και ελληνική γλώσσα και δεν συμπεριλήφθηκαν επίσης, abstracts συνεδριών.

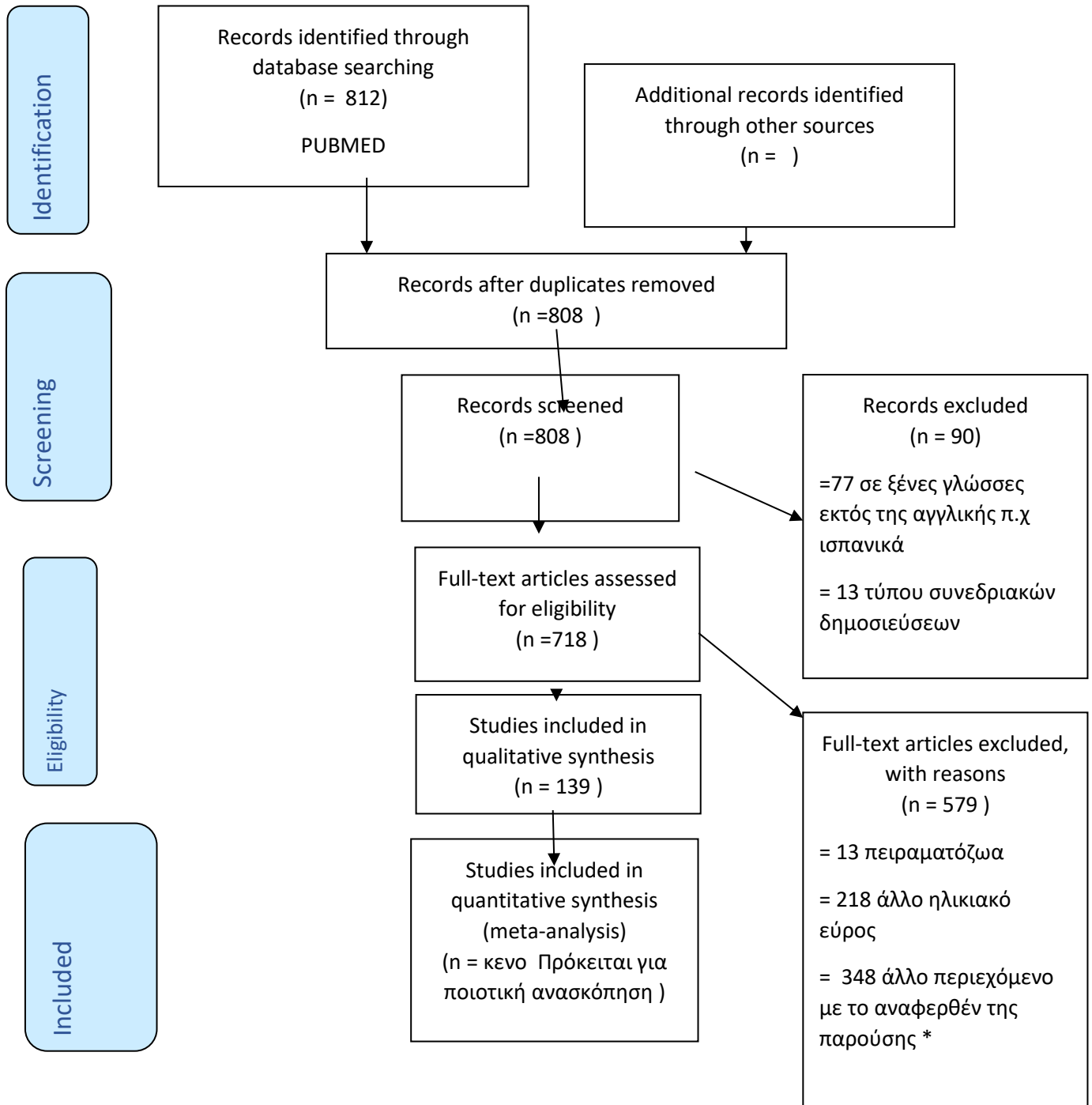
Επιπροσθέτως, δεν χρησιμοποιήθηκαν πρωτότυπα άρθρα, αλλά ούτε μετα -αναλύσεις που θα απαιτούσαν γνώσεις στατιστική ανάλυση. Επίσης, απορρίφθηκαν μελέτες σε πειραματόζωα.

Τέλος, οι υπόλοιπες μελέτες που απορρίφθηκαν δεν αφορούσαν το ηλικιακό εύρος που μελετάμε , (> 65 ετών) στις αναφερόμενες ανασκοπήσεις, και δεν είχαν συνάφεια με τα ζητήματα που περιγράφονται στην παρούσα έρευνα.

d) Διαγράμματα PRiSMA



PRISMA 2009 Flow Diagram



2. Ειδική Συμπτωματολογία Κατάθλιψης στους Ηλικιωμένους

Η κατάθλιψη στους ηλικιωμένους ίσως δεν ακολουθεί τα τυπικά κριτήρια , όπως είναι καταγεγραμμένα και σταθμισμένα στο γενικό πληθυσμό. Αυτό σημαίνει ότι τα συναισθηματικά συμπτώματα είναι μικρότερου βαθμού, σε σύγκριση με τα σωματικά συμπτώματα που λαμβάνουν χώρα στους ηλικιωμένους, και αυτός είναι ένας από τους κύριους λόγους που η κατάθλιψη παρερμηνεύεται και υποδιαγιγνώσκεται , ειδικά στους μεγαλύτερους ηλικιωμένους ¹⁰⁵ .

Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι οι σωματικές εκδηλώσεις στην κατάθλιψη ηλικιωμένων , σχετίζονται με μεγαλύτερη καρδιαγγειακή νόσο. ¹⁰⁶ Περίπου 1 στα 4 άτομα που έχουν έμφραγμα του μυοκαρδίου έχουν μείζονα κατάθλιψη και ένα άλλο 25% έχουν ελάσσονα κατάθλιψη. Περίπου το 50% των ασθενών με στεφανιαία νόσο και μείζονα κατάθλιψη έχουν παρουσιάσει τουλάχιστο ένα προηγούμενο επεισόδιο μείζονος κατάθλιψης, και το 50% των ασθενών με μείζονα κατάθλιψη όταν αντιμετωπίζουν κάποιας μορφής καρδιολογικής επέμβασης παραμένουνε καταθλιπτικοί για ένα έτος μετά τη διαδικασία¹⁰⁷ . Σε μια μελέτη, ηλικιωμένοι με κατάθλιψη είχαν τέσσερις φορές περισσότερες πιθανότητες να πεθάνουν εντός 4 μηνών από έμφραγμα του μυοκαρδίου από ότι ηλικιωμένοι χωρίς κατάθλιψη ¹⁰⁸ .

¹⁰⁵ Serby Michael, Yu mi (2003). Overview: depression in the elderly Mt Sinai J Med 2003 Jan;70(1):38-44.

¹⁰⁶ Buckley M. Rebecca, Lachman Vicki D. (2007). Depression in older patients: recognition and treatment. JAAPA2007 Aug;20(8):34-41. doi: 10.1097/01720610-200708000-00012.

¹⁰⁷ Carney RM, Freedland KE (2003). Depression, mortality, and medical morbidity in patients with coronary heart disease. Biol Psychiatry. 2003; 54: 241–47. doi: 10.1016 / s0006-3223 (03) 00111-2.

¹⁰⁸ Ewan Mc BS. (2003). Mood disorders and allostatic load. Biol Psychiatry. 2003; 54: 200–07. Biol Psychiatry doi: 10.1016/s0006-3223(03)00177-x. . 2003 Aug 1;54(3):200-7.

Συχνά σωματικά συμπτώματα που παρουσιάζονται στην κατάθλιψη των ηλικιωμένων είναι η ταχυκαρδία, δυσκολία στην αναπνοή, κόπωση, αδυναμία ¹⁰⁹ και μειωμένη ενεργητικότητα. Η κατάθλιψη που εμφανίζεται με σωματικές, γνωστικές και συμπεριφορικές εκδηλώσεις και όχι με την τυπική εκδήλωση της καταθλιπτικής διάθεσης, ονομάζεται «άτυπη» . Εκτός από άτυπη ονομάζεται και «συγκαλυμμένη κατάθλιψη» (masked depression), γιατί κρύβεται πίσω από συμπτώματα που δεν παραπέμπουν στην τυπική μορφή κατάθλιψης και απαιτείται μια πιο διερευνητική, επιστημονική ματιά για την ανίχνευσή της. Η « συγκαλυμμένη κατάθλιψη» μπορεί να εκδηλωθεί με έντονο πόνο στις αρθρώσεις, στα άκρα και στην μέση.

Οι ηλικιωμένοι παραπονιούνται κυρίως για σωματικά ενοχλήματα τα οποία λαμβάνουν δύο μορφές, την υποχονδρίαση και τις αντιδράσεις μετατροπής¹¹⁰. Ακόμη, συχνή είναι η εκδήλωση δυσκοιλιότητας, στομαχικών άλγων και η αίσθηση ναυτίας¹¹¹. Επιπροσθέτως, σε καταθλιπτικούς ηλικιωμένους ασθενείς εμφανίζεται το « σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου» ¹¹². Άλλου τύπου νευροφυτικών συμπτωμάτων που εκδηλώνονται στους καταθλιπτικούς ηλικιωμένους είναι ανωμαλία στον ύπνο, είτε με αϋπνία ¹¹³, είτε με υπερυπνία. Επιπροσθέτως, παρατηρείται έκδηλη μείωση της όρεξης και απώλεια βάρους¹¹⁴, πολύ περισσότερο στις γυναίκες. Οι μεταβολές στον ύπνο, στην όρεξη και το βάρος, σε συνδυασμό με το αίσθημα του πόνου και της δυσκοιλιότητας ,

¹⁰⁹ Buschmann MT, Dixon MA, Tichy AM.(1995). Geriatric depression. Home Healthc Nurse May-Jun 1995;13(3):47-56; quiz 57-9. doi: 10.1097/00004045-199505000-00006.

¹¹⁰ Ford C.V. (1995). Dimensions of somatization and hypochondriasis. Neurol Clin 1995 May;13(2):241-53.

¹¹¹ Kosci J.H. (1998) ..Geriatric dysthymia. J Clin Psychiatr 1998;59 Suppl 10:13-5.

¹¹² Smith Thomas J (2015). Symptom management in the older adult: 2015 update. Clin Geriatr Med 2015 May;31(2):155-75. doi: 10.1016/j.cger.2015.01.006. Epub 2015 Mar 3.

¹¹³ Downing Lisa, Caprio Thomas V, Lyness Jeffrey M. (2013). Geriatric psychiatry review: differential diagnosis and treatment of the 3 D's - delirium, dementia, and depression. Curr Psychiatry Rep 2013 Jun;15(6):365. doi: 10.1007/s11920-013-0365-4.

¹¹⁴ Wysokiński Adam, Kłoszewska Iwona, Kostka Tomasz (2015). Mechanisms of the anorexia of aging-a review. Age (Dordr) 2015 Aug;37(4):9821. doi: 10.1007/s11357-015-9821-x. Epub 2015 Aug 1.

εντοπίζονται ως κοινός τύπος ¹¹⁵ και σε υγιείς ηλικιωμένους, με αποτέλεσμα η ανίχνευση της κατάθλιψης με αυτά τα συμπτώματα στους ηλικιωμένους να είναι αρκετά δύσκολη ¹¹⁶. Για όλους αυτούς τους λόγους, οι ηλικιωμένοι καταλήγουν να παρουσιάζουν μεγάλο άγχος και αγωνία για τις σωματικές εκδηλώσεις και υπερανασχολούνται με αυτές προκειμένου να βεβαιωθούν ότι δεν αποτελούν συμπτώματα οργανικής παθολογίας στον πυρήνα τους . ¹¹⁷

Λιγότερα ειδικά συμπτώματα ενδεικτικά της κατάθλιψης στους ηλικιωμένους είναι η καταθλιπτική διάθεση, η ανηδονία ¹¹⁸, το αίσθημα αναξιότητας, ¹¹⁹ ντροπής, ενοχής και δυσφορίας ¹²⁰ ¹²¹ Άλλα ειδικά συμπτώματα της κατάθλιψης στους ηλικιωμένους έγκεινται στην αλλαγή συμπεριφοράς. Για παράδειγμα, μπορεί να είναι εριστικοί και επιθετικοί στον τρόπο που συνδιαλέγονται και φέρονται ¹²², να εκδηλώνουν αντίδραση στη λήψη υγρών και τροφής ¹²³, να καταναλώνουν αλκοολ και άλλες ουσίες ¹²⁴ και να

¹¹⁵ Arnold Lesley M. (2005). The nature of painful and somatic complaints in depressive disorders. CNS Spectr 2005 Dec;10(12 Suppl 19):4-5.

¹¹⁶ Docherty JP, (1997). Barriers to the Diagnosis of Depression in Primary Care. J Clin. Psych. 58: (5 -10).

¹¹⁷ Bell, AJ Goss (2001). Recognition, assessment and treatment of depression in geriatric nursing home residents. Clin Excell Nurse Pract 2001;5(1):26-36.

¹¹⁸ Glover Juliet, Srinivasan Shilpa (2013). Assessment of the person with late-life depression. Psychiatr Clin North Am 2013 Dec;36(4):545-60. doi: 10.1016/j.psc.2013.08.004. Epub 2013 Oct 6.

¹¹⁹ Khoozam Hani Raul. (2009). The diagnosis and treatment of depression in the geriatric population. Compr Ther Summer 2009;35(2):103-14.

¹²⁰ Gallo JJ, Anthony JC, Muthen BO. (1994). Age differences in the symptoms of depression: a latent trait analysis. J Gerontol 1994 Nov;49(6):P251-64. doi: 10.1093/geronj/49.6.p251.

¹²¹ Khoozam Hani Raul. (2009). The diagnosis and treatment of depression in the geriatric population. Compr Ther Summer 2009;35(2):103-14.

¹²² Ladislav Volicer (2018). Behavioral Problems and Dementia. Clin Geriatr Med 2018 Nov;34(4):637-651. doi: 10.1016/j.cger.2018.06.009. Epub 2018 Aug 24.

¹²³ Ahmed Tanvir, Haboubi Nadim (2010). Assessment and management of nutrition in older people and its importance to health. Clin Interv Aging 2010 Aug 9;5:207-16. doi: 10.2147/cia.s9664.

¹²⁴ Butcher Howard K, McGonigal-Kenney Meghan (2005). Depression and dispiritedness in later life: a 'gray drizzle of horror' isn't inevitable. Am J Nurs 2005 Dec;105(12):52-61; quiz 61-2. doi: 10.1097/0000446-200512000-00032.

μονοπωλούν/ μηρυκάζουν κοινωνικές συζητήσεις γύρω από τον θάνατο¹²⁵ και το μάταιο της ζωής¹²⁶. Το αίσθημα εις μάτην, είναι πολύ δυνατό, με αποτέλεσμα να διεγείρονται σκέψεις θανάτου¹²⁷ που έρχονται σε σύγκρουση με την εκλογίκευση, ως μέσο ανακούφισης του αρνητικού φορτίου που κουβαλούν. Δυστυχώς, η σκέψη ότι η ακινησία θα συνδράμει στην ελαχιστοποίηση του πόνου, της κόπωσης και της αποφυγής πτώσεων, συμβάλλει επιπλέον, στην απόσυρση και την κοινωνική απομόνωση¹²⁸ των ηλικιωμένων, εντείνοντας τα αρνητικά συναισθήματα.

Ακόμη, παρουσιάζονται σοβαρές νοητικές ελλείψεις στη συγκέντρωση, στη μνήμη. Μεγάλο ποσοστό των ατόμων με αναστρέψιμη άνοια καταλήγουν με κάποιας μορφής γνωστική δυσλειτουργία μετά την ύφεση της κατάθλιψης, και περίπου το 40% εκδηλώνουν μη αναστρέψιμη άνοια εντός των επόμενων 3 ετών¹²⁹. Είναι σημαντικό ότι κάποιοι ασθενείς εκδηλώνουν άνοια κατά τη διάρκεια επεισοδίων κατάθλιψης που υποχωρεί μετά την ύφεση της κατάθλιψης (ψευδοάνοια) σε ποσοστό 15-30%¹³⁰. Τα συμπτώματα της κατάθλιψης συχνά προηγούνται της γνωστικής έκπτωσης¹³¹ και της άνοιας¹³², με τους ηλικιωμένους που έχουν μείζονα κατάθλιψη και γνωστική έκπτωση

¹²⁵ Glover Juliet, Srinivasan Shilpa. (2013). Assessment of the person with late-life depression. *Psychiatr Clin North A*2013 Dec;36(4):545-60.

¹²⁶ Butcher Howard K , McGonigal-Kenney Meghan (2005). Depression and dispiritedness in later life: a 'gray drizzle of horror' isn't inevitable. *Am J Nurs* 2005 Dec;105(12):52-61; quiz 61-2. doi: 10.1097/00000446-200512000-00032.

¹²⁷ Butcher Howard K , McGonigal-Kenney Meghan (2005). Depression and dispiritedness in later life: a 'gray drizzle of horror' isn't inevitable. *Am J Nurs* 2005 Dec;105(12):52-61; quiz 61-2. doi: 10.1097/00000446-200512000-00032.

¹²⁸ Kok Rob M., Reynolds Charles F. 3rd (2017). Management of Depression in Older Adults: A Review. *JAMA* 2017 May 23;317(20):2114-2122. doi: 10.1001/jama.2017.5706.

¹²⁹ Steffens David C. . (2008). Separating mood disturbance from mild cognitive impairment in geriatric depression. *Int Rev Psychiatry* 2008 Aug;20(4):374-81. doi: 10.1080/09540260802094589.

¹³⁰ Kiloh LG. The secondary dementias of middle and later life. *Br Med Bull.* 1986; 42(1): 106-10.

¹³¹ Kales Helen C., Gitlin Laura N, Lyketsos Constantine G. . (2015). Assessment and management of behavioral and psychological symptoms of dementia. *BMJ* 2015 Mar 2;350:h369. doi: 10.1136/bmj.h369.

¹³² Morimoto Sarah Shizuko, Kanellopoulos Dora, Manning Kevin J. , Alexopoulos George S. (2015). Diagnosis and treatment of depression and cognitive impairment in late life *Ann NY Acad Sc.* 2015, 1345 (1): 36-46. doi: 10.1111 / nyas.12669. Epub 2015 5 Φεβρουαρίου.

να είναι πιθανό να εμφανίσουν άνοια εντός λίγων ετών από την εκδήλωση της κατάθλιψης¹³³.

Τα παράπονα για απώλεια μνήμης στην κατάθλιψη, ως γνωστικό έλλειμμα, μπορεί να εκδηλώνεται αιφνίδια στους καταθλιπτικούς σε σύγκριση με την ανοϊκούς γηριατρικούς ασθενείς¹³⁴, δηλαδή πρώτα ο καταθλιπτικός ασθενής μπορεί να παραπονιέται για εν δυνάμει απώλεια μνήμης, ενώ στον ανοϊκό ασθενή, συνήθως οι φροντιστές είναι αυτοί που πρώτοι θα αντιληφθούν την αλλαγή.

Αν και δεν είναι μέρος των διαγνωστικών κριτηρίων, η μείζονα κατάθλιψη των ηλικιωμένων, συνδέεται συχνά με οργανικές εκδηλώσεις όπως υπερκορτιζολαιμία, αυξημένο κοιλιακό λίπος, μειωμένη οστική πυκνότητα και αυξημένο κίνδυνο για διαβήτη τύπου 2¹³⁵ και υπέρταση¹³⁶.

Τα άτομα με μείζονα κατάθλιψη όψιμης έναρξης έχουν λιγότερο συχνά οικογενειακό ιστορικό διαταραχών διάθεσης¹³⁷ και χαμηλότερη συχνότητα σε διαταραχές προσωπικότητας και δυσλειτουργικά στοιχεία προσωπικότητας, όπως ο νευρωτισμός.
138

¹³³ Baldwin Robert C. (2007). Recent understandings in geriatric affective disorder. *Curr Opin Psychiatr* 2007 Nov;20(6):539-43 doi: 10.1097/YCO.0b013e3282c8c86f.

¹³⁴ Steffens DC, Potter GG (2008). Geriatric depression and cognitive impairment. *Psychol Med* 2008 Feb;38(2):163-75. doi: 10.1017/S003329170700102X. Epub 2007 Jun 22

¹³⁵ Alagiakrishnan Kannayiram, Sclater Anne. (2012). Psychiatric disorders presenting in the elderly with type 2 diabetes mellitus. *Am J Geriatr Psychiatry* 2012 Aug;20(8):645-52. doi: 10.1097/JGP.0b013e31823038db.

¹³⁶ Brown ES, Varghese FP, McEwen BS. Association of depression with medical illness: does cortisol play a role? *Biol Psychiatry*. 2004; 55: 1–9. DOI: 10.1016/s0006-3223(03)00473-6

¹³⁷ Heun R, Papassotiropoulos A, Jessen F, Breitner JC. (2001). A family study of Alzheimer disease and early- and late-onset depression in elderly patients. *Arch Gen Psychiatry* 2001 Feb;58(2):190-6. doi: 10.1001/archpsyc.58.2.190.

¹³⁸ Brodaty H, Luskombe G, Parker G, Wilhelm K. (2001). Early and late onset depression in old age: different aetiologies, same phenomenology. *J Affect Disord* 2001 Oct;66(2-3):225-36. doi: 10.1016/s0165-0327(00)00317-7.

Επιπλέον, διαφαίνεται ότι οι γηριατρικοί καταθλιπτικοί ασθενείς παρουσιάζουν περισσότερα νευροαισθητηριακά προβλήματα ακοής^{139 140}, μεγάλο επιπολασμό διαταραχών γνωστικής δυσλειτουργίας¹⁴¹ και μεγάλη ανεπάρκεια στα νευροψυχολογικά τεστ¹⁴².

3. Ειδικές υποκλινικές και κλινικές Μορφές Κατάθλιψης στους Ηλικιωμένους

«Κατάθλιψη μετά από ΑΕΕ (Αγγειακή Κατάθλιψη)»

Η εμφάνιση του ΑΕΕ προκαλεί μια ψυχική αναστάτωση και δυσφορία, καθώς το άτομο καλείται να αντιμετωπίσει μια ξαφνική σωματική αλλαγή με σοβαρές επιπλοκές και βλάβες, να προσαρμοστεί σε μια νέα σωματική κατάσταση και να προσδιορίσει εξ'αρχής το κοινωνικό ρόλο και ταυτότητα του ατόμου¹⁴³. Όλα τα παραπάνω συντελούν στην αγγειακή κατάθλιψη, με την εμφάνιση μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου, ύστερα από την εκδήλωση αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου.¹⁴⁴ Το DSM – 5 ορίζει την κατάθλιψη που προέρχεται από εγκεφαλικό επεισόδιο ως « μια διαταραχή διάθεσης που οδηγεί σε μια παθολογική κατάσταση και μπορεί να

¹³⁹ Gates GA, Rees TS. (1997). Hear ye? Hear ye! Successful auditory aging. West J Med 1997 Oct;167(4):247-52.

¹⁴⁰ Cosh Suzanne, Helmer Catherine, Delcourt Cecile, Robins Camara G., Tully Phillip J. (2019). Depression in elderly patients with hearing loss: current perspectives. Clin Interv Aging 2019 Aug 14;14:1471-1480. doi: 10.2147/CIA.S195824. eCollection 2019.

¹⁴¹ Ismail Zahinoor, Fischer Corinne, McCall W Vaughn (2013). What characterizes late-life depression? Psychiatr Clin North Am 2013 Dec;36(4):483-96. doi: 10.1016/j.psc.2013.08.010. Epub 2013 Oct 6.

¹⁴² Wetzels Ronald, Zuidema Sytse, Jansen Lepke, Verhey Frans, Koopmans Rymond. (2010). Course of neuropsychiatric symptoms in residents with dementia in long-term care institutions: a systematic review. Int Psychogeriatr 2010 Nov;22(7):1040-53. doi: 10.1017/S1041610210000918. Epub 2010 Aug 3.

¹⁴³ Gupta A, Pansari K, Shetty H. (2002). Post-stroke depression. Int J Clin Pract 2002 Sep;56(7):531-7.

¹⁴⁴ Rigler SK. (1999). Management of poststroke depression in older people. Clin Geriatr Med 15(4):765-83

χαρακτηριστεί ως ένα επεισόδιο σοβαρής κατάθλιψης ή διαταραχής διάθεσης με καταθλιπτικά συμπτώματα.».¹⁴⁵

Έχει εντοπιστεί, υψηλός κίνδυνος περισσότερο στους ηλικιωμένους, συγκριτικά με τα αποτελέσματα του γενικού πληθυσμού, σε άτομα που είναι θύματα αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου.¹⁴⁶ Μετά την εμφάνιση αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου στα προσεχή 2 έτη, υπολογίζεται ότι το 40% των ασθενών θα νοσήσουν από κατάθλιψη. Η προσδοκώμενη κορύφωση αναμένεται περίπου στους 3 μήνες μετά το ΑΕΕ.

Τα καταθλιπτικά συμπτώματα, όπως παρουσιάζονται δεν αρκούν, για να αποδοθούν σε άλλη καταθλιπτική, διπολική ή ψυχωτική διαταραχή. Στους αγγειακούς καταθλιπτικούς ασθενείς δεν προηγείται οικογενειακό ιστορικό κατάθλιψης, αλλά αντιθέτως, υπάρχει προηγούμενο οικογενειακό ιστορικό στην υπέρταση και σε άλλους καρδιαγγειακούς κινδύνους. Δυστυχώς, λόγω της εκδήλωσης εγκεφαλικού επεισοδίου, συνήθως η αγγειακή κατάθλιψη υποδιαγιγνώσκεται στους ηλικιωμένους ασθενείς, που χαίρουν και από άλλα συνοδά σοβαρά νοσήματα.¹⁴⁷

Η κατάθλιψη, ως επακόλουθο αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου εκδηλώνεται με περισσότερα νευροφυτικά συμπτώματα, όπως η κόπωση, μυϊκή αδυναμία και απώλεια βάρους,¹⁴⁸ παρά με το συναίσθημα δυσφορίας. Η φαινομενολογική συμπτωματολογία περιλαμβάνει υποκειμενικό αίσθημα θλίψης, ανηδονία, απώλεια ενεργητικότητας, απάθεια, ψυχοκινητική επιβράδυνση, λανθάνων χρόνο αντίδρασης, απώλεια όρασης, δυσκολία στις εκτελεστικές λειτουργίες, στην λεκτική ευφράδεια και στην κατονομασία αντικειμένων. Υπάρχει υψηλός κίνδυνος γνωστικής έκπτωσης, που μπορεί να οδηγήσει μέχρι και στην άνοια, τη λεγόμενη «αγγειακή άνοια». Οι

¹⁴⁵ Arseniou S, Arvaniti A, Samakouri M. (2011). Post-stroke depression: recognition and treatment intervention. *Psy chiatriki* Jul-Sep 2011;22(3):240-8.

¹⁴⁶ Lenzi GL, Altieri M, Maestrini L. (2008). Post-stroke depression. *Rev Neurol* 2008 Oct;164(10):837-40. doi: 10.1016/j.neurol.2008.07.010. Epub 2008 Sep 3.

¹⁴⁷ Rigler SK. (1999). Management of poststroke depression in older people. *Clin Geriatr Med* 1999 Nov;15(4):765-83.

¹⁴⁸ Robinson Robert G, Jorge Ricardo E. (2015). Post-Stroke Depression: A Review. *Am J Psychiatry* 2016 Mar 1;173(3):221-31. doi: 10.1176/appi.ajp.2015.15030363. Epub 2015 Dec 18.

ηλικιωμένοι με αγγειακή κατάθλιψη παρουσιάζουν μεγαλύτερη αναπηρία και γνωστική δυσλειτουργία συγκριτικά με όσους πάσχουν από κατάθλιψη αλλά δεν έχουν αγγειακές βλάβες¹⁴⁹ Στους αγγειακούς καταθλιπτικούς ασθενείς παρατηρείται πτωχή ανταπόκριση στη θεραπεία κατάθλιψης και υψηλά ποσοστά θνησιμότητας.¹⁵⁰ Τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται για την πρόληψη των αγγειακών νοσημάτων μπορούν να μειώσουν τον κίνδυνο αγγειακής κατάθλιψης¹⁵¹

«Σύνδρομο Κατάθλιψης-Εκτελεστικής Δυσλειτουργίας»

Ουσιαστικά, αποτελεί μείζονα κατάθλιψη με κυρίαρχη τη δυσλειτουργία του μετωπιαίου φλοιού. Αυτό σημαίνει μείωση ενδιαφέροντος σε αγαπημένες παρελθοντικές δραστηριότητες του ασθενούς, μείωση αντιληπτικής, κριτικής, σύνθετης και αφαιρετικής σκέψης, ψυχοκινητική επιβράδυνση, ανεπάρκεια υψηλών εκτελεστικών δεξιοτήτων, μειωμένη γλωσσική ροή, δυσκολία στην κατονομασία, παρανοϊκότητα, απάθεια, ανηδονία και εν γένει, έκπτωση στη λειτουργικότητα του ασθενούς.¹⁵² Η ανταπόκριση στα αντικαταθλιπτικά είναι εξαιρετικά χαμηλή και συχνή είναι και η εμφάνιση υποτροπών.¹⁵³ Γι' αυτό το λόγο ,επιβάλλεται στενή ιατρική επίβλεψη και επαναπροσαρμογή της θεραπευτικής αγωγής.¹⁵⁴ Η νευροφυτική συμπτωματολογία είναι ήπια, δεν παρατηρείται ψυχοκινητική διέγερση, ούτε το

¹⁴⁹ Alexopoulos GS, Meyers BS, Young RC, Campbell S, Silbersweig D, Charlson M. 'Vascular depression' hypothesis. Arch Gen Psychiatry. 1997;54(10):915-922.

¹⁵⁰ Paul Naarding¹, Aartjan TF Beekman (2011). Vascular depression: where do we go from here? Expert Rev Neurother 2011 Jan;11(1):77-83.doi: 10.1586/ern.10.92.

¹⁵¹ Taylor Warren P., Schultz Susan K., Panaite Vanessa , Steffens David C (2018). Perspectives on the Management of Vascular Depression. Am J Psychiatry 2018 Dec 1;175(12):1169-1175.

¹⁵² Alexopoulos GS. "The Depression-Executive Dysfunction Syndrome of Late Life": a specific target for D3 agonists? Am J Geriatr Psychiatry. 2001;9:22-29.

¹⁵³ Alexopoulos George S., Raue Patrick J., Kanellopoulos Dora, Mackin Scott, Arean Patricia A (2008). Problem solving therapy for the depression-executive dysfunction syndrome of late life. Int J Geriatr Psychiatry. 2008 Aug;23(8):782-8.

¹⁵⁴ Kairuz Therése , Zolezzi Monica, Fernando Antonio (2005). Clinical considerations of antidepressant prescribing for older patients. N Z Med J2005 Sep 16;118(1222):U1656.

αίσθημα ενοχής. Το σύνδρομο αυτό σχετίζεται επίσης με αναπηρία, κακή ανταπόκριση στη θεραπεία και συχνές υποτροπές.

«Σύνδρομο εξάντλησης (Κατάθλιψη χωρίς θλίψη)»

Στο σύνδρομο εξάντλησης, η κατάθλιψη δεν εκδηλώνεται με θλίψη αλλά με απάθεια, απόσυρση και αδυναμία. Επίσης, παρουσιάζεται γνωστική έκπτωση, μείωση της όρεξης, ανωμαλία στην φυσιολογική ροή του ύπνου, και εν γένει έκπτωση της λειτουργικότητας. Γνωστική δυσλειτουργία, φτωχή υγεία, λειτουργική έκπτωση, διαταραχές ύπνου, μείωση της όρεξης χαρακτηρίζουν την κατάθλιψη αλλά και τη μεγάλη ηλικία.¹⁵⁵

Καταθλιπτική Ψευδοάνοια

Η κατάθλιψη αυτή έχει πρόσφατη, ξαφνική και απότομη έναρξη. Υπάρχει πιθανότητα να υπάρχει οικογενειακό ιστορικό κατάθλιψης, υπάρχει έντονο καταθλιπτικό συναίσθημα, που συνοδεύεται με γνωστικά ελλείμματα. Η ανεπάρκεια των γνωστικών ελλειμμάτων αναφέρεται ως ψευδοάνοια που συνυπάρχει με ψυχοκινητική επιβράδυνση ή ψυχοκινητική διέγερση.¹⁵⁶ Ο καταθλιπτικός ηλικιωμένος αντιλαμβάνεται τη γνωστική έκπτωση και διαμαρτύρεται εντόνως, γι αυτήν την μετάπτωση. Συχνά, συνυπάρχουν νευροφυτικού τύπου συμπτώματα. Τέλος, υπάρχει υψηλός κίνδυνος αυτοκτονίας και υψηλό ποσοστό θνησιμότητας.

«Κατάθλιψη στη Νόσο του Alzheimer»

Στην νόσο Alzheimer, η κλινική εικόνα της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, περιλαμβάνει απάθεια, μειωμένη κρίση, κοινωνική απόσυρση, έλλειψη κινήτρου,

¹⁵⁵ Wilkins Consuelo H, Mathews Jose, Sheline Yvette I (2009). Late life depression with cognitive impairment: evaluation and treatment. Clin Interv Aging 2009;4:51-7. Epub 2009 May 14.

¹⁵⁶ Chapman Daniel P. (2008). Depression as a major component of public health for older adults. Prev, Chronic Dis. 5(1). : A22.

αλεξιθυμία, δυσκολία στην εκτέλεση καθημερινών αναγκών , απώλεια αντικειμένων ¹⁵⁷ ψυχοκινητική διέγερση , επιθετικότητα, και ψυχωτικές εκδηλώσεις, που δεν σύντονες με τη διάθεση του ασθενούς. ¹⁵⁸ Στα αρχικά στάδια της Alzheimer, η κλινική εικόνα της κατάθλιψης αναλόγως της βαρύτητας της νόσου, μπορεί να ομοιάζει είτε με ελάσσονα, είτε με μείζονα καταθλιπτική συνδρομή . Συνοδεύεται με ισχυρά νοητικά ελλείμματα, αλλά στα προχωρημένα στάδια μπορεί να ομοιάζει με άτυπη ή συγκαλυμμένη μορφή κατάθλιψης.

Σε αυτήν την περίπτωση, η ανταπόκριση στα αντικαταθλιπτικά είναι φτωχή, με καλύτερα αποτελέσματα από τη χρήση SSRIs και SNRIs .Αν επιβάλλεται χρήση αντιψυχωτικών, πρέπει να εφαρμόζεται σε μικρές δόσεις .Πρέπει να αποφεύγονται τα TCAs , οι βενζοδιαζεπίνες και τα αντισταμινικά¹⁵⁹¹⁶⁰

«Κατάθλιψη στη Νόσο του Parkinson»

Η κατάθλιψη στη νόσο του Parkinson (PD) δεν περιλαμβάνει έκδηλα, τόσο τα συναισθήματα θλίψης και ανηδονίας. Υπάρχει μεγάλη δυσκολία στην διαφοροδιάγνωση από την τυπική μείζονα κατάθλιπτική διαταραχή ¹⁶¹ , σκέψεις θανάτου και αυτοκτονίας. Αν και η αυτοκτονία αναφέρεται ως ασυνήθιστη στην PD, ο τρέχων ιδεασμός αυτοκτονίας είναι εμφανής σε περίπου 11% των ασθενών με PD ¹⁶².

¹⁵⁷ Carvalho do Vale Francisco de Assis , Neto Ylmar Corrêa , Ferreira Bertolucci Paulo Henrique , Barbosa Machado João Carlos , da Silva Delson José , Allam Nasser , Figueredo Balthazar Márcio Luiz Group Recommendations in Alzheimer's Disease and Vascular Dementia of the Brazilian Academy of Neurology (2011). Treatment of Alzheimer's disease in Brazil: II. Behavioral and psychological symptoms of dementia. Dement Neuropsychol. Jul-Sep 2011;5(3):189-197. doi: 10.1590/S1980-57642011DN05030006.

¹⁵⁸ Burke Anna D., Goldfarb Danielle, Bollam Padmaja, Khokher Sehar (2019) Diagnosing and Treating Depression in Patients with Alzheimer's Disease. 2019 Dec; 8(2): 325–350. doi: [10.1007/s40120-019-00148-5](https://doi.org/10.1007/s40120-019-00148-5)

¹⁵⁹ Schneider Lon S. (2013). Alzheimer disease pharmacologic treatment and treatment research. Continuum (Minneapolis Minn) 2013 Apr;19(2 Dementia):339-57. doi: 10.1212/01.CON.0000429180.60095.d0.

¹⁶⁰Lyketsos Constantine G, Lee Hochang B. (2004). Diagnosis and treatment of depression in Alzheimer's disease. A practical update for the clinician. Dement Geriatr Cogn Disord 2004;17(1-2):55-64. doi: 10.1159/000074277. Epub 2003 Oct 15.

¹⁶¹ Marsh L, McDonald WM, Cummings J, Ravina B. (2006). Provisional diagnostic criteria for depression in Parkinson's disease: report of an NINDS/NIMH Work Group. Mov Disord 2006;21(2):148-58. Mov Disord 2006 . 21 (2): 148-58. doi: 10.1002 / mds.20723.

¹⁶² Aarsland D, Karlsen K. (1999). Neuropsychiatric aspects of Parkinson's disease. Curr Psychiatry Rep 1999 Oct;1(1):61-8.doi: 10.1007/s11920-999-0011-3.

Κλινικά συμπτώματα που συναντώνται είναι βραδυκινησία, υπομιμία, τρόμος, αδράνεια, τρόμος, μειωμένη μνήμη, προσοχή και αδυναμία επίλυσης προβλημάτων.¹⁶³ Εντονα είναι και τα συμπτώματα νευροφυτικού τύπου, εύκολη κόπωση, διαταραχές στον ύπνο και στην όρεξη. Οι αναφερόμενοι παράγοντες κινδύνου για κατάθλιψη PD περιλαμβάνουν κινητική αναπηρία¹⁶⁴, το γυναικείο φύλο¹⁶⁵, κυριαρχία των δεξιών κινητικών συμπτωμάτων και μεγαλύτερη ανισορροπία και ακαμψία¹⁶⁶

4. Ιδιαιτερότητες στη Θεραπεία Κατάθλιψης των ηλικιωμένων

Στην θεραπεία της κατάθλιψης, ως λύσεις προτείνονται η φαρμακοθεραπεία, η ψυχοθεραπεία,¹⁶⁷ ¹⁶⁸ ¹⁶⁹ άλλου είδους θεραπειών όπως η ηλεκτροσπασμοθεραπεία και η φωτοθεραπεία, η στέρηση ύπνου, διακρανιακός μαγνητικός ερεθισμός, ερεθισμός πνευμονογαστρικού νεύρου και άλλες μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις¹⁷⁰.

¹⁶³ Fonda D. (1985). Parkinson's disease in the elderly: psychiatric manifestations. *Geriatrics* 1985 Apr;40(4):109-12, 114.

¹⁶⁴ Schrag Anette (2004). Psychiatric aspects of Parkinson's disease--an update. *J Neurol* 2004 Jul;251(7):795-804. doi: 10.1007/s00415-004-0483-3.

¹⁶⁵ Okun Michael S, Watts Ray L. (2002). Depression associated with Parkinson's disease: clinical features and treatment. *Neurology* 2002 Feb 26;58(4 Suppl 1):S63-70. doi: 10.1212/wnl.58.suppl_1.s63.

¹⁶⁶ Lamotte Guillaume, Rafferty Miriam R, Prodoehl Janey, Kohrt Wendy M, Comella Cynthia L., Simuni Tanya, Corcos Daniel M. (2015). Effects of endurance exercise training on the motor and non-motor features of Parkinson's disease: a review. *J Parkinsons Dis* 2015;5(1):21-41. doi: 10.3233/JPD-140425.

¹⁶⁷ Unützer J. (2007). *New England Journal of Medicine*. Late-life depression. *N Engl J Med* 2007; 357 (22): 2269–2276. DOI: 10.1056/NEJMc073754

¹⁶⁸ Klausner EJ, Alexopoulos GS (1999). The future of psychosocial treatments for elderly patients. *Psychiatr Serv* 1999 Sep;50(9):1198-204.

¹⁶⁹ Fournier JC, DeRubeis RJ, Hollon SD, et al (2010) Antidepressant drug effects and depression severity: a patient-level meta-analysis. *JAMA* 303 (1): 47–53. DOI: 10.1001/jama.2009.1943

¹⁷⁰ Miaskowski C. (2000) The impact of age on a patient's perception of pain and ways it can be managed. *Pain Manag Nurs*. 2000;1(3 Suppl):2–7. DOI: 10.1053/jpmn.2000.9760

i.Φαρμακοθεραπεία

Όσον αφορά τη λήψη φαρμακοθεραπείας, πρέπει να τονιστεί ότι η φαρμακοκινητική και η φαρμακοδυναμική είναι επηρεασμένη στους ηλικιωμένους και δεν δρα με τον αναμενόμενο τρόπο, όπως στους νεότερους ενήλικες.¹⁷¹ Όπως είναι γνωστό, με την γήρανση επισυμβαίνουν σημαντικές αλλαγές σε όλα τα συστήματα του ανθρώπινου οργανισμού. Επομένως, η αποτελεσματική αντιμετώπιση προϋποθέτει καλή γνώση των φαρμακοκινητικών και φαρμακοδυναμικών αλλαγών που σχετίζονται με τη γήρανση.

Οι μεταβολές στο γηρασμένο σώμα επηρεάζουν την πορεία των φαρμάκων στον ανθρώπινο οργανισμό. Η πολυσυννοσηρότητα απαιτεί πολυφαρμακία, που όμως δεν αποδίδει πάντα στο επιθυμητό αποτέλεσμα, επειδή η συγχορήγηση με ψυχιατρικά φάρμακα, μειώνει την αποτελεσματικότητά τους.¹⁷² Τα παρακάτω στοιχεία είναι πολύ σημαντικά για την απορρόφηση και αποβολή των φαρμάκων.¹⁷³ Πρώτον, η μειωμένη ποσότητα νερού στον γηρασμένο οργανισμό δεν επιτρέπει τη δέσμευση των υδατοδιαλυτών φαρμάκων. Δεύτερον, ο αυξημένος λιπώδης ιστός στους ηλικιωμένους σημαίνει την αποθήκευση των λιποδιαλυτών φαρμάκων για μεγαλύτερα χρονικά διαστήματα. Η μειωμένη πρωτεϊνσύνθεση οδηγεί στα χαμηλά επίπεδα πρωτεϊνών στη συγκέντρωση του πλάσματος, με αποτέλεσμα να αυξάνεται η δραστική μορφή του φαρμακευτικού σκευάσματος και να γεννά πιθανόν παρενέργειες. Η παραμονή φαρμάκων για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα από το προσδοκώμενο μετατρέπει μια θεραπευτική δόση σε τοξική για τον ηλικιωμένο. Τρίτον, η μειωμένη ηπατική και νεφρική λειτουργία δεν επιτρέπει το θεραπευτικό αποτέλεσμα των φαρμάκων που μεταβολίζονται στο ήπαρ και στους νεφρούς.

¹⁷¹ Pollock BG, Perel JM, Reynolds CF 3rd (1990). Pharmacodynamic issues relevant to geriatric psychopharmacology. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 1990;3(4):221-8.

¹⁷² Feretz K. (1995) The primary care setting: managing medical comorbidity in the elderly depressed patient. *Geriatrics* 1995 Oct;50 Suppl 1:S25-31.

¹⁷³ Cohen LI (1995). Principles to optimize drug treatment in the depressed elderly: practical pharmacokinetics and drug interactions. *Geriatrics* 1995 Oct;50 Suppl 1:S32-40.

Βασικές οδηγίες για τη χορήγηση αντικαταθλιπτικών στους ηλικιωμένους:

Προγενέστερα, στην ψυχοφαρμακολογία για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης στους ηλικιωμένους έχουν χρησιμοποιηθεί τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά και οι αναστολείς της μονοαμεινοξειδάσης.

Τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά (TCAs):

Τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά (TCAs) αν και είναι αποτελεσματικά δεν θεωρούνται πλέον αντικαταθλιπτικά πρώτης και δεύτερης γραμμής. Ως TCAs θεωρούνται οι δευτεροταγείς αμίνες, δεσιπραμίνη και νοτριπτυλίνη, και οι τριτοταγείς αμίνες, ιμιπραμίνη και αμιτριπτυλίνη. Χρησιμοποιούνται μετά από αποτυχία των υπόλοιπων αντικαταθλιπτικών.^{174 175} Το κύριο μειονέκτημά τους είναι ότι δρουν σε πολλαπλούς υποδοχείς και γι' αυτόν τον λόγο, εμφανίζουν και περισσότερες παρενέργειες. Οι δευτεροταγείς αμίνες, η νοτριπτυλίνη και η δεσιπραμίνη, χρησιμοποιούνται περισσότερο, επειδή θεωρούνται πιο ασφαλής επιλογή για τους ηλικιωμένους. Επι της ουσίας, πρόκειται για φάρμακα με αντιχολινεργικές και κατασταλτικές δράσεις και πρέπει να λαμβάνονται σε χαμηλές δόσεις στους ηλικιωμένους. Τα TCAs προκαλούν αντιχολινεργικά συμπτώματα, όπως αρρυθμία, ταχυκαρδία, ξηροστομία, δυσουρία με πιθανό κίνδυνο οξείας ή χρόνιας επίσχεσης ούρων, δυσκοιλιότητα, θάμβους οράσεως, και ορθοστατική υπόταση. Επίσης, προκαλούν μεγάλη καταστολή και αύξηση του βάρους γιατί δρουν στις υποδοχείς ισταμίνης. Αυστηρώς, πρέπει να τηρείται ο έλεγχος και η εξέταση των ηλικιωμένων για ανεπιθύμητες ενέργειες στις γνωστικές λειτουργίες. Επίσης, οι ηλικιωμένοι ασθενείς πρέπει να εξετάζονται τακτικά με ηλεκτροκαρδιογράφημα και με μέτρηση της αρτηριακής πίεσης σε όρθια θέση. Εν κατακλείδι, τα TCAs μειώνουν τον κίνδυνο υποτροπής μετά από

¹⁷⁴ McCue RE (1992). Using tricyclic antidepressants in the elderly. Clin Geriatr Med 1992 May;8(2):323-34.

¹⁷⁵ Small GW (1989). Tricyclic antidepressants for medically ill geriatric patients. J Clin Psychiatry 1989 Jul;50 Suppl:27-31; discussion 32-3.

ηλεκτροσπασμοθεραπεία και πιθανώς έχουν ανώτερη αποτελεσματικότητα σε ασθενείς με μελαγχολική κατάθλιψη.

Αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης ((monoamine oxidase inhibitors – MAOIS):

Τα MOAIs δρουν με αναστολή της δραστηριότητας οξειδάσης μονοαμίνης. Αυτό ισούται με αποφυγή της διάσπασης μονοαμινών νευροδιαβιβαστών και αύξηση της συγκέντρωσής τους, με θεραπευτικό όφελος ενάντια στην κατάθλιψη. Όπως σημειώθηκε και παραπάνω, οι αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης ((monoamine oxidase inhibitors – MAOIS) χρησιμοποιούνταν παλαιότερα που οι θεραπευτικές επιλογές ήταν περιορισμένες, με πληθώρα ανεπιθύμητων ενεργειών λόγω πολλαπλών φαρμακευτικών αλληλεπιδράσεων στα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας.

Πλέον, όμως με την εξέλιξη της επιστήμης υπάρχουν ασφαλέστερες επιλογές για τους ηλικιωμένους καταθλιπτικούς και σε αυτές θα πρέπει να εστιάσουμε τη προσοχή μας, ως ευρέως διαδεδομένες στον παρόντα χρόνο. Ο λόγος που πραγματοποιήθηκε σύντομη αναφορά για τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά και τους αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης είναι για να αποκτήσουμε σφαιρική αντίληψη για τα παλαιά αντικαταθλιπτικά και να μπορούμε να συγκρίνουμε ολιστικά τις διαφορές με τα νέα. Με αυτόν τον τρόπο, μπορούμε να αντιληφθούμε γιατί αφομοιώθηκαν οι παλαιές επιλογές και ανακαλύφθηκαν, πιο ανεκτές θεραπευτικές επιλογές, στον ειδικό πληθυσμό, που αφορά τους ηλικιωμένους.

Τα αντικαταθλιπτικά επιλογής, στο σύγχρονο παρόν, είναι οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης, οι αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης και νορεπινεφρίνης, και εν συνεχεία άλλα άτυπα αντικαταθλιπτικά, όπως η βουπροπιόνη, η μιρταζαπίνη, η βορτιοξετίνη και η μεθυλφαινιδάτη. Στην ψυχωτική κατάθλιψη, ως μια ιδιαίζουσα περίπτωση που χρήζει ιδιαίτερης προσοχής, προτείνεται ο συνδυασμός

αντικαταθλιπτικών και άτυπων αντιψυχωτικών.¹⁷⁶ Σχετικά, με τη συγκεκριμένη επιλογή άτυπου αντιψυχωτικού η χρήση αριπιπραζόλης και κουετιαπίνης συνιστάται, με κύριες παρενέργειες, την ακαθισία και την υπνηλία, αντίστοιχα¹⁷⁷. Ωστόσο, η χρήση άτυπων αντιψυχωτικών σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο θνησιμότητας στους ηλικιωμένους.¹⁷⁸

Ως γενική παραδοχή στην επιστημονική κοινότητα σημειώνεται, ότι οι αρχικές δόσεις στους ηλικιωμένους μπορεί να είναι χαμηλές, αλλά οι τελικές είναι παρόμοιες με αυτές στους νεαρούς ενήλικες.¹⁷⁹ Ο συνδυασμός αντικαταθλιπτικών και ψυχοθεραπείας θεωρείται θεραπεία εκλογής για τη μείζονα κατάθλιψη στους ηλικιωμένους.¹⁸⁰

Εάν η ανταπόκριση στα αντικαταθλιπτικά είναι φτωχή, πρέπει να ακολουθήσει δοκιμή υψηλότερης θεραπευτικής δόσης. Αν και σε αυτήν την περίπτωση, δεν επιτευχθεί βελτίωση, τότε πρέπει να εξεταστεί το ενδεχόμενο ενισχυτικού παράγοντα. Αν στη πρώτη συνταγογράφηση επιλέχθηκε SSRIs, μπορεί να προστεθεί βουπροπιόνη¹⁸¹, λίθιο¹⁸² ή νορτριπτυλίνη. Εάν ο ασθενής έλαβε πρώτα βουπροπιόνη, στη συνέχεια

¹⁷⁶ Khouzam Hani Raoul, Emes Robert (2007). Late life psychosis: assessment and general treatment strategies. *Compr Ther* Fall 2007;33(3):127-43. doi: 10.1007/s12019-007-0016-y.

¹⁷⁷ Mulsant Benoit H, Blumberger Daniel M, Ismail Zahinoor, Rabheru Kiran, Rapport Mark J. (2014) A systematic approach to pharmacotherapy for geriatric major depression. ;30(3):517-34. doi: 10.1016/j.cger.2014.05.002

¹⁷⁸ Mulsant Benoit H, Blumberger Daniel M, Ismail Zahinoor, Rabheru Kiran, Rapport Mark J. (2014) A systematic approach to pharmacotherapy for geriatric major depression. ;30(3):517-34. doi: 10.1016/j.cger.2014.05.002

¹⁷⁹ Salzman C, Wong E, Wright CB. (2002). Drugs and ECT treatment of depression in the elderly, 1996–2001: a literature review. *Biol Psychiatry*. 2002; 52 (3): 265–85. DOI: [10.1016/s0006-3223\(02\)01337-9](https://doi.org/10.1016/s0006-3223(02)01337-9)

¹⁸⁰ Hollon Steven D., Jarrett Robin B, Nierenberg Andrew A, Thase Michael E, Trivedi Madhukar, Rush A John. (2005) Psychotherapy and medication in the treatment of adult and geriatric depression: which monotherapy or combined treatment? *J Clin Psychiatry* 2005 Apr;66(4):455-68. doi: 10.4088/jcp.v66n0408.

¹⁸¹ Khan SR, Berendt RT, Ellison CD, Ciavarella AB, Asafu-Adjaye E, Khan MA, Faustino PJ (2016). Bupropion Hydrochloride. *Profiles Drug Subst Excip Relat Methodol*. 2016;41:1-30. doi: 10.1016/bs.podrm.2015.12.001. Epub 2016 Feb 17.

¹⁸² Young Robert C, Gyulai Laszlo, Mulsant Benoit H, Flint Alastair, Beyer John L, Shulman Kenneth I, Reynolds Charles F. 3rd (2004). Pharmacotherapy of bipolar disorder in old age: review and recommendations. *Am J Geriatr Psychiatry* 2004;12(4):342-57.

μπορεί να προστεθεί κάποιος SSRI ή λίθιο. Ας επισημανθεί, ότι η χρήση βενζοδιαζεπινών πρέπει να είναι περιορισμένη, λόγω της μεγάλης ευαισθησίας που εμφανίζουν οι ηλικιωμένοι σε αυτές. Παρακάτω, θα καταγραφεί σύντομη έκθεση για τη χρήση των επιμέρους αντικαταθλιπτικών στους ηλικιωμένους, στο εδώ και τώρα της παρούσης έρευνας.

Άτυπα και άλλα αντικαταθλιπτικά (NaSSA: noradrenergic and specific serotonergic antidepressants and other antidepressants) :

Αξίζει να σημειωθεί ότι με τον όρο άτυπα αντικαταθλιπτικά, εννοούμε εγκεκριμένα φάρμακα από τον FDA, τα οποία όμως δεν εντάσσονται σε κάποιες από τις προηγούμενες κατηγορίες αντικαταθλιπτικών, διότι διαθέτουν μια μοναδική δομή και ιδιότητες που στοχεύουν σε διαφορετικούς υποδοχείς στο Κ.Ν.Σ.¹⁸³ Εκτενέστερα, η χρήση των παραπάνω άτυπων αντικαταθλιπτικών στοχεύουν σε ειδικά καταθλιπτικά συμπτώματα, με παρόμοια έως κάποιο βαθμό, θεραπευτικά αποτελέσματα από τη χρήση SSRI αλλά, με μειωμένες παρενέργειες.¹⁸⁴

Ένα άτυπο αντικαταθλιπτικό, που μπορεί να χρησιμοποιηθεί είναι η βουπροπιόνη,¹⁸⁵ που έχει νοραδρενεργική και ντοπαμινεργική δράση. Η βουπροπιόνη δεν επηρεάζει την καρδιακή αγωγιμότητα και επιπλέον, δεν προκαλεί αρρυθμίες. Σε ασθενείς με συμπτώματα λήθαργου ή κόπωσης, η βουπροπιόνη θεωρείται ότι είναι ένας παράγοντας ενεργοποίησης. Όμως, αντενδείκνυται σε επιληπτικούς ασθενείς, σε ασθενείς που λαμβάνουν ταυτόχρονα κατασταλτικά του ΚΝΣ, σε όσους αποτοξινώνονται από το αλκοόλ και σε όσους πάσχουν από νευρογενή βουλιμία. Άλλες

¹⁸³ Schwasinger – Schmidt TE, Macaluso M. (2019). Other Antidepressants. Handb Exp Pharmacol 2019;250:325-355. doi: 10.1007/164_2018_167.

¹⁸⁴ Schwasinger – Schmidt TE, Macaluso M. (2019). Other Antidepressants. Handb Exp Pharmacol 2019;250:325-355. doi: 10.1007/164_2018_167.

¹⁸⁵ Jefferson James W. (2008). Bupropion extended-release for depressive disorders. Expert Rev Neurother 2008 May;8(5):715-22.

παρενέργειες που έχουν παρατηρηθεί είναι διέγερση, ξηροστομία, αυπνία, πονοκέφαλοι, ημικρανίες, ναυτία, έμετος, δυσκοιλιότητα και τρόμος.¹⁸⁶

Η μιρταζαπίνη είναι ένα άτυπο τετρακυκλικό.¹⁸⁷ Η μιρταζαπίνη παρουσιάζει το εξής ξεχωριστό, δεν μοιάζει με κανένα άλλο αντικαταθλιπτικό, καθώς διαθέτει ορμονική δράση που μειώνει τα επίπεδα κορτιζόλης στο σώμα.¹⁸⁸ Βασικά πλεονεκτήματά της, είναι ότι δεν επηρεάζει την καρδιακή αγωγιμότητα και την αρτηριακή πίεση. Επίσης, δεν εμφανίζει αντιχολινεργικές παρενέργειες. Ωστόσο, προκαλεί μεγάλη καταστολή, ξηροστομία, δυσκοιλιότητα και αύξηση του βάρους.^{189 190}

Η βορτιοξετίνη είναι ένας τροποποιητής και διεγέρτης των υποδοχέων της σεροτονίνης, οπότε ανήκει στην κατηγορία των ρυθμιστών και διεγερτικών της σεροτονίνης. Οι πιο συχνές ανεπιθύμητες ενέργειες που προκαλεί είναι ναυτία, έμετος και δυσκοιλιότητα. Η βορτιοξετίνη επιδρά θετικά, ειδικότερα στα γνωστικά ελλείμματα της κατάθλιψης (μνήμη και εκτελεστική λειτουργία), που υπερβαίνουν αυτά των τυπικών αντικαταθλιπτικών.¹⁹¹ Επι του παρόντος, θεωρείται μια καλή αντικαταθλιπτική δεύτερης γραμμής και αν πραγματοποιηθούν και άλλες μακροπρόθεσμες μελέτες, υπόσχεται πολλά για το μέλλον.¹⁹² Με τη χρήση της βορτιοξετίνης, δεν προκύπτουν παρενέργειες σε σημαντικά κλινικό βαθμό σε ζωτικά σημεία, σε τιμές ΗΚΓ, στα ηπατικά ένζυμα και στο σωματικό βάρος, κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Οπότε, θεωρείται καλά ανεκτή σε άτομα > 55 ετών, με σύνηθεις

¹⁸⁶ Schwasinger – Schmidt TE, Macaluso M. (2019). Other Antidepressants. Handb Exp Pharmacol 2019;250:325-355. doi: 10.1007/164_2018_167.

¹⁸⁷ Holland Jonathon, Bhogle Madhavi. (2013). Sertraline and mirtazapine as geriatric antidepressants. Psychiatr Danub.2013 Sep;25 Suppl 2:S286-90.

¹⁸⁸ Schwasinger – Schmidt TE, Macaluso M. (2019). Other Antidepressants. Handb Exp Pharmacol 2019;250:325-355. doi: 10.1007/164_2018_167.

¹⁸⁹ Van Damme A, Declercq T, Lemey L, Tandt H, Petrovic M. (2018) . Late-life depression: issues for the general practitioner. Int J Gen Med 2018;11:113–120. DOI: 10.2147/IJGM.S154876

¹⁹⁰ Fava M. (2000) . Weight gain and antidepressants. J Clin Psychiatr2000;61 Suppl 11:37-41.

¹⁹¹ Conolly K. Ryan, Thase Michael E. (2016). Vortioxetine: a New Treatment for Major Depressive Disorder. Expert Opin Pharmacother 2016;17(3):421-31. doi: 10.1517/14656566.2016.1133588.

¹⁹² Conolly K. Ryan, Thase Michael E. (2016). Vortioxetine: a New Treatment for Major Depressive Disorder. Expert Opin Pharmacother 2016;17(3):421-31. doi: 10.1517/14656566.2016.1133588.

παρενέργειες όπως, ναυτία, πονοκέφαλο, διάρροια ή δυσκοιλιότητα, ζάλη, ξηροστομία, έμετος, κόπωση και άγχος.¹⁹³

Η μεθυλφαινιδάτη θεωρείται ότι αναστέλλει την επαναπρόσληψη της νοραδρεναλίνης και της ντοπαμίνης. Σε μια μελέτη σημείωσε βελτίωση στα καταθλιπτικά συμπτώματα, η χορήγηση της μεθυλφαινιδάτης, ως μονοθεραπεία και χωρίς συνδυαστικό παράγοντα, σε γηριατρικούς ασθενείς. Συν τοις άλλοις, η μονοθεραπεία με μεθυλφαινιδάτη σε χαμηλές δόσεις στον γηριατρικό ασθενή έδειξε ότι μπορεί να συμβάλλει στο σύμπτωμα της απάθειας, ενεργοποιώντας τον καταθλιπτικό ασθενή.¹⁹⁴ Ωστόσο, παραμένει σημαντική η παρακολούθηση σε περισσότερες μακροπρόθεσμες μελέτες, για να οριστεί περισσότερο ο ρόλος της μεθυλφαινιδάτης στον γηριατρικό πληθυσμό.¹⁹⁵

Ως τελευταίο νέο άτυπο αντικαταθλιπτικό, θα ήθελα να αναφερθώ στην κεταμίνη, που είναι ένας μη εκλεκτικός αγωνιστής των γλουταμινικών υποδοχέων NMDA και μπορεί να συγχρηγηθεί με κάποιον άλλο αντικαταθλιπτικό παράγοντα, ύστερα από αποτυχία δυο άλλων εναλλακτικών θεραπευτικών επιλογών. Χρησιμοποιείται στην ανθεκτική κατάθλιψη, με βελτίωση των συμπτωμάτων, ειδικά γύρω από τον αυτοκτονικό ιδεασμό και την ανηδονία.¹⁹⁶ Αν και οι γηριατρικοί ασθενείς έδειξαν καλή ανοχή στη χρήση κεταμίνης, πρέπει να πραγματοποιηθούν περισσότερες και

¹⁹³ Nomikos George S, Tomori Dapo, Zhong Wei (2017). Efficacy, safety, and tolerability of vortioxetine for the treatment of major depressive disorder in patients aged 55 years or older.

¹⁹⁴ Aftab Awais, Lam Jeffrey A, Liu Fred, Ghosh Anjan (2021). Recent developments in geriatric psychopharmacology. *Expert Rev Clin Pharmacol* 2021 Mar;14(3):341-355. doi: 10.1080/17512433.2021.1882848.

¹⁹⁵ Glass Oliver M, Hermida Adriana P, Hershenberg Rachel, (2020). Considerations and Current Trends in the Management of the Geriatric Patient on a Consultation-Liaison Service. *Curr Psychiatry Rep* 2020 Apr 13;22(5):21. doi: 10.1007/s11920-020-01147-2.

¹⁹⁶ De Wilde Kaitlin E, Levich Cara F, Myrroug James A . (2015). The promise of ketamine for treatment-resistant depression: current evidence and future directions. *Ann N Y Acad Sci* 2015 May;1345(1):47-58. doi: 10.1111/nyas.12646.

μακροπρόθεσμες μελέτες για να εξακριβωθεί η αποτελεσματικότητά της στον γηριατρικό πληθυσμό.¹⁹⁷

Αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης-νορεπινεφρίνης (SNRIs):

Οι αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης -νορεπινεφρίνης (SNRIs) θεωρούνται θεραπεία δεύτερης γραμμής και περιλαμβάνουν την βενλαφαξίνη, δεσεβενλαφαξίνη και ντουλοξετίνη, στους ηλικιωμένους. Τα SNRIs βρέθηκε ότι χρησιμεύουν και στους ασθενείς με συννοσηρό πόνο. Χρησιμοποιούνται εξίσου για την αντιμετώπιση καταθλιπτικών επεισοδίων και για την περιφερική νευροπάθεια. Παρενέργεια των SNRIs είναι ο κίνδυνος διαστολικής υπέρτασης με βάση τη χορηγούμενη δόση. Αντενδείκνυνται σε ηλικιωμένους με υπέρταση ή επηρεασμένη νεφρική και ηπατική λειτουργία. Συχνές παρενέργειες, επίσης περιλαμβάνουν γαστρεντερικά ενοχλήματα και κεφαλαλγίες. Ακόμη, τόσο τα SNRIs όσο και τα SSRIs μπορούν να προκαλέσουν νευρομυϊκή διέγερση που προκαλεί το γνωστό σύνδρομο σεροτονίνης, αλλά και αλλαγή στη στάση και νοοτροπία του ασθενούς.¹⁹⁸

Μια συστηματική ανασκόπηση έδειξε ότι τα SNRIs δεν υπερέχουν των SSRIs, σχετικά με τη δυνατότητα ασφάλειας και αποτελεσματικότητας στους ηλικιωμένους.¹⁹⁹ Οι αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης και νοραδρεναλίνης (SNRIs) αποτελούν σαφώς εναλλακτική των εκλεκτικών αναστολέων επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (SSRIs), όταν τα δεύτερα αντενδείκνυνται ή είναι αναποτελεσματικά.

¹⁹⁷ Medeiros de Frota Ribeiro Carolina, Riva – Posse Patricio (2017). Use of Ketamine in Elderly Patients with Treatment-Resistant Depression. Curr Psychiatry Rep 2017 Nov 15;19(12):107. doi: 10.1007/s11920-017-0855-x.

¹⁹⁸ Stahl SM. (1998). Selecting an antidepressant by using mechanism of action to enhance efficacy and avoid side effects. J Clin Psychi1998;59 Suppl 18:23-9.

¹⁹⁹ Mukai Y, Tampi RR.(2009) Treatment of depression in the elderly: a review of the recent literature on the efficacy of single- versus dual-action antidepressants. Clin Ther. 2009 May;31(5):945-61.

Εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (SSRIs):

Οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης SSRIs χρησιμοποιούνται στην ήπια μορφή κατάθλιψης στους ηλικιωμένους, ξεκινώντας με τις ελάχιστες δοσολογίες και ανεβαίνοντας σταδιακά και φειδωλά.^{200 201 202 203 204205 206 207} Τέτοιοι είναι η σερτραλίνη, φλουοξετίνη και η παροξετίνη προκαλώντας λιγότερες καρδιολογικές παρενέργειες, συγκριτικά, με τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά. Σύμφωνα με μια πρόσφατη μελέτη, επίσης, η σιταλοπράμη είναι καλώς ανεκτή από τον γηριατρικό ασθενή στην κατάθλιψη και συνίσταται και ως μονοθεραπεία αλλά και ως συνδυασμένη θεραπεία συν της μεθυλφαινιδάτης ,σε σύγκριση με άλλο εικόνικο φάρμακο.²⁰⁸.

Ειδικότερα, προτιμώνται τα SSRIs νεότερης γενιάς λόγω της χαμηλής αντιχολινεργικής δράσης, της μειωμένης ενεργοποίησης αιμοπεταλίων και τις ανεπαίσθητες αρρυθμίες²⁰⁹ Οι κύριες παρενέργειες περιλαμβάνουν την

²⁰⁰ Schneider LS, Olin JT (1995). Efficacy of acute treatment for geriatric depression. *Int Psychogeriatr.* 1995;7 Suppl:7-25.

²⁰¹ Newhouse PA. (1996). Use of serotonin selective reuptake inhibitors in geriatric depression. *J Clin psychiatry.* 1996;57 Suppl 5:12-22.

²⁰² Terpstra TL. (1997). Treating geriatric depression with SSRIs: what primary care practitioners need to know. *Nurse Pract.* 1997 ;22(9):118, 121-3.

²⁰³ Rajji Tarek K, Mulsant Benoit H, Lotrich Francis E, Lokker Cynthia, Reynolds Charles F 3rd (2008). Use of antidepressants in late-life depression. *Drugs Aging.* 2008;25(10):841-53.

²⁰⁴ Boyce Richard D, Hanlon Joseph T, Karp Jordan F, Kloke John, Saleh Ahlam, Handler Steven M. (2012). A review of the effectiveness of antidepressant medications for depressed nursing home residents. *J Am Med Dir Assoc.* 2012 May;13(4):326-31.

²⁰⁵ Christensen DD. (1995). Rational antidepressant selection in the elderly. *Geriatrics.* 1995 ;50 Suppl 1:S41-50.

²⁰⁶ Bonner D, Howard R. (1995). Treatment-resistant depression in the elderly. *Int Psychogeriatr.* 1995;7 Suppl:83-94.

²⁰⁷ Solai LK, Mulsant BH , Pollock BG (2001). Selective serotonin reuptake inhibitors for late-life depression: a comparative review. *Drugs Aging* 2001;18(5):355-68.

²⁰⁸ Glass Oliver M, Hermida Adriana P, Hershenberg Rachel, (2020). Considerations and Current Trends in the Management of the Geriatric Patient on a Consultation-Liaison Service. *Curr Psychiatry Rep* 2020 Apr 13;22(5):21. doi: 10.1007/s11920-020-01147-2.

²⁰⁹ Katona C, Livingston G. (2002). How well do antidepressants work in older people? A systematic review of number needed to treat. *Jour Aff Dis*, 69,: 47 -52.

υπονατρίαμια,²¹⁰ την αιμορραγία, την ακαθυσία, την ανορεξία και τη βραδυκαρδία του κόλλπου.²¹¹ Επιπροσθέτως, στις ανεπιθύμητες παρενέργειες συγκαταλέγονται η αϋπνία, η ναυτία, το σεροτονινεργικό σύνδρομο, ο ψευδοπαρκινισμός και η απρόσφορη έκκριση αντιδιουρητικής ορμόνης. Ειρήσθω εν παρόδω, ότι τα SSRIs αυξάνουν τον κίνδυνο για πτώσεις²¹² και κατάγματα. Τέλος, ένας ακόμη κίνδυνος που ελλοχεύει από τα SSRIs είναι το στερητικό σύνδρομο, αν η διακοπή των SSRIs δεν εφαρμοστεί σταδιακά, βάσει του πρωτοκόλλου ²¹³.

Βενζοδιαζεπίνες :

Μια συστηματική ανασκόπηση, κατέγραψε για την περίοδο, 1994 -2014, στην Ευρώπη μακροχρόνια χρήση βενζοδιαζεπινών στους ηλικιωμένους, στο 47% έναντι το 3% στο γενικό πληθυσμό. Ακόμη, η μελέτη έδειξε ότι η χρήση βενζοδιαζεπινών συχνά υπερβαίνει την ημερήσια συνιστώμενη δοσολογία.²¹⁴ Αυτά τα ευρήματα οφείλονται ιστο ότι η χρήση βενζοδιαζεπινών μπορεί να οδηγήσει σε σωματική και ψυχολογική εξάρτηση. Η εξάρτηση που προκύπτει είναι ανάλογη της δοσολογίας και της διάρκειας δραστηριότητάς της. ²¹⁵

²¹⁰Sharma H, Pompei P. (1996) . Antidepressant-induced hyponatraemia in the aged. Avoidance and management strategies. *Drugs Aging* 1996 Jun;8(6):430-5.

²¹¹ Bourin M, Chue P, Guillon Y (2001). Paroxetine: a review. *CNS Drug Rev Spring* 2001;7(1):25-47. doi: 10.1111/j.1527-3458.2001.tb00189.x.

²¹²Kvelde Tasha, McVeigh Catherine, Toson Barbara, Greenaway Mark, Lord Stephen R, Delbaere Kim, Close Jckeline CT.. (2013) Depressive symptomatology as a risk factor for falls in older people: systematic review and meta-analysis. *J Am Geriatr Soc* 2013 May;61(5):694-706.

²¹³ Vialou, Feng, Robinson, Nestler, (2013). Epigenetic mechanisms of depression and antidepressant action. *Annual Review of Pharmacology And Toxicology* 53(1): 59-87.

²¹⁴ Kurko TA, Saastamoinen LK, Tähtkää S, Tuulio-Henriksson A, Taiminen T, Tiihonen J, et al. (2015). Long-term use of benzodiazepines: Definitions, prevalence and usage patterns – A systematic review of register-based studies. *Eur Psychiatry* 2015;30:1037-47

²¹⁵ Longo LP, Johnson B. (2001). Addiction: Part I. Benzodiazepines – side effects, abuse risk and alternatives. *Am Fam Physician* 2000;61:2121-8

Οι βενζοδιαζεπίνες χρησιμοποιούνται ως αγχολυτικά και ηρεμιστικά στις αγχώδεις διαταραχές²¹⁶ στην βραχυχρόνια αντιμετώπισή τους,²¹⁷ και ως συμπληρωματική θεραπεία σε διάφορες ψυχιατρικές και νευρολογικές ασθένειες στους ηλικιωμένους.²¹⁸ Στο παρελθόν και ιδιαίτερα πριν την εγκαθίδρυση της χρήσης των SSRI έχουν χρησιμοποιηθεί ευρέως στην γηριατρική ψυχιατρική για την αντιμετώπιση άγχους, αϋπνίας, καθώς και κρίσεων πανικού²¹⁹. Οι βενζοδιαζεπίνες τείνουν να μειώνουν το χρόνο έναρξης του ύπνου και αυξάνουν τη διάρκεια του NREM ύπνου²²⁰. Δέουσα προσοχή ας δοθεί στο γεγονός ότι, η μακροχρόνια χρήση και εξάρτηση από αυτές επιδρά αρνητικά στο νοητικό, ψυχικό και σωματικό επίπεδο των ηλικιωμένων.²²¹

Άτυπα Αντιψυχωτικά :

Τα άτυπα αντιψυχωτικά ή αντιψυχωτικά δεύτερης γενιάς διαφοροποιούνται από τα τυπικά αντιψυχωτικά, επειδή θεωρούνται ασφαλέστερη επιλογή με μειωμένες παρενέργειες, κυρίως ως προς τα εξωπυραμιδικά συμπτώματα. Ωστόσο, πρέπει να αναφερθεί ότι η επιλογή των άτυπων αντιψυχωτικών δεν είναι τελείως αθώα φαρμακευτική επιλογή, αφού προκαλούν παρενέργειες εκτός του ΚΝΣ. Για παράδειγμα, μια πρόσφατη μελέτη τονίζει τις αλλοιώσεις που προκαλούνται στο ανοσοποιητικό, ενδοκρινικό με ανάπτυξη μεταβολικών νόσων και στο εντερικό μικροβίωμα από τη χρήση άτυπων αντιψυχωτικών.²²² Σε ηλικιωμένους που πάσχουν

²¹⁶ . Steves CJ, Spector TD, Jackson SH. (2012). Ageing, genes, environment and epigenetics: what twin studies tell us now, and in the future. *Age Ageing*. 2012 Sep;41(5):581–6. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/ageing/afs097> PMID: 22826292

²¹⁷ Martin JL, Sainz-Pardo M, Furukawa TA, Martín-Sánchez E, Seoane T, Galán C (2007). "Benzodiazepines in generalized anxiety disorder: heterogeneity of outcomes based on a systematic review and meta-analysis of clinical trials". *J. Psychopharmacol. (Oxford)* 21 (7): 774–82

²¹⁸ Bateson AN. (2004). The benzodiazepine site of the GABAA receptor: an old target with new potential? A discussion of the pharmacological actions of benzodiazepines and other drugs acting at the same sites on GABAA receptors. *Sleep Med* 2004, 5(Suppl 1):S9– S15

²¹⁹ Kalapatapu Raj K, Sullivan Maria A . (2010). Prescription use disorders in older adults. *Am J A* . Nov-Dec 2010;19(6):515-22. doi: 10.1111/j.1521-0391.2010.00080.x. Epub 2010 Sep 21.

²²⁰ Ramakrishnan K, Scheid DC. (2007). "Treatment options for insomnia". *American Family Physician* 76 (4): 517–26.

²²¹ Simoni-Wastila Linda, Keri Yang Huiwen . (2006). Psychoactive drug abuse in older adults. *Am J Geriatr Pharmacother* 2006 Dec;4(4):380-94. doi: 10.1016/j.amjopharm.2006.10.002.

²²² Alvarez – Herrera Samantha, Escamilla Raul, Medina- Conteras Oscar. (2020). Immunoendocrine Peripheral Effects Induced by Atypical Antipsychotics. *Front Endocrinol (Lausanne)* 2020 Apr 21;11:195. doi: 10.3389/fendo.2020.00195. eCollection 2020

από ψυχωτική κατάθλιψη, ως θεραπεία προτείνεται συνδυασμός αντικαταθλιπτικών (SSRIs ή βενλαφαξίνη²²³) και άτυπων νευροληπτικών²²⁴, εκτός της κλοζαπίνης, γιατί μπορεί να προκαλέσει συγχυτικό σύνδρομο. Αντιθέτως, η κουετιαπίνη έχει δείξει αποτελεσματικότητα ειδικά για ασθενείς με διαταραχές του ύπνου και η αριπιπραζόλης καταδεικνύει μεγαλύτερη αντοχή στη θεραπεία για τους ηλικιωμένους.²²⁵ Τα παραπάνω άτυπα αντιψυχωτικά χορηγούνται σε ασθενείς με ψυχωτική κατάθλιψη, όπου η μονοθεραπεία με κάποια κατηγορία αντικαταθλιπτικών δεν κατάφερε το επιθυμητό αποτέλεσμα. Άρα, επομένως απαιτήθηκε η συνταγογράφηση αντιψυχωτικού παράγοντα για την επίτευξη της ύφεσης. Σε αυτήν την πορεία, συνιστάται η συνέχιση του αντιψυχωσικού για τους επόμενους 6 μήνες τουλάχιστον.

226

ii. Ψυχοθεραπεία

Γνωσιακή – Συμπεριφοριστική Προσέγγιση (Cognitive Behavioral Therapy CBT):

Η γνωσιακή – συμπεριφοριστική θεραπεία (Cognitive Behavioural Therapy , CBT) έχει καλή αποτελεσματικότητα στη θεραπεία καταθλιπτικών ηλικιωμένων.²²⁷ Η CBT, επεξεργάζεται τις σκέψεις των ατόμων , ώστε να είναι σε θέση να τις τροποποιήσουν, προκαλώντας άμεση επίδραση στα συναισθήματα και στη συμπεριφορά των ατόμων.

²²³ Staab JP, Evans DL (2010). Efficacy of venlafaxine in geriatric depression. *Depress Anxiety* 2000;12 Suppl 1:63-8.

²²⁴ Beyer John L, Johnson Kim G. (2018). *Advances in Pharmacotherapy of Late-Life Depression*. *Curr Psychiatry Rep* 7;20(5):34

Jeste Dilip V (2003). Tardive dyskinesia rates with atypical antipsychotics in older adults. *J Clin Psychiatry* 2004;65 Suppl 9:21-4.

Rosen J, Bohon S, Gershon S (1990). Antipsychotics in the elderly. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 1990;358:170-5.

²²⁵ Beyer John L, Johnson Kim G. (2018). *Advances in Pharmacotherapy of Late-Life Depression*. *Curr Psychiatry Rep* 7;20(5):34

²²⁶ Small GW (1998). Treatment of geriatric depression. *Depress Anxiety* 1998;8 Suppl 1:32-42.

²²⁷ Simon SS, Cordas TA, Bottino CM. (2015). Cognitive Behavioral Therapies in older adults with depression and cognitive deficits: a systematic review. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2015;30: 223–233. 10.1002/gps.4239.

Η αλλαγή ερμηνείας στις σκέψεις , μπορεί να συμβάλλει στην ισορροπημένη διάθεση, και επομένως στη θεραπεία της κατάθλιψης. Στηρίζεται σε ένα δομημένο πλάνο με στόχους εφικτούς και πραγματοποιήσιμους, σε συνεργασία του ειδικού και ασθενούς²²⁸. Μπορεί να συνδυαστεί με φαρμακοθεραπεία, για τα μέγιστα δυνατά θεραπευτικά αποτελέσματα.²²⁹ Έχει εντοπιστεί ότι ο καταθλιπτικός ασθενής εφαρμόζει μια σειρά από «διεργασικά λάθη» στην επεξεργασία των πληροφοριών, που ενισχύει την εμφάνιση και επιδείνωση της κατάθλιψης. Συνήθως, ο καταθλιπτικός ασθενής εστιάζει την προσοχή του στα αρνητικά συναισθήματα ,με υπερτίμηση της αξίας τους. Αντιθέτως, τείνει τα θετικά συναισθημάτα να τα υποτιμάει. Επιπλέον, ο καταθλιπτικός τείνει να εξάγει « αυθαίρετα και υπεργενικευμένα συμπεράσματα» , κυρίως με προσωποποιημένο τόνο, σαν να βρίσκονται όλοι εναντίον του. Ακόμη, η σκέψη του μονώνεται στην λύση του « όλα ή τίποτα», χωρίς να προσπαθεί να καταγράψει όλες τις πιθανές εναλλακτικές λύσεις και να προχωρήσει στην πιο αποτελεσματική, αναλόγως των συνθηκών που επισυμβαίνουν. Άρα, άλλος ένας θεραπευτικός στόχος είναι η εκμάθηση δεξιοτήτων που προάγουν «την επίλυση προβλημάτων».²³⁰

Ακόμη, σημαντικό θεραπευτικό στοιχείο της CBT αποτελεί η κινητοποίηση του ασθενούς. Ο ειδήμων ενθαρρύνει τον ασθενή να προβεί στην τέλεση αγαπημένων του δραστηριοτήτων, ώστε να αντλήσει ευχαρίστηση και ικανοποίηση, όπως γινόταν και στο παρελθόν. Επειδή, αυτό συνιστά μια εξουθενωτική εργασία για τον ασθενή, οι δραστηριότητες επιμερίζονται σε μικρότερα τμήματα, ώστε να είναι ανεκτά, και

²²⁸ Kraus Cynthia A, Kunik Mark E, Stanley Melinda A. (2007). Use of cognitive behavioral therapy in late-life psychiatric disorders. *Geriatrics*. 2007 ;62(6):21-6.h

²²⁹ Hollon Steven D, Jarrett Robin B, Nierenberg Andrew A, Thase Michael E, Trivedi Madhukar, Rush A John . (2005). Psychotherapy and medication in the treatment of adult and geriatric depression: which monotherapy or combined treatment?. *J Clin Psychiatry* 2005 Apr;66(4):455-68.

²³⁰ Alexopoulos George S· Raue Patrick J, Dora Kanellopoulos Dora, Mackin Scott, Arean Patricia A. (2008). Problem solving therapy for the depression-executive dysfunction syndrome of late life. *Int J Geriatr Psychiatry* 2008 Aug;23(8):782-8

επιβραβεύεται ο ασθενής με κάθε ολοκλήρωση των επιμέρους τμημάτων. Τα ανεκτά βήματα για τον ασθενή επιλέγονται προκειμένου να μην απογοητευτεί ο ασθενής και οπισθοχωρήσει στη θεραπευτική διαδικασία. Από μεριάς του ασθενούς, δεν επιτρέπεται η αμφισβήτηση των θεραπευτικών μεθόδων, γιατί αυτό σημαίνει « auto – sabotage» και παρεμπόδιση της θεραπείας. Επιπροσθέτως, ο ειδικός επιλέγει τη μύηση και τη δυνατότητα «πρόβας» σε μια φαντασιακή και εικονική σκέψη, ώστε ο νους να προγραμματιστεί και να οικειοποιηθεί την ενέργεια, και στη συνέχεια να μπορέσει να την εκτελέσει. Συμπερασματικά, είναι πολύ σημαντική η προετοιμασία του ασθενούς, ώστε να διαμορφωθούν οι κατάλληλες συνθήκες για τον ασθενή και να επιβεβαιωθεί ότι ο ασθενής θα πετύχει της δοκιμασίας, « task».

Κατευθυνόμενη στο Μέλλον θεραπεία (Future Directed Therapy – FDT) :

Η μελλοντική κατευθυνόμενη θεραπεία, Future Directed Therapy – FDT, στηρίζεται σε ένα μοντέλο ενεργοποίησης του ατόμου εκούσια και στην αναγνώριση της υπαιτιότητάς του, για τη ροή και περιεχόμενο των σκέψεων του. Επομένως, ευθύνεται για τη συνειδητοποίηση της ποιότητας των σκεψεών του και των συμπαρομαρτούντων συμπεριφορών που καθορίζουν την καταστροφή ή τη σωτηρία του.^{231 232} Εφόσον, το άτομο κατορθώσει να επιβληθεί στα αρνητικά συναισθήματά του, τότε θα ανοίξει δρόμος για την απόκτηση νέων και όμορφων εμπειριών, τερματίζοντας το στοίχειωμα από παρελθοντικά αποπνικτικά γεγονότα. Η FDT υποστηρίζει ότι το μέλλον του ανθρώπου είναι ατομική υπόθεση, στεκόμενος στο ύψος των προσδοκιών και των επιθυμιών του για μια καλύτερη ποιότητα ζωής. Με αυτή τη θέαση των πραγμάτων, το άτομο ανακουφίζεται και επαναπροσδιορίζει το νόημα της ζωής, επιτρέποντας την ανάδυση θετικών συναισθημάτων και την αλλαγή ρότας στη ζωή.

²³¹ Hsieh Hsiu – Fang, Wang Jing – Ju. (2003). Effect of reminiscence therapy on depression in older adults: a systematic review. *nt J Nurs Stu.* 2003 May;40(4):335-45. doi: 10.1016/s0020-7489(02)00101-3.

²³² Schacter DL, Addis DR, Buckner RL. (2008). Episodic simulation of future events: Concepts, data, and applications. In: Kingstone A, Miller MB, editors. *The year in cognitive neuroscience 2008. Annals of the New York Academy of Sciences.* Malden: Blackwell Publishing, 2008;39–60

Ομαδική ψυχοθεραπεία:

Άλλη μια ψυχοθεραπευτική προσέγγιση , που μπορεί να χρησιμοποιηθεί υπέρ της κατάθλιψης των ηλικιωμένων είναι η ομαδική ψυχοθεραπεία . Η ομαδική ψυχοθεραπεία εφαρμόζεται και σε ηλικιωμένους που παραμένουν αυτόνομοι και σε ηλικιωμένους, ως εξωτερικούς ασθενείς που λαμβάνουν τακτική παρακολούθηση αλλά πολύ περισσότερο, ακόμη, και σε ηλικιωμένους που χρήζουν μακροχρόνιας φροντίδας και φιλοξενούνται σε οίκους ευγηρίας .²³³ Σύμφωνα με τον M. Foulkes και W. Bion, τους σκαπανείς της ομαδικής ψυχοθεραπείας, « η ομάδα αποτελεί μια αυτόνομη ολότητα με τους δικούς της νόμους και δυναμικά φαινόμενα, η οποία αποκτά πλέον ιδιότητες, πέρα από το άθροισμα των προσωπικοτήτων που την απαρτίζουν». Σκοπός της ομαδικής ψυχοθεραπείας είναι η βελτίωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων, χωρίς η επικέντρωση να γίνεται στην ερμηνεία συμπεριφοράς του ατόμου, αλλά όλης της δυναμικής που απαρτίζει το σύνολο της ομάδας. Ο αλτρουϊσμός , η ενστάλλαξη ελπίδας και η επανορθωτική εμπειρία μπορεί να οδηγήσει στη θεραπευτική αλλαγή. Ειδικά, στους ηλικιωμένους που αισθάνονται μόνοι, λόγω ισχυρών αντίξοων συναισθηματικών μεταβάσεων, όπως τίθενται για παράδειγμα, η χηρεία, το πένθος, οι προβληματικές σχέσεις στην οικογένεια και η μετοίκηση σε κάποιο ίδρυμα. Εν τωιαύτη περιπτώσει, διαφαίνεται ότι η συμμετοχή σε μια ομάδα μπορεί να συμβάλλει στην ανακούφιση και ενδυνάμωση του καταθλιπτικού ηλικιωμένου²³⁴. Το βάρος της ασθένειας μοιράζεται και το άνοιγμα διαπροσωπικών σχέσεων λειτουργεί θεραπευτικά στην κατάθλιψη.²³⁵ Όλα τα παραπάνω, συμβάλλουν σε γοργό και μακρύ στο χρόνο θεραπευτικό αποτέλεσμα , μειώνοντας τον κίνδυνο υποτροπών και χαρίζοντας καλύτερη ποιότητα ζωής στους ηλικιωμένους καταθλιπτικούς. Σε περιπτώσεις που οι

²³³ Raue Patric J, McGovern Amanda R, Kiosses Dimitris N, Sirey Jo – Anne. (2017). Advances in Psychotherapy for Depressed Older Adults. Curr Psychiatry Rep 2017 Sep;19(9):57. doi: 10.1007/s11920-017-0812-

²³⁴ Syed Elias Sharifah Munirah , Neville Christine, Scott Theressa. (2015).The effectiveness of group reminiscence therapy for loneliness, anxiety and depression in older adults in long-term care: a systematic review. Geriatr Nurs. Sep-Oct 2015;36(5):372-80. doi: 10.1016/j.gerinurse.2015.05.004. Epub 2015 Jun 19.

²³⁵ Cartier Jeanne M. (2013). A team-based approach to the care of depression in later life: where are we now? Psychiatr Clin North Am 2013 Dec;36(4):651-60

ηλικιωμένοι δεν επιθυμούν ή δεν δύνανται να εκφραστούν με το λόγο, μπορούν να εκφραστούν διαμέσου της ομαδικής θεραπείας χορού , μουσικής ή ζωγραφικής , και αυτό έχει αποδειχθεί ότι και αυτός ο τρόπος ευεργετεί τη πορεία της κατάθλιψης.²³⁶

Διαπροσωπική θεραπεία IPT InterPersonal Therapy

Η διαπροσωπική θεραπεία βασίζεται στη ψυχοδυναμική θεραπεία²³⁷ και επικεντρώνεται στις διαπροσωπικές σχέσεις των ασθενών . Εφαρμόζεται και σε ατομικό και ομαδικό επίπεδο. Πρόκειται για μια δομημένη βραχεία ψυχοθεραπεία που ασχολείται με θέματα πένθους, μεταβάσεων και συγκρούσεων. Χωρίζεται σε 3 στάδια. Στο πρώτο, εφαρμόζεται ψυχοεκπαίδευση των ηλικιωμένων²³⁸ και επισημαίνονται οι θεραπευτικοί στόχοι. Στο δεύτερο, αντιμετωπίζονται τα διαπροσωπικά θέματα που απασχολούν τους ασθενείς και στο τρίτο στάδιο, τερματίζεται η θεραπεία και γίνεται απολογισμός και ανακεφαλαίωση των σημείων που ενίσχυσαν το θεραπευτικό αποτέλεσμα και μπορούν να σταθούν ως οδηγός για επόμενα διαπροσωπικά ζητήματα που θα προκύψουν.²³⁹

iii.Βιολογικές Θεραπείες

Βιολογικές θεραπείες που «διέβην τον Ρουβίκωνα» και προτείνονται, πλέον, για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης , όταν η φαρμακοθεραπεία και η ψυχοθεραπεία έχει αποτύχει, είναι η ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ElectroConvulsive Therapy ECT), η φωτοθεραπεία (Light Therapy LT), ο διακρανιακός μαγνητικός ερεθισμός (Transcranial Magnetic Stimylation , TMS) , ο ερεθισμός του πνευμονογαστρικού νεύρου (Vagus Nerve Stimulation VNS) και η στέρηση ύπνου (Sleep Deprivation) .

²³⁶ Cuijpers, Munoz, Clarke et Lewinsohn. (2009). Psychoeducational treatment and prevention of depression: The Coping with Depression course thirty years later. *Clinical Psychology Review* 29(5): 449- 458.

²³⁷ Cameron PM . (1989) Psychodynamic psychotherapy for the depressive syndrome. *Psychiatr J Univ Ott*1989 Jun;14(2):397-402; discussion 409-12.

²³⁸ Weissman MM.(1997). Interpersonal psychotherapy: current status. *Keio J Med*1997 Sep;46(3):105-10.

²³⁹ Sadavoy J. (1994). Integrated psychotherapy for the elderly. *Can J Psychiatry*. 1994 ;39(8 Suppl 1):S19-26.

Ηλεκτροσπασμοθεραπεία (*ElectroConvulsive Therapy ECT*):

Μια θεραπεία που δεν ανήκει ούτε στις φαρμακολογικές, ούτε στις ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις είναι η ηλεκτροσπασμοθεραπεία ,δηλαδή η χρήση ηλεκτρικού ερεθίσματος για την πρόκληση σπασμών, για σύντομο χρονικό διάστημα. Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία χρησιμοποιείται σε περιπτώσεις σοβαρής καταθλιπτικής διαταραχής, όπου η κατάθλιψη είναι τόσο βαριά, ώστε να απειλείται η ζωή του ασθενούς.^{240 241 242 243 244 245} Τέτοιες σοβαρές περιπτώσεις είναι όταν υπάρχει φόβος για αυτοκτονία, όταν υπάρχουν μεγάλες ελλείψεις σε τροφή και υγρά και όταν η φαρμακευτική θεραπεία δεν αποδίδει.

Καίριο πλεονέκτημα της ηλεκτροσπασμοθεραπείας είναι ότι δεν συνυπολογίζεται ο κίνδυνος για αλληλεπίδραση φαρμάκων και προσφέρει μια επιτυχή θεραπευτική επιλογή σε εξουθενωμένους ηλικιωμένους ασθενείς. Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία έχει αποδειχτεί αποτελεσματική πέραν της μείζονος κατάθλιψης, στην ανθεκτική κατάθλιψη και στην ψυχωσική κατάθλιψη στους ηλικιωμένους. Η υπέρταση και η ταχυκαρδία είναι οι καρδιαγγειακές παρενέργειες που μπορεί να εμφανιστούν, αν και αυτές είναι παροδικές. Άλλες συχνές ανεπιθύμητες ενέργειες είναι αμνησία και πονοκέφαλος. Μετά τη χορήγηση ηλεκτροσοκ, οι ασθενείς χρειάζονται θεραπεία συντήρησης με αντικαταθλιπτικά. Εν τελευταία αναλύσει, κατά την θεραπεία συντήρησης μετά την ηλεκτροσπασμοθεραπεία, προτείνεται αντικαταθλιπτική αγωγή που επιβάλλεται να ακολουθείται τουλάχιστον για 1 έτος σε ασθενείς που έχουν υποστεί 1 μείζων καταθλιπτικό επεισόδιο στη ζωή τους και 3 έτη για ασθενείς που έχουν υποστεί 3 μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια στο σύνολο της ζωής τους.

²⁴⁰ Flint Alastair J, Gagnon Nadine. (2002). Effective use of electroconvulsive therapy in late-life depression. Can J Psychiatry 2002 Oct;47(8):734-41

²⁴¹ Greenberg L, Fink M. (1992). The use of electroconvulsive therapy in geriatric patients. Clin Geriatr Med 1992 May;8(2):349-54.

²⁴² Peroski Michael S, Chu Michael M, Doddi Seshagiri Rao, Regenold William T. (2019) The Safety of Electroconvulsive Therapy in Patients With Implanted Deep Brain Stimulators: A Review of the Literature and Case Report. J ECT 2019 Jun;35(2):84-90.

²⁴³ Espinoza Randall T. (2004). Electroconvulsive therapy in the long-term care setting: an overview of controversies in practice. J Am Med Dir Assoc Mar-Apr 2004;5(2 Suppl):S53-8.

²⁴⁴ Popeo Dennis M. (2009). Electroconvulsive therapy for depressive episodes: A brief review. Geriatrics. 2009 Apr;64(4):9-12.

²⁴⁵ Meyer Justin P, Samantha K Swetter Samantha K, Kellner Charles H. (2020) Electroconvulsive Therapy in Geriatric Psychiatry: A Selective Review. Clin Geriatr Med 2020 May;36(2):265-279.

Φωτοθεραπεία (Light Therapy LT) :

Η *φωτοθεραπεία* (LT) συγκαταλέγεται στις σύγχρονες θεραπευτικές μεθόδους και αν και βρίσκεται σε ανοιχτό καθεστώς μελέτης και διερεύνησης για την αποτελεσματικότητά της , τα συμπεράσματα ερευνών την αναδεικνύουν ως σημαντικό θεραπευτικό μέσο για την μείζονα καταθλιπτική διαταραχή, διπολική και για άλλες μορφές κατάθλιψης, με κυρίαρχη την εποχική κατάθλιψη.²⁴⁶

Πάμπολλες μελέτες στηρίχτηκαν στη θεώρηση ότι η εποχική κατάθλιψη SAD (Seasonal Affective Disorder) προκαλείται από την ελλιπή έκθεση στον ήλιο, ιδίως τις πρώτες πρωινές ώρες , σε χειμερινούς κυρίως αλλά και όχι μόνο μήνες, σε όλη την διάρκεια του έτους. Το ηλιακό φως έχει την εξαιρετική δυνατότητα με την είσοδο του στους οφθαλμούς και στον υπερχιασματικό πυρήνα να ρυθμίζει τον κερκάρδιο ρυθμό.²⁴⁷ Ο κερκάρδιος ρυθμός στον υπερδιασταυρωτικό πυρήνα του εγκεφάλου επηρεάζει την αντίληψη του οργανισμού για την εναλλαγή μέρας και νύχτας και την έκκριση μελατονίνης και λεπτίνης. Έτσι, επηρεάζεται το σύστημα ύπνου του ανθρώπου και συνεπώς η διάθεσή του. Στηριζόμενη σε αυτά τα δεδομένα, η φωτοθεραπεία χρησιμοποιεί την παραγωγή λευκού τεχνητού φωτός , σε ελεγχόμενα επίπεδα, και τοποθετείται στο πρόσθιο μέρος του τριχωτού της κεφαλής,²⁴⁸ ώστε να επαναρυθμιστεί ο κερκάρδιος ρυθμός και να επανέλθει η έκκριση νευροδιαβιβαστών , όπως σεροτονίνης, ντοπαμίνης και νοραδρεναλίνης, σε φυσιολογικά επίπεδα. Όσο αυξάνεται η έκθεση των οφθαλμών στο φως , τόσο αυξάνονται και οι πιθανότητες για βελτίωση ακόμη και ίαση της κατάθλιψης.

Διακρανιακή μαγνητική διέγερση (Transcranial Magnetic Stimylation TMS) :

Η επαναλαμβανόμενη *διακρανιακή μαγνητική διέγερση* (Transcranial Magnetic Stimylation TMS) , είναι και αυτή μια σύγχρονη μέθοδος θεραπείας που συνιστάται για τη μείζονα κατάθλιψη, όταν η αντικαταθλιπτικών φαρμάκων και η ψυχοθεραπεία δεν στάθηκε ανακουφιστική και σωτήρια επίλυση της κατάθλιψης.²⁴⁹ Αφορά μια θεραπεία που χρησιμοποιεί μαγνητικό παλμό για να ερεθίσει και να ενεργοποιήσει διάφορες περιοχές του εγκεφάλου που πάσχουν. Στη διαδικασία της θεραπείας, ο κλινικός εφαρμόζει ένα ηλεκτρομαγνητικό πηνίο στο μέτωπο του ασθενούς,

²⁴⁶ Mårtensson Bjorn, Petterson Agneta, Berglund Lars, Ekselius Lisa. (2015). Bright white light therapy in depression: A critical review of the evidence. J Affect Disord 2015 Aug 15;182:1-7.doi: 10.1016/j.jad.2015.04.013. Epub 2015 Apr 11.

²⁴⁷ Czeisler CA, Kronauer R E, Mooney J J, Anderson J L, Allan J S. (1987). Biologic rhythm disorders, depression, and phototherapy. A new hypothesis. Psychiatr Clin North Am 1987 Dec;10(4):687-709.

²⁴⁸ Avery DH., Bolte AP., Padberg F., George M., (2009). Repetitive transcranial magnetic stimulation of the prefrontal cortex in depression. Experimental Neurology,2009, 219 (1): 2-13

²⁴⁹ Liu Angela Y, Rajji Tarek K, Blumberger Daniel M, Zafiris J Daskalakis Zafiris J, Mulsant Benoit H. (2014). Brain stimulation in the treatment of late-life severe mental illness other than unipolar nonpsychotic depression. Am J Geriatr Psychiatry 2014 Mar;22(3):216-40.

προκειμένου να στοχευθεί τμήμα του εγκεφάλου, επαναφέροντας την ορθή συχνότητα Θεγκεφαλικών σημάτων και μηνυμάτων.

Οι συνεδρίες δεν ακολουθούν προδιαγεγραμμένο πρόγραμμα, αλλά διαμορφώνονται αποκλειστικά στις ανάγκες του ασθενούς, με εξατομικευμένο τρόπο για να προσπαστούν τα μεγαλύτερα δυνατά οφέλη για τον καταθλιπτικό.²⁵⁰

Ο περιορισμός της πολυφαρμακίας σε αυτήν την φάση είναι ένας σημαντικός λόγος για την αποφυγή αρνητικών επιπτώσεων εξαιτίας της μεταξύ τους αλληλεπίδραση. Ωστόσο, μπορεί να σημειωθεί κίνδυνος στους ηλικιωμένους με συνοδά καρδιαγγειακά συμβάματα. Μπορεί να προκύψουν επιληπτικές κρίσεις, συσπάσεις στους μυς του προσώπου, άρα διαταραχή και στη λειτουργία του αναπνευστικού, καθώς και έντονοι πονοκέφαλοι, ζαλάδες και ναυτία. Προβλήματα στην όραση και ακοή δεν αποκλείονται.

Ερεθισμός του πνευμονογαστρικού νεύρου (Vagus Nerve Stimulation VNS):

Ο ερεθισμός του πνευμονογαστρικού νεύρου (Vagus Nerve Stimulation VNS) είναι εγκριτός για την κατάθλιψη, και ιδίως στην ανθεκτική κατάθλιψη.²⁵¹ Ο ερεθισμός του πνευμονογαστρικού νεύρου πραγματοποιείται με ηλεκτρόδια, που τοποθετείται υποδορίως στο λαιμό ή στο στήθος. Η διέγερση του πνευμονογαστρικού νεύρου πραγματοποιείται στον έξω ακουστικό πόρο. Το πνευμονογαστρικό νεύρο ή αλλιώς το επονομαζόμενο «περιπλανώμενο νεύρο» αποκαλείται έτσι, διότι είναι πολύ μακρύ και ξεκινάει από τον εγκέφαλο στο δέκα κρανιακό νεύρο και διαπερνά τον τράχηλο, το πεπτικό σύστημα, το ήπαρ, σπλήνα, παγκρέας, καρδιά και πνεύμονες, εκπέμποντας μηνύματα. Το πνευμονογαστρικό νεύρο παρεμβαίνει στο μεταιχμιακό σύστημα, στην αμυγδαλή, και με αυτόν τον τρόπο ρυθμίζεται η διάθεση του ασθενούς. Ακόμη, το πνευμονογαστρικό νεύρο ρυθμίζει το παρασυμπαθητικό νευρικό σύστημα και η διεγερσή του μπορεί να ρυθμίσει τα επίπεδα άγχους και να προκαλέσει χαλάρωση. Η σχέση μεταξύ κατάθλιψης, φλεγμονής, μεταβολικού συνδρόμου και καρδιακές παθήσεις μπορεί να προκαλούνται από το νεύρο του κόλπου. Το VNS αξίζει περαιτέρω μελέτη²⁵² για τις δυναμικά ευνοϊκές επιδράσεις του στους καρδιαγγειακούς, εγκεφαλοαγγειακούς²⁵³, μεταβολικούς και άλλους φυσιολογικούς βιοδείκτες που

²⁵⁰ Padberg F., George M., (2009). Repetitive transcranial magnetic stimulation of the prefrontal cortex in depression. *Experimental Neurology*, 2009, 219 (1): 2-13

²⁵¹ Marangell LB, Martinez M, Jurdi Ra, Zboyan X. (2007). . Neurostimulation therapies in depression: a review of new modalities. *Acta Psychiatr Scand* 2007 Sep;116(3):174-81. doi: 10.1111/j.1600-0447.2007.01033.x.

²⁵² Gálvez Veronica , Ho Kerrie - Annie, Alonzo Angelo, Martin Donel, Duncan George, Colleen K Loo (2015). Neuromodulation therapies for geriatric depression. *Curr Psychiatry Rep.* 2015 ;17(7):59.

²⁵³ Brown AD, Barton DA, Lambert GW.(2009). Cardiovascular abnormalities in patients with major depressive disorder: autonomic mechanisms and implications for treatment *CNS.* 2009; 23 (7): 583-602.

σχετίζονται με τη νοσηρότητα και τη θνησιμότητα. Τελικώς, ο κίνδυνος εμφάνισης υπομανίας ή μανίας είναι χαμηλός²⁵⁴

Στέρηση ύπνου (Sleep Deprivation):

Όσον αφορά, τη στέρηση ύπνου²⁵⁵ (Sleep Deprivation), πλέον, θεωρείται μια καλή θεραπευτική προσέγγιση στην ανθεκτική κατάθλιψη. Έχει παροδικά αποτελέσματα, που όμως μπορούν να διατηρηθούν με συνδυαστική θεραπεία, είτε με εκλεκτικούς αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης και²⁵⁶ λιθίου, είτε με φωτοθεραπεία και πρόοδο φάσης ύπνου²⁵⁷, παρεμβαίνοντας στον κερκαδικό ρυθμό. Η στέρηση του ύπνου επεμβαίνει στο βιολογικό ρολοί²⁵⁸, στο ανοσοποιητικό και ενδοκρινικό σύστημα, στον νευροτροφικό παράγοντα BDNF, στην κατεχολαμινεργική, σεροτονινεργική²⁵⁹, γλουταμινεργική νευροδιαβίβαση και στη συναπτική πλαστικότητα²⁶⁰. Γι' αυτόν τον λόγο, πέρα από τη ρύθμιση του συναισθήματος και της διάθεσης, συμβάλλει και στον περιορισμό των σκέψεων θανάτου και τον αυτοκτονικό ιδεασμό.²⁶¹

²⁵⁴ Gerson R, Murray E, Price B, et al.(2011). Mania following vagus nerve stimulation: a case report and review of the literature. *Epilepsy Behav* 2011 Jan;20(1):138-40. doi: 10.1016/j.yebeh.2010.11.005. Epub 2010 Dec 16.

²⁵⁵ Zhao Xue, Ma Jing, Chi Iris, Bai Zhenggang .(2018) . Epub 2018 Feb 17. Light therapy for older patients with non-seasonal depression: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord* 2018 May;232:291-299. doi: 10.1016/j.jad.2018.02.041. Epub 2018 Feb 17.

²⁵⁶ Chen Peijun , Dols Annemiek , Rej Soham , Sajatovic Martha _ (2017). Update on the Epidemiology, Diagnosis, and Treatment of Mania in Older-Age Bipolar Disorder. *Curr Psychiatry Re* 2017 Aug;19(8):46. doi: 10.1007/s11920-017-0804-8.

²⁵⁷ Gammack Jylie K. (2008). Light therapy for insomnia in older adults. *Clin Geriatr Med*. 2008 24(1):139-49, viii.

²⁵⁸ Bunney BG, Bunney WE (2013) Mechanisms of rapid antidepressant effects of sleep deprivation therapy: clock genes and circadian rhythms. *Biol Psychiatry* 73: 1164–1171.

²⁵⁹ Ueno Shu -ichi (2003). Genetic polymorphisms of serotonin and dopamine transporters in mental disorders. *J Med Invest* 2003 Feb;50(1-2):25-31.

²⁶⁰ Bushey D, Tononi G, Cirelli C (2011) Sleep and synaptic homeostasis: structural evidence in *Drosophila* *Επιστήμη* 332: 1576–1581

²⁶¹ Sahlem Gregory L., Kalivas Benjamin, Fox B. James, Lamb Kayla.(2014). Adjunctive triple chronotherapy (combined total sleep deprivation, sleep phase advance, and bright light therapy) rapidly improves mood and suicidality in suicidal depressed inpatients: an open label pilot study. 2014, 59: 101-7

iv. Μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις

Στην κατάθλιψη μπορούν να λειτουργήσουν θετικά και άλλοι τρόποι που συγκεντρώνονται στην σωματική δραστηριότητα, στην καλή διατροφή²⁶² και ύπνο²⁶³, στις τέχνες και στην επαφή με τη φύση, ενασχόληση της κηπουρικής²⁶⁴ και αφιέρωση προσωπικού χρόνου με συντροφιά τα ζώα.²⁶⁵ Μάλιστα, με τέτοιου τύπου δραστηριότητες εκτός από τη βελτίωση της διάθεσης, επιτυγχάνεται και η βελτίωση των νοητικών ελλειμμάτων²⁶⁶. Έχει βρεθεί, ιδίως, ότι η αερόβια άσκηση²⁶⁷, όσο και η γνωστική ενδυνάμωση, συμβάλλουν στον ίδιο βαθμό στην καταπολέμηση της γνωσιακής δυσλειτουργίας.²⁶⁸

Η σωματική άσκηση και φυσική δραστηριότητα μπορεί να βοηθήσει στη βελτίωση των αρνητικών συμπτωμάτων, ακόμη και στους ηλικιωμένους που παραμένουν στο σπίτι.²⁶⁹ Όταν ένα σώμα ασκείται, εκτός από τη καλή φυσική κατάσταση που συντελεί στην υψηλή αυτοεκτίμηση του ατόμου, μειώνονται τα επίπεδα άγχους καθώς και τα αρνητικά συναισθήματα που βιώνει το άτομο. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι ρυθμίζει τα επίπεδα των νευροδιαβιβαστών και εκκρίνονται ενδορφίνες

²⁶² Rigler S (1998). A clinical approach to proper nutrition in the elderly. *Kans Med* 1998;98(3):20-2.

²⁶³ Bloom Harrison G, Ahmed Imran, Alessi Cathy A. (2009). Evidence-based recommendations for the assessment and management of sleep disorders in older persons. *J Am Geriatr Soc* 2009 May;57(5):761-89. doi: 10.1111/j.1532-5415.2009.02220.x.

²⁶⁴ Nicholas Sean O, Giang Anh T, Yap Philip L K (2019). The Effectiveness of Horticultural Therapy on Older Adults: A Systematic Review. *J Am Med Dir Assoc*. 2019 Oct;20(10):1351.e1-1351.e11. doi: 10.1016/j.jamda.2019.06.021.

²⁶⁵ Cherniack E Paul, Cherniack Ariella R. (2014). The benefit of pets and animal-assisted therapy to the health of older individuals. *Curr Gerontol Geriatr Res* 2014;2014:623203. doi: 10.1155 / 2014/623203.

²⁶⁶ Yunhwan L, Jinhee K. et al (2015). Changes in physical activity and cognitive decline in older adults living in the community. *American Aging Association. Age (Dordr)* 2015;37(2):20. doi: 10.1007/s11357-015-9759-z. Epub 2015 Feb 24.

²⁶⁷ Kligman EW, Pepin E. (1992). Prescribing physical activity for older patients. *Geriatrics*. 1992 ;47(8):33-4, 37-44, 47.

²⁶⁸ Hindin SB, Zelinski EM. (2012). Extended practice and aerobic exercise interventions benefit untrained cognitive outcomes in older adults: a meta-analysis. *J Am Geriatr Soc*. 2012 Jan;60(1):136-41. *J Am Geriatr Soc* 2012 Jan. 60 (1): 136-41. doi: 10.1111 / j.1532-5415.2011.03761.x.

²⁶⁹ Tegeler Christina, Beyer Ann-Christin, Hoppmann Fee, Ludwig Valentina (2020). Current state of research on psychotherapy for home-living vulnerable older adults with depression. *Z Gerontol Geriatr* 2020 Dec;53(8):721-727. doi: 10.1007/s00391-020-01805-3. Epub 2020 Nov 13.

που βοηθούν στη ρύθμιση της διάθεσης. Η σωματική άσκηση σε συνδυασμό με ενδεδειγμένη διατροφή , εμπλουτισμένη με ωμέγα – 3 λιπαρά βοηθάει επίσης, στην κατάθλιψη ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας.^{270 271 272} Η διατήρηση μεσογειακού τύπου διατροφής έχει αποδειχθεί ότι σχετίζεται με καλύτερη ποιότητα ζωής και μακροβιότερη πορεία ζωής²⁷³ Μια έρευνα έδειξε ότι η καλή ποιότητα ύπνου, περίπου διάρκειας 7 ωρών, δεν σχετίζεται μόνο με τη σωματική και ψυχική ευεξία, αλλά έχει σημαντικό αντίκτυπο και στα προληπτικά επίπεδα θνησιμότητας στους ηλικιωμένους. Αξιοπεριεργό, είναι ότι ακόμη και οι ηλικιωμένοι που βρίσκονταν σε καλό επίπεδο υγείας, αλλά διατηρούσαν ενισχυμένο μοντέλο ύπνου , διάρκειας 10 ωρών καθημερινά, παρουσίαζαν εξίσου μεγάλα ποσοστά θνησιμότητας, συγκριτικά με τους ηλικιωμένους που δεν είχαν τόσο καλό επίπεδο υγείας αλλά ο ύπνος εφαρμοζόταν περίπου στις 7 και όχι περισσότερες ώρες.²⁷⁴

Επιπροσθέτως, μια έρευνα που διεξήχθη μεταξύ καταθλιπτικών ηλικιωμένων έδειξε ότι ο περίπατος , είτε υπο καθοδήγηση, είτε όχι, και η ενασχόληση με καλλιτεχνικά μέσα, μπορεί να συμβάλλει θετικά στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης.²⁷⁵

Καταλήγοντας, μεγάλη σημασία φαίνεται να έχουν οι ψυχαγωγικές δραστηριότητες, όπως η μουσική²⁷⁶ και ο χορός, και η χρήση χειροτεχνιών στην βελτίωση της διάθεσης, στην υψηλή αυτοεκτίμηση, στην αυτοπραγμάτωση και εντελέχεια και εν τέλει στο «αίσθημα ευ ζήν».²⁷⁷

²⁷⁰ Vecchioli Stefano, Farioli, Sacchetti Stefano, Robilant V Nicolas di , Cutuli Debora (2018). The Role of Physical Exercise and Omega-3 Fatty Acids in Depressive Illness in the Elderly 2018 Mar 5;16(3):308-326. doi: 10.2174/1570159X1566617091211385

²⁷¹ Ahmed Tanvir, Haboubi Nadim (2010). Assessment and management of nutrition in older people and its importance to health. Clin Interv Aging. 2010 9;5:207-16.

²⁷² Pirlich M, Lochs H, (2001). Nutrition in the elderly. Best Pract Res Clin Gastroenterol 2001 Dec;15(6):869-84. Best Pract Res Clin Gastroenterol 2001 Dec;15(6):869-84. doi: 10.1053/bega.2001.0246.

²⁷³ Roman B, Carta L, Martínez-González MA, Serra-Majem L. (2008). Effectiveness of the Mediterranean diet in the elderly. Clin Interv Aging. 2008 ;3(1):97-109.

²⁷⁴ Gooneratne Nalaka S, Vitiello Michael V. (2014). Sleep in older adults: normative changes, sleep disorders, and treatment options. Clin Geriatr Med 2014 Aug;30(3):591-627. doi: 10.1016/j.cger.2014.04.007. Epub 2014 Jun 12.

²⁷⁵ Kamioka Hiroharu , Tsutani Kiichiro, Yamada Minoru, Park Hyuntae. (2014). Effectiveness of horticultural therapy: a systematic review of randomized controlled trials. Complement Ther Med 2014 Oct;22(5):930-43. doi: 10.1016/j.ctim.2014.08.009. Epub 2014 Sep 1.

²⁷⁶ Sorrell Jeanette A, Sorrell Jeanne M, (2008) Music as a healing art for older adults. 2008 ;46(3):21-4. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv.

²⁷⁷ Schuch Felipe B, Vancampfort Davy, Rosenbaum Simon. (2016). Epub 2016 Jul 18. Exercise for depression in older adults: a meta-analysis of randomized controlled trials adjusting for publication bias. Braz J Psychiatry Jul-Sep 2016;38(3):247-54.

Συμπεράσματα και σχόλια

Η κατάθλιψη στους ηλικιωμένους, με την αύξηση του προσδόκιμου ζωής, φαίνεται να αποκτά όλο και πιο πρωταγωνιστικό ρόλο στις σοβαρές ασθένειες που προκαλούν αυξημένους δείκτες αναπηρίας και θνησιμότητας. Μάλιστα, το περισσότερο από το μισό ποσοστό ηλικιωμένων αντιμετωπίζει κατάθλιψη όψιμης έναρξης, που σημαίνει ότι δεν έχει προηγηθεί ιστορικό σε νεότερη ηλικία, δείχνοντας την αξία της πρόληψης και στον γηριατρικό πληθυσμό. Η κακή ποιότητα ζωής, με τον ανυπόφορο ψυχικό και σωματικό πόνο, λόγω της υποκείμενης και υφέρπουσας συννοσηρότητας, κατακρεουργεί τα αποθέματα των ηλικιωμένων, με πολλούς από αυτούς να βρίσκουν μόνη λύση, την αυτοχειρία. Δύσκολα, αποφασίζουν να «ανοιχτούν» σε ειδήμονες και στην οικογένεια, και αυτό ίσως, επειδή αισχύνονται, φοβούνται και δεν θέλουν να αισθάνονται ως « άχθος αρούρης».

Η αλήθεια είναι, ότι ως κοινωνία έχουμε πράξει προληπτικά, αλλά και θεραπευτικά ενάντια στην κατάθλιψη στους ηλικιωμένους, σε περιορισμένο βαθμό. Αυτό δεν σχετίζεται άμεσα με την αδιαφορία μας για τον ηλικιωμένο πληθυσμό, αλλά περισσότερο στην άγνοια, ότι το γήρας δεν είναι απαραίτητο να συνοδεύεται από κυκλώνα αρνητικών συναισθημάτων, που προκαλούν έντονη δυσφορία. Το φυσιολογικό γήρας μπορεί να είναι μια αναπόφευκτη διαδικασία, αλλά μπορεί να επέρχεται με γλυκείς και χαρωπές νότες στη ζωή των ηλικιωμένων, χειραφετημένες στην ιδιοσυγκρασία και νοοτροπία του κάθε ατόμου ξεχωριστά, απέναντι στα γηρατεία. Η αποδοχή του γήρατος, ως προετοιμασία για τον θάνατο, θα πρέπει να είναι μια διαδρομή που θα θυμίζει στους ηλικιωμένους την ύπαρξή τους και την προσφορά αγαθών στην κοινωνία, και προς το τέλος της ζωής, υπερ το δέον, οι ίδιοι οι ηλικιωμένοι με την αιγίδα όλων μας, να προσφέρουν το ύστατο αγαθό στον εαυτό τους, ένα αξιοπρεπές και γαλήνιο τέλος.

Η επιστημονική κοινότητα προσπαθεί να στηρίξει τον ηλικιωμένο καταθλιπτικό ασθενή και να συνδράμει πρωτίστως στη πρόληψη και έπειτα στην αντιμετώπιση της Κατάθλιψης στους ηλικιωμένους. Μέχρι στιγμής, έχει γίνει μεγάλη προσπάθεια για την βελτίωση των συμπτωμάτων, τη διατήρηση της ύφεσης στο χρόνο, και βεβαίως για την αποφυγή μελλοντικών υποτροπών. Η συμμόρφωση και η ανταπόκριση στη θεραπευτική αγωγή μπορεί να εξαρτάται από την ίδια τη νοοτροπία του ασθενούς, αλλά και το προφίλ των παρενεργειών που προκαλούνται στον γηρασμένο πληθυσμό είναι επίσης, μεγάλης βαρύτητας για τη πλήρη συμμόρφωση του ασθενούς. Μάλιστα, εξαιτίας της πολυφαρμακίας στους ηλικιωμένους η αναγκαία και επιβεβλημένη συγχορήγηση φαρμάκων καθιστά ολοένα και πιο δύσκολο το έργο, για ανοχή στην αντικαταθλιπτική αγωγή και συνέχιση της για τα δυνητικά επιθυμητά θεραπευτικά αποτελέσματα. Με όλα τα παραπάνω, εξηγείται σαφώς γιατί κάποιες φαρμακευτικές επιλογές παραμερίζονται και δίνουν τη σκυτάλη σε νέους αντικαταθλιπτικούς

παράγοντες, που θα εξασφαλίσουν μια καλύτερη κλινική ανταπόκριση στον γηρασμένο πληθυσμό που νοσεί από κατάθλιψη.

Έτσι, πλέον ασφαλείς θεραπευτικές επιλογές παραμένουν ορισμένοι SSRIS και SNRIS (σερτραλίνη, παροξετίνη, φλουοξετίνη, σιταλοπράμη, βενλαφαξίνη, δεσεβενλαφαξίνη και ντουλοξετίνη). Οι SSRIS είναι σαφώς επιλογή πρώτης γραμμής και ευθύς αμέσως ακολουθούν οι SNRIS. Ειδικός χειρισμός απαιτείται στην περίπτωση ψυχωτικής και ανθεκτικής κατάθλιψης, και γι' αυτόν τον λόγο, προτείνεται αγωγή με ορισμένα άτυπα αντιψυχωτικά, όπως αριπιπραζόλη και κουετιαπίνη.

Άτυπα αντικαταθλιπτικά, όπως η βουπροπιόνη και η μιρταζαπίνη έχουν αποδείξει την αποτελεσματικότητά τους, ενώ τα νέα άτυπα αντικαταθλιπτικά όπως η βορτιοξετίνη, η μεθυλφαινιδάτη και η κεταμίνη, αν και έχουν καλά αποτελέσματα στον γηριατρικό πληθυσμό και υπόσχονται πολλά για το μέλλον, πρέπει να αποδείξουν την αποτελεσματικότητά τους στα επόμενα χρόνια.

Τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά και οι αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης έχουν μείνει στο παρελθόν, ενώ καλό είναι να αποφεύγονται και οι βενζοδιαζεπίνες λόγω των μεγάλων ανεπιθύμητων ενεργειών.

Η ψυχοθεραπεία μπορεί να ωφελήσει τους ηλικιωμένους ριζικά. Ειδικά, ως «αιχμή δόρατος» λαμβάνεται η γνωσιακή – συμπεριφοριστική προσέγγιση, ανιχνεύοντας τις δυσλειτουργικές σκέψεις και μετουσιώνοντάς τις σε λειτουργικές. Η θετική ανταμοιβή, ο έπαινος, και η κατάκτηση των σταδίων που ακολουθούνται ενισχύουν την ανταπόκριση των θεραπευόμενων, που αναλαμβάνουν την υπεύθυνη στάση, να σταθούν απέναντι στην κατάθλιψη. Σε αυτό το μοτίβο, εργάζεται και η μελλοντική κατευθυνόμενη θεραπεία, που στοχεύει σε μια κατευθυνόμενη σκέψη, με σκοπό, ο άνθρωπος να αντλήσει κουράγιο για να διεκδικήσει ένα καλύτερο μέλλον, αφήνοντας πίσω τα δυσάρεστα γεγονότα, και επιδιώκοντας τη θετική στάση των πραγμάτων. Αυτή η ενέργεια στηρίζεται στο γεγονός ότι η θετική σκέψη μπορεί να οδηγήσει σε θετικές συμπεριφορές. Η ομαδική ψυχοθεραπεία, κατ'εμέ, έχει περισσότερα να προσφέρει έναντι της ατομικής ψυχοθεραπείας, διότι επιτρέπει ένα κοινωνικό και διαπροσωπικό «πάντρεμα», πράγμα που συνθλίβει τη μοναξιά, το κενό, και την απομόνωση στους ηλικιωμένους. Αυτό το πάντρεμα, είναι ικανό να αντλήσει χαρά και ικανοποίηση στον θεραπευόμενο και να προσπαθήσει να επιβληθεί στη σειρά των συμπτωμάτων που τον ταλανίζουν, και τον κάνουν να αισθάνεται σαν ένα εκκρεμές, που πηγαινοέρχεται με τέτοια ζαλιστική φόρα, όση προκαλεί η εναλασσόμενη βαρύτητα και συχνότητα εκδήλωσης των συμπτωμάτων. Η διαπροσωπική θεραπεία, στοχεύει στην ανανέωση των οικογενειακών και όχι μόνο δεσμών, με την επίλυση διαφορών και διχογνωμιών, που διατηρούν ένα τεταμένο κλίμα, μεταξύ του θεραπευόμενου και των οικείων του. Η επίλυση των συγκρούσεων λειτουργεί ανακουφιστικά για τον ηλικιωμένο και τον ωθεί στην προάσπιση καλών στενών επαφών που δρουν θετικά στη ψυχολογία των ηλικιωμένων.

Βιολογικές θεραπείες έκαναν την εμφάνισή τους και διατήρησαν μια άξια θέση, στις ανθεκτικές καταθλίψεις, όταν η φαρμακοθεραπεία και η ψυχοθεραπεία, δεν έφερε σαφή απαντασματά. Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία, η φωτοθεραπεία, η ηλεκτρική μαγνητική διέγερση, ο ερεθισμός του πνευμονογαστρικού νεύρου και η στέρηση

ύπνου, μπορεί να έχουν σαφώς παρενέργειες, αλλά συνήθως αποδράμουν στις επόμενες ημέρες, ενώ το θεραπευτικό αποτέλεσμα, μπορεί να κρατήσει για ικανοποιητικό χρονικό διάστημα. Ένα τρανό επιχείρημα αποτελεί η κατηγορία των ηλικιωμένων που δεν μπορούν να συμμορφωθούν στη θεραπεία, όπως επι παραδείγματι, συμβαίνει στην Alzheimer, επειδή λησμονούν τα κατάλληλα σχήματα θεραπείας και δεν τηρείται ευλαβική επιμέλεια στη λήψη της φαρμακοθεραπείας. Ένα δεύτερο παράδειγμα, αποτελεί η άρνηση λήψης φαρμακοθεραπείας, λόγω έντονου ταπεραμέντου, με άκρως ενισχυμένη την ιδέα του αυτοστιγματισμού και του κοινωνικού στιγματισμού.

Εν κατακλείδι, η γηριατρική κατάθλιψη είναι μια ασθένεια που επηρεάζει τη λειτουργικότητα του ατόμου και σχετίζεται με υψηλά ποσοστά θνησιμότητας. Δεν είναι καθόλου τυχαίο ότι συγκαταλέγεται ως η 4^η στη σειρά αναπηρίας, καθιστώντας το άτομο μερικώς ή πλήρως εξαρτώμενο. Παρόλο που το Εθνικό Σύστημα Υγείας, έχει αρχίσει να αντιλαμβάνεται την επίδραση της στους ηλικιωμένους, η Πρόληψη δεν έχει λάβει τα κατάλληλα μέτρα για να περιορίσει την κατάθλιψη στους ηλικιωμένους, σε σημαντικό βαθμό. Η δε αντιμετώπιση της κατάθλιψης στους ηλικιωμένους ασθενείς είναι δύσκολη υπόθεση, ειδικά στους μη αυτόνομους. Σε αυτήν την περίπτωση, η αντιμετώπιση στηρίζεται σε κοινοτικές και ιατρικές δομές, με σκοπό την παροχή ασφάλειας για την κάλυψη των αναγκών των ηλικιωμένων, σε καθημερινή βάση. Όμως, μέχρι σήμερα, όσες δομές έχουν κατασκευαστεί στην Ελλάδα είναι λιγότερες, συγκριτικά με τα ποσοστά του «ευπαθούς» ηλικιωμένου πληθυσμού που ολοένα αυξάνεται, και επιπλέον, σχεδόν όλες υπολειτουργούν, είτε επειδή είναι υποστελεχωμένες με αρμόδιο ιατρικό και παραιατρικό προσωπικό, είτε επειδή δεν καλύπτεται επαρκής εξοπλισμός για την κάλυψη αναγκών των ηλικιωμένων.

Και πώς θα μπορούσε αυτό άνετα να εξασφαλιστεί, όταν ο μέσος ηλικιωμένος χρειάζεται 5 φάρμακα ημερησίως, για να σταθεροποιήσει τον οργανισμό του που υπόκειται σε μια σειρά από νοσήματα; Πόσες ειδικότητες επαγγελματιών υγείας κρίνονται απαραίτητες για την ασφάλεια των καταθλιπτικών ηλικιωμένων, με πόσα κόστη θα μπορούσε να καλυφθεί επαρκής ιατρικός εξοπλισμός για την επίβλεψη των ηλικιωμένων ασθενών και πόσοι ακόμα φροντιστές θα έπρεπε να ήταν συνέχεια επι ποδός για την παροχή βοήθειας σε καθημερινές και βασικές ανάγκες των ηλικιωμένων;

Επιπροσθέτως, ποια είναι τα σημεία που συνηγορούν υπέρ της εμφάνισης ανθεκτικής κατάθλιψης στους ηλικιωμένους; Μπορούμε να τα παρακάμψουμε, και αν ναι, με ποιον τρόπο; Όσον αφορά, την ολιστική παρέμβαση στην ανθεκτική κατάθλιψη, ποιους άλλους τρόπους θα μπορούσαμε να εφαρμόσουμε για την αντιμετώπιση της; Έφ'όσον, υπάρχει τόσο μεγάλη ετερογένεια στο φάσμα των καταθλιπτικών ηλικιωμένων, μήπως θα μπορούσαμε να αναπτύξουμε και νέους τρόπους παρέμβασης, για να καλύψουμε όλα τα μέρη του ετερογενούς φάσματος;

Προσωπικά, με τη χείρα στην καρδιά μου, θεωρώ ότι επ' ουδενί, η εξέλιξη της ιατρικής επιστήμης και των βιοιατρικοτεχνολογικών μέσων, δεν μπορεί να αντικαταστήσει, την αγάπη, αλληλεγγύη και ανθρωπιά, στους αβοήθητους και ανήμπορους ηλικιωμένους. Όσο κι αν οι ίδιοι, μάχονται για τη ζωή τους, δεν μπορούν να τα καταφέρουν, αν δεν αισθάνονται ότι είναι αγαπητοί και αποδεκτοί από το κοινωνικό σύνολο. Αν δεν ειπράττουν αυτήν την καλοπροαίρετη συμπεριφορά και αντιμετωπίζονται ως «καυδιανά δίκρανα», αυτομάτως, πολλοί από εκείνους εγκαταλείπουν την προσπάθεια. Οι ηλικιωμένοι που δεν ειπράττουν νοιάξιμο, αποκτούν την αίσθηση, ότι η ζωή είναι μάταια και κενή, και γι' αυτόν τον λόγο επιθυμούν να γραφτεί σύντομα το πόρισμα θανάτου τους. Για όλα τα παραπάνω χρειάζεται συνολική συμμετοχή της κοινωνίας

απέναντι στην κατάθλιψη των ηλικιωμένων , με το σπάσιμο των στερεοτύπων , την αποτίναξη του στίγματος και τη προσφορά αγάπης και ενδιαφέροντος, σε ανθρώπους που κάποτε προσέφεραν με τον κόπο τους για τις επόμενες γενιές.

Τέλος, θα ήθελα να αναφερθώ στην αξία της αυτοφροντίδας του ηλικιωμένου, με την κατάλληλη διατροφή και κατάλληλα σχήματα (patterns) του ύπνου. Ακόμη, κι αν το σώμα αδυνατεί, ήπια άσκηση, όπως ένας απλός περίπατος καθημερινά, μπορεί να αποβεί σωτήριος για την υγεία των ηλικιωμένων. Η ενασχόληση με τη φύση και τα ζώα , προσδίδει ευεξία και λειτουργεί , ως ενισχυτικός αντικαταθλιπτικός παράγοντας. Η τέχνη , είτε είναι μουσική, χορός, ζωγραφική, γλυπτική και ο,τιδήποτε άλλο ευχαριστεί τον ασθενή , ενεργοποιεί το κέντρο ευχαρίστησης του ηλικιωμένου και συμβάλλει στην παραγωγή «ορμόνης της ευτυχίας», καλύπτοντας αντικαταθλιπτικό σχηματισμό. Η επαφή με την οικογένεια είναι σημαντικός λίθος για τους ηλικιωμένους , γι 'αυτό η στενή επαφή με τους αγαπημένους είναι ένα φυσικό « φάρμακο» για την εναρμονισμένη ψυχολογία τους και τη διατήρηση της λειτουργικότητάς τους. Η γνωμική παροιμία συνιστά « ένα μήλο κάνει τον γιατρό πέρα» τονίζοντας την προληπτική αξία, αλλά θα ήθελα να προσθέσω» ότι και ένα χαμόγελο, μια καλή κουβέντα , μια αγκαλιά, μπορεί να κάνει τον γιατρό πέρα, σε προληπτικό επίπεδο, στους καταθλιπτικούς ηλικιωμένους. Αυτό το στηρίζω στο επιχείρημα. ότι όπως οφείλουμε να θρέφουμε ορθώς το σώμα μας. με τον ίδιο τρόπο οφείλουμε να « θρέφουμε» και τη ψυχή μας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Μπαμπινιώτης, Γεώργιος, (1993).. Ετυμολογικό λεξικό της νέας Ελληνικής γλώσσας : ιστορία των λέξεων, με σχόλια και ένθετους οπίνακες : έγκυρη επιστημονική πληροφόρηση για την προέλευση των λέξεων, για την εξέλιξη της σημασίας τους, για τα δάνεια και αντιδάνεια της Ελληνικής, για τα ομόρριζα, παράγωγα, σύνθετα.

WHO. (2013) Health statistics and health information systems. Definition of an older or elderly person. <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/>. Access date: November 2013.

Stanhope, M. & Lancaster, J., 2006. Foundations of Nursing in the Community: Community – Oriented Practice. Μεταφρασμένο στα Αγγλικά από Γ. Αγγελόπουλος και συν, Αθήνα; Εκδόσεις Πασχαλίδης

Flatt T. (2012). A new definition of Aging? Front Genet, 3: 148

Leggett A. & Zarit S.H. (2014). Prevention of Mental Disorder in Older Adults: Recent Innovations and Future Directions. Generations 8: 45-52.

Austad, Steven N. (1997) Why we age? New York. John Wiley & Sons

Spiriduso, W. W., Francis, K. L., & MacRae, P. G. (2005). Physical Dimensions of Aging. United States : Human Kinetics.

World Health Organization (WHO 2011.) Definition of an older or elderly person.

Rana, D. & Upton, D., (2009) . Psychology for Nurses. Harlow: Pearson Education Limited.

Sneed, J. R. & Whitbourne, S. S., 2005. Models of the Aging Self. Journal of Social Issues , 61(2), pp. 375-388.

Vasto S, Scapagnini G, Bulati M, Candore G, Castiglia L, Colonna-Romano G, et al. Biomarkers of aging. Front Biosci (Schol Ed). 2010;2(1):392–402.doi: <http://dx.doi.org/http://dx.doi.org/> PMID: 20036955

Kirkwood TB. A systematic look at an old problem. Nature. 2008 Feb 7;451(7179):644– 7.doi: <http://dx.doi.org/10.1038/451644a> PMID: 18256658.

European Commission Communication .(1999). Towards a Europe for all ages. Brussels 221: 22.

Redfern, J.S. & Ross, M.F., 2011. Nursing Older People. Μεταφράστηκε από αγγλικά, Γιαννούλη Ε. και συν, Εκδόσεις : Πασχαλίδης.

Maijō M, Clements SJ, Ivory K, et al. (2014). Nutrition, diet and immunosenescence. Mech Ageing Dev 2014;136-137:116–28.

Ennist DL. (1990). Humoral immunosenescence: an update. Review of Biological Research on Ageing. 1990 4:105–120.

Gallagher D, Visser M, Sepúlveda D, Pierson RN, Harris T, Heymsfield SB. (1996). How useful is body mass index for comparison of body fatness across age, sex, and ethnic groups? Am J Epidemiol. 1996 Feb 1;143(3):228-39.

Lee MF, Krasinski SD. (1998). Human adult-onset lactase decline: an update. Nutr Rev. 1998 Jan;56(1 Pt 1):1-8.

Silver AJ, Morley JE. (1992). Role of the opioid system in the hypodipsia associated with aging. J Am Geriatr Soc. 1992 Jun;40(6):556-60.

Loesche WJ, Bromberg J, Terpenning MS, Bretz WA, Dominguez BL, Grossman NS, et al. (1995). Xerostomia, xerogenic medications and food avoidances in selected geriatric groups. J Am Geriatr Soc. 1995 Apr;43(4):401-7.

- Bivona PL. (1998). Xerostomia. A common problem among the elderly. *NY State Dent J.* 1998 Jun-Jul;64(6):46-52.
- Gutschow CA, Leers JM SW, et al. (2011). Effect of aging on esophageal motility in patients with and without GERD. *GMS German Medical Science* 2011:9.
- Evans JM, Fleming KC, Talley NJ, Schleck CD, Zinsmeister AR, Melton LJ 3rd. (1998). Relation of colonic transit to functional bowel disease in older people: a population-based study. *J Am Geriatr Soc.* 1998 Jan;46(1):83-7.
- Feldman R.S. (2010). Μετάφραση Ζ. Αντωνοπούλου, Μ. Κουντελιανού, επιμέλεια Η.Μπεζεβέγκης, Εξειδικευμένη Ψυχολογία, Δια Βίου Ανάπτυξη. *GUTENBERG* 2:258, Αθήνα.
- Doty RL, Shaman P, Applebaum SL, Giberson R, Sikorski L, Rosenberg L. (1984). Smell identification ability: changes with age. *Science.* 1984 Dec 21;226(4681):1441-3.
- Shaffer SE, Tepper BJ. (1994) Effects of learned flavor cues on single meal and daily food intake in humans. *Physiol Behav.* 1994 Jun;55(6):979-86.
- Shaffer SW, Harrison AL.(2007). Aging of the somatosensory system: a translational perspective. *Phys Ther.* 2007;87(2):193–207.
- Akpek E, Smith R. (2013).Overview of age-related ocular conditions. *Overv age-related Ocul Cond.* 2013;19(5 suppl):67–75.
- Harada, C. N., Love, M. C. N., & Triebel, K. (2013). Normal cognitive aging. *Clinics in geriatric medicine*, 29(4), 737.
- Steves CJ, Spector TD, Jackson SH. Ageing, genes, environment and epigenetics: what twin studies tell us now, and in the future. *Age Ageing.* 2012 Sep;41(5):581–6. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/ageing/afs097> PMID: 22826292
- Kirkwood TB. A systematic look at an old problem. *Nature.* 2008 Feb 7;451(7179):644– 7. doi: <http://dx.doi.org/10.1038/451644a> PMID: 18256658
- Lakatta EG, Wang M, Najjar SS. (2009). Arterial aging and subclinical arterial disease are fundamentally intertwined at macroscopic and molecular levels. *Med Clin North Am.* 2009 May;93(3):583-604, Table of Contents.
- Chandrasekaran A, Idelchik MDPS, Melendez JA. Redox control of senescence and age-related disease. *Redox Biol.* 2017;11:91–102.
- Jani B, Rajkumar C. (2006). Ageing and vascular ageing. *Postgrad Med J.* 2006;82(968):357–62.
- Priebe HJ. The aged cardiovascular risk patient. *Br J Anaesth [Internet].* 2000;85(5):763–78
- Grassi M, Petraccia L, Mennuni G, Fontana M, Scarno A, Sabetta S, et al. (2011) Changes, functional disorders, and diseases in the gastrointestinal. 2011;26(4):659–68.
- Drozdowski L, Thomson ABR. (2006). Aging and the intestine. 2006;12(47):7578–84.
- Gold P, Korol D.(2014) Forgetfulness during aging: An integrated biology. *Neurobiol Learn Mem.* 2014; 0 (July):130-138.
- Greedy, J , Guest R, (2011). Population ageing, pensions and growth: intertemporal tradeoffs and consumption planning. *Canadian Studiew in Population*, 38 (1-2) : 195- 197.
- Δαρδαβέσης Ι. Α.(2011) Θέματα γηροψυχολογίας και γεροντολογίας. Εκδόσεις, Πεδίο.

Howard M., Fillit, Kenneth, Rockwood, Woodhouse (2010). CHAPTER 1 - Introduction: Aging, Frailty, and Geriatric Medicine. Brocklehurst's Textbook of Geriatric Medicine and Gerontology (SEVENTH EDITION)2010, Pages 1- 2.

Malhi GS, Mann JJ.(2018). Depression. Lancet 2018 Nov 24;392(10161):2299-2312. doi: 10.1016/S0140-6736(18)31948-2. Epub 2018 Nov 2.

Guo, L.N., Zauszniewski, J.A., Ding, X.F., Liu, Y.C., Huang, L.J., Liu, Y.J. (2017). Psychometric assessment of the Depressive cognition scale among older Chinese people. Archives of Psychiatric Nursing, 31(5), pp.477-482

<https://psychology.wikia.org/wiki/Melancholia>

.Horwitz A. V., Wakefield, J. C. and Lorenzo-Luaces, L. (2016) 'History of Depression', 1(April 2016). doi: 10.1093/oxfordhb/9780199973965.013.2

.Horwitz A. V., Wakefield, J. C. and Lorenzo-Luaces, L. (2016) 'History of Depression', 1(April 2016). doi: 10.1093/oxfordhb/9780199973965.013.2

Zaninotto Leonardo, Solmi Marco, Veronese Nicola, Guglielmo Ricardo, Loime Lucia, Camardese Giovanni, Serr etti Alessandro. (2016). A meta-analysis of cognitive performance in melancholic versus non-melancholic unipolar depression. J Affect Disord 2016 Sep 1;201:15-24. doi: 10.1016/j.jad.2016.04.039. Epub 2016 Apr 21.

American Psychiatric ASSociation (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th Edition. DSM-5.

Lyness JM, Cox C, Curry J, Conwell Y, King DA, Caine ED. Older age and the underreporting of depressive symptoms. J Am Geriatr Soc. 1995; 43: 216–21.

Burne G., (2002). What happens to anxiety disorders in later life? Revista Brasileira de Psiquiatria 24 (1): 74 -80

Mandimore F. (2006). Depression, the mood disorder. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.

Alexopoulos GS, Katz IR, Bruce ML, et al: Remission in geriatric primary care patients: a report from the PROSPECT Study. Am J Psychiatry. 2005; 162: 718–25

McEwan BS. Mood disorders and allostatic load. Biol Psychiatry. 2003; 54: 200–07

Jernerren F, Elshorbagy AK., Oulhaj A., Smith SM, Refsum H., Smith AD. (2015). Brain atrophy in cognitively impaired elderly: the importance of long-chain omega-3 fatty acids and B vitamin status in a randomized controlled trial. Am J Clin Nutr. 2015 Jul; 102 (1): 215-21. doi: 10.3945 / ajcn.114.103283.

Kenna Heather A, Poon Amy W, C Paula de los Angeles C Paula, Koran Lorrin M (2011). Psychiatric complications of treatment with corticosteroids: review with case report. Psychiatry Clin Neurosci 2011 Oct;65(6):549-60. doi: 10.1111/j.1440-1819.2011.02260.x.

Goldapple K, Segal Z, Garson C, Lau M, Bieling P, Kennedy S, Mayberg H. (2004) Modulation of cortical-limbic pathways in major depression: treatment-specific effects of cognitive behavior therapy. Arch Gen Psychiatry. 2004; 61(1): 34-41.

Thase ME.(2005) Bipolar depression: issues in diagnosis and treatment. Harv Rev Psychiatry. 2005; 13(5): 257-71.

Frodl T, Meisenzahl EM, Zetsche T, Born C, Jäger M, Groll C, et al. Larger amygdala volumes in first depressive episode as compared to recurrent major depression and healthy control subjects. Biol Psychiatry. 2003; 53(4): 338-44

Sheline YI. Hippocampal atrophy in major depression: a result of depression-induced neurotoxicity? Molecular psychiatry. 1996;1(4):298- 9.

Drevets W. (2000). Neuroimaging studies of mood disorders. Biol Psychiatry 2000;48:813–29.

- Magarinos AM, McEwen BS, Flugge G, Fuchs E. Chronic psychosocial stress causes apical dendritic atrophy of hippocampal CA3 pyramidal neurons in subordinate tree shrews. *The Journal of neuroscience : the official journal of the Society for Neuroscience*. 1996;16(10):3534-40.
- Sapolsky, R.M.. (1986). Glucocorticoid toxicity in the hippocampus: reversal by supplementation with brain fuels. *J. Neurosci*. 1986, 6, 2240–2244. 19.
- Yu, S., Holsboer, F., Almeida, O.F. (2008). Neuronal actions of glucocorticoids: focus on depression. *J. Steroid Biochem. Mol. Biol.*2008, 108, 300–309.
- Crochemore, C., Lu, J., Wu, Y., Liposits, Z., Sousa, N., Holsboer, F., Almeida, O.F.(2005). Direct targeting of hippocampal neurons for apoptosis by glucocorticoids is reversible by mineralocorticoid receptor activation. *Mol. Psychiatry* 2005, 10, 790–798.
- Nutt DJ. Relationship of neurotransmitters to the symptoms of major depressive disorder. *J Clin Psychiatry*. 2008; 69 E1:4-7.
- Coppen AJ, Doogan DP.(1988) Serotonin and its place in the pathogenesis of depression. *The Journal of clinical psychiatry*. 1988;49 Suppl:4-11.
- Overstreet DH, Daws LC, Schiller GD, Orbach J, Janowsky DS. (1998). Cholinergic/serotonergic interactions in hypothermia: implications for rat models of depression. *Pharmacology, biochemistry, and behavior*. 1998;59(4):777-85
- Petty F, Sherman AD. (1984).Plasma GABA levels in psychiatric illness. *Journal of affective disorders*. 1984;6(2):131-8.
- Bjork JM, Moeller FG, Kramer GL, Kram M, Suris A, Rush AJ, et al. (2001). Plasma GABA levels correlate with aggressiveness in relatives of patients with unipolar depressive disorder. *Psychiatry research*. 2001;101(2):131-6.
- Blazer, D.G. (2003). Depression in late life: Review and commentary. *Journals of Gerontology: Medical Sciences*, 58A, 249-265
- Judd et al, (2002). The long-term natural history of the weekly symptomatic status of bipolar I disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2002 Jun;59(6):530-7.doi: 10.1001/archpsyc.59.6.530.
- Barry, L. C., Abou, J. J., Simen, A. A., & Gill, T. M. (2012). Under-treatment of depression in older persons. *Journal of affective disorders*, 136(3), 789-796.
- Borza, T., Engedal, K., Bergh, S., Benth, J. Š., & Selbæk, G. (2015). The course of depression in late life as measured by the Montgomery and Asberg Depression Rating Scale in an observational study of hospitalized patients. *BMC psychiatry*, 15(1), 191.
- Fiske A et al, (2009) Depression in older adults 2009, 5: 363-89 *Annu Rev Clin Psychol*2009; 5: 363-89. doi: 10.1146 / annurev.clinpsy.032408.153621.
- Van Damme, A., Declercq, T., Lemey, L., Tandt, H., & Petrovic, M. (2018). Late-life depression: issues for the general practitioner. *International journal of general medicine*, 11, 113.
- WHO (2017). *Depression and Other Common Mental Disorders*. Geneva: WHO.
- Conwell Y, Duberstein PR & Caine ED (2002) Risk factors for suicide in later life. *Biological Psychiatry* 52, 193–204
- Szanto K, Gildengers A, Mulsant BH, Brown G, Alexopoulos GS & Reynolds CF (2002) Identification of suicidal ideation and prevention of suicidal behaviour in the elderly. *Drugs and Aging* 19, 11–24.
- Fung YL, Chan ZC (2011). A systematic review of suicidal behaviour in old age: a gender perspective. *Journal of Clinical Nursing* 20, 2109-2124
- Brodsky et al, (2001) Early and late onset depression in old age: different aetiologies, same phenomenology.2001(2-3):225-236 *J Affect Disord* 2001 Oct;66(2-3):225-36. doi: 10.1016/s0165-0327(00)00317-7.

- World Health Organization (2017) 'Depression and other common mental disorders: global health estimates', World Health Organization, pp. 1–24. doi: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- Copeland, J. R., Beekman, A. T., Braam, A. W., Dewey, M. E., Delespaul, P., Fuhrer, R., ... & Magnusson, H. (2004). Depression among older people in Europe: the EURODEP studies. *World Psychiatry*, 3(1), 45.
- World Health Organization (2014) 'Preventing suicide.', *CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*, 143(7), pp. 609–610. doi: ISBN: 978 92 4 156477 9
- Steffens, D. C., Fisher, G. G., Langa, K. M., Potter, G. G., & Plassman, B. L. (2009). Prevalence of depression among older Americans: the Aging, Demographics and Memory Study. *International Psychogeriatrics*, 21(5), 879-888.
- Luppa, M., Sikorski, C., Luck, T., Ehreke, L., Konnopka, A., Wiese, B., ... & Riedel-Heller, S. G. (2012). Age-and gender-specific prevalence of depression in latest-life–systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 136(3), 212-221.
- Kessler, R. C., Birnbaum, H. G., Shahly, V., Bromet, E., Hwang, I., McLaughlin, K. A., ... & Haro, J. M. (2010). Age differences in the prevalence and co-morbidity of DSM-IV major depressive episodes: results from the WHO World Mental Health Survey Initiative. *Depression and anxiety*, 27(4), 351-364
- Park, M., & Unützer, J. (2011). Geriatric Depression in Primary Care. *Psychiatric Clinics of North America*, 34(2), 469–487. <https://doi.org/10.1016/J.PSC.2011.02.009>
- Aziz, R., & Steffens, D. C. (2013). What are the causes of late-life depression?. *Psychiatric Clinics*, 36(4), 497-516
- Blazer(2003). Depression in late life : review and commentary. 2003.58(3) : 249-65 *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2003 Mar;58(3):249-65. doi: 10.1093/gerona/58.3.m249.
- Stylianopoulou, C., Koulierakis, G., Karagianni, V., Babatsikou, F., & Koutis, C. (2010). Prevalence of depression among elderly on open care centers for older people. *Rostrum of Asclepius*, 9(4), 490-504
- Carayanni, V., Stylianopoulou, C., Koulierakis, G., Babatsikou, F., & Koutis, C. (2012). Sex differences in depression among older adults: are older women more vulnerable than men in social risk factors? The case of open care centers for older people in Greece. *European journal of ageing*, 9(2), 177-186
- Papadopoulos, F. C., Petridou, E., Argyropoulou, S., Kontaxakis, V., Dessypris, N., Anastasiou, A., ... & Lyketsos, C. (2005). Prevalence and correlates of depression in late life: a population 77 based study from a rural Greek town. *International Journal of Geriatric Psychiatry: A journal of the psychiatry of late life and allied sciences*, 20(4), 350-357.
- Vink D, Aartsen MJ, Schoevers RA. Risk factors for anxiety and depression in the elderly: A review. *Journal of Affective Disorders*. 2008;106(1-2):29–44.
- Zivin K, Christakis NA. The Emotional Toll of Spousal Morbidity and Mortality. *American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2007;15(9):772–779.
- Hooley JM, Orley J, Teasdale JD. (1986). Levels of expressed emotion and relapse in depressed patients. *Br J Psychiatry*1986 Jun;148:642-7. doi: 10.1192/bjp.148.6.642.
- Stroebe M, Schut H, Stroebe W. (2007). Health outcomes of bereavement. *Lancet*2007 Dec 8;370(9603):1960-73.doi: 10.1016/S0140-6736(07)61816-9.
- European Communities. Consensus Paper: Mental Health in Older People. 2008 11. Kathleen E. Depression Care for the Elderly: Reducing Barriers to Evidence Based Practice. *Home Health Care Serv Q* 2006; 25 (1):115-148. 13.
- Schoevers RA, Beekman AT, Deeg DJ, Geerlings MI, Jonker C, Van Tilburg W. Risk factors for depression in later life; results of a prospective community based study (AMSTEL). *J Affect Dis* 2000; 59 (2):127-137.)
- Liebetrau M, Steen B, Skoog I. (2008)Depression as a risk factor for the incidence of first-ever stroke in 85-year-olds. *Stroke*2008 Jul;39(7):1960-5. doi: 10.1161/STROKEAHA.107.490797. Epub 2008 May 1.
- Unutzer J, Katon W, Sullivan M, Miranda J. (1999). Treating depressed older adults in primary care: narrowing the gap between efficacy and effectiveness. *Milbank Q* 1999;77(2):225-56, 174.doi: 10.1111/1468-0009.00132.

Fiske, A., Wetherell, J.K. & Gatz, M., 2009. Depression in older Adults. *Annu Rev Clin Psychol*, 5, p. 363-389 *Annu Rev Clin Psychol* 2009; 5: 363-89. doi: 10.1146 / annurev.clinpsy.032408.153621.

Payne ME. (2010). Nutrition and late-life depression: etiological considerations. *Aging health*. 2010 Feb 1;6(1):133-143.

Hong SI, Hasche L, Bowland S. (2009). Structural relationships between social activities and longitudinal trajectories of depression among older adults. *Gerontologist* 2009 Feb;49(1):1-11. doi: 10.1093/geront/gnp006. Epub 2009 Mar 18.

Hendrie H.C , Clair D.K, Britain H.M, Fadul P.E, (1990). A study of anxiety/depressive symptoms of medical students, house staff, and their spouses/partners. *J Nerv Ment Dis* 1990, 178:204–207

. Angst J. (1986). The course of affective disorders. *Psychopathology* 1986, 19(Suppl 2):47–52
Kupfer D.J, Frank E, Perel J, M (1989). The advantage of early treatment intervention in recurrent depression. *Arch Gen Psychiatry* 1989, 46:771–775

Jonsson Ulf, Bertilsson Göran, Allard Per, Gyllensvärd Harald, Söderlund Anne, Tham Anne, Andersson Gerhard. (2016). Psychological Treatment of Depression in People Aged 65 Years and Over: A Systematic Review of Efficacy, Safety, and Cost-Effectiveness. 2016; 11(8): PLoS One 2016 Aug 18;11(8):e0160859. doi: 10.1371/journal.pone.0160859. eCollection 2016.

Maher Robert L, Hanlon Joseph, Hajjar Emily R. (2014). Clinical consequences of polypharmacy in elderly. *Expert Opin Drug Saf* 2014 Jan;13(1):57-65. doi: 10.1517/14740338.2013.827660. Epub 2013 Sep 27.

Llewellyn -Jones R.H et al, (1999). Multifaceted shared care intervention for late life depression in residential care: randomized controlled trial. 1999, 319(7211):676-82 . *BMJ* 1999 Sep 11;319(7211):676-82. doi: 10.1136/bmj.319.7211.676.

Pearson JL, G K Brown GK. (2000). Suicide prevention in late life: directions for science and practice. *Clin Psychol Rev* 2000 Aug;20(6):685-705. doi: 10.1016/s0272-7358(99)00066-5.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Serby Michael, Yu mi (2003). Overview: depression in the elderly
Mt Sinai J Med 2003 Jan;70(1):38-44.

Buckley M. Rebecca, Lachman Vicki D. (2007). Depression in older patients: recognition and treatment. *JAAPA* 2007 Aug;20(8):34-41. doi: 10.1097/01720610-200708000-00012.

Carney RM, Freedland KE (2003). Depression, mortality, and medical morbidity in patients with coronary heart disease. *Biol Psychiatry*. 2003; 54: 241–47. doi: 10.1016 / s0006-3223 (03) 00111-2.

Ewan Mc BS. (2003). Mood disorders and allostatic load. *Biol Psychiatry*. 2003; 54: 200–07. *Biol Psychiatry*

doi: 10.1016/s0006-3223(03)00177-x. . 2003 Aug 1;54(3):200-7.

Buschmann MT , Dixon MA , Tichy AM.(1995). Geriatric depression.
Home Healthc Nurse May-Jun 1995;13(3):47-56; quiz 57-9. doi: 10.1097/00004045-199505000-00006.

Ford C.V. (1995). Dimensions of somatization and hypochondriasis.
Neurol Clin 1995 May;13(2):241-53.

Koscis J.H. (1998) ..Geriatric dysthymia. J Clin Psychiatr 1998;59 Suppl 10:13-5.

Smith Thomas J (2015). Symptom management in the older adult: 2015 update.
Clin Geriatr Med 2015 May;31(2):155-75. doi: 10.1016/j.cger.2015.01.006. Epub 2015 Mar 3.

Downing Lisa, Caprio Thomas V, Lyness Jeffrey M. (2013). Geriatric psychiatry review: differential diagnosis and treatment of the 3 D's - delirium, dementia, and depression.

Curr Psychiatry Rep 2013 Jun;15(6):365. doi: 10.1007/s11920-013-0365-4.

Wysokiński Adam, Kłoszewska Iwona, Kostka Tomasz (2015). Mechanisms of the anorexia of aging-a review. Age (Dordr)2015 Aug;37(4):9821. doi: 10.1007/s11357-015-9821-x. Epub 2015 Aug 1.

Arnold Lesley M. (2005). The nature of painful and somatic complaints in depressive disorders.
CNS Spectr 2005 Dec;10(12 Suppl 19):4-5.

Docherty JP, (1997).Barriers to the Diagnosis of Depression in Primary Care. J Clin. Psych. 58: (5 -10).

Bell, AJ Goss (2001). Recognition, assessment and treatment of depression in geriatric nursing home residents.
Clin Excell Nurse Pract 2001;5(1):26-36.

Glover Juliet, Srinivasan Shilpa (2013). Assessment of the person with late-life depression.
Psychiatr Clin North Am 2013 Dec;36(4):545-60. doi: 10.1016/j.psc.2013.08.004. Epub 2013 Oct 6.

Khoozam Hani Raul. (2009). The diagnosis and treatment of depression in the geriatric population.
Compr Ther Summer 2009;35(2):103-14.

Gallo JJ, Anthony JC, Muthen BO. (1994). Age differences in the symptoms of depression: a latent trait analysis. J Gerontol 1994 Nov;49(6):P251-64. doi: 10.1093/geronj/49.6.p251.

Khoozam Hani Raul. (2009). The diagnosis and treatment of depression in the geriatric population.
Compr Ther Summer 2009;35(2):103-14.

Ladislav Volicer (2018). Behavioral Problems and Dementia.
Clin Geriatr Med 2018 Nov;34(4):637-651. doi: 10.1016/j.cger.2018.06.009. Epub 2018 Aug 24.

Ahmed Tanvir, Haboubi Nadim (2010). Assessment and management of nutrition in older people and its importance to health.
Clin Interv Aging 2010 Aug 9;5:207-16. doi: 10.2147/cia.s9664.

Butcher Howard K, McGonigal-Kenney Meghan (2005). Depression and dispiritedness in later life: a 'gray drizzle of horror' isn't inevitable. Am J Nurs 2005 Dec;105(12):52-61; quiz 61-2. doi: 10.1097/00000446-200512000-00032.

Glover Juliet, Srinivasan Shilpa. (2013). Assessment of the person with late-life depression.
Psychiatr Clin North Am 2013 Dec;36(4):545-60.

Butcher Howard K , McGonigal-Kenney Meghan (2005). Depression and dispiritedness in later life: a 'gray drizzle of horror' isn't inevitable. *Am J Nurs* 2005 Dec;105(12):52-61; quiz 61-2. doi: 10.1097/0000446-200512000-00032.

Butcher Howard K , McGonigal-Kenney Meghan(2005). Depression and dispiritedness in later life: a 'gray drizzle of horror' isn't inevitable. *Am J Nurs* 2005 Dec;105(12):52-61; quiz 61-2. doi: 10.1097/0000446-200512000-00032.

Kok Rob M., Reynolds Charles F. 3rd (2017). Management of Depression in Older Adults: A Review. *JAMA* 2017 May 23;317(20):2114-2122. doi: 10.1001/jama.2017.5706.

Steffens David C. . (2008). Separating mood disturbance from mild cognitive impairment in geriatric depression. *Int Rev Psychiatry* 2008 Aug;20(4):374-81. doi: 10.1080/09540260802094589.

Kiloh LG. The secondary dementias of middle and later life. *Br Med Bull.* 1986; 42(1): 106-10.

Kales Helen C., Gitlin Laura N, Lyketsos Constantine G. . (2015). Assessment and management of behavioral and psychological symptoms of dementia. *BMJ* 2015 Mar 2;350:h369. doi: 10.1136/bmj.h369.

Morimoto Sarah Shizuko, Kanellopoulos Dora, Manning Kevin J. , Alexopoulos George S.(2015). Diagnosis and treatment of depression and cognitive impairment in late life *Ann NY Acad Sc.* 2015, 1345 (1): 36-46. doi: 10.1111 / nvas.12669. Epub 2015 5 Φεβρουαρίου.

Baldwin Robert C. (2007). Recent understandings in geriatric affective disorder. *Curr Opin Psychiatr* 2007 Nov;20(6):539-43 doi: 10.1097/YCO.0b013e3282c8c86f.

Steffens DC, Potter GG (2008). Geriatric depression and cognitive impairment. *Psychol Med* 2008 Feb;38(2):163-75. doi: 10.1017/S003329170700102X. Epub 2007 Jun 22

Alagiakrishnan Kannayiram, Sclater Anne. (2012). Psychiatric disorders presenting in the elderly with type 2 diabetes mellitus. *Am J Geriatr Psychiatry* 2012 Aug;20(8):645-52. doi: 10.1097/JGP.0b013e31823038db.

Brown ES, Varghese FP, McEwen BS. Association of depression with medical illness: does cortisol play a role? *Biol Psychiatry.* 2004; 55: 1–9. DOI: 10.1016/s0006-3223(03)00473-6

Heun R, Papassotiropoulos A, Jessen F, Breitner JC. (2001). A family study of Alzheimer disease and early- and late-onset depression in elderly patients. *Arch Gen Psychiatry* 2001 Feb;58(2):190-6. doi: 10.1001/archpsyc.58.2.190.

Brodsky H, Luskombe G, Parker G, Wilhelm K. (2001). Early and late onset depression in old age: different aetiologies, same phenomenology. *J Affect Disord* 2001 Oct;66(2-3):225-36. doi: 10.1016/s0165-0327(00)00317-7.

Gates GA, Rees TS. (1997). Hear ye? Hear ye! Successful auditory aging. *West J Med* 1997 Oct;167(4):247-52.

Cosh Suzanne, Helmer Catherine, Delcourt Cecile, Robins Camara G., Tully Phillip J. (2019). Depression in elderly patients with hearing loss: current perspectives. *Clin Interv Aging* 2019 Aug 14;14:1471-1480. doi: 10.2147/CIA.S195824. eCollection 2019.

Ismail Zahinoor , Fischer Corinne, McCall W Vaughn (2013). What characterizes late-life depression? *Psychiatr Clin North Am* 2013 Dec;36(4):483-96. doi: 10.1016/j.psc.2013.08.010. Epub 2013 Oct 6.

Wetzels Ronald, Zuidema Sytse, Jansen Lepke, Verhey Frans, Koopmans Rymond. (2010). Course of neuropsychiatric symptoms in residents with dementia in long-term care institutions: a systematic review. *Int Psychogeriatr* 2010 Nov;22(7):1040-53. doi: 10.1017/S1041610210000918. Epub 2010 Aug 3.

Gupta A, Pansari K, Shetty H. (2002). Post-stroke depression. *Int J Clin Pract* 2002 Sep;56(7):531-7.

Rigler SK. (1999). Management of poststroke depression in older people. *Clin Geriatr Med* 15(4):765-83

Arseniou S, Arvaniti A, Samakouri M. (2011). Post-stroke depression: recognition and treatment intervention. *Psychiatriki* Jul-Sep 2011;22(3):240-8.

Lenzi GL, Altieri M, Maestrini L. (2008). Post-stroke depression. *Rev Neurol* 2008 Oct;164(10):837-40. doi: 10.1016/j.neurol.2008.07.010. Epub 2008 Sep 3.

Rigler SK. (1999). Management of poststroke depression in older people. *Clin Geriatr Med* 1999 Nov;15(4):765-83.

Robinson Robert G, Jorge Ricardo E. (2015). Post-Stroke Depression: A Review. *Am J Psychiatry* 2016 Mar 1;173(3):221-31. doi: 10.1176/appi.ajp.2015.15030363. Epub 2015 Dec 18.

Alexopoulos GS, Meyers BS, Young RC, Campbell S, Silbersweig D, Charlson M. 'Vascular depression' hypothesis. *Arch Gen Psychiatry*. 1997;54(10):915-922.

Paul Naarding, Aartjan TF Beekman (2011). Vascular depression: where do we go from here? *Expert Rev Neurother* 2011 Jan;11(1):77-83. doi: 10.1586/ern.10.92.

Taylor Warren P., Schultz Susan K., Panaite Vanessa, Steffens David C (2018). Perspectives on the Management of Vascular Depression. *Am J Psychiatry* 2018 Dec 1;175(12):1169-1175.

Alexopoulos GS. "The Depression-Executive Dysfunction Syndrome of Late Life": a specific target for D3 agonists? *Am J Geriatr Psychiatry*. 2001;9:22-29.

Alexopoulos George S., Raue Patrick J., Kanellopoulos Dora, Mackin Scott, Arean Patricia A (2008). Problem solving therapy for the depression-executive dysfunction syndrome of late life. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2008 Aug;23(8):782-8.

Kairuz Therése, Zolezzi Monica, Fernando Antonio (2005). Clinical considerations of antidepressant prescribing for older patients. *N Z Med J* 2005 Sep 16;118(1222):U1656.

Wilkins Consuelo H, Mathews Jose, Sheline Yvette I (2009). Late life depression with cognitive impairment: evaluation and treatment. *Clin Interv Aging* 2009;4:51-7. Epub 2009 May 14.

Chapman Daniel P. (2008). Depression as a major component of public health for older adults. *Prev, Chronic. Dis.* 5(1) : A22.

Carvalho do Vale Francisco de Assis, Neto Ylmar Corrêa, Ferreira Bertolucci Paulo Henrique, Barbosa Machado João Carlos, da Silva Delson José, Allam Nasser, Figueredo Balthazar Márcio Luiz Group Recommendations in Alzheimer's Disease and Vascular Dementia of the Brazilian Academy of Neurology (2011). Treatment of Alzheimer's disease in Brazil: II. Behavioral and psychological symptoms of dementia. *Dement Neuropsychol.* Jul-Sep 2011;5(3):189-197. doi: 10.1590/S1980-57642011DN05030006.

Burke Anna D., Goldfarb Danielle, Bollam Padmaja, Khokher Sehar (2019) Diagnosing and Treating Depression in Patients with Alzheimer's Disease. 2019 Dec; 8(2): 325-350. doi: [10.1007/s40120-019-00148-5](https://doi.org/10.1007/s40120-019-00148-5)

Schneider Lon S. (2013). Alzheimer disease pharmacologic treatment and treatment research. *Continuum (Minneapolis)* 2013 Apr;19(2 Dementia):339-57. doi: 10.1212/01.CON.0000429180.60095.d0.

- Lyketsos Constantine G, Lee Hochang B. (2004). Diagnosis and treatment of depression in Alzheimer's disease. A practical update for the clinician. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2004;17(1-2):55-64. doi: 10.1159/000074277. Epub 2003 Oct 15.
- Marsh L, McDonald WM, Cummings J, Ravina B. (2006). Provisional diagnostic criteria for depression in Parkinson's disease: report of an NINDS/NIMH Work Group. *Mov Disord* 2006;21(2):148-58. *Mov Disord* 2006 . 21 (2): 148-58. doi: 10.1002 / mds.20723.
- Aarsland D, Karlsen K. (1999). Neuropsychiatric aspects of Parkinson's disease. *Curr Psychiatry Rep* 1999 Oct;1(1):61-8. doi: 10.1007/s11920-999-0011-3.
- Fonda D. (1985) . Parkinson's disease in the elderly: psychiatric manifestations. *Geriatrics* 1985 Apr;40(4):109-12, 114.
- Schrag Anette (2004). Psychiatric aspects of Parkinson's disease--an update. *J Neurol* 2004 Jul;251(7):795-804. doi: 10.1007/s00415-004-0483-3.
- Okun Michael S, Watts Ray L. (2002). Depression associated with Parkinson's disease: clinical features and treatment. *Neurology* 2002 Feb 26;58(4 Suppl 1):S63-70. doi: 10.1212/wnl.58.suppl_1.s63.
- Lamotte Guillaume , Rafferty Miriam R. Prodoehl Janey, Kohrt Wendy M, Comella Cynthia L. , Simuni Tanya, Corcos Daniel M. (2015). Effects of endurance exercise training on the motor and non-motor features of Parkinson's disease: a review. *J Parkinsons Dis* 2015;5(1):21-41. doi: 10.3233/JPD-140425.
- Unützer J. (2007). New England Journal of M Clinical practice. Late-life depression. *N Engl J Medicine*. 2007; 357 (22): 2269–2276. DOI: 10.1056/NEJMc073754
- Klausner EJ, Alexopoulos GS (1999). The future of psychosocial treatments for elderly patients. *Psychiatr Serv* 1999 Sep;50(9):1198-204.
- Fournier JC, DeRubeis RJ, Hollon SD, et al (2010) Antidepressant drug effects and depression severity: a patient-level meta-analysis. *JAMA* 303 (1): 47–53. DOI: 10.1001/jama.2009.1943
- Miaskowski C. (2000) The impact of age on a patient's perception of pain and ways it can be managed. *Pain Manag Nurs*. 2000;1(3 Suppl):2–7. DOI: 10.1053/jpmn.2000.9760
- Pollock BG, Perel JM, Reynolds CF 3rd (1990) . Pharmacodynamic issues relevant to geriatric psychopharmacology. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 1990;3(4):221-8.
- Feretz K. (1995) The primary care setting: managing medical comorbidity in the elderly depressed patient. *Geriatrics* 1995 Oct;50 Suppl 1:S25-31.
- Cohen LI (1995). Principles to optimize drug treatment in the depressed elderly: practical pharmacokinetics and drug interactions. *Geriatrics* 1995 Oct;50 Suppl 1:S32-40.
- McCue RE (1992). Using tricyclic antidepressants in the elderly. *Clin Geriatr Med* 1992 May;8(2):323-34.
- Small GW (1989). Tricyclic antidepressants for medically ill geriatric patients. *J Clin Psychiatry* 1989 Jul;50 Suppl:27-31; discussion 32-3.
- Khouzam Hani Raoul, Emes Robert (2007). Late life psychosis: assessment and general treatment strategies. *Compr Ther* Fall 2007;33(3):127-43. doi: 10.1007/s12019-007-0016-y.
- Mulsant Benoit H, Blumberger Daniel M, Ismail Zahinoor , Rabheru Kiran, Rapport Mark J. (2014) A systematic approach to pharmacotherapy for geriatric major depression. ;30(3):517-34. doi: 10.1016/j.cger.2014.05.002
- Mulsant Benoit H, Blumberger Daniel M, Ismail Zahinoor , Rabheru Kiran, Rapport Mark J. (2014) A systematic approach to pharmacotherapy for geriatric major depression. ;30(3):517-34. doi: 10.1016/j.cger.2014.05.002

Salzman C, Wong E, Wright CB. (2002). Drugs and ECT treatment of depression in the elderly, 1996–2001: a literature review. *Biol Psychiatry*. 2002; 52 (3): 265–85. DOI: [10.1016/s0006-3223\(02\)01337-9](https://doi.org/10.1016/s0006-3223(02)01337-9)

Hollon Steven D., Jarrett Robin B, Nierenberg Andrew A, Thase Michael E, Trivedi Madhukar, Rush A John .(2005) Psychotherapy and medication in the treatment of adult and geriatric depression: which monotherapy or combined treatment?
J Clin Psychiatry 2005 Apr;66(4):455-68.doi: 10.4088/jcp.v66n0408.

Khan SR, Berendt RT, Ellison CD, Ciavarella AB, Asafu-Adjaye E, Khan MA, Faustino PJ (2016). Bupropion Hydrochloride. *Profiles Drug Subst Excip Relat Methodol*. 2016;41:1-30.doi: 10.1016/bs.podrm.2015.12.001. Epub 2016 Feb 17.

Young Robert C, Gyulai Laszlo, Mulsant Benoit H, Flint Alastair, Beyer John L, Shulman Kenneth I, Reynolds Charles F. 3rd (2004). Pharmacotherapy of bipolar disorder in old age: review and recommendations. *Am J Geriatr Psychiatry* 2004;12(4):342-57.

Schwasinger – Schmidt TE, Macaluso M. (2019). Other Antidepressants. *Handb Exp Pharmacol* 2019;250:325-355. doi: 10.1007/164_2018_167.

Schwasinger – Schmidt TE, Macaluso M. (2019). Other Antidepressants. *Handb Exp Pharmacol* 2019;250:325-355. doi: 10.1007/164_2018_167.

Jefferson James W. (2008). Bupropion extended-release for depressive disorders. *Expert Rev Neurother* 2008 May;8(5):715-22.

Schwasinger – Schmidt TE, Macaluso M. (2019). Other Antidepressants. *Handb Exp Pharmacol* 2019;250:325-355. doi: 10.1007/164_2018_167.

Holland Jonathon, Bhogle Madhavi. (2013). Sertraline and mirtazapine as geriatric antidepressants. *Psychiatr Danub*.2013 Sep;25 Suppl 2:S286-90.

Schwasinger – Schmidt TE, Macaluso M. (2019). Other Antidepressants. *Handb Exp Pharmacol* 2019;250:325-355. doi: 10.1007/164_2018_167.

Van Damme A, Declercq T, Lemey L, Tandt H, Petrovic M. (2018) . Late-life depression: issues for the general practitioner. *Int J Gen Med* 2018;11:113–120. DOI: 10.2147/IJGM.S154876

Fava M. (2000) . Weight gain and antidepressants. *J Clin Psychiatr*2000;61 Suppl 11:37-41.

Conolly K. Ryan, Thase Michael E. (2016). Vortioxetine: a New Treatment for Major Depressive Disorder. *Expert Opin Pharmacother* 2016;17(3):421-31. doi: 10.1517/14656566.2016.1133588.

Conolly K. Ryan, Thase Michael E. (2016). Vortioxetine: a New Treatment for Major Depressive Disorder. *Expert Opin Pharmacother* 2016;17(3):421-31. doi: 10.1517/14656566.2016.1133588.

Nomikos George S, Tomori Dapo, Zhong Wei (2017). Efficacy, safety, and tolerability of vortioxetine for the treatment of major depressive disorder in patients aged 55 years or older.

Glass Oliver M, Hermida Adriana P, Hershenberg Rachel, (2020). Considerations and Current Trends in the Management of the Geriatric Patient on a Consultation-Liaison Service. *Curr Psychiatry Rep*2020 Apr 13;22(5):21. doi: 10.1007/s11920-020-01147-2.

Aftab Awais, Lam Jeffrey A, Liu Fred, Ghosh Anjan (2021). Recent developments in geriatric psychopharmacology. *Expert Rev Clin Pharmacol* 2021 Mar;14(3):341-355. doi: 10.1080/17512433.2021.1882848.

De Wilde Kaitlin E, Levich Cara F, Myrroug James A . (2015). The promise of ketamine for treatment-resistant depression: current evidence and future directions.

Ann N Y Acad Sci 2015 May;1345(1):47-58. doi: 10.1111/nyas.12646.

Medeiros de Frota Ribeiro Carolina, Riva – Posse Patricio (2017). Use of Ketamine in Elderly Patients with Treatment-Resistant Depression. *Curr Psychiatry Rep* 2017 Nov 15;19(12):107. doi: 10.1007/s11920-017-0855-x.

Stahl SM. (1998). Selecting an antidepressant by using mechanism of action to enhance efficacy and avoid side effects. *J Clin Psychi*1998;59 Suppl 18:23-9.

Mukai Y, Tampi RR.(2009) Treatment of depression in the elderly: a review of the recent literature on the efficacy of single- versus dual-action antidepressants. *Clin Ther.* 2009 May;31(5):945-61.

Schneider LS, Olin JT (1995). Efficacy of acute treatment for geriatric depression. *Int Psychogeriatr.* 1995;7 Suppl:7-25.

Newhouse PA. (1996). Use of serotonin selective reuptake inhibitors in geriatric depression. *J Clin psychiatry.* 1996;57 Suppl 5:12-22.

Terpstra TL. (1997). Treating geriatric depression with SSRIs: what primary care practitioners need to know. *Nurse Pract.* 1997 ;22(9):118, 121-3.

Rajji Tarek K, Mulsant Benoit H, Lotrich Francis E, Lokker Cynthia, Reynolds Charles F 3rd (2008). Use of antidepressants in late-life depression. *Drugs Aging.* 2008;25(10):841-53.

Boyce Richard D, Hanlon Joseph T, Karp Jordan F, Kloke John, Saleh Ahlam, Handler Steven M. (2012). A review of the effectiveness of antidepressant medications for depressed nursing home residents. *J Am Med Dir Assoc.* 2012 May;13(4):326-31.

Christensen DD. (1995). Rational antidepressant selection in the elderly. *Geriatrics.* 1995 ;50 Suppl 1:S41-50.

Bonner D, Howard R . (1995). Treatment-resistant depression in the elderly. *Int Psychogeriatr.* 1995;7 Suppl:83-94.

Solai LK, Mulsant BH , Pollock BG (2001). Selective serotonin reuptake inhibitors for late-life depression: a comparative review. *Drugs Aging* 2001;18(5):355-68.

Glass Oliver M, Hermida Adriana P, Hershenberg Rachel, (2020). Considerations and Current Trends in the Management of the Geriatric Patient on a Consultation-Liaison Service. *Curr Psychiatry Rep*2020 Apr 13;22(5):21. doi: 10.1007/s11920-020-01147-2.

Katona C, Livingston G. (2002). How well do antidepressants work in older people? A systematic review of number needed to treat. *Jour Aff Dis,* 69,: 47 -52.

Sharma H_Pompei P. (1996) . Antidepressant-induced hyponatraemia in the aged. Avoidance and management strategies. *Drugs Aging* 1996 Jun;8(6):430-5.

Bourin M, Chue P. Guillon Y (2001).Paroxetine: a review. *CNS Drug Rev Spring* 2001;7(1):25-47. doi: 10.1111/j.1527-3458.2001.tb00189.x.

Kvelde Tasha, McVeigh Catherine, Toson Barbara, Greenaway Mark, Lord Stephen R, Delbaere Kim, Close Jckeline CT.. (2013) Depressive symptomatology as a risk factor for falls in older people: systematic review and meta-analysis. *J Am Geriatr Soc* 2013 May;61(5):694-706.

Vialou, Feng, Robinson, Nestler, (2013). Epigenetic mechanisms of depression and antidepressant action. *Annual Review of Pharmacology And Toxicology* 53(1): 59-87.

Kurko TA, Saastamoinen LK, Tähtkää S, Tuulio-Henriksson A, Taiminen T, Tiihonen J, et al. (2015). Long-term use of benzodiazepines: Definitions, prevalence and usage patterns – A systematic review of register-based studies. *Eur Psychiatry* 2015;30:1037-47

- Longo LP, Johnson B. (2001). Addiction: Part I. Benzodiazepines – side effects, abuse risk and alternatives. *Am Fam Physician* 2000;61:2121-8
- Steves CJ, Spector TD, Jackson SH. (2012). Ageing, genes, environment and epigenetics: what twin studies tell us now, and in the future. *Age Ageing*. 2012 Sep;41(5):581–6.doi: <http://dx.doi.org/10.1093/ageing/afs097> PMID: 22826292
- Martin JL, Sainz-Pardo M, Furukawa TA, Martín-Sánchez E, Seoane T, Galán C (2007). "Benzodiazepines in generalized anxiety disorder: heterogeneity of outcomes based on a systematic review and meta-analysis of clinical trials". *J. Psychopharmacol. (Oxford)* 21 (7): 774–82
- Bateson AN. (2004). The benzodiazepine site of the GABAA receptor: an old target with new potential? A discussion of the pharmacological actions of benzodiazepines and other drugs acting at the same sites on GABAA receptors. *Sleep Med* 2004, 5(Suppl 1):S9– S15
- Kalapatapu Raj K, Sullivan Maria A . (2010). Prescription use disorders in older adults. *Am J A. Nov-Dec* 2010;19(6):515-22. doi: 10.1111/j.1521-0391.2010.00080.x. Epub 2010 Sep 21.
- Ramakrishnan K, Scheid DC. (2007). "Treatment options for insomnia". *American Family Physician* 76 (4): 517–26.
- Simoni-Wastila Linda, Keri Yang Huiwen . (2006). Psychoactive drug abuse in older adults. *Am J Geriatr Pharmacother* 2006 Dec;4(4):380-94. doi: 10.1016/j.amjopharm.2006.10.002.
- Staab JP, Evans DL (2010). Efficacy of venlafaxine in geriatric depression. *Depress Anxiety* 2000;12 Suppl 1:63-8.
- Beyer John L, Johnson Kim G. (2018) .Advances in Pharmacotherapy of Late-Life Depression. *Curr Psychiatry Rep* 7;20(5):34
- Jeste Dilip V (2003). Tardive dyskinesia rates with atypical antipsychotics in older adults. *J Clin Psychiatry* 2004;65 Suppl 9:21-4.
- Rosen J, Bohon S, Gershon S (1990). Antipsychotics in the elderly. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 1990;358:170-5.
- Alvarez – Herrera Samantha, Escamilla Raul, Medina- Conteras Oscar. (2020). Immunoendocrine Peripheral Effects Induced by Atypical Antipsychotics. *Front Endocrinol (Lausanne)* 2020 Apr 21;11:195. doi: 10.3389/fendo.2020.00195. eCollection 2020
- Small GW (1998). Treatment of geriatric depression. *Depress Anxiety* 1998;8 Suppl 1:32-42.
- Simon SS, Cordas TA, Bottino CM . (2015). Cognitive Behavioral Therapies in older adults with depression and cognitive deficits: a systematic review. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2015;30: 223–233. 10.1002/gps.4239 .
- Kraus Cynthia A, Kunik Mark E, Stanley Melinda A. (2007). Use of cognitive behavioral therapy in late-life psychiatric disorders. *Geriatrics*. 2007 ;62(6):21-6.h
- Hollon Steven D, Jarrett Robin B, Nierenberg Andrew A, Thase Michael E, Trivedi Madhukar, Rush A John . (2005). Psychotherapy and medication in the treatment of adult and geriatric depression: which monotherapy or combined treatment?. *J Clin Psychiatry* 2005 Apr;66(4):455-68.
- Alexopoulos George S· Raue Patrick J, Dora Kanellopoulos Dora, Mackin Scott, Arean Patricia A. (2008). Problem solving therapy for the depression-executive dysfunction syndrome of late life. *Int J Geriatr Psychiatry* 2008 Aug;23(8):782-8
- Hsieh Hsiu – Fang, Wang Jing – Ju.(2003). Effect of reminiscence therapy on depression in older adults: a systematic review. *nt J Nurs Stu*. 2003 May;40(4):335-45. doi: 10.1016/s0020-7489(02)00101-3.

Schacter DL, Addis DR, Buckner RL. (2008). Episodic simulation of future events: Concepts, data, and applications. In: Kingstone A, Miller MB, editors. *The year in cognitive neuroscience 2008. Annals of the New York Academy of Sciences*. Malden: Blackwell Publishing, 2008;39–60

Raue Patric J, McGovern Amanda R, Kiosses Dimitris N, Sirey Jo – Anne. (2017). Advances in Psychotherapy for Depressed Older Adults. *Curr Psychiatry Rep* 2017 Sep;19(9):57.doi: 10.1007/s11920-017-0812-

Syed Elias Sharifah Munirah , Neville Christine, Scott Theresa. (2015).The effectiveness of group reminiscence therapy for loneliness, anxiety and depression in older adults in long-term care: a systematic review. *Geriatr Nurs. Sep-Oct 2015;36(5):372-80. doi: 10.1016/j.gerinurse.2015.05.004. Epub 2015 Jun 19.*

Cartier Jeanne M. (2013). A team-based approach to the care of depression in later life: where are we now? *Psychiatr Clin North Am* 2013 Dec;36(4):651-60

Cuijpers, Munoz, Clarke et Lewinsohn. (2009). Psychoeducational treatment and prevention of depression: The Coping with Depression course thirty years later. *Clinical Psychology Review* 29(5): 449- 458.

Cameron PM . (1989) Psychodynamic psychotherapy for the depressive syndrome. *Psychiatr J Univ Ott*1989 Jun;14(2):397-402; discussion 409-12.

Weissman MM.(1997). Interpersonal psychotherapy: current status. *Keio J Med*1997 Sep;46(3):105-10.

Sadavoy J. (1994). Integrated psychotherapy for the elderly. *Can J Psychiatry*. 1994 ;39(8 Suppl 1):S19-26.

Flint Alastair J, Gagnon Nadine. (2002). Effective use of electroconvulsive therapy in late-life depression. *Can J Psychiatry* 2002 Oct;47(8):734-41

Greenberg L, Fink M. (1992). The use of electroconvulsive therapy in geriatric patients. *Clin Geriatr Med*1992 May;8(2):349-54.

Peroski Michael S, Chu Michael M, Doddi Seshagiri Rao, Regenold William T. (2019) The Safety of Electroconvulsive Therapy in Patients With Implanted Deep Brain Stimulators: A Review of the Literature and Case Report. *J ECT*2019 Jun;35(2):84-90.

Espinoza Randall T. (2004). Electroconvulsive therapy in the long-term care setting: an overview of controversies in practice. *J Am Med Dir Assoc*Mar-Apr 2004;5(2 Suppl):S53-8.

Popeo Dennis M. (2009). Electroconvulsive therapy for depressive episodes: A brief review. *Geriatrics*. 2009 Apr;64(4):9-12.

Meyer Justin P, Samantha K Swetter Samantha K, Kellner Charles H . (2020) Electroconvulsive Therapy in Geriatric Psychiatry: A Selective Review. *Clin Geriatr Med* 2020 May;36(2):265-279.

Mårtensson Bjorn, Pettersson Agneta, Berglund Lars, Ekselius Lisa. (2015). Bright white light therapy in depression: A critical review of the evidence. *J Affect Disord* 2015 Aug 15;182:1-7.doi: 10.1016/j.jad.2015.04.013. Epub 2015 Apr 11.

Czeisler CA, Kronauer R E, Mooney J J, Anderson J L, Allan J S. (1987). Biologic rhythm disorders, depression, and phototherapy. A new hypothesis. *Psychiatr Clin North Am* 1987 Dec;10(4):687-709.

Avery DH., Bolte AP., Padberg F., George M., (2009). Repetitive transcranial magnetic stimulation of the prefrontal cortex in depression. *Experimental Neurology*,2009, 219 (1): 2-13

Liu Angela Y, Rajji Tarek K, Blumberger Daniel M, Zafiris J Daskalakis Zafiris J, Mulsant Benoit H. (2014). Brain stimulation in the treatment of late-life severe mental illness other than unipolar nonpsychotic depression. *Am J Geriatr Psychiatry* 2014 Mar;22(3):216-40.

- Padberg F., George M., (2009). Repetitive transcranial magnetic stimulation of the prefrontal cortex in depression. *Experimental Neurology*,2009, 219 (1): 2-13
- Marangell LB, Martinez M, Jurdi Ra , Zboyan X. (2007). . Neurostimulation therapies in depression: a review of new modalities. *Acta Psychiatr Scand* 2007 Sep;116(3):174-81. doi: 10.1111/j.1600-0447.2007.01033.x.
- Gálvez Veronica , Ho Kerrie - Annie, Alonzo Angelo, Martin Donel, Duncan George, Colleen K Loo (2015). Neuromodulation therapies for geriatric depression. *Curr Psychiatry Rep.* 2015 ;17(7):59.
- Brown AD, Barton DA, Lambert GW.(2009). Cardiovascular abnormalities in patients with major depressive disorder: autonomic mechanisms and implications for treatment *CNS.* 2009; 23 (7): 583-602.
- Gerson R, Murray E, Price B, et al.(2011). Mania following vagus nerve stimulation: a case report and review of the literature. *Epilepsy Behav* 2011 Jan;20(1):138-40. doi: 10.1016/j.yebeh.2010.11.005. Epub 2010 Dec 16.
- Zhao Xue, Ma Jing, Chi Iris, Bai Zhenggang .(2018) . Epub 2018 Feb 17. Light therapy for older patients with non-seasonal depression: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord* 2018 May;232:291-299. doi: 10.1016/j.jad.2018.02.041. Epub 2018 Feb 17.
- Chen Peijun , Dols Annemiek , Rej Soham , Sajatovic Martha_ (2017). Update on the Epidemiology, Diagnosis, and Treatment of Mania in Older-Age Bipolar Disorder. *Curr Psychiatry Re* 2017 Aug;19(8):46. doi: 10.1007/s11920-017-0804-8.
- Gammack Jylie K. (2008). Light therapy for insomnia in older adults. *Clin Geriatr Med.* 2008 24(1):139-49, viii.
- Bunney BG, Bunney WE (2013) Mechanisms of rapid antidepressant effects of sleep deprivation therapy: clock genes and circadian rhythms. *Biol Psychiatry* 73: 1164–1171.
- Ueno Shu -ichi (2003). Genetic polymorphisms of serotonin and dopamine transporters in mental disorders. *J Med Invest* 2003 Feb;50(1-2):25-31.
- Bushey D, Tononi G, Cirelli C (2011) Sleep and synaptic homeostasis: structural evidence in *Drosophila* *Επιστήμη* 332: 1576–1581
- Sahlem Gregory L., Kalivas Benjamin, Fox B. James, Lamb Kayla.(2014). Adjunctive triple chronotherapy (combined total sleep deprivation, sleep phase advance, and bright light therapy) rapidly improves mood and suicidality in suicidal depressed inpatients: an open label pilot study. 2014, 59: 101-7
- _Rigler S(1998). A clinical approach to proper nutrition in the elderly. *Kans Med*1998;98(3):20-2.
- Bloom Harrison G, Ahmed Imran, Alessi Cathy A. (2009). Evidence-based recommendations for the assessment and management of sleep disorders in older persons. *J Am Geriatr So*2009 May;57(5):761-89. doi: 10.1111/j.1532-5415.2009.02220.x.
- Nicholas Sean O, Giang Anh T, Yap Philip L K (2019). The Effectiveness of Horticultural Therapy on Older Adults: A Systematic Review. *J Am Med Dir Assoc.* 2019 Oct;20(10):1351.e1-1351.e11. doi: 10.1016 / j.jamda.2019.06.021.
- Cherniack E Paul, Cherniack Ariella R.(2014) . The benefit of pets and animal-assisted therapy to the health of older individuals. *Curr Gerontol Geriatr Res*2014;2014:623203. doi: 10.1155 / 2014/623203.
- Yunhwan L. Jinhee K. et al (2015). Changes in physical activity and cognitive decline in older adults living in the community. *American Aging Association. Age (Dordr)* 2015;37(2):20. doi: 10.1007/s11357-015-9759-z. Epub 2015 Feb 24.

Kligman EW, Pepin E. (1992). Prescribing physical activity for older patients. *Geriatrics*. 1992 ;47(8):33-4, 37-44, 47.

Hindin SB, Zelinski EM. (2012). Extended practice and aerobic exercise interventions benefit untrained cognitive outcomes in older adults: a meta-analysis. *J Am Geriatr Soc*. 2012 Jan;60(1):136-41.
*J Am Geriatr Soc*2012 Ιαv. 60 (1): 136-41. doi: 10.1111 / j.1532-5415.2011.03761.x.

Tegeler Christina, Beyer Ann-Christin, Hoppmann Fee, Ludwig Valentina (2020). Current state of research on psychotherapy for home-living vulnerable older adults with depression. *Z Gerontol Geriatr*2020 Dec;53(8):721-727. doi: 10.1007/s00391-020-01805-3. Epub 2020 Nov 13.

Vecchioli Stefano Farioli, Sacchetti Stefano, Robilant V Nicolas di, Cutuli Debora (2018). The Role of Physical Exercise and Omega-3 Fatty Acids in Depressive Illness in the Elderly2018 Mar 5;16(3):308-326. doi: 10.2174/1570159X1566617091211385

Ahmed Tanvir, Haboubi Nadim (2010). Assessment and management of nutrition in older people and its importance to health. *Clin Interv Aging*. 2010 9;5:207-16.

Pirlich M, Lochs H, (2001). Nutrition in the elderly. *Best Pract Res Clin Gastroenterol* 2001 Dec;15(6):869-84. *Best Pract Res Clin Gastroenterol*2001 Dec;15(6):869-84. doi: 10.1053/bega.2001.0246.

Roman B, Carta L, Martínez-González MA, Serra-Majem L. (2008). Effectiveness of the Mediterranean diet in the elderly. *Clin Interv Aging*. 2008 ;3(1):97-109.

Gooneratne Nalaka S, Vitiello Michael V. (2014). Sleep in older adults: normative changes, sleep disorders, and treatment options. *Clin Geriatr Med* 2014 Aug;30(3):591-627. doi: 10.1016/j.cger.2014.04.007. Epub 2014 Jun 12.

Kamioka Hiroharu, Tsutani Kiichiro, Yamada Minoru, Park Hyuntae. (2014). Effectiveness of horticultural therapy: a systematic review of randomized controlled trials. *Complement Ther Med*2014 Oct;22(5):930-43. doi: 10.1016/j.ctim.2014.08.009. Epub 2014 Sep 1.

Sorrell Jeanette A, Sorrell Jeanne M, (2008) Music as a healing art for older adults. 2008 ;46(3):21-4. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*.

Schuch Felipe B, Vancampfort Davy, Rosenbaum Simon. (2016). Epub 2016 Jul 18. Exercise for depression in older adults: a meta-analysis of randomized controlled trials adjusting for publication bias. *Braz J Psychiatry Jul-Sep 2016;38(3):247-54.*

doi: 10.1590/1516-4446-2016-1915. Epub 2016 Jul 18.

ΤΕΛΟΣ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ – ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ