

Συναίσθημα και γνωσιακή λειτουργία στην 3η ηλικία

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ:

3η ηλικία, συναισθηματική συμπεριφορά, κατάθλιψη, γνωσιακά ελλείμματα, γνωσιακές διαταραχές

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η γήρανση συνοδεύεται με μείωση των πνευματικών ικανοτήτων, της φυσικής κατάστασης και απόδοσης. Αν αναλογιστούμε τις δημογραφικές αλλαγές που δημιουργούνται τις τελευταίες δεκαετίες στις πολιτισμικά ανεπτυγμένες χώρες είναι απαραίτητο να καταγραφεί πόσο ανεξάρτητος γνωσιακά και συναισθηματικά είναι ο ηλικιωμένος. Σκοπός της μελέτης είναι η καταγραφή της άποψης των ατόμων της τρίτης ηλικίας σχετικά με τη συναισθηματική και γνωσιακή τους κατάσταση και η συσχέτισή τους με το φύλο τη σωματική διάπλαση, το μορφωτικό επίπεδο, την οικογενειακή κατάσταση και την περιοχή διαμονής. Χρησιμοποιήθηκε ειδικά διαμορφωμένο ερωτηματολόγιο το οποίο δόθηκε σε 453 άτομα και συλλέχθηκαν 318 απαντημένα ερωτηματολόγια. Η πληροφόρηση για την συναισθηματική κατάσταση και την νοητική κατάσταση των ηλικιωμένων που προκύπτει είναι σημαντική εφόσον μας επισημαίνουν ότι η μνήμη δεν φθίνει «αναγκαστικώς».

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα τελευταία εκατό χρόνια παρατηρήθηκε μία αξιοσημείωτη δημογραφική αύξηση του πληθυσμού άνω των 65 ετών¹. Θεωρούμε ότι πρέπει να καταγραφεί η γνωσιακή και συναισθηματική κατάσταση των ηλικιωμένων με στόχο τον εντοπισμό των παραγόντων που μπορούν να επηρεάσουν και να διατηρήσουν την γνωσιακή και συναισθηματική υγεία της ηλικιακής αυτής ομάδας. Οι περισσότεροι ηλικιωμένοι παρουσιάζουν γνωσιακή απόκλιση και είναι υποψήφιοι για ανοϊκές διαταραχές. Μελέτες αναφερόμενες στην εγκεφαλική γήρανση όπως του MacArthur διαφοροποιούν την επιτυχή γήρανση από την φυσιολογική γήρανση επισημαίνοντας ότι οι ψυχολογικοί και κοινωνικοί παράγοντες επιδρούν στην γνωσιακή κατάσταση των ηλικιωμένων. Η συναισθηματική διάθεση ή απλά διάθεση (mood) είναι ο καθολικός και στα-

Η καταγραφή των στοιχείων της μελέτης μας έδειξε σ' ότι αφορά την συναισθηματική τους κατάσταση ότι το 75% των ερωτηθέντων δεν ανέφερε κανένα αίσθημα καταπίεσης, το 67,7% δεν αναφέρει αισθήματα θυμού ενώ το 74% των ερωτηθέντων δεν νιώθει απελπισία λόγω γήρανσης ή περιορισμού των ικανοτήτων του.

θερός συναισθηματικός τόνος που βιώνεται εσωτερικά και που σε ακραίες περιπτώσεις μπορεί να επηρεάσει σε πολύ μεγάλο βαθμό τις σκέψεις, τα συναισθήματα και γενικότερα όλες κυριολεκτικά τις πλευρές της συμπεριφοράς ενός ατόμου, έχοντας σοβαρές συνέπειες στη σωματική και ψυχική του υγεία και επιδρώντας αρνητικά στην ποιότητα της ζωής του. Η καλή ψυχική υγεία αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της υγείας και ευεξίας των ανθρώπων^{2,3}. Η κατάθλιψη είναι η συχνότερη ψυχική διαταραχή και αναμένεται κατά τα επόμενα 20 χρόνια να έχει αυξητικές τάσεις. Η κατάθλιψη είναι η νόσος του 21ου αιώνα για το σύγχρονο δυτικό κόσμο.

Είναι η νόσος που πέρα από το δυσβάστακτο ψυχικό πόνο που προκαλεί, διαταράσσει σημαντικά τη λειτουργικότητα και την ποιότητα ζωής του ατόμου, επηρεάζοντας πολυποίκιλα την οικογένεια του και την κοινωνικότητα του. Η προαγωγή της ψυχικής υγείας και η πρόληψη των συναισθηματικών και ψυχικών διαταραχών συμβάλλουν στην ενίσχυση της κοινωνικής συνοχής.

Η αιτιοπαθογένεια της κατάθλιψης είναι ένας συνδυασμός γενετικών και περιβαλλοντικών παραγόντων, που σε συνδυασμό με τον ευαίσθητο χαρακτήρα ενός ατόμου οδηγούν σε απότομες αλλαγές της ανθρώπινης συμπεριφοράς. Για την 3η ηλικία θα μπορούσαμε να ορίσουμε την γνωσιακή υγεία, όχι ως την απουσία ανοϊκών διαταραχών αλλά ως την ανάπτυξη και την διατήρηση όλων των κοινωνικών δραστηριοτήτων

που του επιτρέπουν την ανεξαρτησία και την διατήρηση της λειτουργικότητας του στις καθημερινές δραστηριότητες. Αντίστοιχα ως συναισθηματική υγεία στην 3η ηλικία θα μπορούσε να οριστεί ότι η απουσία ψυχιατρικής νόσου αλλά συνολικά ως η ικανότητα διαχείρισης και ελέγχου του συναισθήματος. Οι Baltes και συν. πρότειναν ως επιτυχή προσαρμογή της 3ης ηλικίας στις συναισθηματικές αλλαγές τις διαδικασίες εκείνες επιλογής και βελτίωσης της καθημερινότητας τους, καθώς και της κατανόησης που αναδεικνύουν την "σοφία" των γηρατειών δηλαδή την ικανότητα της σωστής κρίσης και συμβουλής^{4,5}.

Μέθοδος:

Χρησιμοποιήθηκε ειδικά σχεδιασμένο ερωτηματολόγιο σε άτομα 3ης ηλικίας (N=318), σε ΚΑΠΗ (247) και ιδιώτες (71), εκ των οποίων οι 167 γυναίκες και οι 151 άνδρες. Ο μέσος όρος ηλικίας ήταν 69,7 +/- 5,9 έτη. Καταγραφόταν τα δημογραφικά στοιχεία των ερωτηθέντων, τα παθολογικά προβλήματα υγείας, η φαρμακευτική αγωγή που ελάμβαναν, οι χειρουργικές επεμβάσεις στις οποίες είχαν υποβληθεί καθώς και η άποψη των ηλικιωμένων σχετικά με τα άμεσα κινητικά προβλήματα, τις καθημερινές τους δραστηριότητες, την συναισθηματική, κοινωνική και σεξουαλική τους κατάσταση μαζί με άλλες παραμέτρους. Κατόπιν το πρωτόκολλο εγκρίθηκε από την επιστημονική επιτροπή του νοσοκομείου ΚΑΤ και διανεμήθηκε από ιατρούς αποκατάστασης σε αστικά και περιφερικά κέντρα την χρονική περίοδο 2005-2006.

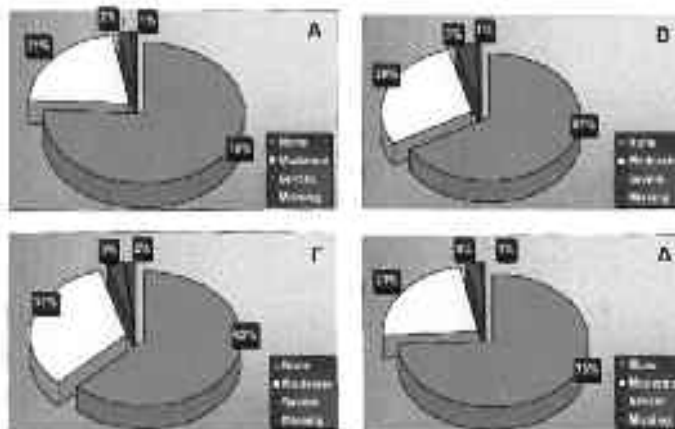
Στατιστική ανάλυση:

Για την στατιστική ανάλυση χρησιμοποιήθηκε σεντόνι εργασίας του SPSS και οι συσχετίσεις μεταξύ των παραμέτρων έγιναν με το chi square.

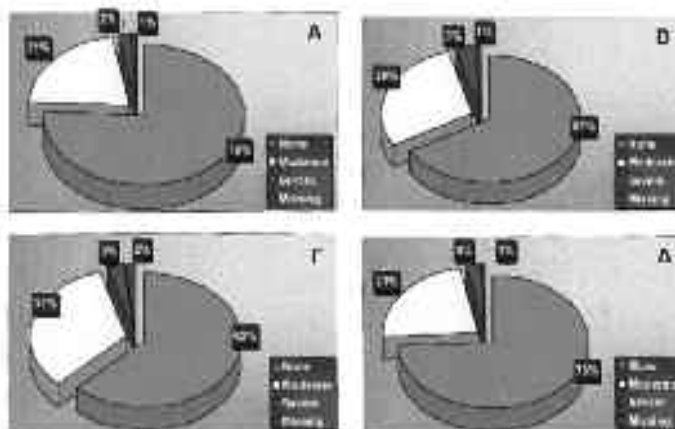
Αποτελέσματα

Η καταγραφή των στοιχείων της μελέτης μας έδειξε σ' ότι αφορά την συναισθηματική τους κατάσταση ότι το 75% των ερωτηθέντων δεν ανέφερε κανένα αίσθημα καταπίεσης, το 67,7% δεν αναφέρει αισθήματα θυμού ενώ το 74% των ερωτηθέντων δεν νιώθει απελπισία λόγω γήρανσης ή περιορισμού των ικανοτήτων του. Είναι σημαντικό να αναφέρουμε ότι το 76,4% δεν αισθάνεται αποκομμένο ή απομονωμένο από την καθημερινότητα, ενώ το 66,4% δεν θεωρεί τον εαυτό του ανίκανο ή περιορισμένων ικανοτήτων.

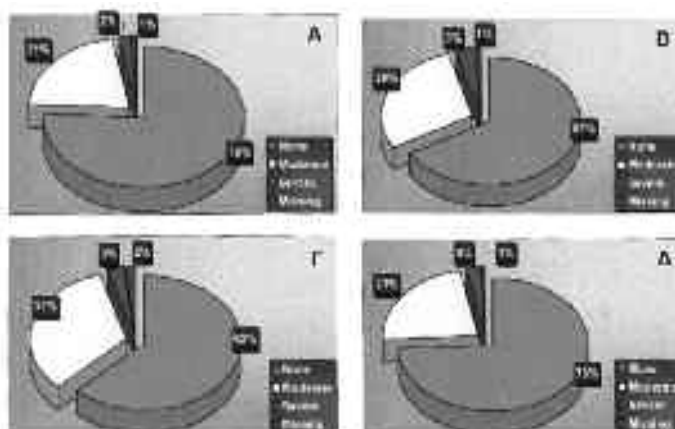
Τα αποτελέσματα της μελέτης μας, που αφορούν τους ηλικιωμένους και την γνωσιακή τους κατάσταση, έδειξαν ότι το 57,9% δεν αναφέρει διαταραχές μνήμης, το 64,8% δεν αναφέρει διαταραχές προσοχής, το 56,9% διαχειρίζεται και επιλύει με την ίδια ικανότητα τα προβλήματα της καθημερινότητας, ενώ στο 70% δεν καταγράψαμε διαταραχές στην



A. συναισθήματα καταπίεσης B. συναισθήματα θυμού Γ. συναισθήματα αδυναμίας Δ. συναισθήματα απελπισίας.



A. συναισθήματα απομόνωσης B. συναισθήματα ανικανότητας Γ. διαταραχές μνήμης Δ. διάσπαση προσοχής.



A. διαταραχές στην επίλυση προβλημάτων B. διαταραχές στην ικανότητα υπολογισμού μαθηματικών πράξεων Γ. διαταραχές προσανατολισμού στον χρόνο και στο χώρο Δ. συμμετοχή στις κοινωνικές δραστηριότητες.

επίλυση αριθμητικών προβλημάτων (υπολογιστικού τύπου) Στην στατιστική ανάλυση διαπιστώθηκε υψηλή στατιστική συσχέτιση μεταξύ της οικογενειακής κατάστασης και των συναισθημάτων καταπίεσης ($p=0.0006$), θυμού ($p=0.0002$), αίσθημα αδυναμίας ($p=0.003$), απομόνωσης ($p=0.0001$), και ανικανότητας ($p=0.004$).

Επίσης η συσχέτιση του μορφωτικού επιπέδου με την ικανότητα επίλυσης αριθμητικών προβλημάτων (υπολογιστικού τύπου) έδειξε υψηλή στατιστική σημαντικότητα ($p=0.005$). Υψηλή στατιστική σημαντικότητα καταγράφηκε και στις διαταραχές προσανατολισμού στο χώρο και στον χρόνο ($p=0.00001$) στους ηλικιωμένους σε σχέση με το μορφωτικό τους επίπεδο.

Συζήτηση

Σκοπός της μελέτης μας ήταν η καταγραφή της άποψης των ατόμων της τρίτης ηλικίας και ο συσχετισμός της συναισθηματικής και γνωσιακής τους κατάστασης με το φύλο, τη σωματική διάπλαση, το μορφωτικό επίπεδο, την οικογενειακή τους κατάσταση και την περιοχή διαμονής τους.

Από την καταγραφή και μελέτη των αποτελεσμάτων διαπιστώνουμε ότι ένας στους τέσσερις ερωτηθέντες, αναφέρει ψυχολογικές διαταραχές όπως καταπίεση, ήπια κατάθλιψη, θυμό, αδυναμία, απομόνωση και ανικανότητα.

Σχεδόν όλοι οι ερωτηθέντες άνδρες και γυναίκες ελάμβαναν ήπια αντικαταθλιπτική φαρμακευτική αγωγή. Η κατάθλιψη είναι η πιο συχνή νόσος για τους γηριατρικούς ασθενείς. Η αιτιοπαθογένεια της κατάθλιψης είναι ένας συνδυασμός γενετικών και περιβαλλοντικών παραγόντων, που σε συνδυασμό με τον ευαίσθητο χαρακτήρα ενός ατόμου οδηγούν σε βιοχημικές αλλαγές της ανθρώπινης φυσιολογίας και σε απότομες αλλαγές της ανθρώπινης συμπεριφοράς.

Μία σειρά αρνητικών γεγονότων είτε ψυχολογικών (π.χ. θάνατος αγαπημένου προσώπου, διαζύγιο, συνταξιοδότηση), είτε κοινωνικών (π.χ. οικονομική ύφεση, συνθήκες διαμονής) είτε ακόμη ψυχοκοινωνικών (π.χ. μετανάστευση), φαίνεται ότι αυξάνουν τον κίνδυνο για κατάθλιψη¹. Ο αρνητικός τρόπος με τον οποίο οι άνθρωποι σκέφτονται και αντιλαμβάνονται τα καθημερινά τους προβλήματα φαίνεται να ευνοεί σε μερικές περιπτώσεις την δημιουργία κατάθλιψης. Υποστηρίζεται δηλαδή ότι μερικοί άνθρωποι ερμηνεύουν τον κόσμο γύρω τους βασιζόμενοι σε κάποιες παραδοχές που δεν είναι λειτουργικές και που έχουν σαν αποτέλεσμα να "παραμορφώνουν" τελικά την εικόνα του γύρω κόσμου αντί να την ερμηνεύουν σωστά. Συνολικά παρατηρήσαμε ότι άτομα με χαμηλή αυτοπεποίθηση, συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης εμφάνιζαν διαταραχές στην συναισθηματική και γνωσιακή υγεία στην 3η ηλικία. Αν και παρόμοια συμπεράσματα υπήρξαν και από άλλους μελετητές, εντούτοις η δυναμική σχέση μεταξύ χαμηλής συναισθηματικής διάθεσης και μελλοντικής γνωσιακής έκπτωσης δεν έχει μελετηθεί. Το χαμηλό ποσοστό συναισθηματικών διαταραχών στην μελέτη μας οφείλεται πιθανόν στο γεγονός ότι οι ερωτηθέντες είχαν αναπτύξει στενούς δεσμούς με συνομήλικα

άτομα της κοινότητας (ΚΑΠΗ, καφενείο, εκκλησία), και διατηρούσαν το οικογενειακό «δέσιμο» (παιδιά, εγγόνια).

Σημαντικό είναι επίσης ότι τρεις στους τέσσερις ερωτηθέντες δεν παρουσιάζει γνωσιακές διαταραχές (MMSE: mini mental state examination > ²⁶) επισημαίνοντας ότι η μνήμη είναι απόλυτα συνδεδεμένη με το συναίσθημα. Το αποτέλεσμα αυτό συμπίπτει με την διαπίστωση άλλων μελετών ότι οι γνωσιακές διαταραχές συνοδεύονται συνήθως από αλλαγές της συμπεριφοράς και των συναισθημάτων. Όλοι οι ερωτηθέντες δήλωσαν ότι: «η προσφορά βοήθειας στους άλλους, μας δίνει ένα αίσθημα απόλαυσης» και αυτή η αίσθηση είναι η διέγερση που οδηγεί σε αύξηση της δύναμης του εγκεφάλου.

Μελέτες εγκεφαλικής απεικόνισης δείχνουν ότι η αμοιβαία συνεργασία συνδέεται με περισσότερες δραστηριότητες των κυττάρων του εγκεφάλου σε περιοχές που σχετίζονται με την επιβράβευση. Έτσι παρατηρούμε στην μελέτη ότι όσοι βρίσκονται σε συχνή επαφή με άλλα άτομα αναφέρουν λιγότερες συναισθηματικές και γνωσιακές διαταραχές.

Βέβαια στην μελέτη του πανεπιστημίου του Goteborg στην Σουηδία διαπίστωσαν έκπτωση των γνωσιακών λειτουργιών πριν από την αποβίωση των ηλικιωμένων άσχετα ένα αυτός ή αυτή έπασχε από άνοια. Η μελέτη αυτή πραγματοποιήθηκε σε 288 άτομα από την ηλικία των 70 ετών έως τον θάνατο τους (μέσος όρος ηλικίας αποβίωσης 84 ετών). Παρατήρησαν ότι η λεκτική ικανότητα παρουσίασε έκπτωση σχεδόν 6 έτη πριν τον



Συνολικά παρατηρήσαμε ότι άτομα με χαμηλή αυτοπεποίθηση, συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης εμφάνιζαν διαταραχές στην συναισθηματική και γνωσιακή υγεία στην 3η ηλικία.

θάνατο, ενώ ο προσανατολισμός στον χώρο 8 έτη πριν.

Στην πραγματοποιηθείσα μελέτη όσοι οι ηλικιωμένοι ασκούσαν (περπάτημα, κηπευτικές δραστηριότητες), ομαδικά (λύση σταυρολέξων στα ΚΑΠΗ, εκμάθηση χορών, νέων συνταγών) τα πήγαιναν καλύτερα σε τεστ μνήμης. Η συναναστροφή με άλλα άτομα προτρέπει τον εγκέφαλο να αναπτύξει νέες συνδέσεις σε όλο τον εγκέφαλο και όχι μόνο σε μία συγκεκριμένη περιοχή. Οι επαρκείς προκλήσεις, (η εκμάθηση μιας νέας δεξιότητας ή ενασχόληση με ένα χόμπι), αναστέλλουν την φθίνουσα πορεία των εγκεφαλικών κυττάρων. Οι εγκεφαλικοί νευρώνες όταν δεν «ερεθίζονται» με πνευματικές δραστηριότητες, είναι λιγότερο ενεργείς πυροδοτώντας λιγότερα ηλεκτρικά σήματα. Η μειωμένη δραστηριότητα απαιτεί μειωμένη παροχή οξυγόνου και θρεπτικών συστατικών.

Η Mayo clinic¹⁴ αναφέρει ότι δεν αρκεί η επίλυση μόνος ενός πάζλ, Sudoku για να σταματήσει η ατροφία του εγκεφάλου. Προκειμένου να κρατηθεί εύστροφος ο εγκέφαλος και να αποτραπεί η νόσος Alzheimer, θα πρέπει η επίλυση να πραγματοποιηθεί με παρέα. Όπως διατηρούμε το σώμα μας σε φόρμα, το ίδιο πρέπει να κάνουμε για την εγκεφαλική λειτουργία, για την διατήρηση της καλής σύστασης της φαιάς ουσίας λύνοντας γρίφους ομαδικά.

Στην μελέτη μας όσοι από τους ερωτηθέντες απομονώθηκαν από τους φίλους και την οικογένεια παρουσίαζαν έκπτωση των γνωστικών λειτουργιών που οφείλονταν στην ηλικία.

Σε παρόμοια αποτελέσματα με της δικής μας μελέτης οδήγησαν και οι μελέτες άλλων ιατρικών κέντρων⁶⁻¹². Ενδεικτικά αναφέρουμε ότι οι ερευνητές στο Πανεπιστήμιο Johns Hopkins μέτρησαν τις γνωστικές δεξιότητες μιας ομάδας. Μετά από έξι μήνες είχαν αυξηθεί κατά 51% τις δεξιότητες του εγκεφάλου, όπως η μνήμη και ο προγραμματισμός, με τα μεγαλύτερα οφέλη να έχουν αποκομίσει όσοι είχαν αρχικά την ασθενέστερη μνήμη. Αυτό επιτεύχθηκε με ασκήσεις επανάληψης μιας σειράς αριθμών, αφού ο ηλικιωμένος τα έχει πρωτίστως ακούσει να διαβάζονται δυνατά, η ενεργός συμμετοχή στην ομάδα (ημερήσιο πρόγραμμα: φαγητό, καθαριότητα, τάβλι, χαρτιά, χορός, μουσική). Το πιο σημαντικό είναι ότι τα οφέλη αυτά συνοδεύτηκαν από αλλαγές στη συμπεριφορά, όπως λιγότερη παρακολούθηση τηλεόρασης. Η ομάδα στο John Hopkins, πιστεύει ότι αυτό που "ακόνισε" τους εγκεφάλους των εθελοντών ήταν η άμεση αλληλεπίδραση με άλλους.

Συμπέρασμα

Τα γηρατειά είναι αναπόσπαστο τμήμα της ζωής. Χαρακτηρίζονται από προοδευτικές αλλαγές και εμφάνιση οξέων ή/ και χρόνιων νόσων. Από μόνα τους συνδέονται με την επιβάρυνση φυσικών ελλειμμάτων και την έκπτωση των λειτουργικών ικανοτήτων. Για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων απαιτούνται μικρές παρεμβάσεις στην καθημερινότητα τους. Η έγκαιρη διάγνωση, η πρώιμη ιατρική παρέμβαση, η κατάλληλη παρακολούθηση με στόχους συμβάλλουν στην πρόληψη των επιπλοκών και στην μέγιστη ανάπτυξη των υπολειπόμενων λειτουργικών ικανοτήτων.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ:

1. A.(Ευθυμίου, Μαυροειδή, Παυλάτου, Καλαντζή –Αζίζι,2006).
2. Sanders JB, Bremmer MA, Comijs HC, Deeg DJ, Lampe IK, Beekman AT. Cognitive functioning and the natural course of depressive symptoms in late life. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2011 Jul;19(7): 664-72.
3. Lykouras L, Gournellis R. [Behavioral and psychological symptoms of dementia and their management]. *Psychiatrike*. 2011 Jan-Mar;22(1):24-33.
4. Slavin MJ, Brodaty H, Kochan NA, Crawford JD, Trollor JN, Draper B, Sachdev PS. Prevalence and predictors of "subjective cognitive complaints" in the Sydney Memory and Ageing Study. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2010 Aug;18(8):701-10.
5. Savaskan E. [The emotional memory in the elderly and depression. *Praxis (Bern 1994)*. 2010 Dec 15;99(25):1565-8. Review.
6. Chodosh J, Miller-Martinez D, Aneshensel CS, Wight RG, Karlamangla AS. Depressive symptoms, chronic diseases, and physical disabilities as predictors of cognitive functioning trajectories in older Americans. *J Am Geriatr Soc*. 2010 Dec;58(12):2350-7.
7. Cooper C, Bebbington P, Livingston G. Cognitive impairment and happiness in old people in low and middle income countries: results from the 10/66 study. *J Affect Disord*. 2011 Apr;130(1-2):198-204.
8. Hart RP, Bean MK. Executive function, intellectual decline and daily living skills. *Neuropsychol Dev Cogn B Aging Neuropsychol Cogn*. 2011 Jan;18(1):64-85.
9. Byrne GJ, Pachana NA. Anxiety and depression in the elderly: do we know any more? *Curr Opin Psychiatry*. 2010 Nov;23(6):504-9. Review.
10. Rush BK, McNeil RB, Gamble DM, Luke SH, Richie AN, Albers CS, Brown RD, Brott TG, Meschia JF. Behavioral symptoms in long-term survivors of ischemic stroke. *J Stroke Cerebrovasc Dis*. 2010 Jul-Aug;19(4):326-32.
11. Mayo Clinic Staff. "Memory loss: 7 tips to improve your memory". MayoClinic. <http://www.mayoclinic.com/health/memory-loss/HA00001/METHOD=print>. Retrieved 9 May 2011.
12. Taylor, Liz. "Fighting memory loss through brain games, exercise and rest". *The Seattle Times*. The Seattle Times Retrieved 9 May 2011