

ΕΙΔΙΚΟ ΑΡΘΡΟ SPECIAL ARTICLE

Ο ψυχογηριατρικός ασθενής στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (ΠΦΥ) είναι η μοναδική δυνατότητα θεραπείας των ψυχικών διαταραχών για πολλούς ηλικιωμένους. Η κατάθλιψη στους ηλικιωμένους μπορεί να έχει λιγότερο χαρακτηριστικά συμπτώματα, όπως άτυπα σωματικά ενοχλήματα και διαταραχές μνήμης, που δυσχεραίνουν τη διάγνωση. Οι ηλικιωμένοι αναπτύσσουν συχνά ψυχωτικά συμπτώματα, συνήθως στο πλαίσιο ενός νευροψυχιατρικού συνδρόμου, όπως η άνοια, ή σε έδαφος μιας γενικής ιατρικής κατάστασης. Οι διάφορες μορφές άνοιας, κυρίως από νόσο Alzheimer και αγγειακής αιτιολογίας, είναι συχνές στους υπερηλικες και πρέπει να διακριθούν από άλλες καταστάσεις, όπως η κατάθλιψη και η ήπια γνωστική διαταραχή. Το delirium είναι ένα σύνδρομο πολυπαραγοντικής αιτιολογίας, με κύρια χαρακτηριστικά την οξεία έναρξη και τη διαταραχή του επιπέδου συνείδησης και προσοχής. Η θεραπεία είναι κυρίως αιτιολογική. Η χορήγηση των ψυχιατρικών φαρμάκων σε ηλικιωμένους ασθενείς μπορεί να γίνει με ασφάλεια, αλλά απαιτεί προσεκτική παρακολούθηση. Για τη θεραπεία των ψυχωτικών συμπτωμάτων προτιμώνται τα δεύτερης γενιάς ή άτυπα αντιψυχωτικά, ενώ γενικά στους ηλικιωμένους πρέπει να αποφεύγονται τα κατασταλτικά φάρμακα, τα φάρμακα με αντιχολινεργική δράση και οι βενζοδιαζεπίνες. Στην Ελλάδα, οι έρευνες δείχνουν ότι σημαντικό ποσοστό των ηλικιωμένων εμφανίζουν καταθλιπτικά συμπτώματα. Οι γενικοί ιατροί στη χώρα μας μπορούν, έπειτα από κατάλληλη εκπαίδευση, να αναγνωρίσουν ορισμένες από τις ψυχικές διαταραχές στους ηλικιωμένους. Στις περιοχές της περιφέρειας, η συνεργασία των κινητών μονάδων ψυχικής υγείας με το προσωπικό της ΠΦΥ μπορεί να συμβάλει ουσιαστικά στη διάγνωση και στη θεραπεία των ψυχογηριατρικών συνδρόμων.

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παράταση του προσδόκιμου επιβίωσης και η διαρκής γήρανση του πληθυσμού συνιστά πρόκληση για τα συστήματα υγείας διεθνώς. Το γήρας συνοδεύεται από έκπτωση των φυσιολογικών λειτουργιών του οργανισμού και από μεταβολές της κοινωνικής και της οικονομικής κατάστασης των ηλικιωμένων. Η έκπτωση της όρασης, της ακοής, ακόμη και της γνωστικής λειτουργίας μπορεί να επηρεάζει την καθημερινότητα του ηλικιωμένου ατόμου και να μειώνει τη λειτουργικότητά του. Ακόμη, ζητήματα όπως η συνταξιοδότηση, η απομόνωση και η απώλεια αγαπημένων προσώπων επιβαρύνουν περαιτέρω τους ηλικιωμένους.¹

Η μεγάλη αύξηση του αριθμού των ηλικιωμένων κατά τις τελευταίες δεκαετίες ανέδειξε τη σημασία της διάγνωσης και της θεραπείας των ψυχικών διαταραχών στον ευάλωτο αυτόν πληθυσμό. Διάφορες μελέτες έχουν δείξει ότι το κόστος της ψυχικής νοσηρότητας στους ηλικιωμένους είναι

μεγάλο και αφορά τόσο στην επιβάρυνση του συστήματος υγείας από ιατρικές επισκέψεις, νοσηλείες και θεραπευτικές αγωγές, όσο και στην επιβάρυνση των φροντιστών.² Για παράδειγμα, τα νέα περιστατικά των σχετιζόμενων με την ηλικία νευροψυχιατρικών συνδρόμων, όπως η άνοια, έχουν αυξηθεί πολύ τα τελευταία έτη και αναμένεται να συνεχίσουν να αυξάνονται.³ Υπάρχει μια εκτεταμένη βιβλιογραφία σχετικά με την ψυχολογική καταπόνηση και την οικονομική επιβάρυνση των φροντιστών των ασθενών με άνοια.⁴ Από τα παραπάνω είναι εμφανές ότι η παροχή ποιοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας στους ηλικιωμένους είναι μια διαρκής ανάγκη. Παρ' όλα αυτά, έχει διαπιστωθεί ότι η μεγάλη ηλικία σχετίζεται με καθυστέρηση ή και αποτυχία πρόσβασης σε εξειδικευμένες υπηρεσίες ψυχικής υγείας.⁵ Συνεπώς, ο ρόλος της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (ΠΦΥ), όπου απευθύνονται αρχικά όλοι οι ασθενείς, μπορεί να είναι ουσιαστικός στη διάγνωση και στη θεραπεία των ψυχογηριατρικών συνδρόμων. Εξ άλλου, υπάρχουν ισχυρές

ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 2020, 37(6):821-831
ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE 2020, 37(6):821-831

Β. Περιτογιάννης,¹
Χ. Ληξουριώτης²

¹Εταιρεία Προαγωγής Ψυχικής Υγείας
Ηπείρου, Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας
Ιωαννίνων-Θεσπρωτίας, Ιωάννινα
²Γενικό Νοσοκομείο Λιβαδιάς, Κέντρο
Υγείας Διστόμου, Λιβαδιά

The psychogeriatric patient
in the primary health care setting

Abstract at the end of the article

Λέξεις ευρετηρίου

Άνοια
Delirium
Κατάθλιψη
Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας
Ψυχογηριατρικά σύνδρομα
Ψυχωτικά συμπτώματα

Υποβλήθηκε 25.5.2020
Εγκρίθηκε 20.6.2020

ενδείξεις ότι η επικράτηση των ψυχικών διαταραχών στους ασθενείς που εξετάζονται στην πρωτοβάθμια περίθαλψη είναι υψηλή.⁶ Φαίνεται μάλιστα ότι ακόμη και συχνές ψυχικές διαταραχές υποδιαγιγνώσκονται και δεν λαμβάνουν την απαιτούμενη θεραπεία από τους ιατρούς της ΠΦΥ.⁷

Ο σκοπός του παρόντος άρθρου είναι η ανάδειξη των προκλήσεων στη διάγνωση και στη θεραπεία των ψυχικών διαταραχών σε ηλικιωμένους ασθενείς στο επίπεδο της ΠΦΥ. Επίσης, να προτείνει ορισμένες πρακτικές οδηγίες για τη διαχείριση τέτοιων περιστατικών.

2. ΣΥΝΗΘΗ ΝΕΥΡΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΑ ΣΥΝΔΡΟΜΑ ΣΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ

2.1. Κατάθλιψη

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), η κατάθλιψη αποτελεί μια από τις κυριότερες αιτίες πρόκλησης αναπηρίας παγκοσμίως.⁸ Η κατάθλιψη είναι μια υποτροπιάζουσα νόσος με υψηλή επικράτηση ζωής (έως 14,6% στις χώρες με υψηλό εισόδημα), που προσβάλλει με διπλάσια συχνότητα τις γυναίκες και συνήθως έχει έναρξη σε νεαρή ηλικία.⁹ Τα χαρακτηριστικά συμπτώματα της κατάθλιψης είναι το καταθλιπτικό συναίσθημα και η απώλεια ενδιαφέροντος ή ευχαρίστησης (ανηδονία). Άλλα συμπτώματα είναι οι διαταραχές της όρεξης (ανορεξία ή αύξηση της όρεξης) και του ύπνου (αϋπνία και σπανιότερα υπερυπνία). Οι καταθλιπτικοί ασθενείς μπορεί να εμφανίσουν ψυχοκινητική διέγερση ή επιβράδυνση, καθώς και απώλεια ενεργητικότητας και εύκολη κόπωση. Γνωστικά συμπτώματα μπορεί να παρατηρηθούν, με τη μορφή της μειωμένης ικανότητας σκέψης ή συγκέντρωσης. Οι ασθενείς πιθανόν να αισθάνονται ανάξιοι ή υπερβολικά ένοχοι για ασήμαντα πράγματα, ενώ στις πλέον σοβαρές περιπτώσεις αναπτύσσονται σκέψεις θανάτου και αυτοκτονικός ιδεασμός.¹⁰

Ως γηριατρική κατάθλιψη ή, αλλιώς, κατάθλιψη της τρίτης ηλικίας (late-life depression) χαρακτηρίζεται η εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων για πρώτη φορά σε ηλικία >60 ετών.¹¹ Οι δημογραφικοί παράγοντες που καθιστούν έναν ηλικιωμένο ευάλωτο να αναπτύξει καταθλιπτικά συμπτώματα είναι το φύλο (γυναίκες), η πολύ μεγάλη ηλικία (>80 ετών) και η μοναξιά/χρηρεία. Ακόμη έχουν αναφερθεί παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με τον τρόπο ζωής, όπως κακή διατροφή, κάπνισμα και κατάχρηση οιοπνεύματος/ουσιών. Στους ιατρικούς παράγοντες που σχετίζονται με την κατάθλιψη των ηλικιωμένων συγκαταλέγονται η κακή σωματική υγεία, η πολυφαρμακία, το σύνδρομο ευπάθειας (frailty), τα νευροεκφυλιστικά νοσήματα και τα αγγειακά συμβάματα.^{11,12} Στην ανάπτυξη κατάθλιψης συμμετέχουν επίσης ψυχοπαιστικοί παράγοντες, όπως ο κοινωνικός

αποκλεισμός, οι οικονομικές δυσκολίες, οι απώλειες οικείων και φίλων και η ιδρυματοποίηση.¹²

Οι ηλικιωμένοι συχνά εμφανίζουν λίγα από τα χαρακτηριστικά καταθλιπτικά συμπτώματα, που όμως προκαλούν μεγάλη υποκειμενική δυσφορία και σημαντική νοσηρότητα.¹³ Σε άλλες, πιο σοβαρές περιπτώσεις, η κατάθλιψη μπορεί να εκδηλώνεται με μελαγχολικά συμπτώματα, όπως επίμονη ανηδονία δίχως αντιδραστικότητα του συναισθήματος, πρῶιμη αφύπνιση, ανορεξία και απώλεια σωματικού βάρους, ψυχοκινητική επιβράδυνση ή διέγερση και αίσθημα ενοχής. Στις πιο βαριές περιπτώσεις αναπτύσσονται ψυχωτικά συμπτώματα, όπως παραληρητικές ιδέες ή ακουστικές ψευδαισθήσεις, συνήθως με περιεχόμενο σχετικό με θάνατο, ασθένειες, ενοχή, καταστροφή κ.λπ.¹⁰ Επίσης, στους ηλικιωμένους είναι συχνές οι άτυπες κλινικές εικόνες των καταθλιπτικών συνδρόμων, με επικράτηση σωματικών αιτιάσεων, που αφορούν σε πόνους στις αρθρώσεις, μυϊκούς πόνους, κοιλιακό άλγος, οσφυαλγία, κεφαλαλγία και άλλους ακαθόριστους και διάχυτους πόνους. Τέτοιες φύσης σωματικά συμπτώματα ενδέχεται να προκαλέσουν διαφοροδιαγνωστικά διλήμματα και να οδηγήσουν σε επανειλημμένες, περιττές ιατρικές επισκέψεις και εργαστηριακές εξετάσεις.¹⁴ Εξ άλλου, η συσχέτιση του χρόνιου πόνου με την κατάθλιψη των ηλικιωμένων είναι τεκμηριωμένη και εκτιμάται ότι 13% των ηλικιωμένων υποφέρουν ταυτόχρονα από τις δύο καταστάσεις.¹⁵ Επί πλέον, η κατάθλιψη αναπτύσσεται συχνά σε έδαφος χρόνιων νοσημάτων, όπως καρδιαγγειακά νοσήματα, νευρολογικά νοσήματα, ρευματικά νοσήματα και σακχαρώδη διαβήτη.^{11,12,16}

Σε ορισμένες περιπτώσεις το κύριο ενόχλημα των ηλικιωμένων με κατάθλιψη είναι οι αναφερόμενες διαταραχές μνήμης και η γνωστική έκπτωση. Θεωρείται ότι σε τέτοιες περιπτώσεις υπάρχει διαταραχή της συγκέντρωσης, δυσκολία στην επεξεργασία πληροφοριών και εκτελεστική δυσλειτουργία.¹⁶ Μια τέτοια κλινική εικόνα συχνά περιγράφεται με τον όρο «ψευδοάνοια της κατάθλιψης», είναι συχνότερη σε ηλικιωμένους παρά σε νεότερους καταθλιπτικούς ασθενείς και, ειδικά όταν συνυπάρχουν ψυχωτικά συμπτώματα, θα πρέπει να διακριθεί από την άνοια.¹⁷ Αξίζει πάντως να σημειωθεί ότι η κατάθλιψη με τέτοια γνωρίσματα αποτελεί παράγοντα κινδύνου για μετέπειτα ανάπτυξη άνοιας.¹⁶

Οι διαθέσιμες φαρμακευτικές θεραπείες για την κατάθλιψη των ηλικιωμένων μπορούν να χορηγηθούν με επιτυχία στο πλαίσιο της ΠΦΥ, όπως θα αναφερθεί στη συνέχεια. Ορισμένοι ασθενείς, ωστόσο, χρειάζεται να παραπεμφθούν για περισσότερο εξειδικευμένη ψυχιατρική φροντίδα. Λόγοι παραπομπής είναι τα επίμονα, παρά τη θεραπεία, καταθλιπτικά συμπτώματα, η σοβαρή παραμέληση εαυτού, η εκδήλωση συμπτωμάτων μανίας, τα ψυχωτικά συμπτώματα,

ο αυτοκτονικός ιδεασμός και η προτίμηση των ασθενών για μη φαρμακευτικές θεραπείες.¹⁷

2.2. Ο ηλικιωμένος ασθενής με ψυχωτικά συμπτώματα

Μια ψυχωτικού τύπου διαταραχή μπορεί να περιλαμβάνει πλήθος συμπτωμάτων που προκαλούν σημαντική ενόχληση στους ασθενείς και παρεμβαίνουν στην καθημερινή τους λειτουργικότητα.¹⁸ Στους ηλικιωμένους τα πλέον χαρακτηριστικά ψυχωτικά συμπτώματα είναι οι παραληρητικές ιδέες και οι ψευδαισθήσεις (πίν. 1).

Οι ψυχώσεις διακρίνονται σε πρωτοπαθείς, όπως η σχιζοφρένεια και δευτεροπαθείς, που θεωρείται ότι οφείλονται σε υποκείμενη νευρολογική νόσο ή γενική ιατρική κατάσταση. Αν και τα συμπτώματα είναι ταυτόσημα, η διάκριση μεταξύ πρωτοπαθών και δευτεροπαθών ψυχώσεων μπορεί να γίνει με βάση τις διαφορές που περιγράφονται

στον πίνακα 2. Οι κυριότερες διαγνώσεις που σχετίζονται με εκδήλωση ψυχωτικών συμπτωμάτων σε ηλικιωμένους οι οποίοι προσέρχονται για εξέταση είναι η άνοια, το καταθλιπτικό επεισόδιο με ψυχωτικά στοιχεία, το delirium, ορισμένες γενικές ιατρικές καταστάσεις, το επεισόδιο μανίας με ψυχωτικά στοιχεία, η ψύχωση από ουσίες, η παραληρητική διαταραχή και η σχιζοφρένεια.²² Η συχνότερη διάγνωση που σχετίζεται με την εμφάνιση ψυχωτικών συμπτωμάτων είναι η άνοια. Σε ορισμένες περιπτώσεις τα ψυχωτικά συμπτώματα εμφανίζονται αρκετά χρόνια πριν από τη γνωστική έκπτωση.²³ Σε περίπτωση νεοεμφανιζόμενων ψυχωτικών συμπτωμάτων σε ηλικιωμένους απαιτείται διαφορική διάγνωση για τον καθορισμό του κλινικού συνδρόμου και τον αποκλεισμό οργανικών αιτιών. Μεταβολικές διαταραχές, όπως έλλειψη βιταμίνης Β₁₂ και φυλλικού οξέος, ηλεκτρολυτικές διαταραχές, ηπατική εγκεφαλοπάθεια και ανοξία/υποξία μπορεί να προκαλέσουν ψυχωτικά συμ-

Πίνακας 1. Χαρακτηριστικά ψυχωτικά συμπτώματα σε ηλικιωμένους.^{19,20}

Σύμπτωμα	Περιεχόμενο
Παραληρητικές ιδέες: πρόκειται για ακλόνητες, εσφαλμένες πεποιθήσεις τις οποίες δεν συμμερίζονται οι άλλοι. Το άτομο δεν πείθεται για το εσφαλμένο των πεποιθήσεών του παρά τις αποδείξεις που προσκομίζονται. Δεν αξιολογούνται όταν αναπτύσσονται σε ιδιαίτερο πολιτισμικό ή θρησκευτικό πλαίσιο	Δίωξης: κάποιος θέλει να βλάψει τον ασθενή Απιστίας (παθολογική ζήλια): ο(η) σύζυγος ή σύντροφος του ασθενούς είναι άπιστος(η) Σωματικές: παραληρητικές πεποιθήσεις σχετικές με τη λειτουργία του σώματος του ασθενούς Φτώχειας: Ο ασθενής έχει καταστραφεί οικονομικά και είναι πάμφτωχος Αυτομομφής: Ο ασθενής πιστεύει ότι είναι ένοχος. Μπορεί να κατηγορεί τον εαυτό του για ασημαντα λάθη του παρελθόντος Μηδενιστικές: Οι άλλοι, ο ίδιος ο ασθενής ή ο κόσμος δεν υφίστανται ή πρόκειται να καταστραφούν
Παραληρητικές ιδέες σχετικές με τις λειτουργίες του σώματος, ιδέες φτώχειας, αυτομομφής και μηδενιστικές αναπτύσσονται συνήθως στο πλαίσιο ενός σοβαρού καταθλιπτικού επεισοδίου	
Οι παραληρητικές ιδέες περί απιστίας μπορεί να οδηγήσουν σε βίαιη συμπεριφορά	
Ψευδαισθήσεις: αντιληπτικές διαταραχές που αφορούν σε αισθητικά βιώματα τα οποία παράγονται εντός του κεντρικού νευρικού συστήματος και δεν προκαλούνται από εξωτερικά ερεθίσματα	Μπορεί να αφορούν σε οποιαδήποτε μορφή της αισθητικότητας (ακουστικές, οπτικές, απτικές, οσφρητικές, γευστικές) Στους ηλικιωμένους είναι συχνές οι οπτικές ψευδαισθήσεις Οι οπτικές ψευδαισθήσεις είναι συχνές στη νόσο του Parkinson Οι ανοϊκοί ασθενείς μπορεί να αντιλαμβάνονται άτομα να εισβάλλουν στο σπίτι τους Ένας βαριά καταθλιπτικός ηλικιωμένος μπορεί να έχει ακουστικές ψευδαισθήσεις που τον καταδικάζουν ή τον παροτρύνουν να αυτοκτονήσει

Πίνακας 2. Διαφορές πρωτοπαθών και δευτεροπαθών ψυχωτικών διαταραχών.²¹

	Πρωτοπαθείς ψυχώσεις	Δευτεροπαθείς (οργανικές) ψυχώσεις
Ηλικία έναρξης	Συνήθως <40 ετών	Έναρξη σε μεγαλύτερες ηλικίες
Συμπτώματα	Πιο συχνές οι ακουστικές ψευδαισθήσεις	Πιο συχνές οι οπτικές ψευδαισθήσεις
Οικογενειακό ιστορικό ψυχωτικής διαταραχής	Συχνά υπάρχει	Μπορεί να μην υπάρχει
Σχέση με υποκείμενο οργανικό νόσημα	Δεν υπάρχει σχέση	Χρονική συσχέτιση μεταξύ της οργανικής νόσου και της εκδήλωσης των ψυχωτικών συμπτωμάτων. Τα συμπτώματα υποχωρούν με τη θεραπεία της οργανικής κατάστασης

πτώματα. Σε άλλες περιπτώσεις η αιτία είναι μια λοίμωξη, όπως μηνιγγίτιδα, εγκεφαλίτιδα, νευροσύφιλη ή πνευμονία. Ψυχωτικά συμπτώματα ενίοτε αναπτύσσονται στο πλαίσιο νευρολογικών παθήσεων, όπως νόσος του Parkinson, επιληψία του κροταφικού λοβού, υποσκληρίδιο αιμάτωμα, αγγειακά εγκεφαλικά συμβάματα, πολλαπλή σκλήρυνση, εγκεφαλίτιδα μεταιχμιακού συστήματος και όγκοι του εγκεφάλου. Καταστάσεις που προσβάλλουν πολλά όργανα, όπως παρανεοπλασματικά σύνδρομα, συστηματικός ερυθματώδης λύκος και διάφορες αγγειίτιδες, ενδέχεται να αποτελέσουν αίτια εμφάνισης ψυχωτικών συμπτωμάτων επί εγκεφαλικής προσβολής. Τέλος, ψυχωτικά συμπτώματα μπορεί να προκληθούν από ενδοκρινολογικές παθήσεις, όπως υπερ-, υποθυρεοειδισμός, υπερ-, υπογλυκαιμία και νόσοι των επινεφριδίων.²⁴

Σ' ό,τι αφορά στους ηλικιωμένους ασθενείς με πρωτοπαθείς ψυχωτικές διαταραχές με έναρξη σε μικρότερη ηλικία, συνήθως επισκέπτονται την ΠΦΥ για ανανέωση των ιατρικών συνταγών. Οι εν λόγω ασθενείς είναι πολύ πιθανό να πάσχουν από μη διαγνωσμένο σωματικό νόσημα και να μην υποβάλλονται σε προληπτικές ιατρικές εξετάσεις.²⁵ Εξ άλλου, το προσδόκιμο επιβίωσης των ψυχωτικών ασθενών είναι σημαντικά μικρότερο σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό, με κύρια αιτία θανάτου τα καρδιαγγειακά νοσήματα.²⁶ Διάφορες μελέτες υποστηρίζουν ότι ο ρόλος της ΠΦΥ είναι κομβικός για τη διάγνωση και την αντιμετώπιση της σωματικής νοσηρότητας των ηλικιωμένων ψυχωτικών ασθενών.²⁷

Αξίζει να γίνει αναφορά σε δύο σύνδρομα που χαρακτηρίζονται από την εμφάνιση ψυχωτικών συμπτωμάτων, οπτικών και ακουστικών ψευδαισθήσεων, αντίστοιχα, σε ψυχικά υγιείς ηλικιωμένους. Ποσοστό 10–60% των ηλικιωμένων ασθενών με οφθαλμολογικές παθήσεις εμφανίζουν σύνθετες οπτικές ψευδαισθήσεις, ανάλογα με τη βαρύτητα της έκπτωσης της όρασης. Η συχνότερη αιτία είναι η σχετιζόμενη με την ηλικία εκφύλιση της ωχράς κηλίδας.²⁸ Το σύνδρομο Charles Bonnet χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση απλών ή σύνθετων και ζωντανών οπτικών ψευδαισθήσεων σε άτομα δίχως ψυχική διαταραχή ή γνωστική δυσλειτουργία. Οι ασθενείς έχουν επίγνωση ότι οι εικόνες δεν είναι πραγματικές και συνήθως είναι συναισθηματικά ουδέτερες.^{29,30}

Οι μουσικές ακουστικές ψευδαισθήσεις μπορεί να εμφανίζονται στο πλαίσιο ψυχωτικών διαταραχών, επιληψίας ή τοξίκωσης από ουσίες. Ειδικά στους ηλικιωμένους αναπτύσσονται συχνά σε έδαφος ακουστικής έκπτωσης. Αφορούν σε γνωστές στους ασθενείς μελωδίες, όπως παιδικά τραγούδια, δημοφιλή τραγούδια, ή εκκλησιαστικούς ύμνους.^{31,32}

Η θεραπεία των ψυχωτικών διαταραχών στους ηλικιωμένους εξαρτάται από την υποκείμενη πάθηση. Στην

περίπτωση των δευτερογενών ψυχώσεων είναι προφανές ότι απαιτείται διάγνωση και αντιμετώπιση της υποκείμενης ιατρικής κατάστασης. Για τον έλεγχο των συμπτωμάτων μπορεί να χρειαστεί βραχυπρόθεσμη χορήγηση αντιψυχωτικών φαρμάκων.²⁴ Για το σύνδρομο Charles Bonnet δεν υπάρχουν τεκμηριωμένες φαρμακευτικές θεραπείες. Η χρήση ακουστικών βαρηκοΐας μπορεί να συνεισφέρει στη θεραπεία των μουσικών ακουστικών ψευδαισθήσεων.^{31,32}

2.3. Νευρογνωστικές διαταραχές

Η κατηγορία αυτή εισήχθη στην πλέον πρόσφατη αναθεώρηση του διαγνωστικού εγχειριδίου της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας (diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th edition, DSM-5),¹⁰ για την ταξινόμηση των συνδρόμων που σχετίζονται με έκπτωση της γνωστικής λειτουργίας και έχουν οργανική βάση. Οι σημαντικότερες είναι η άνοια, η ήπια γνωστική διαταραχή και το delirium.

2.3.1. Άνοια (μείζων νευρογνωστική διαταραχή). Η άνοια είναι μια νευροεκφυλιστική νόσος του εγκεφάλου, που αφορά κυρίως στους ηλικιωμένους. Κλινικά χαρακτηρίζεται από σημαντική έκπτωση σε μία ή περισσότερες από τις γνωστικές λειτουργίες (σύνθετη προσοχή, εκτελεστική λειτουργία, μάθηση και μνήμη, γλώσσα, αντίληψη/κίνηση, κοινωνική γνώση).³³ Αν και η άνοια περιγράφεται ως ένα ενιαίο σύνδρομο, οι υποκείμενες αιτίες είναι πολλές. Ο συχνότερος τύπος άνοιας είναι η οφειλόμενη στη νόσο του Alzheimer, ενώ η αγγειακή άνοια είναι δεύτερη σε συχνότητα.³⁴

Σύμφωνα με τη μεγάλη μελέτη Hellenic Longitudinal Investigation of Aging and Diet (HELIAD) στη χώρα μας υπάρχουν περίπου 200.000 ασθενείς με άνοια. Η επικράτηση της άνοιας στον γενικό πληθυσμό των ηλικιωμένων είναι 5% και το 75,3% των περιπτώσεων αποδίδονται στη νόσο Alzheimer.³⁵ Η ηλικία είναι ο σημαντικότερος από τους παράγοντες κινδύνου για ανάπτυξη άνοιας. Ο κίνδυνος αυξάνεται εκθετικά με τη γήρανση και η νόσος είναι εξαιρετικά συχνή στις μεγάλες ηλικίες. Άνοια έχει το 2% του πληθυσμού ηλικίας 65–74 ετών, το 19% του πληθυσμού ηλικίας 75–84 ετών και το 42% των ατόμων >85 ετών. Άλλοι παράγοντες κινδύνου είναι η αρτηριακή υπέρταση και τα καρδιαγγειακά νοσήματα, το κάπνισμα, ο σακχαρώδης διαβήτης, η δυσλιπιδαιμία, η παχυσαρκία, η κατάθλιψη και οι τραυματικές κακώσεις της κεφαλής.^{34,36} Παράλληλα, έχουν αναγνωριστεί παράγοντες με προστατευτική δράση έναντι της άνοιας, όπως η υψηλή μόρφωση, η πνευματική δραστηριότητα, η συμμετοχή σε κοινωνικές δραστηριότητες, η σωματική άσκηση και η μεσογειακή διαίτα.^{34,36}

Συχνά οι ασθενείς προσέρχονται για εξέταση με πρότροπή της οικογένειας, που έχει αντιληφθεί τη γνωστική

έκπτωση και τις αλλαγές στη συμπεριφορά του ηλικιωμένου. Ο ίδιος ο ασθενής μπορεί να αγνοεί και να αρνείται τις αλλαγές. Η δυσκολία απόκτησης νέων γνώσεων είναι το κύριο χαρακτηριστικό της γνωστικής έκπτωσης. Η διαταραχή της μνήμης αρχικά αφορά σε πρόσφατα γεγονότα, σταδιακά όμως εξελίσσεται και περιλαμβάνει και παλαιότερα γεγονότα, ονόματα κ.λπ. Στα αρχικά στάδια της άνοιας επηρεάζονται οι δραστηριότητες της καθημερινότητας που απαιτούν υπολογισμούς και σχεδιασμό, όπως η διατήρηση σημειώσεων ή η τοποθέτηση των δόσεων των χαπιών στο ειδικό κουτάκι. Ορισμένες από τις βασικές καθημερινές δραστηριότητες, όπως ένδυση, φαγητό, ατομική περιποίηση και χρήση της τουαλέτας παραμένουν άθικτες αρχικά και διαταράσσονται αργότερα κατά την εξέλιξη της νόσου.^{33,37} Η κλινική εικόνα καθορίζεται από την υποκείμενη αιτία της άνοιας. Ενδεικτικά συμπτώματα είναι οι οπτικές ψευδαισθήσεις και οι πτώσεις στην άνοια με σωματία Lewy, η άρση αναστολών στη μετωποκροταφική άνοια, ο τρόμος και τα άλλα εξωπυραμιδικά συμπτώματα στην άνοια στη νόσο του Parkinson και το ιστορικό κατάχρησης οιοπνεύματος στην αλκοολική άνοια. Η έναρξη και η εξέλιξη της άνοιας διαφέρουν ανάλογα με τον κλινικό τύπο. Στη νόσο του Alzheimer η έναρξη είναι ύπουλη και η εξέλιξη βραδεία, ενώ στην αγγειακή άνοια της γνωστικής έκπτωσης συχνά προηγείται ένα εγκεφαλικό επεισόδιο, με την εξέλιξη να είναι κλιμακωτή. Στην άνοια με σωματία Lewy η εξέλιξη είναι ταχύτερη, με διακυμάνσεις, και στη μετωποκροταφική άνοια η έναρξη συμβαίνει σε ηλικίες <70 ετών.^{37,38}

Τα συμπεριφορικά και ψυχολογικά συμπτώματα της άνοιας (behavioral and psychological symptoms of dementia, BPSD) αναπτύσσονται σχεδόν σε όλους τους ασθενείς με σοβαρού βαθμού άνοια και προκαλούν μεγάλη συναισθηματική επιβάρυνση στους φροντιστές. Περιλαμβάνουν τη διέγερση και την επιθετικότητα, την απάθεια, το άγχος, την κατάθλιψη, τις διαταραχές ύπνου, τις περιπλανήσεις και την άρση αναστολών, που μπορεί να έχει τη μορφή κοινωνικά και σεξουαλικά ακατάλληλης συμπεριφοράς. Παραληρητικές ιδέες και ψευδαισθήσεις επίσης αναπτύσσονται. Στην άνοια από νόσο Alzheimer οι παραληρητικές ιδέες είναι πιο συχνές από τις ψευδαισθήσεις και αφορούν συνήθως σε ιδέες κλοπής. Άλλα θέματα των παραληρητικών ιδεών είναι η πεποίθηση ότι απρόσκλητα άτομα διαμένουν στην οικία του ασθενούς, τα σύνδρομα παραγνώρισης (για παράδειγμα ότι ο(η) σύζυγος έχει αντικατασταθεί από σωσία), ιδέες διώξης και ιδέες απιστίας.²⁰

Η κλινική αξιολόγηση των αναφερόμενων διαταραχών της γνωστικής λειτουργίας είναι περισσότερο έγκυρη όταν χρησιμοποιούνται δομημένα διαγνωστικά εργαλεία. Μια από τις ευρύτερα χρησιμοποιούμενες δοκιμασίες είναι η Mini Mental State Examination (MMSE), που είναι σύντομη

και εύχρηστη και είναι χρήσιμη για την παρακολούθηση της εξέλιξης της διαταραχής.³⁹

2.3.2. Ήπια γνωστική διαταραχή. Το βασικό χαρακτηριστικό της ήπιας γνωστικής διαταραχής είναι η έκπτωση της γνωστικής λειτουργίας σε βαθμό μεγαλύτερο του αναμενόμενου για την ηλικία, με παράλληλη διατήρηση της καθημερινής λειτουργικότητας των ασθενών.⁴⁰ Ο ασθενής ή και η οικογένεια είναι ενήμεροι της διαταραχής της μνήμης και της γενικότερης γνωστικής έκπτωσης, που αποτελούν το κύριο ενόχλημα κατά την προσέλευση για εξέταση.⁴¹ Η ήπια γνωστική διαταραχή κατατάσσεται μεταξύ της φυσιολογικής, αναμενόμενης γνωστικής έκπτωσης του γήρατος και της άνοιας.⁴¹ Θεωρείται γενικά ως πρόδρομη κατάσταση της νόσου Alzheimer και οι κλινικές μελέτες δείχνουν ότι ένα ποσοστό περίπου 15% των ασθενών ηλικίας >65 ετών θα διαγνωστούν με άνοια σε διάστημα δύο ετών.⁴⁰ Ωστόσο, η εξέλιξη της ήπιας γνωστικής διαταραχής δεν είναι πάντοτε η άνοια. Σε μεγάλο αριθμό ασθενών η γνωστική λειτουργία παραμένει σταθερή, ενώ σε άλλους βελτιώνεται.⁴⁰

2.3.3. Delirium. Το delirium είναι ένα σύνθετο, πολυπαράγοντικό νευροψυχιατρικό σύνδρομο, με βασικά χαρακτηριστικά την οξεία μεταβολή του επιπέδου συνείδησης, της προσοχής, της επίγνωσης (π.χ. αποπροσανατολισμός) και της συνολικής γνωστικής λειτουργίας.⁴² Στην ελληνική βιβλιογραφία αποδίδεται επίσης με τους όρους «οξύ οργανικό ψυχοσύνδρομο» και «οξεία συγχυτική κατάσταση» (acute confusional state). Το delirium είναι ένα σύνδρομο που αφορά κυρίως σε νοσηλεύομενους, βαρέως πάσχοντες ασθενείς,⁴³ μπορεί όμως να εμφανιστεί και σε ασθενείς της κοινότητας και χρήζει διερεύνησης και αντιμετώπισης σε επίπεδο ΠΦΥ.⁴⁴ Τα κλινικά χαρακτηριστικά του delirium και η έκβασή του συνοψίζονται στον πίνακα 3. Αν και η κλινική

Πίνακας 3. Κλινικά γνωρίσματα delirium.^{42,45}

<i>Έναρξη</i>	Οξεία (ώρες – ημέρες)
<i>Πορεία</i>	Διακυμάνσεις κλινικής εικόνας στη διάρκεια του 24ώρου – επιδείνωση τις νυκτερινές ώρες
<i>Χαρακτηριστικά συμπτώματα</i>	Διαταραχή επιπέδου συνείδησης και επίγνωσης (π.χ. αποπροσανατολισμός) Διαταραχή προσοχής Κινητικά συμπτώματα (υπερδραστήριος, υποδραστήριος και μικτός κλινικός τύπος) Ψυχωτικά συμπτώματα
<i>Διάρκεια</i>	Συνήθως λίγες ημέρες ή εβδομάδες
<i>Έκβαση</i>	Πλήρης ανάρρωση Παράταση νοσηλείας Θάνατος Λειτουργική έκπτωση Μακροπρόθεσμη γνωστική έκπτωση

του σημασία είναι μεγάλη, γενικά το delirium θεωρείται ότι υποδιαγιγνώσκεται. Αυτό οφείλεται κυρίως στη δυσκολία ανίχνευσης των περιπτώσεων με μειωμένη κινητική δραστηριότητα (υποδραστήριο [hyproactive] delirium).^{46,47} Διάφοροι παράγοντες θεωρούνται ότι προδιαθέτουν έναν ασθενή στην ανάπτυξη delirium, όπως η προϋπάρχουσα γνωστική έκπτωση ή η άνοια, η λειτουργική έκπτωση και η μείωση της οπτικής ή και της ακουστικής οξύτητας. Ασθενείς ηλικίας >75 ετών, με ιστορικό κατάχρησης οινόπνευματος ή με προηγούμενο αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο είναι περισσότερο ευάλωτοι στην εμφάνιση delirium. Τέλος, ως προδιαθεσικοί παράγοντες αναγνωρίζονται η σοβαρή υποκείμενη νόσος και η συννοσηρότητα, καθώς επίσης η κατάθλιψη.⁴⁵ Οι φαρμακευτικοί και οι ιατρικοί παράγοντες που θεωρείται ότι έχουν άμεση αιτιολογική σχέση με το delirium περιγράφονται στον πίνακα 4. Οι ηλικιωμένοι συγκεντρώνουν πολλούς παράγοντες που τους καθιστούν περισσότερο ευάλωτους στην ανάπτυξη delirium, η δε πρόγνωση του συνδρόμου στους ηλικιωμένους είναι χειρότερη.⁴⁵

Η θεραπεία του delirium είναι κατά κανόνα αιτιολογική. Πρέπει να αναζητηθεί η υποκείμενη παθολογική κατάσταση (π.χ. λοίμωξη) και να χορηγηθεί αντίστοιχη θεραπεία, ή αν οφείλεται σε κάποια φαρμακευτική αγωγή, να γίνει διακοπή του υπεύθυνου φαρμάκου. Για την αντιμετώπιση των ψυχικών συμπτωμάτων και της διέγερσης χρησιμοποιούνται συχνά τα αντιψυχωτικά φάρμακα,^{48,49} εκφράζονται όμως επιφυλάξεις για τη χρησιμότητα και την ασφάλειά τους σε ηλικιωμένους ασθενείς.⁵⁰

2.3.4. Διαφορική διάγνωση νευρογνωστικών διαταραχών. Ένα από τα συνήθη παράπονα ενός ηλικιωμένου ή της οικογένειάς του προς τον οικογενειακό του ιατρό είναι η διαταραχή της μνήμης. Πολλές φορές οι ηλικιωμένοι παραπονούνται ότι «ξεχνούν», δημιουργώντας διαγνωστικές δυσκολίες στους ιατρούς της ΠΦΥ. Οι κλινικές καταστάσεις που περιλαμβάνουν στη συμπτωματολογία τους διαταραχές μνήμης είναι η άνοια και η ήπια γνωστική διαταραχή, ενώ στη διαφορική διάγνωση πρέπει να λαμβάνεται υπ' όψη και η κατάθλιψη (πίν. 5). Η διάκριση της κατάθλιψης, της άνοιας και των ψυχικών διαταραχών από το delirium γίνεται στη βάση της διαταραχής του επιπέδου συνείδησης και εγρήγορσης και της μειωμένης επίγνωσης που χαρακτηρίζει το delirium. Αντίθετα, στις άλλες διαταραχές το επίπεδο συνείδησης διατηρείται φυσιολογικό.⁵¹

3. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

Όπως προαναφέρθηκε, οι ηλικιωμένοι συχνά δυσκολεύονται να προσεγγίσουν τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας,

Πίνακας 4. Αιτιολογικοί παράγοντες delirium.³⁸

<i>Φάρμακα</i>	Αντιχολινεργικά Στεροειδή Βενζοδιαζεπίνες Εισπνεόμενα αναισθητικά Ναρκωτικά Διακοπή αναλγητικών, βενζοδιαζεπινών, φαρμάκων για άνοια
<i>Μεταβολικά αίτια</i>	Ηλεκτρολυτικές διαταραχές Υπογλυκαιμία Ουραμία
<i>Λοιμώξεις</i>	Ουρολοιμώξεις Πνευμονία Έλκη κατάκλισης Λοιμώξεις φλεβοκαθετήρων
<i>Καρδιαγγειακά αίτια</i>	Έμφραγμα μυοκαρδίου Συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια Πνευμονική εμβολή Υποξία-υπερκαπνία
<i>Νευρολογικά αίτια</i>	Εγκεφαλικό επεισόδιο Ενδοκρανιακή αιμορραγία Όγκοι εγκεφάλου, μεταστάσεις Μηνιγγίτιδα, εγκεφαλίτιδα
<i>Ιατρικές πράξεις</i>	Τοποθέτηση ουροκαθετήρα Καθήλωση ασθενούς Χειρουργικές επεμβάσεις
<i>Άλλα αίτια</i>	Κατακράτηση ούρων Δυσκοιλιότητα Στερητικό σύνδρομο από οινόπνευμα Πόνος Στέρηση ύπνου Περιβαλλοντικά αίτια (π.χ. εισαγωγή στη μονάδα εντατικής θεραπείας)

άρα για πολλούς η ΠΦΥ είναι ίσως η μοναδική ευκαιρία για διάγνωση και θεραπεία μιας νευροψυχιατρικής διαταραχής. Ωστόσο, η θεραπεία ακόμη και κοινών ψυχικών διαταραχών των ηλικιωμένων, όπως η κατάθλιψη, παρουσιάζει σημαντικές προκλήσεις στο επίπεδο της ΠΦΥ. Οι ιατροί της πρωτοβάθμιας περίθαλψης εστιάζουν κυρίως στη σωματική νοσηρότητα των ασθενών και συχνά δυσκολεύονται να αναγνωρίσουν τα καταθλιπτικά συμπτώματα, ή έχουν την τάση να τα αποδίδουν σε κάποια σωματική νόσο. Ακόμη και σε περίπτωση διάγνωσης της κατάθλιψης, οι γενικοί ιατροί μπορεί να χορηγούν υποθεραπευτικές δόσεις αντικαταθλιπτικών φαρμάκων.^{11,16} Οι ασθενείς από την πλευρά τους ενδέχεται να μην αναφέρουν τα καταθλιπτικά τους

Πίνακας 5. Διαφορική διάγνωση ασθενούς με αναφερόμενη γνωστική έκπτωσηση.

Σύνδρομο	Άνοια	Κατάθλιψη	Ήπια γνωστική διαταραχή
Έναρξη	Απροσδιόριστη	Μπορεί να προσδιοριστεί. Ενδέχεται να έχει προηγηθεί ψυχοπιεστικό γεγονός	Απροσδιόριστη
Πορεία	Διαρκώς φθίνουσα	Επεισοδιακή	Συχνά φθίνουσα. Ενδέχεται να είναι σταθερή, ή και βελτιούμενη
Κλινικά χαρακτηριστικά	Καταθλιπτικό συναίσθημα μπορεί να παρατηρηθεί Κυριαρχεί η διαταραχή της βραχυπρόθεσμης μνήμης	Καταθλιπτικό συναίσθημα ή υποχονδριακές αιτιάσεις Ευερεθιστότητα ή διέγερση	Μπορεί το συναίσθημα να είναι καταθλιπτικό. Οι ασθενείς ανησυχούν
Λειτουργικότητα	Έκπτωση	Έκπτωση	Διατήρηση
Υποκειμενικά παράπονα για τη μνήμη	Στα αρχικά στάδια ίσως. Κατά κανόνα ο ασθενής δεν είναι ενήμερος	Συχνά	Πάντοτε

συμπτώματα, ή να αρνούνται να λάβουν αντικαταθλιπτική θεραπεία, επειδή νιώθουν στιγματισμένοι. Ακόμη και στην περίπτωση λήψης τέτοιας θεραπείας, η συμμόρφωση μπορεί να είναι ελλιπής.^{11,16}

Σε μια πρόσφατη μετα-ανάλυση βρέθηκε ότι διάφορες μελέτες υποστηρίζουν την αποτελεσματικότητα ορισμένων μη φαρμακευτικών παρεμβάσεων για την κατάθλιψη, όπως η ψυχοθεραπεία. Ωστόσο, κρίθηκε ότι οι ενδείξεις δεν ήταν επαρκείς, λόγω του μικρού αριθμού των μελετών και του μικρού δείγματος των ασθενών.⁵² Εξ άλλου, δεν είναι σαφές αν στο επίπεδο της ΠΦΥ υπάρχει η δυνατότητα αποτελεσματικής εφαρμογής μη φαρμακευτικών παρεμβάσεων.

Παρακάτω θα αναφερθούν οι κύριες φαρμακευτικές θεραπείες των νευροψυχιατρικών συνδρόμων. Η χορήγηση ψυχιατρικών φαρμάκων σε ηλικιωμένους ασθενείς ακολουθεί τους γενικούς κανόνες χορήγησης όλων των άλλων φαρμάκων και έχει τους ίδιους περιορισμούς λόγω των φυσιολογικών μεταβολών της γήρανσης, για παράδειγμα της επιβράδυνσης του μεταβολισμού των φαρμάκων. Οι βασικές αρχές χορήγησης ψυχιατρικών φαρμάκων σε

ηλικιωμένους περιγράφονται στον πίνακα 6. Η χορήγηση βενζοδιαζεπινών δεν συνιστάται στους ηλικιωμένους.

3.1. Αντικαταθλιπτικά

Σε μια πολύ πρόσφατη μετα-ανάλυση βρέθηκε ότι αρκετά από τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα και το αντιψυχωτικό κουετιαπίνη (quetiapine) ήταν αποτελεσματικά και καλά ανεκτά στη θεραπεία της κατάθλιψης σε ηλικιωμένους.⁵² Τα αντικαταθλιπτικά χρησιμοποιούνται επίσης σε άλλες κλινικές καταστάσεις, για παράδειγμα στην άνοια, όταν συνυπάρχουν καταθλιπτικά συμπτώματα. Οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης (selective serotonin reuptake inhibitors, SSRIs) είναι φάρμακα αποτελεσματικά και ασφαλή. Η σερτραλίνη (sertraline) και η σιταλοπράμη/εσιταλοπράμη (citalopram/escitalopram) έχουν τις λιγότερες πιθανότητες φαρμακευτικών αλληλεπιδράσεων. Η μιρταζαπίνη (mirtazapine) είναι μια καλή θεραπευτική επιλογή, καθώς βελτιώνει άμεσα την αϋπνία και την ανορεξία που είναι χαρακτηριστικά συμπτώματα της κατάθλιψης των ηλικιωμένων.¹¹

Πίνακας 6. Βασικές αρχές χορήγησης ψυχιατρικών φαρμάκων σε ηλικιωμένους.^{11,24,53}

Χορήγηση φαρμάκου	Επισημάνσεις
Έναρξη της θεραπείας με χαμηλή δόση και σταδιακή, βραδεία αύξηση (start low-go slow)	Προσεκτική παρακολούθηση του ασθενούς για ανεπιθύμητες ενέργειες κατά την τιτλοποίηση του φαρμάκου
Προτιμώνται φάρμακα με μικρότερη πιθανότητα φαρμακευτικών αλληλεπιδράσεων	Η πολυνοσηρότητα και η πολυφαρμακία είναι συχνές στους ηλικιωμένους
Αποφυγή κατασταλτικών φαρμάκων	Κίνδυνος πτώσεων και αυξημένη θνησιμότητα
Αποφυγή βενζοδιαζεπινών	Κίνδυνος πτώσεων, τροχαίων ατυχημάτων και γνωστικής έκπτωσης. Παράδοξες αντιδράσεις, όπως άρση αναστολών, διέγερση, σύγχυση. Δεν υπάρχουν επαρκείς ενδείξεις για τη χρησιμότητά τους στη θεραπεία ηλικιωμένων ασθενών
Αποφυγή φαρμάκων με αντιχολινεργική δράση	Ανεπιθύμητες ενέργειες όπως ξηροστομία, δυσκοιλιότητα, θάμβος όρασης, σύγχυση, έως και delirium

3.2. Αντιψυχωτικά

Τα αντιψυχωτικά φάρμακα χορηγούνται συχνά σε ηλικιωμένους ασθενείς με ψύχωση ή άνοια για την αντιμετώπιση των ψυχωτικών συμπτωμάτων και της διέγερσης/επιθετικότητας. Η χορήγηση αντιψυχωτικών σε ασθενείς με άνοια έχει συσχετιστεί με αύξηση των θανάτων από αγγειακά εγκεφαλικά συμβάματα.⁵⁴ Οι ηλικιωμένοι γενικά είναι ευαίσθητοι στις ανεπιθύμητες ενέργειες των αντιψυχωτικών, όπως είναι για παράδειγμα τα εξωπυραμιδικά συμπτώματα.⁵⁴ Σε σύγκριση με τα παλαιότερα αντιψυχωτικά φάρμακα (π.χ. αλοπεριδόλη [haloperidol]), τα νεότερα ή άτυπα αντιψυχωτικά, όπως ρισπεριδόνη (risperidone), ολανζαπίνη (olanzapine), κουετιαπίνη κ.λπ., είναι περισσότερο ασφαλή.⁵⁵ Σε κάθε περίπτωση προτείνεται η έναρξη με χαμηλότερη δόση σε σχέση με νεότερους ενήλικες, η χρησιμοποίηση μικρότερων δόσεων για θεραπεία συντήρησης, η προσεκτική παρακολούθηση για εμφάνιση ανεπιθύμητων ενεργειών και η χορήγηση για το μικρότερο δυνατό διάστημα.⁵⁶

3.3. Αναστολείς της ακετυλχολινεστεράσης και μεμαντίνη

Η βασική ένδειξη των αναστολέων της ακετυλχολινεστεράσης (δονεπεζίλη [donepezil], ριβαστιγμίνη [rivastigmine] και γκαλανταμίνη [galantamine]) είναι η θεραπεία της ήπιας ή μέτριας βαρύτητας άνοιας από νόσο Alzheimer, ενώ η μεμαντίνη (memantine) έχει ένδειξη στη σοβαρή νόσο.⁵⁷ Τα φάρμακα αυτά δεν αντιστρέφουν την πορεία της άνοιας και στην καλύτερη περίπτωση επιβραδύνουν τη γνωστική έκπτωση.⁵⁸ Γενικά, οι αναστολείς της ακετυλχολινεστεράσης είναι ασφαλή φάρμακα, με συνηθέστερες ανεπιθύμητες ενέργειες από το γαστρεντερικό, όπως ναυτία, έμετος, διάρροια και ανορεξία. Η μεμαντίνη φαίνεται να έχει λιγότερες ανεπιθύμητες ενέργειες.⁵⁷ Εκτός από την άνοια στη νόσο Alzheimer, τα συγκεκριμένα φάρμακα χρησιμοποιούνται στη θεραπεία και των άλλων τύπων άνοιας.

4. Η ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Σε μια παλαιότερη μελέτη σε 9 ευρωπαϊκές χώρες, της Ελλάδας συμπεριλαμβανομένης, με δεδομένα που συγκεντρώθηκαν το 2004, βρέθηκε ότι στις χώρες του ευρωπαϊκού νότου (Ιταλία, Ισπανία και Ελλάδα) η ψυχική υγεία των ηλικιωμένων υπολείπεται σημαντικά, σε σχέση με τις βόρειες ευρωπαϊκές χώρες.⁵⁹ Για τη χώρα μας το εύρημα είναι ανησυχητικό, δεδομένου ότι, κατά το διάστημα της μελέτης, δεν είχε ακόμη εκδηλωθεί η οικονομική κρίση. Σε μια πρόσφατη μελέτη σε δείγμα 352 ηλικιωμένων στην περιοχή

της Θεσσαλονίκης βρέθηκαν χαμηλά επίπεδα ποιότητας ζωής σχετιζόμενης με την υγεία. Η χαμηλή ποιότητα ζωής σχετίστηκε με την οικονομική δυσπραγία, την ανεπάρκεια οικονομικών πόρων και τη δυσοίωση πρόβλεψη για την οικονομική κατάσταση.⁶⁰

Σ' ό,τι αφορά στην ύπαρξη κλινικών συμπτωμάτων κατάθλιψης, σε μια μελέτη σε πληθυσμό ηλικιωμένων (μέση ηλικία 67,8 έτη) που επισκέπτονταν δομές της ΠΦΥ, ποσοστό 32,6% εμφάνιζαν καταθλιπτική συμπτωματολογία. Η πλειοψηφία των εν λόγω ασθενών δεν είχαν προηγουμένως διαγνωστεί, ενώ όσοι λάμβαναν αντικαταθλιπτικά είχαν περισσότερα συμπτώματα, ένδειξη ότι η θεραπεία δεν ήταν αποτελεσματική. Παθήσεις όπως η ρευματοειδής αρθρίτιδα και η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια βρέθηκε να σχετίζονται με την εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων.⁶¹ Σε άλλη πιο πρόσφατη μελέτη σε γενικό πληθυσμό ηλικιωμένων (μέση ηλικία τα 74 έτη) ανιχνεύτηκαν καταθλιπτικά συμπτώματα περίπου στους μισούς (48,1%). Και σε αυτή τη μελέτη οι περισσότεροι ασθενείς με καταθλιπτικά συμπτώματα δεν είχαν διαγνωστεί προηγουμένως.⁶² Παρόμοια ευρήματα κατέγραψε η πλέον πρόσφατη από τις ελληνικές μελέτες, σε πληθυσμό ηλικιωμένων (μέση ηλικία περίπου 76 έτη) της περιφέρειας στην Ήπειρο. Ποσοστό 40,5% του δείγματος των ηλικιωμένων είχαν καταθλιπτικά συμπτώματα, αλλά μόνο ένας στους 5 είχε διαγνωστεί. Στη συγκεκριμένη μελέτη, τα καταθλιπτικά συμπτώματα συσχετίστηκαν με χρόνια νοσήματα, όπως η οστεοπόρωση, και με τη διαμονή σε ίδρυμα.⁶³

Λαμβάνοντας υπ' όψη τα προαναφερθέντα ερευνητικά δεδομένα, προκαλεί προβληματισμό η διαπίστωση ότι οι αναγκαίες προληπτικές παρεμβάσεις για τις ψυχικές διαταραχές των ηλικιωμένων σε επίπεδο κοινότητας δεν έχουν αναπτυχθεί επαρκώς στη χώρα μας.⁶⁴ Το πρόβλημα είναι περισσότερο έντονο στις περιοχές τις περιφέρειας που βρίσκονται μακριά από τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας.⁶⁵

5. ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ

Σε ορισμένες προηγμένες δυτικές χώρες η φροντίδα της ψυχικής υγείας των ηλικιωμένων στην κοινότητα παρέχεται από διεπιστημονικές ομάδες με εξειδίκευση στην Ψυχογηριατρική. Η αποτελεσματικότητα τέτοιων παρεμβάσεων φαίνεται να υπερτερεί της συνήθους φροντίδας.⁶⁶ Η χώρα μας δεν διαθέτει προς το παρόν τέτοιες υπηρεσίες και η δημιουργία τους δεν φαίνεται πιθανή στο άμεσο μέλλον. Την παροχή δευτεροβάθμιας φροντίδας ψυχικής υγείας στους ηλικιωμένους έχουν αναλάβει οι υπάρχουσες κοινοτικές ομάδες ψυχικής υγείας, οι οποίες στα αστικά κέντρα λειτουργούν ως κέντρα ψυχικής υγείας (ΚΨΥ), ενώ

στην περιφέρεια δραστηριοποιούνται ως κινητές μονάδες ψυχικής υγείας (ΚΜΨΥ). Οι ΚΜΨΥ είναι ενσωματωμένες στο σύστημα της ΠΦΥ και εξυπηρετούν τις απομακρυσμένες και δυσπρόσιτες περιοχές της ελληνικής υπαίθρου.^{67,68} Η εμπειρία από την πολυετή λειτουργία τους έχει δείξει ότι μπορούν να συνεισφέρουν σημαντικά στην περίθαλψη των ηλικιωμένων με ψυχικές διαταραχές στην κοινότητα.^{69,70} Επίσης, παρέχουν ψυχολογική υποστήριξη στους φροντιστές των πασχόντων ηλικιωμένων, που εμφανίζουν υψηλά ποσοστά συναισθηματικής επιβάρυνσης.⁷¹

Η συνεργασία των ιατρών της ΠΦΥ με τις κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας αποτελεί ευκαιρία για εκπαίδευση και εξοικείωση με τα ψυχιατρικά προβλήματα των ηλικιωμένων.⁷² Εξ άλλου, τα ερευνητικά δεδομένα δείχνουν ότι οι γενικοί ιατροί στη χώρα μας είναι σε θέση, έπειτα από κατάλληλη εκπαίδευση, να διαγνώσουν σωστά τις κοινές ψυχιατρικές διαταραχές, όπως η κατάθλιψη, στους ηλικιωμένους και ορισμένες νευροψυχιατρικές διαταραχές, όπως η άνοια.⁷³ Συνεπώς, μια τέτοια συνεργασία είναι

επωφελής για τη θεραπεία των ηλικιωμένων ασθενών με ψυχικές διαταραχές στον χώρο της ΠΦΥ.

6. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η αντιμετώπιση των νευροψυχιατρικών διαταραχών σε ηλικιωμένους ασθενείς αποτελεί πρόκληση για τους ιατρούς της ΠΦΥ. Τέτοιες καταστάσεις είναι αρκετά συχνές στους ηλικιωμένους και επιφέρουν σημαντική επιβάρυνση στους ασθενείς και στους φροντιστές τους. Η ακριβής διάγνωση δυσχεραίνεται από τις συννοσηρότητες, τη λιγότερο τυπική κλινική εικόνα και τους περιορισμούς στην εκπαίδευση των ιατρών. Οι διαθέσιμες φαρμακευτικές θεραπείες μπορούν να χορηγηθούν με ασφάλεια στους ηλικιωμένους, αλλά απαιτείται διαρκής επαγρύπνηση για την εμφάνιση ανεπιθύμητων ενεργειών. Σε περιοχές όπου υπάρχουν διαθέσιμες κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας, η συνεργασία με τους ιατρούς της ΠΦΥ προάγει την εκπαίδευση στις νευροψυχιατρικές διαταραχές, προς όφελος των ασθενών.

ABSTRACT

The psychogeriatric patient in the primary health care setting

V. PERITOGIANNIS,¹ C. LIXOURIOTIS²

¹Mobile Mental Health Unit of the Prefectures of Ioannina and Thesprotia, Society for the Promotion of Mental Health in Epirus, Ioannina, ²Health Center of Distomo, General Hospital of Livadia, Distomo, Greece

Archives of Hellenic Medicine 2020, 37(6):821–831

Use of primary health care facilities may be the only opportunity for elderly patients to receive assessment and treatment for a mental disorder. Depression in the elderly may have a less typical presentation, such as prominent physical symptoms, or cognitive disturbances, that may impede diagnosis. Older adults may present with psychotic symptoms, mostly in the context of a psychogeriatric syndrome, such as dementia, or as part of a general medical condition. Differential diagnosis may require detailed clinical and laboratory investigation. Several forms of dementia, mostly Alzheimer's type and vascular dementia are encountered in the elderly. Symptoms of dementia should be differentiated from those of depression and mild cognitive disorder. The main clinical characteristics of delirium are its acute onset and disturbance of consciousness and attention. Treatment of the underlying condition may resolve the symptoms. Psychiatric drug treatment in the elderly is generally safe, but careful monitoring of the patients is necessary. Second generation antipsychotics are preferred for the treatment of psychotic symptoms in the elderly patient, while sedative and anticholinergic medications and benzodiazepines should be avoided. In Greece, a large proportion of older adults present depressive symptomatology. Primary care physicians in this country, with appropriate training, are able to diagnose several mental disorders in the elderly. In rural areas, co-operation of the primary care staff with the mobile mental health units can contribute significantly to the diagnosis and effective treatment of psychogeriatric syndromes.

Key words: Delirium, Dementia, Depression, Primary health care, Psychogeriatric syndromes, Psychotic symptoms

Βιβλιογραφία

1. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Integrated care for older people: Guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. WHO, Geneva, 2017
2. ZIVIN K, WHARTON T, ROSTANT O. The economic, public health, and caregiver burden of late-life depression. *Psychiatr Clin North Am* 2013, 36:631–649
3. ALZHEIMER'S ASSOCIATION. 2011 Alzheimer's disease facts and figures. Available at: http://www.alz.org/downloads/Facts_Figures_2011.pdf
4. CHENG ST. Dementia caregiver burden: A research update and critical analysis. *Curr Psychiatry Rep* 2017, 19:64
5. WANG PS, BERGLUND P, OLFSO M, PINCUS HA, WELLS KB, KESSLER RC. Failure and delay in initial treatment contact after first onset of mental disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005, 62:603–613
6. GRANDES G, MONTOYA I, ARIETALEANIZBEASKOA MS, ARCE V, SANCHEZ A; MAZ GROUP. The burden of mental disorders in primary care. *Eur Psychiatry* 2011, 26:428–435
7. MITCHELL AJ, VAZE A, RAO S. Clinical diagnosis of depression in primary care: A meta-analysis. *Lancet* 2009, 374:609–619
8. GBD 2017 DISEASE AND INJURY INCIDENCE AND PREVALENCE COLLABORATORS. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet* 2018, 392:1789–1858
9. BROMET E, ANDRADE LH, HWANG I, SAMPSON NA, ALONSO J, DE GIROLAMO G ET AL. Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Med* 2011, 9:90
10. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th ed. American Psychiatric Publishing, Washington, DC, 2013
11. VAN DAMME A, DECLERCQ T, LEMEY L, TANDT H, PETROVIC M. Late-life depression: Issues for the general practitioner. *Int J Gen Med* 2018, 11:113–120
12. ΓΟΥΡΝΕΛΛΗΣ Ρ. Κατάθλιψη στους ηλικιωμένους: Σύγχρονα δεδομένα. *Εγκέφαλος* 2011, 48:141–142
13. HEOK KE, HO R. The many faces of geriatric depression. *Curr Opin Psychiatry* 2008, 21:540–545
14. GARCIA-CEBRIAN A, GANDHI P, DEMYTENAERE K, PEVELER R. The association of depression and painful physical symptoms – a review of the European literature. *Eur Psychiatry* 2006, 21:379–388
15. ZIS P, DASKALAKI A, BOUNTOUNI I, SYKIOTI P, VARRASSI G, PALADINI A. Depression and chronic pain in the elderly: Links and management challenges. *Clin Interv Aging* 2017, 12:709–720
16. SÓZERI-VARMA G. Depression in the elderly: Clinical features and risk factors. *Aging Dis* 2012, 3:465–471
17. WAGNER GS, McCLINTOCK SM, ROSENQUIST PB, McCALL WV, KAHN DA. Major depressive disorder with psychotic features may lead to misdiagnosis of dementia: A case report and review of the literature. *J Psychiatr Pract* 2011, 17:432–438
18. ΠΕΡΙΤΟΓΙΑΝΝΗΣ Β, ΛΗΞΟΥΡΙΩΤΗΣ Χ, ΜΑΥΡΕΑΣ Β. Ο ασθενής με ψύχωση στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2018, 35:446–453
19. PURI B. *Εγχειρίδιο Ψυχιατρικής*. 3η έκδοση (επιμέλεια: Λειβαδίτης Μ). Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα, 2011
20. AFTAB A, KIM D. Behavioral and psychological symptoms of dementia. In: Dunn LB, Cassidy-Eagle E (eds) *Practical strategies in geriatric mental health: Cases and approaches*. American Psychiatric Association Publishing, Washington, DC, 2020:265–285
21. KESHAVAN MS, KANEKO Y. Secondary psychoses: An update. *World Psychiatry* 2013, 12:4–15
22. HOLROYD S, LAURIE S. Correlates of psychotic symptoms among elderly outpatients. *Int J Geriatr Psychiatry* 1999, 14:379–384
23. SOARES WB, DOS SANTOS EB, DE CAMPOS BOTTINO CM, ELKIS H. Psychotic symptoms in older people without dementia from a Brazilian community-based sample: A seven years' follow-up. *PLoS One* 2017, 12:e0178471
24. REINHARDT M, COHEN C. Late-life psychosis: Diagnosis and treatment. *Curr Psychiatry Rep* 2015, 17:1
25. LIU NH, DAUMIT GL, DUA T, AQUILA R, CHARLSON F, CUIJPERS P ET AL. Excess mortality in persons with severe mental disorders: A multilevel intervention framework and priorities for clinical practice, policy and research agendas. *World Psychiatry* 2017, 16:30–40
26. CORRELL CU, SOLMI M, VERONESE N, BORTOLATO B, ROSSON S, SANTONASTASO P ET AL. Prevalence, incidence and mortality from cardiovascular disease in patients with pooled and specific severe mental illness: A large-scale meta-analysis of 3,211,768 patients and 113,383,368 controls. *World Psychiatry* 2017, 16:163–180
27. BARTELS SJ, DiMILIA PR, FORTUNA KL, NASLUND JA. Integrated care for older adults with serious mental illness and medical comorbidity: Evidence-based models and future research directions. *Psychiatr Clin North Am* 2018, 41:153–164
28. WATERS F, COLLERTON D, FFYTCH DH, JARDRI R, PINS D, DUDLEY R ET AL. Visual hallucinations in the psychosis spectrum and comparative information from neurodegenerative disorders and eye disease. *Schizophr Bull* 2014, 40(Suppl 4):S233–S245
29. SCHADLU A, SCHADLU R, SHEPHERD JB 3rd. Charles Bonnet syndrome: A review. *Curr Opin Ophthalmol* 2009, 20:219–222
30. JURISIĆ D, SESAR I, ČAVAR I, SESAR A, ŽIVKOVIĆ M, ČURKOVIĆ M. Hallucinatory experiences in visually impaired individuals: Charles Bonnet syndrome – implications for research and clinical practice. *Psychiatr Danub* 2018, 30:122–128
31. EVERS S. Musical hallucinations. *Curr Psychiatry Rep* 2006, 8:205–210
32. SANCHEZ TG, ROCHA SCM, KNOBEL KAB, KII MA, DOS SANTOS RMR, PEREIRA CB. Musical hallucination associated with hearing loss. *Arq Neuropsiquiatr* 2011, 69:395–400
33. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Desk reference to the diagnostic criteria from DSM-5*. American Psychiatric Publishing, Washington, DC, 2013
34. ΣΑΚΚΑ Π, ΠΟΛΙΤΗΣ Α, ΣΚΑΡΜΕΑΣ Ν, ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ Γ, ΒΙΔΑΛΗΣ Π, ΤΑΚΗΣ Δ ΚΑΙ ΣΥΝ. Εθνικό σχέδιο δράσης για την άνοια-νόσο Alzheimer 2015–2020. Διαθέσιμο στο: www.alzheimer-drasi.gr
35. KOSMIDIS MH, VLACHOS GS, ANASTASIOU CA, YANNAKOULIA M, DARDIOTIS E, HADJIGEORGIOU G ET AL. Dementia prevalence in Greece: The Hellenic Longitudinal Investigation of Aging and Diet (HELIAID). *Alzheimer Dis Assoc Disord* 2018, 32:232–239
36. ANASTASIOU CA, YANNAKOULIA M, KOSMIDIS MH, DARDIOTIS E, HADJIGEORGIOU GM, SAKKA P ET AL. Mediterranean diet and cognitive health: Initial results from the Hellenic Longitudinal In-

- vestigation of Ageing and Diet. *PLoS One* 2017, 12:e0182048
37. SIMMONS BB, HARTMANN B, DEJOSEPH D. Evaluation of suspected dementia. *Am Fam Physician* 2011, 84:895–902
 38. ΞΗΡΟΜΕΡΗΣΙΟΥ Γ, ΠΕΡΙΤΟΓΙΑΝΝΗΣ Β, ΑΡΓΥΡΟΠΟΥΛΟΣ Κ, ΚΑΦΑΝΤΑΡΗ Α (Επιμ.). *Νευρολογικές και ψυχιατρικές διαταραχές σε ηλικιωμένους*. Ιατρικές Εκδόσεις Νέον, Αθήνα, 2020
 39. VELAYUDHAN L, RYU SH, RACZEK M, PHILPOT M, LINDESAY J, CRITCHFIELD M ET AL. Review of brief cognitive tests for patients with suspected dementia. *Int Psychogeriatr* 2014, 26:1247–1262
 40. PETERSEN RC, LOPEZ O, ARMSTRONG MJ, GETCHUIS TSD, GANGULI M, GLOSS D ET AL. Practice guideline update summary: Mild cognitive impairment: Report of the guideline development, dissemination, and implementation Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology* 2018, 90:126–135
 41. STOKIN GB, KRELL-ROESCH J, PETERSEN RC, GEDA YE. Mild neurocognitive disorder: An old wine in a new bottle. *Harv Rev Psychiatry* 2015, 23:368–376
 42. BLAZER DG, VAN NIEUWENHUIZEN AO. Evidence for the diagnostic criteria of delirium: An update. *Curr Opin Psychiatry* 2012, 25:239–243
 43. MARCANTONIO ER. Delirium in hospitalized older adults. *N Engl J Med* 2017, 377:1456–1466
 44. LIXOURIOTIS C, PERITOGIANNIS V. Delirium in the primary care setting. *Psychiatry Clin Neurosci* 2011, 65:102–104
 45. INOUYE SK, WESTENDORP RGJ, SACZYNSKI JS. Delirium in elderly people. *Lancet* 2014, 383:911–922
 46. PERITOGIANNIS V, BOLOSI M, LIXOURIOTIS C, RIZOS DV. Recent insights on prevalence and correlations of hypoactive delirium. *Behav Neurol* 2015, 2015:416792
 47. HOSKER C, WARD D. Hypoactive delirium. *Br Med J* 2017, 357:j2047
 48. PERITOGIANNIS V, STEFANOY E, LIXOURIOTIS C, GKOGKOS C, RIZOS DV. Atypical antipsychotics in the treatment of delirium. *Psychiatry Clin Neurosci* 2009, 63:623–631
 49. CERVEIRA CCT, PUPO CC, DOS SANTOS SDS, SANTOS JEM. Delirium in the elderly: A systematic review of pharmacological and non-pharmacological treatments. *Dement Neuropsychol* 2017, 11:270–275
 50. INOUYE SK, MARCANTONIO ER, METZGER ED. Doing damage in delirium: The hazards of antipsychotic treatment in elderly people. *Lancet Psychiatry* 2014, 1:312–315
 51. FONG TG, TULEBAEV SR, INOUYE SK. Delirium in elderly adults: Diagnosis, prevention and treatment. *Nat Rev Neurol* 2009, 5:210–220
 52. KRAUSE M, GUTSMIEDL K, BIGHELLI I, SCHNEIDER-THOMA J, CHAIMANI A, LEUCHT S. Efficacy and tolerability of pharmacological and non-pharmacological interventions in older patients with major depressive disorder: A systematic review, pairwise and network meta-analysis. *Eur Neuropsychopharmacol* 2019, 29:1003–1022
 53. GERLACH LB, WIECHERS IR, MAUST DT. Prescription benzodiazepine use among older adults: A critical review. *Harv Rev Psychiatry* 2018, 26:264–273
 54. CHAN WC, LAM LCW, CHEN EYH. Recent advances in pharmacological treatment of psychosis in late life. *Curr Opin Psychiatry* 2011, 24:455–460
 55. SCHMEDT N, KOLLHORST B, ENDERS D, JOBSKI K, KRAPPWEIS J, GARBE E ET AL. Comparative risk of death in older adults treated with antipsychotics: A population-based cohort study. *Eur Neuropsychopharmacol* 2016, 26:1390–1400
 56. GARERI P, SEGURA-GARCÍA C, MANFREDI VGL, BRUNI A, CIAMBRONE P, CERMINARA G ET AL. Use of atypical antipsychotics in the elderly: A clinical review. *Clin Interv Aging* 2014, 9:1363–1373
 57. KIM LD, FACTORA RM. Alzheimer dementia: Starting, stopping drug therapy. *Cleve Clin J Med* 2018, 85:209–214
 58. WELLER J, BUDSON A. Current understanding of Alzheimer's disease diagnosis and treatment. *F1000Res* 2018, 7:F1000 Faculty Rev–1161
 59. PLOUBIDIS GB, GRUNDY E. Later-life mental health in Europe: A country-level comparison. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2009, 64:666–676
 60. ΚΑΡΑΝΙΚΟΛΑ ΕΚ, ΔΗΜΟΠΟΥΛΟΣ ΕΧ, ΝΙΑΚΑΣ ΔΑ, ΑΛΕΤΡΑΣ ΒΟ. Οικονομική κρίση και σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής ηλικιωμένων. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2018, 35:220–229
 61. ANDRIOPOULOS P, LOTTI-LYKOUSA M, PAPPA E, PAPADOPOULOS AA, NIAKAS D. Depression, quality of life and primary care: A cross-sectional study. *J Epidemiol Glob Health* 2013, 3:245–252
 62. ARGYROPOULOS K, BARTSOKAS C, ARGYROPOULOU A, GOURZIS P, JELASTOPULU E. Depressive symptoms in late life in urban and semi-urban areas of South-West Greece: An undetected disorder? *Indian J Psychiatry* 2015, 57:295–300
 63. ΚΟΥΒΑΤΣΟΥ Κ, ΙΛΙΑΔΟΥ Μ, ΚΑΛΑΤΖΙ Π, ΣΑΚΕΛΛΑΡΙ Ε, ΠΡΑΠΑΣ Σ, ΚΑΛΑΦΑΤΙ Μ ET AL. Depression among elderly users of open and closed care facilities in a rural region of Greece: An important public health issue. *Mater Sociomed* 2020, 32:35–40
 64. CHRISTODOULOU G. Psychiatric reform revisited. *World Psychiatry* 2009, 8:121–122
 65. PERITOGIANNIS V, LIXOURIOTIS C. Mental health care delivery for older adults in rural Greece: Unmet needs. *J Neurosci Rural Pract* 2019, 10:721–724
 66. REIFLER BV, BRUCE ML. Home-based mental health services for older adults: A review of ten model programs. *Am J Geriatr Psychiatry* 2014, 22:241–247
 67. ΠΕΡΙΤΟΓΙΑΝΝΗΣ Β, ΜΑΥΡΕΑΣ Β. Οι κοινοτικές ομάδες ψυχικής υγείας στην Ελλάδα: Το παράδειγμα των κινητών μονάδων ψυχικής υγείας. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2014, 31:71–76
 68. ΠΕΡΙΤΟΓΙΑΝΝΗΣ Β, ΛΗΞΟΥΡΙΩΤΗΣ Χ, ΜΑΥΡΕΑΣ Β. Η ενσωμάτωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2014, 31:669–677
 69. PERITOGIANNIS V, LEKKA M, GRAMMIENATI A, GOGOU A, FOTOPULOU V, TATSIONI A ET AL. Home-based mental health care for the elderly in a rural area in Greece. *Psychiatry Clin Neurosci* 2013, 67:458–459
 70. PERITOGIANNIS V, TATSIONI A, MANTHOPOULOU T, MAVREAS V. Mental healthcare for older adults in rural Greece. *Int Psychogeriatr* 2016, 28:698–700
 71. ΖΑΧΑΡΟΠΟΥΛΟΥ Γ, ΖΑΧΑΡΟΠΟΥΛΟΥ Β, ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΠΟΥΛΟΥ Α, ΤΣΑΛΟΥΚΙΔΗΣ Ν, ΛΑΖΑΚΙΔΟΥ Α. Μέτρηση της επιβάρυνσης των οικογενειακών φροντιστών ηλικιωμένων ασθενών με άνοια που διαμένουν στην κοινότητα. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2015, 32:614–621
 72. PERITOGIANNIS V. Mental healthcare in rural Greece: An overview. *Dialogues in Clinical Neuroscience and Mental Health* 2019, 2:155–162
 73. ARGYRIADOU S, LIONIS C. Research in primary care mental health in Greece. *Ment Health Fam Med* 2009, 6:229–231
- Corresponding author:*
V. Peritogiannis, 1 Moulaimidou street, 454 44 Ioannina, Greece
e-mail: vaios.peritogiannis@medai.gr