



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Π.Μ.Σ. ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΩΝ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΩΝ ΤΗΣ ΓΝΩΣΤΙΚΗΣ
ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ
ΓΕΝΙΚΕΥΜΕΝΗΣ ΑΓΧΩΔΟΥΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ ΣΕ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΑ ΑΤΟΜΑ

Συγγραφέας:

Γεώργιος-Παναγιώτης Κοκοράκης

Αριθμός Μητρώου: 222310

Επιβλέπουσα

Αναστασία Μπαρμπούνη

ΑΘΗΝΑ, ΜΑΡΤΙΟΣ 2024



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Π.Μ.Σ. ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

UNIVERSITY OF WEST ATTICA
SCHOOL OF PUBLIC HEALTH

DEPARTMENT OF PUBLIC AND COMMUNITY HEALTH
HEALTH PROMOTION IN THIRD AGE

DIPLOMA THESIS

SYSTEMATIC REVIEW OF COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY
INTERVENTIONS IN THE TREATMENT OF GENERALIZED ANXIETY
DISORDER IN ELDERLY PEOPLE

Author:

Georgios-Panagiotis Kokorakis

Registration Number: 222310

Supervisor

Anastasia Barbouni

ATHENS, MARCH 2024



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
Π.Μ.Σ. ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

Μέλη Εξεταστικής Επιτροπής συμπεριλαμβανομένου και του Εισηγητή

Η Μεταπτυχιακή Διπλωματική εργασία εξετάστηκε επιτυχώς από την κάτωθι Εξεταστική Επιτροπή:

A/α	ΟΝΟΜΑ	ΕΠΩΝΥΜΟ	ΒΑΘΜΙΔΑ/ΙΔΙΟΤΗΤ Α	Ψηφιακή Υπογραφή
1	Αναστασία	Μπαρμπούνη	Καθηγήτρια	
2	Κωνσταντίνος	Κεσανόπουλος	Εργαστηριακό Διδακτικό Προσωπικό	
3	Αρετή	Λάγιου	Καθηγήτρια	

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Ο κάτωθι υπογεγραμμένος Γεώργιος-Παναγιώτης Κοκοράκης του Ιωάννη, με αριθμό μητρώου 222310, φοιτητής του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών Προαγωγή Υγείας στην Τρίτη Ηλικία του Τμήματος Δημόσιας και Κοινωνικής Υγείας της Σχολής Δημόσιας Υγείας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, δηλώνω ότι:

«Είμαι συγγραφέας αυτής της μεταπτυχιακής εργασίας και ότι κάθε βοήθεια την οποία είχα για την προετοιμασία της, είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται στην εργασία. Επίσης, οι όποιες πηγές από τις οποίες έκανα χρήση δεδομένων, ιδεών ή λέξεων, είτε ακριβώς είτε παραφρασμένες, αναφέρονται στο σύνολό τους, με πλήρη αναφορά στους συγγραφείς, τον εκδοτικό οίκο ή το περιοδικό, συμπεριλαμβανομένων και των πηγών που ενδεχομένως χρησιμοποιήθηκαν από το διαδίκτυο. Επίσης, βεβαιώνω ότι αυτή η εργασία έχει συγγραφεί από μένα αποκλειστικά και αποτελεί προϊόν πνευματικής ιδιοκτησίας τόσο δικής μου, όσο και του Ιδρύματος.

Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μου».

Ο Δηλών

Γεώργιος-Παναγιώτης Κοκοράκης

Όνοματεπώνυμο/Ιδιότητα

Ψηφιακή Υπογραφή Επιβλέποντα

(Υπογραφή)

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να εκφράσω τις θερμές μου ευχαριστίες στην επιβλέπουσα καθηγήτρια της Μεταπτυχιακής Διπλωματικής μου εργασίας, κυρία Μπαρμπούνη για τη δυνατότητα που μου έδωσε να υλοποιήσω τη διπλωματική εργασία, αλλά και τη σημαντική βοήθεια της καθ' όλη τη διάρκεια συγγραφής της.

Στη συνέχεια, θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους τους καθηγητές του Π.Μ.Σ << Προαγωγή Υγείας στην Τρίτη Ηλικία >> του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής για τις πολύτιμες γνώσεις που μου μεταλαμπάδευσαν όλο αυτό το χρονικό διάστημα.

Τέλος, θα ήθελα να εκφράσω ένα μεγάλο ευχαριστώ στην οικογένεια μου για τη πολύτιμη στήριξη και συμπαράσταση που μου πρόσφερε όλο αυτό το διάστημα για την αποπεράτωση του Μεταπτυχιακού.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Περίληψη.....	10-11
Abstract.....	11-12
Εισαγωγή.....	13-14
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	15
Κεφάλαιο 1: Τρίτη ηλικία και Γήρανση.....	16
1.1 Προσεγγίζοντας την έννοια της τρίτης ηλικίας.....	16-17
1.2 Επιδημιολογικά στοιχεία της Τρίτης ηλικίας.....	18
1.3 Η Γήρανση και τα χαρακτηριστικά της γνωρίσματα.....	18-19
Κεφάλαιο 2: Άγχος και Αγχώδεις Διαταραχές.....	20
2.1 Τι εννοούμε όταν λέμε Άγχος	20-21
2.2 Γενικά Χαρακτηριστικά των Αγχωδών Διαταραχών.....	21-22
2.3 Άγχος και Αγχώδεις Διαταραχές στην Τρίτη ηλικία.....	22-25
Κεφάλαιο 3: Γενικευμένη Αγχώδης διαταραχή.....	26
3.1 Γενικά Χαρακτηριστικά.....	26
3.2 Επιδημιολογικά στοιχεία.....	26-27
3.3 Αίτια.....	27
3.4 Παθοφυσιολογία.....	28
3.5 Διάγνωση.....	28-29
3.6 Παράγοντες κινδύνου.....	29
3.7 Θεραπείες.....	30-31
3.7.1 Ψυχοθεραπείες.....	31

3.7.2 Φαρμακοθεραπείες.....	32
Κεφάλαιο 4: Γνωστική Συμπεριφορική Θεραπεία.....	32
4.1 Γιατί είναι απαραίτητη η Ψυχοθεραπεία στους ηλικιωμένους;.....	32-33
4.2 Γενικά Χαρακτηριστικά της Γνωστικής Συμπεριφορικής Θεραπείας.....	33-35
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	36
Μέθοδος.....	37
1) Σκοπός μελέτης.....	37
2) Ερευνητικό ερώτημα.....	37
3) Αναζήτηση της Βιβλιογραφίας.....	37
4) Κριτήρια ένταξης και αποκλεισμού άρθρων.....	38
5) Διάγραμμα ροής PRISMA.....	39
Αποτελέσματα.....	40
1) Πίνακας Αποτελεσμάτων.....	40-49
2) Χαρακτηριστικά μελετών.....	50-52
3) Μέθοδοι συλλογής δεδομένων.....	52-53
4) Στόχοι και συμπεράσματα δημοσιεύσεων.....	53-55
Συζήτηση.....	56
1) Ευρήματα μελετών.....	56-58
2) Περιορισμοί έρευνας.....	59
3) Προτάσεις για μελλοντική έρευνα.....	59
Συμπεράσματα.....	60
Βιβλιογραφικές αναφορές.....	61-65

ΛΙΣΤΑ ΣΥΝΤΟΜΕΥΣΕΩΝ

WHO: World Health Organization (= Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας)

DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (= Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών, Πέμπτη Έκδοση)

GAD: Generalized Anxiety Disorder (= Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή)

CBT: Cognitive Behavioral Therapy (= Γνωστική Συμπεριφορική Θεραπεία)

CBT-T: Cognitive Behavioral Therapy-Telephone (= Γνωστική Συμπεριφορική Θεραπεία-Τηλέφωνο)

CBT-IU: Cognitive Behavioral Therapy-Intolerance of Uncertainty (= Γνωστική Συμπεριφορική Θεραπεία- Δυσανεξία στην Αβεβαιότητα)

NST-T: Nondirective Supportive Therapy-Telephone (= Μη Κατευθυντική Υποστηρικτική Θεραπεία-Τηλέφωνο)

ICBT: Internet Cognitive Behavioral Therapy (= Γνωστική Συμπεριφορική Θεραπεία- Διαδίκτυο)

PTSD: Post Traumatic Stress Disorder (= Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες)

MDD: Major Depressive Disorder (= Μείζον Καταθλιπτική Διαταραχή)

OCD: Obsessive Compulsive Disorder (= Ιδιοψυχαναγκαστική Διαταραχή)

GABA: Gamma-aminobutyric Acid (= Γ-αμινοβουτυρικό Οξύ)

SSRI: Selective serotonin reuptake inhibitor (= Εκλεκτικός αναστολέας επαναπρόσληψης σεροτονίνης)

SNRI: Serotonin–norepinephrine reuptake inhibitor (= Αναστολέας επαναπρόσληψης σεροτονίνης-νορεπινεφρίνης)

TCA: tricyclic antidepressants (= Τρικυκλικά Αντικαταθλιπτικά)

MAOI: Monoamine oxidase inhibitors (= Αναστολείς μονοαμινοξειδάσης)

PRISMA: Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta Analyses (= προτιμώμενα στοιχεία αναφοράς για συστηματικές κριτικές και μετα-αναλύσεις)

EUC: Enhanced Usual Care (= Ενισχυμένη Συνήθης Φροντίδα)

PSWQ: Penn-State Worry Questionnaire (= Ερωτηματολόγιο Ανησυχίας Penn-State)

GADSS: Generalized Anxiety Disorder Severity Scale (= Κλίμακα Σοβαρότητας Γενικευμένης Αγχώδους Διαταραχής)

GAD-7: Generalized Anxiety Disorder 7-item (= Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή 7 στοιχείων)

HAM-A: Hamilton Anxiety Rating Scale (= Κλίμακα Αξιολόγησης Άγχους Hamilton)

SIGH-A: Structured Interview Guide for the Hamilton Anxiety Scale (= Οδηγός Δομημένης Συνέντευξης για την Κλίμακα Άγχους Hamilton)

BAI: Beck Anxiety Inventory (= Απογραφή Άγχους Μπεκ)

BDI: Beck Depression Inventory (= Απογραφή Κατάθλιψης Μπεκ)

CIRS-G: Cumulative Illness Rating Scale-Geriatric (= Αθροιστική Κλίμακα Βαθμολόγησης Ασθενειών-Γηριατρική)

PSQI: Pittsburgh Sleep Quality Index (= Δείκτης Ποιότητας Ύπνου Πίτσμπουργκ)

QOLI: Quality of Life Inventory (= Απογραφή Ποιότητας Ζωής)

PHQ: Patient Health Questionnaire (= Ερωτηματολόγιο Υγείας Ασθενούς)

GAI: Geriatric Anxiety Inventory (= Απογραφή Γηριατρικού Άγχους)

GDS: Geriatric Depression Scale (= Κλίμακα Γηριατρικής Κατάθλιψης)

WHOQOL: World Health Organization quality of life assessment (= Αξιολόγηση Ποιότητας Ζωής του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας)

STAI: State-Trait Anxiety Inventory (= Καταγραφή Άγχους κατάστασης-χαρακτηριστικού)

ISI: Insomnia Severity Index (= Δείκτης Σοβαρότητας Αϋπνίας)

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

- | | |
|-------------------------------|-------|
| 1. Διάγραμμα ροής PRISMA..... | 39 |
| 2. Πίνακας Αποτελεσμάτων..... | 40-49 |

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Το άγχος είναι ένα από τα πιο κοινά ψυχικά προβλήματα που βιώνουν τα ηλικιωμένα άτομα. Οι αγχώδεις διαταραχές στη τρίτη ηλικία είναι αρκετά συχνές ωστόσο ,σε πολλές περιπτώσεις, παραμένουν αδιάγνωστες και αθεράπευτες. Η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή αποτελεί μια από τις πιο κοινές μορφές αγχωδών διαταραχών, με σημαντικές συνέπειες στη λειτουργικότητα και τη ποιότητα ζωής. Η γνωστική συμπεριφορική θεραπεία είναι μια θεραπευτική προσέγγιση που έχει υποστηριχθεί ότι βοηθάει στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων άγχους σε ηλικιωμένους με τη συγκεκριμένη μορφή ψυχικής διαταραχής.

Σκοπός: Η παρούσα συστηματική ανασκόπηση προσπάθησε να διερευνήσει τη χρήση της γνωστικής συμπεριφορικής θεραπείας στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της γενικευμένης αγχώδους διαταραχής σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας.

Μέθοδος: Για τη πραγματοποίηση της παρούσας συστηματικής ανασκόπησης, η αναζήτηση των πηγών έγινε στις βάσεις δεδομένων: PubMed, Scopus και PsychInfo. Οι λέξεις-κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν ήταν οι ακόλουθες: “Generalized Anxiety disorder”, AND “Cognitive Behavioral therapy”, AND “Elderly” OR “Older adults”. Ακολουθήθηκε το σύστημα PRISMA (προτιμώμενα στοιχεία αναφοράς για συστηματικές κριτικές και μετα-αναλύσεις) όσον αφορά τον καθορισμό των κριτηρίων ένταξης και αποκλεισμού άρθρων.

Στη τελική βιβλιογραφία συμπεριλήφθηκαν μελέτες που είχαν δημοσιευτεί τη τελευταία δεκαετία (2013-2023).

Αποτελέσματα: Τα αποτελέσματα των μελετών που αναζητήθηκαν (n= 9) έδειξαν ότι η γνωστική συμπεριφορική θεραπεία αποτελεί μια πολλά υποσχόμενη θεραπευτική παρέμβαση ως προς την αντιμετώπιση της σοβαρότητας της GAD, της ανησυχίας, του άγχους, της κατάθλιψης, της αυπνίας, της ποιότητας ζωής ψυχικής υγείας, καθώς και της γενικότερης ψυχολογικής υγείας σε ηλικιωμένα άτομα με γενικευμένη αγχώδη διαταραχή.

Συμπέρασμα: Η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή αποτελεί μια από τις πιο κοινές μορφές ψυχικών διαταραχών που παρουσιάζεται σε ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας με σημαντικές συνέπειες, τόσο στη λειτουργικότητα, όσο και στη ποιότητα ζωής, κυρίως ως προς τα συμπτώματα που εμφανίζουν καθ' όλη τη διάρκεια της νόσου. Παράλληλα, έχει παρατηρηθεί ότι η ψυχοθεραπευτική παρέμβαση που προσφέρει η γνωστική συμπεριφορική θεραπεία στους ηλικιωμένους πάσχοντες έχει ευεργετικά αποτελέσματα για τη μείωση των συμπτωμάτων του άγχους, αλλά και τη βελτίωση της ψυχικής τους κατάστασης.

Λέξεις-Κλειδιά: Άγχος, Αγχώδεις Διαταραχές, Γενικευμένη αγχώδης διαταραχή, Γνωστική Συμπεριφορική θεραπεία, ηλικιωμένοι.

ABSTRACT

Introduction: Anxiety is one of the most common mental problems experienced by older people. Anxiety disorders in the elderly are quite common, however, in many cases, they remain undiagnosed and incurable. Generalized anxiety disorder is one of the most common forms of anxiety disorders, with significant consequences on functioning and quality of life. Cognitive behavioral therapy is a treatment approach that has been shown to help manage anxiety symptoms in older adults with this form of mental disorder.

Aim: This systematic review sought to investigate the use of cognitive behavioral therapy in the treatment of symptoms of generalized anxiety disorder in older adults.

Method: To carry out the present systematic review, the sources were searched in the databases: PubMed, Scopus and PsychInfo. The keywords used were the following: "Generalized Anxiety disorder", AND "Cognitive Behavioral therapy", AND "Elderly" OR "Older adults" OR "late life". The PRISMA (Preferred References for Systematic Reviews and Meta-Analyses) system was followed in determining the inclusion and exclusion criteria of articles. The final bibliography included studies that had been published the last decade (2013-2023).

Results: The results of the studies searched (n= 9) showed that cognitive behavioral therapy is a promising therapeutic intervention in addressing GAD severity, worry, anxiety, depression, insomnia, mental health quality of life health, as well as the more general psychological health in elderly people with generalized anxiety disorder.

Conclusion: Generalized anxiety disorder is one of the most common forms of mental disorders that occurs in older adults with significant consequences, both in functionality and quality of life, mainly in terms of the symptoms that appear throughout the course of the disease . At the same time, it has been observed that the psychotherapeutic intervention offered by cognitive behavioral therapy to elderly patients has beneficial effects in reducing anxiety symptoms, as well as improving their mental state.

Key-Words: Anxiety, Anxiety Disorders, Generalized Anxiety Disorder, Cognitive Behavioral Therapy, Elderly.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τις τελευταίες δεκαετίες έχει παρατηρηθεί μια σημαντική αύξηση του αριθμού των ατόμων που ανήκουν στη τρίτη ηλικία. Αυτό συμβαίνει λόγω της γήρανσης του παγκόσμιου πληθυσμού. Οι άνθρωποι ζουν όλο και περισσότερα χρόνια, με αποτέλεσμα την αύξηση του πληθυσμού της συγκεκριμένης ηλικιακής ομάδας (United Nations, 2019). Η γήρανση του πληθυσμού είναι μια μη αναστρέψιμη παγκόσμια τάση, το αναπόφευκτο αποτέλεσμα της δημογραφικής μετάβασης, δηλαδή η τάση που κυριαρχεί τις τελευταίες δεκαετίες για μεγαλύτερη ζωή (προσδόκιμο) και μικρότερες οικογένειες (υπογεννητικότητα) (Wilmoth et al., 2023). Ως εκ τούτου, τα ηλικιωμένα άτομα θεωρούνται ως μια από τις ταχύτερες διευρυμένες ηλικιακές ομάδες, με προβλέψεις να κάνουν λόγο για περαιτέρω επιτάχυνση της γήρανσης στο μέλλον ,ενώ παράλληλα αναμένεται να προκαλέσει σημαντικές επιπτώσεις σε πολλούς τομείς της ανθρώπινης ζωής, μακροπρόθεσμα (Πάσχος et al., 2016).

Ένα ηλικιωμένο άτομο ,μέσα από βιολογικές διαδικασίες και περιβαλλοντικές αλλαγές, εισέρχεται βαθμιαία στη περίοδο του γήρατος το οποίο χαρακτηρίζεται από εκπτωτική πορεία, με μείωση της ικανότητας ανάπλασης και κυτταρικής διαίρεσης, με αποτέλεσμα να οδηγείται στη φθορά και ,εν τέλει, στο θάνατο (Λύκουρας et al., 2011). Η γήρανση είναι ένα φυσιολογικό φαινόμενο που οδηγεί σε μείωση της λειτουργίας του οργανισμού και συνδέεται με πολλαπλές σωματικές, φυσιολογικές και ψυχολογικές επιπτώσεις (Kanasi et al., 2016).

Το άγχος είναι μια από τις πιο κοινές ψυχικές διαταραχές που επηρεάζουν εκατομμύρια ανθρώπους σε όλο τον κόσμο. Είναι ένα συναίσθημα που χαρακτηρίζεται από μια δυσάρεστη κατάσταση εσωτερικής αναταραχής και περιλαμβάνει αισθήματα φόβου, τρόμου, αγωνίας, ανησυχίας και ανασφάλειας για αναμενόμενα γεγονότα. Το άγχος ,όμως, μπορεί να γίνει εξουθενωτικό και να επηρεάσει την ικανότητα του ατόμου να λειτουργεί στη καθημερινή του ζωή (Chand & Marwaha, 2022). Οι αγχώδεις διαταραχές αποτελούν ένα από τα πιο συχνά ψυχικά προβλήματα της σύγχρονης εποχής (Shri, 2010). Αναπτύσσονται σε οποιαδήποτε φάση της ζωής του ανθρώπου. Συνήθως ,όμως, η ηλικία έναρξης τους συμβαίνει κατά τη παιδική και ενήλικη ζωή, ενώ θεωρείται σπάνια η όψιμη έναρξη της (Barton et al., 2014). Αν και οι αγχώδεις διαταραχές απαντώνται λιγότερο συχνά στους ηλικιωμένους σε σχέση με τους νεότερους ενήλικες, ωστόσο αποτελούν συχνές καταστάσεις κατά τη διάρκεια της τρίτης

ηλικίας με τους ηλικιωμένους να απασχολούν ,με μεγάλη συχνότητα, τις ιατρικές υπηρεσίες για συμπτώματα άγχους (Λύκουρας et al., 2011).

Η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή αποτελεί μια από τις πιο κοινές μορφές αγχώδων διαταραχών σε ηλικιωμένα άτομα. Χαρακτηρίζεται από υπερβολική, επιμονή και μη ρεαλιστική ανησυχία η οποία επηρεάζει ,σε σημαντικό βαθμό, την καθημερινότητα του ατόμου (Munir & Takon, 2022). Έχει αναφερθεί ότι το 1,2-7,3% των ηλικιωμένων ασθενών πάσχει από τη συγκεκριμένη διαταραχή, με τις γυναίκες να έχουν υψηλότερο κίνδυνο για την εμφάνιση της, σε σύγκριση με τους άνδρες (Barton et al., 2014).

Τέλος, η γνωστική συμπεριφορική θεραπεία (CBT) είναι μια σημαντική ψυχοθεραπευτική και ψυχοκοινωνική παρέμβαση, η οποία χρησιμοποιείται για την αντιμετώπιση διαφόρων ψυχικών καταστάσεων. Είναι μια βραχυπρόθεσμη ψυχοθεραπευτική προσέγγιση που έχει σχεδιαστεί για να τροποποιήσει τις δυσλειτουργικές σκέψεις, συναισθήματα και συμπεριφορές ενός ατόμου για ένα γεγονός ή μια κατάσταση που βιώνει στη ζωή του, με αποτέλεσμα να επηρεάζει θετικά τη διάθεση και τη συμπεριφορά του, ενώ παράλληλα κλονίζει τη δυσλειτουργική σκέψη. Η CBT έχει υποστηριχθεί ότι βοηθάει στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων άγχους σε ηλικιωμένα άτομα με τη συγκεκριμένη μορφή ψυχικής διαταραχής (Bhattacharya et al., 2013).

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 1: Τρίτη ηλικία και Γήρανση

1.1 Προσεγγίζοντας την έννοια της Τρίτης ηλικίας

Τα τελευταία χρόνια έχει παρατηρηθεί μια σημαντική αύξηση, τόσο του ενδιαφέροντος, όσο και της βιβλιογραφικής έρευνας όσον αφορά τα άτομα που ανήκουν στη τρίτη ηλικία. Αυτό συμβαίνει λόγω της γήρανσης του παγκόσμιου πληθυσμού. Οι άνθρωποι ζουν όλο και περισσότερα χρόνια με αποτέλεσμα την αύξηση του πληθυσμού της συγκεκριμένης ηλικιακής ομάδας. Κάθε χώρα βιώνει αύξηση στον αριθμό και το ποσοστό των ηλικιωμένων. Ο ρυθμός γήρανσης είναι πιο γρήγορος από ότι στο παρελθόν (United Nations, 2019). Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO) μέχρι το 2030, 1 στους 6 ανθρώπους σε όλο τον κόσμο θα είναι ηλικίας 60 ετών και άνω (1,4 δισεκατομμύρια), ενώ μέχρι το 2050 ο αριθμός αυτός αναμένεται να φτάσει ή ακόμα και να ξεπεράσει τους 2 δισ. (World Health Organization, 2022).

Πολλοί ερευνητές έχουν προσπαθήσει ,κατά καιρούς, να δώσουν έναν ακριβή και πειστικό ορισμό για την έννοια της τρίτης ηλικίας. Αυτό συμβαίνει διότι η παραπάνω έννοια είναι ευρεία, υποκειμενική, πολύπλοκη και πολυσήμαντη (Orimo et al., 2006).

1. Ο Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών ορίζει τη τρίτη ηλικία για τα άτομα που είναι άνω των 60 ή 65 ετών (Scherbov & Sanderson, 2019). Το όριο έναρξης της έχει καθοριστεί στα 65 έτη, καθώς θεωρείται η διαχωριστική γραμμή μεταξύ μέσης και μεγαλύτερης ηλικίας. Εκτός των άλλων, σε αυτή τη φάση της ζωής του ατόμου αρχίζουν να εμφανίζονται διάφορα σωματικά, ψυχολογικά, νοητικά και λειτουργικά σημάδια της γήρανσης, τα οποία χαρακτηρίζονται από φθορά και παρακμή. Επιπροσθέτως, κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου υπάρχει μια σταδιακή τάση των ηλικιωμένων να συνταξιοδοτούνται, το οποίο αυτόματα σηματοδοτεί την αρχή της τρίτης ηλικίας (Desousa, 2014). Ο ορισμός που δόθηκε προηγουμένως από τον Οργανισμό Ηνωμένων

Εθνών εκφράζει τη χρονολογική διάσταση της έννοιας της τρίτης ηλικίας (Αβεντισιάν-Παγοροπούλου, 2019).

2. Από την άλλη, η βιολογική ηλικία αναφέρεται στη λειτουργική κατάσταση του οργανισμού του ανθρώπου, η οποία καθορίζεται από συγκεκριμένες μετρήσεις του σώματος (π.χ. φυσική αντοχή, δύναμη, ταχύτητα, αισθήσεις). Η βιολογική ηλικία σηματοδοτεί τη φθορά των οργανικών συστημάτων, με τη πάροδο του χρόνου.
3. Η Ψυχολογική ηλικία αναφέρεται στις νοητικές λειτουργίες (π.χ. μνήμη, δημιουργικότητα), αλλά και σε στάσεις που έχει υιοθετήσει ο ηλικιωμένος απέναντι σε θέματα της τρέχουσας πραγματικότητας.
4. Η Κοινωνική ηλικία τονίζει τις κοινωνικές προσδοκίες των ηλικιωμένων ατόμων, με τους κοινωνικούς ρόλους και τις δραστηριότητες στις οποίες αναμένεται να εμπλακούν.
5. Τέλος, η Ιατρική διάσταση της έννοιας της τρίτης ηλικίας επισημαίνει τη γενική κατάσταση της υγείας του ατόμου (π.χ. ασθένειες, συννοσηρότητα).

Οι 5 παραπάνω διαστάσεις καθορίζουν τις ηλικιακές νόρμες (Αβεντισιάν-Παγοροπούλου, 2019).

Πολλές μελέτες έχουν διεξαχθεί τα τελευταία χρόνια για να εξηγήσουν τη ραγδαία αύξηση του πληθυσμού των ηλικιωμένων. Μια από αυτές θεωρείται πως είναι: 1) η αύξηση του προσδόκιμου ζωής. Το προσδόκιμο ζωής αναφέρεται στο σύνολο των ετών που αναμένεται να ζήσει ένα άτομο από ένα συγκεκριμένο σημείο εκκίνησης. Ωστόσο, το προσδόκιμο ζωής μπορεί να αλλάξει, καθώς μεγαλώνουμε ή όταν αντιμετωπίζουμε προκλήσεις στη καθημερινότητα μας. Το προσδόκιμο ζωής άλλαξε, όχι όμως και το μέγιστο. Οι παράγοντες που επηρεάζουν το προσδόκιμο ζωής ενός ατόμου περιλαμβάνουν: τη γενετική σύνθεση, τον τρόπο ζωής, το περιβάλλον στο οποίο ζει, αλλά και την υγειονομική περίθαλψη που λαμβάνει (Jabbar, 2021). Τις τελευταίες δεκαετίες το προσδόκιμο ζωής διπλασιάστηκε στις περισσότερες ανεπτυγμένες χώρες του κόσμου και για τα δύο φύλα (στους άνδρες στα 70 και στις γυναίκες στα 76 έτη) (Αβεντισιάν-Παγοροπούλου, 2019). Οι λόγοι της αύξησης αυτής οφείλονται στη καλύτερη ποιότητα φαγητού και νερού, στη παροχή στέγασης, στην εκπαίδευση (ενημέρωση), στον τρόπο ζωής (π.χ. διατροφή, άσκηση), στην ανοσοποίηση έναντι μολυσματικών ασθενειών (π.χ. εμβόλια), στη χρήση των αντιμικροβιακών φαρμάκων, αλλά και στη βελτίωση της ιατρικής περίθαλψης (Partridge et al., 2018) 2) Η μείωση των ποσοστών γονιμότητας αποτελεί έναν άλλο λόγο για τη γήρανση του παγκόσμιου πληθυσμού. Τα τελευταία 70 χρόνια έχει παρατηρηθεί μια σημαντική μείωση στα ποσοστά των γεννήσεων (κατά 50%). Αυτό οφείλεται σε διάφορους παράγοντες όπως: στην ενδυνάμωση της γυναίκας στο κοινωνικό και οικονομικό περιβάλλον (π.χ. εργασιακός χώρος), στη καλύτερη παροχή εκπαίδευσης, στη μείωση των ποσοστών θνησιμότητας, αλλά και στο αυξημένο κόστος για την ανατροφή ενός παιδιού (Λύκουρας et al., 2011). Επίσης, ένας άλλος λόγος οφείλεται 3) στην επανάσταση της σύγχρονης ιατρικής επιστήμης που έλαβε χώρα στις αρχές του 20ου αι., μέσα από τη θεραπεία θανατηφόρων ασθενειών. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα τη μείωση των ποσοστών συννοσηρότητας και θνησιμότητας (Ismail et al., 2021). Εκτός των άλλων, 4) η μικρότερη έκθεση σε επιδημίες κατά την παιδική ηλικία, 5) η βελτίωση του τρόπου ζωής, 6) η μείωση των επαγγελματικών νοσημάτων και ατυχημάτων (π.χ. υγιεινή και ασφάλεια στον χώρο εργασίας), 7) η ανάπτυξη προγραμμάτων κοινωνικής πρόνοιας και ασφάλισης, καθώς και 8) η βελτίωση στο επίπεδο εκπαίδευσης, είχαν ως αποτέλεσμα την ταχύτερη αύξηση του

πληθυσμού των ηλικιωμένων ατόμων, ενώ ταυτόχρονα οδήγησε ,ολοένα και περισσότερους ανθρώπους, να φτάσουν σε βαθύ γήρας (Wold, 2013).

1.2 Επιδημιολογικά στοιχεία της Τρίτης ηλικίας

Η γήρανση του πληθυσμού αποτελεί ένα παγκόσμιο φαινόμενο το οποίο έχει επηρεάσει όλες τις χώρες του κόσμου (Diaconu, 2015). Ο WHO ανέφερε το 2021 ότι 1 στα 10 άτομα του παγκόσμιου πληθυσμού αποτελούνταν από ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας, το οποίο αντιστοιχούσε σε 1 δισ. ηλικιωμένους ανά τον κόσμο, με τον αριθμό αυτό να φτάνει ή να ξεπερνάει τα 2,1 δισ. (1/6 του παγκόσμιου πληθυσμού) έως το 2050. Ο ρυθμός της γήρανσης προβλέπεται να αυξηθεί κατά 10% (δηλ. από 12% το 2020, σε 22% μέχρι το 2050). Εκτός των άλλων, μέχρι το 2050 το 80% των ηλικιωμένων (2/3) αναμένεται να ζει σε χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος (World Health Organization, 2022), με τον μεγαλύτερο πληθυσμό να συγκεντρώνεται στις Ασιατικές χώρες, όπως στην Ιαπωνία, τη Κορέα και τη Σιγκαπούρη (He et al., 2016). Όσον αφορά την Ευρωπαϊκή Ένωση, σύμφωνα με την ευρωπαϊκή στατιστική υπηρεσία, το 2019 ο ηλικιωμένος πληθυσμός ανέρχονταν σε 90,5 εκατομμύρια άτομα, ενώ μέχρι το 2050 ο αριθμός αυτός αναμένεται να φτάσει τα 129,8 εκατ. (Eurostat, 2020). Τα μεγαλύτερα ποσοστά των ηλικιωμένων στην Ευρώπη κατέχουν: 1) η Ιταλία (23,8%), 2) η Πορτογαλία (23,7%), 3) η Φιλανδία (23,1%), 4) η Ελλάδα (22,7%) και η Κροατία (22,5%). Από την άλλη, η Ιρλανδία (19,7%), η Σουηδία (17,6%) και η Γαλλία (17,5%) αποτελούν τις χώρες με τον χαμηλότερο αριθμό ηλικιωμένων ατόμων (Eurostat, 2023).

1.3 Η Γήρανση και τα χαρακτηριστικά της γνωρίσματα

Το γήρας ή γήρανση ή τα γηρατειά είναι το ηλικιακό στάδιο όλων των μορφών ζωής που χαρακτηρίζεται από σταδιακή επιδείνωση της φυσιολογικής τους λειτουργίας (Wold, 2013). Είναι μια φυσιολογική διαδικασία που ξεκινάει από την ενδομήτρια ζωή και συνεχίζεται μέχρι το θάνατο του ανθρώπου. Προκαλείται από μη αναστρέψιμο εκφυλισμό των κυττάρων και των συστατικών του οργανισμού (Unal & Ozdemir, 2019), με αποτέλεσμα την έλευση και

εγκαθίδρυση διαφόρων ασθενειών (Αβεντισιάν-Παγοροπούλου, 2019). Ένα ηλικιωμένο άτομο, μέσα από βιολογικές διαδικασίες και περιβαλλοντικές αλλαγές, εισέρχεται βαθμιαία στη περίοδο του γήρατος, το οποίο χαρακτηρίζεται από εκπτώτικη πορεία, με μείωση της ικανότητας ανάπλασης και κυτταρικής διαίρεσης (Λύκουρας et al., 2011). Κατά συνέπεια, η γήρανση είναι ένα φυσιολογικό φαινόμενο που οδηγεί σε μείωση της λειτουργίας του οργανισμού σε ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας και συνδέεται με πολλαπλές σωματικές, φυσιολογικές και ψυχολογικές επιπτώσεις που εμποδίζουν την επίτευξη μιας υγιούς γήρανσης (Kanasi et al., 2016).

Οι αλλαγές που συμβαίνουν κατά τη διάρκεια της ζωής ενός ηλικιωμένου ατόμου δεν είναι απαραίτητα επιβλαβείς, όπως οι ρυτίδες, το γκριζάρισμα των μαλλιών, και γενικά ότι δεν επηρεάζει τη βιωσιμότητα του. Βέβαια, δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι η γήρανση αποτελεί μέρος της εξέλιξης του είδους. Είναι μια φυσική διαδικασία στη ζωή του ανθρώπου, ως μέρος του κύκλου της ζωής του. Ωστόσο, εκτός από το θετικό στοιχείο της, η γήρανση περιλαμβάνεται και το αρνητικό κομμάτι της φθοράς, της ασθένειας και του θανάτου.

Παρόλα αυτά, η γήρανση δεν αποτελεί αναπόφευκτο κομμάτι του οργανισμού, αλλά μπορεί να καθυστερήσει. Δηλαδή είναι μια αναστρέψιμη κατάσταση, η οποία μπορεί να παρατείνει τη ζωή των ηλικιωμένων ατόμων (da Costa et al., 2016). Η γήρανση μπορεί να αντιμετωπιστεί μέσω:

- της βελτίωσης της ποιότητας ζωής,
- τη παροχή ευημερίας,
- και την υιοθέτηση ενός υγιεινού τρόπου ζωής (π.χ. διατροφή, τακτική άσκηση, αποφυγή καπνίσματος και κατανάλωσης αλκοόλ, καλύτερος ύπνος) (Jabbar, 2021).

Εκτός των άλλων, τα τελευταία χρόνια έχουν προταθεί ορισμένες άλλες εναλλακτικές και συμπληρωματικές θεραπείες για την αντιστροφή της διαδικασίας της γήρανσης, συμπεριλαμβανομένης:

- της αντιοξειδωτικής θεραπείας (μέθοδος εξουδετέρωσης ελευθέρων ριζών, μέσα από μια σειρά βιταμινών και μετάλλων),
- της ορμονικής θεραπείας (αντικατάσταση της μείωσης ορμονών λόγω γήρανσης. Περιλαμβάνει τα οιστρογόνα, τη τεστοστερόνη και τη μελατονίνη),
- και τη χρήση διαφόρων συμπληρωμάτων διατροφής (που αντικαθιστούν και βελτιώνουν τη διατροφική κατάσταση του ατόμου) (Wold, 2013).

Όλα τα παραπάνω συμβάλλουν στην προαγωγή υγείας, την πρόληψη και αποτελεσματική θεραπεία των ασθενειών και καταστάσεων που προκαλούνται στα ηλικιωμένα άτομα, μέσω της γήρανσης (Wilmoth et al., 2023).

Κεφάλαιο 2: Άγχος και Αγχώδεις διαταραχές

2.1 Τι εννοούμε όταν λέμε Άγχος

Το περιβάλλον στο οποίο ζούμε περιλαμβάνει διάφορες προκλήσεις. Ο ανθρώπινος οργανισμός διαθέτει αποτελεσματικούς μηχανισμούς για να αντιμετωπίζει το καθημερινό στρες, λόγω των προκλήσεων αυτών. Ωστόσο, μερικές φορές, οι προσαρμοστικοί μηχανισμοί μπορεί να υπερενεργοποιηθούν και να γίνουν δυσπροσαρμοστικοί, με αποτέλεσμα να οδηγούμαστε στο άγχος (Shri, 2010).

Το άγχος είναι μια από τις πιο κοινές ψυχικές διαταραχές που επηρεάζουν εκατομμύρια ανθρώπους σε όλο τον κόσμο. Είναι ένα συναίσθημα που χαρακτηρίζεται από μια δυσάρεστη κατάσταση εσωτερικής αναταραχής και περιλαμβάνει αισθήματα φόβου, τρόμου, αγωνίας, ανησυχίας και ανασφάλειας για αναμενόμενα γεγονότα. Το άγχος, όμως, μπορεί να γίνει εξουθενωτικό και να επηρεάσει την ικανότητα του ατόμου να λειτουργεί στη καθημερινή του ζωή (Chand & Marwaha, 2022). Το άγχος προέρχεται από το ρήμα << άγχω >> που σημαίνει σφίγω, πνίγω, στραγγαλίζω. Δηλαδή, θέλει να δηλώσει το ψυχικό σφίξιμο και πνιγμό, την αγωνία, τον φόβο και την καταπίεση για ένα γεγονός ή μια κατάσταση (Tsitsigkos, 2021). Το Λεξικό της Ψυχολογίας αναφέρει το άγχος ως: << μια κατάσταση αγωνίας, ανησυχίας και αβεβαιότητας, που συνοδεύεται από αίσθηση επικείμενου κινδύνου. Σχετίζεται με τον φόβο, αλλά το αντικείμενο του άγχους είναι λιγότερο συγκεκριμένο από εκείνο του φόβου >> (Χουντουμάδη & Πατεράκη, 2008).

Το άγχος δεν θα πρέπει να συγχέεται με τον φόβο. Οι 2 αυτές καταστάσεις, αν και αλληλεπικαλύπτονται μεταξύ τους, διαφέρουν ως προς τα εξής: ο φόβος είναι η συναισθηματική αντίδραση (απάντηση) σε μια πραγματική ή αντιληπτή επικείμενη απειλή, ενώ το άγχος είναι η πρόβλεψη (προσμονή) μιας μελλοντικής απειλής (American Psychiatric Association & Association, 2013). Επίσης, το άγχος δεν θα πρέπει να συγχέεται με το στρες. Και οι 2 αυτές καταστάσεις αποτελούν συναισθηματικές αντιδράσεις με παρόμοια συμπτώματα (π.χ. μυϊκή ένταση, ευερεθιστότητα, δυσκολία συγκέντρωσης, πεπτικά προβλήματα, ταχύτερος καρδιακός παλμός και αναπνοή, δυσκολία στον ύπνο), με τη διαφορά

να έγκειται στο ότι: το στρες προκαλείται από ένα εξωτερικό ερέθισμα, το οποίο είναι βραχυπρόθεσμο. Πυροδοτείται από οποιοδήποτε γεγονός που μας κάνει να νιώθουμε απογοήτευση ή νευρικότητα. Από την άλλη, το άγχος ορίζεται από επίμονες και υπερβολικές ανησυχίες. Είναι ένα αίσθημα φόβου, τρόμου και αγωνίας για ένα γεγονός ή μια κατάσταση που επηρεάζει, σε μεγάλο βαθμό, τη ζωή του ατόμου, ακόμη και αν δεν υπάρχει ένας συγκεκριμένος στρεσογόνος παράγοντας (American Psychological Association, 2022).

Το άγχος είναι ένα παγκόσμιο φαινόμενο που είναι συνυφασμένο με την ανθρώπινη ύπαρξη. Άγχος βιώνουν όλοι οι άνθρωποι ανεξαρτήτου φύλου, φυλής, ηλικίας, μόρφωσης, κοινωνικής και οικονομικής κατάστασης. Όμως το άγχος ποικίλλει ως προς τη μορφή και την έντασή της. Στην πραγματικότητα το άγχος είναι μια φυσιολογική αντίδραση στο στρες. Είναι ένας προσαρμοστικός μηχανισμός που προετοιμάζει τον άνθρωπο για να αντιμετωπίσει καινούργια ερεθίσματα, τον κινητοποιεί, ενώ παράλληλα προβλέπει τις δυνητικές επιπτώσεις των ερεθισμάτων αυτών. Ουσιαστικά το άγχος βοηθάει στη σωστή λειτουργία του οργανισμού ως απάντηση σε εσωτερικά και εξωτερικά ερεθίσματα, αλλά και τη λειτουργική προσαρμογή στις περιβαλλοντικές συνθήκες (Tsitsigkos, 2021).

Το άγχος, όμως, μπορεί να γίνει καταστροφικό όταν παρεμβαίνει στη καθημερινή ζωή του ανθρώπου. Τότε γίνεται παθολογικό. Το παθολογικό άγχος αποτελεί την υπερεκτίμηση της αντιληπτής απειλής ή την λανθασμένη εκτίμηση κινδύνου για ένα γεγονός ή μια κατάσταση (Chand & Marwaha, 2022). Χαρακτηρίζεται από μεγάλη νευρική ένταση ,χωρίς εμφανή εξωτερικά αίτια, και προκαλεί προβλήματα στον εσωτερικό ψυχικό κόσμο του ατόμου, με αποτέλεσμα να εμφανίζονται οι αγχώδεις διαταραχές (Tsitsigkos, 2021).

2.2 Γενικά χαρακτηριστικά των Αγχωδών διαταραχών

Οι αγχώδεις διαταραχές αποτελούν μία από τις πιο συχνές ψυχικές διαταραχές που προσβάλλουν εκατομμύρια ανθρώπους σε όλο τον κόσμο. Θεωρούνται ως ένα από τα πιο κοινά ψυχολογικά συμπτώματα και συναισθηματικά προβλήματα της σύγχρονης εποχής (Shri, 2010). Σύμφωνα με τη 5η έκδοση του διαγνωστικού και στατιστικού εγχειριδίου ψυχικών διαταραχών (DSM-5), οι αγχώδεις διαταραχές χαρακτηρίζονται από: << υπερβολικό φόβο, άγχος και σχετικές διαταραχές συμπεριφοράς >> (American Psychiatric Association & Association, 2013). Το Λεξικό Ψυχολογίας τις ορίζει ως: << το σύνολο των ψυχικών διαταραχών που χαρακτηρίζονται από χρόνια άγχος και υπερβολικούς φόβους και συνδυάζεται συνήθως από εφίδρωση, ταχυκαρδία, ναυτία αλλά και από σωματική και ψυχολογική ένταση >> (Χουντουμάδη & Πατεράκη, 2008). Το πιο κοινό χαρακτηριστικό τους είναι ότι ο φόβος και το άγχος επιμένουν για μεγάλο χρονικό διάστημα (6 μήνες ή περισσότερο). Οι αγχώδεις διαταραχές διαφέρουν μεταξύ τους ως προς τους τύπους αντικειμένων ή καταστάσεων που προκαλούν φόβο, άγχος ή συμπτώματα αποφυγής. Συγκεκριμένα, περιλαμβάνει:

1. τη διαταραχή άγχους Αποχωρισμού,

2. τη Γενικευμένη Αγχώδη Διαταραχή,
3. τη Κοινωνική Αγχώδη Διαταραχή,
4. τις ειδικές φοβίες,
5. τη διαταραχή Πανικού,
6. την Αγοραφοβία,
7. την επιλεκτική βωβότητα,
8. αλλά και τις αγχώδεις διαταραχές οφειλόμενες σε ιατρική κατάσταση (American Psychiatric Association & Association, 2013).

Στη 5η έκδοση του διαγνωστικού και στατιστικού εγχειριδίου ψυχικών διαταραχών, που κυκλοφόρησε το 2013, η Ιδιοψυχαναγκαστική διαταραχή (OCD), η διαταραχή μετατραυματικού στρες (PTSD), καθώς και η οξεία διαταραχή στρες διαχωρίστηκαν από τις άλλες αγχώδεις διαταραχές που αναφέρθηκαν προηγουμένως. Από την άλλη, η διαταραχή άγχους αποχωρισμού και η επιλεκτική βωβότητα προστέθηκαν στη νέα έκδοση του DSM και ταξινομούνται ,πλέον, ως αγχώδεις διαταραχές (και όχι ως διαταραχές πρώιμης έναρξης) (Barton et al., 2014).

Οι αγχώδεις διαταραχές έχουν μεγάλο επιπολασμό ως προς τις ψυχικές διαταραχές. Σύμφωνα με τον WHO το 2019, 300 εκατομμύρια άτομα (4% του παγκόσμιου πληθυσμού) έπασχαν από μια μορφή αγχώδους διαταραχής, με τις γυναίκες να επηρεάζονται περισσότερο σε σχέση με τους άνδρες (αναλογία 2:1, με 1,3-2,4 φορές μεγαλύτερη για τις γυναίκες). Εκτός των άλλων, έχει αναγνωρισθεί ότι μόνο το 1/4 του πληθυσμού που πάσχει από αγχώδεις διαταραχές λαμβάνει θεραπεία (27,6%) (World Health Organization, 2023). Επιπλέον, οι αγχώδεις διαταραχές αποτελούν την 9η αιτία εμφάνισης αναπηρίας, λόγω του υψηλού επιπολασμού, της χρονιότητας και της συννοσηρότητας με άλλες σωματικές και ψυχικές ασθένειες, ενώ οι δαπάνες υπολογίζονται σε 74 δισ. για τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Penninx et al., 2021).

Κατά συνέπεια, η μεγάλη αύξηση των κρουσμάτων των αγχωδών διαταραχών στο γενικό πληθυσμό έχει ως αποτέλεσμα, την αύξηση των ποσοστών αναπηρίας και θανάτου, τη μεγάλη κλινική επιβάρυνση στην εμφάνιση διαφόρων ασθενειών, τη δυσκολία πρόληψης, διάγνωσης και θεραπείας, αλλά και σοβαρές επιπτώσεις στο κοινωνικό και οικονομικό πεδίο (αύξηση στις κρατικές δαπάνες, οικονομική επιβάρυνση ως προς τα συστήματα υγείας, μεταβολές στους τομείς υγείας και ανθρώπινων σχέσεων) (Perrotta, 2019).

2.3 Άγχος και Αγχώδεις διαταραχές στη τρίτη ηλικία

Οι αγχώδεις διαταραχές αποτελούν μία από τις πιο κοινές ψυχοπαθολογικές εκδηλώσεις που επηρεάζουν τα άτομα όλων των ηλικιών. Αναπτύσσονται σε οποιαδήποτε φάση της ζωής του ανθρώπου. Συνήθως ,όμως, η ηλικία έναρξης τους συμβαίνει κατά την παιδική και ενήλικη ζωή, ενώ θεωρείται σπάνια η όσιμη έναρξη της (65+) (Barton et al., 2014),

με το ποσοστό αυτό να είναι κάτω του 1% , ενώ τη μεγαλύτερη πλειοψηφία καταλαμβάνουν οι ηλικίες των 45 ετών και κάτω (90%) και των 21 ετών και κάτω (75%)(Wolitzky-Taylor et al., 2010). Αν και οι αγχώδεις διαταραχές απαντώνται λιγότερο συχνά στους ηλικιωμένους σε σχέση με τους νεότερους ενήλικες, ωστόσο αποτελούν συχνές καταστάσεις κατά τη διάρκεια της τρίτης ηλικίας, με τους ηλικιωμένους να απασχολούν με μεγάλη συχνότητα τις ιατρικές υπηρεσίες για συμπτώματα άγχους (Λύκουρας et al., 2011).

Οι αλλαγές που συμβαίνουν στους ηλικιωμένους ,ως συνέπεια του άγχους, προκαλούν σημαντικές συναισθηματικές επιπτώσεις για τους ίδιους. Αυτό οφείλεται σε διάφορους λόγους:

- στην απομόνωση που βιώνουν λόγω των εμπειριών και πληγμάτων που έχουν υποστεί καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής τους (π χ. θάνατος αγαπημένων προσώπων, απομάκρυνση από την οικογένεια)
- ο μαρασμός στον οποίο έχουν περιέλθει λόγω της απομάκρυνσής τους από τον εργασιακό χώρο (π χ. υποχρεωτική συνταξιοδότηση), των χρόνιων ασθενειών που αντιμετωπίζουν και την εγκατάλειψη από τα συγγενικά τους πρόσωπα,
- η πλήρη καταπίεση που έχουν υποστεί, με τη μείωση της σωματικής και ψυχολογικής τους λειτουργίας
- και η αρνητική στάση που υπάρχει από την κοινωνία γι' αυτούς (Ageism) (Μαλικιώση-Λοϊζου, 2017)

Οι περισσότερες έρευνες που έχουν γίνει εκτιμούν ότι οι αγχώδεις διαταραχές στον ηλικιωμένο πληθυσμό κυμαίνονται από 3,2-14,2% (Barton et al., 2014; Wolitzky-Taylor et al., 2010). Μια μελέτη που διεξήχθη στις Ηνωμένες Πολιτείες ανέφερε ότι το 1/5 των ηλικιωμένων έπασχαν από ψυχικές διαταραχές, με το 11,4% να διαθέτει μια μορφή αγχώδους διαταραχής (Tampi et al., 2018). Όσον αφορά την Ευρωπαϊκή Ένωση, το 7-15,5% των ηλικιωμένων έχουν διαγνωστεί με αγχώδεις διαταραχές, με τον μέσο όρο να ανέρχεται στο 10,4% (Vasiliadis et al., 2020). Ως προς τη σχέση των 2 φύλων, όλες οι μελέτες κάνουν λόγο για ελαφριά υπεροχή του γυναικείου φύλου ως προς το ανδρικό. Ειδικότερα, μία έρευνα έδειξε ότι οι γυναίκες κατέχουν το 21,5% σε σχέση με τους άνδρες (17,1%) (Tampi et al., 2018). Μια ελληνική μελέτη που διεξήχθη σε 3 κέντρα ανοιχτής περίθαλψης ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η) της Λαμίας, έδειξε ότι από τα 57 άτομα που συμμετείχαν, οι γυναίκες (n=11) κατείχαν το 55,5% , ενώ οι άνδρες (n=46) το 38% . Ως εκ τούτου, το γυναικείο φύλο παρουσίασε υπεροχή ως προς τη σοβαρότητα της νόσου (Ρούπα et al., 2009). Εν τω μεταξύ, οι αγχώδεις διαταραχές αποτελούν την 9η αιτία αναπηρίας σε όλο τον κόσμο, με τον ανδρικό ηλικιωμένο πληθυσμό να προσβάλλεται ιδιαίτερα από αυτήν (71,2%), ενώ η αυτοκτονία ,λόγω της αναπηρίας, είναι 2 φορές μεγαλύτερη στους άνδρες από ότι στις γυναίκες (Vasiliadis et al., 2020).

Τα αίτια της εμφάνισης των αγχωδών διαταραχών στον ηλικιωμένο πληθυσμό δεν έχουν αποσαφηνιστεί πλήρως. Πιστεύεται πως οφείλεται σε συνδυασμό: βιολογικών (δηλ. γενετικών, π χ. γονίδια που σχετίζονται με την αντίδραση του οργανισμού στο στρες), κλινικών (π.χ. παρουσία ψυχολογικών συμπτωμάτων, μείωση γνωστικών παραγόντων, συννοσηρότητα) και ψυχοκοινωνικών παραγόντων (έκθεση σε ψυχοτραυματικά γεγονότα από την παιδική ηλικία, πένθος, συνταξιοδότηση) (Λύκουρας et al., 2011). Μελέτες λειτουργικής απεικόνισης έχουν δείξει ότι η εμφάνιση αγχωδών διαταραχών σχετίζεται με την ενεργοποίηση ορισμένων εγκεφαλικών κυκλωμάτων, ως απάντηση σε συναισθηματικά ερεθίσματα, αλλά και οι λειτουργικές μεταβολές των γονιδίων που εμπλέκονται σε

στρεσογόνους παράγοντες. Περιλαμβάνει: τον ιππόκαμπο (εντοπισμός απειλητικών για τη ζωή ή τραυματικών γεγονότων στη μνήμη), την αμυγδαλή (σύστημα προειδοποίησης για επικείμενη απειλή και ενεργοποίηση νευρικών συστημάτων για τη δημιουργία των συναισθημάτων), αλλά και τον άξονα του υποθαλάμου-υπόφυσης-επινεφριδίου (HPA) που εμπλέκεται στη δημιουργία συναισθημάτων φόβου και άγχους, όπου η μεγάλη δραστηριότητά της προκαλεί αρνητικές συναισθηματικές αντιδράσεις, ενώ η μείωσή της είναι επιρρεπείς σε στρεσογόνους παράγοντες. Οι κύριοι νευροδιαβιβαστές που εμπλέκονται στις αγχώδεις διαταραχές περιλαμβάνουν: την σεροτονίνη, την ντοπαμίνη, την νοραδρεναλίνη, αλλά και το Γάμμα-Αμινοβουτυρικό Οξύ (GABA), τα οποία επηρεάζουν τη μνήμη και τις εκτελεστικές λειτουργίες του ηλικιωμένου ατόμου (Barton et al., 2014; Tamprí et al., 2018).

Η κλινική συμπτωματολογία που εμφανίζουν οι ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας παρουσιάζει διακυμάνσεις, που οφείλονται στην αλληλεπίδραση της ιατρικής συννοσηρότητας, της πολυφαρμακίας, καθώς και στις λειτουργικές αλλαγές που συμβαίνουν κατά τη διάρκεια της γήρανσης (Wolitzky-Taylor et al., 2010). Τα κυριότερα ψυχολογικά συμπτώματα που εμφανίζονται στους ηλικιωμένους είναι μεταξύ άλλων: η αίσθηση ανησυχίας, τρόμος και φόβου, οι αλλαγές στη γνωστική λειτουργία, η δυσκολία συγκέντρωσης, οι αλλαγές στη ρύθμιση του ύπνου (αυπνία), η κούραση, η ευερεθιστότητα, οι αλλαγές στην όρεξη, ο πόνος στο στήθος, η ταχυκαρδία και η δυσκολία στην αναπνοή (Yarze & Rounds, 2021).

Η κατάθλιψη αποτελεί την πιο κοινή συννοσηρή σχέση με τις αγχώδεις διαταραχές. Το άγχος εξελίσσεται σε κατάθλιψη, όπως και το αντίστροφο. Οι 2 παραπάνω διαταραχές παρουσιάζουν κοινά συμπτώματα (π.χ. ανησυχία, ευερεθιστότητα, κόπωση). Μεταξύ των ηλικιωμένων με αγχώδεις διαταραχές, το 13-23% πληρούσαν τα κριτήρια για μείζονα κατάθλιψη (MDD) και το 26,1-29,4% για κάθε καταθλιπτική διαταραχή, με τους μισούς με κατάθλιψη να παρουσιάζουν από μια αγχώδη διαταραχή (47-50%) (Barton et al., 2014). Μια άλλη σύνδεση που έχει παρατηρηθεί, αφορά τις νευρογνωστικές διαταραχές. Η μεγάλη ηλικία και το άγχος αποτελούν τους ισχυρότερους προγνωστικούς παράγοντες για την εμφάνιση άνοιας και αλτσχάϊμερ. Υπολογίζεται ότι 5-8 ηλικιωμένα άτομα στα 100 πάσχουν από μια γνωστική διαταραχή. Η ομοιότητα που παρατηρείται μεταξύ των δύο διαταραχών (π.χ. κόπωση, ανησυχία, διέγερση, τρόμος, διαταραχές ύπνου) καθιστούν δύσκολη τη διάγνωσή της, με αρνητικές συνέπειες στη σωματική και ψυχολογική κατάσταση του ατόμου, όπως επίσης και στη ποιότητα ζωής του (Beaudreau et al., 2020). Μια μελέτη που έγινε στο Μεξικό έδειξε ότι όσοι ηλικιωμένοι πάσχουν από αγχώδεις διαταραχές, έχουν τριπλάσια πιθανότητα να εμφανίσουν άνοια (17-25%) (Yarze & Rounds, 2021), ενώ μια άλλη μελέτη συμπέρανε ότι μεταξύ των 2 διαταραχών υπάρχει φτωχότερη γνωστική λειτουργία, ενώ η ήπια γνωστική έκπτωση συνδέθηκε με 4 φορές αυξημένη πιθανότητα για αγχώδεις διαταραχές σε σχέση με εκείνους που δεν έπασχαν (5-21% .). Επίσης, το άγχος της όψιμης ηλικίας έχει συνδεθεί με ορισμένες ιατρικές παθήσεις, με αποτέλεσμα να υπάρχει μεγαλύτερη αναπηρία, φτωχότερη ποιότητα ζωής, αλλά και σημαντικές προκλήσεις για τα συστήματα υγείας. Το 80-86% των ηλικιωμένων με αγχώδεις διαταραχές πάσχουν από μια χρόνια πάθηση, με το ποσοστό αυτό είναι άνω των 40% ,όταν συνδυάζεται με αναπηρία (Wolitzky-Taylor et al., 2010).

Οι αγχώδεις διαταραχές στη τρίτη ηλικία ,συνήθως, υποδιαγιγνώσκονται και υποθεραπεύονται. Η διάγνωσή της είναι δύσκολη λόγω της συννοσηρότητας με άλλες ιατρικές και ψυχικές καταστάσεις. Οι ηλικιωμένοι παρουσιάζουν μη ειδικά συμπτώματα (π.χ. κούραση,

αλλαγές στην ποιότητα και ποσότητα του ύπνου) κατά τη παρουσία ψυχικών διαταραχών, με αποτέλεσμα να τα αποδίδουν σε ιατρικές παθήσεις και ,ως εκ τούτου, να μη ζητάνε τη βοήθεια των ειδικών ψυχικής υγείας. Επιπλέον, η λήψη αρκετών φαρμάκων για τη διαχείριση συνυπαρχουσών ιατρικών και ψυχολογικών παθήσεων, μπορεί να οδηγήσει σε ανεπιθύμητες συνέπειες για τον οργανισμό του ατόμου (π.χ. εξάρτηση) (Barton et al., 2014).

Τα τελευταία χρόνια, αρκετές επιστημονικές μελέτες έχουν πραγματοποιηθεί για την αναζήτηση θεραπειών ,ως προς τις αγχώδεις διαταραχές, για τους ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας. Οι κύριες επιλογές που χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων άγχους περιλαμβάνουν: τη Ψυχοθεραπεία και τη Φαρμακοθεραπεία.

1. Η Γνωστική Συμπεριφορική Θεραπεία (CBT) αποτελεί την πιο κοινή ψυχοθεραπευτική παρέμβαση για την αντιμετώπιση των αγχωδών διαταραχών σε ηλικιωμένα άτομα. Η CBT στοχεύει στην τροποποίηση των δυσπροσαρμοστικών γνωστικών λειτουργιών και συμπεριφορών (δηλαδή στην αλλαγή του τρόπου σκέψης και αντίληψης για ένα γεγονός ή μια κατάσταση) (Λύκουρας et al., 2011).
2. Μια άλλη ψυχοθεραπευτική παρέμβαση που χρησιμοποιείται συχνά σε ηλικιωμένους είναι η Υποστηρικτική-Συμβουλευτική Ψυχολογία, η οποία υποστηρίζει τους υγιείς μηχανισμούς άμυνας του ανθρώπου, ενώ ταυτόχρονα παρέχει συμβουλές βοήθειας στην αποδοχή και την καλύτερη αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών. Αυτή η μέθοδος περιλαμβάνει: τη δυαδική σχέση, την ομαδική, την οικογενειακή ή συντροφική και την εργασιακή συμβουλευτική (Μαλικιώση-Λοΐζου, 2017).
3. Τέλος, η Βραχεία Ψυχοδυναμική Ψυχοθεραπεία χρησιμοποιείται σε ηλικιωμένα άτομα με συμπτώματα άγχους στο πλαίσιο μιας αγχώδους διαταραχής. Η μέθοδος αυτή αμβλύνει τα συναισθήματα άγχους που πυροδοτούνται από τη τρέχουσα πραγματικότητα (Λύκουρας et al., 2011).

Από την άλλη, οι Φαρμακολογικές θεραπείες έχουν ως κύριο στόχο την αντιμετώπιση της συμπτωματολογίας του άγχους, τη βελτίωση της ποιότητας ζωής, αλλά και την ενεργό παραμονή του ηλικιωμένου στην κοινότητα.

1. Οι εκτελεστικοί αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (SSRI) και της νορεπινεφρίνης (SNRI) αποτελούν αντικαταθλιπτικά φάρμακα πρώτης γραμμής για την αντιμετώπιση διαφόρων ψυχικών διαταραχών. Χρησιμοποιούνται συχνότερα λόγω της ανοχής, της ασφάλειας και της μεγαλύτερης αποτελεσματικότητάς τους.
2. Τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά (TCA) και οι αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης (MAO) ,αν και είναι αποτελεσματικές, δεν θεωρούνται φάρμακα πρώτης επιλογής λόγω των παρενεργειών που προκαλούν, κυρίως στο καρδιαγγειακό σύστημα (π.χ. υπέρταση), αλλά και σε ζητήματα ασφάλειας.
3. Η μιρταζαπίνη δεν έχει μελετηθεί επαρκώς για να εξαχθούν τα απαραίτητα συμπεράσματα ως προς τη δράση της σε ηλικιωμένα άτομα (Crococo et al., 2017).
4. Η χρήση των βενζοδιαζεπινών είναι αρκετά συχνή σε όλες τις ηλικιακές ομάδες. Ωστόσο ενέχουν κινδύνους στη γνωστική λειτουργία του ασθενούς (π.χ. σύγχυση, αδυναμία ζαλάδα και συγκοπή), αυξάνει την πιθανότητα πτώσεων, προκαλεί

εξαρτήσεις, ενώ παράλληλα ενδέχεται να προκαλέσει την εμφάνιση διαφόρων νευρογνωστικών διαταραχών (π.χ. άνοια, αλτσχάιμερ) (Yarze & Rounds, 2021).

5. Τέλος, τα άτυπα αντιψυχωσικά συνταγογραφούνται αρκετά συχνά για τη θεραπεία των ψυχικών διαταραχών. Ωστόσο, προκαλούν σημαντικές παρενέργειες στη γνωστική λειτουργία, ενώ μπορεί να οδηγήσουν ακόμη και στο θάνατο (Crocco et al., 2017).

Κεφάλαιο 3: Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή

3.1 Γενικά Χαρακτηριστικά

Η Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή (GAD) αποτελεί μια από τις πιο κοινές μορφές αγχώδων διαταραχών που επηρεάζουν τα άτομα όλων των ηλικιών. Χαρακτηρίζεται από υπερβολική, επιμονή και μη ρεαλιστική ανησυχία η οποία επηρεάζει, σε σημαντικό βαθμό, τη καθημερινότητα του ατόμου (Munir & Takon, 2022). Το Λεξικό της Ψυχολογίας την ορίζει ως: << μια μορφή αγχώδους διαταραχής που χαρακτηρίζεται από διάχυτο άγχος, ανησυχία, δυσκολία συγκέντρωσης, πολλαπλά σωματικά ενοχλήματα και, σχεδόν, μόνιμο συναίσθημα φόβου και έντασης που δεν μπορεί να αποδοθεί άμεσα σε συγκεκριμένο αίτιο >> (Χουντουμάδη & Πατεράκη, 2008). Τα άτομα με GAD δυσκολεύονται να ελέγξουν και να διατηρήσουν τις ανησυχιακές του σκέψεις (υπερβολική ανησυχία), με αποτέλεσμα να παρεμβαίνει σε διάφορους τομείς της ζωής του. Εκτός των άλλων, ο ασθενής αντιμετωπίζει διάχυτες, έντονες και με μεγάλη διάρκεια (χρόνια) ανησυχίες, οι οποίες, συνήθως, εμφανίζονται χωρίς λόγο (American Psychiatric Association & Association, 2013).

3.2 Επιδημιολογικά στοιχεία

Τα τελευταία χρόνια, αρκετές μελέτες έχουν πραγματοποιηθεί για να εκτιμήσουν τον επιπολασμό της γενικευμένης αγχώδους διαταραχής σε ηλικιωμένα άτομα. Ωστόσο, ο υπολογισμός της δεν μπορεί να καθοριστεί με απόλυτη ακρίβεια. Έχει αναφερθεί ότι το 1,2-7,3% των ηλικιωμένων ασθενών πάσχουν από GAD. Μια μελέτη που διεξήχθη στο Ηνωμένο Βασίλειο έδειξε ότι η GAD αποτελεί την πιο κοινή αγχώδη διαταραχή (4,4%), με την PTSD να είναι δεύτερη (3%) και στη συνέχεια να ακολουθούν οι υπόλοιπες αγχώδεις διαταραχές (1,5%), με το ποσοστό των ηλικιωμένων με GAD να υπολογίζεται σε 3,1-11,2% (Barton et

al., 2014) και με τον δια βίου επιπολασμό να κυμαίνεται μεταξύ 2,5-11% (Κάπτουλας et al., 2010). Μια άλλη έρευνα που πραγματοποιήθηκε από την αυστραλιανή εθνική έρευνα ψυχικής υγείας και ευεξίας, εκτίμησε ότι ο 12μηνος επιπολασμός της GAD σε ηλικιωμένους στην κοινότητα ανέρχονταν σε 2,8% (Gonçalves et al., 2011). Εκτός των άλλων, έχει παρατηρηθεί το γεγονός ότι το 1/3 των ηλικιωμένων παγκοσμίως πάσχει από GAD για περισσότερο από 10 χρόνια, ενώ μπορεί να φτάσει ακόμα και τα 40 χρόνια, καθιστώντας την ως μια χρόνια ψυχική διαταραχή, με τον νοσηρό κίνδυνο ζωής να υπολογίζεται σε 9% (Λύκουρας et al., 2011).

Πολλές μελέτες έχουν δείξει ότι οι γυναίκες έχουν υψηλότερο κίνδυνο για εμφάνιση GAD σε σύγκριση με τους άνδρες. Αυτό οφείλεται στο ότι διαγιγνώσκονται πιο συχνά στις γυναίκες (50-60%), αποτελώντας τα 2/3 των κρουσμάτων ανάμεσα στα 2 φύλα (American Psychiatric Association & Association, 2013). Μια έρευνα έδειξε ότι ο επιπολασμός της GAD καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής ενός ατόμου ανέρχεται σε 5,1%, όπου το 3,6% εμφανίζεται σε άνδρες και το 6,6% σε γυναίκες, ενώ η 12μηνη επικράτηση υπολογίζεται σε 3,1%, με τους άνδρες και τις γυναίκες να εμφανίζουν ποσοστά 2 και 4,3% αντίστοιχα (Kehoe, 2017). Μία συστηματική μελέτη (1996-2016) που έγινε σε 12 χώρες έδειξε ότι στον 12μηνο επιπολασμό, οι γυναίκες παρουσίαζαν 1,50% και οι άνδρες 0,33%, ενώ στον δια βίου επιπολασμό οι γυναίκες καταλάμβαναν το 5,58% και οι άνδρες το 2,69%. Από την άλλη, μια Ευρωπαϊκή μελέτη που διεξήχθη σε 6 χώρες το 2018 έδειξε ότι ο 12μηνος επιπολασμός στους άντρες ήταν 1,4% και στις γυναίκες 4,6%, με τον νοσηρό κίνδυνο να υπολογίζεται σε 3,2%. Τέλος, ευρήματα από μια μελέτη της Γερμανίας έδειξαν ότι και τα 2 φύλα προβλέπεται να έχουν αυξημένη σοβαρότητα των συμπτωμάτων της GAD στο άμεσο μέλλον (Vasiliadis et al., 2020).

3.3 Αίτια

Τα αίτια της γενικευμένης αγχώδους διαταραχής δεν έχουν καθοριστεί με ακρίβεια από την επιστημονική κοινότητα. Η GAD πιστεύεται ότι έχει γενετική ή κληρονομική βάση. Για παράδειγμα, έχει παρατηρηθεί ότι συγγενείς πρώτου βαθμού ενός ατόμου με GAD είναι πιθανόν και οι ίδιοι να την αναπτύξουν, με το ποσοστό αυτό να ανέρχεται στο 25%. (Massachusetts General Hospital, 2016). Τα γενετικά γονίδια εμπλέκονται στην GAD αυξάνοντας την ευαισθησία στις αγχώδεις και καταθλιπτικές διαταραχές και, ως εκ τούτου, αποτελεί ένας προδιαθεσικός παράγοντας στην ανάπτυξη οποιασδήποτε μορφής αγχώδους διαταραχής, συμπεριλαμβανομένης της GAD.

Στη συνέχεια, και οι περιβαλλοντικοί παράγοντες παίζουν σημαντικό ρόλο, μέσα από τη συναισθηματική κατάσταση που βιώνει το κάθε άτομο (π.χ. προσκόλληση παιδιού σε γονέα, η υπερπροστατευτικότητα των γονέων, η παιδική κακοποίηση). Όλα αυτά οδηγούν σε μειωμένη αίσθηση ελέγχου, αλλά και σε δυνητικά απειλητικούς και στρεσογόνους παράγοντες της ζωής, με αποτέλεσμα να υπάρχει αυξημένος κίνδυνος για εμφάνιση αγχώδων και καταθλιπτικών επεισοδίων (UK, 2011).

Τέλος, διάφορες άλλες αιτίες που έχουν διατυπωθεί τα τελευταία χρόνια για την εμφάνιση και ανάπτυξη της GAD σε ηλικιωμένα άτομα, περιλαμβάνουν: το στρες, τις φυσικές

παθήσεις (π.χ. διαβήτη, καρδιαγγειακά νοσήματα), αλλά και τη κατάχρηση ουσιών (Munir & Takon, 2022).

3.4 Παθοφυσιολογία

Ο ακριβής μηχανισμός για την εμφάνιση της GAD στη τρίτη ηλικία δεν είναι γνωστός. Πιστεύεται ότι εμπλέκονται αρκετές περιοχές του εγκεφάλου που μεσολαβούν στην επεξεργασία ερεθισμάτων που σχετίζονται με το φόβο, το άγχος και τα συναισθήματα (π.χ. αμυγδαλή, ιππόκαμπος, μετωπιαίος φλοιός). Η αμυγδαλή σχετίζεται με την εμπειρία των συναισθημάτων. Αναγνωρίζει τις αισθητηριακές πληροφορίες και ενεργοποιεί τους GABA νευρώνες που προκαλούν τα συμπτώματα άγχους. Οι GABA νευρώνες ελέγχουν το νευρικό σύστημα μειώνοντας τα συναισθήματα του στρες, του άγχους και του φόβου. Ωστόσο, σε μικρές ποσότητες παρατηρούνται αρνητικά συναισθήματα, ενώ παράλληλα απελευθερώνονται οι σωματικές αποκρίσεις του στρες. Επιπλέον, έχει παρατηρηθεί ότι στα άτομα με GAD υπάρχει μεγάλη δραστηριότητα στην περιοχή της αμυγδαλής και του μέσου προμετωπιαίου φλοιού (Massachusetts General Hospital, 2016). Από την άλλη, ο ιππόκαμπος συσχετίζει τις αναμνήσεις φόβου με το περιβάλλον του ατόμου. Είναι ένα σύστημα αναστολής της συμπεριφοράς το οποίο, όταν ενεργοποιείται από πιθανές απειλές, αναστέλλει αυτές τις συμπεριφορές (UK, 2011).

Στη συνέχεια, και οι νευροδιαβιβαστές παίζουν σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση GAD σε ηλικιωμένα άτομα, μέσω της σεροτονίνης και της νοραδρεναλίνης. Η χαμηλή δραστηριότητα της σεροτονίνης και η αύξηση της νοραδρεναλίνης οφείλονται σε ανάπτυξη της GAD (Munir & Takon, 2022).

Τέλος, ορισμένοι χημικοί μεσολαβητές του εγκεφάλου, όπως ο άξονας HPA, ρυθμίζουν την έκκριση της κορτιζόλης, ενώ η δυσλειτουργία τους προκαλεί την αύξηση των γλυκοκορτικοστεροειδών (UK, 2011).

3.5 Διάγνωση

Σύμφωνα με το DSM-5, η διάγνωση της γενικευμένης αγχώδους διαταραχής χαρακτηρίζεται από:

1. υπερβολικό άγχος ή ανησυχία που εμφανίζεται τις περισσότερες ημέρες σε διάστημα τουλάχιστον 6 μηνών, σχετικά με έναν αριθμό γεγονότων και εκδηλώσεων,
2. το άτομο δυσκολεύεται να ελέγξει την ανησυχία του,

3. το άγχος συνοδεύεται με τουλάχιστον 3 από τα παρακάτω συμπτώματα: (ανησυχία, κόπωση, δυσκολία συγκέντρωσης, μυϊκή ένταση, ευερεθιστότητα και δυσκολία κατά τον ύπνο)
4. τα συμπτώματα αυτά προκαλούν προβλήματα σε διάφορους τομείς της ανθρώπινης ζωής (π.χ. εργασία, κοινωνική ζωή),
5. ενώ δεν οφείλονται σε διαταραχές χρήσης ουσιών, ιατρικές παθήσεις (π.χ. υπερθυρεοειδισμός), ή ψυχικές διαταραχές (π.χ. PTSD, OCD, σχιζοφρένεια ή παραληρηματική διαταραχή) (American Psychiatric Association & Association, 2013).

Η διάγνωση ενός ηλικιωμένου ασθενή με GAD αποτελεί πρόκληση, λόγω της συννοσηρότητας με άλλες σωματικές ή ψυχικές διαταραχές (UK, 2011), με τα σωματικά συμπτώματα να είναι πιο συχνά από τα ψυχολογικά. Αυτό συμβαίνει διότι παρουσιάζουν ασαφή μη ειδικά σωματικά (δύσπνοια, κόπωση, κεφαλαλγία, ζάλη) και ψυχολογικά συμπτώματα (υπερβολικό άγχος ή ανησυχία, δυσκολία συγκέντρωσης) (Munir & Takon, 2022).

Κατά τη διάρκεια διάγνωσης της GAD, ο κλινικός ιατρός παρατηρεί την πιθανότητα ο ασθενής του να πάσχει από GAD μέσα από τη χρήση του ιστορικού του (ιατρικού και ψυχολογικού), τη φυσική εξέταση και την εργαστηριακή αξιολόγηση (αιματολογικές, γλυκόζη ορού νηστείας, επίπεδα βιταμίνης όρου, θυροειδής). Στη συνέχεια θα πρέπει να προσδιορίσει τα παράπονα άγχους ή ανησυχίας του και να τις αξιολογήσει με άλλες ψυχιατρικές διαταραχές (μέσω του DSM-5 ή του ICD-10). Τέλος, θα πρέπει να αποκλείσει οποιαδήποτε άλλα οργανικά αίτια, ως αποτέλεσμα του άγχους.

Για τον προσυμπτωματικό έλεγχο της GAD χρησιμοποιούνται διάφορες κλίμακες για την ακριβή αναγνώριση και αξιολόγηση της σοβαρότητας των συμπτωμάτων της σε ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας. Ορισμένα εργαλεία είναι μεταξύ άλλων: η 2η και 7η κλίμακα της γενικευμένης αγχώδους διαταραχής (GAD-2 και GAD-7), το ερωτηματολόγιο ανησυχίας Penn-State (PSWQ), η κλίμακα γηριατρικού άγχους (GAI), αλλά και ο δείκτης αξιολόγησης της κατάστασης υγείας (Short form-SF) (Kehoe, 2017).

3.6. Παράγοντες κινδύνου

Η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή στα ηλικιωμένα άτομα έχει συνδεθεί με ορισμένους παράγοντες όπως: το γυναικείο φύλο, το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, τη κακή σωματική και ψυχική υγεία (Munir & Takon, 2022), το χαμηλό εισόδημα, τους στρεσογόνους παράγοντες της καθημερινής ζωής (Nilsson, 2019), τις αντιξοότητες της πρώιμης παιδικής ηλικίας, τη χαμηλή ικανοποίηση από τη ζωή, τις οικογενειακές σχέσεις, τη διαταραχή προσωπικότητας, τη συννοσηρότητα, τη διαταραχή χρήσης ουσιών (Kehoe, 2017), τους λειτουργικούς περιορισμούς, τις χρόνιες ασθένειες, τη ποιότητα του ύπνου, τα κινητικά προβλήματα και, τέλος, την υπερβολική ενασχόληση με τα σωματικά συμπτώματα (Gonçalves et al., 2011).

3.7 Θεραπείες

Η θεραπεία των αγχωδών διαταραχών, κατά τη διάρκεια της τρίτης ηλικίας, είναι μια σημαντική, αλλά ταυτόχρονα και επίπονη διαδικασία, δεδομένου του αυξημένου κινδύνου νοσηρότητας και θνησιμότητας. Είναι γνωστό ότι η θεραπεία των αγχωδών διαταραχών της ώριμης ζωής είναι λιγότερο επιτυχημένη από ότι στους νεότερους ενήλικες, διότι συνήθως το άγχος είναι χρόνιο, με συχνές υποτροπές και ύφεση. Μια μελέτη έδειξε ότι θεραπεία λαμβάνει μόνο το 25% των ηλικιωμένων ασθενών, με ύφεση να παρατηρείται στα 3 χρόνια και με κίνδυνο υποτροπής κατά το επόμενο έτος (15%) (Barton et al., 2014). Μια άλλη μελέτη υποστήριξε ότι το 41% δεν λάμβανε θεραπεία, ενώ όσοι λάμβαναν, το 42% χρησιμοποιούσε φαρμακευτική αγωγή, το 4% ψυχολογικές παρεμβάσεις και το υπόλοιπο 13% συνδυασμός των 2 παραπάνω (Kehoe, 2017). Η θεραπεία των αγχωδών διαταραχών στη τρίτη ηλικία πραγματοποιείται μέσω της ψυχοθεραπείας και της φαρμακοθεραπείας (UK, 2011).

3.7.1 Ψυχοθεραπεία

Η γνωστική συμπεριφορική θεραπεία (CBT) θεωρείται ως μια από τις πιο αποτελεσματικές ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις για όλες τις ηλικιακές ομάδες. Πολυάριθμες μελέτες έχουν δείξει το σημαντικό ρόλο που παίζει στη θεραπεία των ψυχολογικών διαταραχών. Η CBT στοχεύει στην τροποποίηση των δυσπροσαρμοστικών γνωστικών λειτουργιών, σκέψεων, πεποιθήσεων και τρόπων συμπεριφοράς. Θεωρείται ως η κύρια θεραπεία εκλογής για την αντιμετώπιση των αγχωδών διαταραχών, συμπεριλαμβανομένης της GAD. Οι πιο βασικές τεχνικές που χρησιμοποιεί η CBT είναι:

- A) η ψυχοεκπαίδευση,
- B) η αυτοπαρακολούθηση
- C) οι τεχνικές ελέγχου ερεθισμάτων,
- D) οι τεχνικές χαλάρωσης,
- E) η αποευσθητοποίηση αυτοελέγχου,
- F) η γνωστική αναδιάρθρωση,
- G) η ανησυχία έκθεσης
- H) η τροποποίηση συμπεριφοράς της ανησυχίας
- I) η επίλυση προβλημάτων (Hoyer et al., 2011)
- J) η ενσυνειδητότητα,
- K) η μεταγνωστική θεραπεία και εκπαίδευση,

- L) η εκπαίδευση στις κοινωνικές δεξιότητες,
- M) αλλά και η θεραπεία αποδοχής και δέσμευσης (Teater, 2013).

3.8.2 Φαρμακοθεραπεία

Η Φαρμακοθεραπεία αποτελεί μια ακόμη σημαντική επιλογή που διαθέτουν οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας για τη θεραπεία των αγχώδων διαταραχών σε ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας (Mizuno & Andreescu, 2019).

1. Η χρήση των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων SSRI και SNRI θεωρούνται ως φάρμακα πρώτης γραμμής για τη θεραπεία των περισσότερων ψυχικών διαταραχών. Συνταγογραφούνται ευρέως στην ψυχιατρική πρακτική για τη θεραπεία της MDD, της διαταραχής πανικού, της PTSD, της GAD, αλλά και της OCD.
2. Τα TCA και οι MAOI αποτελούν μια ακόμη μορφή αντικαταθλιπτικών φαρμάκων, τα οποία είναι αποτελεσματικά για τις αγχώδεις διαταραχές και την MDD. Ωστόσο, λίγα στοιχεία υπάρχουν για τη χρήση τους στην GAD με αποτέλεσμα να μην είναι γνωστές οι ,τυχόν, ανεπιθύμητες ενέργειες.
3. Η μιρταζαπίνη ασκεί ανταγωνιστικές επιδράσεις σε πολλούς υποδοχείς-στόχους, ωστόσο και σε αυτή την περίπτωση υπάρχουν ελάχιστες μελέτες σχετικά με την GAD, με κάποιες γνωστές ανεπιθύμητες ενέργειες να είναι η αύξηση βάρους και η καταστολή.
4. Οι βενζοδιαζεπίνες συμβάλλουν στην άμεση μείωση των συμπτωμάτων του άγχους, ωστόσο η χρήση τους συνδέεται με την εμφάνιση ανοχής και εξάρτησης, γι' αυτό και συνιστώνται για βραχυπρόθεσμη χρήση. Ωστόσο, έχει παρατηρηθεί ότι είναι αποτελεσματική στη θεραπεία της GAD έναντι των εικονικών φαρμάκων. Παρόλο αυτά, προκαλεί γνωστή έκπτωση και ψυχοκινητική ανεπάρκεια.
5. Η βουσπιρόνη αναστέλλει την ντοπαμίνη και τη σεροτονίνη. Έχει βραχυπρόθεσμη χρήση και δεν προκαλεί εξάρτηση (όπως οι βενζοδιαζεπίνες), ενώ λίγες μελέτες έχουν πραγματοποιηθεί για τη θεραπεία της GAD.
6. Τα αντισταμινικά είναι αποτελεσματικά στη θεραπεία της GAD (4-12 εβδομάδες), αν και ενδέχεται να προκαλέσουν ημερήσια υπνηλία (ωστόσο υποχωρεί μετά τη 10η ημέρα θεραπείας).
7. Τέλος, τα αντιψυχωσικά δεύτερης γενιάς εμφανίζουν υψηλή αποτελεσματικότητα στη θεραπεία της GAD. Χρησιμοποιούνται ,κυρίως, για τη θεραπεία της σχιζοφρένειας, της διπολικής διαταραχής και της μονοπολικής κατάθλιψης. Ουσιαστικά βοηθούν σε προβλήματα συμπεριφοράς (Fagan & Baldwin, 2023).

Και οι 2 θεραπευτικές προσεγγίσεις που αναφέρθηκαν προηγουμένως έχουν υψηλή αποτελεσματικότητα, ενώ ο συνδυασμός τους προσφέρει καλύτερα αποτελέσματα (π.χ. μείωση υποτροπών) (Κάττουλας et al., 2010). Γι' αυτό ,λοιπόν, η συνεχής θεραπεία και η τήρηση τους είναι σημαντική για την ανάρρωση του ηλικιωμένου ασθενούς, ο οποίος πάσχει από GAD (Kehoe, 2017).

Κεφάλαιο 4: Γνωστική Συμπεριφορική Θεραπεία

4.1 Γιατί είναι απαραίτητη η Ψυχοθεραπεία στους ηλικιωμένους;

Η γηριατρική θεραπεία ψυχικής υγείας (γνωστή και ως γηριατρική ψυχοθεραπεία ή ψυχογηριατρική) επικεντρώνεται στις ψυχολογικές και συναισθηματικές ανάγκες των ηλικιωμένων ατόμων. Είναι ένας ταχέως αναπτυσσόμενος κλάδος της γηριατρικής, ως αποτέλεσμα της ανόδου του προσδόκιμου επιβίωσης που οδήγησε σε μεγάλη αύξηση του ποσοστού των ηλικιωμένων στις σύγχρονες κοινωνίες. Η γηριατρική ψυχοθεραπεία ουσιαστικά στοχεύει στην ομαλή εξέλιξη της γήρανσης, μέσω μιας ψυχολογικής προσέγγισης (Λύκουρας et al., 2011)

Η ψυχοθεραπεία απεικονίζει την ανθρώπινη σχέση που υπάρχει μεταξύ του ασθενή και του θεραπευτή. Κατά τη διάρκεια της ψυχοθεραπείας, ο θεραπευτής προσπαθεί να εδραιώσει τη σχέση με τον ασθενή του ώστε να τον κάνει να νιώσει άνετα και ,ως εκ τούτου, τον διευκολύνει να εκφράζει τις σκέψεις, τις ανησυχίες και τα συναισθήματά του, αλλά και την προσπάθεια αναζήτησης των δυσπροσαρμοστικών προτύπων που επηρεάζουν τη σκέψη και τη συμπεριφορά του. Σε αυτό το σημείο θα πρέπει να διευκρινιστεί ότι η ψυχοθεραπεία των ηλικιωμένων δεν αλλάζει σημαντικά από εκείνη των ενηλίκων. Η διαφορά έγκειται στο ότι ο θεραπευτής θα πρέπει να διερευνήσει τις ψυχοκοινωνικές ανάγκες του ηλικιωμένου (π.χ. κοινωνικό στίγμα λόγω ψυχικής υγείας, η φθορά της σωματικής και γνωστικής του λειτουργίας, καθώς και ο ρόλος της οικογένειας στη διαχείριση των αναγκών του). Επίσης, τα ηλικιωμένα άτομα χρειάζονται εκπαίδευση όσον αφορά τις ψυχικές νόσους (π.χ. φύση τους, έγκαιρη διάγνωση, επιλογές θεραπείας). Μερικές φορές είναι ανάγκη ο θεραπευτής να προσαρμοστεί στις ανάγκες του κάθε ηλικιωμένου ξεχωριστά. Για παράδειγμα, ο χώρος που διεξάγεται η ψυχοθεραπεία μπορεί να αλλάξει (π.χ. από το γραφείο του ιατρού στην οικία του ασθενούς λόγω αδυναμία μετακίνησης, ή σε νοσηλευτικά ιδρύματα και γηροκομεία, όταν νοσηλεύεται). Επιπλέον, αλλάζει και η διάρκεια μιας θεραπευτικής συνεδρίας. Συγκεκριμένα, έχει παρατηρηθεί ότι οι ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας χρειάζονται περισσότερο χρόνο ,σε σύγκριση με τις νεότερες ηλικίες, είτε λόγω ήπιων γνωστικών ελλειμμάτων, είτε λόγω μικρότερης ταχύτητας στην επεξεργασία πληροφοριών, είτε λόγω αισθητηριακών

ελλειμμάτων (π.χ. προβλήματα στην ακοή). Παράλληλα, ο θεραπευτής θα πρέπει να βρίσκεται συνεχώς σε επικοινωνία με όλους εκείνους που εμπλέκονται στη παροχή ψυχικής ή οποιοσδήποτε άλλης βοήθειας (π.χ. οικογένεια, φροντιστής, οικογενειακός ιατρός, παθολόγος) (Αβεντισιάν-Παγοροπούλου, 2019; Λύκουρας et al., 2011).

Η ψυχολογική θεραπεία έχει υποστηριχθεί ότι παρέχει ευεργετικά αποτελέσματα σε ηλικιωμένα άτομα, καθώς ανακουφίζει από ένα ευρύ φάσμα ψυχολογικών συμπτωμάτων. Σε αυτές τις ηλικίες, ο θεραπευτής προσπαθεί να ενισχύσει την ελπίδα του. Η ελπίδα είναι ένας σημαντικός ενισχυτικός υποστηρικτικός παράγοντας. Προσανατολίζει τον άνθρωπο στο μέλλον για την επίτευξη των στόχων του. Η ελπίδα έχει συσχετιστεί με καλύτερη προσαρμογή και διαχείριση ψυχοπιεστικών γεγονότων. Εκτός των άλλων, ο θεραπευτής εργάζεται με τον ασθενή του για την αντιμετώπιση των συναισθημάτων της απελπισίας. Με αυτό τον τρόπο, ο ηλικιωμένος αναλαμβάνει την ευθύνη για θέματα του παρελθόντος, ενώ παράλληλα πραγματοποιεί μια ρεαλιστική εκτίμηση της ζωής του, με αποτέλεσμα να εκφράζει συναισθήματα απογοήτευσης, λύπης, θυμού και, ως εκ τούτου, είναι έτοιμος να αποδεχθεί τις αλλαγές που συμβαίνουν στον οργανισμό του, εξαιτίας της γήρανσης. Έτσι λοιπόν, η ισορροπία μεταξύ ψυχοθεραπευτικής εργασίας της ελπίδας και της απελπισίας αποτελούν μια αξιοσημείωτη ψυχοθεραπευτική αξία για τα ηλικιωμένα άτομα (Λύκουρας et al., 2011). Μια μελέτη διερεύνησε τη σχέση μεταξύ των ηλικιωμένων και των ατόμων που βρίσκονται σε ηλικία εργασίας (18-64 ετών) με αγχώδεις και καταθλιπτικές διαταραχές, ως προς την παροχή ψυχοθεραπείας. Τα αποτελέσματα της έδειξαν ότι οι ηλικιωμένοι είχαν καλύτερα αποτελέσματα στη ψυχοθεραπεία σε σχέση με τους ενήλικες σε ηλικία εργασίας, ενώ παράλληλα υποστηρίζεται ότι η πρόσβαση των ηλικιωμένων στη ψυχοθεραπεία θα πρέπει να αποτελεί διεθνή προτεραιότητα για όλες τις χώρες παγκοσμίως (Saunders et al., 2021).

Εν τέλει, η ψυχοθεραπευτική βοήθεια προσφέρει σημαντικά αποτελέσματα σε διάφορες ψυχοπιεστικές καταστάσεις που βιώνουν τα ηλικιωμένα άτομα καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής τους, ενώ παράλληλα αποτελεί ένα χρήσιμο εργαλείο ώστε να αντιμετωπίσουν καλύτερα τις στρεσογόνες καταστάσεις που επηρεάζουν τη ψυχολογική τους υγεία (Λύκουρας et al., 2011).

4.2 Γενικά Χαρακτηριστικά Γνωστικής Συμπεριφορικής Θεραπείας

Η γνωστική συμπεριφορική θεραπεία (CBT) είναι μια σημαντική ψυχοθεραπευτική και ψυχοκοινωνική παρέμβαση, η οποία χρησιμοποιείται για την αντιμετώπιση διαφόρων ψυχικών καταστάσεων. Είναι μια βραχυπρόθεσμη ψυχοθεραπευτική προσέγγιση που έχει σχεδιαστεί για να τροποποιήσει τις δυσλειτουργικές σκέψεις, συναισθήματα και συμπεριφορές ενός ατόμου για ένα γεγονός ή μια κατάσταση που βιώνει στη ζωή του, μέσα από μια στοχευμένη συστηματική διαδικασία (Bhattacharya et al., 2013). Το Λεξικό Ψυχολογίας ορίζει τη CBT ως: << μια ψυχοθεραπεία που βασίζεται στη θεραπεία της συμπεριφοράς, αλλά επεκτείνει τη προσπάθεια τροποποίησης της και στις γνωστικές

διεργασίες. Αποσκοπεί στην επανεξέταση και αναδιάρθρωση των λανθασμένων πεποιθήσεων και πλαισίων αναφοράς >> (Χουντουμάδη & Πατεράκη, 2008). Η γνωστική συμπεριφορική θεραπεία βοηθά τους ανθρώπους να αναγνωρίσουν τις ανησυχητικές τους σκέψεις και να αξιολογήσουν πόσο ρεαλιστικές είναι. Τότε μαθαίνουν να αλλάζουν τη δυσλειτουργική σκέψη τους. Η CBT δίνει έμφαση στην επίλυση προβλημάτων και στην αλλαγή της συμπεριφοράς. Με λίγα λόγια, η CBT δίνει τη δυνατότητα στους ανθρώπους να γίνουν θεραπευτές του εαυτού τους. Ως εκ τούτου, είναι μια αποτελεσματική θεραπεία για την αντιμετώπιση πολλών και διαφορετικών καταστάσεων ψυχικής υγείας, συμπεριλαμβανομένης: της κατάθλιψης (MDD), του άγχους (GAD, κοινωνική αγχώδης διαταραχή, διαταραχή πανικού), τη διαταραχή μετατραυματικού στρες, τη διαταραχή προσωπικότητας, τη σχιζοφρένεια και τη ψύχωση, τις ιατρικές καταστάσεις (χρόνιος πόνος, κόπωση, ημικρανίες), τις διατροφικές διαταραχές, αλλά και τη κατάχρηση ουσιών (Beck Institute, 2018).

Η CBT βασίζεται σε 3 θεμελιώδεις αρχές και αξίες:

1. η γνωστική λειτουργία (δηλαδή ο τρόπος σκέψης ενός ατόμου) επηρεάζει τη διάθεση και τη συμπεριφορά,
2. η γνωστική λειτουργία μπορεί να ελεγχθεί και να τροποποιηθεί
3. οι αλλαγές που συμβαίνουν στη διάθεση και τη συμπεριφορά είναι αποτέλεσμα των γνωστικών λειτουργιών και προϋποθέτει αλλαγές στη νοητική κατάσταση (π.χ. αντίληψη, σκέψη) (Κουφογιάννη, 2016).

Η γνωστική συμπεριφορική θεραπεία είναι η πιο εκτενώς μελετημένη και ευρέως εξασκούμενη μορφή ψυχοθεραπείας. Βασίζεται στο γνωστικό μοντέλο του A.Beck που αναφέρει ότι οι σκέψεις ενός ατόμου επηρεάζουν τις συμπεριφορικές, συναισθηματικές και φυσιολογικές αντιδράσεις του στις καταστάσεις που βιώνει στη ζωή του. Ο Beck ανέπτυξε τη CBT στις δεκαετίες του 1960 και 1970. Η CBT έγινε η πρώτη ψυχοθεραπευτική προσέγγιση που αποδείχτηκε πιο αποτελεσματική από τη φαρμακευτική αγωγή στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της κατάθλιψης (Beck Institute, 2018).

Η γνωστική συμπεριφορική θεραπεία πραγματοποιείται, συνήθως, μέσα από ατομικές συνεδρίες του ατόμου με τον θεραπευτή του (πρόσωπο με πρόσωπο). Ένα τυπικό πρόγραμμα CBT αποτελείται από 6-18 συνεδρίες, διάρκειας 45-60 λεπτών (Κουφογιάννη, 2016). Η CBT έχει σχεδιαστεί για βραχυπρόθεσμη χρήση. Πολλοί ασθενείς βλέπουν σημαντική βελτίωση μετά από 8-10 συνεδρίες, ενώ ορισμένα άτομα ίσως χρειαστούν και περισσότερες συνεδρίες, ανάλογα με την φύση και την ένταση του ψυχικού προβλήματος που αντιμετωπίζουν (Beck Institute, 2018). Ο ρόλος του θεραπευτή είναι ενεργός και συντονίζει όλη τη ψυχοθεραπευτική διαδικασία. Συγκεκριμένα, καλείται να καταλάβει τον τρόπο με τον οποίο ο ασθενής του σκέφτεται και αναγνωρίζει τα πιθανά λάθη, τα οποία επηρεάζουν τα συναισθήματα και τη συμπεριφορά του. Ο εντοπισμός τους αποτελεί μια ιδιαίτερη θεραπευτική αξία για την αντιμετώπιση των περισσότερων ψυχικών διαταραχών (Κουφογιάννη, 2016). Ως εκ τούτου, ο ασθενής θα είναι σε θέση να χρησιμοποιεί τον αυτοέλεγχο και την αυτοπαρατήρηση, αλλά και να αναγνωρίζει τις αλλαγές που συμβαίνουν

στη διάθεση και τη συναισθηματική ευαλωτότητα του, προκειμένου να πραγματοποιηθεί σημαντικές αλλαγές στη ζωή του, ενώ παράλληλα θα έχει τη δυνατότητα να αμφισβητεί τις αρνητικές πεποιθήσεις και σκέψεις του σχετικά με ένα γεγονός ή μια κατάσταση που επηρεάζει τη ζωή του (Λύκουρας et al., 2011). Οι πιο συνήθεις τεχνικές που χρησιμοποιούνται στη θεραπευτική πράξη είναι μεταξύ άλλων: η γνωστική θεραπεία, οι τεχνικές χαλάρωσης, η θεραπεία έκθεσης, η ενσυνειδητότητα, η μεταγνωστική θεραπεία και εκπαίδευση, οι δεξιότητες επίλυσης προβλημάτων, η εκπαίδευση στις κοινωνικές δεξιότητες, αλλά και η θεραπεία αποδοχής και δέσμευσης (Teater, 2013). Μια έρευνα έδειξε ότι η θεραπεία χαλάρωσης είναι η πιο αποτελεσματική τεχνική, ενώ μια άλλη ανέφερε την ενσυνειδητότητα ως την πιο αποτελεσματική, η οποία παρουσίασε σημαντικές μειώσεις στα συμπτώματα άγχους, ενώ βελτίωσε τη σοβαρότητα της ανησυχίας (Mizuno & Andreescu, 2019).

Εκτός από τις ατομικές συνεδρίες, η CBT πραγματοποιείται και μέσα από ομαδικές. Όπως έχει παρατηρηθεί, η μέθοδος αυτή είναι χρήσιμη σε ασθενείς με κατάθλιψη, αγχώδεις διαταραχές και κατάχρηση ουσιών. Οι ασθενείς μαθαίνουν να αναγνωρίζουν τις γνωστικές τους δυσλειτουργίες, μέσω της παρατήρησης των άλλων ασθενών, αλλά και να εξασκούν τις δεξιότητες επικοινωνίας και κοινωνικής μάθησης, όπως θα συνέβαινε σε μια πραγματική κατάσταση της ζωής τους.

Τα τελευταία χρόνια έχει αναπτυχθεί μια νέα μέθοδος για τη χορήγηση της CBT, που βασίζεται στη χρήση της τεχνολογίας, όπως οι υπολογιστές και τα κινητά τηλέφωνα. Σε αυτή την περίπτωση, η CBT παρέχεται μέσω μιας διαδραστικής επαφής. Έχει υποστηριχθεί ότι αυτή η μέθοδος θεραπεύει την ήπια-μέτρια κατάθλιψη, αλλά και τις περισσότερες μορφές των αγχωδών διαταραχών (Bhattacharya et al., 2013). Μια συστηματική ανασκόπηση διερεύνησε το όφελος μέσα από τη χρήση των τεχνολογιών για την παροχή CBT. Τα αποτελέσματά της έδειξαν ότι βελτιώθηκαν σημαντικά τα αγχώδη και καταθλιπτικά συμπτώματα, αλλά και η γενικότερη ψυχολογική δυσφορία, όπως επίσης και οι λειτουργικές βλάβες, ο χρόνιος πόνος, οι καρδιαγγειακές παθήσεις, η αρθρίτιδα, αλλά και ο καρκίνος, σε σχέση με άλλες ιατρικές καταστάσεις (Tao et al., 2023). Ενώ μια άλλη έρευνα έδειξε ότι οι ηλικιωμένοι είχαν περισσότερες πιθανότητες να ολοκληρώσουν τη CBT μέσω διαδικτύου σε σύγκριση με τους νεότερους ενήλικες, αν και οι τελευταίοι είχαν μεγαλύτερη απόκριση στη θεραπεία από τους πρώτους (Mizuno & Andreescu, 2019).

Τα τελευταία χρόνια έχουν γίνει σημαντικές προσπάθειες για την εξέταση της αποτελεσματικότητας της CBT σε ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας, με τις έρευνες να επικεντρώνονται, κυρίως, στη θεραπεία των αγχωδών διαταραχών, της κατάθλιψης, της αϋπνίας, αλλά και του χρόνιου πόνου. Τα ηλικιωμένα άτομα μπορούν να επωφεληθούν στον ίδιο, περίπου, βαθμό με τα νεότερα άτομα (Palazzolo, 2015). Μια μελέτη που έγινε στο Μόντρεαλ του Καναδά, αξιολόγησε την αποτελεσματικότητα της ψυχικής υγείας σε ηλικιωμένους σε σχέση με τους νεότερους ενήλικες, με τις 2 ηλικιακές ομάδες να εμφανίζουν παρόμοια βελτίωση με τη χρήση της CBT (Pomerleau et al., 2023). Μια άλλη έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Αυστραλία εξέτασε την αποτελεσματικότητα της CBT, ως προς τη συννοσηρότητα άγχους και κατάθλιψης σε ηλικιωμένους στην κοινότητα, με τα αποτελέσματα της να εμφανίζουν μειώσεις και στις 2 διαταραχές (Wuthrich & Rapee, 2013). Εκτός από την ψυχολογική κατάσταση, η CBT βελτίωσε και τη σωματική υγεία των ηλικιωμένων ασθενών. Μια έρευνα έδειξε ότι τα σωματικά συμπτώματα των ηλικιωμένων

ατόμων βελτιώθηκαν σε μεγάλο βαθμό (π.χ. μείωση της έντασης και αναπηρίας του πόνου), ενώ η παρουσία χρόνιας ιατρικής κατάστασης δεν φάνηκε να επηρεάζει σημαντικά τα αποτελέσματά της (Verdurmen et al., 2017). Τέλος, μια μελέτη επισήμανε το γεγονός ότι η παροχή CBT σε ηλικιωμένους είχε διαρκή αποτελέσματα που ξεπερνούσαν κατά πολύ την ολοκλήρωση της θεραπείας (Palazzolo, 2015), με τους ασθενείς με όψιμο άγχος και κατάθλιψη να διατηρούν μακροπρόθεσμα οφέλη, έως και 1 χρόνο μετά τη θεραπεία (Mizuno & Andreescu, 2019).

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΜΕΘΟΔΟΣ

1) Σκοπός μελέτης

Η παρούσα συστηματική ανασκόπηση προσπάθησε να διερευνήσει τη χρήση της γνωστικής συμπεριφορικής θεραπείας στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της γενικευμένης αγχώδους διαταραχής σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας.

2) Ερευνητικό ερώτημα

Σύμφωνα με τον σκοπό της παρούσας συστηματικής ανασκόπησης, τέθηκε το εξής ερώτημα: << Είναι η γνωστική συμπεριφορική θεραπεία μια αποτελεσματική ψυχοθεραπευτική παρέμβαση για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της γενικευμένης αγχώδους διαταραχής σε ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας; >>

3) Αναζήτηση της Βιβλιογραφίας

Για την παρούσα συστηματική ανασκόπηση πραγματοποιήθηκε ηλεκτρονική αναζήτηση της βιβλιογραφίας στις βάσεις δεδομένων: PubMed, Scopus και PsychInfo. Ακολουθήθηκε το σύστημα Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses (PRISMA), όσον αφορά τον καθορισμό των κριτηρίων ένταξης και αποκλεισμού άρθρων. Οι λέξεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν ήταν: << Generalized anxiety disorder >> AND << Cognitive behavioral therapy >> AND << elderly >> OR << older adults >>

(Advanced Search). Η γλώσσα αναζήτησης έγινε στα αγγλικά. Στη βιβλιογραφία συμπεριλήφθηκαν μελέτες που είχαν δημοσιευτεί τη τελευταία δεκαετία (2013-2023).

Τα άρθρα που ανακτήθηκαν από τις προαναφερθείσες βάσεις δεδομένων ανέρχονταν σε 369, εκ των οποίων 333 ήταν από το PubMed, 29 από το Scopus και 7 από το PsychInfo. Στη συνέχεια, από τα 369 άρθρα, τα 25 απορρίφθηκαν λόγω διπλών εγγραφών μέσα από το βιβλιογραφικό σύστημα του Mendeley, με 344 άρθρα να παραμένουν κατά την αρχική επιλογή, από τα οποία τα 314 αποκλείστηκαν λόγω του περιεχομένου τους (τίτλος και περίληψη). Εν τέλει, 30 άρθρα αξιολογήθηκαν ως προς την επιλεξιμότητά τους, όπου τα 12 δεν αναφέρονταν στην ηλικιακή ομάδα των 60 ετών και άνω, ενώ τα υπόλοιπα 9 δεν απαντούσαν στο ερευνητικό ερώτημα. Ως εκ τούτου, προέκυψαν 9 άρθρα που συμπεριλήφθηκαν στην ανασκόπηση.

4) Κριτήρια ένταξης και αποκλεισμού άρθρων

Με σκοπό την εύρεση των καταλληλότερων άρθρων της βιβλιογραφίας και την ένταξή τους στην παρούσα ανασκόπηση τέθηκαν ορισμένα κριτήρια ένταξης και αποκλεισμού άρθρων.

Ως κριτήρια ένταξης ορίστηκαν τα άρθρα, τα οποία:

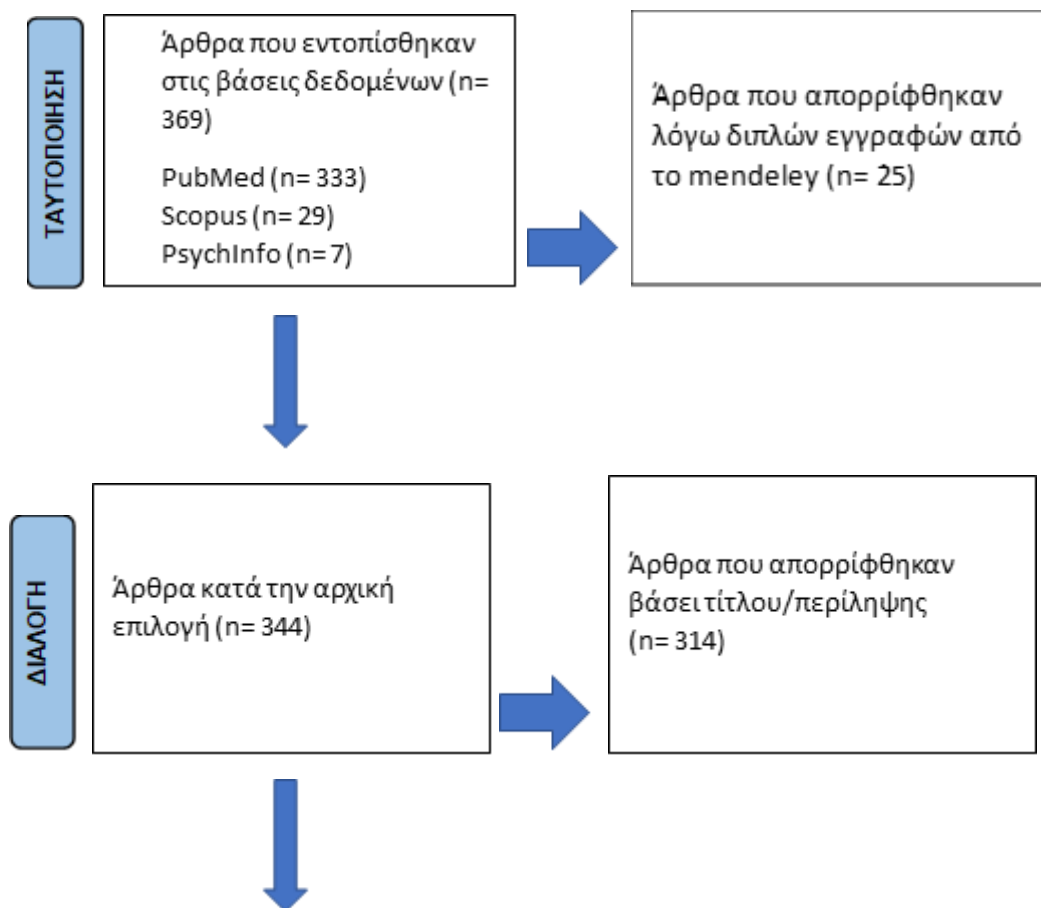
1. Αναφέρονται σε ηλικιωμένα άτομα (ηλικίας 60 ετών και άνω).
2. Η δημοσίευσή τους έγινε τη τελευταία δεκαετία (2013-2023).
3. Το είδος των άρθρων που περιλαμβάνονται στη συστηματική ανασκόπηση είναι κλινικές μελέτες (= clinical trials).
4. Τα άρθρα είναι γραμμένα σε αγγλική γλώσσα.
5. Απαντάνε στο ερευνητικό ερώτημα που τέθηκε.

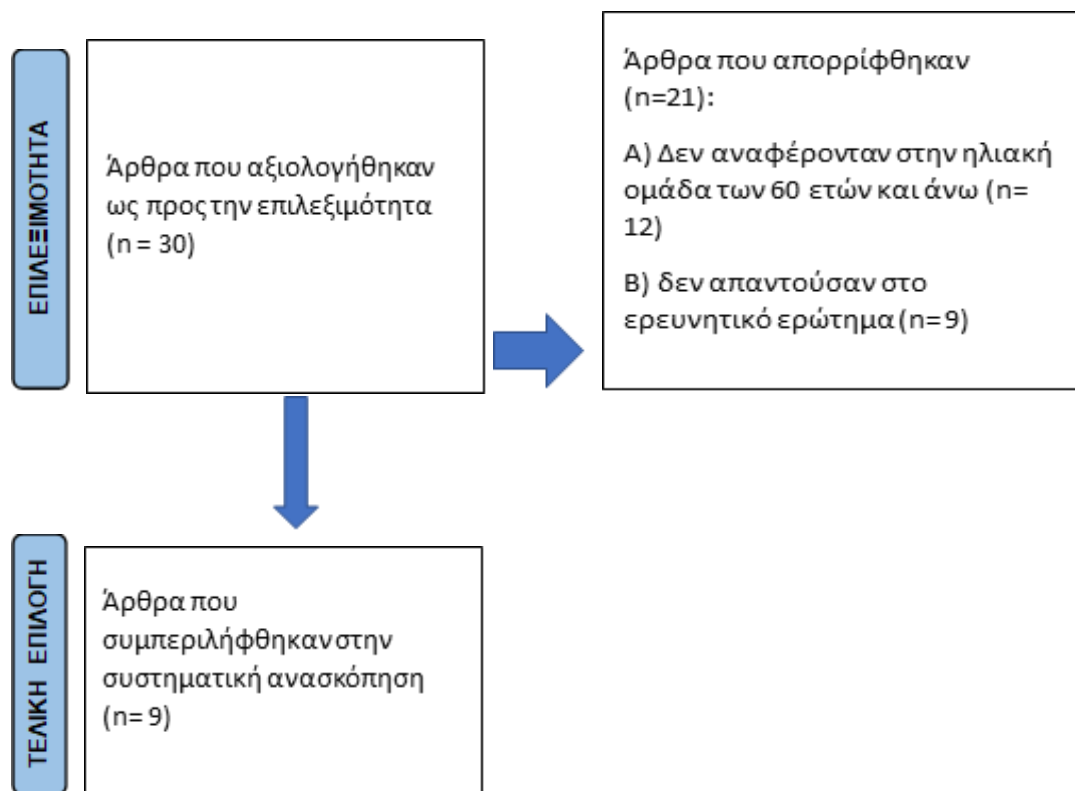
Ως κριτήρια αποκλεισμού ορίστηκαν τα άρθρα, τα οποία:

1. Αναφέρονται σε άτομα ηλικίας κάτω των 60 ετών.
2. Η δημοσίευσή τους έγινε εκτός της περιόδου 2013-2023.
3. Η μεθοδολογία των άρθρων περιλάμβανε άλλους τύπους μελετών (π.χ. ανασκόπηση ή μετά-ανάλυση κτλ.)
4. Η γλώσσα συγγραφής των μελετών δεν ήταν στα αγγλικά.
5. Δεν απαντάνε στο ερευνητικό ερώτημα.

5) Διάγραμμα ροής PRISMA

Πίνακας 1: Αναπαράσταση της στρατηγικής αναζήτησης άρθρων σύμφωνα με το διάγραμμα ροής PRISMA.





ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

1) Πίνακας Αποτελεσμάτων

Τα αποτελέσματα των μελετών που αναζητήθηκαν (n= 9) παρουσιάζονται συνοπτικά στον ακόλουθο πίνακα:

1) Cognitive Behavior Therapy for Generalized Anxiety Disorder Among Older Adults in Primary Care: A Randomized Clinical Trial (2022)

Συγγραφείς, έτος δημοσίευσης, χώρα	Είδος μελέτης	Σκοπός	Συμμετέχοντες	Μεθοδολογία	Αποτελέσματα	Συμπέρασμα

(Nguyen & Chandrasekhara, 2022) Αμερική (Χιούστον, Τέξας)	Τυχαίοι ελεγχόμενη κλινική δοκιμή	Να εξετάσει τα αποτελέσματα της CBT σε σχέση με την ενισχυμένη συνήθη φροντίδα (EUC) σε ηλικιωμένα άτομα με GAD, στο πλαίσιο της πρωτοβάθμιας φροντίδας.	134 ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας, 60 ετών και άνω (με μέση ηλικία τα 66,9 έτη).	Από τους 134 ηλικιωμένους συμμετέχοντες που έλαβαν μέρος στην έρευνα, οι 70 εντάχθηκαν στην ομάδα CBT (10 συνεδρίες για 12 εβδομάδες), ενώ οι υπόλοιποι 64 στην EUC. Η παρέμβαση διήρκεσε για 3 μήνες. Εργαλεία αξιολόγησης: PSWQ, GADSS, BDI, SIGH-A.	Παρατηρήθηκε μεγάλη βελτίωση στο PSWQ στην ομάδα CBT ως προς την EUC (54,4% έναντι 45,6%), όπως και στο BDI (12,8% έναντι 10,2%), Από την άλλη, οι αλλαγές στο GADSS (2,8 μονάδες για το CBT και 1,4 για το EUC) και στο SIGH-A δεν διέφεραν σημαντικά μεταξύ των ομάδων.	Η CBT βελτίωσε σημαντικά τη σοβαρότητα της ανησυχίας, τα καταθλιπτικά συμπτώματα, αλλά και τη γενικότερη ψυχική υγεία των ηλικιωμένων με GAD στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας σε σχέση με την ενισχυμένη συνήθη φροντίδα.
--	-----------------------------------	--	---	--	--	---

2) Cognitive-behavioral therapy augmentation of SSRI reduces cortisol levels in older adults with generalized anxiety disorder: A randomized clinical trial (2016)

Συγγραφείς, έτος δημοσίευσης, χώρα	Είδος μελέτης	Σκοπός	Συμμετέχοντες	Μεθοδολογία	Αποτελέσματα	Συμπέρασμα
------------------------------------	---------------	--------	---------------	-------------	--------------	------------

<p>(Rosnick et al., 2016)</p> <p>Αμερική (Πίτσμπουργκ, Σεντ Λούις, Σαν Ντιέγκο).</p>	<p>Τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη κλινική δοκιμή</p>	<p>Να εξετάσει την επίδραση του συνδυασμού CBT και SSRI για τη μείωση των επιπέδων κορτιζόλης σε ηλικιωμένους με GAD.</p>	<p>42 ηλικιωμένα άτομα, 60 ετών και άνω.</p>	<p>Από τους 42 ηλικιωμένους, οι 21 τυχαιοποιήθηκαν για να λάβουν CBT (6 συνεδρίες) μαζί με τη συνέχιση της εσιταλοπράμης (10mlg/ημερησίως), ενώ οι υπόλοιποι 21 συνέχισαν τη φαρμακοθεραπεία χωρίς τη χρήση της CBT</p> <p>Η τυχαιοποιημένη παρέμβαση διήρκησε 16 εβδομάδες (4 μήνες)</p> <p>Εργαλεία αξιολόγησης: PSWQ, HAM-A, CIRS-G.</p>	<p>Οι ηλικιωμένοι με GAD που έλαβαν και τις 2 θεραπείες (CBT, SSRI) εμφάνισαν σημαντική μείωση στα επίπεδα κορτιζόλης μετά τη 4μηνη παρέμβαση, σε σχέση με την ομάδα που έλαβε εσιταλοπράμη χωρίς τη χρήση της CBT (η οποία είχε αυξημένη βαθμολογία στο CIRS-G, που σχετίστηκε με υψηλότερη ανησυχία).</p>	<p>Η χρήση της θεραπείας της CBT μαζί με την SSRI ήταν αποτελεσματικές στη μείωση των επιπέδων κορτιζόλης σε ηλικιωμένα άτομα με GAD.</p>
--	---	---	--	---	---	---

3) Telephone-delivered cognitive behavioral therapy and telephone-delivered nondirective supportive therapy for rural older adults with generalized anxiety disorder: a randomized clinical trial (2015)

Συγγραφείς, έτος δημοσίευσης, χώρα	Είδος μελέτης	Σκοπός	Συμμετέχοντες	Μεθοδολογία	Αποτελέσματα	Συμπέρασμα
------------------------------------	---------------	--------	---------------	-------------	--------------	------------

(Brenes et al., 2015) Αμερική (B. Καρολίνα)	Τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη κλινική δοκιμή	Να εξετάσει την αποτελεσματικότητα της γνωστικής συμπεριφορικής θεραπείας που παρέχεται μέσω τηλεφώνου (CBT-T) σε σύγκριση με την τηλεφωνική μη κατευθυντική ή υποστηρικτική θεραπεία (NST-T) σε ηλικιωμένους της υπαίθρου με GAD.	141 ηλικιωμένα άτομα, 60 ετών και άνω.	Από τους 141 ηλικιωμένους συμμετέχοντες, οι 70 τυχαιοποιήθηκαν σε ομάδα, CBT-T (9-11 συνεδρίες ανά εβδομάδα), ενώ οι υπόλοιποι 71 σε ομάδα NST-T (10 συνεδρίες ανά εβδομάδα) Η παρακολούθηση κράτησε για 4 μήνες. Εργαλεία αξιολόγησης: HAM-A, PSWQ, BDI, GAD-7, η κλίμακα αξιολόγησης προσδοκιών, καθώς και το ερωτηματολόγιο ικανοποίησης πελατών.	Σε παρακολούθηση 4 μηνών παρατηρήθηκε σημαντική μείωση στη σοβαρότητα της ανησυχίας μεταξύ των συμμετεχόντων που ανήκαν στην ομάδα CBT-T. Όμως δεν υπήρχαν σημαντικές διαφορές στα γενικά συμπτώματα του άγχους. Ωστόσο, μετά τους 4 μήνες θεραπείας παρουσιάστηκαν μεγαλύτερες μειώσεις στα συμπτώματα της GAD και των καταθλιπτικών συμπτωμάτων μεταξύ των συμμετεχόντων στην ομάδα CBT-T.	Η γνωστική συμπεριφορική ή θεραπεία που παραδόθηκε μέσω τηλεφώνου ήταν ανώτερη από την τηλεφωνική μη κατευθυντική ή υποστηρικτική ή θεραπεία για τη μείωση της ανησυχίας, των συμπτωμάτων της GAD, όπως επίσης και των καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε ηλικιωμένους με GAD.
--	--	--	--	--	---	--

4) Group cognitive behavioral therapy targeting intolerance of uncertainty: a randomized trial for older Chinese adults with generalized anxiety disorder (2017)

Συγγραφείς, έτος δημοσίευ	Είδος μελέτης	Σκοπός	Συμμετέχοντες	Μεθοδολογία	Αποτελέσματα	Συμπέρασμα
---------------------------	---------------	--------	---------------	-------------	--------------	------------

σης, χώρα						
(Hui & Zhihui, 2017) Κίνα	Τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη δοκιμή	Η εφαρμογή της ομαδικής γνωστικής συμπεριφορικής θεραπείας που στοχεύει στη δυσανεξία της αβεβαιότητας (CBT-IU) σε ηλικιωμένους ασθενείς με GAD.	63 ηλικιωμένα άτομα, 60 ετών και άνω (εύρος ηλικίας: 60-76 έτη)	Από τους 63 ηλικιωμένους συμμετέχοντες, οι 32 τυχαιοποιήθηκαν στην πειραματική ομάδα CBT-IU (12 συνεδρίες για 3 μήνες), ενώ οι υπόλοιποι 31 δεν υποβλήθηκαν σε θεραπεία. Η παρέμβαση διήρκεσε 3 μήνες. Στη συνέχεια, υπήρξε παρακολούθηση για 6 μήνες. Εργαλεία αξιολόγησης: PSWQ, BAI, BDI, GADSS.	Σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου, οι βαθμολογίες της πειραματικής ομάδας μειώθηκαν σημαντικά μετά τη παρέμβαση και την 6μηνη παρακολούθηση (αποδεκτά επίπεδα σημαντικότητας $p=0,000-0,001$ που υποδηλώνει μειώσεις που παράγονται και διατηρούνται κατά τη διάρκεια της θεραπείας). Ως εκ τούτου, τα παραπάνω αποτελέσματα έδειξαν βελτίωση της ομάδας CBT-IU και την επιμονή της επίδρασης μετά από έξι μήνες.	Η ομαδική γνωστική συμπεριφορική θεραπεία που στοχεύει στη δυσανεξία της αβεβαιότητας ήταν αποτελεσματική σε ηλικιωμένους ασθενείς με GAD, με τις επιδράσεις στα συμπτώματά της να επιμένουν για τουλάχιστον 6 μήνες μετά τη θεραπεία.

5) Bad dream frequency in older adults with generalized anxiety disorder: prevalence, correlates, and effect of cognitive behavioral treatment for anxiety (2014)

Συγγραφείς, έτος	Είδος μελέτης	Σκοπός	Συμμετέχοντες	Μεθοδολογία	Αποτελέσματα	Συμπέρασμα
------------------	---------------	--------	---------------	-------------	--------------	------------

δημοσίευση, χώρα						
(Nadorff et al., 2014) Αμερική (Χιούστον, Τέξας)	Τυχαιοποιημένη, ελεγχόμενη δοκιμή.	Διερεύνησε τη σχέση της CBT και της συχνότητας κακών ονείρων σε ηλικιωμένους με GAD.	134 ηλικιωμένα άτομα, 60 ετών και άνω (με μέση ηλικία τα 67,4 έτη).	Από τους 134 ηλικιωμένους συμμετέχοντες, οι 70 τυχαιοποιήθηκαν στην ομάδα CBT (10 συνεδρίες των 12 εβδομάδων), με τους υπόλοιπους 64 να εντάσσονται στην ομάδα EUC (τηλεφωνικές συνεδρίες, κάθε 2 εβδομάδες). Η θεραπεία διήρκεσε 3 μήνες. Μετά τη θεραπεία υπήρχαν τηλεφωνικές αναμνηστικές συνεδρίες στους 4, 7, 10 και 13 μήνες μετά τη θεραπεία. Εργαλεία αξιολόγησης: PSQI, PSWQ, BAI, BDI, QOLI.	Η GAD συσχετίστηκε με υψηλή συχνότητα κακών ονείρων (21,6%) έναντι εκείνων που δεν έπασχαν (6,4%). Τα άσχημα όνειρα συνδέθηκαν με: χαμηλότερη ψυχική υγεία, μεγαλύτερη ανησυχία, υψηλά επίπεδα άγχους και κατάθλιψης, αλλά και χαμηλή ποιότητα ζωής. Οι συμμετέχοντες στην ομάδα CBT παρατήρησαν μεγάλες μειώσεις στη συχνότητα των κακών ονείρων ,κατά τη διάρκεια της παρέμβασης, από ότι οι συμμετέχοντες στην EUC.	Η θεραπεία με CBT μείωσε σημαντικά τη συχνότητα των κακών ονείρων μετά τη θεραπεία, αλλά και καθ' όλη τη διάρκεια της παρακολούθησης, σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες στην ομάδα EUC. Ως εκ τούτου, η CBT είναι μια δυνητικά χρήσιμη παρέμβαση για την αντιμετώπιση των ενοχλητικών ονείρων σε ηλικιωμένους με GAD.

- 6) A randomized controlled trial of guided internet-delivered cognitive behaviour therapy for older adults with generalized anxiety (2016)

Συγγραφέας, έτος δημοσίευσης, χώρα	Είδος μελέτης	Σκοπός	Συμμετέχοντες	Μεθοδολογία	Αποτελέσματα	Συμπέρασμα
(Jones et al., 2016) Καναδάς (Σασκάτσουαν)	Τυχαιοποιημένη, ελεγχόμενη δοκιμή.	Να καθορίσει την αποτελεσματικότητα της καθοδηγούμενης γνωστικής συμπεριφορικής θεραπείας που παρέχεται μέσω διαδικτύου (ICBT) σε ηλικιωμένους με GAD.	46 ηλικιωμένα άτομα, 60 ετών και άνω (εύρος ηλικίας: 60-80 ετών).	Από τους 46 ηλικιωμένους συμμετέχοντες, οι 24 έλαβαν 7 ενότητες ICBT για 10 εβδομάδες, με τους υπόλοιπους 22 να βρίσκονται σε κατάσταση αναμονής. Ο χρόνος αναμονής κυμαινόταν μεταξύ 7 και 10 εβδομάδων, ανάλογα με τον χρόνο που χρειάστηκαν οι συμμετέχοντες στην ICBT για να ολοκληρώσουν την παρέμβαση. Εργαλεία αξιολόγησης: GAD-7, PHQ-9, PSWQ, GAI, GDS, WHOQOL.	Παρατηρήθηκαν βελτιώσεις στα συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης για τους συμμετέχοντες στην ICBT, με μεγάλη επίδραση στην κλίμακα GAD-7 (d=85) και στο PHQ-9 (d=1.17), μετά τη θεραπεία. Περαιτέρω μείωση στα συμπτώματα της GAD εμφανίστηκαν κατά τη διάρκεια παρακολούθησης 1 μήνα μετά τη παρέμβαση. Τα αποτελέσματα της θεραπείας επαναλήφθηκαν όταν οι συμμετέχοντες στην ομάδα ελέγχου υποβλήθηκαν, και εκείνοι με τη σειρά τους, στη θεραπεία με ICBT.	Η γνωστική συμπεριφορική θεραπεία που παρέχεται μέσω διαδικτύου αποτελεί μια σημαντική θεραπευτική παρέμβαση για τη μείωση των συμπτωμάτων της GAD σε ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας.

7) Lay providers can deliver effective cognitive behavior therapy for older adults with generalized anxiety disorder: a randomized trial (2014)

Συγγραφέας, έτος	Είδος μελέτης	Σκοπός	Συμμετέχοντες	Μεθοδολογία	Αποτελέσματα	Συμπέρασμα
------------------	---------------	--------	---------------	-------------	--------------	------------

δημοσίευσης, χώρα						
(Stanley et al., 2014) Αμερική (Χιούστον, Τέξας)	Τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη δοκιμή.	Εξετάσε τις επιδράσεις της CBT που παρέχεται από μη ειδικούς παρόχους επιπέδου πτυχίου (BLP) και ειδικούς παρόχους με πτυχίο διδακτορικού (PLP), σε σχέση με τη συνήθη φροντίδα (UC) σε ηλικιωμένους με GAD.	223 ηλικιωμένα άτομα, 60 ετών και άνω (με μέση ηλικία τα 66,9 έτη).	Από τους 223 ηλικιωμένους συμμετέχοντες, οι 76 τυχαιοποιήθηκαν στην ομάδα BLP, οι 74 στην PLP και οι υπόλοιποι 73 στην UC. Οι αξιολογήσεις πραγματοποιήθηκαν κατά την έναρξη και στους 6 μήνες παρέμβασης. Εργαλεία αξιολόγησης :PSWQ, GADSS, SIGH-A, STAI, PHQ-8, ISI.	Η CBT ,στις ομάδες BLP και PLP, βελτίωσε σημαντικά τη σοβαρότητα της GAD (P=008), το άγχος (P=006), την κατάθλιψη (P=010), την αϋπνία (P=007), αλλά και την ποιότητα ζωής ψυχικής υγείας (P=006) σε σχέση με την ομάδα UC. Τα ποσοστά ανταπόκρισης μετά την ολοκλήρωση της 6μηνης αξιολόγησης, ορίστηκαν ως εξής: 40% για τη BLP, 38,5% για τη PLP και 19,1% για τη UC.	Η γνωστική συμπεριφορική θεραπεία, όταν παρέχεται από μη ειδικούς παρόχους επιπέδου πτυχίου και ειδικούς παρόχους με πτυχίο διδακτορικού, μπορεί να βοηθήσει στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της GAD σε ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας.

8) Antidepressant medication augmented with cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder in older adults (2013)

Συγγραφείς, έτος δημοσίευσης, χώρα	Είδος μελέτης	Σκοπός	Συμμετέχοντες	Μεθοδολογία	Αποτελέσματα	Συμπέρασμα
(Wetherell et al., 2013) Αμερική (Πίτσμπουργκ, Σαν Ντιέγκο, Σεντ Λούις)	Κλινική δοκιμή	Να εξεταστεί εάν ο συνδυασμός της CBT και της φαρμακοθεραπείας (SSRI) ενισχύουν την ανταπόκριση και αποτρέπουν την υποτροπή σε ηλικιωμένους ασθενείς με GAD.	73 ηλικιωμένα άτομα, 60 ετών και άνω.	Οι 73 ηλικιωμένοι συμμετέχοντες τυχαιοποιήθηκαν σε μία από τις 4 καταστάσεις: Α) λήψη εσιταλοπράμης (10-20mg/ημέρα) μαζί με CBT, Β) λήψη μόνο της εσιταλοπράμης, Γ) χρήση της εσιταλοπράμης και της CBT, ακολουθούμενης από εικονικό φάρμακο και Δ) χρήση μόνο της εσιταλοπράμης με εικονικό φάρμακο. Και οι 4 παρεμβάσεις διήρκησαν 16 εβδομάδες (4 μήνες). Εργαλεία αξιολόγησης: PSWQ, HAM-A.	Η εσιταλοπράμη μαζί με τη CBT παρουσίασαν αυξημένα ποσοστά απόκρισης στο PSWQ (P=0,01), αλλά όχι στην κλίμακα HAM-A, όταν η εσιταλοπράμη χορηγείται μόνη της (P=0,15). Τόσο η εσιταλοπράμη, όσο και η CBT απέτρεψαν την υποτροπή σε σχέση με το εικονικό φάρμακο.	Η αλληλουχία των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων και της γνωστικής συμπεριφορικής θεραπείας οδηγεί σε μείωση της ανησυχίας. Η φαρμακευτική αγωγή αποτρέπει την υποτροπή, με τη CBT να προκαλεί παρατεταμένη ύφεση χωρίς να απαιτείται μακροχρόνια φαρμακοθεραπεία σε ηλικιωμένους με GAD.

9) Cognitive behavior therapy for late-life generalized anxiety disorder delivered by lay and expert providers has lasting benefits (2016)

Συγγραφείς, έτος δημοσίευσης, χώρα	Είδος μελέτης	Σκοπός	Συμμετέχοντες	Μεθοδολογία	Αποτελέσματα	Συμπέρασμα
(Freshour et al., 2016) Αμερική (Χιούστον, Τέξας)	Κλινική δοκιμή	Η ανάδειξη της CBT ως αποτελεσματικής θεραπείας για την όψιμη GAD, η οποία παραδίδεται είτε από παρόχους ακαδημαϊκού επιπέδου (BLP), είτε από παρόχους διδακτορικού επιπέδου (PLP), καθώς και η μακροπρόθεσμη διατήρηση κερδών, 12 μήνες μετά τη θεραπεία.	112 ηλικιωμένα άτομα, ηλικίας 60 ετών και άνω (με μέση ηλικία τα 66,89 έτη).	Από τους 112 ηλικιωμένους συμμετέχοντες, οι 52 εντάχθηκαν στην ομάδα BLP και οι υπόλοιποι 60 στην PLP. Η παρέμβαση διήρκησε 6 μήνες και οι αξιολογήσεις έγιναν μετά τη θεραπεία σε διάστημα 6 και 12 μηνών. Εργαλεία αξιολόγησης : GADSS, STAI, PHQ, SIGH-A, ISI.	Μετά τη θεραπεία παρατηρήθηκαν μειώσεις στη σοβαρότητα της GAD (P=001), στο άγχος (P=001), στην κατάθλιψη, στην ποιότητα ζωής ψυχικής υγείας (P=0,006), αλλά και στον ύπνο (P=0,002) και για τις 2 ομάδες. Οι βαθμολογίες ήταν ισοδύναμες σε όλη την περίοδο παρακολούθησης και ,ως εκ τούτου, δεν υπήρξαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των 2 παρόχων.	Η θεραπεία της όψιμης GAD που παρέχεται από τις 2 ομάδες (BLP και PLP) έχει διαρκή και μακροπρόθεσμα οφέλη.

2) Χαρακτηριστικά μελετών

Στον ανωτέρω πίνακα παρουσιάζονται 9 άρθρα που συμπεριλήφθηκαν στην παρούσα ανασκόπηση. Όλες οι έρευνες ήταν κλινικές μελέτες. Από αυτές, οι 7 ήταν τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες δοκιμές (randomized controlled trials) (Brenes et al., 2015; Hui & Zhihui, 2017; Jones et al., 2016; Nadorff et al., 2014; Nguyen & Chandrasekhara, 2022; Rosnick et al., 2016; Stanley et al., 2014), ενώ οι υπόλοιπες 2 ήταν κλινικές δοκιμές (clinical trials) (Freshour et al., 2016; Wetherell et al., 2013).

Μεταξύ των μελετών που συμπεριλήφθηκαν στη συστηματική ανασκόπηση, 7 πραγματοποιήθηκαν στην Αμερική (Χιούστον, Πίτσμπουργκ, Σαν Ντιέγκο, Σεντ Λούις, Β. Καρολίνα) (Brenes et al., 2015; Freshour et al., 2016; Nadorff et al., 2014; Nguyen & Chandrasekhara, 2022; Rosnick et al., 2016; Stanley et al., 2014; Wetherell et al., 2013) μια έγινε στον Καναδά (Σασσκάτσουαν) (Jones et al., 2016), ενώ μια άλλη διεξήχθη στην Κίνα (Hui & Zhihui, 2017).

Όλες οι μελέτες είχαν ως επίκεντρο τα ηλικιωμένα άτομα (60-80 ετών). Ο αριθμός των συμμετεχόντων κυμαίνονταν από 42 έως 223 ηλικιωμένοι (Brenes et al., 2015; Freshour et al., 2016; Hui & Zhihui, 2017; Jones et al., 2016; Nadorff et al., 2014; Nguyen & Chandrasekhara, 2022; Rosnick et al., 2016; Stanley et al., 2014; Wetherell et al., 2013).

Η γνωστική συμπεριφορική θεραπεία χορηγήθηκε στους ηλικιωμένους συμμετέχοντες με 3 τρόπους: Α) ατομικά (πρόσωπο με πρόσωπο, του ασθενή και του ψυχοθεραπευτή) (Freshour et al., 2016; Nadorff et al., 2014; Nguyen & Chandrasekhara, 2022; Rosnick et al., 2016; Stanley et al., 2014; Wetherell et al., 2013), Β) ομαδικά (Hui & Zhihui, 2017) και Γ) μέσω της τεχνολογίας (τηλέφωνο, διαδίκτυο) (Brenes et al., 2015; Jones et al., 2016).

Τα οφέλη από τη χορήγηση της γνωστικής συμπεριφορικής θεραπείας ήταν πολλά, με διαρκή αποτελέσματα και μακροπρόθεσμα κέρδη. Ορισμένες μελέτες ανέφεραν ότι η βελτίωση των συμπτωμάτων της γενικευμένης αγχώδους διαταραχής σε ηλικιωμένα άτομα παρατηρήθηκε σε χρονικό διάστημα: 4 εβδομάδων (Jones et al., 2016), 6 μηνών (Hui & Zhihui, 2017), αλλά και 1 χρόνο μετά τη θεραπεία με CBT (Freshour et al., 2016; Nguyen & Chandrasekhara, 2022).

Τα ευρήματα από τις μελέτες που αναζητήθηκαν έδειξαν ότι η CBT έχει ευεργετικά αποτελέσματα στη σοβαρότητα της GAD (Freshour et al., 2016; Hui & Zhihui, 2017; Stanley et al., 2014), στην ανησυχία (Brenes et al., 2015; Hui & Zhihui, 2017; Jones et al., 2016; Nadorff et al., 2014; Nguyen & Chandrasekhara, 2022; Rosnick et al., 2016; Stanley et al., 2014; Wetherell et al., 2013), στο άγχος (Brenes et al., 2015; Freshour et al., 2016; Hui & Zhihui, 2017; Jones et al., 2016; Nadorff et al., 2014; Rosnick et al., 2016; Stanley et al., 2014; Wetherell et al., 2013), στα καταθλιπτικά συμπτώματα (Brenes et al., 2015; Freshour et al., 2016; Hui & Zhihui, 2017; Jones et al., 2016; Nadorff et al., 2014; Nguyen & Chandrasekhara, 2022; Stanley et al., 2014), στην απνία (Freshour et al., 2016; Nadorff et al., 2014; Stanley et al., 2014), στην ποιότητα ζωής ψυχικής υγείας (Freshour et al., 2016; Jones et al., 2016; Nadorff et al., 2014; Stanley et al., 2014), καθώς και στη γενικότερη ψυχολογική υγεία των ηλικιωμένων ατόμων (Nguyen & Chandrasekhara, 2022).

Τα πλεονεκτήματα που παρατηρήθηκαν από τις μελέτες της παρούσας συστηματικής ανασκόπησης, αναφέρονται παρακάτω:

- Προσεκτική επιλογή και διάγνωση ασθενών (Jones et al., 2016; Nguyen & Chandrasekhara, 2022).
- Ισχυρός μεθοδολογικός σχεδιασμός έρευνας και αναλυτικές μέθοδοι (Jones et al., 2016).
- Εύρος αξιολόγησης αποτελεσμάτων με σημαντικές βελτιώσεις ,τόσο στα πρωτογενή, όσο και στα δευτερογενή αποτελέσματα (Nguyen & Chandrasekhara, 2022).
- Υψηλή τήρηση και ακεραιότητα στη θεραπεία (Brenes et al., 2015; Nguyen & Chandrasekhara, 2022).
- Χαμηλά ποσοστά φθοράς και τριβής (Brenes et al., 2015; Nguyen & Chandrasekhara, 2022).
- Η θεραπεία προσαρμόστηκε για τη κάλυψη των αναγκών ενός αγροτικού πληθυσμού (Brenes et al., 2015).
- Πραγματοποιήθηκε η διεξαγωγή διαγνωστικού ελέγχου μέσω τηλεφώνου για να εξασφαλιστεί ότι οι συμμετέχοντες εμφάνισαν συμπτώματα της GAD (Jones et al., 2016).
- Διαδικασία εκπαίδευσης παρόχου ,χωρίς προηγούμενη εμπειρία υγειονομικής περίθαλψης, με θετικά αποτελέσματα να παρατηρούνται στις ομάδες BLP και PLP, χρησιμοποιώντας ένα μοντέλο θεραπείας με ευελιξία στο περιεχόμενο και τις επιλογές παράδοσης (Freshour et al., 2016; Stanley et al., 2014).

Από την άλλη, τα μειονεκτήματα που παρατηρήθηκαν από τις μελέτες της παρούσας συστηματικής ανασκόπησης, αναφέρονται παρακάτω:

- Μικρό μέγεθος δείγματος για τυχαιοποιημένη κλινική δοκιμή (Jones et al., 2016; Rosnick et al., 2016; Wetherell et al., 2013).
- Η γενικευσιμότητα των ευρημάτων των μελετών ήταν περιορισμένη, διότι οι τυχαιοποιημένοι ασθενείς ήταν: νεότεροι, καλύτερα μορφωμένοι, πιο πιθανό γυναίκες παρά άντρες, λευκοί και με υψηλό εισόδημα. Αυτό αντικατοπτρίζει το περιβάλλον πρόσληψης (φροντίδα με βάση την ασφάλιση των ατόμων), όσο και της αυτοαναφερόμενης φύσης των περισσότερων συμμετεχόντων (Brenes et al., 2015; Freshour et al., 2016; Jones et al., 2016; Nguyen & Chandrasekhara, 2022; Stanley et al., 2014).
- Οι συμμετέχοντες παρακολούθηθηκαν για μικρό χρονικό διάστημα (Jones et al., 2016; Wetherell et al., 2013).
- Δεν υπήρχαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των 2 ομάδων στη βαθμολογία της κλίμακας HAM-A (Brenes et al., 2015; Wetherell et al., 2013). Αυτό ίσως να οφείλεται στη χαμηλή αξιοπιστία του συγκεκριμένου μέτρου από τους ερευνητές (Brenes et al., 2015). Το ίδιο παρατηρήθηκε και σε μια άλλη έρευνα, όπου υπήρχε έλλειψη ευρημάτων θεραπείας για το ερωτηματολόγιο PSWQ, δεδομένης της συνέπειας της συγκεκριμένης βαθμολογίας στη μείωση των συμπτωμάτων της όψιμης GAD, μετά από χρήση CBT (Stanley et al., 2014).
- Δεν ήταν γνωστά τα επίπεδα κορτιζόλης των ηλικιωμένων συμμετεχόντων πριν την έναρξη της φαρμακοθεραπείας (που έλαβαν 12 εβδομάδες πριν την τυχαιοποίηση τους). Ως εκ τούτου, δεν προσδιορίστηκε το επίπεδο μείωσης της κορτιζόλης πριν την

αρχική θεραπεία. Εκτός των άλλων, δεν εξετάστηκαν οι μακροπρόθεσμες επιπτώσεις των επιπέδων κορτιζόλης με τον συνδυασμό των 2 θεραπειών (Rosnick et al., 2016).

- Δοκιμάστηκε η γνωστική συμπεριφορική θεραπεία στη δυσανεξία της αβεβαιότητας, αλλά δεν είναι σαφές εάν η ίδια η στόχευση μείωσε πράγματι τη GAD. Γι' αυτό και απαιτούνται περισσότερες μελέτες για να εξακριβωθεί αυτή η παρέμβαση (Hui & Zhihui, 2017).
- Χρησιμοποιήθηκε μόνο ένα στοιχείο για τη μέτρηση της συχνότητας των κακών ονείρων (PSWQ), το οποίο όμως αξιολόγησε τους εφιάλτες τον τελευταίο μήνα, με αποτέλεσμα να μην εξετάσει τη χρονιότητα τους σε ηλικιωμένους με τη συγκεκριμένη μορφή αγχώδους διαταραχής. Εκτός των άλλων, υπήρχε έλλειψη λεπτομερούς κλινικής αξιολόγησης του ύπνου, ώστε να προσδιοριστεί εάν τα άσχημα όνειρα σχετίζονται με τον ύπνο, αλλά και σε ποιο βαθμό (Nadorff et al., 2014).
- Δεν πραγματοποιήθηκε δεύτερη διαγνωστική συνέντευξη στους συμμετέχοντες με GAD ,μετά την ολοκλήρωση της παρέμβασης, λόγω περιορισμένων πόρων (Jones et al., 2016).
- Τέλος, σε μια μελέτη παρατηρήθηκε έλλειψη στην ομάδα ελέγχου (Freshour et al., 2016).

3) Μέθοδοι συλλογής δεδομένων

Μια ποικιλία ψυχομετρικών οργάνων χρησιμοποιήθηκε για να αξιολογηθούν τα συμπτώματα του άγχους, της ανησυχίας, της κατάθλιψης, της ποιότητα ζωής, αλλά και της γενικότερης ψυχολογικής κατάστασης των ηλικιωμένων ατόμων. Τα χρησιμοποιούμενα εργαλεία των μελετών που συμπεριλήφθηκαν στη παρούσα συστηματική ανασκόπηση είναι τα εξής παρακάτω:

- 1) Penn-State Worry Questionnaire (PSWQ) (Brenes et al., 2015; Hui & Zhihui, 2017; Jones et al., 2016; Nadorff et al., 2014; Nguyen & Chandrasekhara, 2022; Rosnick et al., 2016; Stanley et al., 2014; Wetherell et al., 2013),
- 2) Generalized Anxiety Disorder Severity Scale (GADSS) (Freshour et al., 2016; Hui & Zhihui, 2017; Nguyen & Chandrasekhara, 2022; Stanley et al., 2014),
- 3) Generalized Anxiety Disorder 7-item (GAD-7) (Brenes et al., 2015; Jones et al., 2016),
- 4) Hamilton Anxiety Rating Scale (HAM-A) (Brenes et al., 2015; Rosnick et al., 2016; Wetherell et al., 2013),
- 5) Structured Interview Guide for the Hamilton Anxiety Scale (SIGH-A) (Freshour et al., 2016; Nguyen & Chandrasekhara, 2022; Stanley et al., 2014),
- 6) The State-Trait Anxiety Inventory (STAI) (Freshour et al., 2016; Stanley et al., 2014),
- 7) Geriatric Anxiety Inventory (GAI) (Jones et al., 2016)
- 8) Geriatric Depression Scale (GDS) (Jones et al., 2016),

- 9) Patient Health Questionnaire (PHQ) (Freshour et al., 2016; Jones et al., 2016; Stanley et al., 2014),
- 10) Beck Anxiety Inventory (BAI) (Hui & Zhihui, 2017; Nadorff et al., 2014)
- 11) Beck Depression Inventory (BDI) (Brenes et al., 2015; Hui & Zhihui, 2017; Nadorff et al., 2014; Nguyen & Chandrasekhara, 2022),
- 12) Quality of Life Inventory (QOLI) (Nadorff et al., 2014),
- 13) World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL) (Jones et al., 2016),
- 14) Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) (Nadorff et al., 2014),
- 15) Insomnia Severity Index (ISI)(Freshour et al., 2016; Stanley et al., 2014),
- 16) Cumulative Illness Rating Scale-Geriatric (CIRS-Q) (Rosnick et al., 2016).

4) Στόχοι και συμπεράσματα δημοσιεύσεων

Από τις 9 κλινικές δοκιμές που αναζητήθηκαν, μία μελέτη εξέτασε τα αποτελέσματα της γνωστικής συμπεριφορικής θεραπείας σε σχέση με την ενισχυμένη συνήθη φροντίδα (EUC) στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, σε ηλικιωμένα άτομα με GAD. Κατά συνέπεια, η CBT βελτίωσε σημαντικά τις καταστάσεις της ανησυχίας (PSWQ), τα καταθλιπτικά συμπτώματα (BDI), αλλά και τη γενικότερη ψυχική υγεία των ηλικιωμένων με GAD, σε σύγκριση με την ομάδα EUC (Nguyen & Chandrasekhara, 2022).

Μια άλλη μελέτη εξέτασε την επίδραση του συνδυασμού της γνωστικής συμπεριφορικής θεραπείας και των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων SSRI (εσιταλοπράμη) στη μείωση των επιπέδων κορτιζόλης σε ηλικιωμένους με GAD. Όσοι συμμετέχοντες έλαβαν και τις δύο θεραπείες εμφάνισαν σημαντική μείωση στα επίπεδα κορτιζόλης ,μετά τη 4μηνη παρέμβαση, σε σχέση με την ομάδα που έλαβε εσιταλοπράμη χωρίς τη χρήση CBT. Ως εκ τούτου, οι δύο παραπάνω θεραπευτικές προσεγγίσεις ήταν αποτελεσματικές στη μείωση των επιπέδων κορτιζόλης σε ηλικιωμένα άτομα με τη συγκεκριμένη μορφή αγχώδους διαταραχής (Rosnick et al., 2016).

Επίσης, μια έρευνα κατέδειξε την αποτελεσματικότητα της γνωστικής συμπεριφορικής θεραπείας που παρέχεται μέσω τηλεφώνου (CBT-T) σε σύγκριση με την τηλεφωνική μη κατευθυντική υποστηρικτική θεραπεία (NST-T) σε ηλικιωμένους της υπαίθρου της κομητείας της Β. Καρολίνας, οι οποίοι έπασχαν με GAD. Μετά τους 4 μήνες παρακολούθησης παρατηρήθηκαν σημαντικές μειώσεις στα συμπτώματα της ανησυχίας (PSWQ) και των συμπτωμάτων της γενικευμένης αγχώδους διαταραχής (GAD-7), όπως επίσης και των καταθλιπτικών συμπτωμάτων (BDI) μεταξύ των συμμετεχόντων στην ομάδα CBT-T, από ότι στην NST-T (Brenes et al., 2015).

Παράλληλα, μια μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Κίνα ανέδειξε τα οφέλη της ομαδικής γνωστικής συμπεριφορικής θεραπείας που στοχεύει στη δυσανεξία της αβεβαιότητας

(CBT-IU) σε ηλικιωμένους ασθενείς με GAD. Μετά τη παρέμβαση και την 6μηνη παρακολούθηση, τα αποτελέσματα της έδειξαν βελτίωση της ομάδας CBT-IU και την επιμονή της επίδρασης μετά από έξι μήνες (στις βαθμολογίες PSWQ, GADSS, BAI και BDI), σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου. Ως εκ τούτου, η ομαδική γνωστική συμπεριφορική θεραπεία που στοχεύει στη δυσανεξία της αβεβαιότητας ήταν αποτελεσματική σε κινέζους ηλικιωμένους με GAD, με τις επιδράσεις στα συμπτώματά της να επιμένουν για τουλάχιστον 6 μήνες μετά τη θεραπεία (Hui & Zhihui, 2017).

Επιπλέον, μια άλλη έρευνα διερεύνησε τη σχέση της γνωστικής συμπεριφορικής θεραπείας και της συχνότητας άσχημων ονείρων σε ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας με GAD. Μετά τη παρέμβαση (3 μήνες), η GAD σχετίστηκε με συχνότητα εμφάνισης κακών ονείρων. Οι συμμετέχοντες που εντάχθηκαν στη πειραματική ομάδα παρατήρησαν μεγάλες μειώσεις στους εφιάλτες, κατά τη διάρκεια της παρέμβασης, μετά τη θεραπεία, αλλά και καθ' όλη τη διάρκεια της παρακολούθησης, σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες στην ομάδα EUC. Ως εκ τούτου, η CBT είναι μια δυναμικά χρήσιμη παρέμβαση για την αντιμετώπιση των ενοχλητικών ονείρων σε ηλικιωμένα άτομα με GAD (Nadorff et al., 2014).

Επιπροσθέτως, μια έρευνα που διεξήχθη στον Καναδά παρουσίασε τα αποτελέσματα της καθοδηγούμενης γνωστικής συμπεριφορικής θεραπείας που παρέχεται μέσω διαδικτύου (ICBT) σε ηλικιωμένους ασθενείς με GAD. Κατά τη διάρκεια της θεραπείας παρατηρήθηκαν βελτιώσεις στα συμπτώματα της ανησυχίας (PSWQ), του άγχους (GAI) και της κατάθλιψης (GDS) για τους συμμετέχοντες στην ICBT. Εν τέλει, η γνωστική συμπεριφορική θεραπεία που παρέχεται μέσω διαδικτύου αποτελεί μια σημαντική θεραπευτική παρέμβαση για τη μείωση των συμπτωμάτων της GAD σε ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας (Jones et al., 2016).

Η μελέτη των Stanley et al. (2014) εξέτασε τις επιδράσεις της γνωστικής συμπεριφορικής θεραπείας που παρέχεται από μη ειδικούς παρόχους επιπέδου πτυχίου (BLP) και ειδικούς παρόχους με πτυχίο διδακτορικού (PLP), σε σχέση με τη συνήθη φροντίδα (UC) σε ηλικιωμένους με GAD. Τα αποτελέσματα της έδειξαν ότι η CBT, στις ομάδες BLP και PLP, βελτίωσε σημαντικά τη σοβαρότητα της GAD (GADSS), την ανησυχία (PSWQ), την κατάθλιψη, την αϋπνία (ISI), αλλά και την ποιότητα ζωής ψυχικής υγείας, σε σχέση με την ομάδα UC. Συνεπώς, η γνωστική συμπεριφορική θεραπεία, όταν παρέχεται από μη ειδικούς παρόχους επιπέδου πτυχίου και ειδικούς παρόχους με πτυχίο διδακτορικού, προσφέρει καλύτερα αποτελέσματα στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της GAD σε ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας (Stanley et al., 2014).

Ακόμη, μια έρευνα κατέδειξε τα ευεργετικά οφέλη από τον συνδυασμό της γνωστικής συμπεριφορικής θεραπείας και της φαρμακοθεραπείας (με τη χρήση της εσιταλοπράμης) στην ενίσχυση της ανταπόκρισης και την αποτροπή μιας πιθανής μελλοντικής υποτροπής σε ηλικιωμένους ασθενείς με GAD. Μετά τη 4μηνη παρέμβαση η χρήση, τόσο των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων, όσο και της γνωστικής συμπεριφορικής θεραπείας οδήγησε σε βραχυπρόθεσμη μείωση του άγχους (HAM-A) και της ανησυχίας (PSWQ). Επομένως, η φαρμακευτική αγωγή αποτρέπει την υποτροπή με τη CBT να προκαλεί παρατεταμένη ύφεση, χωρίς να απαιτείται μακροχρόνια φαρμακοθεραπεία σε ηλικιωμένους με GAD (Wetherell et al., 2013).

Τέλος, η μελέτη των Freshour et al. (2016) ανάδειξε τη γνωστική συμπεριφορική θεραπεία ως μια αποτελεσματική θεραπεία για την όψιμη GAD, η οποία παραδίδεται είτε από παρόχους ακαδημαϊκού επιπέδου (BLP), είτε από παρόχους διδακτορικού επιπέδου (PLP),

καθώς και η μακροπρόθεσμη διατήρηση κερδών, 12 μήνες μετά την παροχή CBT. Μετά τη θεραπεία (6 μήνες) παρατηρήθηκαν μειώσεις: στη σοβαρότητα της GAD (GADSS), στο άγχος (SIGH-A), στην κατάθλιψη, στην ποιότητα ζωής ψυχικής υγείας, αλλά και στον ύπνο (ISI) και για τις 2 ομάδες, με μακροπρόθεσμα οφέλη. Γι' αυτό ,λοιπόν, είναι επιτακτική ανάγκη η ανάπτυξη νέων μοντέλων φροντίδας σε ηλικιωμένους ώστε να διευρυνθεί η εμβέλεια των υπηρεσιών ψυχικής υγείας (Freshour et al., 2016).

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

1) Ευρήματα μελετών

Στην παρούσα συστηματική ανασκόπηση συμπεριλήφθηκαν 9 άρθρα. Σε απάντηση του ερευνητικού ερωτήματος που τέθηκε, η γνωστική συμπεριφορική θεραπεία θεωρείται ως μια αποτελεσματική ψυχοθεραπευτική παρέμβαση για τη μείωση των συμπτωμάτων της γενικευμένης αγχώδους διαταραχής σε ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας.

Η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή είναι μια από τις πιο κοινές μορφές αγχωδών διαταραχών της όψιμης ζωής (Brenes et al., 2015; Nguyen & Chandrasekhara, 2022). Σχετίζεται με διάφορα σωματικά και ψυχολογικά προβλήματα, όπως: σωματική αναπηρία, φτωχότερη γνωστική απόδοση, καρδιαγγειακά προβλήματα, μείωση της ποιότητας ζωής, αυξημένη χρήση των υπηρεσιών υγείας (Brenes et al., 2015; Jones et al., 2016; Nguyen & Chandrasekhara, 2022), συννοσηρότητα με άλλες διαταραχές, (π.χ. κατάθλιψη) (Rosnick et al., 2016), ενώ τέλος παρουσιάζει αυξημένη νοσηρότητα (Hui & Zhihui, 2017) και θνησιμότητα (Nguyen & Chandrasekhara, 2022).

Η ψυχοθεραπεία και η φαρμακοθεραπεία αποτελούν τις κύριες θεραπευτικές προσεγγίσεις για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της GAD σε ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας (Brenes et al., 2015). Το άγχος της όψιμης ζωής αντιμετωπίζεται, συνήθως, με φαρμακευτική αγωγή (π.χ. αντικαταθλιπτικά, βενζοδιαζεπίνες). Αν και η φαρμακοθεραπεία αποτελεί θεραπεία εκλογής για την αντιμετώπιση των περισσότερων ψυχικών διαταραχών, ωστόσο ενέχει ορισμένους κινδύνους για τη σωματική και ψυχολογική κατάσταση των ηλικιωμένων ατόμων, με κύρια παραδείγματα: τις πτώσεις, τα κατάγματα, τα γνωστικά προβλήματα (Nguyen & Chandrasekhara, 2022), την αργή ανταπόκριση στη θεραπεία, τα χαμηλά ποσοστά ύφεσης, αλλά και τον αυξημένο κίνδυνο υποτροπής (Hui & Zhihui, 2017). Όλα τα παραπάνω, έχουν ως αποτέλεσμα την ανάπτυξη της ψυχοθεραπευτικής προσέγγισης ως μιας αξιόπιστης εναλλακτικής λύσης για την αντιμετώπιση της όψιμης GAD (Brenes et al., 2015).

Η γνωστική συμπεριφορική θεραπεία είναι μια σημαντική ψυχοθεραπευτική παρέμβαση που χρησιμοποιείται για την αντιμετώπιση των περισσότερων ψυχικών καταστάσεων που προσβάλλουν τον ηλικιωμένο πληθυσμό (Freshour et al., 2016; Nguyen & Chandrasekhara, 2022; Stanley et al., 2014). Τα ευρήματα από τις μελέτες που αναζητήθηκαν έδειξαν ότι η CBT έχει ευεργετικά αποτελέσματα: στη σοβαρότητα της GAD (Freshour et al., 2016; Hui & Zhihui, 2017; Stanley et al., 2014), στην ανησυχία (Brenes et al., 2015; Hui & Zhihui, 2017; Jones et al., 2016; Nadorff et al., 2014; Nguyen & Chandrasekhara, 2022; Rosnick et al., 2016; Stanley et al., 2014; Wetherell et al., 2013), στο άγχος (Brenes et al., 2015; Freshour et al., 2016; Hui & Zhihui, 2017; Jones et al., 2016; Nadorff et al., 2014; Rosnick et al., 2016; Stanley et al., 2014; Wetherell et al., 2013), στα καταθλιπτικά

συμπτώματα (Brenes et al., 2015; Freshour et al., 2016; Hui & Zhihui, 2017; Jones et al., 2016; Nadorff et al., 2014; Nguyen & Chandrasekhara, 2022; Stanley et al., 2014), στην απνία (Freshour et al., 2016; Nadorff et al., 2014; Stanley et al., 2014) και στους εφιάλτες (Nadorff et al., 2014), στην ποιότητα ζωής ψυχικής υγείας (Freshour et al., 2016; Jones et al., 2016; Nadorff et al., 2014; Stanley et al., 2014), καθώς και στη γενικότερη ψυχολογική κατάσταση των ηλικιωμένων ατόμων (Nguyen & Chandrasekhara, 2022).

Εκτός των άλλων, η CBT παρήγαγε μακροπρόθεσμα οφέλη στη βελτίωση των συμπτωμάτων της GAD σε ηλικιωμένους ασθενείς, τα οποία διατηρήθηκαν για χρονικό διάστημα: 4 εβδομάδων (Jones et al., 2016), 6 μηνών (Hui & Zhihui, 2017), αλλά και 1 χρόνο μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας με CBT (Freshour et al., 2016; Nguyen & Chandrasekhara, 2022), με μια μελέτη να επισημαίνει την ανάγκη αύξησης των αναμνηστικών συνεδριών, καθώς τα ποσοστά απόκρισης της δεν διατηρήθηκαν μετά τον 1 χρόνο θεραπείας (15 μήνες) (Nguyen & Chandrasekhara, 2022).

Όπως αναφέραμε και προηγουμένως, για την αντιμετώπιση του άγχους της όψιμης ζωής χρησιμοποιούνται 2 τρόποι: η Ψυχοθεραπεία και η Φαρμακοθεραπεία. Η φαρμακοθεραπεία, αν και είναι αποτελεσματική στη μείωση των συμπτωμάτων της CBT στους ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας, όταν παρέχεται από μόνη της ενέχει αρκετούς κινδύνους για τη συγκεκριμένη ηλικιακή ομάδα του πληθυσμού. Ως εκ τούτου, 2 μελέτες της παρούσας συστηματικής ανασκόπησης εξέτασαν τα θετικά αποτελέσματα που προσφέρει ο συνδυασμός της ψυχοθεραπείας (CBT) και της φαρμακοθεραπείας (SSRI, μέσω εσιταλοπράμης) σε ηλικιωμένα άτομα με GAD. Συγκεκριμένα, οι 2 θεραπευτικές προσεγγίσεις παρουσίασαν σημαντικές μειώσεις στις βαθμολογίες της ανησυχίας (PSWQ) και του άγχους (HAM-A) (Rosnick et al., 2016; Wetherell et al., 2013), με τις αλλαγές στην ανησυχία να σχετίζονται με αλλαγές στο σωματικό άγχος (Wetherell et al., 2013). Εκτός των άλλων, παρατηρήθηκαν μειώσεις και στα επίπεδα κορτιζόλης, τα οποία προκαλούν επιβάρυνση στη σωματική, ψυχολογική και γνωστική λειτουργία του οργανισμού, ως αποτέλεσμα της γήρανσης. Οι 2 θεραπείες, όταν χορηγήθηκαν μαζί, προκάλεσαν μεγάλη ανταπόκριση στη μείωση των συμπτωμάτων της GAD (π.χ. η μείωση της ανησυχίας οδήγησε σε μείωση των επιπέδων της κορτιζόλης) (Rosnick et al., 2016), ενώ παράλληλα απέτρεψαν μια πιθανή μελλοντική υποτροπή, με τα 3/4 των συμμετεχόντων στην πειραματική ομάδα να διακόπτουν τη φαρμακευτική αγωγή και να παραμένουν σε καλή κατάσταση. Ως εκ τούτου, η CBT χρησιμεύει ως θεραπεία αύξησης που ενισχύει τη θεραπεία απόκρισης και είναι κατάλληλη για χρόνια αγχώδεις ηλικιωμένους ασθενείς. Επομένως, οι ηλικιωμένοι συμμετέχοντες που έλαβαν και τις 2 μορφές θεραπείας, ήταν σε θέση να ασκήσουν περισσότερο έλεγχο και να αναπτύξουν καλύτερες στρατηγικές αντιμετώπισης (Wetherell et al., 2013), μειώνοντας έτσι τα επίπεδα κορτιζόλης στην όψιμη GAD (Rosnick et al., 2016). Την ίδια άποψη εκφράζει και η μελέτη των Hui & Zhihui, (2017) για τα θετικά αποτελέσματα που προσφέρει ο συνδυασμός των 2 παραπάνω θεραπειών, αναφέροντας ότι τόσο η CBT, όσο και η SSRI, μπορεί να είναι πιο αποτελεσματικές, από τη γνωστική συμπεριφορική θεραπεία στη δυσανεξία της αβεβαιότητάς (CBT-IU), στη μείωση της συμπτωματολογίας της GAD (Hui & Zhihui, 2017).

Στη συνέχεια, η παρούσα συστηματική ανασκόπηση ανέδειξε τον σημαντικό ρόλο που διαδραματίζει η γνωστική συμπεριφορική θεραπεία με τη χρήση της τεχνολογίας (τηλέφωνο ή διαδίκτυο) σε σύγκριση με τον παραδοσιακό τρόπο παροχής της (ατομικά ή ομαδικά) (Brenes et al., 2015; Jones et al., 2016). Η μελέτη των Brenes et al. (2015) υποστήριξε ότι η γνωστική συμπεριφορική θεραπεία μέσω τηλεφώνου ήταν αποτελεσματική στην αντιμετώπιση των

προβλημάτων ψυχικής υγείας που παρατηρούνται σε ηλικιωμένα άτομα της υπαίθρου με GAD, σε σχέση με την τηλεφωνική μη κατευθυντική υποστηρικτική θεραπεία. Η CBT-T παρουσίασε μεγάλη μείωση στις περισσότερες βαθμολογίες που χρησιμοποιήθηκαν (PSWQ, HAM-A, BDI) (Brenes et al., 2015). Παρόμοια, μια άλλη έρευνα κατέδειξε την αποτελεσματικότητα της γνωστικής συμπεριφορικής θεραπείας που παρέχεται μέσω διαδικτύου σε ηλικιωμένα άτομα με GAD. Μετά το τέλος της θεραπευτικής παρέμβασης (10 εβδομάδες), αλλά και μετά από 1 μήνα παρακολούθησης, σημαντικές αλλαγές παρατηρήθηκαν στις βαθμολογίες της ανησυχίας (PSWQ), του άγχους (GAI), της κατάθλιψης (GDS), καθώς και στη ποιότητας ζωής (WHOQOL) για τους συμμετέχοντες της πειραματικής ομάδας, ενώ παράλληλα εμφανίστηκαν μεγάλα μεγέθη επίδρασης και ύφεσης (GAD<10). Η θεραπεία επαναλήφθηκε σε άτομα που βρίσκονταν σε κατάσταση αναμονής, με αποτέλεσμα να παρατηρηθούν οι ίδιες μειώσεις (Jones et al., 2016). Επομένως, η γνωστική συμπεριφορική θεραπεία βασισμένη στη τεχνολογία ήταν αποτελεσματική διότι έδωσε τη δυνατότητα σε ηλικιωμένα άτομα να αποκτήσουν πρόσβαση στη θεραπεία ψυχικής υγείας (Brenes et al., 2015), καθώς, όπως έχει παρατηρηθεί, δυσκολεύονται να ανταπεξέλθουν στις νέες εξελίξεις που παρατηρούνται στο χώρο της τεχνολογίας, τις τελευταίες δεκαετίες (Jones et al., 2016).

Η συστηματική ανασκόπηση ανέδειξε και ένα άλλο σημαντικό στοιχείο. Για να είναι αποτελεσματική η παροχή γνωστικής συμπεριφορικής θεραπείας σε ηλικιωμένους με GAD, σημαντικό ρόλο διαδραματίζει και ο πάροχος που προσφέρει το συγκεκριμένο θεραπευτικό πρόγραμμα. Συγκεκριμένα, 2 μελέτες ανέφεραν ότι οι πάροχοι ακαδημαϊκού (BLP) και διδακτορικού επιπέδου (PLP) πρόσφεραν καλύτερα αποτελέσματα στη βελτίωση των συμπτωμάτων του άγχους (SIGH-A), της κατάθλιψης, τη σοβαρότητα της GAD (GADSS), της απνίας (ISI), αλλά και στη ποιότητα ζωής ψυχικής υγείας, όταν αυτή παρέχεται από τις ομάδες BLP και PLP (Freshour et al., 2016; Stanley et al., 2014). Στο μόνο που διαφοροποιούνται οι 2 έρευνες είναι στο χρόνο απόκρισης στη θεραπεία, με μια μελέτη να επισημαίνει ότι οι συμμετέχοντες παρατήρησαν βελτίωση στα συμπτώματά τους 6 μήνες μετά τη θεραπεία (Stanley et al., 2014), ενώ μια άλλη παρήγαγε μακροπρόθεσμες βελτιώσεις που ξεπερνούσαν τον ένα χρόνο μετά τη θεραπεία με CBT (Freshour et al., 2016). Ωστόσο, και οι 2 μελέτες συμπεραίνουν ότι είναι ανάγκη η χρήση του συγκεκριμένου θεραπευτικού προγράμματος από τους παρόχους ακαδημαϊκού και διδακτορικού επιπέδου για τη παροχή φροντίδας ψυχικής υγείας, υπό την επίβλεψη ενός αδειοδοτημένου παρόχου, αλλά και την ανάπτυξη ενός ευρύτερου εργατικού δυναμικού με επαρκή υποστήριξη από τους ειδικούς παρόχους. Αυτό θα έχει ως αποτέλεσμα τη μείωση των εμποδίων στη παροχή φροντίδας ψυχικής υγείας, την άμεση πρόσβαση στη πρωτοβάθμια περίθαλψη, αλλά και την αύξηση της εμπέλειας της περίθαλψης (Freshour et al., 2016; Stanley et al., 2014). Παράλληλα, οι πάροχοι θα πρέπει να εξετάσουν και το ενδεχόμενο αξιολόγησης των άσχημων ονείρων σε ηλικιωμένα άτομα με GAD, ώστε να αξιολογηθεί καλύτερα το άγχος και η ανησυχία τους, καθώς η χορήγηση της CBT σχετίστηκε με μείωση των ενοχλητικών ονείρων (Nadorff et al., 2014). Ως εκ τούτου, αυτός ο νέος τρόπος παροχής CBT μαζί με τη χρήση της τεχνολογίας, όπως αναφέραμε και προηγουμένως, αμφισβητεί τις παραδοσιακές ιδέες σχετικά με την παροχή υπηρεσιών, ενώ ταυτόχρονα γεφυρώνει το χάσμα αποδεικτικών στοιχείων και πρακτικής (Brenes et al., 2015; Freshour et al., 2016; Jones et al., 2016; Stanley et al., 2014).

Τέλος, οι περισσότερες μελέτες της παρούσας συστηματικής ανασκόπησης τονίζουν την ανάγκη για την ανάπτυξη και εφαρμογή νέων και αποτελεσματικών βιώσιμων μοντέλων ψυχοθεραπείας, αλλά και την ενίσχυση των ήδη υπάρχουσών ψυχοθεραπευτικών

προσεγγίσεων (CBT) όσον αφορά την αντιμετώπιση προβλημάτων ψυχικής υγείας στις πιο δημογραφικά ετερογενείς ομάδες του πληθυσμού (Brenes et al., 2015; Freshour et al., 2016; Hui & Zhihui, 2017; Jones et al., 2016; Nadorff et al., 2014; Nguyen & Chandrasekhara, 2022; Stanley et al., 2014).

2) Περιορισμοί έρευνας

Η παρούσα συστηματική ανασκόπηση υπόκειται σε ορισμένους περιορισμούς. Αρχικά, σύμφωνα με τα κριτήρια ενταξιμότητας, όλες οι έρευνες δημοσιεύτηκαν στην αγγλική γλώσσα. Ως εκ τούτου, υπήρχε η πιθανότητα να ξέφυγαν της προσοχής μας σημαντικές πληροφορίες από άλλες γλώσσες και με διαφορετικά αποτελέσματα. Στη συνέχεια, οι περισσότερες έρευνες που χρησιμοποιήθηκαν έλαβαν μέρος στην Αμερική (7 από τα 9 άρθρα). Επομένως, δεν έχουμε αρκετά στοιχεία από έρευνες άλλων χωρών για τα αποτελέσματα, αλλά και τα οφέλη που παρουσίασαν από τη χρήση της CBT στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της όψιμης GAD. Επιπλέον, ένα άλλο σημαντικό στοιχείο που περιορίσε σημαντικά την ανασκόπηση είναι η εξέταση του σχεδιασμού των συμπεριλαμβανομένων ερευνών. Συγκεκριμένα, χρησιμοποιήθηκε η κλινική δοκιμή (trials, randomized controlled trials) ως σχεδιασμός της έρευνας το οποίο, όμως, μαζί με το μικρό μέγεθος δείγματος που παρατηρήθηκε στις περισσότερες μελέτες, δεν μας επέτρεψε τη συλλογή περαιτέρω πληροφοριών για τον εντοπισμό αλλαγών στη παροχή CBT σε ηλικιωμένα άτομα με GAD, σε σύγκριση με τυχόν άλλες μελέτες (π.χ. συστηματική ανασκόπηση, μελέτη περίπτωσης ελέγχου κ.α.). Τέλος, υπήρχε μικρό εύρος βιβλιογραφίας για το ερευνητικό ερώτημα που θέσαμε στη παρούσα ανασκόπηση.

3) Προτάσεις για μελλοντική έρευνα

Σύμφωνα με τις μελέτες που αναλύθηκαν παραπάνω και τα αποτελέσματα που προέκυψαν, διαπιστώθηκε σημαντική έλλειψη στη βιβλιογραφία σχετικά με τη λεπτομερή συσχέτιση μεταξύ γενικευμένης αγχώδους διαταραχής και γνωστικής συμπεριφορικής θεραπείας σε άτομα της τρίτης ηλικίας. Γι' αυτό, λοιπόν, κρίνεται αναγκαία η δημιουργία περισσότερων προγραμμάτων παροχής CBT για τη καλύτερη και αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της GAD στη συγκεκριμένη δημογραφική ομάδα του πληθυσμού. Αυτό θα γίνει εφικτό μέσα από την αξιολόγηση της θεραπευτικής παρέμβασης, καθώς και τη μακροχρόνια παρακολούθηση των συμμετεχόντων, ώστε να διερευνηθούν τα αποτελέσματα από τη χορήγηση της, προς όφελος της σωματικής και ψυχικής υγείας, αλλά

και της ποιότητας ζωής, σε ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας με τη συγκεκριμένη μορφή αγχώδους διαταραχής.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Από τις μελέτες που αναζητήθηκαν και παρουσιάστηκαν καθ' όλη τη διάρκεια της παρούσας συστηματοποιημένης συστηματικής ανασκόπησης, υποστηρίχθηκε η θετική συσχέτιση μεταξύ γνωστικής συμπεριφορικής θεραπείας και γενικευμένης αγχώδους διαταραχής σε ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας.

Η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή αποτελεί μια από τις πιο κοινές μορφές αγχωδών διαταραχών της τρίτης ηλικίας με σημαντικές συνέπειες, τόσο στη λειτουργικότητα, όσο και στη ποιότητα ζωής, κυρίως ως προς τα συμπτώματα που εμφανίζουν καθ' όλη τη διάρκεια της νόσου. Η GAD (όπως και οι περισσότερες μορφές αγχωδών διαταραχών) αν και απαντώνται λιγότερο συχνά στους ηλικιωμένους σε σχέση με τους νεότερους ενήλικες αποτελούν συχνές καταστάσεις, με τη συγκεκριμένη ηλικιακή ομάδα να απασχολεί τις ιατρικές υπηρεσίες για συμπτώματα ανησυχίας και άγχους.

Η γνωστική συμπεριφορική θεραπεία είναι μια σημαντική ψυχοθεραπευτική παρέμβαση που χρησιμοποιείται για την αντιμετώπιση διαφόρων ψυχικών καταστάσεων. Έχει σχεδιαστεί για να τροποποιήσει τις δυσλειτουργικές σκέψεις, συναισθήματα και συμπεριφορές ενός ατόμου για ένα γεγονός ή μια κατάσταση που βιώνει στη ζωή του. Η CBT ,μέσα από τη συστηματική ανασκόπηση, πρόσφερε ευεργετικά αποτελέσματα στη μείωση των συμπτωμάτων του άγχους και της ανησυχίας σε ηλικιωμένα άτομα με τη συγκεκριμένη μορφή αγχώδους διαταραχής, με σημαντικά οφέλη στη σωματική και ψυχική υγεία, καθώς και στη ποιότητας ζωής τους. Εκτός των άλλων, παρουσιάστηκαν χρήσιμες και αποτελεσματικές στρατηγικές, τόσο στους ασθενείς ,όσο και στους παρόχους για την επίτευξη και διατήρηση βέλτιστης ανταπόκρισης στη γενικευμένη αγχώδη διαταραχή, μέσα από τη χορήγηση θεραπευτικών προγραμμάτων CBT.

Παρόλο αυτά, στην έρευνα που πραγματοποιήθηκε διαπιστώθηκε σημαντική έλλειψη στο βιβλιογραφικό κομμάτι ως προς το ερευνητικό ερώτημα που τέθηκε καθ' όλη τη διάρκεια της μελέτης μας. Γι' αυτό ,λοιπόν, είναι επιτακτική ανάγκη για πρόσθετες κλινικές μελέτες ως προς τη δοκιμή νέων και αποτελεσματικών βιώσιμων μοντέλων περίθαλψης, η δημιουργία περισσότερων προγραμμάτων παροχής CBT ,αλλά και η επικύρωσή τους σε μεγαλύτερα

δείγματα, για τη καλύτερη και αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της GAD στη συγκεκριμένη δημογραφική ομάδα του πληθυσμού.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

- Αβεντσιάν-Παγοροπούλου, Α. (2019). *ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ* (2nd ed.). GUTENBERG.
- Κάπτουλας, Ε., Υγιεινής, Ε. Π. Ι. Ψ., & Αθηνών, Ψ. Κ. Π. (2010). *Αγχώδεις διαταραχές και πανικός*.
- Κουφογιάννη, Π. Θ. (2016). *ΕΚΠΑΙΔΕΥΟΝΤΑΣ ΘΕΟΛΟΓΟΥΣ ΣΤΗ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ ΤΗ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ* (3rd ed.). ΓΡΗΓΟΡΗ.
- Λύκουρας, Λ., Πολίτης, Α., Γουρνέλλης, Ρ., & Μαΐλλης, Α. (2011). Στοιχεία Ψυχογηριατρικής. ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις.
- Μαλικιώση-Λοΐζου, Μ. (2017). *ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ*. Πεδίο.
- Πάσχος, Κ., Μαλλιαρού, Μ., & Μπαμίδης, Π. (2016). Η γήρανση του πληθυσμού πρόκληση για τα συστήματα υγείας και κοινωνικής πρόνοιας-Μέθοδοι υποστήριξης της ενεργού γήρανσης. *Scientific Chronicles/Epistimonika Chronika*, 21(1).
- Ρούπα, Ζ., Τάτσιου, Ι., Τσικλιτάρα, Α., Koulouri, Α., Νίκας, Μ., Μπισκίνη, Ι., & Σωτηροπούλου, Π. (2009). *Άγχος και κατάθλιψη σε ομάδα ηλικιωμένων ατόμων στην κοινότητα*.
- Tsitsigkos, S. (2021). *ΑΓΧΟΣ*.
- Χουντουμάδη, Α., & Πατεράκη, Λ. (2008). *Λεξικό Ψυχολογίας*. ΤΟΠΟΣ (ΜΟΤΙΒΟ ΕΚΔΟΤΙΚΗ).
- American Psychiatric Association, D., & Association, A. P. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: *DSM-5* (Vol. 5, Issue 5). American psychiatric association Washington, DC.
- American Psychological Association. (2022). What's the difference between stress and anxiety? Retrieved from Apa.org website: <https://www.apa.org/topics/stress/anxiety-difference>
- Barton, S., Karner, C., Salih, F., Baldwin, D. S., & Edwards, S. J. (2014). Clinical effectiveness of interventions for treatment-resistant anxiety in older people; a systematic review. *Health Technology Assessment*, 18(50), 1–60.
- Beaudreau, S. A., Gould, C. E., Kolderup, S. S., & Mashal, N. (2020). Anxiety and its disorders in old age. In *Handbook of Mental Health and Aging* (pp. 121–134). Elsevier.
- Beck Institute. (2018). Understanding CBT. Retrieved from Beck Institute website: <https://beckinstitute.org/about/understanding-cbt/>

- Bhattacharya, L., Chaudari, B., Saldanha, D., & Menon, P. (2013). Cognitive behavior therapy. *Medical Journal of Dr. DY Patil University*, 6(2), 132–138.
- Brenes, G. A., Danhauer, S. C., Lyles, M. F., Hogan, P. E., & Miller, M. E. (2015). Telephone-delivered cognitive behavioral therapy and telephone-delivered nondirective supportive therapy for rural older adults with generalized anxiety disorder: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 72(10), 1012–1020.
- Chand, S. P., & Marwaha, R. (2022). Anxiety. Retrieved from PubMed website: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470361/>
- Crocco, E. A., Jaramillo, S., Cruz-Ortiz, C., & Camfield, K. (2017). Pharmacological management of anxiety disorders in the elderly. *Current Treatment Options in Psychiatry*, 4, 33–46.
- da Costa, J. P., Vitorino, R., Silva, G. M., Vogel, C., Duarte, A. C., & Rocha-Santos, T. (2016). A synopsis on aging—Theories, mechanisms and future prospects. *Ageing Research Reviews*, 29, 90–112.
- Desousa, A. (2014). Psychology of Old Age: A Holistic Review. *Ind J Appl Res.*
- Diaconu, L. (2015). Ageing population: comparative analysis among European Union states. *CES Working Papers*, 7(1), 50–59.
- Eurostat (2020). Ageing europe - statistics on population developments - statistics explained. Retrieved from ec.europa.eu website: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Ageing_Europe_-_statistics_on_population_developments#Older_people_.E2.80.94_population_overview
- Eurostat (2023). Population structure and ageing - Statistics Explained. Retrieved from ec.europa.eu website: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Population_structure_and_ageing#The_share_of_elderly_people_continues_to_increase
- Fagan, H. A., & Baldwin, D. S. (2023). Pharmacological Treatment of Generalised Anxiety Disorder: Current Practice and Future Directions. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 1–14.
- Freshour, J. S., Amspoker, A. B., Yi, M., Kunik, M. E., Wilson, N., Kraus-Schuman, C., Cully, J. A., Teng, E., Williams, S., & Masozera, N. (2016). Cognitive behavior therapy for late-life generalized anxiety disorder delivered by lay and expert providers has lasting benefits. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 31(11), 1225–1232.
- Gonçalves, D. C., Pachana, N. A., & Byrne, G. J. (2011). Prevalence and correlates of generalized anxiety disorder among older adults in the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being. *Journal of Affective Disorders*, 132(1–2), 223–230.
- He, W., Goodkind, D., & Kowal, P. R. (2016). *An aging world: 2015*. United States Census Bureau Washington, DC.
- Hoyer, J., van der Heiden, C., & Portman, M. E. (2011). Psychotherapy for generalized anxiety disorder. *Psychiatric Annals*, 41(2), 87–94.
- Hui, C., & Zhihui, Y. (2017). Group cognitive behavioral therapy targeting intolerance of uncertainty: a randomized trial for older Chinese adults with generalized anxiety disorder. *Ageing & Mental Health*, 21(12), 1294–1302.

- Ismail, Z., Ahmad, W. I. W., Hamjah, S. H., & Astina, I. K. (2021). The impact of population ageing: A review. *Iranian Journal of Public Health*, 50(12), 2451.
- Jabbar, A. (2021). *BOOK (BIOLOGICAL & PHYSIOLOGICAL CONCEPT OF AGING)*.
- Jones, S. L., Hadjistavropoulos, H. D., & Soucy, J. N. (2016). A randomized controlled trial of guided internet-delivered cognitive behaviour therapy for older adults with generalized anxiety. *Journal of Anxiety Disorders*, 37, 1–9.
- Kanasi, E., Ayilavarapu, S., & Jones, J. (2016). The aging population: demographics and the biology of aging. *Periodontology 2000*, 72(1), 13–18.
- Kehoe, W. A. (2017). Generalized anxiety disorder. *ASCAP*. <https://doi.org/10.1093/med/9780199937905.003.2>.
- Massachusetts General Hospital. (2016). *Massachusetts general hospital comprehensive clinical psychiatry (Second)*. Elsevier.
- Mizuno, A., & Andreescu, C. (2019). *Anxiety in Late-Life*. Retrieved from https://www.upmcpphysicianresources.com/-/media/physicianresources/pdf-publications/psychiatry/synergies--fall-2019_final.pdf?la=en
- Munir, S., & Takov, V. (2022). Generalized anxiety disorder . Retrieved from National Library of Medicine website: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441870/>
- Nadorff, M. R., Porter, B., Rhoades, H. M., Greisinger, A. J., Kunik, M. E., & Stanley, M. A. (2014). Bad dream frequency in older adults with generalized anxiety disorder: prevalence, correlates, and effect of cognitive behavioral treatment for anxiety. *Behavioral Sleep Medicine*, 12(1), 28–40.
- Nguyen, J., & Chandrasekhara, S. (2022). Cognitive Behavior Therapy for Generalized Anxiety Disorder Among Older Adults in Primary Care: A Randomized Clinical Trial. In *Essential Reviews in Geriatric Psychiatry* (pp. 67–71). https://doi.org/10.1007/978-3-030-94960-0_12
- Nilsson, J. (2019). *Generalized anxiety disorder (GAD) and anxiety symptoms in older adults*.
- Orimo, H., Ito, H., Suzuki, T., Araki, A., Hosoi, T., & Sawabe, M. (2006). Reviewing the definition of “elderly.” *Geriatrics & Gerontology International*, 6(3), 149–158.
- Palazzolo, J. (2015). Cognitive-behavioral therapy for depression and anxiety in the elderly. *Ann Depress Anxiety*, 2(6), 1063.
- Partridge, L., Deelen, J., & Slagboom, P. E. (2018). Facing up to the global challenges of ageing. *Nature*, 561(7721), 45–56.
- Penninx, B. W. J. H., Pine, D. S., Holmes, E. A., & Reif, A. (2021). Anxiety disorders. *The Lancet*, 397(10277), 914–927. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00359-7](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00359-7)
- Perrotta, G. (2019). Anxiety disorders: definitions, contexts, neural correlates and strategic therapy. *J Neur Neurosci*, 6(1), 042.
- Pomerleau, V. J., Sekhon, H., Bajsarowicz, P., Demoustier, A., Rej, S., & Myhr, G. (2023). Do older adults respond to cognitive behavioral therapy as well as younger adults? An analysis of a large, multi-diagnostic, real-world sample. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 38(6), e5953.

- Rosnick, C. B., Wetherell, J. L., White, K. S., Andreescu, C., Dixon, D., & Lenze, E. J. (2016). Cognitive-behavioral therapy augmentation of SSRI reduces cortisol levels in older adults with generalized anxiety disorder: A randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 84*(4), 345.
- Saunders, R., Buckman, J. E. J., Stott, J., Leibowitz, J., Aguirre, E., John, A., Lewis, G., Cape, J., & Pilling, S. (2021). Older adults respond better to psychological therapy than working-age adults: evidence from a large sample of mental health service attendees. *Journal of Affective Disorders, 294*, 85–93.
- Scherbov, S., & Sanderson, W. (2019). *New Measures of Population Ageing*. https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/undp_egm_201902_s1_sergeischerbov.pdf
- Shri, R. (2010). Anxiety: causes and management. *The Journal of Behavioral Science, 5*(1), 100–118.
- Stanley, M. A., Wilson, N. L., Amspoker, A. B., Kraus-Schuman, C., Wagener, P. D., Calleo, J. S., Cully, J. A., Teng, E., Rhoades, H. M., & Williams, S. (2014). Lay providers can deliver effective cognitive behavior therapy for older adults with generalized anxiety disorder: a randomized trial. *Depression and Anxiety, 31*(5), 391–401.
- Tampi, R. R., Tampi, D. J., Boyle, L. L., & Springerlink. (2018). *Psychiatric Disorders Late in Life : A Comprehensive Review*. Springer International Publishing.
- Tao, T. J., Lim, T. K., Yeung, E. T. F., Liu, H., Shris, P. B., Ma, L. K. Y., Lee, T. M. C., & Hou, W. K. (2023). Internet-based and mobile-based cognitive behavioral therapy for chronic diseases: a systematic review and meta-analysis. *NPJ Digital Medicine, 6*(1), 80.
- Teater, B. (2013). Cognitive Behavioural Therapy (CBT). *The Blackwell Companion to Social Work, 423–427*.
- (UK, N. C. C. for M. H. (2011). *Generalised anxiety disorder in adults: management in primary, secondary and community care*.
- Ünal, E., & Özdemir, A. (2019). Old Age and Aging. *Recent Studies in Health Sciences, 414*
- UNHCR (2020). Older persons. Retrieved from UNHCR website: <https://emergency.unhcr.org/protection/persons-risk/older-persons>
- United Nations (2019). Global Issues: Ageing. Retrieved from United Nations website: <https://www.un.org/en/global-issues/ageing>
- Verdurmen, M. J., Videler, A. C., Kamperman, A. M., Khasho, D., & van der Feltz-Cornelis, C. M. (2017). Cognitive behavioral therapy for somatic symptom disorders in later life: a prospective comparative explorative pilot study in two clinical populations. *Neuropsychiatric Disease and Treatment, 2331–2339*.
- Wetherell, J. L., Petkus, A. J., White, K. S., Nguyen, H., Kornblith, S., Andreescu, C., Zisook, S., & Lenze, E. J. (2013). Antidepressant medication augmented with cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder in older adults. *American Journal of Psychiatry, 170*(7), 782–789.
- Wilmoth, J. R., Bas, D., Mukherjee, S., & Hanif, N. (2023). *World social report 2023: Leaving no one behind in an ageing world*. UN.
- Wold, G. H. (2013). *Basic geriatric nursing-E-book*. Elsevier Health Sciences.

- Wolitzky-Taylor, K. B., Castriotta, N., Lenze, E. J., Stanley, M. A., & Craske, M. G. (2010). Anxiety disorders in older adults: a comprehensive review. *Depression and Anxiety*, 27(2), 190–211.
- World Health Organization (2022). Ageing and Health. Retrieved from World Health Organization website: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- World Health Organization. (2023). Anxiety disorders. Retrieved from www.who.int website: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/anxiety-disorders>
- Wuthrich, V. M., & Rapee, R. M. (2013). Randomised controlled trial of group cognitive behavioural therapy for comorbid anxiety and depression in older adults. *Behaviour Research and Therapy*, 51(12), 779–786.
- Yarze, N., & Rounds, G. G. (2021). *Anxiety in Older Adults*.