



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
Εθνικόν και Καποδιστριακόν
Πανεπιστήμιον Αθηνών
— IΔΡΥΘΕΝ ΤΟ 1837 —



Δ.Π.Μ.Σ. Κοινωνική Νευροεπιστήμη,
Κοινωνική Παιδαγωγική και Εκπαίδευση
[Social Neuroscience, Social Pedagogy
and Education]

Παιδαγωγικό Τμήμα Δημοτικής Εκπαίδευσης, Ιατρική Σχολή, Τμήμα Βιολογίας

**Διατμηματικό Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών (ΔΠΜΣ)
«Κοινωνική Νευροεπιστήμη, Κοινωνική Παιδαγωγική και Εκπαίδευση»
(Social Neuroscience, Social Pedagogy and Education)**

«Οι επιπτώσεις της άνοιας στις κοινωνικο-προσωπικές σχέσεις:

**Ερμηνεία στην ψυχολογική και φαινομενολογική ανάλυση του αισθήματος της
ντροπής»**

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Σύλβιας Μπορόβα

A.M. 79881200220031

Εξεταστική Επιτροπή:

Σπύρος Ευθυμιόπουλος, Καθηγητής, Τμήμα Βιολογίας, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών (Επιβλέπων)

Ηρώ Μυλωνάκου-Κεκέ, Καθηγήτρια, Παιδαγωγικό Τμήμα Δημοτικής Εκπαίδευσης, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Παναγιώτα Παπαζαφείρη, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Τμήμα Βιολογίας, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Διπλωματική εργασία που εκπονήθηκε στο ΔΠΜΣ για τη χορήγηση του Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στην Κοινωνική Νευροεπιστήμη, Κοινωνική Παιδαγωγική και Εκπαίδευση του ΕΚΠΑ.

Αθήνα, Απρίλιος, 2024



HELLENIC REPUBLIC

**National and Kapodistrian
University of Athens**

EST. 1837



**Social Neuroscience
Social Pedagogy
and Education**

**Department of Pedagogy and Primary Education, School of Medicine,
Department of Biology**

**Interdepartmental Master Degree Programme in
“Social Neuroscience, Social Pedagogy and Education”**

**“The Information of dementia in social and personal relationships.
Interpretation in the psychological and phenomenological analysis of the feeling of
shame”**

A MASTER’S THESIS

Sylvia Borova

A.N. 79881200220031

Examination Committee:

Spiros Efthimiopoulos, Professor, Department of Biology, National and Kapodistrian University of Athens (Supervisor)

Iro Mylonakou-Keke, Professor, Dep. of Pedagogy and Primary Education of School of Education, National and Kapodistrian University of Athens

Panagiota Papazafeiris, Assistant Professor, Department of Biology, National and Kapodistrian University of Athens

A Master’s thesis submitted to the Interdepartmental Master Degree Programme in “Social Neuroscience, Social Pedagogy and Education” at the N.K.U.A. for the award of the Master of Science in Social Neuroscience, Social Pedagogy and Education.

Athens, April, 2024

«Οι επιπτώσεις της άνοιας στις κοινωνικο-προσωπικές σχέσεις:

**Ερμηνεία στην ψυχολογική και φαινομενολογική ανάλυση του αισθήματος της
ντροπής»**

Σύλβια Μπορόβα

A.M. 79881200220031

Μέλη Τριμελούς Επιτροπής Αξιολόγησης:

1. Σπύρος Ευθυμιόπουλος, Καθηγητής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών (Επιβλέπων)
2. Ηρώ Μυλωνάκου-Κεκέ, Καθηγήτρια, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών
3. Παναγιώτα Παπαζαφείρη, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

Αυτή η διπλωματική εργασία υποβάλλεται από τον/ην συγγραφέα της ως μερική εκπλήρωση των απαιτήσεων του Διατμηματικού Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών στην «Κοινωνική Νευροεπιστήμη, Κοινωνική Παιδαγωγική και Εκπαίδευση» (Social Neuroscience, Social Pedagogy and Education) του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών.

Υπεύθυνα δηλώνεται ότι η συγκεκριμένη διπλωματική εργασία έχει συγγραφεί από τον/ην υπογράφοντα/ουσα και δεν έχει υποβληθεί ούτε έχει αξιολογηθεί σε οποιοδήποτε άλλο πλαίσιο (π. χ. άλλου μεταπτυχιακού ή προπτυχιακού τίτλου σπουδών κ.ά.), στην Ελλάδα ή στο εξωτερικό.

Σύλβια Μπορόβα



Πνευματικά δικαιώματα

Copyright © Μπορόβα Σύλβια, 2024

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Η έγκριση της διπλωματικής εργασίας από το Διατμηματικό Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών (ΔΠΜΣ) «Κοινωνική Νευροεπιστήμη, Κοινωνική Παιδαγωγική και Εκπαίδευση» (Social Neuroscience, Social Pedagogy and Education) του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών δεν δηλώνει απαραίτητως την αποδοχή των απόψεων του/της συγγραφέως από το ΔΠΜΣ.

Στους γονείς μου, Μιρέλα & Γιώργο.

Και στον αδερφό μου, Δημήτρη.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	5
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ	8
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	9
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	10
ABSTRACT	12
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	13
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	14
ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	17
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Κοινωνική Νευροεπιστήμη	18
1.1 Κοινωνικός Εγκέφαλος.....	23
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Κοινωνική Παιδαγωγική	27
2.1 Οριοθέτηση της Κοινωνικής Παιδαγωγικής.....	27
2.2 Θεμελιώδεις κοινωνικοπαιδαγωγικές διαστάσεις.....	30
2.3 Κοινωνική Παιδαγωγική και Κοινωνική Νευροεπιστήμη.....	31
2.4 Κοινωνική Παιδαγωγική και Ηλικιωμένοι	33
2.5 Κοινωνική Παιδαγωγική και Γερανταγωγική.....	36
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Κοινωνικότητα και Ψυχική Υγεία	39
3.1 Το ανήκειν και η συντροφικότητα	41
3.2 Ηλικιωμένοι	42
3.3 Προτεραιότητα στην ψυχική υγεία	43
3.4 Θετική Ψυχολογία.....	44
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Άνοια	45
4.1 Ορισμός της άνοιας.....	45
4.2 Αιτίες της άνοιας.....	45
4.3 Το ιατρικό μοντέλο	53
4.3.1 Οι ψυχιατρικές κατηγορίες της άνοιας	53
4.3.2 Οι προκλήσεις για την ευημερία από την άνοια	54
4.3.3 Στίγμα (στιγματισμός).....	57
4.4. Πρόληψη και αντιμετώπιση	65
4.4.1 Πρόληψη	65
4.4.2 Αντιμετώπιση	68
4.4.2.1 Ψυχολογικές προοπτικές της άνοιας	68
4.4.2.2 Η προσωποκεντρική προσέγγιση	70

4.4.2.3 Θετική εργασία ατόμων	72
ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	74
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: Ταυτότητα της έρευνας	75
5.1 Αναγκαιότητα και σημασία της έρευνας	75
5.2 Σκοπός, στόχοι και ερευνητικά ερωτήματα	75
5.3 Μεθοδολογία.....	76
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: Παρουσίαση και Ανάλυση Αποτελεσμάτων	85
6.1 Εμπειρίες γύρω από την άνοια	85
6.1.1 Συναισθηματικές αντιδράσεις.....	86
6.1.2 Κίνδυνοι για την κοινωνική υποστήριξη και τη ταυτότητα.....	87
6.1.3 Αντιμετώπιση και επίγνωση	87
6.2. Περίληψη και κριτική της υπάρχουσας έρευνας.....	91
6.2.1 Βιώνοντας τη ντροπή-συστολή.....	91
6.2.2 Αυτογνωσία και κοινωνική αποδοχή	92
6.2.3 Οι συνέπειες της ντροπής.....	95
6.2.4 Το εσωτερικευμένο στίγμα της ντροπής.....	96
6.2.5 Εφαρμόζοντας διάφορα μοντέλα της ντροπής στην άνοια	97
6.2.6 Αποφυγή εκδήλωσης άνοιας.....	99
6.2.7 Απώλεια ελέγχου	99
6.2.8 Λήθη και αμηχανία	100
6.2.9 Αξίες και σκοποί	100
6.2.10 Η άνοια και το άτομο	101
6.2.11 Ο ρόλος της Κοινωνικής Παιδαγωγικής.....	102
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΣΥΖΗΤΗΣΗ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	104
7.1 Επισκόπηση της συζήτησης.....	104
7.2 Συναισθηματικές εμπειρίες στην άνοια	105
7.2.1 Θετική έκφραση των συναισθημάτων	106
7.3 Οι Μορφές και οι Λειτουργίες της Αποφυγής.....	107
7.3.1 Προστασία των υπολοίπων	108
7.3.2 Επίγνωση της αποφυγής	108
7.3.3 Εναλλακτικοί τρόποι αντιμετώπισης της ντροπής.....	109
7.4 Πολυπλοκότητες που εμπλέκονται στην ντροπή	109
7.4.1 Διλήμματα και εσωτερικές συγκρούσεις	110

7.4.2 Αρνητικές αυτοαντιλήψεις.....	110
7.4.3 Η κατάθλιψη ως συνέπεια της άνοιας.....	111
7.4.4 Οι διαδικασίες της υποτίμησης: εσωτερικές και εξωτερικές.....	113
7.4.5 Εμπιστοσύνη.....	114
7.4.6 Απώλεια ελέγχου και ντροπή.....	115
7.5 Χρήση της διαδικασίας αξιολόγησης και διάγνωσης για την ενδυνάμωση των ατόμων.....	116
7.5.1 Αντιμετώπιση του αισθήματος ντροπής από τον κλινικό ιατρό.....	117
7.5.2 Ανταπόκριση στην ντροπή μέσω επικοινωνίας και παρεμβάσεων.....	117
7.5.3 Συνεργασία με οικογένειες, υπηρεσίες και ευρύτερα συστήματα για την αντιμετώπιση της ντροπής.....	119
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8. Περιορισμοί έρευνας.....	121
8.1 Μελλοντική έρευνα.....	121
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	123

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ

Διάγραμμα 1: Διάγραμμα ροής	84
-----------------------------------	----

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η παρούσα διπλωματική εργασία με τίτλο «Οι επιπτώσεις της άνοιας στις κοινωνικό-προσωπικές σχέσεις: Ερμηνεία στην ψυχολογική και φαινομενολογική ανάλυση του αισθήματος της ντροπής» αποτελεί την ολοκλήρωση των σπουδών μου στο διατμηματικό πρόγραμμα μεταπτυχιακών σπουδών "Κοινωνική νευροεπιστήμη, Κοινωνική παιδαγωγική και Εκπαίδευση" ως αποτέλεσμα εκτενούς αναζήτησης, μελέτης, προσήλωσης, υπομονής και επιμονής καθώς και υποστήριξης συγκεκριμένων ανθρώπων τους οποίους θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα καθηγητή, κύριο Ευθυμίου για την βοήθεια και την καθοδήγηση που μου παρείχε κατά τη διάρκεια της συγγραφής αυτής της διπλωματικής, καθώς και της διευθύντριας του μεταπτυχιακού προγράμματος κυρία Μυλωνάκου-Κεκέ που αποτέλεσε έμπνευση για όλους μας να προσπαθούμε πάντα για τα όνειρά μας. Ευχαριστώ επίσης την κυρία Παπαζαφείρη, καθηγήτρια του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, για την υποστήριξη ως μέλος της τριμελούς επιτροπής καθώς και όλους τους υπόλοιπους καθηγητές του προγράμματος οι οποίοι ήταν πάντα πρόθυμοι να μας βοηθήσουν και να μας υποστηρίξουν σε οποιαδήποτε προσπάθειά μας.

Τέλος σε προσωπικό επίπεδο θα ήθελα να ευχαριστήσω τους γονείς μου και τον αδερφό μου για την αμέριστη στήριξη, ενθάρρυνση, συναισθηματική υποστήριξη και την εμπιστοσύνη όλα αυτά τα χρόνια.

Για τις στιγμές που πίστεψαν σε μένα όταν εγώ αδυνατούσα.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στην παρακάτω διπλωματική θα αναλυθούν όλες οι μορφές άνοιας και για να συνδεθεί με την Κοινωνική Παιδαγωγική θα εστιάσουμε στη γεροντική άνοια, πως αυτή επηρεάζει την τρίτη ηλικία και πως μπορεί μέσα από προγράμματα να βελτιώσει τον τρόπο διαβίωσης των ηλικιωμένων. Η άνοια είναι μια γενική ορολογία που χρησιμοποιείται για να περιγράψει μια ομάδα νοητικών διαταραχών που προκαλούνται από βιολογικές ή ψυχολογικές αιτίες και επηρεάζουν την καθημερινή λειτουργία ενός ατόμου. Οι μορφές άνοιας μπορούν να ποικίλουν σε βαθμό και συμπτώματα, και επηρεάζουν διάφορους πνευματικούς λειτουργικούς τομείς όπως η μνήμη, η προσοχή, η γλωσσική ικανότητα, η κρίση και η κοινωνική συμπεριφορά. Η άνοια είναι ένα ετερογενές σύνδρομο που μπορεί να προκληθεί από πολλές διαφορετικές νευρολογικές και άλλες παθήσεις, επομένως θα ακολουθήσει μια εισαγωγή στην άνοια, μερικές από τις βασικές ανησυχίες γύρω από αυτήν, καθώς και τα μεταβαλλόμενα πλαίσια στα οποία γίνεται κατανοητή η άνοια. Η εργασία επικεντρώνεται γύρω από το κοινωνικό περιθώριο, ξεκινώντας με μια περιγραφή των υπάρχοντων ψυχολογικών μοντέλων περιθωρίου σε ασθενείς με άνοια. Όσον αφορά το κοινωνικό περιθώριο, αναφέρεται στην κοινωνική απομόνωση ή την αδυναμία να συμμετάσχει κάποιος στην κοινωνία με τον ίδιο τρόπο που θα μπορούσε κάποιος άλλος ο οποίος δεν νοσεί.

Οι άνθρωποι με άνοια μπορεί να βρεθούν σε κοινωνικό περιθώριο εξαιτίας των αλλαγών στη συμπεριφορά και την προσωπικότητα που σχετίζονται με την ασθένεια. Επίσης, οι δυσκολίες στην επικοινωνία και η δυσκολία στην εκτέλεση καθημερινών καθηκόντων μπορεί να τους δυσκολεύουν να συνδεθούν με άλλους ανθρώπους και να συμμετέχουν στις κοινωνικές δραστηριότητες. Η υποστήριξη από την οικογένεια, τους φίλους και την κοινότητα μπορεί να βοηθήσει τους ανθρώπους με άνοια να διατηρήσουν ένα ενεργό και συμμετοχικό κοινωνικό περιβάλλον. Επίσης, η ύπαρξη ειδικών υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής περίθαλψης μπορεί να παράσχει σημαντική στήριξη στους ανθρώπους με άνοια και να τους βοηθήσει να παραμείνουν ενταγμένοι στην κοινωνία.

Σε τέτοιες καταστάσεις αναλαμβάνει δράση η Κοινωνική Παιδαγωγική η οποία αναφέρεται στην «ενίσχυση και διασφάλιση δικαιωμάτων, ποιοτική εκπαίδευση, ολόπλευρη ανάπτυξη των ατόμων, δια βίου μάθηση, βελτίωση και αλλαγή.» Εδώ θα παρουσιάσουμε κοινωνικούς παιδαγωγικούς θεσμούς προσηλωμένους στις βασικές αρχές της Κοινωνικής Παιδαγωγικής όπως: προστασία των ανθρώπινων δικαιωμάτων, δια βίου προσωπική και κοινωνική ανάπτυξη του ατόμου, δημιουργία θετικών εμπειριών, άτυπη εκπαίδευση, ανάπτυξη και ενίσχυση συναισθηματικών και κοινωνικών δεξιοτήτων και γενικά η πλήρης ανάπτυξη της προσωπικότητας για την επίτευξη βελτίωσης και αλλαγής.

Λέξεις κλειδιά

Άνοια, νευρογνωστική διαταραχή, τρίτη ηλικία, Γερανταγωγική, Κοινωνική Παιδαγωγική

ABSTRACT

In the following thesis, all forms of dementia will be analyzed (frontal, vascular, geriatric, etc.) and to connect with Social Pedagogy, we will focus on geriatric dementia, how it affects the elderly and how it can improve the way of life of the elderly through programs. Dementia is a general term used to describe a group of mental disorders caused by biological or psychological causes that affect a person's daily functioning. Forms of dementia can vary in degree and symptoms, and affect various mental functional areas such as memory, attention, language ability, judgment and social behavior. Dementia is a heterogeneous syndrome that can be caused by many different neurological and other conditions, so this will be followed by an introduction to dementia, some of the key concerns surrounding it, and the changing contexts in which dementia is understood. Experiences of people with dementia and their environment are also presented.

The thesis centers around social marginality, beginning with a description of existing psychological models of marginality in dementia patients. In terms of social marginalization, it refers to social isolation or the inability to participate in society in the same way that someone else could. People with dementia may find themselves marginalized because of the behavioral and personality changes associated with the disease. It is important to note that each case of dementia is unique and the effects on social marginalization may vary from person to person. Support from family, friends and the community can help people with dementia maintain an active and participatory social environment. Also, having specialist health and social care services can provide important support to people with dementia and help them remain integrated into society. In such situations social pedagogy takes action which refers to "enhancing and securing rights, quality education, the development of individuals, lifelong learning, improvement and change."

Here we will present social pedagogic institutions committed to the basic principles of social pedagogy, such as: protection of human rights, lifelong personal and social development of the individual, creation of positive experiences, informal education, development of enhanced emotional and social skills and in general the full development of personality for their improvement and change.

Keywords:

Dementia, neurocognitive disorder, old age, Gerontagogik, Social Pedagogy

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η αφορμή της παρούσας διπλωματικής ήταν η προσωπική εμπειρία της γράφουσας με άτομο που έπασχε από άνοια στο συγγενικό της περιβάλλον. Λόγω της επαφής της με τον ασθενή, αντιλήφθηκε ότι υπήρχε έντονο κοινωνικό στίγμα απέναντι του με αποτέλεσμα, κατά τα διαστήματα των αναλαμπών που είχε, να νιώθει και ο ίδιος ντροπή αλλά και το περιβάλλον του. Οι άνθρωποι με άνοια αντιμετωπίζονται από ένα μέρος της κοινωνίας ως άτομα που δεν έχουν θέση σε αυτή και ως εκ τούτου θα πρέπει να αποσύρονται θεωρώντας αυτή την ασθένεια στην ουσία ως το τέλος της ζωής τους. Ένας άνθρωπος με άνοια δηλαδή θεωρείται από πολλούς ότι δεν «ζει» πλέον και ότι δεν συνιστά τίποτα άλλο από επιβάρυνση στους οικείους τους και τους φροντιστές τους. Αυτό το αίσθημα μεταφέρεται και στους ίδιους τους ασθενείς με αποτέλεσμα σταδιακά να ταυτίζονται με αυτή την αντίληψη και να θεωρούν ακόμα και σε στιγμές λειτουργικότητας ότι δεν είναι ικανοί να έχουν κοινωνικές και προσωπικές επαφές με αποτέλεσμα να αποσύρονται ακόμα περισσότερο. Η κατάσταση στην οποία τελικώς περιέρχονται απαιτεί την αντιμετώπιση της στην οποία θεωρείται ότι μπορεί να συμβάλει η παρούσα ερευνητική προσπάθεια.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ανθρώπινη γήρανση είναι μια αναπόφευκτη προοδευτική διαδικασία που προκαλεί μη αναστρέψιμες αλλαγές ανάλογα με βιολογικούς, ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες. Γενικά η γήρανση συνεπάγεται σταδιακή μείωση στη σωστή λειτουργία των συστημάτων του σώματος και μπορεί να προκύψουν επιπτώσεις στους ψυχοκινητικούς τομείς του ατόμου, μαζί με πολλές σωματικές αλλαγές που συμβαίνουν ως μέρος της φυσιολογικής διαδικασίας γήρανσης. Μια σημαντική πρόκληση στις σύγχρονες κοινωνίες πρόνοιας είναι η παροχή υπηρεσιών και η εγγυημένη επιτυχία τις προσδοκίες των ανθρώπων για το επίπεδο ζωής τους, τις υπηρεσίες υγείας και της κοινωνικής φροντίδας. Μέχρι σήμερα, ελάχιστα έχουν γραφτεί για την μοναδική πολυπλοκότητα της τεχνογνωσίας της Κοινωνικής Παιδαγωγικής και τη γεφύρωση των σχέσεων μεταξύ ενός ατόμου και των κοινωνικών διαστάσεων που υφίστανται.

Οι ψυχοκοινωνικές προκλήσεις περιλαμβάνουν την αποδοχή και την προσαρμογή σε μια μεταβαλλόμενη εικόνα σώματος, τους ρόλους της οικογένειας και τον τρόπο ζωής. Σε ότι αφορά τις γνωστικές ικανότητες, οι μεγαλύτερης ηλικίας άνθρωποι συνήθως διατηρούν τις γνωστικές τους ικανότητες μέχρι αργά στη ζωή τους, αν και η μνήμη δείχνει αλλαγές ιδιαίτερα η βραχυπρόθεσμη. Μέσα από αυτή την έρευνα πέρα από την παρουσίαση των βιολογικών αλλαγών και τον τρόπο διαβίωσης των ηλικιωμένων, θα γίνει προσπάθεια έκθεσης τρόπων και μεθόδων ώστε να βελτιωθεί όσο γίνεται περισσότερο η ζωή των ατόμων στην τρίτη ηλικία με τη συμβολή της Κοινωνικής Παιδαγωγικής.

Η άνοια είναι ένας όρος που χρησιμοποιείται για να περιγράψει μια ομάδα συμπτωμάτων που επηρεάζουν τη γνωστική λειτουργία, συμπεριλαμβανομένης της μνήμης, της γλώσσας, της επίλυσης προβλημάτων και της λήψης αποφάσεων. Δεν είναι μια συγκεκριμένη ασθένεια αλλά μάλλον μια σειρά συμπτωμάτων που μπορεί να προκληθούν από διαφορετικές υποκείμενες παθήσεις. Υπάρχουν διάφοροι τύποι άνοιας, όπως η νόσος του Αλτσχάιμερ, η αγγειακή άνοια, η άνοια με σωματία Lewy, η μετωποκροταφική άνοια και η μικτή άνοια. Τα αίτια της άνοιας ποικίλλουν ανάλογα με τον τύπο της άνοιας. Η νόσος Αλτσχάιμερ, για παράδειγμα, χαρακτηρίζεται από τη συσσώρευση μη φυσιολογικών πρωτεϊνών στον εγκέφαλο, ενώ η αγγειακή άνοια προκαλείται από τη μειωμένη ροή αίματος στον εγκέφαλο. Μερικά κοινά συμπτώματα της άνοιας περιλαμβάνουν απώλεια μνήμης, δυσκολία στην επικοινωνία, σύγχυση, δυσκολία στην ολοκλήρωση εργασιών και αλλαγές στη διάθεση ή τη συμπεριφορά.

Επί του παρόντος υπάρχουν διαθέσιμες θεραπείες που μπορούν να βοηθήσουν στη διαχείριση των συμπτωμάτων και να επιβραδύνουν την εξέλιξη της νόσου, αλλά όχι τη θεραπεία της άνοιας αυτή καθ' αυτή. Αυτές οι θεραπείες μπορεί να περιλαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή, θεραπεία και αλλαγές στον τρόπο ζωής, όπως τακτική άσκηση και υγιεινή διατροφή.

Η Κοινωνική Παιδαγωγική λοιπόν που έχει να κάνει με τις συναντήσεις μεταξύ των ανθρώπων και το πώς αυτές οι αλληλεπιδράσεις μπορούν να γίνουν κατανοητές έρχεται να βελτιώσει τις ζωές των ανθρώπων αυτών, των ηλικιωμένων και κατ' επέκταση των ατόμων με άνοια. Αυτό σημαίνει ότι μέσα από τις πεποιθήσεις, τις ιδέες, τους κανόνες και τις αξίες εμείς δημιουργούμε μέσα από αυτές τις αλληλεπιδράσεις ο ένας τον άλλον και τον εαυτό μας. Η καθημερινή ζωή γίνεται ευκολότερη με τη χρήση διαφορετικών ειδών κατηγοριοποιήσεων για να κατανοήσουμε και να ενεργήσουμε ο ένας σε σχέση με τον άλλο.

Η Κοινωνική Νευροεπιστήμη και η Κοινωνική Παιδαγωγική είναι δύο διακριτά αλλά αλληλένδετα πεδία που μπορούν να παρέχουν πολύτιμες γνώσεις για την κατανόηση και την υποστήριξη της ανθρώπινης ανάπτυξης, μάθησης και ευημερίας σε κοινωνικά πλαίσια. Η ενσωμάτωση της Κοινωνικής Νευροεπιστήμης και της Κοινωνικής Παιδαγωγικής μπορεί να προσφέρει μια βαθύτερη κατανόηση του τρόπου με τον οποίο οι κοινωνικές αλληλεπιδράσεις και τα εκπαιδευτικά περιβάλλοντα επηρεάζουν την ανάπτυξη του εγκεφάλου, τη μάθηση και την ευημερία. Συνδυάζοντας γνώσεις από την Κοινωνική Νευροεπιστήμη με τις αρχές της Κοινωνικής Παιδαγωγικής, οι επαγγελματίες μπορούν να σχεδιάσουν πιο αποτελεσματικές παρεμβάσεις και εκπαιδευτικές στρατηγικές. Για παράδειγμα, η κατανόηση των νευρικών μηχανισμών πίσω από την ενσυναίσθηση και τη συναισθηματική ρύθμιση μπορεί να πληροφορήσει στρατηγικές για τη διδασκαλία παιδιών και ενηλίκων πώς να περιηγούνται σε περίπλοκες κοινωνικές καταστάσεις και να διαχειρίζονται τα συναισθήματά τους. Οι κοινωνικοί παιδαγωγοί μπορούν να χρησιμοποιήσουν αυτή τη γνώση για να δημιουργήσουν υποστηρικτικά περιβάλλοντα που ενισχύουν τις κοινωνικές δεξιότητες και τη συναισθηματική νοημοσύνη των ατόμων. Συνοψίζοντας, ο συνδυασμός Κοινωνικής Νευροεπιστήμης και Κοινωνικής Παιδαγωγικής έχει τη δυνατότητα να δημιουργήσει μια πιο ολοκληρωμένη και αποτελεσματική προσέγγιση στην εκπαίδευση και την προσωπική ανάπτυξη. Κατανοώντας το νευρικό υπόβαθρο των κοινωνικών συμπεριφορών και ενσωματώνοντας αυτές τις ιδέες σε εκπαιδευτικές πρακτικές, μπορούμε να υποστηρίξουμε καλύτερα τα άτομα να γίνουν κοινωνικά ικανά, συναισθηματικά ανθεκτικά και καλά στρογγυλεμένα άτομα (Eriksson, 2010).

Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι ενώ η άνοια συνδέεται συχνότερα με τη γήρανση, μπορεί επίσης να εμφανιστεί σε νεότερους ανθρώπους. Υπολογίζεται ότι πάνω από 50 εκατομμύρια άνθρωποι παγκοσμίως ζουν με άνοια και ο αριθμός αυτός αναμένεται να τριπλασιαστεί μέχρι το 2050 λόγω της γήρανσης του πληθυσμού (WHO, 2013). Αυτό αναδεικνύει και το μέγεθος του προβλήματος καθιστώντας σημαντική τη διερεύνηση της εμπειρίας της ντροπής που είναι και ο στόχος της παρούσας μελέτης, προκειμένου να διατυπωθούν προτάσεις για την αντιμετώπιση της. Το βασικό ερευνητικό ερώτημα που εξετάζει η παρούσα εργασία είναι κατά πόσο η ντροπή, ως παράγωγο της άνοιας, επηρεάζει τις κοινωνικές και προσωπικές σχέσεις και με ποιο τρόπο μπορούν αυτές να

αντιμετωπιστούν. Η παρούσα έρευνα προκειμένου να απαντήσει το παραπάνω ερευνητικό ερώτημα υιοθετεί την μέθοδο της βιβλιογραφικής ανασκόπησης με την αξιοποίηση πρωτογενών και δευτερογενών πηγών στο πλαίσιο της κριτικής τους. Η πρωτοτυπία της παρούσας μελέτης έγκειται στην αξιοποίηση της Κοινωνικής Παιδαγωγικής στις προτάσεις που θα διατυπωθούν για την αντιμετώπιση των συνεπειών της ντροπής που είναι και η συμβολή της.

Για την επίτευξη αυτού του στόχου, η παρούσα μελέτη είναι διαρθρωμένη σε επτά συνολικά κεφάλαια. Το πρώτο κεφάλαιο αφορά την Κοινωνική Νευροεπιστήμη ενώ εξετάζει παράλληλα και τον κοινωνικό εγκέφαλο. Το δεύτερο κεφάλαιο εστιάζει στην Κοινωνική Παιδαγωγική συνδέοντας την με την Κοινωνική Νευροεπιστήμη αλλά και με την Γερανταγωγική. Στο τρίτο κεφάλαιο εξετάζονται οι ορισμοί της κοινωνικότητας και της ψυχικής υγείας με εστίαση στο ανήκειν και την συντροφικότητα, στους ηλικιωμένους, στην προτεραιότητα στην ψυχική υγεία και στη θετική ψυχολογία. Το τέταρτο κεφάλαιο περιλαμβάνει στοιχεία για την άνοια, τις προκλήσεις που αντιμετωπίζει και τον στιγματισμό. Στο πέμπτο κεφάλαιο αναλύεται η ταυτότητα της έρευνας ενώ στο έκτο κεφάλαιο γίνεται η παρουσίαση και η ανάλυση των αποτελεσμάτων. Το έβδομο κεφάλαιο αποτελεί την συζήτηση ενώ το όγδοο τους περιορισμούς της έρευνας και μελλοντικές χρήσεις της παρούσας έρευνας.

ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Κοινωνική Νευροεπιστήμη

Η Κοινωνική Νευροεπιστήμη είναι η μελέτη του πώς τα βιολογικά συστήματα αλληλεπιδρούν με τις κοινωνικές διαδικασίες και συμπεριφορά. Επιδιώκει να κατανοήσει τους νευρικούς μηχανισμούς που διέπουν τις κοινωνικές συμπεριφορές, τα συναισθήματα και τις γνωστικές διαδικασίες. Αυτό το πεδίο διερευνά πώς ο εγκέφαλος επεξεργάζεται τις κοινωνικές πληροφορίες, αναγνωρίζει τα συναισθήματα των άλλων και σχηματίζει κοινωνικές κρίσεις. Περιλαμβάνει τη χρήση τεχνικών όπως η λειτουργική απεικόνιση μαγνητικού συντονισμού (fMRI), η ηλεκτροεγκεφαλογραφία (EEG) και άλλες μέθοδοι νευροαπεικόνισης για τη μελέτη της εγκεφαλικής δραστηριότητας κατά τη διάρκεια κοινωνικών αλληλεπιδράσεων. Βασικοί τομείς σπουδών στην Κοινωνική Νευροεπιστήμη περιλαμβάνουν την ενσυναίσθηση, τη συναισθηματική ρύθμιση, τη θεωρία του νου (κατανόηση των ψυχικών καταστάσεων των άλλων), τη λήψη κοινωνικών αποφάσεων και τη νευρωνική βάση κοινωνικών διαταραχών όπως η διαταραχή του φάσματος του αυτισμού (Lieberman, 2007).

Η Κοινωνική Νευροεπιστήμη είναι ένα διεπιστημονικό πεδίο που επιδιώκει να κατανοήσει τους νευρικούς μηχανισμούς που κρύβονται πίσω από την κοινωνική συμπεριφορά, τα συναισθήματα, τη γνώση και τις αλληλεπιδράσεις μεταξύ των ατόμων. Συνδυάζει αρχές από τη νευροεπιστήμη, την ψυχολογία και τις κοινωνικές επιστήμες για να διερευνήσει πώς ο εγκέφαλός μας επεξεργάζεται και ανταποκρίνεται σε κοινωνικά ερεθίσματα και καταστάσεις. Το πεδίο προέκυψε ως αποτέλεσμα της προόδου στις τεχνικές απεικόνισης του εγκεφάλου, όπως η λειτουργική μαγνητική τομογραφία (fMRI) και η ηλεκτροεγκεφαλογραφία (EEG), η οποία επέτρεψε στους ερευνητές να διερευνήσουν τις νευρικές συσχετίσεις των κοινωνικών συμπεριφορών και διαδικασιών. Οι βασικές πτυχές της Κοινωνικής Νευροεπιστήμης περιλαμβάνουν:

- **Κοινωνική αντίληψη:** Αυτό περιλαμβάνει την κατανόηση του τρόπου με τον οποίο ο εγκέφαλος επεξεργάζεται κοινωνικές ενδείξεις, όπως εκφράσεις προσώπου, γλώσσα του σώματος και φωνητικούς τόνους. Οι ερευνητές μελετούν πώς εμπλέκονται διαφορετικές περιοχές του εγκεφάλου στην αναγνώριση και ερμηνεία αυτών των ενδείξεων, οι οποίες είναι απαραίτητες για την κατανόηση των συναισθημάτων και των προθέσεων των άλλων.
- **Επεξεργασία Συναισθημάτων:** Οι κοινωνικές αλληλεπιδράσεις συχνά συνοδεύονται από συναισθηματικές εμπειρίες. Η Κοινωνική Νευροεπιστήμη ερευνά πώς ο εγκέφαλος επεξεργάζεται τα συναισθήματα, τόσο στον εαυτό του όσο

και στους άλλους. Οι περιοχές και τα δίκτυα του εγκεφάλου που είναι υπεύθυνα για την εμπειρία και την αναγνώριση των συναισθημάτων παίζουν σημαντικό ρόλο στον κοινωνικό δεσμό και την επικοινωνία.

- **Ενσυναίσθηση και Θεωρία του Νου:** Ενσυναίσθηση είναι η ικανότητα κατανόησης και κοινής χρήσης των συναισθημάτων των άλλων. Η Θεωρία του Νου αναφέρεται στην ικανότητα να αποδίδει νοητικές καταστάσεις (πιστεύω, επιθυμίες, προθέσεις) στον εαυτό του και στους άλλους, επιτρέποντας την κατανόηση των προοπτικών των άλλων ανθρώπων. Η εκπαίδευση των φροντιστών, των μελών της οικογένειας και των μελών της κοινότητας σχετικά με τις αλλαγές στις ικανότητες κοινωνικής επεξεργασίας του εγκεφάλου με την ηλικία μπορεί να ενισχύσει την ενσυναίσθηση και την καλύτερη κατανόηση. Αυτή η επίγνωση μπορεί να οδηγήσει σε πιο υπομονετικές και συμπονετικές αλληλεπιδράσεις με τον ηλικιωμένο πληθυσμό. Η Κοινωνική Νευροεπιστήμη μελετά αυτές τις γνωστικές διεργασίες και τους υποκείμενους νευρικούς μηχανισμούς τους.
- **Κοινωνική λήψη αποφάσεων:** Οι κοινωνικές αλληλεπιδράσεις συχνά περιλαμβάνουν τη λήψη αποφάσεων που λαμβάνουν υπόψη τις ανάγκες και τις προτιμήσεις των άλλων. Ερευνητές στην Κοινωνική Νευροεπιστήμη διερευνούν πώς ο εγκέφαλος επεξεργάζεται πληροφορίες που σχετίζονται με τη δικαιοσύνη, την εμπιστοσύνη, τη συνεργασία και άλλους παράγοντες που επηρεάζουν τη λήψη κοινωνικών αποφάσεων (Banks et al., 2007).
- **Κοινωνικές επιρροές στις γνωστικές διαδικασίες:** Η παρουσία και η συμπεριφορά των άλλων μπορεί να επηρεάσει τις γνωστικές διαδικασίες όπως η προσοχή, η μνήμη και η μάθηση. Η Κοινωνική Νευροεπιστήμη διερευνά πώς το κοινωνικό πλαίσιο μπορεί να διαμορφώσει αυτές τις γνωστικές λειτουργίες σε νευρικό επίπεδο. Ακόμα μπορεί να ενημερώσει την ανάπτυξη προγραμμάτων γνωστικής κατάρτισης που στοχεύουν σε κοινωνικές δεξιότητες στους ηλικιωμένους. Αυτά τα προγράμματα μπορούν να βοηθήσουν στη διατήρηση και ενίσχυση των γνωστικών διαδικασιών που εμπλέκονται στην κατανόηση κοινωνικών ενδείξεων, συναισθημάτων και προθέσεων. Καθώς η τεχνολογία προχωρά, η Κοινωνική Νευροεπιστήμη μπορεί να συμβάλει στην ανάπτυξη λύσεων βασισμένων στην τεχνολογία που διευκολύνουν τις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις για τους ηλικιωμένους. Η εικονική πραγματικότητα, οι διαδικτυακές πλατφόρμες κοινωνικής δικτύωσης και τα εργαλεία επικοινωνίας

βίντεο μπορούν να σχεδιαστούν έχοντας κατά νου την κατανόηση των συστημάτων κοινωνικής επεξεργασίας του εγκεφάλου.

- **Κοινωνικές Διαταραχές:** Η Κοινωνική Νευροεπιστήμη εξετάζει επίσης πώς οι διαταραχές στα νευρωνικά κυκλώματα που εμπλέκονται στην κοινωνική επεξεργασία συμβάλλουν σε κοινωνικές διαταραχές όπως η διαταραχή του φάσματος του αυτισμού, η κοινωνική αγχώδης διαταραχή και η οριακή διαταραχή προσωπικότητας. Κατανοώντας τη νευρωνική βάση αυτών των καταστάσεων, οι ερευνητές στοχεύουν στην ανάπτυξη πιο αποτελεσματικών θεραπειών. μπορεί να βοηθήσει τους ερευνητές και τους φροντιστές να κατανοήσουν τους νευρικούς μηχανισμούς πίσω από την κοινωνική απομόνωση και τη μοναξιά στους ηλικιωμένους. Με τον εντοπισμό των περιοχών και των διαδικασιών του εγκεφάλου που εμπλέκονται, μπορούν να σχεδιαστούν παρεμβάσεις για τον μετριασμό αυτών των αρνητικών επιπτώσεων στην ψυχική και σωματική υγεία.
- **Υποστήριξη της ευημερίας του φροντιστή:** Η κατανόηση του νευρολογικού αντίκτυπου της φροντίδας στα άτομα μπορεί να οδηγήσει σε παρεμβάσεις που υποστηρίζουν την ψυχική και συναισθηματική ευημερία όσων φροντίζουν τους ηλικιωμένους. Αυτό είναι σημαντικό καθώς το άγχος του φροντιστή μπορεί να επηρεάσει την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας.
- **Ωκυτοκίνη και νευροδιαβιβαστές:** Ο νευροδιαβιβαστής ωκυτοκίνη, που συχνά αναφέρεται ως η «ορμόνη της αγάπης» ή «ορμόνη του δεσμού», παίζει σημαντικό ρόλο στους κοινωνικούς δεσμούς, την εμπιστοσύνη και τις συναισθηματικές συνδέσεις. Οι ερευνητές μελετούν τις επιδράσεις της ωκυτοκίνης και άλλων νευροδιαβιβαστών στις κοινωνικές συμπεριφορές και στους υποκείμενους νευρικούς μηχανισμούς τους (Banks et al., 2007).

Η Κοινωνική Νευροεπιστήμη ερευνά τον ρόλο της γενετικής στη διαμόρφωση των ατομικών διαφορών στην κοινωνική συμπεριφορά και την κοινωνική λειτουργία του εγκεφάλου. Μελετώντας πώς οι γενετικές παραλλαγές επηρεάζουν την κοινωνική επεξεργασία, οι ερευνητές αποκτούν γνώσεις για τις κληρονομικές πτυχές των κοινωνικών χαρακτηριστικών. Η Κοινωνική Νευροεπιστήμη έχει εκτεταμένες επιπτώσεις, συμπεριλαμβανομένης της βελτίωσης της κατανόησής μας για την ανθρώπινη συμπεριφορά, της βελτίωσης των θεραπειών για κοινωνικές διαταραχές, της ενημέρωσης των στρατηγικών εκπαίδευσης και επικοινωνίας και των κοινωνικών αλληλεπιδράσεων σε διάφορα πλαίσια. Το πεδίο συνεχίζει να εξελίσσεται καθώς οι νέες τεχνολογίες και οι μέθοδοι έρευνας παρέχουν όλο και πιο λεπτομερείς γνώσεις

σχετικά με τα νευρωνικά θεμέλια των κοινωνικών συμπεριφορών. Μπορεί να συμβάλει στην ευαισθητοποίηση σχετικά με την ηλικία και την αμφισβήτηση των αρνητικών στερεοτύπων για τους ηλικιωμένους. Επιδεικνύοντας την αξία της διατήρησης θετικών κοινωνικών αλληλεπιδράσεων με τους ηλικιωμένους, η έρευνα της Κοινωνικής Νευροεπιστήμης μπορεί να προωθήσει συμπεριληπτικές συμπεριφορές και με σεβασμό.

Επιπλέον παρέχει ένα ολοκληρωμένο πλαίσιο για την κατανόηση του τρόπου με τον οποίο ο εγκέφαλος επεξεργάζεται και ανταποκρίνεται στα κοινωνικά ερεθίσματα, τις αλληλεπιδράσεις και τα συναισθήματα. Συνδυάζοντας γνώσεις από τη νευροεπιστήμη, την ψυχολογία και τις κοινωνικές επιστήμες, οι ερευνητές στοχεύουν να αποκαλύψουν τους περίπλοκους νευρικούς μηχανισμούς που κρύβονται πίσω από τις ανθρώπινες κοινωνικές συμπεριφορές και να συμβάλουν στη βαθύτερη κατανόηση του τι σημαίνει να είσαι κοινωνικά πλάσματα (Lieberman, 2007). Κάποια χαρακτηριστικά είναι τα εξής:

- **Κατοπτρικοί νευρώνες:** Οι κατοπτρικοί νευρώνες είναι εξειδικευμένοι νευρώνες που ενεργοποιούνται τόσο όταν ένα άτομο εκτελεί μια ενέργεια όσο και όταν παρατηρεί κάποιον άλλο να εκτελεί την ίδια ενέργεια. Αυτοί οι νευρώνες πιστεύεται ότι παίζουν κρίσιμο ρόλο στη μίμηση, την ενσυναίσθηση και την κατανόηση των πράξεων και των συναισθημάτων των άλλων. Παρέχουν έναν νευρωνικό μηχανισμό για την κατανόηση και τη μίμηση των συμπεριφορών των άλλων.
- **Δίκτυο προεπιλεγμένης λειτουργίας (Default mode network-DMN):** Το DMN είναι ένα δίκτυο περιοχών του εγκεφάλου που είναι πιο ενεργές όταν ένα άτομο βρίσκεται σε ηρεμία και δεν εστιάζεται στο εξωτερικό περιβάλλον. Είναι επίσης πολύ ενεργό κατά τη διάρκεια της ενδοσκόπησης και της αυτοαναφορικής σκέψης. Το DMN έχει εμπλακεί στην κοινωνική γνώση, καθώς γίνεται ενεργό όταν σκέφτεται κανείς τον εαυτό του, τους άλλους ανθρώπους και τις ψυχικές τους καταστάσεις.
- **Νευρική βάση της ενσυναίσθησης:** Η ενσυναίσθηση περιλαμβάνει το αίσθημα και την κατανόηση των συναισθημάτων και της προοπτικής ενός άλλου ατόμου. Περιοχές του εγκεφάλου, όπως η πρόσθια νησίδα και ο πρόσθιος φλοιός του κυκλικού φλοιού, συνδέονται συχνά με αποκρίσεις ενσυναίσθησης. Το σύστημα νευρώνων καθρέφτη και η ικανότητα προσομοίωσης των εμπειριών των άλλων στον εγκέφαλό του συμβάλλουν στην ενσυναίσθηση.

- **Δίκτυο Theory of Mind (ToM):** Το δίκτυο ToM περιλαμβάνει περιοχές του εγκεφάλου που είναι κρίσιμες για την κατανόηση των ψυχικών καταστάσεων και των προθέσεων των άλλων. Περιλαμβάνει τον έσω προμετωπιαίο φλοιό και την κροταφοβρεγματική συμβολή. Τα άτομα με ορισμένες παθήσεις, όπως η διαταραχή του φάσματος του αυτισμού, μπορεί να παρουσιάζουν διαφορές στην ενεργοποίηση αυτού του δικτύου, οδηγώντας σε προκλήσεις στην αναγνώριση των σκέψεων και των συναισθημάτων των άλλων (Panksepp et al., 2017).

Καθώς η Κοινωνική Νευροεπιστήμη προχωρά, οι ηθικοί προβληματισμοί είναι ουσιαστικοί. Η ικανότητα χειραγώγησης κοινωνικών συμπεριφορών και συναισθημάτων μέσω παρεμβάσεων όπως η χορήγηση ωκυτοκίνης εγείρει ηθικά ερωτήματα σχετικά με τη συναίνεση, το απόρρητο και τις πιθανές ανεπιθύμητες συνέπειες. Η γενετική συμβάλλει στις ατομικές διαφορές στην κοινωνική συμπεριφορά και την κοινωνική επεξεργασία. Μελέτες διδύμων και γενετικές αναλύσεις έχουν δείξει ότι ορισμένα γονίδια συνδέονται με χαρακτηριστικά όπως η ενσυναίσθηση, το κοινωνικό άγχος και η ικανότητα αναγνώρισης συναισθημάτων σε άλλους. Οι γενετικές παραλλαγές μπορούν να επηρεάσουν την έκφραση των υποδοχέων νευροδιαβιβαστών και άλλων μορίων που παίζουν ρόλο στην κοινωνική συμπεριφορά. Ακόμα η παρουσία άλλων μπορεί να επηρεάσει τις γνωστικές διαδικασίες όπως η προσοχή και η μνήμη. Για παράδειγμα, το φαινόμενο «κοινωνικής διευκόλυνσης» υποδηλώνει ότι η παρουσία άλλων μπορεί να βελτιώσει την απόδοση των καλά εξασκημένων εργασιών, αλλά μπορεί να εμποδίσει την εκτέλεση πιο περίπλοκων ή καινοτόμων εργασιών. Η κοινωνική σύγκριση, η συμμόρφωση και η δυναμική της ομάδας επηρεάζουν επίσης τον τρόπο με τον οποίο τα άτομα επεξεργάζονται πληροφορίες και λαμβάνουν αποφάσεις.

Επιπλέον υπάρχουν και διαταραχές. Η Κοινωνική Νευροεπιστήμη έχει δώσει πληροφορίες για τη νευρωνική βάση διαφόρων κοινωνικών διαταραχών. Για παράδειγμα, μελέτες σε άτομα με αυτισμό έχουν αποκαλύψει διαφορές στις περιοχές του εγκεφάλου που εμπλέκονται στην κοινωνική επεξεργασία, συμβάλλοντας σε προκλήσεις στις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις. Η έρευνα σε καταστάσεις όπως η κοινωνική αγχώδης διαταραχή και η οριακή διαταραχή προσωπικότητας έχει επίσης ρίξει φως στους νευρικούς μηχανισμούς που κρύβονται πίσω από αυτές τις διαταραχές. Επίσης η έρευνα της κοινωνικής νευροεπιστήμης έχει επεκταθεί για να διερευνήσει τις πολιτισμικές επιρροές στην κοινωνική συμπεριφορά και την επεξεργασία του εγκεφάλου. Διαφορετικοί πολιτισμοί μπορεί να τονίζουν διακριτούς κοινωνικούς

κανόνες, οι οποίοι μπορούν να διαμορφώσουν νευρικές αποκρίσεις στα κοινωνικά ερεθίσματα. Οι διαπολιτισμικές μελέτες βοηθούν να διευκρινιστεί ο βαθμός στον οποίο η κοινωνική επεξεργασία είναι καθολική ή πολιτισμικά συγκεκριμένη (Banks et al., 2007).

1.1 Κοινωνικός Εγκέφαλος

Η Κοινωνική Νευροεπιστήμη έχει αναδείξει τον ρόλο του «κοινωνικού εγκεφάλου», το πώς και το γιατί οι ανθρώπινες σχέσεις διαμορφώνονται από αυτόν και ταυτοχρόνως έχουν τη δύναμη να αναδιαμορφώνουν τον εγκέφαλό μας (Cozolino,2014, Decety,2020, από Μυλωνάκου-Κεκέ,2021,σ.470). Ο όρος «κοινωνικός εγκέφαλος» αναφέρεται στη συλλογή νευρωνικών μηχανισμών και δικτύων που εμπλέκονται στην επεξεργασία και κατανόηση κοινωνικών πληροφοριών, καθώς και στη ρύθμιση κοινωνικών συμπεριφορών και αλληλεπιδράσεων. Με άλλα λόγια, είναι το μέρος του εγκεφάλου που μας βοηθά να πλοηγηθούμε στον περίπλοκο κόσμο των κοινωνικών σχέσεων, των συναισθημάτων και της επικοινωνίας. Η έννοια του κοινωνικού εγκεφάλου έχει τις ρίζες της στην ιδέα ότι οι άνθρωποι είναι εγγενώς κοινωνικά όντα και ότι η ικανότητά μας να αλληλεπιδρούμε και να συνεργαζόμαστε με άλλους έχει διαδραματίσει κρίσιμο ρόλο στην εξελικτική μας επιτυχία. Ως αποτέλεσμα, ο εγκέφαλός μας έχει αναπτύξει εξειδικευμένες περιοχές και δίκτυα που είναι αφιερωμένα στην επεξεργασία κοινωνικών πληροφοριών. Μερικά βασικά συστατικά του κοινωνικού εγκεφάλου περιλαμβάνουν:

- **Σύστημα Mirror Neuron:** Αυτό το σύστημα, που ανακαλύφθηκε τη δεκαετία του 1990, αποτελείται από νευρώνες που πυροδοτούνται τόσο όταν ένα άτομο εκτελεί μια συγκεκριμένη ενέργεια όσο και όταν παρατηρεί κάποιον άλλο να εκτελεί την ίδια ενέργεια. Αυτό το σύστημα θεωρείται σημαντικό για την κατανόηση και τη μίμηση των πράξεων, των συναισθημάτων και των προθέσεων των άλλων.
- **Θεωρία του Νου:** Αυτό αναφέρεται στην ικανότητα απόδοσης ψυχικών καταστάσεων όπως πεποιθήσεις, επιθυμίες και προθέσεις στον εαυτό και στους άλλους. Μας βοηθά να καταλάβουμε ότι οι άλλοι έχουν σκέψεις και συναισθήματα που μπορεί να διαφέρουν από τα δικά μας. Οι περιοχές που σχετίζονται με τη θεωρία του νου βρίσκονται κυρίως στον προμετωπιαίο φλοιό.

- **Επεξεργασία συναισθημάτων:** Διάφορες περιοχές του εγκεφάλου, συμπεριλαμβανομένης της αμυγδαλής και του πρόσθιου κυκλικού φλοιού, εμπλέκονται στην επεξεργασία των συναισθημάτων, τόσο στον εαυτό μας όσο και στους άλλους. Αυτό μας επιτρέπει να αντιλαμβανόμαστε και να ανταποκρινόμαστε σε συναισθηματικές ενδείξεις στις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις.
- **Ενσυναίσθηση:** Η ενσυναίσθηση περιλαμβάνει την κατανόηση και το μοίρασμα των συναισθημάτων των άλλων. Διαφορετικές πτυχές της ενσυναίσθησης, όπως η γνωστική ενσυναίσθηση (κατανόηση των συναισθημάτων των άλλων) και η συναισθηματική ενσυναίσθηση (συναίσθημα των συναισθημάτων των άλλων), υποστηρίζονται από διάφορες περιοχές του εγκεφάλου, συμπεριλαμβανομένης της πρόσθιας νησίδας και του πρόσθιου περιφερικού φλοιού.
- **Κοινωνική αντίληψη:** Περιοχές του εγκεφάλου, όπως η περιοχή του ατρακτοειδούς προσώπου και η άνω κροταφική αύλακα, εμπλέκονται στην αναγνώριση προσώπων, στην ερμηνεία των εκφράσεων του προσώπου και στην κατανόηση της γλώσσας του σώματος, τα οποία είναι απαραίτητα για την ακριβή αντίληψη και ερμηνεία των κοινωνικών ενδείξεων.
- **Κοινωνική λήψη αποφάσεων:** Το σύστημα ανταμοιβής του εγκεφάλου, το οποίο περιλαμβάνει περιοχές όπως το κοιλιακό ραβδωτό σώμα, εμπλέκεται στην επεξεργασία ανταμοιβών και τιμωριών. Αυτές οι περιοχές διαδραματίζουν ρόλο στη λήψη κοινωνικών αποφάσεων, συμπεριλαμβανομένων των επιλογών που σχετίζονται με τη συνεργασία, την εμπιστοσύνη και τη δικαιοσύνη.
- **Κοινωνική μνήμη:** Περιοχές του εγκεφάλου όπως ο ιππόκαμπος είναι υπεύθυνες για το σχηματισμό και την ανάκτηση αναμνήσεων, συμπεριλαμβανομένων εκείνων που σχετίζονται με κοινωνικές αλληλεπιδράσεις και σχέσεις.

Συνολικά, ο κοινωνικός εγκέφαλος είναι ένα δίκτυο διασυνδεδεμένων περιοχών που συνεργάζονται για να επιτρέψουν στους ανθρώπους να περιηγηθούν στις περιπλοκές των κοινωνικών αλληλεπιδράσεων, να χτίσουν σχέσεις και να κατανοήσουν τα συναισθήματα και τις προθέσεις των άλλων. Αυτή η έννοια μελετάται σε διάφορους κλάδους, συμπεριλαμβανομένης της ψυχολογίας, της νευροεπιστήμης, της ανθρωπολογίας και της κοινωνιολογίας, για να αποκτήσει καλύτερη κατανόηση της ανθρώπινης κοινωνικής συμπεριφοράς και γνώσης.

Ο κοινωνικός εγκέφαλος παίζει θεμελιώδη ρόλο στη διαμόρφωση της κοινωνικής μας ζωής, επηρεάζοντας τις σκέψεις, τα συναισθήματα, τις συμπεριφορές και τις

αλληλεπιδράσεις μας με διάφορους τρόπους. Έτσι ο κοινωνικός εγκέφαλος επηρεάζει την κοινωνική μας ζωή:

- **Συναίσθημα και Ενσυναίσθηση:** Ο κοινωνικός εγκέφαλος μας επιτρέπει να αντιλαμβανόμαστε και να κατανοούμε τα συναισθήματα των άλλων, ενισχύοντας την ενσυναίσθηση. Αυτό μας δίνει τη δυνατότητα να συνδεόμαστε συναισθηματικά με τους άλλους, να παρέχουμε παρηγοριά και να προσφέρουμε υποστήριξη σε περιόδους χαράς, λύπης ή στενοχώριας.
- **Κοινωνικός Δεσμός:** Ο κοινωνικός εγκέφαλος είναι ζωτικής σημασίας για τη δημιουργία και τη διατήρηση κοινωνικών δεσμών. Μας βοηθά να αναγνωρίσουμε οικεία πρόσωπα, να χτίσουμε εμπιστοσύνη και να δημιουργήσουμε στενές σχέσεις που παρέχουν συναισθηματική υποστήριξη και αίσθηση του ανήκειν.
- **Επικοινωνία:** Οι κοινωνικές περιοχές του εγκεφάλου εμπλέκονται στην κατανόηση των λεκτικών και μη λεκτικών ενδείξεων, επιτρέποντας την αποτελεσματική επικοινωνία. Ερμηνεύουμε τον τόνο της φωνής, τις εκφράσεις του προσώπου και τη γλώσσα του σώματος, ενισχύοντας την ποιότητα των αλληλεπιδράσεών μας.
- **Κοινωνική αντίληψη:** Ο κοινωνικός εγκέφαλος μας βοηθά να αξιολογήσουμε με ακρίβεια τις προθέσεις και τα κίνητρα των άλλων, επιτρέποντάς μας να πλοηγηθούμε σε κοινωνικές καταστάσεις και να λάβουμε τεκμηριωμένες αποφάσεις σχετικά με το ποιον να εμπιστευτούμε και πώς να ανταποκριθούμε.
- **Συνεργασία και Συνεργασία:** Ο κοινωνικός εγκέφαλος προάγει τη συνεργασία και τη συνεργασία, επιτρέποντάς μας να κατανοήσουμε τις προοπτικές των άλλων, να εργαστούμε μαζί για κοινούς στόχους και να μοιραστούμε πόρους για αμοιβαίο όφελος.
- **Επίλυση συγκρούσεων:** Ο κοινωνικός εγκέφαλος συμβάλλει στην επίλυση συγκρούσεων δίνοντάς μας τη δυνατότητα να συμπάσχουμε με τους άλλους, να διαπραγματευόμαστε τις διαφορές και να βρίσκουμε λύσεις που είναι αποδεκτές από όλα τα εμπλεκόμενα μέρη.
- **Κοινωνικοί κανόνες και πολιτισμός:** Ο κοινωνικός εγκέφαλος μας βοηθά να μάθουμε και να εσωτερικεύσουμε κοινωνικούς κανόνες, αξίες και πολιτισμικές προσδοκίες. Αυτό καθοδηγεί τη συμπεριφορά μας σε διαφορετικά κοινωνικά πλαίσια και διασφαλίζει ότι οι ενέργειές μας ευθυγραμμίζονται με τα κοινωνικά πρότυπα.

- **Κοινωνικές ιεραρχίες:** Ο κοινωνικός εγκέφαλος μας βοηθά να αναγνωρίσουμε και να πλοηγηθούμε στις κοινωνικές ιεραρχίες, κατανοώντας τη θέση μας σε σχέση με τους άλλους και προσαρμόζοντας τη συμπεριφορά μας ανάλογα.
- **Κοινωνική Μάθηση:** Ο κοινωνικός εγκέφαλος μας επιτρέπει να μαθαίνουμε από την παρατήρηση και την αλληλεπίδραση με τους άλλους. Παραλαμβάνουμε νέες συμπεριφορές, δεξιότητες και πληροφορίες μέσω κοινωνικών αλληλεπιδράσεων, συμβάλλοντας στην προσωπική μας ανάπτυξη και εξέλιξη.
- **Ανθεκτικότητα και ευημερία:** Οι ισχυρές κοινωνικές συνδέσεις που υποστηρίζονται από έναν κοινωνικό εγκέφαλο που λειτουργεί καλά συνδέονται με μεγαλύτερη ψυχολογική ανθεκτικότητα και γενική ευημερία. Η κοινωνική υποστήριξη προστατεύει από το άγχος και παρέχει συναισθηματική άνεση σε δύσκολες στιγμές.
- **Μοναξιά και απομόνωση:** Η εξασθενημένη κοινωνική λειτουργία του εγκεφάλου ή η έλλειψη κοινωνικής αλληλεπίδρασης μπορεί να οδηγήσει σε συναισθήματα μοναξιάς και απομόνωσης. Η ικανότητα του κοινωνικού εγκεφάλου να μας συνδέει με άλλους είναι απαραίτητη για τη διατήρηση της ψυχικής υγείας και της αίσθησης σύνδεσης.
- **Πολιτισμική και Κοινωνική Ταυτότητα:** Ο κοινωνικός εγκέφαλος επηρεάζει τον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβανόμαστε τη δική μας ταυτότητα και την ταυτότητα των άλλων στο πλαίσιο του πολιτισμού και των κοινωνικών ομάδων. Διαμορφώνει την αίσθηση του εαυτού μας και του ανήκειν.

Ουσιαστικά, ο κοινωνικός εγκέφαλος στηρίζει την ικανότητά μας να πλοηγούμαστε στις πολυπλοκότητες της κοινωνικής ζωής. Μας επιτρέπει να κατανοούμε, να συνδεόμαστε και να σχετιζόμαστε με τους άλλους, συμβάλλοντας στον πλούτο των σχέσεών μας και στη συνολική ποιότητα των κοινωνικών μας εμπειριών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Κοινωνική Παιδαγωγική

2.1 Οριοθέτηση της Κοινωνικής Παιδαγωγικής

Η Κοινωνική Παιδαγωγική συνδέθηκε από τη δημιουργίας της κιόλας, σε όλον τον κόσμο, με συλλογικές προσπάθειες προσώπων και ομάδων για την αντιμετώπιση προβληματικών καταστάσεων μέσα από τη μαχητική και δυναμική επιδίωξη για βελτίωση και αλλαγή. Πρόκειται για μια προβληματο-κεντρική επιστήμη που ονοματοδοτήθηκε το 1844 στη Γερμανία, όταν ο παιδαγωγός Karl Mager ανέφερε τον όρο «Κοινωνική Παιδαγωγική» για πρώτη φορά στο έργο του (Μυλωνάκου-Κεκέ, 2021,σ.26).

Ο Mager πίστευε (όπως αναφέρεται στο Μυλωνάκου-Κεκέ, 2021,σ.26) ότι κάθε Κοινωνικοπαιδαγωγική προσπάθεια θα πρέπει να περιλαμβάνει τουλάχιστον ως αφετηρία την κοινωνική κριτική και την κοινωνική δικαιοσύνη, ως επιδίωξη τη δέσμευση της κοινωνίας για την εκπαιδευτική και κοινωνική βελτίωση και αλλαγή όπου θα έχει ως αποδέκτες όλους τους ανθρώπους. Τέλος ως στόχο θα έχει τη δυνατότητα εκπαίδευσης και μόρφωσης κάθε μέλους της κοινωνίας καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής του, με σκοπό την αυτοπραγμάτωση, την προσωπική και κοινωνική ευημερία του. Σύμφωνα με τον Karl Mager η επιστήμη αυτή έχει ως αφετηρία την κοινωνική κριτική και την κοινωνική δικαιοσύνη και στην ουσία μέσα από την ανάληψη οργανωμένης και συστηματικής δράσης , υλοποιεί τη δέσμευση της κοινωνίας, με στόχο την εκπαιδευτική και κοινωνική βελτίωση και αλλαγή για όλους τους ευπαθείς μειονεκτούσες και αδικημένες ομάδες και πρόσωπα (Buchkremer,2009, Μυλωνάκου-Κεκέ,2003,2013 στο Μυλωνάκου-Κεκέ, 2021,σ.44).

Την ίδια περίοδο ο Παιδαγωγός Friedrich Adolph Diesterweg υποστήριξε ότι κάθε εκπαιδευτικό σύστημα θα πρέπει να συγκροτείται και να λειτουργεί σύμφωνα με τις αρχές τις Κοινωνικής Παιδαγωγικής, να αναδεικνύει και να επιδιώκει την κοινωνική δικαιοσύνη, την κοινωνική υπευθυνότητα και τις δημοκρατικές αρχές. Ακόμα υποστήριζε πως κάθε εκπαιδευτικό σύστημα θα πρέπει να εκπαιδεύει και να διαπαιδαγωγεί όλα τα άτομα και τις ομάδες χωρίς διακρίσεις και δια βίου, ώστε να αποκτήσουν τη διάθεση και τη δυνατότητα να εξελίσσονται διαρκώς, καθώς και να επιφέρουν κοινωνικούς μετασχηματισμούς και αλλαγές, με απώτερο στόχο τη φροντίδα και την υποστήριξη των άλλων, την κοινωνική χειραφέτηση και την

ανεξαρτητοποίηση και την προσωπική και κοινωνική ολοκλήρωσή τους (Μυλωνάκου-Κεκέ, 2021,σ.26-27).

Τον 19^ο αιώνα, μέσα σε ένα πρωτοποριακό για την εποχή αξιακο-ιδεολογικο-πολιτικό πλαίσιο, γεννήθηκε η Κοινωνική Παιδαγωγική. Έως και σήμερα αρχικό της όραμα της κοινωνικής δικαιοσύνης, της κοινωνικής συμμετοχής, της κοινωνικής υπευθυνότητας, του κοινωνικού μετασχηματισμού, της δημοκρατικής εκπαίδευσης, της δια βίου εκπαίδευσης και μάθησης, της προσωπικής και κοινωνικής ευημερίας και ολοκλήρωσης, της εκπαιδευτικής και κοινωνικής βελτίωσης και αλλαγής, διαποτίζει και ισχυροποιεί κάθε κοινωνικοπαιδαγωγικό έργο, σε όλον τον κόσμο. Η Κοινωνική Παιδαγωγική, λοιπόν, εξελίχθηκε και αναπτύχθηκε συνδεδεμένη ιστορικά με σημαντικές μαχητικές προσπάθειες ατόμων και ομάδων που από κοινού οραματίστηκαν, θεωρητικοποίησαν και στη συνέχεια πραγματοποίησαν το κοινό τους όραμα αναλαμβάνοντας πρωτοβουλίες, ευθύνες και δράσεις για να κάνουν πράξη τις ιδέες τους και τελικά να συνεισφέρουν στην αναμόρφωση του κοινωνικού και του εκπαιδευτικού συστήματος, ενώ ταυτόχρονα αναπτύσσονταν και βελτιώνονταν ατομικά και συλλογικά (Μυλωνάκου-Κεκέ, 2021,σ.27-28).

Η Κοινωνική Παιδαγωγική αποτελεί μια επιστήμη με ισχυρή θεωρητική, επιστημολογική και μεθοδολογική ταυτότητα και ευρύτατο πεδίο ερευνητικών κατευθύνσεων και εφαρμογών στο πεδίο. (Μυλωνάκου-Κεκέ, 2021,σ.28). Ο ρόλος της Κοινωνικής Παιδαγωγικής είναι ιδιαίτερος σημαντικός για την προσαρμογή , επιβίωση, εξέλιξη, ανάπτυξη, πρόοδο και ευημερία όλων των ατόμων, καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής τους (Μυλωνάκου-Κεκέ, 2021,σ.29).

Προκειμένου να αντιμετωπίσει την εγγενή πολυπλοκότητα αυτών των ζητημάτων, και να υποστηρίξει τις δράσεις που είναι απαραίτητες για την ενεργό και αποτελεσματική παρέμβασή της στην επίλυση των προβλημάτων, συνδέει διάφορες επιστήμες και επιστημονικά πεδία με τα οποία αναπτύσσει "διεπιστημονικές συνέργειες". Αυτός ο ισχυρός διεπιστημονικός χαρακτήρας, της δίνει την δυνατότητα να αξιοποιεί, να εφαρμόζει, να επαναπροσδιορίζει και να αναθέτει θεωρίες και μεθόδους, που αναπτύχθηκαν σε άλλους επιστημονικούς χώρους. Η Κοινωνική Παιδαγωγική προσφέρει έναν ιδιαίτερο και μεθοδολογικό τρόπο σκέψης και σε πρακτικό επίπεδο ένα σύνολο οργανωμένων παιδαγωγικών δράσεων και επιδιώκουν να επηρεάσουν και να αλλάξουν τους κοινωνικούς και εκπαιδευτικούς μηχανισμούς,

κυρίως μέσα από την παρέμβαση και την πρόληψη, στην καθημερινή ζωή των ανθρώπων η οποία διαμορφώνεται πλέον από μια διαρκή άυξηση της αβεβαιότητας και της ανασφάλειας. Με αυτή τη λογική υποστηρίζει με διαρκή και συστηματικό τρόπο προσπάθειες που ενισχύουν και διευρύνουν τόσο τον κοινωνικό ρόλο της εκπαίδευσης όσο και τις εκπαιδευτικές δυνατότητες της κοινωνίας. (Μυλωνάκου-Κεκέ, 2021,σ.30-31). Σύμφωνα με τον Mollenhauer η Κοινωνική Παιδαγωγική έχει ως αποδέκτες όλους τους ανθρώπους, ασκείται καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής τους και αποσκοπεί στην ηθική και κοινωνική τους ανάπτυξη. Επιπλέον υποστηρίζει πως η Κοινωνική Παιδαγωγική επιδιώκει την ενδυνάμωση, υποστήριξη και ανάπτυξη της προσωπικότητας του ατόμου, ώστε να καθίσταται ικανό να αντιμετωπίζει τα προβλήματά του, καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής του (Μυλωνάκου-Κεκέ, 2021,σ.103).

Οι συμμετέχοντες αναστοχάζονται, κάνουν κριτικές αναλύσεις καταστάσεων και επιδιώκουν βελτιωτικές αλλαγές. Με κοινό όραμα, τη συστημική δράση στο πεδίο και τη συνεχή ανταπόκριση σε όλες τις φάσεις του κοινωνικοπαιδαγωγικού προγράμματος, τα αποτελέσματα συνήθως είναι εποικοδομητικά (Μυλωνάκου-Κεκέ, 2021, σ.456). Φυσικά όταν αναφέρουμε τον όρο "συμμετέχοντες" εννοούμε και τους κοινωνικούς παιδαγωγούς, οι οποίοι στηρίζονται σε συγκεκριμένες αξίες, αρχές και φιλοδοξίες και προτεραιότητες. Κάποιες από αυτές είναι η χρήση της θεωρίας, του κριτικού αναστοχασμού και της αυτογνωσίας για να διαμορφωθεί καταλλήλως η πρακτική όπως και ο αγώνας για θετική αλλαγή για τα άτομα, τις ομάδες, τις οικογένειες και τις κοινότητες, βασιζόμενοι πάντα στην συνειδητοποίηση ότι η πρακτική επηρεάζεται από πολιτικά, κοινωνικά και πολιτισμικά πλαίσια, καθώς και από ατομικές διαφορές. Ακόμα γίνεται προσπάθεια ανάπτυξης αυθεντικών και αξιόπιστων σχέσεων καθώς θεωρείται σημαντική η σπουδαιότητα της συνεργασίας με τους άλλους, με τρόπους που συνάδουν με τις αξίες και τις πεποιθήσεις ενός παιδαγωγού, αφού κατά αυτόν τον τρόπο διαμορφώνεται και το κοινωνικοπαιδαγωγικό ήθος (Μυλωνάκου-Κεκέ, 2021,σ.191). Η θεωρία με την πράξη σε ένα κοινωνικοπαιδαγωγικό πλαίσιο βρίσκονται σε συνεχή αλληλόδραση και συνεχώς τροφοδοτείται και τροφοδοτεί η μία την άλλη, δημιουργώντας μια συνύπαρξη που γίνεται ενότητα και στο τέλος δεν διακρίνεται εύκολα η θεωρία από την πράξη (Μυλωνάκου-Κεκέ, 2021,σ.413).

Καταλήγουμε λέγοντας πως η Κοινωνική Παιδαγωγική αποτελεί μια επιστήμη με ισχυρή θεωρητική, επιστημολογική και μεθοδολογική ταυτότητα και ευρύ πεδίο ερευνητικών κατευθύνσεων και εφαρμογών στο πεδίο. Βρίσκεται σε διαρκή μετεξέλιξη με ενεργό ρόλο στην αντιμετώπιση παιδαγωγικών και κοινωνικών προβλημάτων, συνεκτιμώντας εκπαιδευτικές, κοινωνικές, ψυχολογικές, γνωστικές και πολιτισμικές παραμέτρους, οι οποίες διαμορφώνουν τις εκάστοτε προτεραιότητες και στρατηγικές της (Μυλωνάκου-Κεκέ, 2021, σ.28).

2.2 Θεμελιώδεις κοινωνικοπαιδαγωγικές διαστάσεις

Σύμφωνα με την Μυλωνάκου – Κεκέ (2021, σ.359-361) η Κοινωνική Παιδαγωγική παρά το ευρύ πεδίο εφαρμογής της, έχει ορισμένες κοινές αλληλεπιδρούσες θεωρητικές, επιστημολογικές και μεθοδολογικές διαστάσεις και ορισμένους κοινωνικούς άξονες. Αυτές οι θεμελιώδεις διαστάσεις της Κοινωνικής Παιδαγωγικής, μεταξύ τους αλληλοσχετίζονται και αλληλεπιδρούν και συνυπάρχουν μιας και συνδυάζουν τη θεωρία, την επιστημολογία και τη μεθοδολογία. Οι διαστάσεις αυτές είναι οι εξής:

1. **Η προβληματο-κεντρική θεώρηση**, όπου κάθε ζήτημα που πρέπει να αντιμετωπιστεί έχω ως αφετηρία ένα πρόβλημα
2. **Η ενότητα Θεωρίας και Πράξης**, όπου η συνεχής αλληλεπίδραση της θεωρίας με την πράξη οδηγεί στη λειτουργική τους συνύπαρξη για την αντιμετώπιση του προβλήματος που εξετάζεται.
3. **Οι ολιστικές – συστημικές προσεγγίσεις**, όπου εξαιτίας της εγγενούς πολυπλοκότητας των απρόβλεπτων ζητημάτων που αντιμετωπίζει η Κοινωνική Παιδαγωγική, απαιτεί την αξιοποίηση της Συστημικής Επιστήμης για την αντιμετώπισή τους.
4. **Οι διεπιστημονικές προσεγγίσεις**, όπου η Κοινωνική Παιδαγωγική δημιουργεί διεπιστημονικές συνέργειες με πολλές άλλες επιστήμες και συνδυάζει όλες τις επιστημολογικές και μεθοδολογικές δυνατότητες που αυτές προσφέρουν.
5. **Η ύπαρξη ενός κοινού οράματος**, όπου ενεργοποιεί και καθοδηγεί τους εμπλεκόμενους στον σχεδιασμό, της οργάνωση και τη δράση.

6. **Η συστηματική επιδίωξη για βελτίωση και αλλαγή**, όπου επιδιώκεται η βελτίωση των προβλημάτων και ταυτόχρονα η ανάπτυξη των ατόμων.
7. **Η ενεργός συμμετοχή και η οργανωμένη συλλογική και συνεργατική δράση στο πεδίο.**
8. **Ο ισχυρά προληπτικός και μαχητικά παρεμβατικός ρόλος**, που σημαίνει παρέμβαση στο πεδίο δράσης και ανάπτυξη οργανωμένης πρόληψης για τη δημιουργία μηχανισμών πρόληψης εμφάνισης των προβλημάτων.
9. **Η διαρκής κριτική και αναστοχαστική διαδικασία.**
10. **Η συστηματική συνεργατική και μετασχηματιστική μάθηση**, όπου περιλαμβάνει συμμετοχική διεύρυνση, αξιοποίηση συλλογικών δεξιοτήτων, επαναξιολόγηση και ανανοηματοδότηση των γνώσεων.
11. **Η ενθάρρυνση και η ανάπτυξη της δημιουργικότητας και της συν-δημιουργίας νέας γνώσης.**
12. **Το κοινωνικοπαιδαγωγικό ήθος και η κοινωνικοπαιδαγωγική κουλτούρα.**

2.3 Κοινωνική Παιδαγωγική και Κοινωνική Νευροεπιστήμη

Η Κοινωνική Παιδαγωγική, όπως προαναφέραμε, επέδειξε ιδιαίτερη ευαισθησία και προσαρμοσε τους στόχους και τις δράσεις της στις εκάστοτε γεωγραφικές, εκπαιδευτικές, ιστορικές, κοινωνικές, πολιτισμικές συνθήκες μέσα στις οποίες αναπτύχθηκε και με τις οποίες συνδιαμορφώθηκε (Μυλωνάκου-Κεκέ, 2021, σ.28). Η Κοινωνική Παιδαγωγική είναι μια εκπαιδευτική προσέγγιση που εστιάζει στην ολιστική και ολιστική ανάπτυξη μέσα σε κοινωνικά πλαίσια. Στοχεύει στην προώθηση της ευημερίας και της προσωπικής ανάπτυξης των ατόμων, ενισχύοντας τις κοινωνικές, συναισθηματικές, γνωστικές και πρακτικές τους δεξιότητες. Ασχολείται με ένα ευρύ φάσμα θεμάτων, εστιάζοντας τόσο σε θεωρητική όσο και πρακτική προσέγγιση, μέσω παρέμβασης και κυρίως μέσω πρόληψης (Stephens, 2013). Συχνά δίνει έμφαση στη μάθηση μέσω ουσιαστικών και διαδραστικών εμπειριών, ομαδικών δραστηριοτήτων και εστίασης στην αυτονομία και τη δράση του ατόμου. Στο πλαίσιο της Κοινωνικής Παιδαγωγικής, οι εκπαιδευτικοί λειτουργούν ως διευκολυντές που δημιουργούν υποστηρικτικά περιβάλλοντα μάθησης και ευκαιρίες για τα άτομα να αναπτύξουν κοινωνικές δεξιότητες, αυτογνωσία και αίσθημα ευθύνης. Αυτή η προσέγγιση

χρησιμοποιείται συνήθως στην κοινωνική εργασία, τη φροντίδα των παιδιών και την εκπαίδευση, ειδικά σε χώρες όπως η Γερμανία, η Δανία και η Ολλανδία (Kornbeck & Rosendal, 2012).

Ο διεπιστημονικός χαρακτήρας της Κοινωνικής Παιδαγωγικής της επιτρέπει να αξιοποιεί, να εφαρμόζει, να επαναπροσδιορίζει και να ανασυνθέτει θεωρίες και μεθόδους που αναπτύχθηκαν σε άλλους επιστημονικούς χώρους. Βρίσκεται σε διαρκή αλληλεπίδραση με επιστήμες και επιστημονικά πεδία, δηλαδή τροφοδοτείται αλλά και τα τροφοδοτεί και έτσι αναπτύσσει "διεπιστημονικές συνέργειες" (Μυλωνάκου-Κεκέ. 2021,σ.378).

Η Κοινωνική Νευροεπιστήμη αναπτύσσει ισχυρές διεπιστημονικές συνέργειες με την Κοινωνική Παιδαγωγική. Η συνεργασία της Κοινωνικής Νευροεπιστήμης και της Κοινωνικής Παιδαγωγικής μπορεί να προσφέρει μια βαθύτερη κατανόηση του τρόπου με τον οποίο οι κοινωνικές αλληλεπιδράσεις και τα εκπαιδευτικά περιβάλλοντα επηρεάζουν την ανάπτυξη του εγκεφάλου, τη μάθηση και την ευημερία. Συνδυάζοντας γνώσεις από την Κοινωνική Νευροεπιστήμη με τις αρχές της Κοινωνικής Παιδαγωγικής, οι εκπαιδευτικοί και οι επαγγελματίες μπορούν να σχεδιάσουν πιο αποτελεσματικές παρεμβάσεις και εκπαιδευτικές στρατηγικές. Για παράδειγμα, η κατανόηση των νευρικών μηχανισμών πίσω από την ενσυναίσθηση και τη συναισθηματική ρύθμιση μπορεί να πληροφορήσει στρατηγικές για τη διδασκαλία παιδιών και ενηλίκων πώς να περιηγούνται σε περίπλοκες κοινωνικές καταστάσεις και να διαχειρίζονται τα συναισθήματά τους. Οι κοινωνικοί παιδαγωγοί μπορούν να χρησιμοποιήσουν αυτή τη γνώση για να δημιουργήσουν υποστηρικτικά περιβάλλοντα που ενισχύουν τις κοινωνικές δεξιότητες και τη συναισθηματική νοημοσύνη των ατόμων.

Επιπλέον, οι γνώσεις από την Κοινωνική Νευροεπιστήμη μπορούν να βοηθήσουν τους εκπαιδευτικούς να προσαρμόσουν τις μεθόδους διδασκαλίας τους για να ευθυγραμμιστούν με τον τρόπο με τον οποίο ο εγκέφαλος επεξεργάζεται τις κοινωνικές πληροφορίες και εμπλέκεται στη συνεργατική μάθηση. Με την ενσωμάτωση διαδραστικών δραστηριοτήτων, ομαδικών συζητήσεων και βιωματικής μάθησης σε εκπαιδευτικά περιβάλλοντα, οι επαγγελματίες μπορούν να προωθήσουν καλύτερα την κοινωνική ανάπτυξη και τη γνωστική ανάπτυξη. Συνοψίζοντας, ο συνδυασμός Κοινωνικής Νευροεπιστήμης και Κοινωνικής Παιδαγωγικής έχει τη δυνατότητα να δημιουργήσει μια πιο ολοκληρωμένη και αποτελεσματική προσέγγιση στην εκπαίδευση και την προσωπική ανάπτυξη. Κατανοώντας το νευρικό υπόβαθρο

των κοινωνικών συμπεριφορών και ενσωματώνοντας αυτές τις ιδέες σε εκπαιδευτικές πρακτικές, μπορούμε να υποστηρίξουμε καλύτερα τα άτομα να γίνουν κοινωνικά ικανά, συναισθηματικά ανθεκτικά και καλά στρογγυλεμένα άτομα (Eriksson, 2010).

Με τα παραπάνω αντιλαμβανόμαστε την διεπιστημονικότητα, την επιστημονική συνέργεια δηλαδή που προκύπτει από την Κοινωνική Παιδαγωγική και την Κοινωνική Νευροεπιστήμη. Οι βασικές αρχές και οι μεθοδολογίες αυτών των επιστημονικών πεδίων διασταυρώνονται, προσδιορίζονται, οργανώνονται γύρω από ένα ζήτημα και αναδιατυπώνονται σε ένα υψηλότερο επίπεδο. Σε αυτό το επίπεδο συνεργάζονται και συντονίζονται σε μια συνδυασμένη λειτουργία από την οποία αναδύεται το νέο σύνθετο-διεπιστημονικό πεδίο. Από το νέο διεπιστημονικό πεδίο προκύπτουν και νέες μεθοδολογικές προσεγγίσεις. (Μυλωνάκου-Κεκέ. 2021,σ.373). Η Κοινωνική Παιδαγωγική ως μία «προβληματο-κεντρική» επιστήμη από τη δημιουργία της, είναι προσανατολισμένη στο να κάνει πράξη τη θεωρία της μέσα από οργανωμένες και συστηματικές δράσεις. Με αυτό ως δεδομένο, επιδιώκει να αντιμετωπίσει αποτελεσματικά το εκάστοτε εξεταζόμενο πρόβλημα, αξιοποιώντας πολλές επιστήμες και επιστημονικά πεδία, τα οποία δεν συνυπάρχουν απλώς ή αλληλεπιδρούν μόνο, αλλά μέσα από συνεχείς «διαλεκτικές συνέργειες» ενοποιούνται και αναδημιουργούν, σε ένα υπερκείμενο επίπεδο, μια νέα επιστημολογική «οντότητα» με πολλές μεθοδολογικές, ερευνητικές και πρακτικές δυνατότητες (Μυλωνάκου-Κεκέ. 2021,σ. 379).

2.4 Κοινωνική Παιδαγωγική και Ηλικιωμένοι

Η Κοινωνική Παιδαγωγική απευθύνεται και ενδιαφέρεται για όλους τους ανθρώπους, καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής τους. Μέσα σε αυτό το πλαίσιο, τα κοινωνικοπαιδαγωγικά προγράμματα αναπτύσσονται και εφαρμόζονται σε όλα τα ηλικιακά φάσματα, σε διαφορετικούς πληθυσμούς και κουλτούρες (Μυλωνάκου-Κεκέ. 2021,σ.120). Η επιστήμη αυτή δεν περιορίζεται μόνο στη σχολική ζωή, αλλά αποδίδει ιδιαίτερη έμφαση στην προσωπική ανάπτυξη, στην πρόοδο και στην προσωπική και κοινωνική ευημερία όλων των ατόμων καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής τους. Με τον όρο ευημερία δεν εννοείται η υλική, αλλά η προσωπική και κοινωνική ευημερία, όπως η ικανοποίηση και η χαρά που βιώνει ένα άτομο στη ζωή του, η ικανότητα να

αντιμετωπίζει με θετική διάθεση, αισιοδοξία, ενδιαφέρον και ενεργητικότητα τα διάφορα ζητήματα της καθημερινότητάς του (Μυλωνάκου-Κεκέ. 2013,2016, όπως αναφέρεται στο Μυλωνάκου-Κεκέ. 2021,σ.332).

Ο παιδαγωγικός χαρακτήρας της Κοινωνικής Παιδαγωγικής συνδέεται με την επιδίωξη της ευημερίας και της ολόπλευρης ανάπτυξης του ατόμου ενώ ο κοινωνικός χαρακτήρας της αφορά την επιδίωξη των θετικών σχέσεων του ατόμου με τους άλλους, τις ομάδες, την κοινότητα κ.λπ. (Μυλωνάκου-Κεκέ, 2013, 2019).

Στη συνέχεια αναφέρονται τρόποι (Kern, 2012, Eriksson 2010). με τους οποίους η Κοινωνική Παιδαγωγική μπορεί να βοηθήσει τους ηλικιωμένους:

- ✓ **Προώθηση της ενεργούς συμμετοχής:** Η Κοινωνική Παιδαγωγική ενθαρρύνει τα ηλικιωμένα άτομα να συμμετέχουν ενεργά σε διάφορες δραστηριότητες, ενισχύοντας την αίσθηση του σκοπού και της εκπλήρωσης. Με τη συμμετοχή τους στη λήψη αποφάσεων και στον προγραμματισμό, βοηθά στη διατήρηση της αυτονομίας και της αξιοπρέπειάς τους.
- ✓ **Ενίσχυση της Κοινωνικής Ένταξης:** Η Κοινωνική Παιδαγωγική δίνει έμφαση στις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις και τις ομαδικές δραστηριότητες, οι οποίες μπορούν να μειώσουν τα συναισθήματα απομόνωσης και μοναξιάς μεταξύ των ηλικιωμένων. Μέσα από οργανωμένες συγκεντρώσεις, συζητήσεις και συνεργατικά έργα, τα ηλικιωμένα άτομα μπορούν να οικοδομήσουν ουσιαστικές σχέσεις με τους συνομηλίκους τους.
- ✓ **Ολιστική ευημερία:** Η Κοινωνική Παιδαγωγική υιοθετεί μια ολιστική προσέγγιση της ευημερίας, αντιμετωπίζοντας σωματικές, συναισθηματικές, γνωστικές και κοινωνικές πτυχές της ζωής των ατόμων. Αυτή η προσέγγιση μπορεί να οδηγήσει σε βελτίωση της συνολικής ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων.
- ✓ **Προώθηση της Δια Βίου Μάθησης:** Η Κοινωνική Παιδαγωγική υποστηρίζει τη συνεχή μάθηση καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής. Τα ηλικιωμένα άτομα μπορούν να συμμετέχουν σε εκπαιδευτικές δραστηριότητες, εργαστήρια και συζητήσεις που διεγείρουν το μυαλό τους, διατηρώντας τους πνευματικά ενεργούς και αφοσιωμένους.
- ✓ **Προώθηση της αλληλεπίδρασης μεταξύ των γενεών:** Η Κοινωνική Παιδαγωγική ενθαρρύνει τις αλληλεπιδράσεις μεταξύ διαφορετικών ηλικιακών ομάδων. Η συμμετοχή ηλικιωμένων σε έργα ή δραστηριότητες μεταξύ των

γενεών προωθεί την αμοιβαία κατανόηση και καταρρίπτει τα εμπόδια των γενεών.

- ✓ **Υποστήριξη της Αυτοέκφρασης και της Δημιουργικότητας:** Η δημιουργική έκφραση είναι σημαντική για τη συναισθηματική ευεξία. Η Κοινωνική Παιδαγωγική μπορεί να εμπλέξει τα ηλικιωμένα άτομα σε καλλιτεχνικές προσπάθειες, όπως η ζωγραφική, η μουσική ή η αφήγηση, επιτρέποντάς τους να εκφραστούν και να αξιοποιήσουν τη δημιουργικότητά τους.
- ✓ **Ενδυνάμωση και λήψη αποφάσεων:** Η Κοινωνική Παιδαγωγική εκτιμά τη συμβολή και τη δράση κάθε ατόμου. Τα ηλικιωμένα άτομα μπορούν να εμπλακούν σε διαδικασίες λήψης αποφάσεων που επηρεάζουν την καθημερινότητά τους, βοηθώντας τους να διατηρήσουν μια αίσθηση ελέγχου και αυτονομίας.
- ✓ **Οικοδόμηση μιας αίσθησης κοινότητας:** Η Κοινωνική Παιδαγωγική επικεντρώνεται στη δημιουργία της αίσθησης της κοινότητας και του ανήκειν. Τα ηλικιωμένα άτομα μπορούν να αποτελούν μέρος κοινωνικών κύκλων που προσφέρουν συναισθηματική υποστήριξη, αίσθηση του ανήκειν και ευκαιρίες να συμβάλλουν στην ευημερία των άλλων.
- ✓ **Προσαρμογή της Φροντίδας στις Ατομικές Ανάγκες:** Η Κοινωνική Παιδαγωγική δίνει έμφαση στην εξατομικευμένη φροντίδα και υποστήριξη. Οι επαγγελματίες που εργάζονται με ηλικιωμένους μπορούν να λαμβάνουν υπόψη τα μοναδικά ενδιαφέροντα, τις προτιμήσεις και τις ανάγκες τους όταν σχεδιάζουν δραστηριότητες και αλληλεπιδράσεις.
- ✓ **Προώθηση του προβληματισμού και της δημιουργίας νοήματος:** Η Κοινωνική Παιδαγωγική ενθαρρύνει τον αυτοστοχασμό και την εξερεύνηση των προσωπικών αξιών και νοημάτων. Αυτό μπορεί να είναι ιδιαίτερα σημαντικό για τους ηλικιωμένους, βοηθώντας τους να βρουν σκοπό και να κατανοήσουν τις εμπειρίες της ζωής τους.
- ✓ **Αντιμετώπιση ψυχικής υγείας και συναισθηματικών αναγκών:** Η Κοινωνική Παιδαγωγική παρέχει μια πλατφόρμα για την αντιμετώπιση των προκλήσεων ψυχικής υγείας που μπορεί να αντιμετωπίσουν τα ηλικιωμένα άτομα. Μέσα από ομαδικές συζητήσεις και υποστηρικτικά περιβάλλοντα, μπορούν να μοιραστούν τα συναισθήματά τους και να λάβουν ενσυναίσθηση από τους άλλους.

- ✓ **Ενεργοποιώντας περιβάλλοντα φιλικά προς την ηλικία:** Η εφαρμογή αρχών Κοινωνικής Παιδαγωγικής μπορεί να καθοδηγήσει το σχεδιασμό περιβαλλόντων που ευνοούν την κοινωνική αλληλεπίδραση, την κινητικότητα και την άνεση για τον ηλικιωμένο πληθυσμό

2.5 Κοινωνική Παιδαγωγική και Γερανταγωγική

Η Κοινωνική Παιδαγωγική απευθύνεται και ενδιαφέρεται για όλους τους ανθρώπους, καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής τους (Kornbeck & Rosendal, 2012). Η ολόπλευρη ανάπτυξη και εξέλιξη του ανθρώπου καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής του αποτελεί έναν από τους πρωταρχικούς στόχους της Κοινωνικής Παιδαγωγικής (Μυλωνάκου-Κεκέ. 2021,σ.325). Από τις απαρχές της συνδέθηκε με την κοινωνική κριτική, την κοινωνική δικαιοσύνη, την κοινωνική φροντίδα, τον σεβασμό της μοναδικότητας και της ετερότητας κάθε ατόμου, την κοινωνική και προσωπική ανάπτυξη και πρόοδο, την κοινωνική συμμετοχή, καθώς και την καλλιέργεια της υπευθυνότητας και την ανάληψη ευθυνών και συνεργατικών δράσεων στο πεδίο της κοινωνικής πραγματικότητας με προληπτικό και παρεμβατικό ρόλο (Μυλωνάκου-Κεκέ. 2021,σ.327).

Η Γερανταγωγική που είναι κλάδος της Κοινωνικής Παιδαγωγικής, προέρχεται από τον γερμανικό όρο “Gerontagogik” αναφέρεται στην ανάπτυξη και την εκπαίδευση των ηλικιωμένων. Η Κοινωνική Παιδαγωγική θεωρεί ότι οι ηλικιωμένοι άνθρωποι είτε ζουν με τις οικογένειές τους, είτε μόνοι τους, είτε σε ιδρύματα, έχουν ανάγκη μιας ιδιαίτερης και συστηματικής φροντίδας που δεν περιορίζεται στην ιατρική ή σε αυτή της περίθαλψης. Μια ιδιαίτερη φροντίδα για την Τρίτη ηλικία, με κυρίαρχη τη «παιδαγωγική» διάσταση, αποτελεί μια κοινωνικοπαιδαγωγική υπόθεση, η οποία γίνεται αντιληπτή ως τιμητική ευθύνη και μεγάλο χρέος (Μυλωνάκου-Κεκέ. 2021,σ.120). Ασχολείται με θέματα όπως η υγεία και το ευζωικό γήρας, η κοινωνική στήριξη, η άσκηση των δικαιωμάτων των ηλικιωμένων και η παροχή προγραμμάτων και δραστηριοτήτων που προάγουν την ενεργό γήρανση και την κοινωνική συμμετοχή των ηλικιωμένων. Ανάμεσα στους στόχους της Γερανταγωγικής είναι η ανάπτυξη προγραμμάτων για τους ηλικιωμένους ανθρώπους, που θα συντελέσουν:

- ✓ στην αξιοπρεπή τους διαβίωση και καθημερινότητα
- ✓ στη διατήρηση της σωματικής και πνευματικής τους απόδοσης

- ✓ στην ψυχολογική τους ευστάθεια και πληρότητα
- ✓ στην κατάκτηση και διατήρηση μιας ανεξάρτητης ζωής
- ✓ στην προώθηση και συνέχιση της μάθησής τους
- ✓ στη συστηματική διεύρυνση των ενδιαφερόντων τους
- ✓ στην ποιοτική αξιοποίηση του χρόνου τους
- ✓ στη δημιουργία συνθηκών θαλπωρής
- ✓ στην αποφυγή κάθε είδους αποκλεισμού
- ✓ στην ανάπτυξη και ενίσχυση των κοινωνικών τους σχέσεων (μεταξύ τους και με νεότερες ηλικίες)
- ✓ στην ενίσχυση της αντίληψης και η υλοποίηση αυτής της αντίληψης ότι είναι χρήσιμοι και πολύτιμοι για άλλους. (Μυλωνάκου-Κεκέ. 2021,σ.120-121).

Η Γερανταγωγική προσέγγιση ασχολείται με την αντιμετώπιση των ηλικιωμένων και την προώθηση της ευζωίας και της κοινωνικής συμμετοχής τους. Οι τρόποι αντιμετώπισης στο πλαίσιο της γεραντολογίας ποικίλουν ανάλογα με τις ανάγκες και τις προκλήσεις που αντιμετωπίζουν οι ηλικιωμένοι (Hämäläinen 2012). Ορισμένοι από τους τρόπους αντιμετώπισης στη γεραντολογία περιλαμβάνουν:

1. **Υγειονομική περίθαλψη:** Παρέχεται πρόληψη, διάγνωση και θεραπεία των ασθενειών και των προβλημάτων υγείας που επηρεάζουν τους ηλικιωμένους. Περιλαμβάνει την τακτική ιατρική παρακολούθηση, τη φαρμακευτική αγωγή, τη φυσικοθεραπεία και άλλες θεραπευτικές παρεμβάσεις.
2. **Κοινωνική στήριξη:** Προωθείται η κοινωνική συνδεσιμότητα και η ενσωμάτωση των ηλικιωμένων στην κοινότητα. Περιλαμβάνει την παροχή ψυχοκοινωνικής υποστήριξης, τη συμμετοχή σε κοινωνικές δραστηριότητες και τη σύσταση δικτύων υποστήριξης.
3. **Κατάλληλο περιβάλλον διαβίωσης:** Προσφέρεται μια ασφαλής και άνετη κατοικία για τους ηλικιωμένους. Περιλαμβάνει τη φροντίδα σε γηροκομεία, κατοικίες ευγηρίας, κοινοτικά κέντρα και άλλες μορφές μέριμνας για τους ηλικιωμένους.
4. **Ψυχαγωγία και δραστηριότητες:** Παρέχονται δραστηριότητες που ενθαρρύνουν τη σωματική, πνευματική και κοινωνική ενεργητικότητα των ηλικιωμένων. Περιλαμβάνει τη συμμετοχή σε χόμπι, παιχνίδια, κοινωνικές εκδηλώσεις και εκπαιδευτικά προγράμματα

5. **Διατροφή:** Επιδίωξη μιας υγιεινής και ισορροπημένης διατροφής για την πρόληψη ασθενειών και τη διατήρηση της γενικής ευεξίας των ηλικιωμένων.

Οι παραπάνω τρόποι αντιμετώπισης στοχεύουν στην προώθηση ενός υγιούς και ευτυχισμένου γήρατος, διατηρώντας την αξιοπρέπεια, την αυτονομία και την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων (Lieberman, 2007).

Συνοπτικά ανάμεσα στους στόχους της Γερανταγωγικής είναι η ανάπτυξη προγραμμάτων για τους ηλικιωμένους ανθρώπους που θα συμβάλουν στην αξιοπρεπή τους διαβίωση και καθημερινότητα, στην ψυχολογική τους ευστάθεια και πληρότητα, στη διατήρηση της σωματικής και πνευματικής τους απόδοσης, στην κατάκτηση μιας ανεξάρτητης ζωής, στην ποιοτική αξιοποίηση του χρόνου τους, στην αποφυγή κάθε είδους αποκλεισμού και στην ανάπτυξη και ενίσχυση των κοινωνικών τους σχέσεων (Μυλωνάκου-Κεκέ, 2021,σ.120-121). Στην Κοινωνική Παιδαγωγική οι ενσυναισθητικές διαδικασίες είναι μεθοδολογικά αξιοποιήσιμες για την αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση των ζητημάτων, συνδυάζοντας τη λογική κρίση με το συναίσθημα (Μυλωνάκου-Κεκέ, 2021,σ.323).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Κοινωνικότητα και Ψυχική Υγεία

Η κοινωνικότητα είναι η ικανότητα σύνδεσης με άλλα άτομα μέσα σε μία κοινωνία ή το να είσαι μέρος μιας ομάδας, αποτελεί ακρογωνιαίο λίθο της επιβίωσης του ανθρώπου και των ζώων (Cote, Dreiss & Clobert, 2008). Ένα σύμπλεγμα αλληλεπίδρασης βιολογικών (π.χ. ορμονικών και νευρολογικών) και ψυχοκοινωνικών παραγόντων συμβάλλουν σε ένα φάσμα κοινωνικών συμπεριφορών που διατηρούν την ακεραιότητα της ανθρώπινης φροντίδας, ανταλλαγής και μετάδοσης της γνώσης και συμπεριφοράς (Caldwell, 2012). Τα άκρα του φάσματος (δηλαδή η απομόνωση ή η υπερκοινωνικότητα) είναι κεντρικά συστατικά σε ψυχικές διαταραχές όπως ο αυτισμός, το κοινωνικό άγχος ή ακραία ντροπαλότητα, οι μανιακές φάσεις της διπολικής διαταραχής, η σχιζοφρένεια κ.ά. (Vivanti, Hamner & Lee, 2018).

Η ψυχική υγεία αναφέρεται στην ψυχολογική, κοινωνική και συναισθηματική ευημερία, επηρεάζοντας έτσι τις συμπεριφορές, τα συναισθήματα και τις σκέψεις μας. Η ψυχική ευεξία βοηθάει στα άτομα να αντιλαμβάνονται τις δεξιότητές τους, να εργάζονται παραγωγικά, να συνεισφέρουν στην κοινότητά τους, να αλληλεπιδρούν με άλλα άτομα και να αναρρώνουν από το άγχος της καθημερινής ρουτίνας. Η ψυχική διαταραχή είναι ένας όρος που χρησιμοποιείται να περιγράψει προβλήματα ψυχικής υγείας, όπως κατάθλιψη, σχιζοφρένεια και κοινωνικό άγχος. Αυτές οι διαταραχές επηρεάζουν πτυχές όπως η διάθεση, ο ύπνος, η προσωπικότητα, σκέψεις και κοινωνικές σχέσεις (Clinic Mental Illness Technichal Report, 2019). Οι ψυχικές διαταραχές είναι ένα διαδεδομένο πρόβλημα υγείας σε ένα μεγάλο μέρος του παγκόσμιου πληθυσμού, επηρεάζοντας περίπου 700 εκατομμύρια ανθρώπους παγκοσμίως (Patel & Saxena, 2014).

Ένας άλλος ορισμός προέρχεται από τον Οργανισμό Δημόσιας Υγείας του Καναδά όπου αναφέρει πως «Η ψυχική υγεία ορίζεται ως μια κατάσταση ευεξίας στην οποία κάθε άτομο συνειδητοποιεί τον εαυτό του, τις δικές του δυνατότητες, μπορεί να ανταπεξέλθει στα φυσιολογικά στρες της ζωής, μπορεί να εργαστεί παραγωγικά και γόνιμα, και είναι σε θέση να συνεισφέρει στην κοινότητά του» (PHAC, 2006). Στα αστικά περιβάλλοντα και στις μεγαλουπόλεις μπορεί να υπάρχουν κάποιες δυσκολίες στη συντήρηση των κοινωνικών αλληλεπιδράσεων λόγω του έντονου ρυθμού της ζωής στην πόλη, των καθημερινών υποχρεώσεων και των μεγάλων αποστάσεων. Η αστικότητα συνδέεται με την ευκολότερη πρόσβαση στο διαδίκτυο, κοινωνικά δίκτυα που δεν είναι υπέρ των άμεσων αλληλεπιδράσεων μεταξύ των ανθρώπων π.χ. ασθενείς

με σχιζοφρένεια που φεύγουν σε αγροτικά περιβάλλοντα αναφέρουν υψηλότερη συχνότητα κοινωνικών επαφών από αυτούς που ζουν στις πόλεις (Schomerus et al., 2007).

Άμεσες κοινωνικές αλληλεπιδράσεις στις πόλεις μπορεί επίσης να μειωθούν λόγω της αντίληψης της βίας και του αισθήματος της ανασφάλειας που προκαλείται από αυτό. Πολλές μελέτες έχουν δείξει ότι η ζωή σε αστικά περιβάλλοντα συνδέεται με υψηλότερη αντίληψη ανασφάλειας, προσωπικού κινδύνου και βίας (Luciano et al., 2016). Αξίζει να σημειωθεί ότι οι μεγαλουπόλεις είναι πιο «ανοιχτόμυαλες» ενώ οι αγροτικές κοινότητες μπορεί να είναι πιο εχθρικές προς τους ξένους και τις μειονότητες με αποτέλεσμα διακρίσεις και απομόνωση. Για το λόγο αυτό, οι μειονότητες (όπως μετανάστες, σεξουαλικές παραλλαγές κ.λπ.) μπορεί να αναφέρουν περισσότερες διακρίσεις και κοινωνικό αποκλεισμό στις αγροτικές περιοχές, ενώ μπορούν να ενσωματωθούν ή να γίνουν πιο εύκολα αποδεκτοί σε αστικά περιβάλλοντα. Αυτό μπορεί να έχει διαφορετική επίπτωση στα επίπεδα κοινωνικού στρες που βιώνουν οι μειονότητες, καθώς και στην ψυχική τους υγεία και ευημερία (Bhugra et al., 2019).

Οι περιβαλλοντικοί παράγοντες όπως η ατμοσφαιρική ρύπανση, η ηχορύπανση, τα προβλήματα στέγασης, ο συνωστισμός, καθώς και κοινωνικοί παράγοντες όπως το άγχος, ο διαχωρισμός, η περιθωριοποίηση, η μετανάστευση, οι διακρίσεις, οι κοινωνικές αλληλεπιδράσεις, το έγκλημα κ.λπ. αποτελούν αιτίες για την πρόκληση έντονου στρες, άγχος και κατάθλιψη (American Psychological Association, 2005). Όλοι αυτοί οι παράγοντες δρουν ως παθογόνοι, αφού προκαλούν στρες που συνδέεται σταθερά με την αστικοποίηση και τον υψηλότερο επιπολασμό της ψυχοπαθολογίας τον 21ο αιώνα. Το άγχος είναι μια αντίδραση σε ορισμένες αντιληπτές απειλές καθώς και σε ορισμένους αστικούς παράγοντες όπως υπάρχει η πίεση του χρόνου, ο ανθυγιεινός τρόπος ζωής, η βολική διατροφή, ρύπανση, η πολύβουη κυκλοφορία οχημάτων και φυσικά η βία και το έγκλημα, η ανασφάλεια της εργασίας, η δυσκολία στις κοινωνικές σχέσεις, ανισορροπία στο σπίτι, κ.λπ. (Houtman, Jettinghoff & Cedillo, 2007)

Η ψυχική υγεία ενός ατόμου και πολλές κοινές ψυχικές διαταραχές διαμορφώνονται από διάφορα κοινωνικά, οικονομικά και σωματικά περιβάλλοντα που λειτουργούν σε διαφορετικά στάδια της ζωής. Οι παράγοντες κινδύνου για πολλές κοινές ψυχικές διαταραχές συνδέονται σε μεγάλο βαθμό με κοινωνικές ανισότητες, όπου όσο μεγαλύτερη είναι η ανισότητα τόσο μεγαλύτερη είναι η πιθανότητα στον κίνδυνο. Οι φτωχοί και οι μειονεκτούντες υποφέρουν δυσανάλογα, αλλά επηρεάζονται και όσοι βρίσκονται στη μέση της κοινωνικής πυραμίδας. Είναι μείζονος σημασίας ότι

λαμβάνονται μέτρα για τη βελτίωση των συνθηκών της καθημερινής ζωής, ξεκινώντας πριν από τη γέννηση και προχωρώντας στην πρώιμη παιδική ηλικία, μεγαλύτερη παιδική ηλικία και εφηβεία, κατά τη διάρκεια της οικοδόμησης της οικογένειας και της μέσης ηλικίας, και μέχρι τη μεγαλύτερη ηλικία.

Αναπόφευκτα, το σημερινό πολιτικό, κοινωνικό, οικονομικό και φυσικό περιβάλλον, καθώς και το ιστορικό και πολιτιστικό πλαίσιο και κοινωνικές νόρμες σε κάθε χώρα, διαμορφώνουν τις συνθήκες στις οποίες ζουν οι άνθρωποι. Χώρες με λίγες πολιτικές ελευθερίες, ασταθή περιβάλλοντα και ελάχιστα αναπτυγμένες υπηρεσίες δημιουργούν ευπάθειες στους πληθυσμούς τους, προκαλώντας επιβλαβείς επιπτώσεις στην ψυχική υγεία (Marmot Review Team, 2010).

Μια σειρά από μελέτες επισημαίνουν ότι τα ψυχολογικά αποτελέσματα που προκύπτουν από την απουσία ουσιαστικών κοινωνικών αλληλεπιδράσεων έχουν ως αποτέλεσμα την έντονη αίσθηση τη μοναξιάς και διαταραχές στη διάθεση των ατόμων. Παρακάτω θα αναφερθεί η σχέση της κοινωνικότητας με την ψυχική υγεία, πόσο αλληλένδετες είναι αυτές οι δύο έννοιες μεταξύ τους, αλλά και πώς υπάρχει η μία μες την άλλη. Οι αλλαγές της κοινωνικής συμπεριφοράς μπορούν να αντιπροσωπεύουν σχετικούς δείκτες των ψυχικών διαταραχών καθώς η κοινωνικότητα των ατόμων έχει σημαντικές επιπτώσεις στην κατάστασή της ευημερίας του.

3.1 Το ανήκειν και η συντροφικότητα

Πέρα από τους μηχανισμούς που προέρχονται από τις σχέσεις ρόλου στις οποίες βασίζονται οι κοινωνικοί δεσμοί, οι συνδέσεις με άλλους ανθρώπους είναι πηγές της αίσθησης του ανήκειν. Ανήκειν, συνεπάγεται αποδοχή και ένταξη κάποιου από τα μέλη του πρωτεουσών ή δευτερευουσών ομάδων. Η αποδοχή και η ένταξη δεν χορηγούνται αυτόματα από μέλη ομάδας, αλλά μέσα από την αλληλεπίδραση επέρχεται και η ενσωμάτωση των νέων μελών (Barrera, 2000). Με την αποδοχή έρχεται μια πεποίθηση ότι κάποιος «ανήκει σε ένα δίκτυο επικοινωνίας και αμοιβαίας υποχρέωσης». Παρέχοντας ασφάλεια με την οποία θα ικανοποιηθούν οι ανάγκες κάποιου, η ομάδα παρέχει αποδοχή, συμπερίληψη, συντροφικότητα και ανθρώπους με τους οποίους μπορεί κανείς να μοιραστεί κοινωνικές δραστηριότητες. Η συντροφικότητα παράγει θετικό συναίσθημα, το οποίο με τη σειρά του ενισχύει τη σωματική και ψυχολογική ευεξία (Uchino, 2004). Αντίστροφα, έλλειψη της συντροφικότητας, που συχνά περιγράφεται ως μοναξιά (χάσμα μεταξύ των επιθυμητών και των πραγματικών

δεσμών κάποιου με τους άλλους), έχει συνδεθεί με την κατάθλιψη, το άγχος, την κακή υγεία και συνήθειες. Με λίγα λόγια, οι κοινωνικοί δεσμοί επηρεάζουν τη σωματική και ψυχική υγεία μέσω του ανήκειν και της συντροφικότητας (Cacioppo, et al., 2002).

3.2 Ηλικιωμένοι

Δεν αποτελεί έκπληξη το γεγονός ότι η ψυχική υγεία των ηλικιωμένων επηρεάζεται από προηγούμενες εμπειρίες της ζωής τους. Αυτή η ομάδα, άτομα δηλαδή μεγαλύτερης ηλικίας, θα έχει μια έντονη κλίση σε ψυχικές διαταραχές. Σίγουρα σε χώρες υψηλού εισοδήματος, οι ανισότητες στην ψυχική υγεία των ηλικιωμένων έχει αποδειχθεί ότι σχετίζονται με την κοινωνικοοικονομική κατάσταση, την εκπαιδευτική κατάσταση του ατόμου, το φύλο, την εθνικότητα, την ηλικία, το επίπεδο σωματικής υγείας κ.α. (Allen, 2008). Αυτές οι εμπειρίες διαφέρουν επίσης ανά χώρα, σε σχέση με τις κοινωνικές, πολιτικές, και οικονομικές ρυθμίσεις, καθώς και τα επίπεδα κοινωνικής προστασίας. Οι πολιτιστικοί παράγοντες και η στάση απέναντι στη γήρανση επηρεάζουν επίσης την κοινωνική υποστήριξη. Η καταθλιπτική διάθεση στους ηλικιωμένους άνδρες σχετίζεται με τη χρόνια κακή υγεία, ενώ για τις γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας σχετίζεται με κοινωνικούς παράγοντες, όπως επίπεδα απομόνωσης, η επαφή με την οικογένεια, και το αίσθημα του ανήκειν σε άλλες κοινοτικές ομάδες. Για άλλη μια φορά όμως, τα υψηλότερα επίπεδα στην εκπαίδευση φαίνεται να αποτελούν και πάλι προστατευτικό παράγοντα, ιδιαίτερα για τις γυναίκες.

Τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας έχουν υψηλότερο κίνδυνο ανάπτυξης κατάθλιψη. Πράγματι, γεγονότα που σχετίζονται με τη γήρανση, όπως το πένθος και απώλεια, απώλεια θέσης, κακή σωματική υγεία και κακές κοινωνικές επαφές μπορούν όλες να συμβάλλουν στην κατάθλιψη. Οι Σκανδιναβικές χώρες φαίνεται να είναι οι καλύτερες για άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, αφού έχουν τα χαμηλότερα ποσοστά κατάθλιψης, ενώ σε μεσογειακές χώρες όπως η Ιταλία, η Ελλάδα και η Ισπανία εμφανίζουν τα υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης στα τέλη της ζωής. Αυτή η απόκλιση σχετίζεται με τα επίπεδα κρατικής παροχής στη διαχείριση ψυχικής υγείας και των συντάξεων. Είναι ενδιαφέρον ότι τα ποσοστά κατάθλιψης των ηλικιωμένων σε σύγκριση με εκείνα των ενηλίκων στην Ιαπωνία είναι χαμηλότερα από τους νεότερους. Αν αυτό μπορεί να εξηγηθεί, από τη στάση και την ευσέβεια που έχουν απέναντι στη γήρανση.

3.3 Προτεραιότητα στην ψυχική υγεία

Πρέπει να δοθεί μεγαλύτερη προτεραιότητα στην ψυχική υγεία σε όλο τον κόσμο, αλλά κυρίως σε χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος, όπου το ζήτημα συχνά δεν κατανοείται και/ή δεν αναγνωρίζεται ως κύρια ανησυχία υγείας. Αυξημένη ευαισθητοποίηση και κατανόηση στην ψυχική υγεία πρέπει να ακολουθείται επειγόντως από αυξημένες χορηγήσεις κατάλληλων και επαρκών οικονομικών, ιατρικών και ανθρώπινων πόρων προς αντιμετώπιση ψυχικών διαταραχών και μείωση των ανισοτήτων (Marmot Review Team, 2010). Υπάρχει ένα πλήθος επιπτώσεων, είτε σωματικές είτε ψυχικής υγείας, που σχετίζονται με τη μοναξιά και την κοινωνική απομόνωση, όπου και τα δύο αυτά σχετίζονται με την κοινωνικότητα ενός ατόμου. Αν και αυτά τα θέματα είναι προφανή, οι τρέχουσες μέθοδοι μέτρησης της ατομικής κοινωνικότητας λείπουν και συχνά βασίζονται στην υποκειμενική αυτοαναφορά. Η ψυχική υγεία και πολλές κοινές ψυχικές διαταραχές διαμορφώνονται από το κοινωνικό, οικονομικό και φυσικό περιβάλλον στο οποίο οι άνθρωποι ζουν και εργάζονται. Κίνδυνοι που μπορούν να προκαλέσουν πολλές κοινές ψυχικές διαταραχές συνδέονται σε μεγάλο βαθμό με τις κοινωνικές ανισότητες, όσο μεγαλύτερη είναι η κοινωνική ανισότητα τόσο μεγαλύτερος ο κίνδυνος. Οι άνθρωποι γίνονται πιο ευάλωτοι σε ψυχικές ασθένειες εξαιτίας της μεγάλης φτώχειας, κοινωνικής ανισότητας και των διακρίσεων (Un Platform in Social Determinants of Health, 2013).

Κοινωνικές ρυθμίσεις και θεσμοί, όπως π.χ. εκπαίδευση, κοινωνική μέριμνα, υγειονομική περίθαλψη και εργασία, επίσης έχουν σημαντικό αντίκτυπο στην ψυχική υγεία και επηρεάζουν είτε θετικά είτε αρνητικά. Για τη μείωση των ανισοτήτων και την προώθηση της καλής ψυχικής υγείας, είναι ζωτικής σημασίας να ληφθούν μέτρα για τη βελτίωση των συνθηκών της καθημερινής ζωής, ξεκινώντας πριν από τη γέννηση και προχωρώντας σε πρώιμο στάδιο στην παιδική ηλικία έως τους ηλικιωμένους. Μια δραστική κινητοποίηση πρέπει να καθιερώνεται σε όλα τα στάδια της ζωής, αλλά και σε διάφορους τομείς, η οποία θα παρέχει ίσες ευκαιρίες και για τη βελτίωση της ψυχικής υγείας του πληθυσμού και για τη μείωση του κινδύνου των ψυχικών διαταραχών που συνδέονται με κοινωνικές ανισότητες (Greaves & Farbus, 2006).

3.4 Θετική Ψυχολογία

Το θετικό συναίσθημα συνδέεται με μια σειρά από ευεργετικά αποτελέσματα συμπεριλαμβανομένων καλύτερων σχέσεων, περισσότερης δημιουργικότητας, καλύτερης ποιότητας εργασίας, υψηλότερης πιθανότητας κοινωνικής συμπεριφοράς, καλύτερη σωματική υγεία και ακόμη χαμηλότερο κίνδυνο θνησιμότητας. Με βάση αυτές τις μελέτες παρατήρησης που καταδεικνύουν τη δυνατότητα για θετικές συναισθηματικές καταστάσεις για τη βελτίωση της σωματικής και ψυχολογικής υγείας, οι ερευνητές έχουν αρχίσει να δοκιμάζουν θετικές ψυχολογικές παρεμβάσεις (Proton Pump Inhibitors- PPIs) που συγκεκριμένα στοχεύουν σε θετικά συναισθήματα και συμπεριφορές αφού έχουν δείξει αποτελεσματικότητα όπως η ψυχολογική και σωματική βελτίωση. Βέβαια, υπάρχουν ορισμένα ερωτήματα που δεν έχουν ακόμη απαντηθεί. Αυτά περιλαμβάνουν ζητήματα αποτελεσματικότητας, όπως ποια αποτελέσματα επηρεάζονται περισσότερο από την πρακτική, ποιοι είναι οι μηχανισμοί ή οι οδοί μέσω των οποίων μπορεί να επηρεαστεί η φυσική υγεία, «ποιες δραστηριότητες λειτουργούν για ποιον και εάν υπάρχουν άλλα χαρακτηριστικά των παρεμβάσεων όπως η συχνότητα, η δοσολογία ή η μέθοδος χορήγησης που επηρεάζουν την επιπτώσεις τις πρακτικής αυτής.

Το θετικό συναίσθημα είναι ευεργετικό και στο πλαίσιο του στρες. Η θετική επίδραση επηρεάζει την υγεία μέσω ευεργετικών συμπεριφορών υγείας και μέσω προσαρμοστικών φυσιολογικών επιδράσεων (π.χ. ανοσοποιητική και καρδιαγγειακή λειτουργία), καθώς και μέσω της βελτίωσης στους κοινωνικούς και ψυχολογικούς πόρους. Το μοντέλο εξουδετέρωσης του στρες υποστηρίζει ότι τα οφέλη για την υγεία του θετικού συναισθήματος προκύπτουν κυρίως μέσω των μειώσεων σε επιβλαβής φυσιολογικές αντιδράσεις στο στρες.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Άνοια

4.1 Ορισμός της άνοιας

Η άνοια είναι ένας όρος που χρησιμοποιείται για να περιγράψει ένα σύνολο γνωστικών, συναισθηματικών, συμπεριφορικών και σωματικών συμπτωμάτων, που προκαλούνται από δομικές αλλαγές στον εγκέφαλο ως αποτέλεσμα ασθενειών ή τραυματισμών, για τους οποίους δεν υπάρχει τρέχουσα θεραπεία (WHO, 2012). Τα κύρια γνωστικά συμπτώματα περιλαμβάνουν μειωμένη λειτουργία της μνήμης, μείωση της συγκέντρωσης, προβλήματα με το σχεδιασμό και την οργάνωση, μειωμένες γλωσσικές και οπτικοχωρικές δεξιότητες και αυξημένο αποπροσανατολισμό. Οι συναισθηματικές αλλαγές περιλαμβάνουν αυξημένο άγχος, ευερεθιστότητα και χαμηλή διάθεση. Καθώς η άνοια εξελίσσεται, αναφέρονται αλλαγές συμπεριφοράς όπως επαναλαμβανόμενες ερωτήσεις, περιπλάνηση και αυξημένη επιθετικότητα, καθώς και αλλαγές στην όρεξη, τις συνήθειες ύπνου και τη μειωμένη κινητικότητα (Alzheimer's Association, 2014). Η άνοια μπορεί να έχει εξαιρετικά αγχωτικό κοινωνικό και συναισθηματικό αντίκτυπο στους πάσχοντες, τους φροντιστές και τις οικογένειες (WHO, 2012).

Η άνοια είναι σημαντικά πιο συχνή σε άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών (Alzheimer's Association, 2014). Ο επιπολασμός της άνοιας αυξάνεται με την ηλικία, από 2% στους άνδρες και 1% στις γυναίκες ηλικίας 65-69 ετών, 12% για τους άνδρες και 14% για τις γυναίκες ηλικίας 80-84 ετών, σε 32% στους άνδρες και 36% στις γυναίκες ηλικίας 95-99 ετών. Υπάρχουν περίπου 800.000 άνθρωποι στο Ηνωμένο Βασίλειο που ζουν με άνοια (Alzheimer's Association, 2014) και παγκοσμίως, τουλάχιστον 35,6 εκατομμύρια άνθρωποι έχουν διαγνωσθεί με αυτή (World Alzheimer Report, 2012).

4.2 Αιτίες της άνοιας

Η άνοια δεν είναι η ίδια μια μεμονωμένη ασθένεια αλλά μάλλον ένα κλινικό σύνδρομο, δηλαδή μια συλλογή συμπτωμάτων και άλλων χαρακτηριστικών που υπάρχουν μαζί και σχηματίζουν ένα αναγνωρισμένο πρότυπο. Το σύνδρομο της άνοιας έχει πολλές αιτίες, αν και μερικές είναι πιο συχνές από άλλες. Τα όρια του συνδρόμου και ο τρόπος διαίρεσης του έχουν αμφισβητηθεί πρόσφατα από επιστημονικές και άλλες εξελίξεις (Thomas & Dening, 2013). Οι κοινές μορφές άνοιας περιγράφονται τώρα εν συντομία.

Νόσος Αλτσχάιμερ: Η νόσος του Αλτσχάιμερ είναι η πιο κοινή μορφή άνοιας και ευθύνεται για περίπου το 75% των περιπτώσεων, είτε μόνη της είτε με άλλες μορφές παθολογίας (στην περίπτωση αυτή αναφερόμαστε στη «μικτή άνοια»). Περιγράφηκε για πρώτη φορά λίγο περισσότερο από 100 χρόνια πριν από τον Γερμανό ψυχίατρο Αλόις Αλτσχάιμερ και πήρε το όνομά του (Maurer et al., 1997). Στα αρχικά στάδια, η απώλεια μνήμης σε σχέση με πρόσφατα γεγονότα και οι δυσκολίες εύρεσης λέξεων είναι τα πιο κοινά χαρακτηριστικά. Καθώς η ασθένεια εξελίσσεται, γίνεται εμφανής μεγαλύτερη απώλεια μνήμης και γλωσσικές δυσκολίες. Αυτό προκαλεί δυσκολία στις καθημερινές δραστηριότητες όπως τα ψώνια, ο χειρισμός χρημάτων και η πλοήγηση σε διαδρομές. Μπορεί να υπάρχουν και άλλα συμπτώματα, για παράδειγμα άγχος και έλλειψη κινήτρων. Τα συμπτώματα τείνουν να επιδεινώνονται καθώς η νόσος εξελίσσεται (Steinberg et al., 2008). Τελικά το άτομο γίνεται ανίκανο να φροντίσει τον εαυτό του.

Στη νόσο του Αλτσχάιμερ, υπάρχει μη φυσιολογική εναπόθεση αδιάλυτων «πλακών» μιας ινώδους πρωτεΐνης που ονομάζεται αμυλοειδές και στριμμένων ινών που ονομάζονται «νευροϊνιδικά μπερδέματα» στον εγκέφαλο. Αυτές οι μη φυσιολογικές πλάκες και τα μπερδέματα παρεμβαίνουν στη φυσιολογική λειτουργία των εγκεφαλικών κυττάρων. Υπάρχει επίσης ανεπάρκεια του νευροδιαβιβαστή ακετυλοχολίνη, η οποία είναι σημαντική για τη μάθηση και τη μνήμη (Piggott, 2013).

Αγγειακή άνοια: Η αγγειακή άνοια είναι ο δεύτερος πιο κοινός τύπος άνοιας μετά τη νόσο του Αλτσχάιμερ. Εμφανίζεται όταν η παροχή αίματος στον εγκέφαλο διακυβεύεται από αρτηριακή νόσο, η οποία έχει ως αποτέλεσμα τη μειωμένη νευρωνική λειτουργία και τελικά τον θάνατο των εγκεφαλικών κυττάρων. Πολλοί παράγοντες αγγειακού κινδύνου μπορούν να συμβάλουν, όπως η υπέρταση, η υπερλιπιδαιμία, ο διαβήτης, το κάπνισμα, η διατροφή και η παχυσαρκία. Ο διαβήτης προκαλεί αυξημένο κίνδυνο άνοιας όχι μόνο μέσω της αγγειακής νόσου αλλά και μέσω της εγκεφαλικής εναπόθεσης ενώσεων που προέρχονται από την ορμόνη αμυλίνη (Jackson et al., 2013).

Η αγγειακή άνοια μπορεί να αναπτυχθεί μετά από ένα εγκεφαλικό επεισόδιο, αν και η εξέλιξη είναι πιο συχνά σταδιακή (Tatemichi et al., 1994). Η αγγειακή άνοια μπορεί να έχει πολλές εκδηλώσεις ανάλογα με τη φύση και τη θέση της παθολογίας. Εκτός από τις δυσκολίες μνήμης και γλώσσας, όπως στη νόσο του Αλτσχάιμερ, η

επιβράδυνση των διαδικασιών σκέψης, η κατάθλιψη, το άγχος και η απάθεια είναι κοινά (O'Brien et al., 2003).

Άνοια με σώματα Lewy: Η άνοια με σώματα Lewy είναι ο τρίτος πιο κοινός τύπος άνοιας, αντιπροσωπεύοντας περίπου το 10% των περιπτώσεων (Matsui et al., 2009). Συνδέεται στενά με τις ασθένειες του Αλτσχάιμερ και του Πάρκινσον επειδή έχει πολλά κοινά χαρακτηριστικά με αυτές τις παθήσεις. Η ίδια η νόσος του Πάρκινσον μπορεί επίσης να προκαλέσει γνωστική εξασθένηση και τελικά άνοια (Aarsland et al., 2009). Τα σώματα Lewy, τα οποία είναι χαρακτηριστικά αυτής της ομάδας ασθενειών, είναι μικρές συσσωματώσεις μιας πρωτεΐνης που ονομάζεται άλφα-συνουκλεΐνη που εμφανίζονται σε κύτταρα σε διάφορες περιοχές του εγκεφάλου, συμπεριλαμβανομένου του εγκεφαλικού φλοιού στην άνοια με σώματα Lewy (Attems & Jellinger, 2013).

Τα κλινικά χαρακτηριστικά μπορεί να περιλαμβάνουν απώλεια μνήμης, όπως φαίνεται στη νόσο του Αλτσχάιμερ. Υπάρχει δυσκολία στη διατήρηση της εγρήγορσης, αποπροσανατολισμός στο χώρο και δυσκολία στον προγραμματισμό. Χαρακτηριστικά παρόμοια με τη νόσο του Πάρκινσον περιλαμβάνουν τρέμουλο στα άκρα, ανακάτεμα κατά το περπάτημα και μειωμένη έκφραση του προσώπου. Χαρακτηριστικά γνωρίσματα της άνοιας με σώματα Lewy είναι οι οπτικές παραισθήσεις, οι επαναλαμβανόμενες πτώσεις, οι έντονες διακυμάνσεις στα επίπεδα της συνειδητής επίγνωσης και ο διαταραγμένος ύπνος και/ή οι εφιάλτες (McKeith et al., 2005).

Μετωποκροταφική άνοια: Η μετωποκροταφική άνοια είναι ένας σχετικά ασυνήθιστος τύπος άνοιας και ο όρος καλύπτει μια σειρά καταστάσεων που επηρεάζουν περιοχές στο μπροστινό μέρος του εγκεφάλου που είναι υπεύθυνες για τον προγραμματισμό, το συναίσθημα, τα κίνητρα και τη γλώσσα. Υπάρχουν διάφοροι τύποι μετωποκροταφικής άνοιας, ανάλογα με το ποιο τμήμα του μετωπιαίου ή κροταφικού λοβού επηρεάζεται περισσότερο (Warren et al., 2013).

Περίπου οι μισές περιπτώσεις παρουσιάζουν αλλαγές συμπεριφοράς (παραλλαγή συμπεριφοράς μετωποκροταφικής άνοιας) και περίπου οι μισές με προβλήματα στην ομιλία και τη γλώσσα (πρωτοπαθής προοδευτική αφασία). Οι αλλαγές συμπεριφοράς μπορεί να είναι αρκετά βαθιές και μπορεί να επηρεάσουν την προσωπικότητα, για παράδειγμα έλλειψη αναστολών, έλλειψη ενσυναίσθησης, υιοθέτηση άκαμπτων ρουτινών λόγω έλλειψης πνευματικής ευελιξίας και δυσκολίας στον προγραμματισμό. Οι διατροφικές συνήθειες μπορεί να αλλάξουν, με την

υπερκατανάλωση τροφής και την προτίμηση στα γλυκά τρόφιμα. Τα γλωσσικά προβλήματα μπορεί να περιλαμβάνουν δυσκολία στην παραγωγή λόγου ή απώλεια του νοήματος των λέξεων και των εννοιών (σημασιολογική άνοια).

Μικτή άνοια: Αναφέρεται σε μια κατάσταση όπου υπάρχουν περισσότεροι από ένας τύποι άνοιας. Ο πιο κοινός τύπος είναι η μικτή νόσος Αλτσχάιμερ και η αγγειακή άνοια, όπου υπάρχουν κλινικά χαρακτηριστικά και εγκεφαλικές αλλαγές κοινές και στις δύο καταστάσεις. Αυτό γίνεται πολύ πιο κοινό με την προχωρημένη ηλικία, πέραν των 80 ετών περίπου, και ένα μείγμα Αλτσχάιμερ και αγγειακής παθολογίας παρατηρείται συχνά κατά τη μεταθανάτια εξέταση (Brayne et al., 2009).

Η μικτή άνοια χαρακτηρίζεται συχνά από σταδιακή μείωση των ικανοτήτων, όπως στη νόσο του Αλτσχάιμερ, αλλά με πρόσθετα μίνι εγκεφαλικά επεισόδια ή εγκεφαλικά επεισόδια που συμβάλλουν στη συνολική εικόνα. Εναλλακτικά, το άτομο έχει ιστορικό αγγειακής νόσου ή παραγόντων αγγειακού κινδύνου, για παράδειγμα ισχαιμική καρδιοπάθεια, υπέρταση, διαβήτη, αυξημένα επίπεδα λιπιδίων ή κάπνισμα.

Νόσος Huntington: Αυτή είναι μια αυτοσωματική επικρατούσα κληρονομική νόσος που προκαλεί μη φυσιολογικές κινήσεις και δυσκολίες συντονισμού, μαζί με γνωστικά προβλήματα. Είναι μια προοδευτική πάθηση που συνήθως ξεκινά στη μέση ηλικία. Οι γνωστικές αλλαγές συμβαίνουν συχνά νωρίς (Ho et al., 2003) και η άνοια είναι ένα κοινό χαρακτηριστικό σε περίπου 50% των ατόμων με προχωρημένη νόσο του Huntington (Zarowitz et al., 2014).

Φλοιοβασικός εκφυλισμός: Στον φλοιοβασικό εκφυλισμό υπάρχει βλάβη και συρρίκνωση του εγκεφάλου, πιθανώς ως αποτέλεσμα μη φυσιολογικών εναποθέσεων πρωτεϊνών στον εγκέφαλο. Υπάρχουν κινητικές δυσκολίες και απώλεια ισορροπίας, μαζί με άνοια (Grijalvo-Perez & Litvan, 2014).

Νόσος Creutzfeldt-Jakob: Αυτή η ασθένεια προκαλείται από μολυσματικά σωματίδια πρωτεΐνης στον εγκέφαλο που ονομάζονται πριόν. Η ασθένεια επηρεάζει ένα άτομο στο ένα εκατομμύριο και μπορεί να χρειαστούν αρκετά χρόνια για να εμφανίσει συμπτώματα ένα μολυσμένο άτομο. Ξεκινά με λήθαργο, διαταραχές της διάθεσης και κενά μνήμης. Η ασθένεια εξελίσσεται σε απώλεια ισορροπίας και ο θάνατος μπορεί να

συμβεί εντός έξι μηνών από τα πρώιμα συμπτώματα. Μπορεί να έχει διάφορες ψυχιατρικές εκδηλώσεις συμπεριλαμβανομένης της άνοιας (Abudy et al., 2014).

Σκλήρυνση κατά πλάκας: Εάν η βλάβη που προκαλείται από τη σκλήρυνση κατά πλάκας επηρεάζει ορισμένα μέρη του εγκεφάλου, μπορεί να προκύψουν γνωστικές δυσκολίες που ποικίλλουν μεταξύ των ατόμων για μια χρονική περίοδο. Συγκεκριμένα, ο βαθμός ατροφίας του μετωπιαίου λοβού φαίνεται να προβλέπει τον βαθμό γνωστικής εξασθένησης (Benedict et al., 2002).

Υδροκέφαλος κανονικής πίεσης: Στον υδροκέφαλο κανονικής πίεσης, η περίσσεια υγρού συσσωρεύεται στις εγκεφαλικές κοιλότητες και ασκεί πίεση στον εγκέφαλο. Τα συμπτώματα είναι απώλεια ισορροπίας, ακράτεια ούρων και γνωστικά προβλήματα. Μπορεί να βελτιωθεί με νευροχειρουργική, αν και υπάρχει έλλειψη ελεγχόμενων δοκιμών και φαίνεται ότι η άνοια είναι το λιγότερο πιθανό χαρακτηριστικό για βελτίωση (Klassen & Ahlskog, 2011).

Άνοια που σχετίζεται με τον ιό της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας: Η άνοια μπορεί να προκύψει από άμεση μόλυνση του εγκεφάλου από τον ιό της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας ή λόγω έλλειψης ανοσίας που οδηγεί σε άλλες λοιμώξεις και καρκίνους του εγκεφάλου. Οι νευρογνωστικές διαταραχές παραμένουν διαδεδομένες σε άτομα με ιό της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας παρά την πρόοδο με τις αντιρετροϊκές θεραπείες (Sacktor & Robertson, 2014).

Οι παράγοντες κινδύνου είναι εκείνα τα χαρακτηριστικά που είτε αυξάνουν είτε μειώνουν τις πιθανότητες να εμφανίσει κάποιος την πάθηση. Δεν σημαίνουν ότι το άτομο θα αναπτύξει σίγουρα την πάθηση.

Ηλικία: Η ηλικία είναι ο πιο σταθερός και σημαντικός παράγοντας κινδύνου για άνοια (Launer et al., 1999). Το ποσοστό επίπτωσης (αριθμός νέων περιπτώσεων που εμφανίζονται σε μια δεδομένη χρονική στιγμή) και το ποσοστό επικράτησης (αριθμός περιπτώσεων κάθε φορά) για την άνοια διπλασιάζονται κάθε πέντε χρόνια από την ηλικία των 65 έως τα 85. Αυτό δεν σημαίνει ότι η άνοια προκαλείται από ηλικία, αφού δεν είναι καθόλου βέβαιο ότι όλοι θα εμφάνιζαν άνοια αν ζούσαν αρκετά. Σίγουρα, δεν έχουν όλοι οι αιωνόβιοι άνοια (Poon et al., 2012). Ωστόσο, η ηλικία είναι μακράν ο μεγαλύτερος παράγοντας κινδύνου για την πάθηση.

Φύλο: Περισσότερες γυναίκες προσβάλλονται από τη νόσο του Αλτσχάιμερ παρά άνδρες (Launer et al., 1999). Η αγγειακή άνοια, από την άλλη πλευρά, είναι πιο συχνή στους άνδρες παρά στις γυναίκες. Οι λόγοι για αυτό είναι ποικίλοι και συζητήσιμοι, αλλά η αυξημένη μακροζωία των γυναικών θα μπορούσε να είναι ένας από αυτούς.

Γονίδια: Η γενετική της νόσου του Αλτσχάιμερ είναι περίπλοκη και είναι γνωστό ότι τουλάχιστον 20 γονίδια σχετίζονται με τη νόσο του Αλτσχάιμερ κατά κάποιο τρόπο. Ωστόσο, τα περισσότερα από αυτά δεν προκαλούν τη νόσο του Αλτσχάιμερ τόσο όσο οδηγούν σε αυξημένη ευαισθησία (Hollingworth et al., 2011). Τρία γονίδια, που κωδικοποιούν διαφορετικές πρωτεΐνες (πρόδρομη πρωτεΐνη αμυλοειδούς, πρεσενιλίνη-1 και πρεσενιλίνη-2), σχετίζονται με πρόωμη έναρξη της νόσου, αλλά είναι σπάνια και αντιπροσωπεύουν λιγότερες από μία στις 1.000 περιπτώσεις. Το γονίδιο APOE τύπου E4 λέγεται ότι σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης της νόσου Alzheimer όψιμης έναρξης (Verghese et al., 2011). Εκτός από αυτά τα γονίδια, το να έχει κάποιος συγγενή πρώτου βαθμού με νόσο Αλτσχάιμερ όψιμης έναρξης αυξάνει ελάχιστα τις πιθανότητες κάποιου να αναπτύξει τη νόσο του Αλτσχάιμερ. Ορισμένες σπάνιες ποικιλίες αγγειακής άνοιας και μετωποκροταφικής άνοιας προκαλούνται επίσης από γενετικές ανωμαλίες. Η νόσος του Huntington είναι κληρονομική και επηρεάζει τα μισά μέλη των προσβεβλημένων οικογενειών.

Κατάθλιψη: Υπάρχει μια πολύπλοκη σχέση μεταξύ της κατάθλιψης και της άνοιας. Η κατάθλιψη μπορεί να είναι από τα πρώτα συμπτώματα της άνοιας, ακόμη και πριν γίνουν αντιληπτές αλλαγές στη μνήμη. Επιπλέον, η κατάθλιψη είναι ένα κοινό χαρακτηριστικό σε καθιερωμένες περιπτώσεις άνοιας, εν μέρει λόγω των απωλειών που βιώνει το άτομο και πιθανώς εν μέρει άμεσο αποτέλεσμα αλλαγών στον εγκέφαλο. Τα άτομα που έχουν κατάθλιψη έχουν μεγαλύτερο πρόβλημα να θυμούνται πράγματα και τα άτομα με ιστορικό κατάθλιψης (Wilson et al., 2004) ή στρες στη μέση ηλικία (Johansson et al., 2010) φαίνεται να έχουν αυξημένο κίνδυνο άνοιας. Ωστόσο, το αν η κατάθλιψη πραγματικά προκαλεί άνοια είναι λιγότερο σαφές (Kessing, 2012).

Σύνδρομο Down: Τα άτομα με σύνδρομο Down έχουν τρία αντίγραφα του χρωμοσώματος 21. Είναι γνωστό ότι αυτή η κατάσταση φέρει γονίδια που σχετίζονται με την παραγωγή αμυλοειδούς, επομένως αυτό μπορεί να ευθύνεται για το γεγονός ότι

πολλά αλλά όχι όλα τα άτομα με σύνδρομο Down αναπτύσσουν νόσο Αλτσχάιμερ στη μέση ηλικία (Corpus et al., 2006).

Υπάρχουν αρκετοί Παράγοντες αγγειακού κινδύνου από αυτούς και εμφανίζονται συνήθως σε συνδυασμό μεταξύ τους, γεγονός που συνδυάζει τα αποτελέσματά τους.

Αρτηριακή πίεση: Η υψηλή αρτηριακή πίεση είναι ο μοναδικός πιο σημαντικός παράγοντας κινδύνου για εγκεφαλικό, που μπορεί να οδηγήσει σε αγγειακή άνοια. Η υπέρταση μπορεί επίσης να είναι παράγοντας κινδύνου για τη νόσο του Alzheimer (Qiu et al., 2005).

Σακχαρώδης διαβήτης: Τα άτομα με διαβήτη διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο να αναπτύξουν άνοια (Ohara et al., 2011), λόγω της επιβλαβούς επίδρασης της υψηλής γλυκόζης αίματος στον εγκέφαλο και των επιπτώσεων του διαβήτη στα μικρά αιμοφόρα αγγεία. Αυτά με τη σειρά τους μπορούν επίσης να οδηγήσουν σε συνυπάρχουσα καρδιακή νόσο και υπέρταση.

Εγκεφαλικό: Αυτό είναι ο μοναδικός πιο σημαντικός παράγοντας κινδύνου για την ανάπτυξη αγγειακής άνοιας και υπάρχουν ορισμένες ενδείξεις ότι μπορεί επίσης να αυξήσει τον κίνδυνο της νόσου του Αλτσχάιμερ (Savva et al., 2010).

Καρδιακές παθήσεις: Οι καρδιακές παθήσεις όπως η κολπική μαρμαρυγή (ακανόνιστος καρδιακός ρυθμός) και η καρδιακή ανεπάρκεια έχουν αποδειχθεί ότι σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης άνοιας (Newman et al., 2005).

Παράγοντες τρόπου ζωής: Ο τρόπος ζωής των ανθρώπων επηρεάζει σημαντικά τον κίνδυνο εμφάνισης άνοιας. Έχει υπολογιστεί ότι περίπου το ένα τρίτο του πληθυσμού του κινδύνου για τη νόσο του Αλτσχάιμερ μπορεί να οφείλεται στον τρόπο ζωής (Norton et al., 2014). Αρκετοί από αυτούς τους παράγοντες πιθανώς λειτουργούν επηρεάζοντας τον αγγειακό κίνδυνο, όπως και η παχυσαρκία.

Κάπνισμα: Αρκετές μελέτες έχουν επισημάνει το κάπνισμα ως πιθανό παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη της νόσου του Αλτσχάιμερ (Ott et al., 1998). Επηρεάζει επίσης τα αιμοφόρα αγγεία του εγκεφάλου, αυξάνοντας τον κίνδυνο αγγειακής άνοιας.

Αλκοόλ: Τα άτομα που πίνουν πολύ για παρατεταμένο χρονικό διάστημα μπορεί να αναπτύξουν άνοια που σχετίζεται με το αλκοόλ. Η υψηλή κατανάλωση αλκοόλ μπορεί επίσης να οδηγήσει σε αγγειακές αλλαγές στον εγκέφαλο που με τη σειρά τους αυξάνουν τον κίνδυνο ανάπτυξης αγγειακής άνοιας. Η μέτρια κατανάλωση αλκοόλ μπορεί να είναι προστατευτική για τον εγκέφαλο και υπάρχει κάποια έρευνα ότι το κόκκινο κρασί είναι ιδιαίτερα ωφέλιμο (Nooyens et al., 2014). Άρα αυτό μπορεί να ευθύνεται για το γεγονός ότι πολλά αλλά όχι όλα τα άτομα με σύνδρομο Down αναπτύσσουν νόσο Αλτσχάιμερ στη μέση ηλικία (Corpus et al., 2006).

Άσκηση και πνευματική και κοινωνική διέγερση: Μπορεί να είναι δύσκολο να διαχωριστεί η αιτία και το αποτέλεσμα με παράγοντες όπως η άσκηση. Με άλλα λόγια, η άσκηση προστατεύει από την εμφάνιση άνοιας ή είναι απλώς ότι αν αρχίσετε να αναπτύσσετε άνοια, κάνετε λιγότερη άσκηση; Ωστόσο, όλοι αυτοί οι παράγοντες είναι καλοί για τη σωματική υγεία καθώς και για τη θετική ψυχική υγεία, επομένως είναι σίγουρα τουλάχιστον εύλογο ότι είναι ωφέλιμοι για τη διατήρηση της γνωστικής και κοινωνικής λειτουργίας. Υπάρχουν ενδείξεις ότι η σωματική άσκηση μπορεί να προσφέρει σημαντική προστασία έναντι της γνωστικής έκπτωσης σε άτομα που δεν πάσχουν από άνοια (Sofi et al., 2011). Ομοίως, υπάρχουν στοιχεία που υποδηλώνουν ότι η πνευματική διέγερση μπορεί επίσης να προσφέρει κάποια προστασία (Valenzuela et al., 2012).

Εκπαιδευτική κατάσταση: Η έρευνα δείχνει συχνά μια σχέση μεταξύ χαμηλού μορφωτικού επιπέδου και αυξημένου επιπολασμού της άνοιας (Sharp & Gatz, 2011). Η εξήγηση για αυτό είναι πιθανώς ότι τα άτομα με υψηλό μορφωτικό επίπεδο έχουν αυτό που περιγράφεται ως υψηλό νευρικό απόθεμα. Με άλλα λόγια, συνεχίζουν να λειτουργούν και δεν αναπτύσσουν συμπτώματα άνοιας έως ότου εμφανιστεί μεγαλύτερη βλάβη, σε σύγκριση με κάποιον που έχει λιγότερα αποθέματα εγκεφάλου. Άλλοι πιθανοί παράγοντες κινδύνου Η έρευνα εξέτασε πολλούς άλλους πιθανούς παράγοντες κινδύνου, για παράδειγμα θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης, θεραπεία με μη στεροειδή αντιφλεγμονώδεις παράγοντες και έκθεση σε τοξίνες όπως το αλουμίνιο. Μέχρι στιγμής, τα αποτελέσματα δεν υποδηλώνουν σημαντική σχέση (Hogervorst et al., 2009) όσον αφορά τη θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης). Το τραύμα στο κεφάλι είναι ένας εύλογος παράγοντας κινδύνου, αλλά οι ενδείξεις ότι συμβάλλει σημαντικά στη νόσο του Αλτσχάιμερ δεν είναι ισχυρές και τα ευρήματα

είναι μικτά (Barnes et al., 2014). Υπάρχει επίσης μια πρόταση ότι οι φλεγμονώδεις διεργασίες μπορεί να αποτελούν παράγοντα κινδύνου και είναι ενδιαφέρον ότι ορισμένα από τα γονίδια μικρότερης επίδρασης στη νόσο του Αλτσχάιμερ σχετίζονται με την ανοσία και άλλες κυτταρικές διεργασίες (Medway & Morgan, 2014).

4.3 Το ιατρικό μοντέλο

Ο Δρ. Alois Alzheimer έγραψε την πρώτη περίπτωση άνοιας, μετά την εισαγωγή της 51χρονης Frau Auguste D. σε γερμανικό άσυλο το 1901. Ο Alzheimer έγραψε ότι παρουσίασε «μειωμένη κατανόηση και μνήμη, καθώς και αφασία, αποπροσανατολισμό, απρόβλεπτη συμπεριφορά, παράνοια, ακουστικές ψευδαισθήσεις και έντονη ψυχοκοινωνική εξασθένηση». Ο Alzheimer υπέθεσε ότι αυτές οι συμπεριφορές οφείλονταν σε πλάκες και ινίδια που βρέθηκαν στον εγκέφαλο της Frau Auguste D, χωρίς να καταγράψει το κοινωνικό της πλαίσιο ή το ψυχοκοινωνικό ιστορικό της για να βοηθήσει στην κατανόηση της περίπτωσης της. Αυτή η προσέγγιση για την κατανόηση της ψυχικής υγείας ήταν κοινή εκείνη την εποχή, επομένως η άνοια αποδόθηκε αποκλειστικά σε νευρολογικές αλλαγές, αγνοώντας τυχόν ψυχοκοινωνικούς παράγοντες που εμπλέκονται. Αυτό έθεσε το πλαίσιο για την άνοια τον επόμενο αιώνα (Maurer, Volk & Gerbaldo, 1997).

4.3.1 Οι ψυχιατρικές κατηγορίες της άνοιας

Το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών 5ης έκδοσης (DSM-5; American Psychiatric Association, 2013) εισάγει τον όρο Νευρογνωστική Διαταραχή (Neurocognitive Disorder - NCD) για να επισημάνει αυτό που το DSM-IV προηγουμένως και αυτό που η Διεθνής Ταξινόμηση των Ασθενειών 10 (ICD-10 International Classification of Diseases 10) ταξινομεί σήμερα ως Άνοια. Η αλλαγή στην ονομασία της «άνοιας» σε «νευρογνωστική διαταραχή» είναι ένα επίκεντρο της συζήτησης. Το σκεπτικό για τη μετονομασία της άνοιας στο DSM-5 περιλαμβάνει ανησυχίες ότι ο όρος άνοια είναι στιγματιστικός και υποτιμητικός (Ganguli et al., 2011). Ωστόσο, οι επικριτές υποστηρίζουν ότι η αλλαγή των όρων προκαλεί σύγχυση και ότι η στιγματιστική δύναμη της ονομασίας άνοια προέρχεται από μια πολιτιστική περιθωριοποίηση της γήρανσης και της γνωστικής εξασθένησης που τη συνοδεύει και όχι από την ίδια την ετικέτα (Siberski, 2012). Τα ICD-10 και DSM-5 προσφέρουν ελαφρώς διαφορετικούς ορισμούς για την άνοια και τις NCD (non-communicable

diseases). Ωστόσο, και τα δύο συστήματα ταξινόμησης χρησιμοποιούν παρόμοιες υποκατηγορίες για να διαχωρίσουν τους πιο διαδεδομένους τύπους άνοιας/NCD.

Η άνοια/NCD τύπου Alzheimer αντιπροσωπεύει περίπου 60-80% των περιπτώσεων άνοιας και χαρακτηρίζεται από σταδιακή μείωση της γενικής γνωστικής λειτουργίας. Αυτό περιγράφεται ως αποτέλεσμα της απώλειας νευρώνων και συναπτικών συνδέσεων, της συνολικής συρρίκνωσης του εγκεφάλου και του εκφυλισμού της κυτταρικής δομής. Τα πρώιμα συμπτώματα περιλαμβάνουν δυσκολία στην ανάμνηση πρόσφατων γεγονότων και συνομιλιών. Η κατάθλιψη, η απάθεια, το άγχος και οι αλλαγές συμπεριφοράς σημειώνονται συνήθως ως συμπτώματα της νόσου. Μεταγενέστερες δυσκολίες περιλαμβάνουν μειωμένη επικοινωνία, αποπροσανατολισμό και τέλος δυσκολίες κινητικότητας και κατάποσης (Alzheimer's Association, 2014).

Η αγγειακή άνοια / NCD αντιπροσωπεύει περίπου το 10% των περιπτώσεων άνοιας και σχετίζεται με προβλήματα στο καρδιαγγειακό σύστημα που οδηγούν σε μειωμένη παροχή αίματος στον εγκέφαλο. Η αγγειακή άνοια έχει ένα πιο σταδιακό πρότυπο εξέλιξης (Alzheimer's Association, 2014). Τα αρχικά συμπτώματα συνήθως περιλαμβάνουν δυσκολίες στη λήψη αποφάσεων, τον σχεδιασμό και την οργάνωση, πριν ακολουθήσουν συμπτώματα τύπου Αλτσχάιμερ. Λιγότερο συνηθισμένοι τύποι περιλαμβάνουν Άνοια / NCD με Lewy Bodies, η οποία περιλαμβάνει διαταραχή του ύπνου, οπτικές ψευδαισθήσεις και μειωμένο κινητικό έλεγχο.

Παρά τις προτεινόμενες σημαντικές διαφορές μεταξύ των κατηγοριοποιημένων τύπων άνοιας, στην πραγματικότητα υπάρχει σημαντικός βαθμός ομοιότητας μεταξύ των περιπτώσεων. Οι άνθρωποι συχνά παρουσιάζουν ένα συνδυασμό χαρακτηριστικών σε όλες τις υποκατηγορίες της άνοιας ταυτόχρονα, και ως εκ τούτου δεν ταιριάζουν σε μία μόνο κατηγορία, διαγιγνώσκονται με μικτή άνοια. Περίπου οι μισές περιπτώσεις άνοιας τύπου Αλτσχάιμερ αφορούν και άλλες μορφές άνοιας, συνήθως αγγειακή άνοια (Agüero-Torres, Kivipelto & von Strauss, 2006; Alzheimer's Association, 2014).

4.3.2 Οι προκλήσεις για την ευημερία από την άνοια

Μπορεί να είναι εξαιρετικά δύσκολο για τους ανθρώπους να προσαρμοστούν στη ζωή με διαγνωσμένη άνοια, λόγω των κοινωνικών δυσκολιών να μιλήσουν για

άνοια, το συναισθηματικό σοκ μιας διάγνωσης και τον αντίκτυπο της νευρολογικής βλάβης (Cheston, 2013). Εκτιμάται ότι περίπου το 20 έως το 30 τοις εκατό των ατόμων με διαγνωσμένη άνοια βιώνουν κλινική κατάθλιψη. Επιπλέον, τα συμπτώματα της κατάθλιψης και του άγχους μπορούν να επιδεινώσουν τη σοβαρότητα των γνωστικών δυσκολιών. Η αξιολόγηση της κατάθλιψης και των αγχωδών διαταραχών σε άτομα με άνοια είναι δύσκολη, ένας λόγος είναι και τα αλληλεπικαλυπτόμενα συμπτώματα μεταξύ των διαγνώσεων, όπως η μειωμένη ενέργεια και η κακή συγκέντρωση (Badrakalimuthu & Tarbuck, 2012).

Η άνοια μπορεί να έχει σημαντικό αντίκτυπο στη ζωή ενός ατόμου, καθώς επηρεάζει την ικανότητά του να σκέφτεται, να επικοινωνεί και να εκτελεί καθημερινές εργασίες. Τα συμπτώματα της άνοιας μπορεί να ποικίλλουν ανάλογα με τον τύπο της άνοιας και το άτομο, αλλά ορισμένοι συνήθεις τρόποι με τους οποίους η άνοια μπορεί να επηρεάσει τη ζωή των ανθρώπων περιλαμβάνουν:

- **Απώλεια μνήμης:** Ένα από τα πιο κοινά συμπτώματα της άνοιας είναι η απώλεια μνήμης. Αυτό μπορεί να δυσκολέψει ένα άτομο να θυμάται σημαντικές πληροφορίες, όπως το όνομα, τη διεύθυνση και τον αριθμό τηλεφώνου του, καθώς και προηγούμενα γεγονότα και συνομιλίες.
- **Δυσκολία στην επικοινωνία:** Η άνοια μπορεί να επηρεάσει την ικανότητα ενός ατόμου να επικοινωνεί αποτελεσματικά. Μπορεί να δυσκολεύονται να βρουν τις σωστές λέξεις ή να δυσκολεύονται να ακολουθήσουν μια συνομιλία, κάτι που μπορεί να κάνει την κοινωνικοποίηση και τη διατήρηση των σχέσεων δύσκολη.
- **Σύγχυση:** Η άνοια μπορεί να προκαλέσει σύγχυση, ιδιαίτερα σε άγνωστες καταστάσεις ή όταν αντιμετωπίζονται περίπλοκες εργασίες. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε απογοήτευση και άγχος.
- **Δυσκολία στην ολοκλήρωση εργασιών:** Η άνοια μπορεί να κάνει δύσκολη την εκτέλεση καθημερινών εργασιών, όπως το μαγείρεμα, το καθάρισμα και το ντύσιμο. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε απώλεια της ανεξαρτησίας και αυξημένη εξάρτηση από τους φροντιστές.
- **Αλλαγές στη διάθεση και τη συμπεριφορά:** Η άνοια μπορεί να προκαλέσει αλλαγές στη διάθεση και τη συμπεριφορά ενός ατόμου, όπως κατάθλιψη, άγχος, διέγερση και επιθετικότητα. Αυτές οι αλλαγές μπορεί να δυσκολέψουν τους φροντιστές να παρέχουν φροντίδα και μπορεί να επηρεάσουν αρνητικά τις σχέσεις.

Συνολικά, η άνοια μπορεί να επηρεάσει σημαντικά την ποιότητα ζωής ενός ατόμου, καθώς και τη ζωή των αγαπημένων του και των φροντιστών του. Είναι σημαντικό να αναζητηθεί έγκαιρα ιατρική φροντίδα και υποστήριξη για την παροχή βοήθειας στη διαχείριση των συμπτωμάτων και στη διατήρηση της ποιότητας ζωής. Η κατάθλιψη είναι συχνή στην άνοια, προκαλεί δυσφορία, μειώνοντας την ποιότητα ζωής, επιδεινώνοντας τη γνωστική και λειτουργική έκπτωση και αύξηση άγχος του φροντιστή. Συμπτώματα κατάθλιψης μπορεί να είναι και παράγοντας κινδύνου για την εμφάνιση της άνοιας. Η θεραπεία της κατάθλιψης είναι επομένως ένα κλειδί κλινικής προτεραιότητας για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής τόσο των ατόμων με άνοια όσο και των φροντιστών. Σε μη φαρμακολογικές προσεγγίσεις θα πρέπει να υπάρχει υπομονή και ανοχή σε ασθενείς που παρουσιάζουν ήπια έως μέτρια κατάθλιψη και άνοια. Σε περιπτώσεις σοβαρής κατάθλιψης που δεν είναι σε θέση να αντιμετωπιστεί μέσω μη φαρμακολογικών θεραπειών, η αντικαταθλιπτική θεραπεία μέσω της χορηγίας φαρμάκων θα πρέπει να είναι απαραίτητη. Η κατάθλιψη και η άνοια είναι οι πιο συχνές ψυχικές διαταραχές σε μεγάλη ηλικία. Ο επιπολασμός της άνοιας αυξάνεται απότομα με την ηλικία από λίγο πάνω από 1 % σε άτομα ηλικίας μεταξύ 65 και 69 ετών έως και περισσότερο από 30 % πέραν της ηλικίας 90 χρονών. Ο επιπολασμός διαφέρει μεταξύ των φύλων με υψηλότερα ποσοστά στις γυναίκες σε μεγάλο βαθμό λόγω του μεγαλύτερου προσδόκιμου ζωής. Στη Γερμανία υπάρχουν περισσότεροι από 290.000 νέες περιπτώσεις κάθε χρόνο και επί του παρόντος περίπου 1,5 εκατομμύριο άνθρωποι με άνοια άνω των 65 ετών (Bickel, 2012).

Η άνοια και η κατάθλιψη είναι από τις πιο κοινές διαταραχές των ηλικιωμένων, με σημαντικό αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής ασθενών και συγγενών, αυξημένη θνησιμότητα και σημαντικό κόστος υγειονομικής περίθαλψης και κοινωνικού κόστους. Η σχέση μεταξύ κατάθλιψης και άνοιας είναι πολύπλοκη, καθώς η κατάθλιψη έχει αναφερθεί ότι είναι και παράγοντας κινδύνου και πρόδρομο για τη νόσο του Αλτσχάιμερ και άλλες άνοιες, καθώς και μια κοινή επιπλοκή της άνοιας σε όλα τα στάδια. Η κατάθλιψη είναι συχνή στην άνοια, και ιδιαίτερα σε ασθενείς με αγγειακή άνοια, και συχνά είναι δύσκολο να αντιμετωπιστεί. Οι μηχανισμοί που εμπλέκονται είναι περίπλοκοι και αλληλοσυνδεδεμένοι χωρίς καμία διαδικασία να εξηγεί τη σχέση. Όταν εξετάζουμε την υπόθεση του αιτιολογικού/παράγοντα κινδύνου, θα είναι ενδιαφέρον να εξεταστεί μελλοντικά αν η θεραπεία των διαταραχών της διάθεσης θα οδηγήσει στη μείωση του κινδύνου άνοιας. Η προδρομική υπόθεση υπογραμμίζει την ανάγκη προσεκτικής παρακολούθησης ατόμων που παρουσιάζουν κατάθλιψη σε

μεγάλη ηλικία για μελλοντική γνωστική παρακμή, ειδικά όταν εμφανίζεται το πρώτο καταθλιπτικό επεισόδιο στη μετέπειτα ζωή. Επιπλέον, η έρευνα που εξάγει πιο σίγουρα συμπεράσματα σχετικά με τις υποκείμενες νευροβιολογικές οδούς, μπορεί να ανοίξει το δρόμο για πιο αποτελεσματική θεραπεία τόσο της κατάθλιψης όσο και της άνοιας (WHO, 2012).

4.3.3 Στίγμα (στιγματισμός)

Ο στιγματισμός είναι δυστυχώς ένα κοινό πρόβλημα που αντιμετωπίζουν τα άτομα που ζουν με άνοια, αλλά και οι οικογένειές τους. Η άνοια συνδέεται συχνά με αρνητικά στερεότυπα, όπως απώλεια νοημοσύνης ή ανεξαρτησίας, που μπορεί να οδηγήσει σε διακρίσεις και κοινωνικό αποκλεισμό. Ο στιγματισμός μπορεί να λάβει πολλές μορφές, όπως:

- **Κοινωνική απομόνωση:** Τα άτομα με άνοια μπορεί να αποκλειστούν από κοινωνικές εκδηλώσεις και δραστηριότητες, οδηγώντας σε μοναξιά και αισθήματα απόρριψης.
- **Διακρίσεις:** Τα άτομα με άνοια μπορεί να αντιμετωπίσουν διακρίσεις σε τομείς όπως η απασχόληση, η στέγαση και η υγειονομική περίθαλψη.
- **Αρνητικές στάσεις:** Τα άτομα με άνοια μπορεί να ενσωματώνουν αρνητικές στάσεις και πεποιθήσεις, που μπορεί να οδηγήσουν σε αισθήματα ντροπής και αμηχανίας.
- **Βάρος φροντίδας:** Τα μέλη της οικογένειας και οι φροντιστές ατόμων με άνοια μπορεί επίσης να αντιμετωπίσουν στιγματισμό, καθώς μπορεί να θεωρηθούν αδύναμοι ή επιβαρυνμένοι από τις ευθύνες φροντίδας τους.

Ο στιγματισμός μπορεί να έχει σημαντικό αντίκτυπο στην ευημερία και την ποιότητα ζωής των ατόμων που ζουν με άνοια και των οικογενειών τους. Μπορεί να οδηγήσει σε αυξημένο άγχος, κατάθλιψη και κοινωνική απομόνωση και μπορεί να δυσκολέψει την πρόσβαση στην υποστήριξη και τη φροντίδα που χρειάζονται.

Ο Brooker (2011) συνέβαλε σε πληθώρα ερευνών και εκπαιδεύσεων με στόχο τη βελτίωση της ζωής των ατόμων με άνοια και επισημαίνει τον κίνδυνο στιγματισμού και διακρίσεων που αντιμετωπίζουν τα άτομα με άνοια. Ωστόσο, υπάρχουν λίγες έρευνες που ρωτούν άμεσα τα άτομα με άνοια για τις εμπειρίες τους από το στίγμα. Οι Werner & Heinik (2008) πραγματοποίησαν τηλεφωνικές συνεντεύξεις με 61

φροντιστές ατόμων με άνοια, διαπιστώνοντας ότι ένα υψηλό ποσοστό φροντιστών ανέφερε ευαισθητοποίηση για το στίγμα που απευθύνεται στον συγγενή τους (61%). Οι συμμετέχοντες ανέφεραν συχνά ότι δεν υπήρχαν αρκετές υπηρεσίες για άτομα με άνοια (60%) ή φροντιστές (78%). Αναφέρθηκε συχνά ότι από τη διάγνωσή τους, τα άτομα με άνοια είχαν αντιμετωπιστεί διαφορετικά από τα μέλη της οικογένειας (34%) και τους επαγγελματίες υγείας (29%). Μια πολύ μεγαλύτερη έρευνα, "The World Alzheimer Report" (World Health Organisation (WHO) (2012), περιγράφει λεπτομερώς ότι το 24% των ατόμων που διαγνώστηκαν με άνοια ανέφεραν ότι έκρυβαν τη διάγνωσή τους λόγω φόβων για στίγμα, ενώ το 40% των ατόμων με άνοια ανέφεραν ότι αισθάνονται αποκλεισμένοι και πολλοί άλλοι ανέφεραν ότι αισθάνονται περιθωριοποιημένοι από την κοινωνία. Παρά το γεγονός ότι συμμετείχαν πάνω από 2.500 άτομα παγκοσμίως, συμπεριλαμβανομένων κυρίως φροντιστών, μόνο 157 ήταν άτομα με άνοια.

Ο WHO και η ADI, (2012) ανέπτυξαν ιδέες για τη στόχευση του στίγματος γύρω από την άνοια και την ενεργοποίηση κοινοτήτων φιλικών προς την άνοια. Αυτές περιλαμβάνουν την προώθηση της συμμετοχής των ηλικιωμένων στην κοινωνία και τη δημιουργία πιο περιεκτικών και αποδεκτών κοινωνικών στάσεων απέναντι στα άτομα με άνοια. Ομοίως, η "National Dementia Strategy: Living well with Dementia" παρέχει στόχους για τη βελτίωση της δημόσιας και επαγγελματικής εκπαίδευσης σε σχέση με την άνοια, προκειμένου να μειωθεί το στίγμα. Τονίζεται επίσης η σημασία της έγκαιρης διάγνωσης, ώστε τα άτομα με άνοια να είναι σε θέση να έχουν καλύτερο έλεγχο της ασθένειάς τους, να συμμετέχουν ενεργά στον σχεδιασμό της φροντίδας τους και να υποστηρίζονται για να ζήσουν καλά με την άνοια. Ωστόσο, εκτιμάται ότι το ποσοστό μη αποκάλυψης μιας διάγνωσης άνοιας στο άτομο είναι 40%, λόγω φόβων για τον συναισθηματικό αντίκτυπο στο άτομο (Mitchell et al., 2013). Οι Mitchell et al. (2013) καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι το άτομο με άνοια πρέπει να έχει κεντρική παρουσία καθ' όλη τη διάρκεια της φροντίδας του, ιδιαίτερα κατά τη διάγνωση.

Τα άτομα με άνοια και άλλες ψυχικές διαταραχές υφίστανται ψυχολογικές, συμπεριφορικές και κοινωνικές συνέπειες της διάγνωσης. Τα άτομα με ψυχικές ασθένειες και νευροψυχιατρικές διαταραχές θεωρούνται ανίκανα, επικίνδυνα και απρόβλεπτα. Τα άτομα που βρίσκονται πιο κοντά στον ασθενή αισθάνονται αυτές τις συνέπειες. Επομένως, η άνοια συνδέεται όχι μόνο με την εξασθένηση της μνήμης, τις γλωσσικές δυσκολίες και την επιδείνωση του προσανατολισμού στο χώρο, αλλά έχει και κοινωνικές συνέπειες (Swaffer, 2014).

Ένα άτομο που έχει διαγνωστεί με ψυχική διαταραχή βιώνει αρνητικά συναισθήματα, χαμηλή αυτοεκτίμηση, έλλειψη ανεξαρτησίας, ανασφάλεια και αμηχανία. Τυπικά, αυτό το άτομο θα περιμένει επίσης να απορριφθεί από την κοινωνία και θα συμπεριφέρεται άπιαστα για να προστατεύσει τον εαυτό του/της από τον αποκλεισμό (Garand et al., 2009). Επιπλέον, το στίγμα μπορεί να οδηγήσει σε απόρριψη ή τερματισμό της θεραπείας, καθώς και σε αποτυχία ενημέρωσης άλλων για τη διάγνωση (Corrigan, 2004). Τα άτομα με ψυχικές διαταραχές βιώνουν παράγοντες άγχους που σχετίζονται με την αντιμετώπιση της νόσου, την απομόνωση και τον δημόσιο στιγματισμό, γεγονός που μειώνει την κοινωνική τους λειτουργία (Chronister et al., 2013). Τα άτομα αυτά δυσκολεύονται να βρουν και να διατηρήσουν δουλειά, να νοικιάσουν διαμέρισμα, να διατηρήσουν επαφή με έναν επαγγελματία υγείας και να αποφύγουν να αναζητήσουν βοήθεια σε ιδρύματα που μπορεί να εκληφθούν ως στιγματιστικά. Η διάγνωση μειώνει την κατάσταση της οικογένειας ή του άμεσου κοινωνικού περιβάλλοντος (Corrigan, 2004; Liu et al., 2008).

Τα άτομα με άνοια αντιμετωπίζουν κοινωνική ανισότητα, απώλεια ταυτότητας και διακρίσεις. Θεωρούνται «θύματα» ή «άτομα που πάσχουν από άνοια», ενώ οι φροντιστές θεωρούνται «μάρτυρες». Τέτοιες εννοιολογήσεις και ορολογία έχουν αρνητικές συναισθηματικές, κοινωνικές, ψυχολογικές και οικονομικές συνέπειες, οι οποίες διαταράσσουν την οικογενειακή ζωή (Swaffer, 2014). Η άνοια διαφέρει από τις περισσότερες ψυχικές διαταραχές όπως η σχιζοφρένεια, η κατάθλιψη ή οι διαταραχές προσωπικότητας καθώς τα περισσότερα από τα συμπτώματα προκαλούνται από εγκεφαλική βλάβη και θεωρείται επίσης νευρολογική διαταραχή (Nikolaidou et al., 2014). Ωστόσο, η ανάλυση των αποτελεσμάτων των μελετών δείχνει ότι επηρεάζει τους ασθενείς και τις οικογένειές τους με παρόμοιο τρόπο, ανάλογα με το στίγμα. Αυτό που κάνει τη διάγνωση της άνοιας πιο απαισιόδοξη και αγχωτική είναι ότι δεν υπάρχει ακόμα φαρμακολογική θεραπεία και ότι η πρόγνωση είναι χειρότερη από ό,τι για τις περισσότερες ψυχιατρικές παθήσεις. Δεν υπάρχει πιθανότητα ύφεσης και πλήρους ανάρρωσης στην άνοια. Οι συγγραφείς βρήκαν μόνο μία μελέτη που συνέκρινε την αντίδραση στη διάγνωση της άνοιας και της κατάθλιψης στους ηλικιωμένους (Jha et al., 2001). Δεν υπήρχαν άλλες μελέτες που να συγκρίνουν αυτούς τους δύο τύπους ψυχικών ασθενειών.

Τα άτομα που υποψιάζονται ότι μπορεί να έχουν συμπτώματα άνοιας συχνά διστάζουν να αναζητήσουν βοήθεια και αγνοούν τα πρώτα συμπτώματα της νόσου για να αποφύγουν την επισήμανση. Πολλοί από αυτούς τους ανθρώπους φοβούνται μια

στιγματιστική διάγνωση και ως εκ τούτου καθυστερούν τη διαγνωστική διαδικασία και τη θεραπεία. Η καθυστέρηση στην αναζήτηση βοήθειας μπορεί επίσης να συνδεθεί με τον φόβο για μια τρομακτική ασθένεια, ειδικά όταν οι άνθρωποι δεν γνωρίζουν πιθανές φαρμακολογικές και μη θεραπείες. Αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό στην περίπτωση αναστρέψιμων συμπτωμάτων, όπως αυτά που σχετίζονται με ανεπάρκεια βιταμίνης B12. Ένας μικρός αριθμός ατόμων που αναζητούν ιατρική βοήθεια σημαίνει λιγότερους συμμετέχοντες σε επιστημονικές μελέτες. Κατά συνέπεια, οι ομάδες μελέτης είναι λιγότερο ποικίλες από ό,τι συμβαίνει συχνά, και αυτό αποτελεί εμπόδιο στην ερμηνεία και τη γενίκευση των αποτελεσμάτων τους (Werner, 2014; Garand et al., 2009).

Η έγκαιρη διάγνωση της άνοιας είναι σημαντική για την εφαρμογή της κατάλληλης θεραπείας και την παροχή υποστήριξης τόσο στους ασθενείς όσο και στο περιβάλλον τους. Μπορεί να αποτρέψει μια κρίση και να προετοιμάσει καλύτερα τον ασθενή για τα επόμενα στάδια της νόσου (Vernooij-Dassen et al., 2005; Carpenter et al., 2008). Μελέτες τονίζουν ότι οι άνθρωποι που αγχώνονται όταν αναζητούν ιατρική βοήθεια για τη διάγνωση των συμπτωμάτων τους και δεν παρουσιάζουν δυσμενείς ψυχολογικές επιπτώσεις μετά τη διάγνωση. Μια καταθλιπτική διάθεση ή άγχος, που συνοδεύει τη διαγνωστική διαδικασία, παραμένει σταθερή μετά την επιβεβαίωση της διάγνωσης και μπορεί να μειωθεί χρονικά (Carpenter et al., 2008). Μελέτες δείχνουν ότι στη διαδικασία παροχής διάγνωσης στους ασθενείς, οι γιατροί τείνουν να αποφεύγουν τους όρους «νόσος Alzheimer» ή «άνοια» και αντ' αυτού χρησιμοποιούν όρους όπως «απώλεια μνήμης» ή «πρόωρη γήρανση». Αυτό προκαλεί σύγχυση στον ασθενή και οδηγεί σε παρανόηση της φύσης της ασθένειάς του. Αυτό είναι επίσης ένα παράδειγμα του στιγματισμού των ατόμων με άνοια και του ρόλου της γλώσσας σε αυτή τη διαδικασία, από επαγγελματίες που αποδεικνύουν ότι η άνοια θεωρείται ταμπού (Milne, 2010). Αυτό που είναι επίσης ανησυχητικό είναι η χαμηλή ευαισθητοποίηση των γενικών γιατρών για τον επιπολασμό των ψυχιατρικών διαταραχών στους ηλικιωμένους. Επιδημιολογικά δεδομένα δείχνουν ότι το 30% του πληθυσμού άνω των 65 ετών μπορεί να επηρεαστεί από ψυχιατρικές διαταραχές όπως η κατάθλιψη, ενώ μόνο το ήμισυ αυτού του πληθυσμού έχει διαγνωστεί σωστά (de Mendonça Lima et al., 2003). Όταν παραπέμπουν ασθενείς για περαιτέρω εξετάσεις, οι γενικοί ιατροί θα πρέπει να υποδεικνύουν την ύποπτη διάγνωσή τους (Carpenter et al. 2008).

Τα άτομα με άνοια βιώνουν διπλό στιγματισμό. Οι ηλικιωμένοι σχηματίζουν μια στερεοτυπική ομάδα, η οποία μπορεί να στιγματιστεί. Νιώθουν στιγματισμένοι και μεροληπτικοί, ανεπιθύμητοι. Έχουν χαμηλή αυτοεκτίμηση και βιώνουν έλλειψη σεβασμού λόγω της ηλικίας τους (Corrigan, 2004; Milne, 2010). Τα στερεότυπα που σχετίζονται με το γήρας περιλαμβάνουν επίσης την εξάρτηση, τους κοινωνικούς, σεξουαλικούς περιορισμούς και την έλλειψη αυτονομίας (Milne, 2010). Οι αρνητικές έννοιες συνδέονται με τον όρο «φυσιολογική γήρανση» (Liu et al., 2008), ο οποίος καθιστά τη διάγνωση της άνοιας ακόμη πιο πιθανό να οδηγήσει σε κοινωνικό στίγμα (Liu et al., 2008; de Mendonça Lima et al., 2003).

Ο Werner πραγματοποίησε μια μετα-ανάλυση 99 ερευνητικών άρθρων που δημοσιεύθηκαν από το 1990 έως το 2012, εκ των οποίων τα 48 ήταν εμπειρικές αναλύσεις, σχετικά με τον στιγματισμό των ατόμων με άνοια (Werner, 2014). Η πλειονότητα των μελετών (n = 40) δημοσιεύθηκαν το 2001–2012. Οι περισσότερες μελέτες επικεντρώθηκαν στο δημόσιο στίγμα (n = 16) και στον οικογενειακό στιγματισμό (n = 14). Δέκα μελέτες αναφέρονταν στη συμπεριφορά των επαγγελματιών, ενώ μόνο πέντε εξέτασαν το αυτοστίγμα και τρεις το δομικό σίγμα (Werner, 2014). Υπάρχει μια ορατή τάση να δίνεται μεγαλύτερη έμφαση στο στίγμα που συνδέεται με το άμεσο περιβάλλον των ασθενών παρά στους ίδιους τους ασθενείς. Μια παρόμοια τάση μπορεί να βρεθεί στην έκθεση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας από το 2012 με τίτλο World Alzheimer's Report: Overcoming Stigma (WHO, 2012), η οποία περιέχει δεδομένα για τον στιγματισμό που προέρχονται από άτομα με άνοια και τους φροντιστές τους. Μόνο το 6% των ερωτηθέντων από τη Μεγάλη Βρετανία ήταν άτομα με άνοια, ενώ το 83% ήταν φροντιστές, ενώ στην Ισπανία ήταν 3% και 77% αντίστοιχα (WHO, 2012; Swaffer, 2014). Οι μελέτες βασίζονται συχνά σε δεδομένα που λαμβάνονται από ιδρυματοποιημένα άτομα, τα οποία δεν αποτελούν αντιπροσωπευτικό δείγμα του γενικού πληθυσμού. Επομένως, μπορεί να συναχθεί το συμπέρασμα ότι η ομάδα των στιγματισμένων ατόμων υποτιμάται (de Mendonça Lima et al., 2003).

Με βάση τα διαθέσιμα δεδομένα, ο Werner (2014) καθόρισε ότι ο στιγματισμός στην άνοια εμφανίζεται σε ατομικό επίπεδο (χαμηλή αυτοεκτίμηση, αίσθηση ντροπής, αίσθηση απανθρωποποίησης, κοινωνική απομόνωση), σε επίπεδο οικογένειας (αίσθηση ντροπή και επιβάρυνση, κοινωνική απομόνωση, μειωμένη οικογενειακή αξία, κατάθλιψη, απόκρυψη της διάγνωσης, αποφυγή ιατρικών υπηρεσιών), σε επαγγελματικό επίπεδο (καθυστερημένη διάγνωση και θεραπεία) και σε κοινωνικό

επίπεδο (άνιση πρόσβαση στις υπηρεσίες και αύξηση της ιδρυματοποίησης) (Werner, 2014).

Τα άτομα με άνοια και οι οικογένειές τους βιώνουν στιγματισμό σε συναισθηματικό, γνωστικό και συμπεριφορικό επίπεδο. Σε συναισθηματικό επίπεδο, τα άτομα βιώνουν ντροπή, αμηχανία και ενοχές. Οι οικογένειες αισθάνονται επίσης ενοχές και αίσθημα αποτυχίας (Werner, 2014). Οι γνωστικές συνέπειες του στιγματισμού περιλαμβάνουν ανησυχίες σχετικά με την επιδείνωση των συμπτωμάτων της άνοιας (Werner, 2014). Ωστόσο, η πρόοδος της άνοιας φαίνεται να μην επηρεάζει το επίπεδο του εσωτερικευμένου στίγματος (Burgener et al., 2015). Το επίπεδο της γνωστικής λειτουργίας συσχετίζεται θετικά με το επίπεδο κοινωνικής απομόνωσης και απόρριψης (Burgener et al., 2015). Τα άτομα με άνοια φοβούνται την αντίδραση των άλλων και τον στιγματισμό που συνυπάρχει με τη νόσο, που οδηγεί στην κοινωνική τους απομόνωση (Burgener et al., 2015; Riley et al., 2014). Εκτός από την άρνηση της ασθένειας, αυτός είναι ένας από τους τρόπους με τους οποίους οι άνθρωποι αντιμετωπίζουν την ασθένεια και τον στιγματισμό (Corrigan, 2004). Η άνοια προκαλεί άγχος και απώλεια αυτοελέγχου, ταυτότητας και αξιοπρέπειας. Η ζωή ενός ατόμου με φίλους είναι συχνά μπερδεμένη ή φοβισμένη και δεν ξέρουν πώς να συμπεριφερθούν σε ένα τέτοιο άτομο (Riley et al., 2014; Devlin et al., 2007). Αυτό κάνει τα άτομα με άνοια να αισθάνονται υποτιμημένα και κοινωνικά αποκλεισμένα και παραδέχονται ότι ο κύκλος των φίλων τους μειώνεται σταδιακά, με λιγότερους να τους επισκέπτονται και να τους συναντούν καθώς εξελίσσεται η ασθένεια (Werner, 2014). Ο στιγματισμός τους εμποδίζει επίσης να αναζητήσουν βοήθεια. Τα άτομα με άνοια διαπιστώνουν ότι η μόνη βοήθεια και υποστήριξη που τους προσφέρεται προέρχεται από αυτές τις κοινωνικές υπηρεσίες και υπηρεσίες φροντίδας. Έτσι, αναβάλλουν την αναζήτηση βοήθειας (Werner, 2014; Devlin et al., 2007). Επιπλέον, η μακροχρόνια υποστήριξη από τις εγκαταστάσεις φροντίδας εντείνει τον στιγματισμό (Werner, 2014).

Οι ασθενείς που διαγιγνώσκονται στα αρχικά στάδια της άνοιας γνωρίζουν τις κοινωνικές απόψεις και τα στερεότυπα που σχετίζονται με τη διάγνωσή τους και τις συνέπειες που επιφέρουν. Ως εκ τούτου, βιώνουν μια σειρά αρνητικών συναισθημάτων που σχετίζονται με πιθανές περιβαλλοντικές αντιδράσεις σε νέα της ασθένειάς τους. Τα αποτελέσματα της μελέτης υποδηλώνουν ότι το μέγεθος της περιοχής στην οποία ζουν οι ασθενείς επηρεάζει το πόσο έντονα αισθάνονται το στίγμα. Οι άνθρωποι που ζουν σε μικρότερες πόλεις αισθάνονται λιγότερο στιγματισμένοι από τους ανθρώπους που ζουν σε μεγαλύτερες πόλεις. Αυτό το φαινόμενο μπορεί να σχετίζεται με

μεγαλύτερη αλληλεπίδραση ανθρώπων σε μικρότερες κοινότητες, η οποία επηρεάζει έμμεσα την αίσθηση του ανήκειν και μειώνει τον στιγματισμό (Burgener et al., 2015). Τα άτομα με άνοια έχουν συχνά μια βίαιη σχέση με τους φροντιστές τους. Μερικές φορές θεωρούνται ως ουσιαστικά νεκρά ή αξιολύπητα θύματα που πρέπει να φροντιστούν. Μερικές φορές αντιμετωπίζονται ως «αόρατοι», κατώτεροι και αποκλείονται από την κοινωνία (Milne, 2010). Σε κοινωνικό επίπεδο, το στίγμα επηρεάζει και την εξωτερική εμφάνιση του ατόμου με άνοια. Επί του παρόντος πιστεύεται ότι ένα άτομο με άνοια φαίνεται ακατάστατο και δεν μπορεί να φροντίσει τον εαυτό του/της (Werner, 2014).

Η κοινωνία συχνά χαρακτηρίζει κάποιον που έχει διαγνωστεί με νόσο Αλτσχάιμερ ή άλλες άνοιες ως εξαρτώμενο και άχρηστο. Αυτή η αρνητική προοπτική σχετίζεται με συμπεριφορικά και γνωστικά συμπτώματα, όπως η απώλεια μνήμης και η αναστολή. Το γεγονός ότι η άνοια θεωρείται ψυχική διαταραχή εντείνει το άγχος και την αδυναμία στο περιβάλλον (Devlin et al., 2007). Ο στιγματισμός επηρεάζει επίσης αρνητικά την αλληλεπίδραση του ατόμου με τις υπηρεσίες υγείας, τις προσδοκίες του σχετικά με την κοινωνική φροντίδα και ακόμη και τη συμμετοχή του σε ερευνητικές μελέτες (Garand et al., 2009; Burgener et al., 2015). Αυτό ισχύει για άτομα με άνοια και άτομα με ήπια γνωστική εξασθένηση. Συμπτώματα όπως διαταραχές συμπεριφοράς και σκέψης, ακράτεια ούρων και αδυναμία αυτοεξυπηρέτησης είναι ιδιαίτερα στιγματιστικά και συμβάλλουν στη μειωμένη κοινωνική αλληλεπίδραση του υποκειμένου, του φροντιστή και της άμεσης οικογένειας. Αυτό επίσης εμποδίζει την κοινωνική υποστήριξη (Garand et al., 2009). Φαίνεται ότι οι γιατροί συχνά υποτιμούν τα συμπτώματα που οι ασθενείς τους αναφέρουν ως ανησυχητικά και τα αποδίδουν στην ηλικία (Devlin et al., 2007). Οι γιατροί συχνά συνεχίζουν να λένε στους ασθενείς ότι η άνοια είναι μια φυσική συνέπεια της διαδικασίας της γήρανσης (Verhooij-Dassen et al., 2005). Τέτοιοι ισχυρισμοί εμποδίζουν την άσκηση της αυτονομίας του ασθενούς και του φροντιστή και την ικανότητά τους να λαμβάνουν τις δικές τους αποφάσεις. Άτομα με συμπτώματα άνοιας, αλλά που δεν ταιριάζουν με τη στερεότυπη εικόνα της διαταραχής (εάν είναι πολύ νέοι ή εμφανίζουν μη ειδικά συμπτώματα) αντιμετωπίζονται συχνά από τους γιατρούς με διακριτικό τρόπο (Burgener et al., 2015; Devlin et al., 2007). Μελέτες δείχνουν ότι υπάρχει αρνητική στάση απέναντι στα άτομα με άνοια σε όλους τους τομείς της ιατρικής. Πολλοί επαγγελματίες υγείας βρίσκουν τους ασθενείς με νόσο του Αλτσχάιμερ πιο δύσκολο να μιλήσουν (Werner, 2014). Οι ηλικιωμένοι με ψυχική διαταραχή είναι πιο πιθανό να περιθωριοποιηθούν στη

διαδικασία της θεραπείας, ιδιαίτερα εάν οι γνωστικές τους λειτουργίες επιδεινωθούν (Jha et al., 2001).

Η γλώσσα παίζει βασικό ρόλο στη διαδικασία του στιγματισμού. Ο Swaffer (2014), ένας ερευνητής που πάσχει και ο ίδιος από άνοια, αναφέρει ότι υπάρχουν λίγες μελέτες σχετικά με το ρόλο της γλώσσας και του φιλικού περιβάλλοντος στην ελαχιστοποίηση του αισθήματος του στιγματισμού. Ο Swaffer (2014) εφιστά την προσοχή στο γεγονός ότι άτομα από ομάδες που υφίστανται διακρίσεις από την κοινωνία γίνονται όλο και περισσότερο υποστηρικτές θεμάτων που είναι σημαντικά για αυτούς. Ωστόσο, τα άτομα με άνοια σπάνια ρωτούνται για τις εμπειρίες τους και πώς θέλουν να ονομάζονται. Ο Swaffer (2014) αναφέρει παραδείγματα αναφορών που έγιναν σε μια ομάδα ατόμων με άνοια από επαγγελματίες στο Διεθνές Συνέδριο για τη νόσο του Alzheimer Dementia: Working Together for a Global Solution στο Σαν Χουάν (Πουέρτο Ρίκο) το 2014. Αυτοί οι όροι ήταν υποτιμητικοί. Ο Swaffer (2014) τονίζει την ανάγκη συμμετοχής των ατόμων με άνοια στην έρευνα (όμοια με τα παιδιά και τα άτομα με ειδικές ανάγκες) και ότι η γλώσσα που χρησιμοποιείται επί του παρόντος για την περιγραφή τους είναι ακατάλληλη.

Ο σημαντικός ρόλος της γλώσσας και του ονόματος της νόσου στη δημιουργία στίγματος περιγράφεται από τον Sartorius (2014). Τα δεδομένα από την Ιαπωνία δείχνουν ότι η αλλαγή του ονόματος και η ενημέρωση της έννοιας της σχιζοφρένειας – συμπεριλαμβανομένης της παθογένειας, της πορείας και πιθανής θεραπείας που συνδέεται με την κατάλληλη εκπαίδευση του ιατρικού προσωπικού – μπορεί να βοηθήσει στη μείωση του στιγματισμού. Ο νέος όρος έκανε τους γιατρούς πιο πιθανό να ενημερώσουν τους ασθενείς και τις οικογένειές τους σχετικά με τη διάγνωση. Τα άτομα με σχιζοφρένεια είναι πιο ανοιχτά στο να επισκέπτονται ειδικούς ψυχικής υγείας και διαδίδουν τη νέα έννοια της νόσου στην κοινωνία (Sartorius et al., 2014). Μια παρόμοια προοπτική θα μπορούσε επίσης να εφαρμοστεί για την άνοια. Σε αυτό το σημείο είναι σημαντικό να αναφέρουμε αλλαγές στη διαγνωστική ταξινόμηση της άνοιας και άλλων γνωστικών διαταραχών στο The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, Fifth Edition (DSM-5). Εισάγει την κατηγορία των νευρογνωστικών διαταραχών (NCDs) με δύο ενότητες: μείζονες (περιλαμβάνει όλους τους τύπους άνοιας από το DSM-IV) και δευτερεύουσες (οι γνωστικές βλάβες δεν πληρούν τα κριτήρια για τη διάγνωση της άνοιας). Εξαιτίας αυτού, η εισαγωγή του όρου νευρογνωστική διαταραχή θεωρείται ως το πρώτο βήμα στη μείωση του

στίγματος που σχετίζεται τόσο με τη λέξη άνοια όσο και με τις καταστάσεις στις οποίες αναφέρεται.

Τα στερεότυπα και οι προκαταλήψεις κάποιου επηρεάζουν επίσης την αίσθηση του στίγματος. Η ισχύς του εσωτερικευμένου στίγματος εξαρτάται από τη στάση του ατόμου με άνοια απέναντι στις ψυχικές διαταραχές, καθώς και από τα συναισθήματα και τις συμπεριφορές των άλλων. Όσο πιο δυνατά και αρνητικά είναι αυτά τα συναισθήματα, τόσο ισχυρότερη είναι η αίσθηση του στίγματος. Η κοινωνική υποστήριξη για τα άτομα με άνοια είναι βασικός παράγοντας για τη μείωση της αίσθησης του στίγματος. Οι μελέτες δείχνουν ότι τα άτομα με μεγαλύτερη κοινωνική υποστήριξη αναρρώνουν καλύτερα και έχουν χαμηλότερη αίσθηση εσωτερικευμένου στίγματος (Chronister et al., 2013).

Για την αντιμετώπιση του στιγματισμού, είναι σημαντικό να αυξηθεί η ευαισθητοποίηση και η κατανόηση σχετικά με την άνοια, να αμφισβητηθούν αρνητικά στερεότυπα και στάσεις και να προωθηθεί η κοινωνική ένταξη και υποστήριξη για τα άτομα που ζουν με την πάθηση και τις οικογένειές τους. Η εκπαίδευση και η συμμετοχή της κοινότητας μπορούν να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο στη μείωση του στιγματισμού και στην προώθηση μιας κοινωνίας χωρίς αποκλεισμούς και υποστήριξης για τα άτομα που ζουν με άνοια.

4.4. Πρόληψη και αντιμετώπιση

4.4.1 Πρόληψη

Η άνοια αναγνωρίζεται πλέον ευρέως ως ένα σημαντικό παγκόσμιο πρόβλημα δημόσιας υγείας. Η ταχεία πρόοδος στην νευροεπιστήμη και το αυξημένο ενδιαφέρον για το σύνδρομο της άνοιας σε κοινότητες και έθνη έχουν φέρει τη σημασία της άνοιας στο προσκήνιο. Αυτή η ανανεωμένη εστίαση οφείλεται σε μεγάλο βαθμό στη γήρανση του παγκόσμιου πληθυσμού και οι σχετικές αυξήσεις στις οικογενειακές, κλινικές και κοινωνικές επιβαρύνσεις από ασθενείς με άνοια. Η επιδημιολογία και άλλες ερευνητικές προσεγγίσεις δημόσιας υγείας έχουν ενσωματώσει την κλινική και βασική νευροεπιστήμη στην έρευνα με βάση τον πληθυσμό και έχουν αρχίσει να οριοθετούν τη φυσική ιστορία αυτών των συνδρόμων και να αναγνωρίζουν τους παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη της άνοιας. Προσδιορισμός παραγόντων που μπορεί να

προληφθούν ή να τροποποιηθούν και που επηρεάζουν τον κίνδυνο άνοιας μπορεί να οδηγήσουν σε αξιολόγηση προληπτικών παρεμβάσεων.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) υπολογίζει ότι υπάρχουν 18 εκατομμύρια άνθρωποι με άνοια στην Ευρώπη, την Αφρική, την Ασία και τη Λατινική Αμερική και προβλέπει ότι θα είναι σχεδόν 29 εκατομμύρια έως το 2020 (Essink-Bot et al., 2002).

Η άνοια δεν είναι μια βιολογική κατάσταση, αλλά μάλλον ένα σύνδρομο που ορίζεται από μετρήσιμη γνωστική παρακμή στο σημείο όπου οι σωματικές, κοινωνικές και διανοητικές λειτουργίες είναι σαφώς εξασθενημένες. Έχουν περιγραφεί περισσότεροι από 200 τύποι άνοιας, οι περισσότεροι από τους οποίους είναι πολύ ασυνήθιστοι και ορισμένες που σχετίζονται με γνωστές γενετικές ανωμαλίες. Η ετερογένεια αυτού του συνδρόμου καθιστά την εκτίμηση των επιπτώσεών του πιο περίπλοκη. Η κλινική και βασική έρευνα με βάση τον πληθυσμό συμβάλλουν στην ταυτοποίηση τροποποιήσιμων παραγόντων κινδύνου και την ανάπτυξη αποτελεσματικών παρεμβάσεων. Κλινικές θεραπείες ή παρεμβάσεις αποκατάστασης που καθυστερούν ή αναστέλλουν την εξέλιξη αυτής της χρόνιας ασθένειας ή οδηγούν σε υποχώρηση της νόσου έχουν τη δυνατότητα να εφαρμοστούν ως προληπτικές παρεμβάσεις. Οι θεραπείες επικεντρώθηκαν στα εγγύς χαρακτηριστικά της άνοιας που είναι πιθανό να αποτελούν μέρος της παθολογίας της νόσου και λιγότερο στην πρόληψη.

Κάποτε, ήταν σύνηθες να σκεφτόμαστε την άνοια ως αναπόφευκτη έκβαση των γηρατειών. Είναι πλέον σαφές ότι η άνοια είναι το αποτέλεσμα μιας σειράς υποκείμενων παθολογικών διαδικασιών, τουλάχιστον μερικές από τις οποίες μπορεί να προληφθούν ή να τροποποιηθούν. Μορφές γνωστικής έκπτωσης, όπως η απώλεια μνήμης, θεωρούνται προγνωστικές συγκεκριμένων ανοιών, ιδιαίτερα του Αλτσχάιμερ. Κάποια από αυτά οφείλονται στην αβεβαιότητα σχετικά με την αιτιολογία της άνοιας Alzheimer και ο ρόλος που παίζει η αγγειακή νόσος στην πρόκληση της. Στοιχεία επισημαίνουν την αγγειακή νόσο ως κύριο ένοχο τόσο για τη νόσο του Αλτσχάιμερ όσο και για την άνοια.

Τα τελευταία 30 χρόνια δημόσιας υγείας και ιατρικών παρεμβάσεων έδειξαν ότι μπορούμε να επιδιώξουμε την πρόληψη της αγγειακής νόσου και ότι υπάρχουν σαφώς προσδιορισμένοι παράγοντες αγγειακού κινδύνου όπου είναι τροποποιήσιμοι. Η πρωτογενής πρόληψη της χρόνιας νόσου εξαρτάται από την έγκαιρη αναγνώριση των τροποποιήσιμων παραγόντων κινδύνου για τους οποίους υπάρχουν και μπορούν

να εφαρμοστούν αποτελεσματικές παρεμβάσεις. Αυτά μπορεί να περιλαμβάνουν παρεμβάσεις όπως είναι η διατροφική πρόσληψη λίπους, διαιτητικά αντιοξειδωτικά, παχυσαρκία, διαβήτης τύπου 2, υπέρταση, σωματική άσκηση, κάπνισμα και κατανάλωση αλκοόλ.

Οι προληπτικές δραστηριότητες που στοχεύουν στην αλλαγή της ατομικής συμπεριφοράς είναι συχνά δαπανηρές και δύσκολες στην εκτέλεση σε ένα πλαίσιο μεγάλου αριθμού του πληθυσμού. Παρεμβάσεις δημόσιας υγείας είναι αυτές που περιορίζουν την πρόσβαση στο κάπνισμα, ή η αύξηση στον έλεγχο της υπέρτασης ή του διαβήτη και της παχυσαρκίας.

Δευτερογενής πρόληψη της άνοιας εξαρτάται από τον αποτελεσματικό έλεγχο και την έγκαιρη ανίχνευση της άνοιας. Εάν υπάρχουν αποτελεσματικές θεραπείες, η έγκαιρη ανίχνευση μπορεί να οδηγήσει σε τροποποίηση κινδύνου της άνοιας. Πράγματι, τώρα γίνονται πολλαπλές προσπάθειες διαφοροποίησης, μέσω του γνωστικού προσυμπτωματικού ελέγχου και της νευροαπεικόνισης. Για όσους διατρέχουν υψηλό κίνδυνο εξέλιξης σε άνοια, σημαντικές τροποποιήσεις στον τρόπο ζωής και στη θεραπεία συννοσηρών καταστάσεων, όπως υπέρταση ή διαβήτης, μπορεί να είναι αποτελεσματικές στρατηγικές σε ατομικό επίπεδο. Σε πληθυσμιακό επίπεδο, παρεμβάσεις μπορεί να περιλαμβάνουν εκπαίδευση του κοινού σχετικά με την άνοια ή πρακτικές και πολιτικές που υποστηρίζουν τον συνήθη έλεγχο άνοιας για άτομα άνω των 50 ετών.

Η άνοια είναι ένα σύνδρομο που μπορεί να προληφθεί. Σε 20 χρόνια, σύμφωνα με τον ΠΟΥ, θα υπάρχουν κοντά στα 100 εκατομμύρια άνθρωποι με άνοια στον κόσμο. Ακόμη και σε πλούσιες, ανεπτυγμένες χώρες, το κόστος και το βάρος της φροντίδας αυτών των ασθενών βαραίνουν τώρα τις οικογένειές τους. Στις περισσότερες αναπτυσσόμενες χώρες, όπου δεν υπάρχει καθόλου δίκτυο ασφαλείας οι μελλοντικές συνέπειες θα είναι μεγαλύτερες από όσο μπορούμε να φανταστούμε. Ας ελπίσουμε στην όσο δυνατόν πιο άμεση επίλυση των πιθανών προβλημάτων και ένα πιο οργανωμένο και αποτελεσματικό σύστημα υγείας.

4.4.2 Αντιμετώπιση

4.4.2.1 Ψυχολογικές προοπτικές της άνοιας

Μια σειρά από ψυχολογικές προσεγγίσεις για την κατανόηση της άνοιας έγιναν πιο οικείες τα τελευταία 20 χρόνια. Αυτές βασίζονται κυρίως σε ψυχοδυναμικές, συμπεριφορικές και γνωστικές-συμπεριφορικές προσεγγίσεις και μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε συνδυασμό με το ιατρικό μοντέλο για να παρέχουν μια πιο επαρκή βιοψυχοκοινωνική κατανόηση των παρουσιάσεων άνοιας. Οι ψυχοδυναμικές θεωρίες περιγράφουν συναισθηματικές και συμπεριφορικές αλλαγές στην άνοια όσον αφορά τους ψυχολογικούς μηχανισμούς άμυνας. Η απώλεια δεξιοτήτων και ανεξαρτησίας λέγεται ότι προκαλεί άγχος και ντροπή, η οποία στη συνέχεια αντιμετωπίζεται μέσω άρνησης, προβολής και απόσυρσης. Οι προηγούμενες εμπειρίες ενός ατόμου πιστεύεται ότι επηρεάζουν την αίσθηση της αυτοεκτίμησής του, καθώς οι αναμνήσεις από το παρελθόν συγχωνεύονται με το παρόν. Καθώς το άτομο αισθάνεται όλο και πιο ευάλωτο, μπορούν να παρατηρηθούν συμπεριφορές προσκόλλησης, όπως η αναζήτηση διαβεβαίωσης και η αναζήτηση φροντιστών. Οι ψυχοδυναμικές θεραπείες τονίζουν την αξία των ασφαλών, αποδεκτών θεραπευτικών σχέσεων για να βοηθήσουν τους ανθρώπους να αισθάνονται υποστηριζόμενοι και κατανοητοί, να διευκολύνουν την επίλυση προηγούμενων συγκρούσεων, να υποστηρίξουν την αποδοχή (Brierley et al., 2003), να βοηθήσουν στην ενσωμάτωση αλλαγών στις εμπειρίες τους και να βελτιώσουν τις απαντήσεις αντιμετώπισης.

Οι Cheston και Jones (2009) συνέκριναν τη διερευνητική ομαδική ψυχοθεραπεία με μια ψυχοεκπαιδευτική παρέμβαση για 16 ασθενείς με άνοια. Βρήκαν μια σημαντική στατιστική αλληλεπίδραση μεταξύ του τρόπου θεραπείας και του επιπέδου κατάθλιψης (Cornell Scale of Depression in Dementia (CSDD), Alexopoulos et al., 2014) και μια οριακά σημαντική αλληλεπίδραση μεταξύ του τρόπου θεραπείας και του επιπέδου άγχους (Ratings of Anxiety in Dementia, Shanker et al., 1999). Αν και η ομάδα ψυχοθεραπείας λέγεται ότι περιελάμβανε την ανάλυση της δυναμικής της ομάδας, κάνοντας ερμηνείες και συγκεντρώνοντας θέματα, δεν είναι σαφές σε ποιο θεραπευτικό μοντέλο βασίστηκε η παρέμβαση. Μια τυχαίοποιημένη ελεγχόμενη δοκιμή (Burns et al., 2005) συνέκρινε 6 συνεδρίες ψυχοδυναμικής διαπροσωπικής θεραπείας και θεραπείας ως συνήθως για 40 συμμετέχοντες. Η χρήση της θεωρίας προσκόλλησης για τη διαμόρφωση και τη φροντίδα ατόμων με άνοια αποδεικνύεται σε μια ανασκόπηση 18 μελετών που διερευνούν συμπεριφορές προσκόλλησης σε άτομα

με άνοια και τους φροντιστές τους καταλήγοντας στο συμπέρασμα ότι οι συμπεριφορές προσκόλλησης παρατηρούνται σε διάφορα στάδια της άνοιας και ότι η ασφάλεια προσκόλλησης είχε επιπτώσεις τόσο για το άτομο με άνοια όσο και για την ψυχολογική υγεία του φροντιστή του (Nelis, Clare & Whitaker, 2013).

Οι συμπεριφορικές προσεγγίσεις εξηγούν πώς, όταν ένα άτομο δεν είναι σε θέση να βασιστεί σε προσαρμοστικές δεξιότητες επικοινωνίας και επίλυσης προβλημάτων, θα εμπλακεί σε προβληματικές συμπεριφορές όπως η επιθετικότητα ως μέσο επικοινωνίας των αναγκών του. Οι προκλητικές συμπεριφορές μπορούν να αυξήσουν την καταπόνηση του φροντιστή και να προκαλέσουν αρνητικές αντιδράσεις, οι οποίες με τη σειρά τους επιδεινώνουν την αγωνία στο άτομο με άνοια (James, 2011).

Οι συμπεριφορικές παρεμβάσεις συνιστώνται ως θεραπεία πρώτης γραμμής των συμπεριφορικών και ψυχολογικών συμπτωμάτων της άνοιας (Moniz-Cook, Stokes & Agar, 2006). Οι γνωστικές-συμπεριφορικές προσεγγίσεις εξηγούν πώς, όταν το άτομο παρατηρεί για πρώτη φορά απώλεια δεξιοτήτων και ικανοτήτων, οι αυτο-αντιλήψεις της ανικανότητας μπορεί να επηρεάσουν την ψυχολογική δυσφορία, καθώς και τις απαντήσεις αντιμετώπισης (Laidlaw, 2015). Οι άνθρωποι γύρω από το άτομο με άνοια μπορεί να προσπαθήσουν να μειώσουν την αγωνία τους απαλλάσσοντάς τους από την ευθύνη, γεγονός που μπορεί να ενισχύσει τα συναισθήματα αναξιοτιότητας (Laidlaw 2015). Η Γνωστική Συμπεριφορική Θεραπεία (Cognitive Behavioral Therapy, CBT) για άτομα με άνοια στοχεύει να βοηθήσει τα άτομα με άνοια να λειτουργούν σε πιο βέλτιστα επίπεδα για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα.

Επικεντρώνεται στην επίλυση προβλημάτων και την αντιμετώπιση προβλημάτων μνήμης, τη γνωστική αναδιάρθρωση γύρω από αρνητικές σκέψεις που σχετίζονται με τη μνήμη και την αύξηση των θετικών δραστηριοτήτων (Scholey & Woods, 2003). Δίνει έμφαση στην κατανόηση των συστημάτων υποστήριξης γύρω από το άτομο, ιδιαίτερα στις στενές σχέσεις μεταξύ των γενεών, καθώς και στην κατανόηση της εσωτερίκευσης των αρνητικών πολιτιστικών πεποιθήσεων σχετικά με τη γήρανση και την άνοια (Laidlaw, 2015). Η CBT αποδείχθηκε αποτελεσματική στη μείωση της αρνητικής επίδρασης σε άτομα με άνοια (Kraus et al., 2008). Επιπλέον, οι ψυχοεκπαιδευτικές ομάδες που βασίζονται στη CBT για φροντιστές ατόμων με άνοια (GallagherThompson et al., 2008) μπορούν να είναι αποτελεσματικές στην ανακούφιση της δυσφορίας των φροντιστών (Laidlaw, 2015).

Καθώς το άτομο αρχίζει να αναγνωρίζει τις δυσκολίες του, αντιπροσωπεύει την αναγνώριση της ανάγκης για αλλαγή. Με αυτή τη σύγκρουση, η συναισθηματική

δυσφορία αυξάνεται. Ωστόσο, με την επιτυχή αφομοίωση, το πρόβλημα θα ενσωματωθεί στη ζωή του ατόμου και θα μάθει να αντιμετωπίζει τις εμπειρίες του. Το μοντέλο APV (Assimilation of Problematic Voices) υποστηρίχθηκε από μια σειρά ποιοτικών αναλύσεων του Προγράμματος Ομαδικής Ψυχοθεραπείας Φωνής για την Άνοια (DVGP), στο οποίο συμμετείχαν έξι ομάδες ψυχοθεραπείας, με διάρκεια 10 εβδομάδων, με συνολικά 19 άτομα με άνοια (Cheston, Jones & Gillard, 2004, Watkins et al., 2006). Οι αναλύσεις παρέχουν ερμηνείες των ατομικών εμπειριών των ομάδων (π.χ. Cheston, Jones & Gillard, 2004; Watkins et al., 2006), δείχνοντας πώς οι συμμετέχοντες μπόρεσαν να επεξεργαστούν και να αφομοιώσουν τις εμπειρίες τους με την πάροδο του χρόνου και να μεταβούν από ένα στάδιο ντροπής και άρνησης, σε στάδια αναγνώρισης, διορατικότητας και εύρεσης λύσεων. Ο Cheston (2013) υποδηλώνει ότι η ντροπή παρουσιάζει ένα συναισθηματικό εμπόδιο στην ικανότητα του ατόμου να παραδεχτεί τι συμβαίνει και να προσαρμοστεί στις αλλαγές.

Αυτές οι αναλύσεις του DVGP εγείρουν ερωτήματα σχετικά με τη χρήση μέτρων συμπτωματικής δυσφορίας ως μέτρηση της θεραπευτικής αλλαγής για άτομα με άνοια: Εάν ο στόχος των παρεμβάσεων είναι να βοηθήσουν τους ασθενείς να επεξεργαστούν τις εμπειρίες τους, τέτοια μέτρα μπορεί να μην αντικατοπτρίζουν την αποτελεσματικότητα, ιδιαίτερα για βραχυπρόθεσμες θεραπείες που είναι λιγότερο πιθανό να οδηγήσουν τους ανθρώπους σε ένα τελικό στάδιο αφομοίωσης. Η αποδοχή των θεραπευτικών ομάδων από τους ασθενείς είναι αμφισβητήσιμη καθώς, με αρχική συμμετοχή 42 ατόμων, ένα μεγάλο ποσοστό από αυτούς εγκατέλειψε. Επιπλέον, ο Cheston και οι συνεργάτες του παρήγαγαν μια σειρά ερευνητικών άρθρων από τα δεδομένα του DVGP (Cheston, Jones & Gillard, 2014, Watkins et al., 2006), που σημαίνει ότι συλλέχθηκαν ορισμένες ερμηνείες από έναν αναμφισβήτητα περιορισμένο όγκο δεδομένων.

4.4.2.2 Η προσωποκεντρική προσέγγιση

Η προσωποκεντρική προσέγγιση είναι ένα μοντέλο φροντίδας που αναπτύχθηκε από τον Βρετανό ψυχολόγο Tom Kitwood που τονίζει τη σημασία της κατανόησης και του σεβασμού των ατομικών εμπειριών, προτιμήσεων και αναγκών των ατόμων με άνοια. Η προσέγγιση αναγνωρίζει ότι τα άτομα με άνοια εξακολουθούν να είναι άτομα με μοναδικές προσωπικότητες, ιστορίες και σχέσεις και ότι πρέπει να

αντιμετωπίζονται με αξιοπρέπεια και σεβασμό (Kitwood, 1997a). Η προσωποκεντρική προσέγγιση εστιάζει σε πολλές βασικές αρχές, όπως:

- **Βλέπει το άτομο ως σύνολο:** Αντί να εστιάζει αποκλειστικά στα συμπτώματα άνοιας του ατόμου, η προσωποκεντρική προσέγγιση αναγνωρίζει ότι τα άτομα με άνοια είναι πολύπλευρα άτομα με μια σειρά αναγκών και προτιμήσεων.
- **Κατανόηση της προοπτικής του ατόμου:** Η προσέγγιση δίνει έμφαση στη σημασία της κατανόησης της οπτικής και των εμπειριών του ατόμου και της ενσωμάτωσης αυτής της κατανόησης στη φροντίδα και την υποστήριξή του.
- **Χτίζοντας σχέσεις:** Η προσέγγιση αναγνωρίζει ότι οι σχέσεις είναι σημαντικές για τα άτομα με άνοια και τονίζει τη σημασία της οικοδόμησης θετικών και υποστηρικτικών σχέσεων μεταξύ των φροντιστών και των ατόμων με άνοια.
- **Παροχή υποστηρικτικού περιβάλλοντος:** Η προσέγγιση τονίζει τη σημασία της δημιουργίας ενός υποστηρικτικού περιβάλλοντος που προάγει την ευημερία και την ανεξαρτησία του ατόμου.
- **Εστίαση σε δυνάμεις και ικανότητες:** Η προσέγγιση αναγνωρίζει ότι τα άτομα με άνοια εξακολουθούν να έχουν δυνάμεις και ικανότητες και τονίζει τη σημασία της οικοδόμησης αυτών των δυνατοτήτων για την προώθηση της ευημερίας και της ποιότητας ζωής.

Συνολικά, η προσωποκεντρική προσέγγιση έχει σχεδιαστεί για να προάγει την ευημερία και την αξιοπρέπεια των ατόμων με άνοια και να δημιουργήσει ένα πιο θετικό και υποστηρικτικό περιβάλλον για τη φροντίδα και την υποστήριξή τους. Η προσέγγιση έχει υιοθετηθεί ευρέως σε χώρους φροντίδας για την άνοια σε όλο τον κόσμο και έχει αποδειχθεί αποτελεσματική στη βελτίωση της ποιότητας ζωής και της ευημερίας των ατόμων με άνοια και των φροντιστών τους.

Η προσωποκεντρική προσέγγιση του Kitwood επηρέασε μια σημαντική αλλαγή στον τρόπο με τον οποίο γινόταν κατανοητή η άνοια. Ο Kitwood (1997a) τόνισε τη σημασία της προσωπικότητας, ότι κάθε άτομο πρέπει να αναγνωρίζεται και να γίνεται σεβαστό ως ένα μοναδικό άτομο, στο πλαίσιο της οικογένειάς του και του ευρύτερου κοινωνικού του περιβάλλοντος. Ο Kitwood ασχολήθηκε περισσότερο με την κατανόηση του υποκειμενικού κόσμου του ατόμου με άνοια, των συναισθηματικών εμπειριών και των αντιλήψεών του για το τι του συμβαίνει. Επέκρινε το ιατρικό μοντέλο για την παραμέληση των υποκειμενικών εμπειριών των ατόμων με άνοια και την υπονόμηση της προσωπικότητας. Υποστήριξε ότι αυτό επαυξάνει μια απάνθρωπη

πολιτιστική στάση απέναντι στην άνοια που τροφοδοτεί τις επιζήμιες κοινωνικές αλληλεπιδράσεις, τις οποίες ονόμασε «Κακοήθη Κοινωνική Ψυχολογία» (Malignant Social Psychology).

Ο Kitwood ανέπτυξε μια λίστα με 17 «προσωπικές υποτιμήσεις», συμπεριλαμβανομένης της αγνόησης, του χλευασμού, της επίρριψης ευθυνών, της υποτίμησης και της ακύρωσης. Ακόμα κατέληξε στο συμπέρασμα ότι αυτές οι αλληλεπιδράσεις αποδυναμώνουν και απενεργοποιούν το άτομο με άνοια πέρα από τις νευρολογικές τους αλλαγές. Τις ιδέες του ακολούθησαν και άλλοι, οι οποίοι θεώρησαν ότι οι συμπεριφορικές και συναισθηματικές αντιδράσεις στην άνοια γίνονται καλύτερα κατανοητές ως αλλαγές στη συναισθηματική ασφάλεια, την αυτο-άποψη και την ταυτότητα του ατόμου (McCormack, 2004). Υποστηρίζοντας την έννοια της «Κακοήθους Κοινωνικής Ψυχολογίας» με μια σειρά περιπτωσιολογικών μελετών, οι Sabat, Napolitano & Fath (2004) υποστήριξαν ότι ακόμη και στα προχωρημένα στάδια της άνοιας οι άνθρωποι διατηρούν έναν εαυτό, αλλά αυτό απειλείται από επιβλαβείς διαπροσωπικές αντιδράσεις μέσω της σχέσης φροντίδας.

4.4.2.3 Θετική εργασία ατόμων

Ο Kitwood (1997a) ανέπτυξε ένα πλαίσιο για «θετική εργασία ατόμων», αποτελούμενο από 12 κατηγορίες αλληλεπιδράσεων που θα μπορούσαν να ασκήσουν οι φροντιστές για την προώθηση της ευημερίας και της προσωπικότητας για άτομα με άνοια. Ο Davis (2004) επέκρινε τον Kitwood ότι είναι ιδεαλιστής και υπονοεί ότι οι βιωματικές εμπειρίες της άνοιας μπορούν να μεταμορφωθούν, χωρίς να παρέχει εμπειρικά στοιχεία για το πώς αυτό μπορεί να εφαρμοστεί ρεαλιστικά. Επιπλέον υποστήριξε ότι ο Kitwood δεν εκτιμά τις προκλήσεις που συνεπάγεται η φροντίδα ενός ατόμου με άνοια και ότι αυτό είναι πιθανό να προωθήσει συναισθήματα ενοχής και απελπισίας σε φροντιστές που δυσκολεύτηκαν να διατηρήσουν την προσωπικότητα για τους πάσχοντες από άνοια.

Οι ιδέες του Kitwood για προσωποκεντρική φροντίδα προωθήθηκαν με προτάσεις για την εφαρμογή τους στις υπηρεσίες φροντίδας. Ο McCormack (2004) τόνισε την ανάγκη για επιλογή και συνεργασία στη λήψη αποφάσεων φροντίδας και την εστίαση στα υπόλοιπα στοιχεία του εαυτού του ατόμου. Ο Brooker (2010) έκανε προτάσεις για τη δημιουργία ενός θετικού κοινωνικού περιβάλλοντος γύρω από τις πολιτικές προσανατολισμού, με βάση μια βάση τεκμηρίωσης για τον τρόπο

διευκόλυνσης της φροντίδας με επίκεντρο τον άνθρωπο και τόνισε ότι οι χώροι κοινοτικής φροντίδας ηλικιωμένων ενηλίκων θα πρέπει να στοχεύουν στην ενίσχυση της εμπειρίας της υγειονομικής περίθαλψης, να υποστηρίζουν την κοινή λήψη αποφάσεων, να βελτιώνουν την κατάρτιση των επαγγελματιών και να βελτιώνουν την παροχή πληροφοριών (National Institute for Clinical Excellence, (NICE) 2006).

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: Ταυτότητα της έρευνας

5.1 Αναγκαιότητα και σημασία της έρευνας

Μία σειρά μελετών έχουν εντοπίσει ότι συναισθηματικές και γνωστικές εμπειρίες όπως η αμηχανία (Cheston, 2005), η αυτοκριτική, η αυτοκατηγορία (Preston, Marshall & Bucks, 2007) και η ντροπή, είναι καθημερινοί αγώνες για τα άτομα με άνοια. Η ντροπή είναι ένα οδυνηρό, αυτοσυνείδητο συναίσθημα (Tangney, Stuewig & Mashek, 2007) που σχετίζεται με τις γνώσεις σχετικά με την αυτοκατηγορία και την κατωτερότητα, συναισθήματα όπως το άγχος και η αηδία και συμπεριφορές όπως η μυστικότητα επηρεάζοντας την παγκόσμια αυτοεικόνα και τις σχέσεις του ατόμου. Το στίγμα σχετίζεται με την ντροπή, όπου το στιγματισμένο άτομο γίνεται αντιληπτό ότι έχει ένα αρνητικό χαρακτηριστικό που προκαλεί μια αρνητική αυτοεικόνα και ντροπή. Παρά την εμφάνιση των εννοιών που σχετίζονται με την ντροπή στην σχετική έρευνα, δεν έχει εξεταστεί η επίδραση τους στις κοινωνικές και προσωπικές σχέσεις και πως αυτή μπορεί να αντιμετωπιστεί. Επιπλέον, η εργασία αυτή σχετίζεται με τη Γερανταγωγική που αποτελεί κλάδο της Κοινωνικής Παιδαγωγικής (βλέπε αναλυτικά υποκεφάλαιο 2.5).

5.2 Σκοπός, στόχοι και ερευνητικά ερωτήματα

Το βασικό ερευνητικό ερώτημα που εξετάζει η παρούσα εργασία είναι κατά πόσο η ντροπή, ως παράγωγο της άνοιας, επηρεάζει τις κοινωνικές και προσωπικές σχέσεις και με ποιο τρόπο μπορούν αυτές να αντιμετωπιστούν. Στόχοι της είναι να αποτυπωθούν οι βασικές εμπειρίες ντροπής αναγνωρίζοντας τις σχετικές αναφορές και να ενσωματωθούν σε υπάρχουσες ψυχολογικές έννοιες της ντροπής και του στίγματος. Τα βασικά ερευνητικά ερωτήματα που καλούνται να απαντηθούν είναι: 1) Ποια θέματα αποτυπώνονται μέσα από τις βασικές εμπειρίες ντροπής των ατόμων με άνοια, 2) Ποια είναι τα διλήμματα και τις συγκρούσεις που βιώνουν οι άνθρωποι με άνοια, την αυτοαντίληψη και συγκεκριμένα ζητήματα μέσα στις σχέσεις, όπως η εμπιστοσύνη και οι ανησυχίες για απώλεια ελέγχου, και 3) Με ποιο τρόπο μπορούν να αντιμετωπιστούν τα παραπάνω ζητήματα.

5.3 Μεθοδολογία

Σε όλες τις μελέτες, η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας είναι σημαντικός παράγοντας καθώς και είναι μια αξιολόγηση που συνήθως περιλαμβάνει μια περίληψη, επεξήγηση και μια κριτική αξιολόγηση της προηγούμενης μελέτης, εμπόδιο ή δυσκολία της τρέχουσας έρευνας και αναγνωρίζει ή δημιουργεί νέα ερευνητικά ζητήματα και ενθαρρύνει την έρευνα σύμφωνα με τα διαθέσιμα δεδομένα. Είναι μια συλλογή προσβάσιμων (δημοσιευμένων και αδημοσίευτων) θεματικών εγγράφων που περιέχουν γεγονότα, έννοιες, δεδομένα και αποδεικτικά στοιχεία που δημοσιεύονται από μια συγκεκριμένη οπτική γωνία για τη λήψη ή έκφραση αυτών των απόψεων σχετικά με τη φύση του θέματος και τον τρόπο με τον οποίο πρέπει να εξεταστεί και αποτελεσματική ανασκόπηση τις ερευνητικές εργασίες που εμπλέκονται (Templier & Paré, 2015).

Οι Bandara et al. (2011) πρότειναν ότι οποιαδήποτε ακαδημαϊκή έρευνα είναι θέμα μελέτης προηγούμενων ευρημάτων. Μια λεπτομερής ανασκόπηση μιας συγκεκριμένης περιοχής επιστημονικής βιβλιογραφίας είναι σημαντική για τον καθορισμό και τον εντοπισμό προβλημάτων μελέτης ώστε να εξηγηθεί η μελλοντική μελέτη σε αυτό το πεδίο. Οι Torres-Carrión et al. (2018) απέδειξαν ότι η μελέτη βιβλιογραφικών ανασκοπήσεων πραγματοποιείται για διάφορες χρήσεις. Αυτές περιλαμβάνουν την ύπαρξη ενός θεωρητικού πλαισίου για περαιτέρω μελέτη, την εκμάθηση του πεδίου της έρευνας για ένα θέμα ενδιαφέροντος ή την αντιμετώπιση πρακτικών ερωτημάτων μέσω της εμπειρίας της τρέχουσας βιβλιογραφίας για το θέμα. Όπως, οι ανασκοπήσεις της έρευνας συνήθως γράφονται ως εισαγωγικό τμήμα ενός δοκιμίου που επικεντρώνεται σε μια συγκεκριμένη ερευνητική μελέτη ή ως ένα από τα πρώτα μέρη μιας αναλυτικής διατριβής ή διατριβής.

Ωστόσο, υπάρχει μια άλλη μορφή βιβλιογραφικής ανασκόπησης που αντιπροσωπεύει ένα πρωτότυπο και χρήσιμο κομμάτι μελέτης από μόνο του. Προσφέρει ένα σταθερό σημείο εκκίνησης για όλους εκείνους τους συμμετέχοντες που εμπλέκονται σε ένα συγκεκριμένο θέμα αντί να έχουν βάση για τους ίδιους τους ερευνητές. Η εργασία των Feddes & Gallucci (2015) αναφέρει ότι το θεμέλιο στοιχείο όλων των πρακτικών επιστημονικής μελέτης, ανεξαρτήτως ειδικότητας, είναι ο συνδυασμός ανάλυσης και τρέχουσας πρακτικής. Ο Snyder (2019) υποστήριξε ότι η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας θα πρέπει γενικά να θεωρείται ως μια περισσότερο ή λιγότερο συστηματική μέθοδος συλλογής και σύνθεσης προηγούμενων μελετών.

Συνήθως έχει ένα οργανωτικό μοτίβο στις κοινωνικές επιστήμες που ενσωματώνει περιγραφή και συνθέσεις των πρωταρχικών αναφορών.

Οι Jain et al. (2018) στη μελέτη τους όρισαν ότι μια περιγραφή είναι η αναθεώρηση βασικών δεδομένων από την πηγή, αλλά μια σύνθεση είναι η αναδιοργάνωση της γνώσης έτσι ώστε να ενημερωθεί η διαδικασία που χρησιμοποιείται για την ανάλυση του ζητήματος της μελέτης. Οι Paré et al. (2015) πρότειναν μια ανασκόπηση της βιβλιογραφίας για τους επιστήμονες, ενθαρρύνοντάς τους να βασιστούν σε αυτό που έκαναν οι άλλοι. Οι ανασκοπήσεις της βιβλιογραφίας επιτρέπουν στους επιστήμονες να υποστηρίξουν ότι επεκτείνουν την τρέχουσα τεχνογνωσία, βελτιώνοντας αυτό που ήδη υπάρχει και καλύπτοντας τα κενά που παραμένουν.

Η παρούσα μελέτη αναπτύχθηκε μέσα από συγκεκριμένα στάδια με πρωταρχικό αυτό της αναζήτησης των δεδομένων που θα αναλύονταν προκειμένου να απαντηθούν τα ερευνητικά ερωτήματα. Η διαδικασία αναζήτησης έγινε σε ψηφιακές βάσεις δεδομένων όπως η Google Scholar, το Plos One και η PubMed. Η αναζήτηση έγινε με βασικές λέξεις κλειδιά: dementia, Alzheimer, shame, avoidance, psychological effects, personal effects, social effects, stigma, embarrassment, ευζωικό γήρας, Κοινωνική Παιδαγωγική, φροντιστές ατόμων με άνοια, Κοινωνική Νευροεπιστήμη. Από τις μελέτες που συγκεντρώθηκαν αποκλείστηκαν δεν εστίαζαν αποκλειστικά στην άνοια, δεν ήταν δημοσιευμένη ολόκληρη η μελέτη και ήταν προγενέστερες του 2000. Κατά μεγάλο ποσοστό το χρονικό όριο διατηρήθηκε. Βρέθηκαν βάσει αυτών των λέξεων κλειδιά περίπου εκατό άρθρα όπου βάσει τίτλου θα ήταν σχετικά με το θέμα της παρούσας διπλωματικής. Εν συνεχεία έπειτα από ανάγνωση της περίληψης αφαιρέθηκε μεγάλος αριθμός άρθρων καθώς δεν ήταν σαφείς οι πληροφορίες και επικεντρώνονταν σε πολύ συγκεκριμένη θεματολογία. Κάποια από αυτά που ενώ θα μπορούσαν να ενταχθούν στη εργασία αλλά εν τέλει ακυρώθηκαν λόγω της εξειδικευμένης θεματολογίας είναι:

- Improving surgical outcomes for people with dementia, Loughlin D, Brown M (2015)
- One third of dementia cases can be prevented within the next 25 years by tackling risk factors. The case “for” and “against”. Manuel Montero
- The hippocampus is crucial for forming nonhippocampal long-term memory during sleep - Anuck Sawangjit1, Carlos N. Oyanedel, Niels Niethard, Carolina Salazar

- Smoking, dementia and cognitive decline in the elderly, a systematic review - Ruth Peters
- Use of social commitment robots in the care of elderly people with dementia: A literature review - Elaine Mordocha
- Social Pedagogy as a Necessary Basis for Teachers Training in Greece, Vassilis Pantazis, (2020)
- Hämäläinen, Juha. "Social pedagogy in Finland, (2012)

Τα παραπάνω δεν χρησιμοποιήθηκαν εν τέλει καθώς αναφέρονταν σε συγκεκριμένη χώρα, εστίαζαν στη τεχνολογική εξέλιξη και όχι τόσο στα άτομα με άνοια και το πώς μπορούν να βοηθηθούν ή επειδή η θεματολογία δεν θα ήταν τόσο χρήσιμη για την παρούσα εργασία.

Παρακάτω παρατίθενται ένα μεγάλο ποσοστό των άρθρων και βιβλίων που χρησιμοποιήθηκαν.

- Bahar-Fuchs A, Martyr A, Goh AMY, Sabates J, Clare L, Cognitive training for people with mild to moderate dementia
- A Comprehensive Update on Treatment of Dementia - Annya Tisher, MD1 Arash Salardini, MD2
- Aging and quality of life of elderly people in rural areas, Juliana Ladeira GarbaccioI, Luis Antonio Batista TonacoII, Wilson Goulart EstevoI, Barbara Jacome BarcelosI
- Auditory short-term memory in the primate auditory cortex Brian H.Scottn, MortimerMishkin
- Left-right functional difference of the rat dorsal hippocampus for short-term memory and long-term memory, Yukitoshi Sakaguchi
- Can short-term memory be trained? , Dennis G. Norris1 & Jane Hall1 & Susan E. Gathercole
- Competitive Interactions Between Endogenous LTD and LTP in the Hippocampus Underlie the Storage of Emotional Memories and Stress-Induced Amnesia , David M. Diamond, Collin R. Park, 1,3 Adam M. Campbell,1,3 and James C. Woodson4
- Coping strategies and quality of life in caregivers of dependent elderly relatives, Margarita Rodríguez-Pérez1, Ana Abreu-Sánchez1, María Jesús Rojas-Ocaña1 and Rafael del-Pino-Casado
- Can Dementia be Prevented? Brain Aging in a population-based context., Mary N. Haan and RobertWallace
- Dementia in the oldest old , *Zixuan Yang, Melissa J. Slavin and Perminder S. Sachdev*

- Depression and dementia: Cause, consequence or coincidence? Sophia Bennett, Alan J. Thomas
- H. Gutzmann¹ · A. Qazi, Depression associated with dementia
- Treatment for depression comorbid with dementia, Nina Baruch,¹ Jennifer Burgess, Manjunadh Pillai, Charlotte Louise Allan
- Effectiveness of physiotherapy in elderly patients with dementia: a prospective, comparative analysis, Joanna Kowalska, Justyna Mazurek, Natalia Kubasik & Joanna Rymaszewska
- Genetics and Underlying Pathology of Dementia, Beata Ferencz & Lotte Gerritsen.
- Improving surgical outcomes for people with dementia, NS794 Loughlin D, Brown M (2015) Improving surgical outcomes for people with dementia. *Nursing Standard*. 29, 38, 50-58. Date of submission: January 19 2015; date of acceptance: February 20 2015.
- Long-Term Memory Performance in Adult ADHD: A Meta-Analysis, Timo Skodzik¹, Heinz Holling¹, and Anya Pedersen¹
- THEORETICAL REVIEW, Memory Modulation ,Benno Roozendaal, James L. McGaugh
- Neuroimmune nexus of depression and dementia: Shared mechanisms and therapeutic targets, Francis J. Herman¹ | Sherry Simkovic¹ | Giulio M. Pasinetti
- Neuropsychiatric symptoms in dementia, Rebecca Radue, Sanjay Asthana
- One third of dementia cases can be prevented within the next 25 years by tackling risk factors. The case “for” and “against”. Manuel Montero-Odasso^{1,2,3*} , Zahinoor Ismail^{4,5} and Gill Livingston^{6,7}
- Physical and psychological states interfere with health-related quality of life of institutionalized elderly: a cross-sectional study Ilky Pollansky Silva e Farias, Luiza de Almeida Souto Montenegro, Rayssa Lucena Wanderley

- Psychomotor, functional, and cognitive profiles in older people with and without dementia: What connections? , Ana Morais, Sofia Santos, Paula Lebre
- Psychosocial behaviour management programme for home-dwelling people with dementia: A cluster-randomized controlled trial- Miharū Nakanishi, Kayo Hirooka, Eva Granvik, Lennart Minthon
- Quality of life and subjective health status according to handgrip strength in the elderly: a cross-sectional study, Yeunhee Kwak & Yoonjung Kim
- Psychotropic drug use and mortality in old people with dementia: investigating sex differences, Jon Brännström, Gustaf Boström, Peter Nordström¹, Håkan Littbrand, Hugo Lövheim
- Reversible Dementias - Milta O. Little
- Short-Term Memory and Long-Term Memory are Still Different- Dennis Norris, MRC Cognition and Brain Sciences Unit, Cambridge, United Kingdom
- Smoking, dementia and cognitive decline in the elderly, a systematic review - Ruth Peters, Ruth Poulter, James Warner, Nigel Beckett¹

- The association between cognition and gait in a representative sample of very old people – the influence of dementia and walking aid use - Jerry Öhlin, Anders Ahlgren, Robert Folkesson, Yngve Gustafson1,
- The Cognitive Neuroscience of Working Memory - Mark D'Esposito1 & Bradley R. Postle
- The effect of reminiscence therapy on cognitive functions, depression, and quality of life in Alzheimer patients: Randomized controlled trial Kerime Bademli, Neslihan Lök, Alime Selçuk-Tosun
- The hippocampus is crucial for forming nonhippocampal long-term memory during sleep - Anuck Sawangjit1, Carlos N. Oyanedel, Niels Niethard, Carolina Salazar
- The lateral prefrontal cortex and human long-term memory , Roberts Blumenfeld, Charan Ranganath
- The Mind and Brain of Short-Term Memory John Jonides, Richard L. Lewis, Derek Evan Nee, Cindy A. Lustig, Marc G. Berman, and Katherine Sledge Moore
- The neuropathology and cerebrovascular mechanisms of dementia - Limor Raz1, Janice Knoefel and Kiran Bhaskar
- A Comprehensive Update on Treatment of Dementia - Annya Tisher, Arash Salardini
- Use of social commitment robots in the care of elderly people with dementia: A literature review - Elaine Mordocha, Angela Osterreicherb, Lorna Gusea,
- Working and supporting people with dementia when you are a student: a qualitative research - Oznur Korukcu,1 Kamile Kukulcu and Ismail Tufan
- Working Memory: Theories, Models, and Controversies - Alan Baddeley
- Αναστασιάδη Δανάη, Κοινωνικοπαιδαγωγικές Αξίες και Επικοινωνία στο έργο «No man's land» του Harold Pinter, 2023,
- Ντοά Αρτεμισία, Κοινωνική Παιδαγωγική και Ενδοσχολικός Εκφοβισμός. Οι αντιλήψεις των φοιτητών, 2022
- Κοινωνική Παιδαγωγική, Θεωρία & Πράξη , Μυλωνάκου-Κεκέ Ηρώ, εκδόσεις Παπαζήση, 2021
- Social and affective neuroscience: an Australian perspective - Fiona Kumfor, Lincoln M. Tracy, Grace Wei, Yu Chen,
- Boulanger D, Albert I, Marsico G. Gerontology Toward Intergenerationality: Dialogical Learning Between Children and Elders. *Integr Psychol Behav Sci.* 2020 Jun;54(2):269-285. doi: 10.1007/s12124-020-09522-7. PMID: 32367374.
- Lehr U. Die Thematik der Bildung in der Gerontologie [Education: a theme in gerontology (author's transl)]. *Aktuelle Gerontol.* 1977 Jul;7(7):343-61. German. PMID: 20795.
- Juha Hämäläinen, Defining Social Pedagogy: Historical, Theoretical and Practical Considerations, *The British Journal of Social Work*, Volume 45, Issue 3, April 2015, Pages 1022–1038, <https://doi.org/10.1093/bjsw/bct174>
- Exploring Different Perspectives of Social Pedagogy: Towards a Complex and Integrated Approach - Ucar, Xavier

- *Education Policy Analysis Archives*, v21 n36 Apr 2013
- Social Pedagogy as a Necessary Basis for Teachers Training in Greece, Vassilis Pantazis, 2020
- Social pedagogy as relational attachment practice -Fox, D.; Thiessen, S.; (2019) [10.14324/111.444.ijsp.2019.v8.x.004](https://doi.org/10.14324/111.444.ijsp.2019.v8.x.004)
- Social Pedagogy for the Entire Lifespan, J.Kornbeck , N.R.Jensen , Vol. II, edition 2012.
- J. Mendes, L. Machado, D. Sampaio, E. Heis and P. Behar, "Social interactions of the elderly: Mapping pedagogical strategies for Distance," *2017 12th Iberian Conference on Information Systems and Technologies (CISTI)*, Lisbon, Portugal, 2017, pp. 1-6, doi: 10.23919/CISTI.2017.7975897. keywords: {Senior citizens;Education;Aging;Tools;Conferences;Mobile handsets;Face;Elderly;Pedagogical Strategies;Distance Education;Social Interactions}
- Social Pedagogy: An Approach Without Fixed Recipes - Rothuizen, Jan Jaap; Harbo, Lotte Junker; (2017) Social Pedagogy: An Approach Without Fixed Recipes. *International Journal of Social Pedagogy* , 6 (1) pp. 6-28. [10.14324/111.444.ijsp.2017.v6.1.002](https://doi.org/10.14324/111.444.ijsp.2017.v6.1.002).
- Ursula Rszula Anna Domzal - Social pedagogy towards the ageing process
- Rob Hunter. Older people and creativity: What can a social pedagogical perspective add to this work?. *IJSP*. 2020. Vol. 9(1). DOI: 10.14324/111.444.ijsp.2020.v9.x.008
- Àngela Janer Hidalgo, Xavier Úcar, Social Pedagogy in the World Today: An Analysis of the Academic, Training and Professional Perspectives, *The British Journal of Social Work*, Volume 50, Issue 3, April 2020, Pages 701–721, <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcz025>
- Hämäläinen, Juha. "Social pedagogy in Finland." *Kriminologija & socijalna integracija: časopis za kriminologiju, penologiju i poremećaje u ponašanju* 20.1 (2012): 95-104.
- Rynänen, Sanna. "Towards public social pedagogy: Participatory theatrical events as pedagogical encounters." *JSSE-Journal of Social Science Education* 23.1 (2024).
- Oliveira, Rita de Cássia da Silva, and Paola Andressa Scortegagna. "Open University for the Third Age: Space of Social Pedagogy, Education and Empowerment." *Actualidades Investigativas en Educación* 15.3 (2015): 505-522.
- Lyketsos, Constantine G., Jeannie-Marie E. Sheppard, and Peter V. Rabins. "Dementia in elderly persons in a general hospital." *American Journal of Psychiatry* 157.5 (2000): 704-707.

- Graham, Janice E., et al. "Prevalence and severity of cognitive impairment with and without dementia in an elderly population." *The Lancet* 349.9068 (1997): 1793-1796.
- Santos, Camila de Souza dos, Thaíssa Araujo de Bessa, and André Junqueira Xavier. "Factors associated with dementia in elderly." *Ciencia & saude coletiva* 25 (2020): 603-611.
- Winter, Yaroslav, et al. "Depression in elderly patients with Alzheimer dementia or vascular dementia and its influence on their quality of life." *Journal of Neurosciences in Rural Practice* 2.01 (2011): 027-032.
- Baumgarten, Mona, et al. "The psychological and physical health of family members caring for an elderly person with dementia." *Journal of clinical epidemiology* 45.1 (1992): 61-70.
- Cuijpers, Pim. "Depressive disorders in caregivers of dementia patients: a systematic review." *Aging & mental health* 9.4 (2005): 325-330.
- Heok, Kua Ee, and TAN SWEE LI. "Stress of caregivers of dementia patients in the Singapore Chinese family." *International journal of geriatric psychiatry* 12.4 (1997): 466-469.

Τέλος τα άρθρα που χρησιμοποιήθηκαν κατά βάση για την σύνθεση της παρούσας εργασίας διότι ήταν άμεσα σχετικά με το θέμα, παραθέτουν άλλες έγκυρες πηγές, περιλαμβάνουν εκτενείς βιβλιογραφίες και είναι σχετικά πρόσφατα τα περισσότερα, είναι τα εξής:

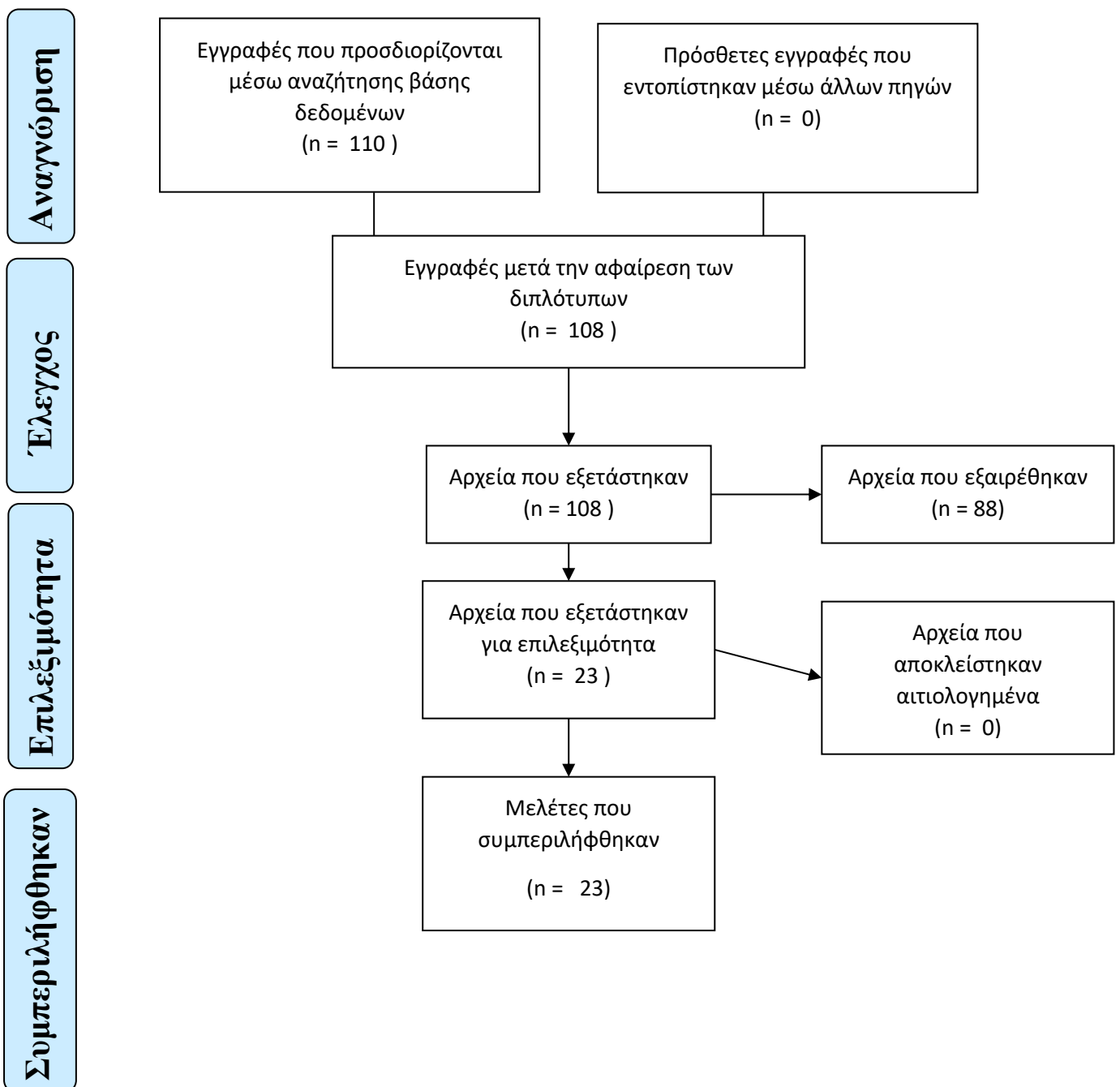
1. Garbaccio JL, Tonaco LAB, Estêvão WG, Barcelos BJ. Aging and quality of life of elderly people in rural areas. *Rev Bras Enferm.* 2018;71 Suppl 2:724-732. Portuguese, English. doi: 10.1590/0034-7167-2017-0149. PMID: 29791626.
2. Haan MN, Wallace R. Can dementia be prevented? Brain aging in a population-based context. *Annu Rev Public Health.* 2004;25:1-24. doi: 10.1146/annurev.publhealth.25.101802.122951. PMID: 15015910.
3. Rodríguez-Pérez M, Abreu-Sánchez A, Rojas-Ocaña MJ, Del-Pino-Casado R. Coping strategies and quality of life in caregivers of dependent elderly relatives. *Health Qual Life Outcomes.* 2017 Apr 14;15(1):71. doi: 10.1186/s12955-017-0634-8. PMID: 28407778; PMCID: PMC5391554.
4. Baruch N, Burgess J, Pillai M, Allan CL. Treatment for depression comorbid with dementia. *Evid Based Ment Health.* 2019 Nov;22(4):167-171. doi: 10.1136/ebmental-2019-300113. Epub 2019 Sep 26. PMID: 31558560; PMCID: PMC10231626
5. Ferencz B, Gerritsen L. Genetics and underlying pathology of dementia. *Neuropsychol Rev.* 2015 Mar;25(1):113-24. doi: 10.1007/s11065-014-9276-3. Epub 2015 Jan 8. PMID: 25567624.
6. The effect of reminiscence therapy on cognitive functions, depression, and quality of life in Alzheimer patients: Randomized controlled trial Kerime Bademli, Neslihan Lök, Alime Selçuk-Tosun, *Int J Geriatr Psychiatry.* 2019 Jan

7. Korukcu O, Kukulcu K, Tufan I. Working and supporting people with dementia when you are a student: a qualitative research. *Psychogeriatrics*. 2018 Jul;18(4):299-306. doi: 10.1111/psyg.12330. PMID: 30133937
8. Αναστασιάδη Δανάη, Κοινωνικοπαιδαγωγικές Αξίες και Επικοινωνία στο έργο «No man's land» του Harold Pinter, 2023,
9. Κοινωνική Παιδαγωγική, Θεωρία & Πράξη, Μυλωνάκου-Κεκέ Ηρώ, εκδόσεις Παπαζήση, 2021
10. Lehr U. Die Thematik der Bildung in der Gerontologie [Education: a theme in gerontology (author's transl)]. *Aktuelle Gerontol*. 1977 Jul;7(7):343-61. German. PMID: 20795.
11. Juha Hämäläinen, Defining Social Pedagogy: Historical, Theoretical and Practical Considerations, *The British Journal of Social Work*, Volume 45, Issue 3, April 2015, Pages 1022–1038, <https://doi.org/10.1093/bjsw/bct174>
12. Kwak Y, Kim Y. Quality of life and subjective health status according to handgrip strength in the elderly: a cross-sectional study. *Aging Ment Health*. 2019 Jan;23(1):107-112. doi: 10.1080/13607863.2017.1387766. Epub 2017 Oct 16. PMID: 29035098.
13. Úcar, Xavier. (2013). Exploring different perspectives of Social Pedagogy: towards a complex and integrated approach. *Education Policy Analysis Archives*. 21. 36. 10.14507/epaa.v21n36.2013.
14. Radue R, Walaszek A, Asthana S. Neuropsychiatric symptoms in dementia. *Handb Clin Neurol*. 2019;167:437-454. doi: 10.1016/B978-0-12-804766-8.00024-8. PMID: 31753148.
15. *Social Pedagogy for the Entire Lifespan*, J.Kornbeck, N.R.Jensen, Vol. II, edition 2012.
16. Krašovec, Sabina & Kump, Sonja. (2014). The educational opportunities for older adults in rural and urban municipalities. *Anthropological Notebooks*. 20. 51-68.
17. Rob Hunter. Older people and creativity: What can a social pedagogical perspective add to this work. *IJSP*. 2020. Vol. 9(1). DOI: 10.14324/111.444.ijsp.2020.v9.x.008
18. Oliveira, Rita de Cássia da Silva, and Paola Andressa Scortegagna. "Open University for the Third Age: Space of Social Pedagogy, Education and Empowerment." *Actualidades Investigativas en Educación* 15.3 (2015): 505-522.
19. Kitwood, T. (1997a). *Dementia reconsidered*. Buckingham: Open University Press. [10.1136/bmj.318.7187.880a](https://doi.org/10.1136/bmj.318.7187.880a)
20. D'Esposito M, Postle BR. The cognitive neuroscience of working memory. *Annu Rev Psychol*. 2015 Jan 3;66:115-42. doi: 10.1146/annurev-psych-010814-015031. Epub 2014 Sep 19. PMID: 25251486; PMCID: PMC4374359.
21. Baumgarten, Mona, et al. "The psychological and physical health of family members caring for an elderly person with dementia." *Journal of clinical epidemiology* 45.1 (1992): 61-70.

22. Cuijpers, Pim. "Depressive disorders in caregivers of dementia patients: a systematic review." *Aging & mental health* 9.4 (2005): 325-330.
23. Heok, Kua Ee, and TAN SWEE LI. "Stress of caregivers of dementia patients in the Singapore Chinese family." *International journal of geriatric psychiatry* 12.4 (1997): 466-469.

Το διάγραμμα που ακολουθεί, αποτυπώνει συνολικά αυτή την αναζήτηση.

Διάγραμμα 1: Διάγραμμα ροής



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: Παρουσίαση και Ανάλυση Αποτελεσμάτων

6.1 Εμπειρίες γύρω από την άνοια

Πολλές μελέτες χρησιμοποιούν ερμηνευτική φαινομενολογική ανάλυση (Interpretative Phenomenological Analysis «IPA», Smith, Flowers & Larkin, 2009), μια ποιοτική προσέγγιση αφιερωμένη στην κατανόηση του τρόπου με τον οποίο οι σημαντικές εμπειρίες ζωής γίνονται κατανοητές από εκείνους που τις ζουν. Το IPA χρησιμοποιεί μια μέθοδο συνέντευξης για τη συλλογή πληροφοριών από μικρό αριθμό συμμετεχόντων. Χρησιμοποιεί μια εντατική ερμηνευτική μέθοδο ανάλυσης για να εξετάσει το βαθύτερο νόημα των λογισμών των συμμετεχόντων μέσα από τις συνεντεύξεις τους.

Η εμφάνιση άνοιας μπορεί να είναι δύσκολη τόσο για τα άτομα με την πάθηση όσο και για τις οικογένειές τους. Η άνοια είναι μια προοδευτική νευρολογική διαταραχή που επηρεάζει τη μνήμη, τη γνωστική λειτουργία και την καθημερινή λειτουργία. Αν και δεν υπάρχει θεραπεία για την άνοια, διάφορες στρατηγικές και προσεγγίσεις, συμπεριλαμβανομένης της Κοινωνικής Παιδαγωγικής, μπορούν να βοηθήσουν τα άτομα με άνοια να ζήσουν πιο ικανοποιητική ζωή και να διατηρήσουν την αξιοπρέπεια και την αίσθηση του εαυτού τους. Ένα από τα χαρακτηριστικά συμπτώματα της άνοιας είναι η απώλεια μνήμης. Τα άτομα με άνοια μπορεί να δυσκολεύονται να θυμηθούν πρόσφατα γεγονότα, ονόματα ή ακόμα και μέλη της οικογένειάς τους. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε απογοήτευση, σύγχυση και άγχος. Ενώ η άνοια εξελίσσεται, τα άτομα μπορεί να δυσκολεύονται να εκφραστούν προφορικά ή να κατανοήσουν τους άλλους. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε απομόνωση και αισθήματα μοναξιάς. Η άνοια ακόμα μπορεί να προκαλέσει αλλαγές στη συμπεριφορά και τη διάθεση. Τα άτομα μπορεί να γίνουν ταραγμένα, ανήσυχα ή ακόμα και επιθετικά λόγω της σύγχυσής τους και της αδυναμίας τους να κατανοήσουν το περιβάλλον τους (Downs, 2015).

Καθώς η άνοια επηρεάζει τις γνωστικές ικανότητες, τα άτομα μπορεί να δυσκολεύονται με καθημερινές εργασίες όπως το ντύσιμο, το φαγητό και το μπάνιο. Αυτή η απώλεια ανεξαρτησίας μπορεί να είναι συναισθηματικά οδυνηρή. Τα μέλη της οικογένειας και οι φροντιστές ατόμων με άνοια επηρεάζονται εξίσου με το άτομο που ασθενεί αφού συχνά βιώνουν σημαντικό άγχος και εξουθένωση. Ίσως να χρειάζεται να παρέχουν συνεχή φροντίδα και υποστήριξη, οδηγώντας σε συναισθηματική και σωματική καταπόνηση (Edvardsson, Fetherstonhaugh & Nay, 2010).

6.1.1 Συναισθηματικές αντιδράσεις

Μια σειρά ποιοτικών μελετών με άτομα στα πρώτα στάδια της άνοιας κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι επώδυνα συναισθήματα όπως θλίψη (Holst & Hallberg, 2003), αβεβαιότητα, αμηχανία, ντροπή (Svanstrom & Dahlberg, 2004; Imhof et al., 2006) είναι βασικοί καθημερινοί αγώνες. Οι Lishman, Smithson, & Cheston (2014) πραγματοποίησαν μια ανασκόπηση 38 ποιοτικών μελετών που διερευνούν υποκειμενικές εμπειρίες μετά τη λήψη διάγνωσης άνοιας. Κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι εκτός από αρνητικές απαντήσεις υπάρχουν και εκφράσεις ελπίδας, χιούμορ και ανάπτυξης. Συζητούν πώς οι συναισθηματικές εμπειρίες των ατόμων με άνοια δεν είναι αναπόφευκτες συνέπειες της νόσου, αλλά προϊόν ψυχοκοινωνικών διαδικασιών.

Οι Mitchell, McCollum & Monaghan's (2013) πραγματοποίησαν μια συστηματική ανασκόπηση 12 μελετών που διερευνούν τον αντίκτυπο μιας διάγνωσης άνοιας, όπου τέσσερις μελέτες προσδιόρισαν την ντροπή ως κεντρική εμπειρία (Aminzadeh et al., 2007; Frank et al., 2006; Langdon, Eagle & Warner, 2007) και το άγχος. Το στίγμα σχετιζόταν με απώλεια του εαυτού, αυτοεκτίμησης, ελέγχου και δραστηριοτήτων. Η νόσος Αλτσχάιμερ ήταν πιο πιθανό να συσχετιστεί με αρνητικά συναισθήματα από την άνοια ή την αγγειακή άνοια σε 7 μελέτες και αυτό θεωρήθηκε ότι οφείλεται σε μεγαλύτερο βαθμό στίγματος που συνδέεται με τον όρο «Αλτσχάιμερ» (Mitchell, McCollum & Monaghan, 2013).

Άλλες μελέτες έχουν διερευνήσει εμπειρίες για άτομα σε μεταγενέστερα στάδια άνοιας. Η μελέτη IPA των Clare et al., (2008a) ανέλυσε μη δομημένες ατομικές συνεντεύξεις 80 ατόμων που ζούσαν σε μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων. Τα αποτελέσματα αποκάλυψαν μια σειρά από οδυνηρά συναισθήματα που σχετίζονται με την απώλεια, την απομόνωση, την αβεβαιότητα και αντιλήψεις ότι είναι άχρηστοι, και ανεπιθύμητοι. Μερικοί συμμετέχοντες εξέφρασαν έντονο φόβο και τρόμο να είναι μόνοι ή χαμένοι και μερικοί εξέφρασαν θυμό και απογοήτευση. Η εμπειρία της κοινωνικής αποδοχής και φιλικότητας ήταν ζωτικής σημασίας για την αντιμετώπιση, καθώς και μια αίσθηση υπερηφάνειας για το υπόβαθρο, τις θετικές αναμνήσεις και την εκτίμηση των υπόλοιπων ικανοτήτων.

6.1.2 Κίνδυνοι για την κοινωνική υποστήριξη και τη ταυτότητα

Η άνοια συνεπάγεται απώλεια κοινωνικών δικτύων και υποστηρικτικών σχέσεων (Bender & Cheston, 1997), η οποία μπορεί να επηρεάσει την ταυτότητα και την αυτοεκτίμηση. Οι Sabat & Harre (1992) θεωρούν ότι η αντίληψη των ατόμων με άνοια ως μπερδεμένων, τους καθιστά δύσκολο να διατηρήσουν μια θετική αυτο-ταυτότητα (Sabat, Napolitano & Fath, 2004). Οι ιδέες αυτές υποστηρίζονται από μελέτες του IPA. Η έρευνα των Langdon, Eagle & Warner (2006) για τις κοινωνικές εμπειρίες στην άνοια πρώιμου σταδίου διαπίστωσε ότι οι άνθρωποι γνώριζαν τους μεταβαλλόμενους κοινωνικούς τους ρόλους και συνήθως αισθάνονταν «παραμελημένοι». Αυτό θα μπορούσε να επηρεάσει αρνητικά την αυτοεκτίμησή τους, θεωρώντας τους εαυτούς τους «ανόητους». Οι συμμετέχοντες ανέφεραν πως αισθάνονταν ότι οι άλλοι ήταν μη αυθεντικοί απέναντί τους και ότι δεν ήταν ασφαλές να αποκαλύψουν τη διάγνωσή τους στους ανθρώπους, λόγω φόβων ότι θα ήταν προκατειλημμένοι. Οι ερευνητές ερμήνευσαν ότι αυτό τους έκανε να νιώθουν αποκλεισμένοι και περιθωριοποιημένοι και υπήρχε αυξημένη ανάγκη να εμπιστευτούν τους άλλους. Η διερεύνηση των Harman & Clare, (2006) για τις αναπαραστάσεις ασθενειών στην άνοια πρώιμου σταδίου ανέφερε παρόμοια ευρήματα ότι οι συμμετέχοντες δυσκολεύονταν να διατηρήσουν μια θετική ταυτότητα λόγω της αίσθησης στιγματισμού και αποκλεισμού από τους άλλους. Εστιάζοντας στην ταυτότητα της πρώιμης άνοιας, οι Caddell & Clare (2013) διαπίστωσαν ότι η πλειοψηφία των συμμετεχόντων διατήρησε ορισμένες πτυχές της ταυτότητάς τους, όπως στάσεις και αξίες.

Ωστόσο, οι αλλαγές στις κοινωνικές τους ικανότητες, όπως οι δυσκολίες εύρεσης λέξεων κατά τη διάρκεια συνομιλιών, θα μπορούσαν να οδηγήσουν σε αμηχανία, αυτοκατευθυνόμενο θυμό και ανησυχία για την αναστάτωση των άλλων. Η μοναξιά αναφέρθηκε συχνά. Έτσι, αυτές οι μελέτες υποδηλώνουν ότι οι κοινωνικές δυσκολίες δημιουργούν μια ένταση στη διατήρηση μιας θετικής ταυτότητας, οδηγώντας σε συναισθήματα αποκλεισμού, μοναξιάς και αρνητικότητας προς τον εαυτό.

6.1.3 Αντιμετώπιση και επίγνωση

Η άνοια είναι μια σύνθετη νευρολογική διαταραχή που επηρεάζει τη γνωστική λειτουργία, τη μνήμη και τη συμπεριφορά. Υπάρχουν πολλές ψυχολογικές

προσεγγίσεις που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την κατανόηση και τη θεραπεία της άνοιας. Εδώ είναι οι σημαντικότερες:

Γνωστική προσέγγιση: Αυτή η προσέγγιση εστιάζει στις γνωστικές διαδικασίες που εμπλέκονται στην άνοια, όπως η απώλεια μνήμης, τα ελλείμματα προσοχής και οι μειωμένες ικανότητες επίλυσης προβλημάτων. Η γνωστική προσέγγιση τονίζει τη σημασία της ανάπτυξης στρατηγικών και παρεμβάσεων για να βοηθηθούν τα άτομα με άνοια να βελτιώσουν τη γνωστική τους λειτουργία και να διατηρήσουν την ανεξαρτησία τους.

Προσέγγιση συμπεριφοράς: Αυτή η προοπτική εστιάζει στις παρατηρήσιμες συμπεριφορές που σχετίζονται με την άνοια, όπως η επιθετικότητα, η περιπλάνηση και η διέγερση. Η προσέγγιση της συμπεριφοράς τονίζει τη σημασία του εντοπισμού των παραγόντων που προκαλούν αυτές τις συμπεριφορές και της ανάπτυξης στρατηγικών για τη διαχείρισή τους, όπως οι περιβαλλοντικές τροποποιήσεις ή η θεραπεία συμπεριφοράς.

Ψυχοδυναμική προσέγγιση: Αυτή η οπτική εστιάζει στις συναισθηματικές και ψυχολογικές πτυχές της άνοιας, όπως η απώλεια ταυτότητας και ο αντίκτυπος της ασθένειας στις σχέσεις. Η ψυχοδυναμική προσέγγιση τονίζει τη σημασία της αντιμετώπισης των συναισθηματικών αναγκών των ατόμων με άνοια και των οικογενειών τους και την ανάπτυξη παρεμβάσεων που υποστηρίζουν την ψυχολογική τους ευεξία.

Προσωποκεντρική προσέγγιση: Αυτή η προσέγγιση τονίζει τη σημασία της αντιμετώπισης των ατόμων με άνοια ως ατόμων με μοναδικές εμπειρίες και προτιμήσεις και την παροχή φροντίδας προσαρμοσμένης στις ανάγκες και τις ικανότητές τους. Η προσωποκεντρική προσέγγιση τονίζει τη σημασία της δημιουργίας ενός υποστηρικτικού περιβάλλοντος που προάγει την αίσθηση ευεξίας και ασφάλειας.

Κοινωνική προσέγγιση: Αυτή η προσέγγιση τονίζει τη σημασία κοινωνικών και περιβαλλοντικών παραγόντων στην ανάπτυξη και διαχείριση της άνοιας, όπως ο αντίκτυπος των δικτύων κοινωνικής υποστήριξης και η πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη. Η κοινωνική προσέγγιση τονίζει τη σημασία της αντιμετώπισης των κοινωνικών ανισοτήτων και της προώθησης της κοινωνικής ένταξης για τα άτομα με άνοια.

Συνολικά, οι διαφορετικές ψυχολογικές προσεγγίσεις παρέχουν συμπληρωματικά πλαίσια για την κατανόηση και την αντιμετώπιση των περίπλοκων αναγκών των ατόμων με άνοια. Μια διεπιστημονική προσέγγιση που ενσωματώνει

αυτές τις προοπτικές μπορεί να βοηθήσει στη βελτίωση της ποιότητας ζωής και της ευημερίας των ατόμων που ζουν με άνοια και των οικογενειών τους.

Αρκετές μελέτες επικεντρώθηκαν στον τρόπο με τον οποίο οι άνθρωποι με άνοια πρώιμου σταδίου αντιμετωπίζουν τις προκλήσεις της ζωής. Οι Wolverson, Clarke & Moniz-Cook (2010) διερεύνησαν πώς τα άτομα με άνοια πρώιμου σταδίου διατηρούν την ελπίδα. Διαπίστωσαν ότι οι συμμετέχοντες μίλησαν για το πώς η διατήρηση των σχέσεών τους ήταν σημαντική για να είναι αισιόδοξοι, για παράδειγμα ελπίζοντας για το μέλλον των οικογενειών τους. Η ελπίδα εκφράστηκε επίσης με όρους διατήρησης κάποιου επιπέδου ικανότητας και δραστηριότητας. Ωστόσο, υπήρξαν περιγραφές σχετικά με την εξάρτηση, την απώλεια σεβασμού και της αγνότητας από άλλους. Οι συγγραφείς καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι το στίγμα αποτελεί εμπόδιο στη διατήρηση της ελπίδας στην άνοια. Η μελέτη των Van Dijkhuizen, Clare & Pearce (2006) διερεύνησε την αντιμετώπιση της άνοιας πρώιμου σταδίου σε ένα γυναικείο δείγμα. Η αποσύνδεση από το παρελθόν, η κοινωνική υποστήριξη και οι κοινωνικοί ρόλοι αντιμετωπίστηκαν ως ενοχλητικοί από τους συμμετέχοντες. Οι γυναίκες ανέφεραν συναισθήματα ταπείνωσης, αμηχανίας και άγχους για το στίγμα, τα οποία κατάφεραν μέσω του χιούμορ να εκτρέψουν και να καλύψουν αυτά τα δύσκολα συναισθήματα. Οι στρατηγικές προσαρμογής περιελάμβαναν την αποδοχή των δυσκολιών και την επίλυση προβλημάτων για να βρεθεί ένας τρόπος να παρακαμφθούν.

Οι Preston, Marshall & Bucks (2007) διαπίστωσαν ότι μια σημαντική πρόκληση για τους ανθρώπους στα αρχικά στάδια της άνοιας ήταν ότι οι μειωμένες ικανότητες προκάλεσαν υποβαθμισμένες αντιλήψεις για τον εαυτό τους σε σχέση με τους άλλους ή τον προηγούμενο εαυτό τους. Οι συμμετέχοντες χρησιμοποίησαν αυτοκριτικές και αυτο-κατηγορητικές περιγραφές για τον εαυτό τους, όπως «αδύναμος», «ανόητος» και «ηλίθιος». Μερικοί συμμετέχοντες μιλώντας και μοιράζοντας τις δυσκολίες τους, εξηγούσαν ότι η εκπαίδευση των άλλων ήταν σημαντική για την υπέρβαση των στερεοτύπων. Ωστόσο, άλλοι συμμετέχοντες παραδέχτηκαν ότι κάλυψαν και έκρυψαν τα προβλήματά τους. Η Clare (2003) προτείνει ότι, επειδή τέτοιες προσπάθειες κάλυψης προβλημάτων γίνονται πιο δύσκολες καθώς εξελίσσεται η άνοια, ο πιο προσαρμοστικός τρόπος αντιμετώπισης της άνοιας είναι μέσω της «αυτοπροσαρμοζόμενης αντιμετώπισης», της ανάπτυξης μιας προσαρμοσμένης ταυτότητας που ενσωματώνει τις αλλαγές της άνοιας με τα πολύτιμα χαρακτηριστικά ενός ατόμου.

Στη μελέτη της IPA, η Clare, (2003) διαπίστωσε ότι τα υψηλότερα επίπεδα επίγνωσης συνδέονται με αυτοπροσαρμοζόμενα στυλ αντιμετώπισης, ενώ τα χαμηλότερα επίπεδα επίγνωσης συνδέονται με την καταστολή. Η μελέτη παρακολούθησης του ίδιου δείγματος διαπίστωσε ότι εμφάνισαν παρόμοιες και πιο πολωμένες απαντήσεις αντιμετώπισης ένα χρόνο αργότερα (Clare, Roth & Pratt, 2005). Οι συμμετέχοντες που γνώριζαν ότι η άνοιά τους χειρότερευε ασχολούνταν με πιο προσαρμοστική αυτορυθμιζόμενη αντιμετώπιση και χρησιμοποίησαν στρατηγικές για την αντιμετώπιση προβλημάτων μνήμης. Άλλοι συμμετέχοντες, οι οποίοι επέδειξαν έλλειψη αποδοχής, μερικές φορές αναγνώρισαν τις διαγνώσεις τους για άνοια, αλλά κράτησαν αυτό το μυστικό λόγω συναισθημάτων ντροπής. Επιπλέον η τακτική σωματική άσκηση μπορεί να είναι μια ευεργετική στρατηγική για τη μείωση του κινδύνου Αλτσχάιμερ και αγγειακής άνοιας. Η άσκηση μπορεί να ωφελήσει άμεσα τα εγκεφαλικά κύτταρα αυξάνοντας τη ροή του αίματος και του οξυγόνου στον εγκέφαλο. Λόγω των γνωστών καρδιαγγειακών πλεονεκτημάτων του, ένα ιατρικά εγκεκριμένο πρόγραμμα άσκησης αποτελεί πολύτιμο μέρος οποιουδήποτε γενικού σχεδίου ευεξίας.

Τα τρέχοντα στοιχεία δείχνουν ότι η υγιεινή για την καρδιά διατροφή μπορεί επίσης να βοηθήσει στην προστασία του εγκεφάλου. Η υγιεινή για την καρδιά διατροφή περιλαμβάνει περιορισμό της πρόσληψης ζάχαρης και κορεσμένων λιπαρών και την συμπερίληψη στην δίαιτα φρούτων, λαχανικών και δημητριακών ολικής αλέσεως. Δύο δίαιτες που έχουν μελετηθεί και μπορεί να είναι ευεργετικές για τη μείωση του κινδύνου Αλτσχάιμερ είναι η δίαιτα DASH (Διατροφικές προσεγγίσεις για τη διακοπή της υπέρτασης) και η μεσογειακή διατροφή (Graves et al., 2017).

Η πρόληψη μπορεί να θεωρηθεί σε τρία μη αποκλειστικά στάδια: πρωτογενές, δευτερογενές, και τριτοβάθμιας. Η πρωτογενής πρόληψη αναφέρεται γενικά στην πρόληψη της νόσου πριν τη βιολογική της έναρξη ή η πρόληψη παραγόντων κινδύνου για ασθένεια (μερικές φορές ονομάζεται και αρχέγονη πρόληψη). Η δευτερογενής πρόληψη αναφέρεται στην έγκαιρη διάγνωση ασυμπτωματικής νόσου, συνήθως μέσω προσυμπτωματικού ελέγχου που οδηγεί σε έγκαιρη θεραπεία.

Εκτός από τα άτομα υψηλού κινδύνου για άνοια, όπως αυτά με ορισμένους γενότυπους ή υψηλά επίπεδα προσδιορισμένων περιβαλλοντικών εκθέσεων, είναι πολύ δύσκολο να γίνει με ακρίβεια ο εντοπισμός των ασυμπτωματικών ατόμων που είναι πιθανό να εμφανίσουν άνοια κάποια στιγμή στο μέλλον. Έχει προταθεί ο πρώιμος προσυμπτωματικός έλεγχος άνοιας στην πρωτοβάθμια περίθαλψη μπορεί να παίξει

κάποιο ρόλο. Ωστόσο, μια πρόσφατη έκθεση από την Ειδική Ομάδα Προληπτικών Υπηρεσιών των ΗΠΑ υποδηλώνει ότι δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία που να υποστηρίζουν τη θέσπιση ενός τέτοιου καθολικού ελέγχου. Η τριτογενής πρόληψη αναφέρεται γενικά σε παρεμβάσεις που καθυστερούν την εξέλιξη ή αποκατάσταση εμφανούς κλινικής νόσου. Θεραπείες για την άνοια επιβραδύνουν μέτρια την εξέλιξη της άνοιας (Jacobs et al., 2015).

6.2. Περίληψη και κριτική της υπάρχουσας έρευνας

Συγκεντρώνοντας όλες τις έρευνες που έχουν συζητηθεί μέχρι στιγμής, η άνοια φαίνεται να περιλαμβάνει ένα περίπλοκο σύνολο συναισθηματικών εμπειριών, συμπεριλαμβανομένων των φόβων για στίγμα, αμηχανία και ντροπή (Mitchell, McCollum & Monaghan, 2013). Η άνοια περιλαμβάνει αρνητικές αλλαγές στον τρόπο με τον οποίο οι άνθρωποι βλέπουν τον εαυτό τους, καθώς και συνειδητοποίηση των αρνητικών αντιλήψεων από τους άλλους, του αποκλεισμού και της αποσύνδεσης (Caddell & Clare, 2013; Clare et al., 2008a). Οι σχέσεις μπορούν να παρέχουν μηχανισμούς αντιμετώπισης αυτών των προκλήσεων, αλλά μπορεί να αποτελέσουν πηγή ανησυχίας για το στίγμα, προκαλώντας την αποφυγή ή τη συγκάλυψη του προβλήματος. Ο αντίκτυπος του στίγματος και της ντροπής στην ταυτότητα αποτελεί εμπόδιο για την ελπίδα και την προσαρμοστική αντιμετώπιση της άνοιας.

6.2.1 Βιώνοντας τη ντροπή-συστολή

Η κοινωνική αποδοχή είναι ένα σημαντικό ζήτημα για τα άτομα που ζουν με άνοια. Δυστυχώς, τα άτομα με άνοια μπορεί να βιώσουν στίγμα και διακρίσεις λόγω των στερεοτύπων και των παρανοήσεων που εξακολουθούν να περιβάλλουν την πάθηση. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε κοινωνικό αποκλεισμό, αισθήματα μοναξιάς και μειωμένη ποιότητα ζωής. Ωστόσο, καταβάλλονται προσπάθειες για την ευαισθητοποίηση και την προώθηση της κοινωνικής αποδοχής της άνοιας. Για παράδειγμα, πολλοί οργανισμοί και ομάδες υπεράσπισης εργάζονται για να εκπαιδεύσουν το κοινό σχετικά με την πραγματικότητα της ζωής με την άνοια και να μειώσουν το στίγμα που σχετίζεται με την πάθηση. Αυτές οι προσπάθειες στοχεύουν στην προώθηση μιας κοινωνίας χωρίς αποκλεισμούς, όπου τα άτομα με άνοια μπορούν να συμμετέχουν πλήρως στις κοινότητές τους και να λαμβάνουν την υποστήριξη και την κατανόηση που χρειάζονται.

Επιπλέον, υπάρχουν πολλές πρωτοβουλίες που στοχεύουν στη δημιουργία κοινοτήτων φιλικών προς την άνοια. Αυτές οι πρωτοβουλίες περιλαμβάνουν την εκπαίδευση των μελών της κοινότητας, των επιχειρήσεων και των παρόχων υπηρεσιών για την καλύτερη κατανόηση της άνοιας και την παροχή κατάλληλης υποστήριξης σε άτομα που ζουν με την πάθηση. Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει τη δημιουργία φυσικών περιβαλλόντων που είναι εύκολα στην πλοήγηση, προσφέροντας δραστηριότητες και εκδηλώσεις φιλικές προς την άνοια και παροχή υποστήριξης και υπηρεσιών προσαρμοσμένων στις συγκεκριμένες ανάγκες των ατόμων με άνοια. Συνολικά, η κοινωνική αποδοχή είναι ένα σημαντικό ζήτημα για τα άτομα που ζουν με άνοια, και καταβάλλονται προσπάθειες για την προώθηση μιας κοινωνίας με μεγαλύτερη υποστήριξη. Δουλεύοντας μαζί, μπορούμε να δημιουργήσουμε έναν κόσμο όπου όλοι εκτιμώνται και υποστηρίζονται, ανεξάρτητα από τις γνωστικές τους ικανότητες ή την κατάσταση της υγείας τους.

Η ντροπή είναι μια ετικέτα που δίνεται και μοιράζεται μεταξύ των ανθρώπων και συνδέεται με άλλες συγκεκριμένες εμπειρίες. Η ντροπή περιγράφεται ως ένα οδυνηρό συναίσθημα ενός ανθρώπου που έρχεται με τη συνείδηση των προσωπικών ελαττωμάτων και τον φόβο να κριθεί από τους άλλους ως κατώτερος, άχρηστος ή ελαττωματικός (Isenberg, 1940). Η ντροπή τοποθετείται μέσα σε μια οικογένεια «αυτοσυνειδητών συναισθημάτων» μαζί με αμηχανία, ενοχή, ενσυναίσθηση και υπερηφάνεια. Η ντροπή είναι η αξιολόγηση του εαυτού σε σχέση με τα ηθικά πρότυπα (Lewis, 2000; Tangney, Stuewig & Mashek, 2007). Άλλοι αντιλαμβάνονται την ντροπή ως μια συναισθηματική εμπειρία που συνδέεται με τις εκτιμήσεις. Οι γνώσεις που σχετίζονται με την ντροπή περιλαμβάνουν πεποιθήσεις σχετικά με την αναξιοσύνη, σκέψεις αρνητικής αξιολόγησης από άλλους, σκέψεις σχετικά με την αποτυχία τήρησης των προτύπων και κοινωνικής σύγκρισης. Άλλα συναισθήματα, όπως ο θυμός και η απέχθεια συχνά συμβαίνουν ταυτόχρονα με την ντροπή και το άγχος λέγεται ότι αποτελεί κεντρικό μέρος της ντροπής. Συγκεκριμένες συμπεριφορές, όπως η απόκρυψη και η μυστικότητα, συνδέονται με την ντροπή (Gilbert & Andrews, 1998).

6.2.2 Αυτογνωσία και κοινωνική αποδοχή

Ο Ellis (1977) περιγράφει πώς οι εμπειρίες της παιδικής ηλικίας επηρεάζουν τα άτομα ως προς τις συνθήκες αυτό-αποδοχής, οι οποίες οδηγούν σε ανεπαρκή

συναισθήματα όταν δεν πληρούνται αυτές οι προϋποθέσεις. Ο Ellis (1977) χρησιμοποιεί ένα γνωστικό-συμπεριφορικό μοντέλο για να περιγράψει πώς η ντροπή περιλαμβάνει την ηθική κρίση και την απόρριψη του εαυτού, τα οποία στη συνέχεια οδηγούν σε συναισθήματα αναξιότητας και περαιτέρω αυτό-κατηγορίες. Το άτομο επικεντρώνεται στις αδυναμίες του ή κάνει προσπάθειες να αρνηθεί τις ατέλειές του, οι οποίες και οι δύο το εμποδίζουν να κάνει θετικές αλλαγές συμπεριφοράς. Ομοίως, το μοντέλο αυτοσυνείδητων συναισθημάτων των Tracy και Robins (2004) βλέπει την ντροπή ως βασισμένη σε εσωτερικευμένους κοινωνικούς κανόνες. Το ντροπιασμένο άτομο λέγεται ότι βιώνει μια αίσθηση αποτυχίας να ανταποκριθεί σε μια εξιδανικευμένη αυτοεκπροσώπηση και σκέφτεται την ασυμφωνία μεταξύ των αυτο-αναπαραστάσεων του και της εξωτερικής αξιολόγησης της συμπεριφοράς του. Επιπλέον οι Tracy & Robins (2004) αναφέρουν ότι η ντροπή εξαρτάται επίσης από τις εσωτερικές και σταθερές αποδόσεις της συμπεριφοράς του ατόμου.

Το μοντέλο της ντροπής του Martens (2005) συνδυάζει πολλές από τις ιδέες που περιγράφηκαν παραπάνω, περιγράφοντας την αλληλεπίδραση των ηθικών, πολιτιστικών και νευροβιολογικών επιρροών της ντροπής. Ο Martens (2005) θεωρεί την ντροπή κυρίως ως μια ασυνείδητη και φυσιολογική αντίδραση στην απειλή κοινωνικής απόρριψης, που περιλαμβάνει νευροβιολογικές αντιδράσεις. Ως εκ τούτου, ένα άτομο προσπαθεί να διατηρήσει τον σεβασμό των άλλων χρησιμοποιώντας την επίγνωσή τους για ηθική και πολιτιστική αποδοχή. Οι συνειδητές γνωστικές διαδικασίες όπως οι αυτο-αναπαραστάσεις και η επίλυση προβλημάτων είναι στη συνέχεια δευτερεύουσες αντιδράσεις που αφορούν τη διατήρηση της αυτο-ταυτότητας και την πρόληψη αρνητικών συνεπειών.

Η κοινωνική αποδοχή των ατόμων με άνοια είναι μια σημαντική πτυχή για την προώθηση της ευημερίας τους και τη διατήρηση της ποιότητας ζωής τους. Η άνοια είναι μια κατάσταση που επηρεάζει τις γνωστικές λειτουργίες όπως η μνήμη, η επικοινωνία και ο συλλογισμός και μπορεί να οδηγήσει σε αλλαγές συμπεριφοράς και προσωπικότητας. Ωστόσο, τα άτομα με άνοια εξακολουθούν να αξίζουν σεβασμό, αξιοπρέπεια και ένταξη στην κοινωνία. Ακολουθούν ορισμένα βασικά σημεία που πρέπει να λάβετε υπόψη σχετικά με την κοινωνική αποδοχή στην άνοια. Η άνοια συχνά συνοδεύεται από παρεξηγήσεις και στιγματισμό. Οι άνθρωποι μπορεί να αντιλαμβάνονται τα άτομα με άνοια ως δύσκολα στην επικοινωνία ή ως απρόβλεπτα. Η προώθηση της εκπαίδευσης και της ευαισθητοποίησης σχετικά με την άνοια μπορεί να βοηθήσει στη μείωση αυτών των στιγμάτων και να ενισχύσει μια πιο κατανόηση

και ενσυναίσθηση απέναντι στα άτομα με άνοια. Η κοινωνική απομόνωση αποτελεί σημαντική ανησυχία για τα άτομα με άνοια. Η ένταξη σε κοινωνικές δραστηριότητες, οικογενειακές συγκεντρώσεις και κοινοτικές εκδηλώσεις μπορεί να ενισχύσει σημαντικά την αίσθηση του ανήκειν και τη συνολική ευημερία τους. Είναι σημαντικό να δημιουργηθούν περιβάλλοντα όπου τα άτομα με άνοια μπορούν να συμμετέχουν στο μέγιστο των δυνατοτήτων τους, χωρίς να αισθάνονται αποκλεισμένοι (Brooker, 2011).

Η επικοινωνία μπορεί να γίνει δύσκολη καθώς η άνοια εξελίσσεται. Η υπομονή, η ενεργητική ακρόαση και η χρήση σαφούς και απλής γλώσσας μπορούν να βοηθήσουν στη διευκόλυνση της καλύτερης επικοινωνίας. Οι φίλοι, τα μέλη της οικογένειας και οι φροντιστές θα πρέπει να ενθαρρύνονται να συμμετέχουν σε ουσιαστικές συνομιλίες και αλληλεπιδράσεις με άτομα με άνοια και να αντιμετωπίζονται με σεβασμό και ενσυναίσθηση.

Οι φροντιστές παίζουν καθοριστικό ρόλο στη ζωή των ατόμων με άνοια. Η υποστήριξη των φροντιστών με πόρους, πληροφορίες και φροντίδα ανάπαυλας μπορεί να συμβάλει στην ευημερία τόσο των ατόμων με άνοια όσο και των φροντιστών τους. Η δημιουργία περιβαλλόντων φιλικών για την άνοια μπορεί να βοηθήσει τα άτομα να περιηγηθούν στο περιβάλλον τους πιο εύκολα. Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει σαφή σήμανση, απλές διατάξεις και ελαχιστοποίηση των περισπασμών. Ενώ τα άτομα με άνοια μπορεί να αντιμετωπίσουν γνωστικές προκλήσεις, είναι σημαντικό να τους επιτρέπουμε να κάνουν επιλογές και αποφάσεις στο μέγιστο των δυνατοτήτων τους. Αυτό βοηθά στη διατήρηση της αίσθησης της αυτονομίας και της αξιοπρέπειάς τους.

Δημιουργικές θεραπείες όπως η τέχνη και η μουσική μπορεί να είναι ιδιαίτερα ωφέλιμες για άτομα με άνοια. Η ενασχόληση με αυτές τις δραστηριότητες μπορεί να προσφέρει ένα κανάλι έκφρασης και επικοινωνίας. Επιπλέον οι εκστρατείες ευαισθητοποίησης του κοινού που εστιάζουν στην άνοια μπορούν να βοηθήσουν στην εξάλειψη των μύθων, στη μείωση του στίγματος και στην ενθάρρυνση της κοινωνικής αποδοχής. Αυτές οι εκστρατείες μπορούν να αναδείξουν τα επιτεύγματα και τις δυνατότητες των ατόμων που ζουν με άνοια.

Συνολικά, η κοινωνική αποδοχή των ατόμων με άνοια απαιτεί μια συμπονετική και ενημερωμένη προσέγγιση από το κοινωνικό σύνολο. Περιλαμβάνει την αναγνώριση της ανθρωπιάς τους, την εκτίμηση της συνεισφοράς τους και την παροχή ευκαιριών για ουσιαστική εμπλοκή σε όλη τη διάρκεια της ασθένειας (Brooker, 2011).

6.2.3 Οι συνέπειες της ντροπής

Η ντροπή μπορεί να έχει βαθύ αντίκτυπο στα άτομα που ζουν με άνοια. Η άνοια μπορεί να προκαλέσει αλλαγές στη γνωστική και συμπεριφορική λειτουργία, που μπορεί να οδηγήσει σε απώλεια ανεξαρτησίας και δυσκολίες στις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις. Αυτές οι αλλαγές μπορεί μερικές φορές να παρεξηγηθούν ή να στιγματιστούν από τους άλλους, οδηγώντας σε αισθήματα ντροπής και αμηχανίας για το άτομο με άνοια. Οι συνέπειες της ντροπής στην άνοια μπορεί να είναι εκτεταμένες. Για παράδειγμα, τα άτομα μπορεί να γίνουν πιο αποτραβηγμένα και να αποφεύγουν κοινωνικές καταστάσεις, που μπορεί να οδηγήσουν σε συναισθήματα απομόνωσης και μοναξιάς. Η ντροπή μπορεί επίσης να επηρεάσει την αυτοεκτίμηση και να συμβάλει στην κατάθλιψη και το άγχος. Επιπλέον, η ντροπή μπορεί να εμποδίσει τα άτομα να αναζητήσουν την απαραίτητη υποστήριξη και φροντίδα, επιδεινώνοντας περαιτέρω τις αρνητικές επιπτώσεις της άνοιας.

Είναι σημαντικό να αναγνωρίσουμε ότι τα συναισθήματα ντροπής δεν αποτελούν φυσικό μέρος της εμπειρίας της άνοιας και μπορούν να μετριαστούν με την κατάλληλη υποστήριξη και εκπαίδευση. Οι φροντιστές και οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να διαδραματίσουν κρίσιμο ρόλο στην παροχή συναισθηματικής υποστήριξης και στη μείωση του στίγματος που σχετίζεται με την άνοια. Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει την παροχή εκπαίδευσης και πόρων για τα άτομα και τις οικογένειές τους, τη δημιουργία ασφαλών και φιλόξενων περιβαλλόντων και την προώθηση ευκαιριών για κοινωνικοποίηση και ουσιαστικές δραστηριότητες. Συνολικά, οι συνέπειες της ντροπής στην άνοια μπορεί να είναι σημαντικές, αλλά υπάρχουν βήματα που μπορούν να γίνουν για να μετριαστεί ο αντίκτυπός της. Με την προώθηση της κατανόησης και της υποστήριξης, μπορούμε να δημιουργήσουμε μια πιο συμπονετική και χωρίς αποκλεισμούς κοινωνία για όλα τα άτομα, συμπεριλαμβανομένων εκείνων που ζουν με άνοια.

Συμφωνώντας με τις ιδέες των Ellis, (1977) και Kohut, (1984) ότι η ντροπή παρεμβαίνει στις διαπροσωπικές σχέσεις και τις προσαρμοστικές συμπεριφορές, ο Martens (2005) προτείνει ότι η ντροπή επηρεάζει τις σχέσεις μέσω της έλλειψης αυτοπεποίθησης, των συναισθημάτων κατωτερότητας και της εξαρτημένης στάσης από έναν σύντροφο. Οι Tangney & Dearing (2002) θεωρούν ότι η ντροπή είναι ένα άχρηστο συναίσθημα, καθώς πυροδοτεί την παγκόσμια αρνητική αξιολόγηση του εαυτού. Το συγκρίνουν με την ενοχή, η οποία συνδέεται με την αξιολόγηση της συμπεριφοράς

κάποιου, τα συναισθήματα ενσυναίσθησης και την αναζήτηση συγχώρεσης. Αντίθετα, οι Tracy & Robins, (2004) υποστηρίζουν ότι η ντροπή παρακινεί τις συμπεριφορικές αντιδράσεις προς τον κατευνασμό, την αποδοχή και τη συγχώρεση από τους άλλους. Αυτές περιλαμβάνουν την «επίθεση στον εαυτό», μέσω του αυτοκατευθυνόμενου θυμού και της επίρριψης ευθυνών, "απόσυρση", μέσω μιας τάσης απόκρυψης, «αποφυγή», χρησιμοποιώντας συναισθηματική αποστασιοποίηση ή ελαχιστοποίηση, και «επίθεση σε άλλους», μέσω του εξωστρεφούς θυμού και της επίρριψης ευθυνών. Οι Elison, Pulos & Lennon, (2006) πρόσθεσαν μια πέμπτη αντίδραση αντιμετώπισης, την «προσαρμοστική», όπου το άτομο αναγνωρίζει την ντροπή του και παρακινείται προς την αλλαγή.

6.2.4 Το εσωτερικευμένο στίγμα της ντροπής

Η σχέση μεταξύ ντροπής και στίγματος συζητείται από τον Goffman (1963). Πρώτον, περιγράφει το στίγμα ως μια σχέση μεταξύ ενός «χαρακτηριστικού και ενός στερεότυπου», όπου το άτομο θεωρείται ότι διαθέτει ένα χαρακτηριστικό που συνδέεται με ανεπιθύμητα χαρακτηριστικά. Το στίγμα πιστεύεται ότι επηρεάζει αρνητικά την αυτό-εικόνα εκείνων στους οποίους αποδίδεται το αρνητικό χαρακτηριστικό και τους δημιουργεί προκλήσεις για την αλληλεπίδραση με εκείνους που θεωρούνται «φυσιολογικοί».

Οι Link & Phelan (2001) αντιλαμβάνονται ότι το στίγμα περιλαμβάνει τη σύγκλιση πολλών διαδικασιών. Πρώτον, μια διαφορά μεταξύ των ανθρώπων θεωρείται αρκετά σημαντική για να νομιμοποιήσει μια επίσημη ετικέτα. Στη συνέχεια, η ετικέτα συνδέεται με αρνητικά χαρακτηριστικά, διαχωρίζοντας έτσι ομάδες ανθρώπων σε μια δυναμική του "εμείς" και του "αυτοί". Οι Link & Phelan (2001) γράφουν ότι το στίγμα εξαρτάται από την εξουσία, όπου μια ομάδα θα στιγματιστεί μόνο όταν καταλαμβάνει χαμηλότερη θέση ισχύος σε σύγκριση με εκείνους που τους κρίνουν. Ωστόσο, αυτή η προϋπόθεση παραβλέπεται επειδή οι διαφορές ισχύος συχνά θεωρούνται δεδομένες. Ακόμα προτείνουν ότι οι άνθρωποι που στιγματίζονται αναμένουν απόρριψη και μπορεί να ενεργούν με λιγότερη σιγουριά, πιο αμυντικά ή απλά να αποφεύγουν την απειλητική επαφή. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα άβολες κοινωνικές αλληλεπιδράσεις, μειωμένα κοινωνικά δίκτυα, μια συμβιβασμένη ποιότητα ζωής και αρνητικά συναισθήματα προς τον εαυτό τους. Τέλος, το στίγμα έχει αρνητικό αντίκτυπο στην αυτοεκτίμηση και η αυτο-αποτελεσματικότητα επηρεάζοντας έτσι τα αρνητικά

κοινωνικά και ψυχολογικά αποτελέσματα μιας κατάστασης μέσω του στρες (Link & Phelan, 2001).

Η υποστήριξη για αυτές τις ιδέες παρέχεται από την ανασκόπηση των Hasson-Ohayon et al. (2012) της βιβλιογραφίας σχετικά με το στίγμα και την ντροπή στα προβλήματα ψυχικής υγείας. Διαπίστωσαν ότι η εσωτερίκευση του κοινωνικού στίγματος απέναντι σε ένα πρόβλημα ψυχικής υγείας οδηγεί σε αυτο-στίγμα. Αυτό συσχετίστηκε με φτωχότερα κοινωνικά στρώματα και ψυχολογικά αποτελέσματα, όπως χαμηλότερη αυτοεκτίμηση και φτωχότερες διαπροσωπικές σχέσεις. Οι Hasson-Ohayon et al. (2012) προτείνουν ότι, μερικοί άνθρωποι με προβλήματα ψυχικής υγείας είναι πιθανό να βιώσουν ντροπή, ενώ άλλοι είναι πιο πιθανό να απαντήσουν με ενοχή, ανάλογα με το αν το άτομο αποδέχεται ή απορρίπτει το κοινωνικό στίγμα.

6.2.5 Εφαρμόζοντας διάφορα μοντέλα της ντροπής στην άνοια

Υπάρχουν πολλά μοντέλα ντροπής που μπορούν να εφαρμοστούν στην εμπειρία της άνοιας. Εδώ είναι τρία μοντέλα:

- **Μοντέλο ντροπής με εστίαση στον εαυτό:** Αυτό το μοντέλο υποδηλώνει ότι η ντροπή προκύπτει όταν τα άτομα με άνοια αντιλαμβάνονται τον εαυτό τους ως ελαττωματικό ή ανεπαρκή κατά κάποιο τρόπο. Για παράδειγμα, ένα άτομο με άνοια μπορεί να αισθάνεται ντροπή αν δυσκολεύεται να θυμηθεί σημαντικές πληροφορίες. Η ντροπή που επικεντρώνεται στον εαυτό μπορεί να είναι ιδιαίτερα επιβλαβής, καθώς μπορεί να οδηγήσει σε μια αρνητική αντίληψη του εαυτού και σε μειωμένη αίσθηση αυτοεκτίμησης.
- **Μοντέλο κοινωνικού στίγματος:** Αυτό το μοντέλο υποδηλώνει ότι η ντροπή προκύπτει από τις αρνητικές στάσεις και τα στερεότυπα της κοινωνία σχετικά με την άνοια. Τα άτομα με άνοια μπορεί να εσωτερικεύουν αυτά τα αρνητικά μηνύματα και να ντρέπονται για την κατάστασή τους, παρόλο που δεν είναι δικό τους λάθος. Το κοινωνικό στίγμα μπορεί επίσης να οδηγήσει σε κοινωνικό αποκλεισμό και διακρίσεις, επιδεινώνοντας περαιτέρω τα συναισθήματα ντροπής και απομόνωσης.
- **Ηθικό μοντέλο:** Αυτό το μοντέλο υποδηλώνει ότι η ντροπή προκύπτει από μια αντιληπτή παραβίαση των κοινωνικών κανόνων ή αξιών. Για παράδειγμα, ένα άτομο με άνοια μπορεί να αισθάνεται ντροπή εάν ξεχάσει να πληρώσει έναν λογαριασμό ή κάνει κοινωνικά ανάρμοστη συμπεριφορά. Το ηθικό μοντέλο της

ντροπής μπορεί να είναι ιδιαίτερα προκλητικό για τα άτομα με άνοια, καθώς μπορεί να δυσκολεύονται να συμμορφωθούν με τις κοινωνικές προσδοκίες λόγω των γνωστικών τους διαταραχών (Caddell & Clare, 2013).

Είναι σημαντικό να αναγνωρίσουμε ότι κάθε μοντέλο ντροπής μπορεί να έχει διαφορετικές συνέπειες για τα άτομα με άνοια και τους φροντιστές τους. Για παράδειγμα, η εστιασμένη στον εαυτό της ντροπή μπορεί να απαιτεί παρεμβάσεις που στοχεύουν στη βελτίωση της αυτοεκτίμησης και της αυτο-αποδοχής, ενώ το κοινωνικό στίγμα μπορεί να απαιτεί προσπάθειες για τη μείωση του στίγματος και την προώθηση της κοινωνικής ένταξης. Κατανοώντας τα διαφορετικά μοντέλα ντροπής και τον τρόπο με τον οποίο εφαρμόζονται στην άνοια, μπορούμε να υποστηρίξουμε καλύτερα τα άτομα με άνοια και να εργαστούμε προς μια κοινωνία με μεγαλύτερη συμπόνια.

Οι συζητηθέντες αντιλήψεις για την ντροπή και το στίγμα φαίνεται να σχετίζονται με ορισμένα από τα βασικά ευρήματα των εμπειριών άνοιας. Τα ευρήματα ότι η άνοια μπορεί να περιλαμβάνει φοβίες για το στίγμα, την κρίση, την απόκρυψη και τον αποκλεισμό από τους άλλους ταιριάζουν με την ιδέα ότι η ντροπή συμβαίνει μέσω μιας απειλής όπως η κοινωνική αποδοκιμασία (Gilbert, 2009). Ευρήματα ότι μια μεταβαλλόμενη εικόνα για τον εαυτό στην άνοια μπορεί να προκαλέσει εμπειρίες που σχετίζονται με την ντροπή, όταν ένα άτομο αισθάνεται δυσαρεστημένο με τον εαυτό του και ανίκανο να ανταποκριθεί στις προσδοκίες του εαυτού του (Tracy & Robins, 2004). Ευρήματα ότι τα άτομα με άνοια μπορούν να βιώσουν αυξημένη αυτοκριτική, αυτοκατευθυνόμενο θυμό και μειωμένη αυτοαποδοχή συνδέονται με ιδέες ότι η αυτοκριτική εμπλέκεται στη διατήρηση της ντροπής (Caddell & Clare, 2013). Ευρήματα ότι η ντροπή μπορεί να οδηγήσει σε λιγότερο προσαρμοστική αντιμετώπιση της άνοιας και προκαλεί αποφυγή, άρνηση και επιθυμία απόκρυψης δυσκολιών συμπίπτει με θεωρίες ότι η ντροπή έχει αρνητικές κοινωνικές συνέπειες (Martens, 2005).

Μερικές μελέτες (Van derBeek et al., 2013) υποστηρίζουν την ιδέα ότι οι άνθρωποι που είναι πιο ευάλωτοι στην ντροπή είναι πιο πιθανό να επιδοθούν σε αυτοστιγματισμό, και αυτή είναι η εσωτερίκευση και η αποδοχή του στίγματος που επηρεάζει την ποιότητα ζωής. Αυτό υποδηλώνει ότι αν και η ντροπή ασχολείται με τις κοινωνικές εμπειρίες, συμβαίνει κυρίως μέσω εσωτερικών διαδικασιών.

6.2.6 Αποφυγή εκδήλωσης άνοιας

Καθώς η άνοια συνεπάγεται την απώλεια πολύτιμων ικανοτήτων και ανεξαρτησίας, ένα άτομο που βιώνει άνοια αποφεύγει εύλογα να αναφέρει την ασθένειά του. Υπάρχουν διάφοροι τρόποι με τους οποίους η αποφυγή συμβάλλει στην ανάπτυξη «σπειρών που προκαλούν ντροπή» γύρω από τα άτομα με άνοια. Πρώτον, υποστηρίζεται ότι λόγω του κοινωνικού στίγματος της διάγνωσης της άνοιας, τα άτομα είναι πιθανό να αποφύγουν καταστάσεις ή να καλύψουν συμπεριφορές που θα αποκαλύψουν συμπτώματα. Δεύτερον, τα άτομα μπορεί να αποφύγουν να εκφράσουν την έκταση των δυσκολιών τους, για παράδειγμα χρησιμοποιώντας ουδέτερους όρους όπως απώλεια μνήμης και όχι άνοια. Επιπλέον, η άρνηση σχετικά με τα προβλήματα μνήμης γίνεται καλύτερα κατανοητή ως μια προσπάθεια να αποφευχθούν οι αλληλεπιδράσεις ντροπής, αλλά οι ιατροί συχνά το χαρακτηρίζουν ως έλλειψη διορατικότητας, η οποία επιδεινώνει την ντροπή. Τέλος, τα άτομα που βρίσκονται πιο κοντά στο άτομο με άνοια μπορεί να προσπαθήσουν να προστατεύσουν το άτομο από δυνητικά ντροπιαστικές αλληλεπιδράσεις, αναλαμβάνοντας τον έλεγχο των θεμάτων για να τους αποτρέψουν από το να κάνουν λάθη, από ανησυχία για την πρόκληση δυσφορίας ή ακόμη και ντροπής στο άτομο. Επομένως, η ντροπή αποξενώνει τους ανθρώπους, εμποδίζοντάς τους να είναι ανοιχτοί με τους άλλους και ενθαρρύνοντας την αποξένωση (Cheston, 2005). Ο Cheston, (2005) υποστηρίζει ότι οι ομάδες ψυχοθεραπείας που επιτρέπουν στους ανθρώπους να μοιράζονται ανοιχτά τις εμπειρίες τους μπορούν να βοηθήσουν τα άτομα με άνοια να ξεπεράσουν την ντροπή, μειώνοντας τα συναισθήματα αποξένωσης.

6.2.7 Απώλεια ελέγχου

Ο Cheston υποδηλώνει περαιτέρω ότι ο φόβος της απώλειας του ελέγχου είναι κεντρικός στην εμπειρία της ντροπής στην άνοια, όπως ο φόβος να χάσει κανείς τον εαυτό του ή να τρελαθεί. Τέτοιες συμπεριφορές δείχνουν πώς η απροθυμία να αντιμετωπιστούν κάποιες δυσκολίες, συνδέεται με φόβους τρέλας. Όπως αναφέρθηκε προηγουμένως, η ανασκόπηση των Mitchell, McCollum & Monaghan (2013) διαπίστωσε ότι οι φόβοι για στίγμα στην άνοια σχετίζονταν με απώλεια του εαυτού και απώλεια ελέγχου.

6.2.8 Λήθη και αμηχανία

Οι Lishman, Cheston & Smithson (2014) παρέχουν αποσπάσματα από τα δεδομένα τους που δείχνουν πώς η προσπάθεια εύρεσης λέξεων μπορεί να οδηγήσει σε συναισθήματα αμηχανίας: «Ξεχνάω κάτι, που θα έπρεπε να ξέρω, είναι ενοχλητικό...». Δείχνουν πώς αυτό οδηγεί σε ντροπή και κακή αυτοεκτίμηση και επιφέρει την απόσυρση: «Αυτό είναι αρκετά ενοχλητικό όταν προσπαθείς να σκεφτείς κάτι, γιατί δεν μπορείς να σκεφτείς τις λέξεις να πεις κι έτσι αποσύρεσαι» (Lishman, Cheston & Smithson, 2014, σελ. 64). Οι ερευνητές ερμηνεύουν ότι αυτές οι εμπειρίες κάνουν τους ανθρώπους να αισθάνονται διαφορετικοί από τους άλλους και ανίκανοι να ενταχθούν. Προσθέτουν ότι ο φόβος της κρίσης είναι κεντρικός σε αυτήν την εμπειρία και έτσι η αποδοχή των άλλων ανθρώπων είναι ζωτικής σημασίας .

Η φαινομενολογική μελέτη των Genoe & Dupuis, (2012) σχετικά με την έννοια του ελεύθερου χρόνου για άτομα με άνοια πρώιμου σταδίου περιελάμβανε μια ολοκληρωμένη μέθοδο. Μεμονωμένες συνεντεύξεις, δεδομένα παρατήρησης και φωτογραφικό ημερολόγιο συλλέχθηκαν για αρκετούς μήνες, για να βοηθήσουν στην απόκτηση πληροφοριών για την καθημερινή ζωή των συμμετεχόντων. Οι φωτογραφίες που τράβηξαν οι συμμετέχοντες συζητήθηκαν κατά τη διάρκεια δευτέρων ατομικών συνεντεύξεων. Τα ευρήματα έδειξαν ότι οι εμπειρίες των συμμετεχόντων με συγκεχυμένη σκέψη, λήθη και χαμένες δεξιότητες οδήγησαν σε συναισθήματα αμηχανίας, ενοχής και ντροπής. Αυτό τους οδήγησε να διακόψουν τα χόμπι και τις δραστηριότητές τους. Οι συμμετέχοντες ένιωσαν υπερηφάνεια όταν μπόρεσαν να το ξεπεράσουν αυτό και έτσι η μελέτη καταλήγει στο συμπέρασμα ότι είναι σημαντικό για τα άτομα με άνοια να υποστηριχθούν στη διατήρηση της συμμετοχής τους σε ουσιαστικές δραστηριότητες. Ένα ζήτημα με αυτή τη μελέτη είναι ο τεράστιος όγκος δεδομένων που συνέλεξαν, γεγονός που μπορεί να εμπόδιζε το βάθος της ανάλυσής τους.

6.2.9 Αξίες και σκοποί

Η μελέτη IPA των Clare, Rowlands & Quin (2008b) διερεύνησε τη χρήση μιας ομάδας υποστήριξης που βασίζεται στο διαδίκτυο από άτομα με άνοια. Οι συμμετέχοντες μίλησαν για την άνοια ως αίσθηση απομόνωσης και μοναξιάς, που περιλαμβάνει απώλεια ταυτότητας και αυτοεκτίμησης. Οι συμμετέχοντες δήλωσαν ότι το δίκτυο υποστήριξης παρείχε συλλογική δύναμη, με συναισθήματα του ανήκειν και

της κατανόησης και την ανταλλαγή δεξιοτήτων αντιμετώπισης και συναισθηματικής υποστήριξης. Οι συμμετέχοντες ανέφεραν ότι ένιωσαν μια αίσθηση υπερηφάνειας που ήταν μέλη της ομάδας, ανακτώντας μια αίσθηση αυτοσεβασμού, αξίας και σκοπού συμβάλλοντας σε πιθανή κοινωνική αλλαγή. Οι συμμετέχοντες σε αυτή τη μελέτη ήταν νεότεροι σε σύγκριση με τους περισσότερους πάσχοντες από άνοια, με μέση ηλικία 62 ετών, και μπορεί να επιβαρύνονταν λιγότερο από αρνητικά ηλικιακά στερεότυπα και στίγμα που σχετίζεται με την ηλικία (Levy, 2009) από τους ηλικιωμένους με άνοια. Οι συμμετέχοντες σε αυτή τη μελέτη είχαν διαγνωστεί κατά μέσο όρο 6,5 χρόνια πριν από τη μελέτη και μπορεί επίσης να είχαν χρόνο να προσαρμοστούν στις προκλήσεις της διάγνωσης.

6.2.10 Η άνοια και το άτομο

Η άνοια είναι ένα αυξανόμενο πρόβλημα και η ζωή με διάγνωση άνοιας συνεπάγεται προκλήσεις κοινωνικού αποκλεισμού, στιγματισμού και περιθωριοποίησης (Brooker, 2004; WHO & Alzheimer's Disease International, 2012). Οι ποιοτικές μελέτες παρέχουν στα άτομα με άνοια μια πλατφόρμα για να συζητήσουν τις εμπειρίες τους. Στα πρώτα στάδια της άνοιας, ορισμένες από τις βασικές προκλήσεις περιλαμβάνουν τη μετατόπιση των αυτοαναλήψεων, τα συναισθήματα αποκλεισμού και την αλλαγή των κοινωνικών ρόλων. Αυτές οι εμπειρίες μπορούν να προκαλέσουν αρνητικά συναισθήματα προς τον εαυτό, όπως συναισθήματα ανεπάρκειας, αμηχανίας, αυτοκριτικισμού και αυτοκατευθυνόμενου θυμού (Caddell & Clare, 2013). Η ντροπή συνδέεται ειδικά με τους φόβους ότι θα κριθούν σε κοινωνικές καταστάσεις για δυσκολίες στην ομιλία και τη συνεκτική σκέψη. Επιπλέον, τα άτομα με άνοια έχουν επιδείξει ντροπή σε σχέση με τους φόβους ότι θα χάσουν τον έλεγχο ή θα τρελαθούν (Cheston, 2005).

Το άτομο που βιώνει ντροπή θεωρεί ότι διαθέτει ένα χαρακτηριστικό που γίνεται αντιληπτό από τους άλλους ότι είναι έξω από τους ηθικούς ή κοινωνικούς κανόνες. Έτσι, τα άτομα φοβούνται ότι η αποκάλυψη αυτού του χαρακτηριστικού θα τους επισημάνει ως αποκλίνοντες και ενδεχομένως θα τους οδηγήσει να γίνουν κοινωνικά απόκληροι. Ως εκ τούτου, η συμπεριφορά που συνδέεται με την ντροπή υποκινείται από την επιθυμία απόκρυψης της κατοχής αυτού του χαρακτηριστικού από τη δημόσια θέα, προκειμένου να αποφευχθεί ο κίνδυνος να κριθεί ως ηθικά ανεπαρκής. Υπάρχει κάποια σύγκρουση μεταξύ των θεωριών και των ευρημάτων γύρω από την

ντροπή και τις συζητημένες ερμηνείες των εμπειριών άνοιας, όσον αφορά το βαθμό στον οποίο οι εμπειρίες στίγματος και ντροπής εμφανίζονται μέσω εσωτερικών διαδικασιών ή κοινωνικών διακρίσεων. Μερικοί ερευνητές προτείνουν ότι τα άτομα που είναι πιο επιρρεπή στην ντροπή είναι πιο πιθανό να στιγματίσουν τον εαυτό τους. Αυτό μπορεί να υποβαθμίσει τους ρόλους των άλλων στη συμβολή στις αντιλήψεις ενός ατόμου για το στίγμα, όπως οι αναφερόμενες εμπειρίες ενός ατόμου με άνοια ότι αποκλείστηκε και αγνοήθηκε (Wolverson, Clarke & Moniz-Cook, 2010).

Τόσο τα θεωρητικά μοντέλα όσο και η εμπειρική έρευνα υποδηλώνουν ότι η ντροπή παρεμβαίνει στην προσαρμοστική κοινωνική αντιμετώπιση και δημιουργεί περαιτέρω προβλήματα στις σχέσεις, επιδεινώνοντας έτσι τα αρνητικά συναισθήματα. Ορισμένες μελέτες υπογραμμίζουν πώς, όταν τα άτομα με άνοια ξεπερνούν αυτές τις προκλήσεις, μπορούν να παρατηρηθούν βελτιώσεις στην αυτοεκτίμησή τους, την αυτοαποδοχή και την υπερηφάνεια (Watkins et al., 2006).

6.2.11 Ο ρόλος της Κοινωνικής Παιδαγωγικής

Η Κοινωνική Παιδαγωγική είναι μια προσέγγιση που εστιάζει στην ολιστική ανάπτυξη, εκπαίδευση και υποστήριξη ατόμων μέσα σε ένα κοινωνικό πλαίσιο. Τονίζει τη σημασία των σχέσεων, των κοινωνικών αλληλεπιδράσεων και των ουσιαστικών δραστηριοτήτων για την προώθηση της ευημερίας και της προσωπικής ανάπτυξης. Στο πλαίσιο της άνοιας, μπορεί να προσφέρει πολλά οφέλη. Η Κοινωνική Παιδαγωγική ευθυγραμμίζεται με μια προσωποκεντρική προσέγγιση στη φροντίδα της άνοιας. Αναγνωρίζει το μοναδικό υπόβαθρο, τις προτιμήσεις και τις ανάγκες των ατόμων, καλλιεργώντας μια αίσθηση αξιοπρέπειας και σεβασμού. Επίσης στοχεύει να υποστηρίξει όχι μόνο τις γνωστικές πτυχές αλλά και τη συναισθηματική, κοινωνική και σωματική ευεξία των ατόμων με άνοια. Αυτό μπορεί να βελτιώσει τη συνολική ποιότητα ζωής τους.

Η Κοινωνική Παιδαγωγική ενθαρρύνει ουσιαστικές κοινωνικές αλληλεπιδράσεις. Ομαδικές δραστηριότητες, θεραπεία τέχνης, μουσικές συνεδρίες και θεραπεία αναπόλησης μπορούν να βοηθήσουν τα άτομα με άνοια να εμπλακούν με άλλους και να βιώσουν την αίσθηση ότι ανήκουν, επιδιώκει να ενδυναμώσει τα άτομα και να τους δώσει τη δυνατότητα να κάνουν επιλογές. Ακόμη και με άνοια, τα άτομα μπορούν συχνά να συμμετέχουν στη λήψη αποφάσεων σχετικά με τις καθημερινές τους δραστηριότητες, προωθώντας την αίσθηση ελέγχου (Slade & Longden, 2015).

Η Κοινωνική Παιδαγωγική επεκτείνει επίσης τα οφέλη της στους φροντιστές παρέχοντάς τους εργαλεία και στρατηγικές για την αποτελεσματική επικοινωνία και τη φροντίδα των ατόμων με άνοια. Αυτό μπορεί να μειώσει το άγχος των φροντιστών και να βελτιώσει τη συνολική εμπειρία φροντίδας. Τέλος μπορεί να καθοδηγήσει τον σχεδιασμό των περιοχών φροντίδας ώστε να είναι πιο ευνοϊκοί για άτομα με άνοια. Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει τη δημιουργία οικείων και άνετων χώρων, την ενσωμάτωση αισθητηριακής διέγερσης και την ενίσχυση της αίσθησης της κοινότητας.

Η ενσωμάτωση της Κοινωνικής Παιδαγωγικής στη φροντίδα της άνοιας μπορεί να συμβάλει σε μια πιο συμπονετική, περιεκτική και ανθρωποκεντρική προσέγγιση. Επικεντρώνεται στις δυνάμεις και τις ικανότητες που εξακολουθούν να διαθέτουν τα άτομα, και όχι αποκλειστικά στους περιορισμούς τους λόγω της πάθησης. Ωστόσο, είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι η φροντίδα για την άνοια είναι πολύπλοκη και μια πολυεπιστημονική προσέγγιση που συνδυάζει ιατρικές, ψυχολογικές και κοινωνικές στρατηγικές είναι συχνά ο πιο αποτελεσματικός τρόπος υποστήριξης των ατόμων με άνοια και των φροντιστών τους (Broughton et al., 2011).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΣΥΖΗΤΗΣΗ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Τα άτομα με άνοια μπορεί να ζουν διάφορες εμπειρίες ντροπής λόγω των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν εξαιτίας της νόσου τους. Οι εμπειρίες αυτές μπορεί να προκύψουν διότι η άνοια μπορεί να οδηγήσει σε σημαντική απώλεια της αυτονομίας και της ικανότητας να φροντίζουν τα άτομα τον εαυτό τους. Αυτό μπορεί να προκαλέσει αίσθημα ντροπής και αποστροφής για την ανεπάρκειά τους. Επιπλέον μπορεί να επηρεάσει την ικανότητα ενός ατόμου να συμπεριφέρεται με τρόπο κοινωνικά αποδεκτό. Μπορεί να συμπεριλαμβάνει την απώλεια των κοινωνικών φίλτρων, έλλειψη κοινωνικής ευαισθησίας ή ακόμη και εκδηλώσεις ακατάλληλης συμπεριφοράς. Αυτές οι αλλαγές μπορεί να προκαλέσουν αμηχανία και ντροπή τόσο στα άτομα με άνοια όσο και στους γύρω τους. Η απώλεια μνήμης και λειτουργιών επεξεργασίας πληροφοριών είναι από τα βασικότερα προβλήματα που προκύπτουν. Οι δυσκολίες στη μνήμη και την επεξεργασία πληροφοριών μπορεί να οδηγήσουν σε καταστάσεις όπου τα άτομα με άνοια ξεχνούν πρόσφατα γεγονότα, πληροφορίες ή ακόμη και αγαπημένα πρόσωπα. Αυτό μπορεί να τους προκαλέσει ντροπή, καθώς αισθάνονται ότι δεν μπορούν να πληροφορηθούν ή να θυμηθούν σημαντικά πράγματα. Τέλος ένα ακόμα χαρακτηριστικό είναι η ανεπάρκεια στις καθημερινές δραστηριότητες. Η άνοια μπορεί να καθιστά δύσκολες και απαιτητικές τις καθημερινές δραστηριότητες, όπως η προσωπική υγιεινή, η ένδυση, η διατροφή ή η μαγειρική. Αυτή η ανεπάρκεια μπορεί να προκαλέσει ντροπή και απογοήτευση στα άτομα με άνοια. Είναι σημαντικό να διατηρούμε μια κατανόηση και ανοικτή στάση έναντι των ατόμων με άνοια, προσφέροντάς τους τη στήριξη και την ανεκτικότητα που χρειάζονται.

7.1 Επισκόπηση της συζήτησης

Αυτή η μελέτη βρήκε τέσσερα υπέρτατα θέματα που αποτύπωσαν τις βασικές εμπειρίες ντροπής για τα άτομα στα πρώιμα στάδια της άνοιας: αποφυγή, αρνητικές αυτοαντιλήψεις, θέματα σχέσεων, αβεβαιότητα και απώλεια ελέγχου. Κάθε ένα από αυτά τα υπέρτατα θέματα περιέχει ένα μείγμα ιδιότυπων αλλά σχετικών εμπειριών και νοημάτων. Όπως περιγράφεται και παραπάνω, τα θέματα αναπτύχθηκαν μέσω μιας εντατικής διαδικασίας. Τα ερευνητικά ερωτήματα αναπτύχθηκαν μέσω μιας αναγνώρισης αναφορών που υπογραμμίζουν εμπειρίες για άτομα με άνοια όπως η ντροπή, οι φόβοι για το στίγμα, η αυτοκριτική και αμηχανία (Imhof et al., 2006).

Επομένως, μέσω αυτής της συζήτησης, τα ευρήματα θα ενσωματωθούν σε υπάρχουσες ψυχολογικές έννοιες της ντροπής και του στίγματος (Link & Phelan, 2001).

7.2 Συναισθηματικές εμπειρίες στην άνοια

Οι συναισθηματικές εμπειρίες είναι ένα σημαντικό μέρος της ζωής με την άνοια, τόσο για τα άτομα με άνοια όσο και για τους φροντιστές τους. Ακολουθούν μερικές κοινές συναισθηματικές εμπειρίες που μπορεί να σχετίζονται με την άνοια:

- Σύγχυση: Τα άτομα με άνοια μπορεί να εμφανίσουν σύγχυση ως αποτέλεσμα απώλειας μνήμης ή δυσκολίας κατανόησης του περιβάλλοντός τους. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε συναισθήματα αποπροσανατολισμού και άγχους.
- Διέγερση: Η διέγερση είναι μια κοινή συναισθηματική εμπειρία στην άνοια και μπορεί να εκδηλωθεί ως ανησυχία ή ευερεθιστότητα. Η ταραχή μπορεί να είναι αποτέλεσμα απογοήτευσης με δυσκολίες επικοινωνίας, δυσφορία ή αλλαγές στη ρουτίνα.
- Κατάθλιψη: Η κατάθλιψη είναι μια κοινή συναισθηματική εμπειρία στην άνοια και μπορεί να προκύψει από έναν συνδυασμό βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων. Οι φροντιστές θα πρέπει να γνωρίζουν τα σημάδια της κατάθλιψης, όπως αλλαγές στη διάθεση, απώλεια ενδιαφέροντος για δραστηριότητες και δυσκολία στον ύπνο.
- Άγχος: Το άγχος είναι επίσης κοινό σε άτομα με άνοια και μπορεί να προκύψει από φόβο για το άγνωστο, αλλαγές στη ρουτίνα ή αισθήματα ανικανότητας. Το άγχος μπορεί να εκδηλωθεί ως ανησυχία, ευερεθιστότητα και διαταραχές ύπνου.
- Συναισθηματικά ξεσπάσματα: Συναισθηματικά ξεσπάσματα όπως κλάμα, φωνές ή επιθετικότητα μπορεί να εμφανιστούν σε άτομα με άνοια. Αυτά τα ξεσπάσματα μπορεί να είναι αποτέλεσμα απογοήτευσης με δυσκολίες επικοινωνίας ή αλλαγές στο περιβάλλον

Είναι σημαντικό να αναγνωρίσουμε ότι οι συναισθηματικές εμπειρίες στην άνοια μπορεί να διαφέρουν πολύ μεταξύ των ατόμων και μπορεί να επηρεαστούν από μια σειρά παραγόντων. Οι φροντιστές και οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να εργαστούν για να κατανοήσουν τις μοναδικές συναισθηματικές εμπειρίες των ατόμων με άνοια και να παρέχουν την κατάλληλη υποστήριξη και παρεμβάσεις. Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει τη δημιουργία ενός ήρεμου και υποστηρικτικού περιβάλλοντος, την

προώθηση σημαντικών δραστηριοτήτων και την παροχή συναισθηματικής υποστήριξης τόσο στα άτομα με άνοια όσο και στους φροντιστές τους.

Συνοψίζοντας, μια σειρά από δυσάρεστα, αυτοκατευθυνόμενα συναισθήματα εκφράζονται από τα άτομα με άνοια. Πολλά από αυτά εμπίπτουν στην «οικογένεια των συνειδητών συναισθημάτων» που περιγράφεται από τους Tangney, Stuewig & Mashek (2007), όπως η ντροπή, η αμηχανία και η ενοχή. Άλλα συναισθήματα που θα μπορούσαν να θεωρηθούν «αυτοσυνείδητα» στο μοντέλο των Tangney, Stuewig & Mashek (2007) ήταν ο αυτοκατευθυνόμενος θυμός, η αυτοκατηγορία και η αυτοκριτική. Άλλες μελέτες που διερεύνησαν ποιοτικά υποκειμενικές εμπειρίες άνοιας βρήκαν παρόμοιες συναισθηματικές εμπειρίες (Clare et al., 2008a; Holst & Hallberg, 2003; Imhof et al., 2006; Mitchell, McCollum & Monaghan, 2013). Μέσω αυτής της μελέτης στις εμπειρίες των ατόμων και του αισθήματος της ντροπής, μπόρεσε να γίνουν καλύτερα κατανοητά τα καθημερινά ζητήματα που μπορούν να συμβάλουν στη ντροπή και άλλες συνειδητές εμπειρίες για άτομα με άνοια. Για παράδειγμα, ορισμένες εκφράσεις ντροπής εμφανίστηκαν στενά συνδεδεμένες με ιδέες σχετικά με την απώλεια του ελέγχου, την ύπαρξη επιβάρυνσης και την υποτίμηση από άλλους. Περισσότερες από τις συγκεκριμένες, εστιασμένες στην ντροπή γνώσεις που αναπτύχθηκαν μέσω αυτής της μελέτης συζητούνται στις ακόλουθες ενότητες.

7.2.1 Θετική έκφραση των συναισθημάτων

Βέβαια με την αντίστοιχη προσοχή και ενασχόληση με τα άτομα αυτά μπορούν να αναπτυχθούν θετικές συναισθηματικές εμπειρίες, όπως χιούμορ, αποδοχή και εκτίμηση της ζωής και των σχέσεων. Κάποιες ποιοτικές έρευνες τόνισαν ότι τα άτομα στα πρώιμα στάδια της άνοιας εκφράζουν θετικές συναισθηματικές εμπειρίες. Για παράδειγμα, η αφηγηματική ανασκόπηση των Lishman, Cheston & Smithson (2014), ανέφερε ότι τα άτομα που είχαν διαγνωστεί με άνοια βίωσαν ελπίδα, χιούμορ και ανάπτυξη. Μέσα από την ανάλυση της τρέχουσας μελέτης, προέκυψε ότι ορισμένες από αυτές τις εκφράσεις θετικών συναισθημάτων μπορούν να αποκαλύψουν μια προσπάθεια απόκρυψης ή συναισθηματικής απόστασης από λιγότερο θετικά συναισθήματα, όπως η ντροπή. Άλλοι ερευνητές (π.χ. Cheston, 2005) σημείωσαν τη χρήση της γλώσσας ως μηχανισμού για την αποφυγή της ντροπής. Αυτό μπορεί να εξεταστεί στο πλαίσιο μοντέλων ντροπής που υπογραμμίζουν τον τρόπο με τον οποίο χρησιμοποιείται η συναισθηματική αποστασιοποίηση για την αντιμετώπιση της

ντροπής. Μια μελέτη θεμελιωμένης θεωρίας (Steehan et al., 2007) διαπίστωσε ότι οι θετικές αφηγήσεις των συμμετεχόντων για την αξία και την ικανοποίηση ήταν μια προσπάθεια να εξισορροπήσουν τα συναισθήματα αναξιότητας και υποτίμησης. Ακόμα τα άτομα χρησιμοποιούν μοναδικά τη θετική έκφραση για να αποσυνδεθούν συναισθηματικά από τη ντροπή. Επιπλέον, ορισμένες από αυτές τις χρήσεις θετικής έκφρασης δεν είχαν σημειωθεί προηγουμένως, ιδιαίτερα η χρήση εξιδανικευτικής και πνευματικής γλώσσας.

7.3 Οι Μορφές και οι Λειτουργίες της Αποφυγής

Η απόσυρση και η αποφυγή που περιγράφονται από τα άτομα που βιώνουν άνοια φαίνεται να είναι ένας τρόπος με τον οποίο διαχειρίζονται την ντροπή: συγκεκριμένα φόβους ότι θα ντροπιάσουν τον εαυτό τους, θα αναστατώσουν τους άλλους ή θα εκτεθούν ως ανίκανοι. Αυτό μπορεί να φανεί στο πλαίσιο της πυξίδας της ντροπής του Nathanson (1997), που προτείνει ότι η «αποφυγή» και η «απόσυρση» είναι δύο βασικές μέθοδοι που χρησιμοποιούν τα άτομα για να αντιμετωπίσουν την ντροπή, καθώς και το ότι «επιτίθενται στον εαυτό τους» και «επιτίθενται στον άλλον». Ωστόσο, κάποιες μελέτες δεν βρήκαν κανένα στοιχείο που να αποδεικνύει ότι τα άτομα στα πρώιμα στάδια της άνοιας αντιμετωπίζουν την ντροπή μέσω μιας απάντησης «επιτίθενται σε άλλους». Η αποφυγή ως στρατηγική αντιμετώπισης στην άνοια τονίζεται από προηγούμενες μελέτες (Preston, Marshall & Bucks, 2007; Van Dijkhuizen, Clare & Pearce, 2006) και περιγράφουν πώς οι συμμετέχοντες βρίσκουν δυσκολίες στο να αντιμετωπίσουν μια κατάσταση αμηχανίας.

Ο Cheston προτείνει ότι η αποφυγή μπορεί να λάβει πολλές διαφορετικές μορφές, που περιλαμβάνουν σιωπηρές και ρητές διαδικασίες. Για παράδειγμα, η αποφυγή κοινωνικών καταστάσεων, για να μειωθεί ο κίνδυνος να χαρακτηριστούν με επαίσχυντο τρόπο, μπορεί να γίνει πιο ρητά αντιληπτή από τους άλλους καθώς και από το ίδιο το άτομο. Ωστόσο, άλλοι τύποι αποφυγής είναι λιγότερο προφανείς, όπως η χρήση της γλώσσας από ένα άτομο για να τοποθετηθεί ως ικανός και να τραβήξει την προσοχή μακριά από οποιαδήποτε μείωση των ικανοτήτων (Cheston, 2005). Εκτός από τη χρήση του χιούμορ και τις άλλες λεπτές χρήσεις της γλώσσας που περιγράφονται παραπάνω, ορισμένοι μίλησαν εκτενώς για το κοινωνικό τους υπόβαθρο, τα προηγούμενα επαγγέλματα και τα επιτεύγματα στη ζωή τους, φαινομενικά ως μέσο για να τοποθετηθούν ως χρήσιμα, πρακτικά ή ισχυρά άτομα.

Για ορισμένους, η αποφυγή λειτουργεί ως μέσο ελέγχου των συναισθηματικών τους εμπειριών και αποστασιοποίησης από δυσάρεστα συναισθήματα, όπως ο φόβος και η ντροπή. Για παράδειγμα, ορισμένοι ασθενείς μίλησαν για τον κίνδυνο ότι το να νιώθουν αρνητικά για τα προβλήματα μνήμης τους, μπορεί να οδηγήσει στην αυτοκτονία. Ομοίως εξέφρασαν τη σκέψη ότι η ανησυχία είναι επικίνδυνη και μπορεί να επηρεάσει την υγεία τους. Η ντροπή αναφέρεται ως «κύριο συναίσθημα», επειδή έχει τόσες πολλές λειτουργίες και μπορεί να διαμορφώσει τόσο μεγάλο μέρος της εμπειρίας του καθενός. Η ντροπή εμφανίζεται ως «κύριο συναίσθημα» καθώς αναστέλλει την εξερεύνηση της εμπειρίας της άνοιας» (Scheff, 2003).

7.3.1 Προστασία των υπολοίπων

Οι θεωρίες της ντροπής δίνουν έμφαση στην αποφυγή ως απάντηση στους φόβους για την κρίση και την απόρριψη από τους άλλους. Άλλες μελέτες διαπίστωσαν ότι τα άτομα με άνοια εκφράζουν ανησυχίες για αρνητικές κρίσεις και στίγμα και προσπαθούν να προστατευτούν από την έκθεση αδυναμίας και την αρνητική κρίση. Επιπλέον, αυτή η μελέτη διαπίστωσε ότι, μέσω της αποφυγής κοινωνικών καταστάσεων, το άτομο αντιλαμβάνεται ότι προστατεύει άλλους ανθρώπους από τον εαυτό του. Για παράδειγμα, ένα άτομο μπορεί να αποσυρθεί από κοινωνικές καταστάσεις επειδή ανησυχεί ότι θα πει κάτι που θα στενοχωρήσει κάποιον. Ως εκ τούτου τα τρέχοντα ευρήματα προσθέτουν κάτι νέο στα μοντέλα ντροπής όταν εφαρμόζονται σε άτομα με άνοια: ότι η αποφυγή μπορεί να χρησιμεύσει για να προστατεύσει το άτομο από το να αισθάνεται ντροπή που προκαλεί δυσφορία σε άλλο άτομο (Harman & Clare, 2006; Van Dijkhuizen, Clare & Pearce, 2006).

7.3.2 Επίγνωση της αποφυγής

Μερικοί έχουν πλήρη επίγνωση του τρόπου με τον οποίο συμμετέχουν στην αποφυγή για να μειώσουν τον αντίκτυπο της άνοιας στις σχέσεις τους. Για παράδειγμα, ορισμένοι επιλέγουν την απόσυρσή τους από κοινωνικές καταστάσεις. Αντίθετα, η αποφυγή σε σιωπηρό επίπεδο μπορεί να αντανακλά τα λιγότερο συνειδητά κίνητρα ενός ατόμου να αρνηθεί τις γνωστικές του δυσκολίες. Οι πιο σιωπηρές, διακριτές μορφές αποφυγής, όπως η συναισθηματική αποστασιοποίηση, είναι ιδιαίτερα ισχυρές και φαίνεται να συνδέονται άμεσα με τον σκοπό της κάλυψης της αμηχανίας, της ντροπής και άλλων επώδυνων συναισθημάτων. Κάποια από την αποφυγή που έδειξαν

οι συμμετέχοντες σε αυτή τη μελέτη φαίνεται να προκύπτει από συνειδητή επίγνωση. Η Clare (2003) υποστηρίζει ότι η επίγνωση γίνεται καλύτερα κατανοητή ως μια κυμαινόμενη διαδικασία ρύθμισης των συναισθημάτων και όχι ως σταθερή.

7.3.3 Εναλλακτικοί τρόποι αντιμετώπισης της ντροπής

Ορισμένες περιπτώσεις ανθρώπων με άνοια παρουσιάζουν τους δικούς του εναλλακτικούς τρόπους αντιμετώπισης των εμπειριών της άνοιας. Για παράδειγμα, η πίστη σε ορισμένους βοηθά να προσδώσει αρετή στις εμπειρίες του πόνου και η πίστη του ότι τον εκτιμούν τόσο η κοινότητά του όσο και ο Θεός φαίνεται να τον βοηθά να αποδεχθεί την άνοια ως φάση της ζωής του. Έχει διαπιστωθεί η ανάγκη αναγνώρισης της σημασίας της πνευματικότητας για τα άτομα με άνοια (Ødbehj et al., 2014).

Άλλες μέθοδοι απόκρισης στην ντροπή που δεν συνεπάγονται αποφυγή περιλαμβάνουν τη διατήρηση των δεξιοτήτων, την ενθάρρυνση του εαυτού του να ολοκληρώσει δραστηριότητες και την αναζήτηση βεβαιότητας. Αυτοί οι εναλλακτικοί τρόποι διαχείρισης της ντροπής είναι διαφορετικοί και πιο συγκεκριμένοι από αυτούς που προτείνονται ήδη από ψυχολογικά μοντέλα ντροπής. Είναι αμφισβητήσιμο ότι ο τρόπος ανταπόκρισης κάθε ατόμου στην ντροπή αντανακλά τον μοναδικό συνδυασμό προηγούμενων εμπειριών, προσωπικών χαρακτηριστικών και πεποιθήσεων, δικτύου υποστήριξης και στυλ αντιμετώπισης. Θεωρείται ότι ο καθένας τους χρησιμοποιεί τις καλύτερες μεθόδους για τη διαχείριση των εμπειριών της άνοιας που έχουν στη διάθεσή τους (Elison, Pulos & Lennon, 2006; Tracy & Robins, 2004).

7.4 Πολυπλοκότητες που εμπλέκονται στην ντροπή

Έχοντας συζητήσει τι προσθέτει αυτή η μελέτη στις τρέχουσες αντιλήψεις σχετικά με την αποφυγή ως διαδικασία μέσα στην εμπειρία της ντροπής, αυτή η ενότητα θα στραφεί τώρα σε ορισμένα ευρήματα από αυτήν την έρευνα που αναγνωρίζονται λιγότερο από προηγούμενες εργασίες. Αυτά περιλαμβάνουν τα περίπλοκα διλήμματα και τις συγκρούσεις που βιώνουν οι άνθρωποι με άνοια, την αυτοαντίληψη και συγκεκριμένα ζητήματα μέσα στις σχέσεις, όπως η εμπιστοσύνη και ανησυχίες για απώλεια ελέγχου.

7.4.1 Διλήμματα και εσωτερικές συγκρούσεις

Οι ασθενείς κατά καιρούς δείχνουν επίγνωση περιγράφοντας τα διλήμματα και τις συγκρούσεις τους, όπου η προστασία από την ντροπή μέσω μιας στρατηγικής αποφυγής συνεπάγεται συμβιβασμό με κάτι άλλο, όπως η κοινωνική υποστήριξη ή η αυτοαποδοχή. Με αυτόν τον τρόπο, είτε λαμβάνοντας την απόφαση να αποφύγουν είτε επιλέγουν να ξεπεράσουν την αποφυγή, αισθάνονται ευάλωτα στην ντροπή. Για παράδειγμα, κάποιος συζητούν την αντιμετώπιση ενός διλήμματος μεταξύ του να βγει έξω και να νιώθει εκτεθειμένος ή να μείνει μέσα και να νιώθει μοναξιά. Επιπλέον η απόσυρση από την παρέα των φίλων κάνει το άτομο να νιώθει ένοχος επειδή δεν ήταν παρών στη ζωή τους. Ακόμα άλλα άτομα με άνοια αντιμετωπίζουν ένα δίλημμα, όταν αποφασίσουν αν θα πουν σε άλλα άτομα για τη διάγνωσή τους ή όχι. Άλλοι συζητούν ότι αισθάνονται άβολα για την πρόκληση πίεσης στους άλλους, η οποία έρχεται σε σύγκρουση με μια αναγνωρισμένη ανάγκη να αντλήσουν υποστήριξη. Έτσι, τα τρέχοντα ευρήματα υπογραμμίζουν μια σειρά τρόπων με τους οποίους τα άτομα με άνοια μπορεί να αντιμετωπίσουν διλήμματα και συγκρούσεις σε σχέση με τον τρόπο διαχείρισης της ντροπής. Οι Lishman, Cheston & Smithson (2014) τονίζουν την αμφιθυμία που εμπλέκεται στις εμπειρίες άνοιας. Ωστόσο, εξηγούν την αμφιθυμία ως λειτουργία για την προστασία της ταυτότητας ενός ατόμου.

7.4.2 Αρνητικές αυτοαντιλήψεις

Οι πάσχοντες παλεύουν με εμπειρίες ντροπής που σχετίζονται με αρνητικές αντιλήψεις για τον εαυτό τους. Αυτό αποτυπώθηκε από τρία θέματα: «Ένας αποδυναμωμένος εαυτός», «Ανόητο» και «Υποτίμηση». Περιγράφεται η αίσθηση ότι ήταν πιο αδύναμοι σε σύγκριση με τους άλλους και τους προηγούμενους εαυτούς τους, και θέλουν να διατηρήσουν μια «κανονική» ταυτότητα, παρ' όλο που αναγνώρισαν ότι υπήρχε κάτι ασυνήθιστο στις εμπειρίες τους. Αυτές οι εμπειρίες θα μπορούσαν στη συνέχεια να οδηγήσουν σε αυτοκατευθυνόμενο θυμό και κριτική. Προηγούμενες μελέτες έχουν επίσης τονίσει ότι τα άτομα στα πρώιμα στάδια της άνοιας βιώνουν αντιλήψεις αδυναμίας, αχρηστίας και αναξιότητας. Οι θεωρίες της ντροπής τονίζουν αυτή τη σύνδεση μεταξύ της ντροπής και των συναισθημάτων κατωτερότητας και της ανεπάρκειας (Clare et al., 2008a).

Η θεματική ανασκόπηση των ποιοτικών μελετών των Mitchell, McCollum & Monaghan (2013) σημείωσε ότι οι φόβοι για το στίγμα συνδέονται με την «απώλεια του εαυτού», που σημαίνει ότι οι άνθρωποι με άνοια αντιλαμβάνονται ότι η ασθένειά τους είχε προτεραιότητα έναντι του εαυτού τους. Τα ευρήματα αυτής της μελέτης προσθέτουν βάθος στην έννοια της «απώλειας του εαυτού» και επεκτείνονται σε προηγούμενη βιβλιογραφία για να υποδείξουν ότι η ντροπή στην άνοια μπορεί να περιλαμβάνει συγκεκριμένα συναισθήματα κενού, καθώς και αδυναμίας και υποτίμησης.

7.4.3 Η κατάθλιψη ως συνέπεια της άνοιας

Η κατάθλιψη αποτελεί πρόδρομο της άνοιας και εμφανίζεται και ως συνέπεια της άνοιας, είναι μια ψυχολογική αντίδραση στη γνωστική έκπτωση (δηλ. η άνοια επιταχύνει καταθλιπτικά συμπτώματα όπως μια συναισθηματική αντίδραση σε αυτό). Οι Gatz et al., (2005), σε μια μελέτη βασισμένη στην παρακολούθηση ομάδας πληθυσμού, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι τα καταθλιπτικά συμπτώματα στην αρχή προέβλεπαν την ανάπτυξη άνοιας, αλλά ούτε το ιστορικό, ούτε η διάρκεια της κατάθλιψης που αναφέρθηκε από τους συμμετέχοντες ήταν σημαντικοί παράγοντες πρόβλεψης άνοιας. Οι Panza et al., (2009), παρακολουθώντας άτομα από την ιταλική Lon-gitudinal Study on Ageing, μέτρησαν τα καταθλιπτικά συμπτώματα, την γνωστική λειτουργία και την επεισοδιακή μνήμη και διαπίστωσαν ότι σε ηλικιωμένους, μη γνωστικά εξασθενημένους συμμετέχοντες, τα καταθλιπτικά συμπτώματα και η επεισοδιακή μνήμη άλλαζαν κατά τη διάρκεια της γνωστικής έκπτωσης σε περίοδο παρακολούθησης 3,5 ετών.

Η άνοια και η κατάθλιψη είναι από τις πιο κοινές διαταραχές των ηλικιωμένων, με σημαντικό αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής ασθενών και συγγενών, όπως η αυξημένη θνησιμότητα, το σημαντικό κόστος υγειονομικής περίθαλψης και το κοινωνικό κόστος. Η σχέση μεταξύ κατάθλιψης και άνοιας είναι πολύπλοκη, καθώς η κατάθλιψη έχει αναφερθεί ότι είναι και παράγοντας κινδύνου και πρόδρομο για τη νόσο του Αλτσχάιμερ και άλλες άνοιες, καθώς και ως κοινή επιπλοκή της άνοιας σε όλα τα στάδια. Η κατάθλιψη είναι συχνή στην άνοια, και ιδιαίτερα σε ασθενείς με αγγειακή άνοια, και συχνά είναι δύσκολο να αντιμετωπιστεί. Αυτή η ανασκόπηση έχει βρει πειστικά στοιχεία που υποστηρίζουν ότι τόσο η κατάθλιψη πρώιμης ζωής σχετίζεται

με αυξημένο κίνδυνο άνοιας όσο και η κατάθλιψη όψιμης ζωής ως πρόδρομο άνοιας (Mathers, Boerma & Fat, 2008).

Οι μηχανισμοί που εμπλέκονται είναι περίπλοκοι και αλληλοσυνδεδεμένοι χωρίς καμία διαδικασία δεν εξηγεί τη σχέση. Όταν εξετάζουμε την υπόθεση του αιτιολογικού/παράγοντα κινδύνου, θα είναι ενδιαφέρον να διερευνηθεί εάν η θεραπεία των διαταραχών της διάθεσης δείχνει οποιαδήποτε μείωση του κινδύνου άνοιας. Η πρόδρομική υπόθεση υπογραμμίζει την ανάγκη προσεκτικής παρακολούθησης ατόμων που παρουσιάζουν κατάθλιψη σε μεγάλη ηλικία για μελλοντική γνωστική παρακμή. Επιπλέον, η έρευνα που εξάγει πιο σίγουρα συμπεράσματα σχετικά με τις υποκείμενες νευροβιολογικές οδούς, μπορεί να ανοίξει το δρόμο για πιο αποτελεσματική θεραπεία τόσο της κατάθλιψης όσο και της άνοιας (WHO, 2012).

Γενικά, η κατάθλιψη είναι μια κοινή συνέπεια της άνοιας, που επηρεάζει έως και το 40% των ατόμων με άνοια σε κάποιο σημείο κατά τη διάρκεια της νόσου. Υπάρχουν διάφοροι λόγοι για τους οποίους η κατάθλιψη μπορεί να εμφανιστεί σε άτομα με άνοια:

- **Βιολογικοί παράγοντες:** Οι αλλαγές στη χημεία του εγκεφάλου που συμβαίνουν ως αποτέλεσμα της άνοιας μπορούν να συμβάλουν στην ανάπτυξη της κατάθλιψης. Για παράδειγμα, μειωμένα επίπεδα νευροδιαβιβαστών όπως η σεροτονίνη και η ντοπαμίνη έχουν εμπλακεί στην κατάθλιψη.
- **Ψυχολογικοί παράγοντες:** Η εμπειρία της ζωής με άνοια μπορεί να είναι μια πρόκληση και αγχωτική και τα άτομα με άνοια μπορεί να βιώσουν συναισθήματα απώλειας, θλίψης και απελπισίας. Αυτοί οι ψυχολογικοί παράγοντες μπορούν να συμβάλουν στην ανάπτυξη της κατάθλιψης.
- **Κοινωνικοί παράγοντες:** Τα άτομα με άνοια μπορεί να βιώσουν κοινωνική απομόνωση και μοναξιά, γεγονός που μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο κατάθλιψης. Επιπλέον, το άγχος και το βάρος της φροντίδας μπορεί επίσης να συμβάλει στην κατάθλιψη σε φροντιστές ατόμων με άνοια.

Η κατάθλιψη σε άτομα με άνοια μπορεί να έχει σημαντικό αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής τους και μπορεί να επιδεινώσει τη γνωστική και λειτουργική έκπτωση. Είναι σημαντικό να αναγνωρίζουμε τα σημεία και τα συμπτώματα της κατάθλιψης σε άτομα με άνοια, τα οποία μπορεί να περιλαμβάνουν αλλαγές στη διάθεση, απώλεια ενδιαφέροντος για δραστηριότητες και αλλαγές στον ύπνο και την όρεξη. Οι επιλογές θεραπείας για την κατάθλιψη σε άτομα με άνοια μπορεί να περιλαμβάνουν φάρμακα,

ψυχοθεραπεία και μη φαρμακολογικές παρεμβάσεις όπως η άσκηση και η κοινωνική δέσμευση.

Συνολικά, η κατάθλιψη είναι μια κοινή συνέπεια της άνοιας και μπορεί να έχει σημαντικές επιπτώσεις τόσο στα άτομα με άνοια όσο και στους φροντιστές τους. Η αναγνώριση και η θεραπεία της κατάθλιψης είναι μια σημαντική πτυχή της παροχής ολοκληρωμένης φροντίδας σε άτομα με άνοια.

7.4.4 Οι διαδικασίες της υποτίμησης: εσωτερικές και εξωτερικές

Σε αυτή τη μελέτη, οι αντιλήψεις περί υποτίμησης, υπονόμησης και αποσύνδεσης από τους άλλους εμπλέκονταν συνήθως σε εμπειρίες ντροπής. Ιδιαίτερες εμπειρίες μέσα σε σχέσεις που θα μπορούσαν να συμβάλουν στην εμπειρία της ντροπής περιελάμβαναν το να νιώθουν ασήμαντοι για τους άλλους, να τους ξεχνούν και να τους έχουν δυσπιστία. Ιδιαίτερες συμπεριφορές από άλλους που περιελάμβαναν πειράγματα, απόρριψη, απόκρυψη και ακύρωση του ατόμου με άνοια είναι κάποιες από αυτές που φέρνουν σε δύσκολη θέση αυτή τη ομάδα ατόμων. Άλλες μελέτες έδειξαν επίσης ότι τα άτομα με άνοια μπορεί να βιώσουν στιγματισμό και αποκλεισμό από τους άλλους, απώλεια σεβασμού από τους άλλους και άλλες υποτιμητικές κοινωνικές αλληλεπιδράσεις (Caddell & Clare, 2013). Όλα αυτά τα ευρήματα συμπληρώνουν τη θεωρία του Kitwood (1997a) για την «Κακοήθη Κοινωνική Ψυχολογία» που τονίζει πως οι αρνητικές κοινωνικές στάσεις απέναντι στα άτομα με άνοια προκαλούν μια σειρά από αρνητικά αποτελέσματα για αυτούς.

Όπως αναφέρεται στην εισαγωγή, πρόσφατη ποσοτική έρευνα (Van der Beek et al., 2013) διαπίστωσε ότι η ποιότητα ζωής επηρεαζόταν πιο σημαντικά από το εσωτερικευμένο στίγμα των συμμετεχόντων προς τον εαυτό τους παρά από τις πραγματικές κοινωνικές διακρίσεις. Αυτή η μελέτη χρησιμοποίησε μια κλίμακα αυτοαναφοράς του στίγματος που προσφέρει μια πολύ περιορισμένη εικόνα του τρόπου με τον οποίο το άτομο βιώνει το στίγμα. Έχει αναφερθεί ότι μερικές φορές νιώθουν ντροπή για τον αντίκτυπό τους στις κοινωνικές καταστάσεις, ακόμη και όταν δεν υπάρχουν στοιχεία ότι οι άλλοι ένιωθαν αρνητικά απέναντί τους. Έτσι, η ντροπή για τα άτομα με άνοια φαίνεται να εμφανίζεται τόσο μέσω του αυτοστιγματισμού όσο και της εμπειρίας της υποτίμησης από τους άλλους.

7.4.5 Εμπιστοσύνη

Η εμπιστοσύνη ήταν ένα μείζον θέμα που αναφέρθηκε σε αυτή τη μελέτη που δεν έχει λάβει ιδιαίτερη προσοχή σε προηγούμενες μελέτες ατόμων με άνοια. Τα άτομα αισθάνονται έλλειψη εμπιστοσύνης στον εαυτό τους καθώς και από τους άλλους, ενώ μερικές φορές αισθάνονται ανάξιοι της εμπιστοσύνης του άλλου. Όπως τονίζεται από τους Langdon, Eagle & Warner (2006), οι ασθενείς αναγκάζονται να εμπιστευτούν περισσότερο τους άλλους καθώς μειώνεται η δική τους αξιοπιστία. Οι Langdon, Eagle & Warner (2006) διερευνούν τους κοινωνικούς ρόλους για τα άτομα με άνοια, διαπιστώνοντας ότι οι άνθρωποι ένιωθαν ότι δεν ήταν «ασφαλές» να αποκαλύψουν τις διαγνώσεις τους σε άλλους, αν και περιορισμένες λεπτομέρειες της ερμηνευτικής διαδικασίας παρέχονται στην έκθεσή τους. Οι περισσότεροι από τους ασθενείς μπορούν να εμπιστευτούν κάποιον ή μια μικρή ομάδα ανθρώπων και αυτό φαίνεται ζωτικής σημασίας για τη μείωση της ντροπής. Τα τρέχοντα ευρήματα υποδηλώνουν ότι η έλλειψη εμπιστοσύνης συνδέεται με φόβους για απόρριψη, έτσι ώστε όταν οι ασθενείς είναι με αυτούς που εμπιστεύονται να τους αποδεχτούν, δεν ντρέπονται τόσο πολύ. Τα μοντέλα ντροπής που τονίζουν την απειλή απόρριψης κατά την εμφάνιση της ντροπής (π.χ. Gilbert, 2009), δεν υπογραμμίζουν τη φύση που μειώνει τη ντροπή της ύπαρξης σχέσεων εμπιστοσύνης. Ωστόσο, ακούγοντας τις φωνές των ατόμων με άνοια που βιώνουν ντροπή, η εμπιστοσύνη φαίνεται να είναι σημαντική για την κατανόηση αυτού του φαινομένου. Η εμπιστοσύνη είναι ιδιαίτερα σημαντική για το πόσο άνετα νιώθουν όταν μοιράζονται τις εμπειρίες τους από την άνοια και ποιον θέλουν να συμμετέχουν στη φροντίδα τους.

Για την αλλαγή του τρόπου σκέψης και διάθεσης καθώς και για τη βελτίωση της καθημερινότητας τους υπάρχουν παγκοσμίως κέντρα φροντίδας ηλικιωμένων. Σήμερα λειτουργούν περισσότερα από 900 ανοιχτά κέντρα φροντίδας ηλικιωμένων σε όλη την Ελλάδα. Τα κέντρα αυτά παρέχουν συστηματική φροντίδα, υποστήριξη και ενίσχυση της αξιοπρέπειας για τους ηλικιωμένους (άνω των 60 ετών). Οι υπηρεσίες τους δεν περιορίζονται στην παροχή υγειονομικής περίθαλψης και κοινωνικής περίθαλψης, αλλά περιλαμβάνουν επίσης δράσεις οικιακής φροντίδας, ψυχαγωγία, κατάρτιση, εκπαίδευση και ατομικές πρωτοβουλίες, ώστε τα μέλη τους να παραμένουν ισότιμα και ενεργά μέλη της κοινωνίας. Μερικές από τις υπηρεσίες που παρέχουν τα ανοιχτά κέντρα φροντίδας ηλικιωμένων (εκτός από θέματα υγείας) αφορούν

εκπαίδευση με επιστημονικές ομιλίες, ψυχαγωγία (εκδρομές, περιπάτους, θέατρο/συναυλίες, επισκέψεις μουσείων, αρχαιολογικούς χώρους, εορτασμό εθνικών εορτών, θαλάσσια λουτρά), αλληλοβοήθεια, εθελοντισμός, δανειστική βιβλιοθήκη και άλλες δημιουργικές δραστηριότητες, όπως χειροτεχνία, χορωδία, χοροί, γυμναστική, προγράμματα κατασκήνωσης κ.λπ.

Το πρόγραμμα ανοιχτής φροντίδας για ηλικιωμένους είναι προσαρμοσμένο στους στόχους της «γεραγωγίας», δηλαδή με στόχο τη διατήρηση της πνευματικής απόδοσης των ηλικιωμένων, την ψυχολογική τους πληρότητα, την εποικοδομητική χρήση του ψυχαγωγικού τους χρόνου, την αποκάλυψη των ενδιαφερόντων τους, την ενίσχυση των κοινωνικών τους σχέσεων, την αναβάθμιση την εκπαίδευσή τους και να προάγουν το αίσθημα του να είσαι χρήσιμος στους άλλους (Μυλωνάκου-Κέκε, 2013: 52-54).

7.4.6 Απώλεια ελέγχου και ντροπή

Ένα από τα βασικά ευρήματα αυτής της μελέτης, που έχει αναφερθεί λιγότερο στο παρελθόν, είναι ότι οι ασθενείς αγωνίζονται συναισθηματικά με τα συναισθήματα ότι δεν είχαν ή δεν θα έχουν πλέον τον έλεγχο του εαυτού τους ή της ζωής τους. Επιπλέον εκφράζονται ανησυχίες για το μέλλον, ιδιαίτερα για την απώλεια της επίγνωσής τους, της ανεξαρτησίας τους, των απολαύσεων της ζωής τους και της αίσθησης του εαυτού τους. Αυτά τα ευρήματα συμπληρώνουν την πρόταση του Cheston, Jones & Gillard (2014) ότι ο φόβος της απώλειας του ελέγχου είναι μια σημαντική εμπειρία άνοιας, ιδιαίτερα όσον αφορά τους φόβους ότι θα χάσει κανείς τον εαυτό του και τους φόβους ότι θα τρελαθεί. Όπως περιγράφεται στην ενότητα εισαγωγής, οι Mitchell, McCollum & Monaghan (2013) διαπίστωσαν, μέσω της ανασκόπησης των εμπειριών από τη λήψη μιας διάγνωσης, ότι το στίγμα σχετίζεται με την απώλεια ελέγχου. Δεδομένου του ισχυρισμού των Link & Phelan (2001) ότι το στίγμα εξαρτάται από την εξουσία, σύμφωνα με το οποίο ένα στιγματισμένο άτομο είναι χαμηλότερου επιπέδου ισχύος σε σχέση με ένα άλλο, είναι λογικό ότι η εμπειρία του στιγματισμού και της ντροπής θα συνδεόταν με τις αντιλήψεις της αδυναμίας και, επομένως, με την απώλεια του ελέγχου.

Αυτή η μελέτη παρέχει έτσι την ευκαιρία για την κατανόηση πολύ περισσότερο αυτού του φαινομένου. Ίσως μια από τις ισχυρότερες αναπαραστάσεις αυτών των αντιλήψεων είναι οι φόβοι για την απώλεια του εαυτού τους και οι ανησυχίες τους για

την απομάκρυνση από τους συζύγους τους: χάνοντας έτσι τον έλεγχο του πώς παρουσιάζεται και πώς γίνονται αντιληπτοί. Ωστόσο, άλλες, πιο λεπτές εμπειρίες απώλειας ελέγχου αποκαλύπτονται από τα ευρήματα αυτής της μελέτης, όπως η απώλεια της επιρροής κάποιου σε μια συνομιλία λόγω δυσκολιών στην εύρεση λέξεων. Όπως διαπίστωσε ο Cheston, οι φόβοι απώλειας του ελέγχου μερικές φορές αντιμετωπίστηκαν μέσω της αποφυγής. Έτσι, η λήψη διάγνωσης άνοιας δεν προκαλεί πάντα την αντίληψη ότι χάνεται ο έλεγχος. Επιπλέον, οι αντιλήψεις ότι δεν έχουμε τον έλεγχο δεν σχετίζονται πάντα με την ντροπή και μερικές φορές μπορεί να συνδέονται με θετικές αντιλήψεις. Επομένως, η ιδεογραφική φύση αυτής της μελέτης είναι χρήσιμη για την εξέταση αυτών των επιμέρους διαφορών.

Σύμφωνα με τους στόχους αυτής της μελέτης, τα ευρήματα μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την παροχή ορισμένων προτάσεων σχετικά με τον τρόπο με τον οποίο μπορούν να προληφθούν και να ανταποκριθούν οι εμπειρίες ντροπής για άτομα με άνοια. Αυτή η ενότητα της συζήτησης παρέχει ένα σημείο εκκίνησης για ορισμένες από αυτές τις ιδέες. Προσφέρονται τρόποι με τους οποίους μπορεί να αντιμετωπιστεί η ντροπή κατά τη διαδικασία αξιολόγησης και διάγνωσης και ιδέες για το πώς οι οικογένειες, οι υπηρεσίες και η ευρύτερη κοινωνία μπορούν να βοηθήσουν εμπράκτως τα άτομα με άνοια.

7.5 Χρήση της διαδικασίας αξιολόγησης και διάγνωσης για την ενδυνάμωση των ατόμων

Οι κλινικοί γιατροί που παρέχουν αξιολόγηση, θεραπεία και υποστήριξη σε άτομα με άνοια και μπορούν να βοηθήσουν στην ενδυνάμωση των ατόμων από τη στιγμή που θα εισέλθουν σε μια υπηρεσία. Τα ευρήματα αυτής της μελέτης μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να προτείνουν διάφορους τρόπους με τους οποίους οι κλινικοί γιατροί μπορούν να προωθήσουν εμπειρίες χωρίς ντροπή για άτομα που προσεγγίζουν υπηρεσίες με ανησυχίες για άνοια. Πρώτον, λαμβάνοντας υπόψη πόσο σημαντική είναι η αίσθηση του ελέγχου του εαυτού και του μέλλοντος για τους ανθρώπους που πάσχουν από άνοια και πώς τα συναισθήματα της απώλειας ελέγχου προκαλούν συναισθήματα που σχετίζονται με τη ντροπή, είναι σημαντικό να προστατεύεται η αίσθηση ελέγχου του ατόμου. Η βοήθεια στη διατήρηση της αίσθησης ελέγχου ενός ατόμου μπορεί να διευκολυνθεί με την προώθηση της επιλογής του ατόμου και τη διασφάλιση ότι συμμετέχει στη συλλογική λήψη αποφάσεων σχετικά με τη φροντίδα του. Δεύτερον,

τα ευρήματα σχετικά με τη ντροπή και την αβεβαιότητα υποδηλώνουν ότι οι κλινικοί γιατροί θα πρέπει να βοηθήσουν τα άτομα με άνοια να αντιμετωπίσουν τους φόβους τους για το μέλλον και να τα βοηθήσουν να αισθάνονται πιο προετοιμασμένα και ενημερωμένα.

Αυτό μπορεί να διευκολυνθεί παρέχοντας στα άτομα με άνοια περισσότερες πληροφορίες σχετικά με το τι γνωρίζουν οι ερευνητές και οι επιστήμονες για το πώς εμφανίζεται και εξελίσσεται, και παρέχοντας ελπιδοφόρα παραδείγματα για το πώς τα άτομα αντιμετωπίζουν και ανταποκρίνονται στην άνοιά τους. Το φυλλάδιο του Ιδρύματος Ψυχικής Υγείας (2011) "Still Going Strong: A guide to Living with Dementia" είναι ένα καλό παράδειγμα χρήσιμης πηγής. Λαμβάνοντας υπόψη ότι η ντροπή αποτελεί εμπόδιο στην προσαρμοστική προσαρμογή και την ελπίδα, είναι απαραίτητη μια αξιολόγηση του τρόπου με τον οποίο κάθε άτομο βιώνει την ντροπή για να αντιμετωπιστούν τυχόν εμπόδια στην ικανότητά τους να ζήσουν καλά με άνοια.

7.5.1 Αντιμετώπιση του αισθήματος ντροπής από τον κλινικό ιατρό

Είναι σημαντικό, οι κλινικοί γιατροί που αξιολογούν ή διαγιγνώσκουν άτομα με άνοια να γνωρίζουν την αποφυγή στην οποία συμμετέχουν. Η μείωση του αισθήματος ντροπής από τους ιατρούς μπορεί να βοηθήσει τα άτομα με άνοια να πάρουν περισσότερο έλεγχο και να συμμετέχουν πιο ενεργά στην ασθένειά τους, σύμφωνα με την «Εθνική Στρατηγική Άνοιας: Ζώντας καλά με την άνοια». Επιπλέον ορισμένοι έχουν ασαφείς ιδέες για το τι είναι η άνοια και πώς αξιολογήθηκαν και ενημερώθηκαν γι' αυτήν.

Ως εκ τούτου, οι κλινικοί γιατροί πρέπει να είναι πιο άνετοι στο να εξηγούν την άνοια σε ένα άτομο, με συζητήσεις σχετικά με το τι μπορούν να περιμένουν μετά τη διάγνωσή τους και πώς μπορούν να έχουν πρόσβαση σε περαιτέρω υποστήριξη, και ιδανικά μια παραπομπή σε μια υπηρεσία για να τους βοηθήσει να αισθάνονται ότι υποστηρίζονται.

7.5.2 Ανταπόκριση στην ντροπή μέσω επικοινωνίας και παρεμβάσεων

Οι προκλήσεις που θέτει η ντροπή για την προσαρμογή στην άνοια, υπογραμμίζουν τη σημασία της αντιμετώπισης της ντροπής στο πλαίσιο παρεμβάσεων και ομάδων υποστήριξης για άτομα με άνοια. Αυτό μπορεί να βοηθήσει τα άτομα με άνοια να συνειδητοποιήσουν και να προσαρμοστούν στις δυσκολίες με τις οποίες

σχετίζεται η ντροπή (Cheston, 2005). Ομάδες υποστήριξης μνήμης και ομάδες γνωστικής αποκατάστασης είναι ολοένα και πιο διαθέσιμες, και οι στρατηγικές επίλυσης προβλημάτων και οι γνωστικές τεχνικές που διδάσκονται έχουν βρεθεί ευεργετικές σε διάφορες μελέτες (π.χ. Troyer, Murphy, Anderson, Moscovitch & Craik, 2008). Βοηθώντας τα άτομα με άνοια να αναπτύξουν στρατηγικές για τη διαχείριση δύσκολων συνομιλιών και άλλων κοινωνικών καταστάσεων μπορεί να τους βοηθήσει να αισθάνονται περισσότερο έλεγχο και να είναι προετοιμασμένοι για στιγμές που διαφορετικά θα αισθάνονταν ανίσχυροι.

Επίσης χρήσιμη μπορεί να είναι η αντιμετώπιση ορισμένων από τα βασικά διλήμματα που μπορούν να αντιμετωπίσουν τα άτομα με άνοια, π.χ. αν θα μοιραστούν τις εμπειρίες τους με άλλους. Λαμβάνοντας υπόψη πόσο μοναδικός είναι ο καθένας και τον διαφορετικό τρόπο που έχει για το πώς διαχειρίζεται την άνοιά του, οι ομαδικές παρεμβάσεις θα πρέπει να λαμβάνουν υπόψη αυτές τις ατομικές διαφορές και να επιτρέπουν στα άτομα αυτά να βασιστούν και να αναπτύξουν τις δικές τους στρατηγικές, καθώς και να μοιραστούν τις ιδέες τους με άλλους.

Τα ευρήματα αυτής της μελέτης υποδηλώνουν ότι όταν αντιμετωπίζονται συναισθηματικές δυσκολίες από άτομα με άνοια, είναι σημαντικό να λαμβάνεται υπόψη ότι το άτομο μπορεί να αποφεύγει τις αρνητικές συναισθηματικές του εμπειρίες, λόγω της αντίληψής του ότι τα αρνητικά συναισθήματα είναι ενδεικτικά αδυναμίας. Αντιμετωπίζοντας αρνητικά συναισθήματα όπως η ντροπή με συμπνετικό τρόπο, πραγματοποιείται η διάλυση των πεποιθήσεων ότι τα αρνητικά συναισθήματα πρέπει να αποφεύγονται, διότι αυτό ίσως μπορέσει να βοηθήσει τα άτομα με άνοια να αναπτύξουν πιο προσαρμοστικούς τρόπους απόκρισης στις ανησυχητικές συναισθηματικές εμπειρίες τους. Όπως υποστηρίζει η Clare (2010), για τα άτομα με άνοια απαιτούνται υποστηρικτικά περιβάλλοντα που μπορούν να επιτρέψουν στους ανθρώπους να αποκτήσουν μεγαλύτερη επίγνωση της λειτουργίας και της κατάστασής τους.

Υπάρχει ένα επιχείρημα για τη διάθεση ψυχολογικών θεραπειών που στοχεύουν τη ντροπή για άτομα με διάγνωση άνοιας. Η Εστιασμένη στη Συμπόνια Θεραπεία (Gilbert, 2009) είναι ένα παράδειγμα ψυχολογικής θεραπείας που στοχεύει συγκεκριμένα την αυτοκατηγορία και την αυτοκριτική, με στόχο να διευκολύνει την αποδοχή του εαυτού και την αυτοσυμπόνια. Οι παρεμβάσεις για άτομα με άνοια θα μπορούσαν να βασιστούν στα βασικά στοιχεία της Εστιασμένης Θεραπείας Συμπόνιας, με στόχο να βοηθήσουν τους ανθρώπους να ξεπεράσουν τις εμπειρίες ντροπής και να

προχωρήσουν στην προσαρμογή με συμπόνια προς τον εαυτό τους στις αλλαγές που μπορεί να τους επιφέρει η άνοια. Ομάδες ψυχολογικής θεραπείας που παρέχουν ένα ασφαλές κοινωνικό περιβάλλον στο οποίο οι άνθρωποι μπορούν να μοιραστούν ανοιχτά τις εμπειρίες τους μπορεί να είναι αποτελεσματικές για να βοηθήσουν τα άτομα με άνοια να ξεπεράσουν τη ντροπή, καθώς μπορούν να μειώσουν τα συναισθήματα αποξένωσης και ανωμαλίας (Cheston, 2005). Προτεραιότητα για τις ομαδικές ψυχολογικές θεραπείες για άτομα με άνοια θα μπορούσε να είναι η ανταλλαγή κοινών καθημερινών εμπειριών που προκαλούν αρνητικές αντιλήψεις για τον εαυτό τους μέσα στην ομάδα, για παράδειγμα, πώς οι δυσκολίες με τα ψώνια ή το μέτρημα χρημάτων μπορεί να προκαλούν σκέψεις ότι είναι άχρηστοι. Η ομαδική συζήτηση σχετικά με τέτοιες εμπειρίες μπορεί να είναι χρήσιμη για την ομαλοποίηση τέτοιων εμπειριών, καθώς και για την εξερεύνηση, την πρόκληση και την επίλυση προβλημάτων γύρω από αυτές.

Οι ψυχολόγοι, και άλλοι επαγγελματίες υγείας, θα πρέπει να γνωρίζουν και να επιδιώκουν να εργαστούν με τις κοινές αρνητικές αντιλήψεις για τον εαυτό τους που συναντώνται στα άτομα με άνοια, π.χ. αδυναμία, κατωτερότητα και ανούσια. Για παράδειγμα, οι ψυχολογικές θεραπείες μπορεί να αντιμετωπίσουν και να αμφισβητήσουν τις πεποιθήσεις ότι η άνοια σημαίνει ότι ένα άτομο είναι αδύναμο, τονίζοντας ότι η άνοια μπορεί να συμβεί σε οποιονδήποτε, χρησιμοποιώντας παραδείγματα διάσημων ανθρώπων που έζησαν με άνοια που είναι στερεότυπα «ισχυροί» και εκτιμώνται από την κοινωνία.

7.5.3 Συνεργασία με οικογένειες, υπηρεσίες και ευρύτερα συστήματα για την αντιμετώπιση της ντροπής

Δεδομένης της σημασίας των σχέσεων, οι ψυχολογικές παρεμβάσεις θα πρέπει να είναι ολιστικές, παρέχοντας υποστήριξη τόσο στο άτομο όσο και στις οικογένειές τους. Η αντιμετώπιση ζητημάτων σχετικά με την ντροπή στην εξάρτηση μπορεί να διευκολυνθεί με την υποστήριξη ατόμων με άνοια να συζητήσουν ανοιχτά για τη φροντίδα με τις οικογένειές τους, να παρέχουν υποστήριξη στα μέλη της οικογένειας και να διασφαλίσουν ότι είναι δυνατή η πρόσβαση σε εξωτερικές πηγές φροντίδας όταν είναι απαραίτητο. Αυτά τα βήματα μπορεί να βοηθήσουν στη μείωση των συναισθημάτων επιβάρυνσης και να τους καθησυχάσουν ότι οι οικογένειές τους υποστηρίζονται. Όταν εργάζονται με οικογένειες και φροντιστές ατόμων με άνοια, οι

κλινικοί γιατροί και οι ψυχολόγοι, οφείλουν να γνωρίζουν τον αντίκτυπο που έχει στο μέλος της οικογένειάς τους.

Η πρόσβαση στη γενική εκπαίδευση ευαισθητοποίησης για την άνοια θα μπορούσε να αυξηθεί και να διευρυνθεί ώστε να συμπεριλάβει συγκεκριμένες πληροφορίες σχετικά με το πώς βιώνεται η ντροπή στην άνοια. Δεδομένου του επιπέδου αποφυγής που επιδεικνύεται από τους συμμετέχοντες σε αυτή τη μελέτη, οι κλινικοί γιατροί μπορεί να ωφεληθούν από την επίγνωση του πόσο ισχυρό μπορεί να είναι αυτό το φαινόμενο για τα άτομα με άνοια με τα οποία εργάζονται. Οι κλινικοί γιατροί μπορεί να ωφεληθούν από την εκπαίδευση σχετικά με τον ρόλο της αποφυγής για τα άτομα με άνοια και να γνωρίζουν επίσης τις λιγότερο σαφείς μορφές αποφυγής. Οι κλινικοί γιατροί θα πρέπει να γνωρίζουν ότι η αντιληπτή έλλειψη επίγνωσης μπορεί να είναι μια ψυχολογική λειτουργία αποφυγής και να το σκεφτούν πριν υποθέσουν ότι το άτομο με το οποίο συνεργάζονται δεν έχει διορατικότητα.

Η προσπάθεια περιορισμού των αρνητικών αυτοαντιλήψεων που έχουν τα άτομα με άνοια π.χ. αδυναμία, μπορεί να αποδειχθεί μάταιη εκτός εάν εφαρμοστεί η αλλαγή σε κοινωνικό επίπεδο. Ακόμη και τα κοινωνικά μηνύματα με καλές προθέσεις μπορούν να θεωρηθούν ότι συμβάλλουν στην αντίληψη ότι η άνοια είναι σημάδι αδυναμίας, π.χ. το φυλλάδιο της Εταιρείας Alzheimer's (2015) «Να είσαι δυνατός: Ένας οδηγός που θα σε βοηθήσει να μειώσεις τον κίνδυνο άνοιας». Τέτοια δημόσια μηνύματα θα πρέπει να επανεξεταστούν.

Με την ενσωμάτωση των αρχών της Κοινωνικής Παιδαγωγικής στη φροντίδα και την υποστήριξη ηλικιωμένων ατόμων, οι φροντιστές, τα μέλη της οικογένειας και οι κοινοτικοί οργανισμοί μπορούν να δημιουργήσουν περιβάλλοντα που προάγουν την κοινωνική αλληλεπίδραση, την ευημερία και την αίσθηση του σκοπού σε όλη τη ζωή τους.

Η Κοινωνική Παιδαγωγική μπορεί να αναφερθεί ως καθιερωμένη ακαδημαϊκή επιστήμη. Από αυτή την άποψη, η Κοινωνική Παιδαγωγική είναι μια κοινωνική επιστήμη λόγω του βλέμματος της για την κοινωνική ζωή ή τις συνθήκες διαβίωσης και επίσης μια πραγματική επιστήμη γιατί βασίζεται σε εμπειρικά δεδομένα. Επιπλέον, είναι επιστήμη δράσης γιατί είναι προσανατολισμένη προς την επιρροή και την αλλαγή τόσο των ανθρώπων όσο και των δομών και τελευταίο αλλά όχι λιγότερο σημαντικό, είναι μια διεπιστημονική επιστήμη επειδή συσχετίζει τις δικές της θεωρίες με τις υλοποιήσεις των κλάδων αναφοράς χωρίς να δεσμεύεται με μεμονωμένες επιστήμες.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8. Περιορισμοί έρευνας

Αν και η Κοινωνική Παιδαγωγική καθορίζεται ως διεπιστημονική που της επιτρέπει να αξιοποιεί, να εφαρμόζει και να επαναπροσδιορίζει θεωρίες και μεθόδους που αναπτύχθηκαν σε άλλους επιστημονικούς χώρους (Μυλωνάκου-Κεκέ, 2021, σ.388), στη συγκεκριμένη εργασία ένας από τους περιορισμούς ήταν να συνδυαστεί και να παρουσιαστεί μια παθολογική κατάσταση όπως η άνοια και εν συνεχεία, το πώς θα βρεθούν επιλύσεις προβλημάτων σύμφωνα με όσα πρεσβεύει η Κοινωνική Παιδαγωγική. Η Κοινωνική Παιδαγωγική για να προσεγγίσει και να αντιμετωπίσει αποτελεσματικά τα κοινωνικά προβλήματα, αναπτύσσει ισχυρές διεπιστημονικές συνεργείες. Τα προβλήματα επιλύονται μόνο με εφαρμογή και δράση στο πεδίο και αυτό δημιουργεί τη συνεχή αλληλεπίδραση και κατ' επέκταση την ενότητα της θεωρίας με την πράξη (Μυλωνάκου- Κεκέ, 2021, σ.392), κάτι που σε πολλές περιπτώσεις και επίπεδα άνοιας δεν είναι εφικτό να εφαρμοστεί.

Άλλη μια δυσκολία που προέκυψε ήταν η μη ύπαρξη παρόμοιων ερευνών. Κατά τη διάρκεια της αναζήτησης, υπήρχε πλήθος ερευνών που ανέλυε την κατάσταση των ασθενών με άνοια, τη δυσμενή τους ψυχολογική κατάσταση, όπως και ξεχωριστές έρευνες για την Κοινωνική Παιδαγωγική και το έργο της, όμως δεν βρέθηκε ο συνδυασμός αυτών των δυο θεμάτων. Η ποιότητα των διαθέσιμων πηγών δεν ήταν πάντα έγκυρη ή αξιόπιστη και μερικά άρθρα δεν προέρχονταν από έγκυρους οργανισμούς. Ακόμα υπήρχαν και γλωσσικοί και χρονικοί περιορισμοί αφού αρκετές πηγές ήταν διαθέσιμες σε γλώσσες όπως γερμανικά ή ισπανικά ή ήταν πολύ πριν το έτος 2000. Τέλος η άνοια μπορεί να επηρεάζεται από πολιτιστικούς, κοινωνικούς και οικονομικούς παράγοντες, επομένως να υπήρχαν και γεωγραφικοί περιορισμοί, μιας και μελέτες από συγκεκριμένες περιοχές ίσως να μην ήταν άμεσα συγκρίσιμες.

8.1 Μελλοντική έρευνα

Οι παραπάνω περιορισμοί όμως όπως και η εν λόγω εργασία μπορούν να αποτελέσουν το έναυσμα για μια μελλοντική έρευνα. Πιθανότατα να καλυφθούν κενά γνώσης και να προωθηθεί ο τρόπος για την κατανόηση και την αντιμετώπιση της νόσου με τη βοήθεια της Κοινωνικής Παιδαγωγικής. Κάποια χαρακτηριστικά μεταξύ των τεχνικών που θα μπορούσαν να ληφθούν υπ' όψη για μελλοντική έρευνα βάσει των όσων πρεσβεύει η Κοινωνική Παιδαγωγική, είναι η ολιστική αντίληψη και προσέγγιση

των πραγμάτων, ο συμμετοχικός χαρακτήρας, η κριτική, αναστοχαστική και αξιολογική διαδικασία, η συνειδητοποίηση του εκάστοτε πλαισίου αναφοράς και η επιδίωξη για βελτίωση και αλλαγή (Μυλωνάκου-Κεκέ ,2021, σ.460).

Ως προς το άλλο επιστημονικό πεδίο, θα μπορούσαν να αναλυθούν τυχόν γενετικές παραλλαγές και η μελέτη βιολογικών μηχανισμών. Ακόμα πέρα από τις καινοτόμες φαρμακευτικές θεραπείες που στοχεύουν στην άνοια, θα μπορούσε να μελετηθεί η μη φαρμακευτική αγωγή όπως η γνωστική και η φυσική άσκηση, με την αρωγή της Κοινωνική Παιδαγωγικής. Τέλος μιας και η Κοινωνική Παιδαγωγική προσφέρει έναν θεωρητικό και μεθοδολογικό τρόπο σκέψης και σε πρακτικό επίπεδο ένα σύνολο δράσεων (Μυλωνάκου-Κεκέ,2021,σ.31), σε συνδυασμό με την εξέλιξη της τεχνολογίας μια μελλοντική έρευνα θα μπορούσε να εξετάσει την χρήση εφαρμογών για την παρακολούθηση και υποστήριξη των ατόμων με άνοια, όπως και την ενίσχυση της ανεξαρτησίας τους με τη βοήθεια των διεπιστημονικών συνεργειών που αναπτύσσει η Κοινωνική Παιδαγωγική.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνόγλωσση

- Μυλωνάκου-Κεκέ, Η. (2013). *Κοινωνική Παιδαγωγική: Κοινωνικές, Επιστημολογικές και Μεθοδολογικές Διαστάσεις*. Αθήνα: Διάδραση
- Μυλωνάκου-Κεκέ, Η. (2019). Κοινωνική Παιδαγωγική και Θρησκευτική Εκπαίδευση και Αγωγή. Πανεπιστημιακές σημειώσεις για το πρόγραμμα *''Παιδαγωγική και Διδακτική Μεθοδολογία της Θρησκευτικής Εκπαίδευσης: Διδάσκοντας Θεολογία και Θρησκευσιολογία στην Α/θμια και Β/θμια Εκπαίδευση''*. Αθήνα: Learn Inn E.Κ.Π.Α. Β/θμια Εκπαίδευση''. Αθήνα: Learn Inn E.Κ.Π.Α.
- Μυλωνάκου-Κεκέ, Η. (2021). *Κοινωνική Παιδαγωγική: Θεωρία και Πράξη*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.
- Πανταζής, Β. (2013) *Εκπαίδευση στα Ανθρώπινα Δικαιώματα. Θεωρία – Έρευνα*. Αθήνα: Διάδραση

Ξενόγλωσση

- Aarsland, D., Brønnick, K., Larsen, J. P., Tysnes, O. B., & Alves, G. (2009). Cognitive impairment in incident, untreated Parkinson disease: the Norwegian ParkWest study. *Neurology*, 72(13), 1121-1126.
- Abudy, A., Juven-Wetzler, A., & Zohar, J. (2014). The different faces of Creutzfeldt-Jacob disease CJD in psychiatry. *General hospital psychiatry*, 36(3), 245-248.
- Agüero-Torres, H., Kivipelto, M., & von Strauss, E. (2006). Rethinking the dementia diagnoses in a population-based study: what is Alzheimer's disease and what is vascular dementia? A study from the Kungsholmen Project. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 22(3), 244-249.
- Alexopoulos, G., Kasper, S., Möller, H. J., & Moreno, C. (2014). *Guide to assessment scales in major depressive disorder* (No. 14785). Cham: Springer International Publishing.
- Allen, J. (2008). *Older people and wellbeing*. London: Institute for Public Policy Research.
- Alzheimer's Association. (2014). *Alzheimer's disease facts and figures*.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. Washington. D.C: American Psychiatric Association.

- American Psychological Association Task Force on Urban Psychology Toward an Urban Psychology. 2005. *Research, Action, and Policy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Aminzadeh, F., Byszewski, A., Molnar, F. J., & Eisner, M. (2007). Emotional impact of dementia diagnosis: exploring persons with dementia and caregivers' perspectives. *Aging and Mental Health, 11*(3), 281-290.
- Badrakalimuthu, V. R., & Tarbuck, A. F. (2012). Anxiety: a hidden element in dementia. *Advances in psychiatric treatment, 18*(2), 119-128.
- Bandara, W., Miskon, S., & Fielt, E. (2011). *A systematic, tool-supported method for conducting literature reviews in information systems*. In ECIS 2011 proceedings [19th European conference on information systems] (pp. 1-13). AIS Electronic Library (AISeL)/Association for Information Systems.
- Banks, S. J., Eddy, K. T., Angstadt, M., Nathan, P. J., & Phan, K. L. (2007). Amygdala-frontal connectivity during emotion regulation. *Social cognitive and affective neuroscience, 2*(4), 303-312.
- Barnes, D. E., Kaup, A., Kirby, K. A., Byers, A. L., Diaz-Arrastia, R., & Yaffe, K. (2014). Traumatic brain injury and risk of dementia in older veterans. *Neurology, 83*(4), 312-319.
- Barrera Jr, M. (2000). Social support research in community psychology. In *Handbook of community psychology* (pp. 215-245). Boston, MA: Springer US.
- Bender, M. P., & Cheston, R. (1997). Inhabitants of a lost kingdom: A model of the subjective experiences of dementia. *Ageing & Society, 17*(5), 513-532.
- Benedict, R. H., Bakshi, R., Simon, J. H., Priore, R., Miller, C., & Munschauer, F. (2002). Frontal cortex atrophy predicts cognitive impairment in multiple sclerosis. *The Journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences, 14*(1), 44-51.
- Bhugra, D., Castaldelli-Maia, J. M., Torales, J., & Ventriglio, A. (2019). Megacities, migration, and mental health. *The Lancet Psychiatry, 6*(11), 884-885.
- Bickel, H. (2012). *Epidemiologie und Gesundheitsökonomie*. In: Wallesch CW, Demenzen, 2nd edn. Thieme, Stuttgart, pp 18–35
- Brayne, C., Richardson, K., Matthews, F. E., Fleming, J., Hunter, S., Xuereb, J. H., ... & Cambridge City over-75s Cohort (CC75C) study neuropathology collaboration. (2009). Neuropathological correlates of dementia in over-80-year-old brain donors from the population-based Cambridge city over-75s cohort (CC75C) study. *Journal of Alzheimer's disease, 18*(3), 645-658.

- Brierley, E., Guthrie, E., Busby, C., Marino-Francis, F., Byrne, J., & Burns, A. (2003). Psychodynamic interpersonal therapy for early Alzheimer's disease. *British Journal of Psychotherapy*, 19(4), 435-446.
- Brooker, D. (2004). What is person centered dementia care? *Reviews in Clinical Gerontology*, 13, 215–222.
- Brooker, D. (2010). Evidence-based Practice and Practice-based Evidence in Person-centred Dementia Care.
- Brooker, D. (2011). Psycho-social Therapeutic Interventions for Dementia: What's New?.
- Broughton, M., Smith, E. R., Baker, R., Angwin, A. J., Pachana, N. A., Copland, D. A., ... & Chenery, H. J. (2011). Evaluation of a caregiver education program to support memory and communication in dementia: A controlled pretest–posttest study with nursing home staff. *International Journal of Nursing Studies*, 48(11), 1436-1444.
- Burns, A., Guthrie, E., Marino-Francis, F., Busby, C., Morris, J., Russell, E., ... & Byrne, J. (2005). Brief psychotherapy in Alzheimer's disease: Randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 187(2), 143-147.
- Cacioppo, J. T., Hawkley, L. C., Crawford, L. E., Ernst, J. M., Burleson, M. H., Kowalewski, R. B., ... & Berntson, G. G. (2002). Loneliness and health: Potential mechanisms. *Psychosomatic medicine*, 64(3), 407-417.
- Caddell, L. S., & Clare, L. (2013). How does identity relate to cognition and functional abilities in early-stage dementia?. *Aging, Neuropsychology, and Cognition*, 20(1), 1-21.
- Caldwell, H. K. (2012). Neurobiology of sociability. *Advances in Experimental Medicine and Biology*, 739, 187–205. Care of Alzheimer's disease suffers. *The American Journal of Alzheimer's Care*
- Carpenter, B. D., Xiong, C., Porensky, E. K., Lee, M. M., Brown, P. J., Coats, M., ... & Morris, J. C. (2008). Reaction to a dementia diagnosis in individuals with Alzheimer's disease and mild cognitive impairment. *Journal of the American Geriatrics society*, 56(3), 405-412.
- Cheston, R. (2005). Shame and avoidance: issues of remembering and forgetting with people with dementia. *Context: the Magazine for Family Therapy and Systemic Practice*, 77, 19-22.

- Cheston, R. (2015). The role of the fear-of-loss-of-control marker within the accounts of people affected by dementia about their illness: implications for psychotherapy. *The role of the fear-of-loss-of-control marker within the accounts of people affected by dementia about their illness: implications for psychotherapy*, 45-65.
- Cheston, R., & Jones, R. (2009). A small-scale study comparing the impact of psycho-education and exploratory psychotherapy groups on newcomers to a group for people with dementia. *Aging and Mental Health*, 13(3), 420-425.
- Cheston, R., Jones, K., & Gilliard, J. (2004). Psychotherapeutic groups for people with dementia: The Dementia Voice group psychotherapy project. In *Care-Giving in Dementia* (pp. 259-270). Routledge.
- Chronister, J., Chou, C. C., & Liao, H. Y. (2013). The role of stigma coping and social support in mediating the effect of societal stigma on internalized stigma, mental health recovery, and quality of life among people with serious mental illness. *Journal of community psychology*, 41(5), 582-600.
- Clare, L. (2003). Managing threats to self: awareness in early stage Alzheimer's disease. *Social science & medicine*, 57(6), 1017-1029.
- Clare, L. (2010). Awareness in people with severe dementia: Review and integration. *Aging and Mental Health*, 14(1), 20-32.
- Clare, L., Roth, I., & Pratt, R. (2005). Perceptions of change over time in early-stage Alzheimer's disease: Implications for understanding awareness and coping style. *Dementia*, 4(4), 487-520.
- Clare, L., Rowlands, J. M., & Quin, R. (2008). Collective strength: The impact of developing a shared social identity in early-stage dementia. *Dementia*, 7(1), 9-30.
- Clare, L., Rowlands, J., Bruce, E., Surr, C., Downs, M. (2008a). "I don't do it like I used to": A grounded theory approach to conceptualising awareness in people with moderate to severe dementia living in long-term care. *Social Science and Medicine*, 66, 236-77.
- Coppus, A. M. W. E. H., Evenhuis, H., Verberne, G. J., Visser, F., Van Gool, P., Eikelenboom, P., & Van Duijn, C. (2006). Dementia and mortality in persons with Down's syndrome. *Journal of Intellectual Disability Research*, 50(10), 768-777.
- Corrigan, P. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American psychologist*, 59(7), 614.

- Cote, J., Dreiss, A., & Clobert, J. (2008). Social personality trait and fitness. *Proceedings of the Royal Society B: Biological Sciences*, 275(1653), 2851-2858.
- Davis, D. H. (2004). Dementia: sociological and philosophical constructions. *Social Science & Medicine*, 58(2), 369-378.
- de Mendonça Lima, C. A., Levav, I., Jacobsson, L., & Rutz, W. (2003). Stigma and discrimination against older people with mental disorders in Europe. *International journal of geriatric psychiatry*, 18(8), 679-682.
- Devlin, E., MacAskill, S., & Stead, M. (2007). 'We're still the same people': developing a mass media campaign to raise awareness and challenge the stigma of dementia. *International Journal of nonprofit and voluntary sector marketing*, 12(1), 47-58.
- Downs, M., & Collins, L. (2015). Person-centred communication in dementia care. *Nursing Standard (2014+)*, 30(11), 37.
- Edvardsson, D., Fetherstonhaugh, D., & Nay, R. (2010). Promoting a continuation of self and normality: person-centred care as described by people with dementia, their family members and aged care staff. *Journal of clinical nursing*, 19(17-18), 2611-2618.
- Eichsteller, G., & Holthoff, S. (2011). Social Pedagogy as an ethical orientation towards working with people—Historical perspectives. *Children Australia*, 36(4), 176-186.
- Elison, J., Pulos, S., & Lennon, R. (2006). Shame-focused coping: An empirical study of the compass of shame. *Social Behavior and Personality: an international journal*, 34(2), 161-168.
- Ellis, A. (1977). *Psychotherapy and the value of human being*. In Ellis, A. & Grieger, R. (Eds.), *Handbook of Rational Emotive Therapy*. New-York: Springer.
- Eriksson, L. (2010). Community development and social pedagogy: traditions for understanding mobilization for collective self-development. *Community Development Journal*, 46(4), 403-420.
- Essink-Bot, M. L., Pereira, J., Packer, C., Schwarzingler, M., & Burström, K. (2002). Cross-national comparability of burden of disease estimates: the European Disability Weights Project. *Bulletin of the World Health Organization*, 80(8), 644-652.

- Feddes, A. R., & Gallucci, M. (2015). A literature review on methodology used in evaluating effects of preventive and de-radicalisation interventions. *Journal for Deradicalization*, (5), 1-27.
- Frank, L., Lloyd, A., Flynn, J. A., Kleinman, L., Matza, L. S., Margolis, M. K., ... & Bullock, R. (2006). Impact of cognitive impairment on mild dementia patients and mild cognitive impairment patients and their informants. *International Psychogeriatrics*, 18(1), 151-162.
- Gallagher-Thompson, D., Gray, H. L., Dupart, T., Jimenez, D., & Thompson, L. W. (2008). Effectiveness of cognitive/behavioral small group intervention for reduction of depression and stress in non-Hispanic White and Hispanic/Latino women dementia family caregivers: Outcomes and mediators of change. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 26, 286-303.
- Ganguli, M., Blacker, D., Blazer, D. G., Grant, I., Jeste, D. V., Paulsen, J. S., ... & Sachdev, P. S. (2011). Classification of neurocognitive disorders in DSM-5: a work in progress. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 19(3), 205-210.
- Garand, L., Lingler, J. H., Conner, K. O., & Dew, M. A. (2009). Diagnostic labels, stigma, and participation in research related to dementia and mild cognitive impairment. *Research in gerontological nursing*, 2(2), 112-121.
- Gatz, J. L., Tyas, S. L., St, J. P., Montgomery, P. (2005). Do depressive symptoms predict Alzheimer's disease and dementia? *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*;60(6):744-7.
- Genoe, M. R., & Dupuis, S. L. (2014). The role of leisure within the dementia context. *Dementia*, 13(1), 33-58.
- Gilbert, P. (2009). *The compassionate mind*. Robinson.
- Gilbert, P., & Andrews, B. (Eds.). (1998). *Shame: Interpersonal behavior, psychopathology, and culture*. Oxford University Press.
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Simon and schuster.
- Graves, K. G., May, H. T., Jacobs, V., Bair, T. L., Stevens, S. M., Woller, S. C., ... & Bunch, T. J. (2017). Atrial fibrillation incrementally increases dementia risk across all CHADS2 and CHA2DS2VASc strata in patients receiving long-term warfarin. *American heart journal*, 188, 93-98.
- Greaves, C. J., & Farbus, L. (2006). Effects of creative and social activity on the health and well-being of socially isolated older people: outcomes from a multi-method

- observational study. *The journal of the Royal Society for the Promotion of Health*, 126(3), 134-142.
- Grijalvo-Perez, A. M., & Litvan, I. (2014, April). Corticobasal degeneration. In *Seminars in Neurology* (Vol. 34, No. 02, pp. 160-173). Thieme Medical Publishers.
- Hämäläinen, J. (2012). Social pedagogical eyes in the midst of diverse understandings, conceptualisations and activities.
- Harman, G., & Clare, L. (2006). Illness representations and lived experience in early-stage dementia. *Qualitative health research*, 16(4), 484-502.
- Hasson-Ohayon, I., Or, S. E. B., Vahab, K., Amiaz, R., Weiser, M., & Roe, D. (2012). Insight into mental illness and self-stigma: the mediating role of shame proneness. *Psychiatry Research*, 200(2-3), 802-806.
- Ho, A. K., Sahakian, B. J., Brown, R. G., Barker, R. A., Hodges, J. R., Ané, M. N., ... & Bodner, T. (2003). Profile of cognitive progression in early Huntington's disease. *Neurology*, 61(12), 1702-1706.
- Hogervorst, E., Yaffe, K., Richards, M., & Huppert, F. A. (2009). Hormone replacement therapy to maintain cognitive function in women with dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (1).
- Hollingworth, P., Harold, D., Jones, L., Owen, M. J., & Williams, J. (2011). Alzheimer's disease genetics: current knowledge and future challenges. *International journal of geriatric psychiatry*, 26(8), 793-802.
- Holst, G., & Hallberg, I. R. (2003). Exploring the meaning of everyday life, for those suffering from dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias®*, 18(6), 359-365.
- Honneth, A. (1996). *The Struggle for Recognition: The Moral Grammar of Social Conflicts*. Cambridge, Mass.: MIT Press.
- Houtman, I., Jettinghof, K., & Cedillo, L. (2007). Raising awareness of stress at work in developing countries: a modern hazard in a traditional working environment, advice to employers and worker representatives.
- Imhof, L., Wallhagen, M. I., Mahrer-Imhof, R., & Monsch, A. U. (2006). Becoming forgetful: How elderly people deal with forgetfulness in everyday life. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias®*, 21(5), 347-353.
- Isenberg, A. (1940). Natural pride and natural shame. *Philosophy and Phenomenological Research*, 10, 1-24.

- Jacobs, V., Cutler, M. J., Day, J. D., & Bunch, T. J. (2015). Atrial fibrillation and dementia. *Trends in cardiovascular medicine*, 25(1), 44-51.
- Jackson, K., Barisone, G. A., Diaz, E., Jin, L. W., DeCarli, C., & Despa, F. (2013). Amylin deposition in the brain: a second amyloid in Alzheimer disease?. *Annals of neurology*, 74(4), 517-526.
- Jain, A., Bhandari, N. S., & Jain, N. (2018, February). *Essential elements of writing a research/review paper for conference/journals*. In 2018 5th International Symposium on Emerging Trends and Technologies in Libraries and Information Services (ETTLIS) (pp. 131-136). IEEE.
- James, I. A. (2011). *Understanding behaviour in dementia that challenges: A guide to assessment and treatment*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Jha, A., Tabet, N., & Orrell, M. (2001). To tell or not to tell—comparison of older patients' reaction to their diagnosis of dementia and depression. *International journal of geriatric psychiatry*, 16(9), 879-885.
- Johansson, L., Guo, X., Waern, M., Östling, S., Gustafson, D., Bengtsson, C., & Skoog, I. (2010). Midlife psychological stress and risk of dementia: a 35-year longitudinal population study. *Brain*, 133(8), 2217-2224.
- Kern, D. (2012). Social pedagogy and older people in France: Towards a social geragogy. *Social pedagogy for the entire lifespan*, 2, 91-103.
- Kessing, L. V. (2012). Depression and the risk for dementia. *Current opinion in psychiatry*, 25(6), 457-461.
- Kitwood, T. (1997a). *Dementia reconsidered*. Buckingham: Open University Press. [10.1136/bmj.318.7187.880a](https://doi.org/10.1136/bmj.318.7187.880a)
- Klassen, B. T., & Ahlskog, J. E. (2011). Normal pressure hydrocephalus: how often does the diagnosis hold water?. *Neurology*, 77(12), 1119-1125.
- Kohut, H. (1984). *How Does Analysis Cure?*. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Kornbeck, J., & Jensen, N. R. (Eds.). (2012). *Social pedagogy for the entire lifespan* (Vol. 2). BoD—Books on Demand.
- Kraus, C. A., Seignourel, P., Balasubramanyam, V., Snow, A. L., Wilson, N. L., Kunik, M. E., ... & Stanley, M. A. (2008). Cognitive-behavioral treatment for anxiety in patients with dementia: two case studies. *Journal of Psychiatric Practice*, 14(3), 186.

- Laidlaw, K. (2015). *Cognitive behaviour therapy for older people: An introduction*. London: SAGE Publications.
- Langdon, S. A., Eagle, A., & Warner, J. (2007). Making sense of dementia in the social world: A qualitative study. *Social science & medicine*, 64(4), 989-1000.
- Launer, L. J., Andersen, K., Dewey, M., Letenneur, L., Ott, A., Amaducci, L. A., ... & Hofman, A. (1999). Rates and risk factors for dementia and Alzheimer's disease: results from EURODEM pooled analyses. *Neurology*, 52(1), 78-78.
- Levy, B. (2009). Stereotype embodiment: A psychosocial approach to aging. *Current directions in psychological science*, 18(6), 332-336.
- Lewis, M. (2000). *Self-conscious emotions: Embarrassment, pride, shame, and guilt*. In M. Lewis & J. M. Haviland-Jones (Eds.), *Handbook of emotions* (pp.451-468). New York: Guildford Press.
- Lieberman, M. D. (2007). Social cognitive neuroscience: a review of core processes. *Annu. Rev. Psychol.*, 58, 259-289.
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual review of Sociology*, 27(1), 363-385.
- Lishman, E., Cheston, R., & Smithson, J. (2016). The paradox of dementia: Changes in assimilation after receiving a diagnosis of dementia. *Dementia*, 15(2), 181-203.
- Liu, D., Hinton, L., Tran, C., Hinton, D., & Barker, J. C. (2008). Reexamining the relationships among dementia, stigma, and aging in immigrant Chinese and Vietnamese family caregivers. *Journal of cross-cultural gerontology*, 23, 283-299.
- Luciano, M., De Rosa, C., Del Vecchio, V., Sampogna, G., Sbordone, D., Atti, A. R., ... & Fiorillo, A. (2016). Perceived insecurity, mental health and urbanization: Results from a multicentric study. *International Journal of Social Psychiatry*, 62(3), 252-261.
- Marmot Review Team. (2010). *Fair Society, Healthy Lives: Strategic Review of Health Inequalities in England Post-2010*.
- Martens, W. (2005). A multicomponential model of shame. *Journal for the theory of social behaviour*, 35(4), 399-411.
- Mathers, C., Boerma, T., Fat, D. M. (2008). *The global burden of disease: 2004 update*. Geneva: World Health Organization
- Matsui, Y., Tanizaki, Y., Arima, H., Yonemoto, K., Doi, Y., Ninomiya, T., ... & Kiyohara, Y. (2009). Incidence and survival of dementia in a general population

- of Japanese elderly: the Hisayama study. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 80(4), 366-370.
- Maurer, K., Volk, S., & Gerbaldo, H. (1997). Auguste D and Alzheimer's disease. *The lancet*, 349(9064), 1546-1549.
- McCormack, B. (2004). Person-centredness in gerontological nursing: an overview of the literature. *Journal of clinical nursing*, 13, 31-38.
- McKeith, I. G., Dickson, D. W., Lowe, J., Emre, M., O'brien, J. T., Feldman, H., ... & Yamada, M. (2005). Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies: third report of the DLB Consortium. *Neurology*, 65(12), 1863-1872.
- Medway, C., & Morgan, K. (2014). The genetics of Alzheimer's disease; putting flesh on the bones. *Neuropathology and applied neurobiology*, 40(2), 97-105.
- Milne, A. (2010). The 'D' word: Reflections on the relationship between stigma, discrimination and dementia. *Journal of Mental Health*, 19(3), 227-233.
- Mitchell, G., McCollum, P., & Monaghan, C. (2013). The personal impact of disclosure of a dementia diagnosis: a thematic review of the literature. *British Journal of Neuroscience Nursing*, 9(5), 223-228.
- Moniz-Cook, E., Stokes, G., & Agar, S. (2006). Difficult behaviour and dementia in nursing homes: five cases of psychosocial intervention. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, 10(3), 197-208.
- Nathanson, D. (1997). *Affect theory and the compass of shame. The widening scope of shame*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press, Inc.
- National Institute for Clinical Excellence & Social Care Institute for Excellence. (2006). *Dementia: Supporting people with dementia and their carers. Clinical Practice Guidelines*. London, NICE.
- Nelis, S. M., Clare, L., & Whitaker, C. J. (2013). Attachment in people with dementia and their caregivers: A systematic review. *Dementia*, 13(6), 747-767.
- Newman, A. B., Fitzpatrick, A. L., Lopez, O., Jackson, S., Lyketsos, C., Jagust, W., ... & Kuller, L. H. (2005). Dementia and Alzheimer's disease incidence in relationship to cardiovascular disease in the Cardiovascular Health Study cohort. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(7), 1101-1107.
- Nikolaidou, E., Kounti, F., & Tsolaki, M. (2014). Emotional reactions towards dementia: the right to life. *International Journal of Academic Research in Psychology*, 1(2), 58-75.

- Nooyens, A. C., Bueno-de-Mesquita, H. B., van Gelder, B. M., van Boxtel, M. P., & Verschuren, W. M. (2014). Consumption of alcoholic beverages and cognitive decline at middle age: the Doetinchem Cohort Study. *British journal of nutrition*, *111*(4), 715-723.
- Norton, S., Matthews, F. E., Barnes, D. E., Yaffe, K., & Brayne, C. (2014). Potential for primary prevention of Alzheimer's disease: an analysis of population-based data. *The Lancet Neurology*, *13*(8), 788-794.
- O'Brien, J., Erkinjuntti, T., Reisberg, B., Roman, G., Sawada, T., Pantoni, L., ... & DeKosky, S. T. (2003). Vascular cognitive impairment. *The Lancet Neurology*, *2*(2), 89-98.
- Ødbehr, L., Kvigne, K., Hauge, S., & Danbolt, L. J. (2014). Nurses' and care workers' experiences of spiritual needs in residents with dementia in nursing homes: a qualitative study. *BMC nursing*, *13*(1), 1-9.
- Ohara, T., Doi, Y., Ninomiya, T., Hirakawa, Y., Hata, J., Iwaki, T., ... & Kiyohara, Y. (2011). Glucose tolerance status and risk of dementia in the community: the Hisayama study. *Neurology*, *77*(12), 1126-1134.
- Ott, A., Slioter, A. J. C., Hofman, A., van Harskamp, F., Witteman, J. C. M., Van Broeckhoven, C., ... & Breteler, M. M. B. (1998). Smoking and risk of dementia and Alzheimer's disease in a population-based cohort study: the Rotterdam Study. *The Lancet*, *351*(9119), 1840-1843.
- Panksepp, J., Lane, R. D., Solms, M., & Smith, R. (2017). Reconciling cognitive and affective neuroscience perspectives on the brain basis of emotional experience. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, *76*, 187-215.
- Panza, F., D'Introno, A., Colacicco, A. M., Capurso, C., Del Parigi, A., Caselli, R. J., ... & Solfrizzi, V. (2009). Temporal relationship between depressive symptoms and cognitive impairment: the Italian Longitudinal Study on Aging. *Journal of Alzheimer's Disease*, *17*(4), 899-911.
- Patel, V., & Saxena, S. (2014). Transforming lives, enhancing communities—innovations in global mental health. *New England Journal of Medicine*, *370*(6), 498-501.
- Piggott, M.A. (2013). Neurochemical pathology of dementia. In Denning, T. & Thomas, A. (Eds). *Oxford Textbook of Old Age Psychiatry* (pp. 107-122). Oxford: Oxford University Press.

- Poon, L. W., Woodard, J. L., Stephen Miller, L., Green, R., Gearing, M., Davey, A., ... & Markesbery, W. (2012). Understanding dementia prevalence among centenarians. *Journals of Gerontology Series A: Biomedical Sciences and Medical Sciences*, 67(4), 358-365.
- Preston, L., Marshall, A., & Bucks, R. S. (2007). Investigating the ways that older people cope with dementia: A qualitative study. *Aging & mental health*, 11(2), 131-143.
- Public Health Agency of Canada (PHAC). (2006). *The human face of mental health and mental illness in Canada 2006*. Ottawa, ON: Minister of Public Works and Government Services Canada.
- Qiu, C., Winblad, B., & Fratiglioni, L. (2005). The age-dependent relation of blood pressure to cognitive function and dementia. *The Lancet Neurology*, 4(8), 487-499.
- Riley, R. J., Burgener, S., & Buckwalter, K. C. (2014). Anxiety and stigma in dementia: a threat to aging in place. *Nursing Clinics*, 49(2), 213-231.
- Rothuizen, J. J., & Harbo, L. J. (2017). Social pedagogy: An approach without fixed recipes. *International Journal of Social Pedagogy*, 6(1), 6-28.
- Sabat, S. R., & Harré, R. (1992). The construction and deconstruction of self in Alzheimer's disease. *Ageing & Society*, 12(4), 443-461.
- Sabat, S. R., Napolitano, L., & Fath, H. (2004). Barriers to the construction of a valued social identity: a case study of Alzheimer's disease. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias®*, 19(3), 177-185.
- Sacktor, N., & Robertson, K. (2014). Evolving clinical phenotypes in HIV-associated neurocognitive disorders. *Current Opinion in HIV and AIDS*, 9(6), 517.
- Sartorius, N., Chiu, H., Heok, K. E., Lee, M. S., Ouyang, W. C., Sato, M., ... & Yu, X. (2014). Name change for schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*, 40(2), 255-258.
- Savva, G. M., Stephan, B. C., & Alzheimer's Society Vascular Dementia Systematic Review Group. (2010). Epidemiological studies of the effect of stroke on incident dementia: a systematic review. *Stroke*, 41(1), e41-e46.
- Scheff, T. J. (2003). Shame in self and society. *Symbolic interaction*, 26(2), 239-262.
- Scholey, K. A., & Woods, B. T. (2003). A series of brief cognitive therapy interventions with people experiencing both dementia and depression: a description of techniques and common themes. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, 10(3), 175-185.

- Schomerus, G., Heider, D., Angermeyer, M. C., Bebbington, P. E., Azorin, J. M., Brugha, T., & Toumi, M. (2007). Residential area and social contacts in schizophrenia: Results from the European Schizophrenia Cohort (EuroSC). *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, *42*, 617-622.
- Shankar, K. K., Walker, M., Frost, D., & Orrell, M. W. (1999). The development of a valid and reliable scale for rating anxiety in dementia (RAID). *Aging & Mental Health*, *3*(1), 39-49.
- Sharp, E. S., & Gatz, M. (2011). The relationship between education and dementia an updated systematic review. *Alzheimer disease and associated disorders*, *25*(4), 289.
- Siberski, J. (2012). Dementia and DSM-5: Changes, cost, and confusion. *Aging Well*, *5* (6), 12.
- Slade, M., & Longden, E. (2015). Empirical evidence about recovery and mental health. *BMC psychiatry*, *15*, 1-14.
- Smith, J. A., Flowers, P., & Larkin, M. (2009). *Interpretative phenomenological analysis: Theory, method and research*. Los Angeles, CA: SAGE
- Snyder, H. (2019). Literature review as a research methodology: An overview and guidelines. *Journal of business research*, *104*, 333-339.
- Sofi, F., Valecchi, D., Bacci, D., Abbate, R., Gensini, G. F., Casini, A., & Macchi, C. (2011). Physical activity and risk of cognitive decline: a meta-analysis of prospective studies. *Journal of internal medicine*, *269*(1), 107-117.
- Steman, E., Godderis, J., Grypdonck, M., De Bal, N., & De Casterlé, B. D. (2007). Living with dementia from the perspective of older people: is it a positive story?. *Aging & mental health*, *11*(2), 119-130.
- Steinberg, M., Shao, H., Zandi, P., Lyketsos, C. G., Welsh-Bohmer, K. A., Norton, M. C., ... & Tschanz, J. T. (2008). Point and 5-year period prevalence of neuropsychiatric symptoms in dementia: the Cache County Study. *International Journal of Geriatric Psychiatry: A journal of the psychiatry of late life and allied sciences*, *23*(2), 170-177.
- Stephens, P. (2013). *Social pedagogy: Heart and head* (Vol. 24). BoD—Books on Demand.
- Svanström, R., & Dahlberg, K. (2004). Living with dementia yields a heteronomous and lost existence. *Western journal of nursing research*, *26*(6), 671-687.

- Swaffer, K. (2014). Dementia: Stigma, language, and dementia-friendly. *Dementia*, 13(6), 709-716.
- Tangney, J. P., & Dearing, R. L. (2003). *Shame and guilt*. Guilford press.
- Tangney, J. P., Stuewig, J., & Mashek, D. J. (2007). Moral emotions and moral behavior. *Annu. Rev. Psychol.*, 58, 345-372.
- Tatemichi, T. K., Paik, M., Bagiella, E., Desmond, D. W., Stern, Y., Sano, M., ... & Mayeux, R. (1994). Risk of dementia after stroke in a hospitalized cohort: results of a longitudinal study. *Neurology*, 44(10), 1885-1885.
- Templier, M., & Paré, G. (2015). A framework for guiding and evaluating literature reviews. *Communications of the Association for Information Systems*, 37(1), 6.
- Thomas, A. & Dening, T. (2013). The concept of dementia. In Dening, T. & Thomas, A. (Eds). *Oxford Textbook of Old Age Psychiatry* (pp. 371-384). Oxford: Oxford University Press.
- Torres-Carrión, P. V., González-González, C. S., Aciar, S., & Rodríguez-Morales, G. (2018, April). *Methodology for systematic literature review applied to engineering and education*. In 2018 IEEE Global engineering education conference (EDUCON) (pp. 1364-1373). IEEE.
- Tracy, J. L., & Robins, R. W. (2004). " Putting the Self Into Self-Conscious Emotions: A Theoretical Model". *Psychological inquiry*, 15(2), 103-125.
- Troyer, A. K., Murphy, K. J., Anderson, N. D., Hayman-Abello, B. A., Craik, F. I., & Moscovitch, M. (2008). Item and associative memory in amnesic mild cognitive impairment: performance on standardized memory tests. *Neuropsychology*, 22(1), 10.
- Uchino, B. N. (2004). *Social support and physical health: Understanding the health consequences of relationships*. Yale university press.
- UN Platform on Social Determinants of Health. (2013). *Health in the post-2015 development agenda: Need for a social determinants of health approach: Joint statement of the UN Platform on Social Determinants of Health*. Geneva: World Health Organization
- Valenzuela, M. J., Matthews, F. E., Brayne, C., Ince, P., Halliday, G., Kril, J. J., ... & Sachdev, P. S. (2012). Multiple biological pathways link cognitive lifestyle to protection from dementia. *Biological psychiatry*, 71(9), 783-791.

- van der Beek, K. M., Bos, I., Middel, B., & Wynia, K. (2013). Experienced stigmatization reduced quality of life of patients with a neuromuscular disease: a cross-sectional study. *Clinical rehabilitation*, 27(11), 1029-1038.
- Van Dijkhuizen, M., Clare, L., & Pearce, A. (2006). Striving for connection: appraisal and coping among women with early-stage Alzheimer's disease. *Dementia*, 5(1), 73-94.
- Verghese, P. B., Castellano, J. M., & Holtzman, D. M. (2011). Apolipoprotein E in Alzheimer's disease and other neurological disorders. *The Lancet Neurology*, 10(3), 241-252.
- Vernooij-Dassen, M. J., Moniz-Cook, E. D., Woods, R. T., Lepeleire, J. D., Leuschner, A., Zanetti, O., ... & Iliffe, S. (2005). Factors affecting timely recognition and diagnosis of dementia across Europe: from awareness to stigma. *International Journal of Geriatric Psychiatry: A journal of the psychiatry of late life and allied sciences*, 20(4), 377-386.
- Vivanti, G., Hamner, T., & Lee, N. R. (2018). Neurodevelopmental disorders affecting sociability: Recent research advances and future directions in autism spectrum disorder and Williams syndrome. *Current Neurology and Neuroscience Reports*, 18, 1-9.
- Warren, J. D., Rohrer, J. D., & Rossor, M. N. (2013). Frontotemporal dementia. *Bmj*, 347.
- Watkins, R., Cheston, R., Jones, K., & Gilliard, J. (2006). 'Coming out' with Alzheimer's disease: Changes in awareness during a psychotherapy group for people with dementia. *Aging and Mental Health*, 10(2), 166-176.
- Werner, P., & Heinik, J. (2008). Stigma by association and Alzheimer's disease. *Aging and mental health*, 12(1), 92-99.
- Werner, P. (2014). Stigma and Alzheimer's disease: A systematic review of evidence, theory, and methods. In P. W. Corrigan (Ed.), *The stigma of disease and disability: Understanding causes and overcoming injustices* (pp. 223-244). American Psychological Association.
- WHO, World Health Organization & Alzheimer's Disease International. (2012). *Dementia: a public health priority*.
- Wilson, R. S., De Leon, C. M., Bennett, D. A., Bienias, J. L., & Evans, D. A. (2004). Depressive symptoms and cognitive decline in a community population of older persons. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 75(1), 126-129.

- Wolverson, E. L., Clarke, C., & Moniz-Cook, E. (2010). Remaining hopeful in early-stage dementia: a qualitative study. *Aging & Mental Health, 14*(4), 450-460.
- World Alzheimer Report. (2011). *The benefits of early diagnosis and intervention*.
- World Alzheimer Report. (2012). *Overcoming the stigma of dementia*.
- World Health Organization. (2013). *Mental Health Action Plan 2013–2020; Technical Report; World Health Organization, WHO Document Production Services*. Geneva, Switzerland.
- Zarowitz, B. J., O'Shea, T., & Nance, M. (2014). Clinical, demographic, and pharmacologic features of nursing home residents with Huntington's disease. *Journal of the American Medical Directors Association, 15*(6), 423-428.