

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ :ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

**ΘΕΜΑ:ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ Ο
ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ**

ΦΟΙΤΗΤΗΣ:ΦΩΤΙΑΛΗΣ ΦΩΤΙΟΣ

ΕΠΟΠΤΕΥΩΝ:ΚΥΡΙΑΚΗ ΣΑΜΑΡΤΖΗ

ΠΑΤΡΑ 2015

Περιεχόμενα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ	3
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο: ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗ ΝΟΣΟΣ	5
1.1 ΟΡΙΣΜΟΙ.....	5
1.2 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ	6
1.3 ΜΟΡΦΕΣ ΨΥΧΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ	12
1.4 ΖΩΝΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ.....	15
1.5 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΑΝΑ ΤΟΝ ΚΟΣΜΟ.....	16
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο: ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ	20
2.1 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ	20
2.2 ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΑΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ.....	22
2.3 ΣΥΜΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ.....	25
2.4 ΜΟΡΦΕΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ.....	28
2.5 ΔΙΑΓΝΩΣΗ	36
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο: ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ	37
3.1 ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ.....	37
3.2 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΚΑΙ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ	42
3.3 Η ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΑΥΤΟΨΙΑ ΩΣ ΜΕΘΟΔΟΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΤΗΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ.....	46
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο: ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ	48
4.1 ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ.....	48
4.2 ΕΡΕΥΝΕΣ ΠΑΝΩ ΣΤΗΝ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	49

4.3 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ	51
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΗΝ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	53
5.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΣΤΗΜΗ.....	53
5.2 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	54
5.3 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ.....	57
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ.....	60
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	63
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	64

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η ψυχική υγεία δεν αφορά μόνο την απουσία κάποιας ψυχικής διαταραχής. Επί της ουσίας δεν υπάρχει κάποιος καθολικά αποδεκτός ορισμός της ψυχικής υγείας. Ωστόσο, υπάρχει έως ένα βαθμό συμφωνία σχετικά με το ποιά χαρακτηριστικά της σκέψης, του συναισθήματος και της συμπεριφοράς θεωρούνται παθολογικά και ποιά υγιή. Γενικότερα οι ψυχικά υγιείς άνθρωποι δύνανται να:

- § Είναι ικανοί να δημιουργήσουν σχέσεις με άλλους ανθρώπους.
- § Έχουν τον έλεγχο της συμπεριφοράς τους.
- § Επιτυγχάνουν να βρουν νόημα στη ζωή τους.
- § Ερμηνεύουν την πραγματικότητα έτσι όπως είναι.
- § Έχουν υγιή αυτοαντίληψη.
- § Επιδεικνύουν δημιουργικότητα/παραγωγικότητα.
- § Προσαρμόζονται στις μεταβολές και τις συγκρούσεις.

Οι ψυχικές διαταραχές σε ένα μεγάλο ποσοστό, ιδιαίτερα η κατάθλιψη, συνδέονται με το φαινόμενο της αυτοκτονικής συμπεριφοράς. Η αυτοκτονική επίσης συμπεριφορά σχετίζεται από πολλούς σύνθετους κοινωνικο-πολιτιστικούς παράγοντες και είναι πιθανότερο να εμφανιστεί, ιδιαίτερα κατά τη διάρκεια περιόδων κοινωνικο-οικονομικών και οικογενειακών κρίσεων καθώς και μεμονωμένων καταστάσεων (για παράδειγμα, απώλεια αγαπημένου προσώπου και εργασίας).

Ο ψυχολογικός, κοινωνικός και οικονομικός αντίκτυπος της αυτοκτονίας στην οικογένεια και την κοινότητα είναι ανυπολόγιστος. Αν και παραδοσιακά τα ποσοστά αυτοκτονίας ήταν υψηλότερα μεταξύ των ηλικιωμένων ανδρών, τα ποσοστά μεταξύ

των νέων έχουν αυξηθεί σε τέτοιο βαθμό ώστε τώρα να είναι η ομάδα με τον υψηλότερο κίνδυνο.

Η παρούσα πτυχιακή εργασία απαρτίζεται από πέντε (5) θεωρητικά κεφάλαια. Το πρώτο κεφάλαιο αφορά την κατάθλιψη και την ψυχική νόσο, αναφέρονται οι μορφές των ψυχικών διαταραχών, οι ζώνες κινδύνου, καθώς και η επιδημιολογία ανά τον κόσμο. Στο δεύτερο κεφάλαιο αναπτύσσεται η αιτιολογία της κατάθλιψης, οι προδιαθεσιακοί παράγοντες αυτής, η συμπτωματολογία, καθώς και η διάγνωση της. Το τρίτο κεφάλαιο παρουσιάζει την αυτοκτονική τάση ως προέκταση της κατάθλιψης. Στο τέταρτο κεφάλαιο παρουσιάζεται η πρόληψη καθώς και η θεραπεία της κατάθλιψης. Το πέμπτο κεφάλαιο αφορά την νοσηλευτική παρέμβαση στην κατάθλιψη. Τέλος, παρατίθενται συμπεράσματα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο: ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗ ΝΟΣΟΣ

1.1 ΟΡΙΣΜΟΙ

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) η ψυχική υγεία δεν αφορά μόνο την απουσία κάποιας ψυχικής διαταραχής. Ο όρος ψυχική υγεία περιγράφει την ολιστική κατάσταση ευημερίας κατά την οποία οι άνθρωποι αντιλαμβάνονται και αξιοποιούν τις ικανότητές τους, είναι ικανοί να αντιμετωπίσουν τις προκλήσεις του καθημερινού στρες, και μπορούν να εργασθούν παραγωγικά συνεισφέροντας στην κοινότητά τους (Παπαδάτου, 2005).

Το ενδιαφέρον για τη ψυχική υγεία έχει αναπτυχθεί καθώς συντελεί στην βελτίωση της ποιότητας ζωής του ατόμου. Τόσο η σωματική όσο και η ψυχική υγεία αποτελούν βασικά συστατικά της ποιότητας ζωής, μαζί με την υλική ευημερία, την εργασία, το οικιστικό περιβάλλον, τον ελεύθερο χρόνο, την εκπαίδευση, την κοινωνική ένταξη και την ψυχαγωγία (Κλεφταράς, 2008).

Ψυχική νόσος είναι ένας όρος που χρησιμοποιείται για να εκφράσει μια μεγάλη ομάδα διαταραχών που προκαλούν προβλήματα στη σκέψη, στο συναίσθημα και τη συμπεριφορά του ανθρώπου αλλά και στην επικοινωνία του με τον συνάνθρωπο. Η ψυχική νόσος μπορεί να προσβάλει άτομα κάθε ηλικίας, παιδιά, εφήβους, ενήλικες και ηλικιωμένους και μπορεί να παρουσιαστεί σε κάθε οικογένεια (Παπαδάτου, 2005). Η ψυχική νόσος και ειδικά η σοβαρή και χρόνια όπως η σχιζοφρένεια μέχρι πριν από μερικές δεκαετίες ήταν συνώνυμη με το μυστηριώδες, το αινιγματικό και το ανίατο. Βαθμιαία τα πράγματα άλλαξαν και αυτό χάρις στην ανάπτυξη της ψυχοφαρμακολογίας που προσέφερε τη δυνατότητα ελέγχου και

αντιμετώπισης των βασικών συμπτωμάτων της ψυχικής νόσου. Το σκηνικό της ψυχικής ασθένειας και η εικόνα του ψυχικά αρρώστου άλλαξε ακόμα πιο σημαντικά τα τελευταία χρόνια με την ακόμη μεγαλύτερη πρόοδο της ψυχοφαρμακολογίας, την παράλληλη χρήση πολλών και ποικίλων ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων και τη δημιουργία σύγχρονων ψυχιατρικών υπηρεσιών μέσα στην κοινότητα (Μαδιανός, 2009).

1.2 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Όταν ακόμα η επιστημονική έρευνα δεν είχε αναπτυχθεί, όλες οι καλές και κακές δυνάμεις που υπερβαίνουν τον ανθρώπινο έλεγχο, όπως είναι οι εκλείψεις, οι σεισμοί, οι φωτιές, οι καταιγίδες, οι ασθένειες και η εναλλαγή των εποχών θεωρούνταν υπερφυσικές. Επιπρόσθετα, οι συμπεριφορές που βρίσκονταν πέρα από κάθε έλεγχο του ατόμου αποδίδονταν σε υπερφυσικά αίτια και πολλοί πρόωμοι φιλόσοφοι, θεολόγοι και γιατροί που ασχολούνταν με θέματα του νου πίστευαν ότι η διαταραγμένη συμπεριφορά οφειλόταν σε δυσαρέσκεια των θεών ή ότι τα άτομα με διαταραγμένη συμπεριφορά είχαν καταληφθεί από δαίμονες. Η αντίληψη ότι κάποιο κακό ον ή πνεύμα μπορεί να κατοικεί στο σώμα ενός ανθρώπου και να μπορεί να ελέγχει το νου και το σώμα του ονομάζεται δαιμονολογία. Κάποια παραδείγματα δαιμονολογίας μπορούν να εντοπιστούν σε παλαιότερα έγγραφα των Κινέζων, Αιγυπτίων, Βαβυλωνίων και Ελλήνων (Corrigan, & Watson, 2002).

Η άποψη, λοιπόν, ότι κάποιο άτομο διακατέχονταν από κάποιο δαιμόνιο οδηγούσε στον εξορκισμό. Η τελετουργική αυτή αποπομπή των κακών πνευμάτων, γινόταν με περίπλοκα τελετουργικά προσευχής, πρόκληση θορύβων, εξαναγκασμό του πάσχοντα να πει ροφήματα με άσχημη γεύση ή και σε πιο ακραίες περιπτώσεις χρησιμοποιούνταν το μαστίγωμα και η ασιτία ούτως ώστε το σώμα να γίνει απρόθυμο για τους δαίμονες (King et al., 2010).

Στην αρχαία Ελλάδα υπήρχε η άποψη ότι τους ψυχικά ασθενείς τους καταλάμβαναν κακά πνεύματα, όπως οι θεές του τρόμου «*Μανία και Λύσσα*» και τους έκαναν να περιπλανιούνται ή να είναι βίαιοι, τα δυο βασικά στοιχεία τα οποία χαρακτηρίζουν τους ψυχασθενείς. Οι ασθενείς περιφρονούνταν, αλυσοδέονταν ή γελοιοποιούνταν (Corrigan, & Watson, 2002).

Τον 4^ο αιώνα π.Χ. (460-377 π.Χ.), ο Ιπποκράτης, τον οποίο συχνά αποκαλούν πατέρα της σύγχρονης ιατρικής, απέρριψε την επικρατούσα ελληνική πεποίθηση ότι οι θεοί έστελναν σοβαρές σωματικές ασθένειες και ψυχικές διαταραχές για τιμωρία, ενώ αντίθετα πίστευε ότι αυτές οι ασθένειες έχουν φυσικές αιτίες και επομένως πρέπει να αντιμετωπίζονται όπως οι άλλες πιο συνηθισμένες ασθένειες, όπως το κρυολόγημα και η δυσκοιλιότητα. Ο Ιπποκράτης ταξινόμησε τις ψυχικές διαταραχές σε τρεις κατηγορίες: *«τη μανία, τη μελαγχολία και τη φρενίτιδα ή αλλιώς τον εγκεφαλικό πυρετό»*. Πίστευε, επιπλέον, ότι η φυσιολογική λειτουργία του εγκεφάλου, και κατ' επέκταση η ψυχική υγεία, εξαρτάται από τη λεπτή ισορροπία ανάμεσα σε τέσσερις χυμούς ή υγρά του σώματος και συγκεκριμένα το αίμα, τη μαύρη χολή, τη κίτρινη χολή και το φλέγμα. Θεωρούσε ότι η έλλειψη ισορροπίας ανάμεσα σε αυτούς τους χυμούς προκαλεί διαταραχή. Στην περίπτωση που κάποιο άτομο ήταν άτονο, θεωρούσε ότι το σώμα του είχε πλεόνασμα από φλέγμα (King et al., 2010).

Οι θεραπείες του Ιπποκράτη απείχαν πολύ από τον εξορκισμό, ο οποίος για παράδειγμα για την θεραπεία της μελαγχολίας συνιστούσε ηρεμία, νηφαλιότητα, προσεχτική επιλογή φαγητών και ποτών και αποχή από την σεξουαλική δραστηριότητα. Πίστευε σε φυσικές και όχι υπερφυσικές αιτίες και στηριζόταν στις δικές του διορατικές παρατηρήσεις, με αποτέλεσμα η κλινική του συνεισφορά να είναι πολύτιμη. Βέβαια, οι ιδέες του Ιπποκράτη δεν άντεξαν στη μεταγενέστερη επιστημονική διερεύνηση. Παρόλα αυτά, η αντίληψή του για το ότι η ανθρώπινη συμπεριφορά επηρεάζεται σημαντικά από δομές ή ουσίες του σώματος και ότι η αποκλίνουσα συμπεριφορά προκαλείται από ένα είδος σωματικής ανισορροπίας ή ακόμα και βλάβης αποτέλεσε βάση για την σύγχρονη σκέψη (King et al., 2010).

Επιπλέον, εκείνη την εποχή συναντάμε τον Πλάτωνα και τον Αριστοτέλη να μιλούν για ψυχικές ασθένειες με μοναδική θεραπεία την κάθαρση, αλλά ο μεν Πλάτων τονίζει τον υπερφυσικό χαρακτήρα της κάθαρσης ενώ ο Αριστοτέλης την θεωρεί σαν φυσιολογική εκτόνωση για τα πάθη. Τον 1^ο αιώνα π.Χ. ο Ασκληπιάδης από την Μικρά Ασία, διαχωρίζει τις ψευδαισθήσεις και παραισθήσεις, ενθαρρύνει τις διαπροσωπικές σχέσεις των ασθενών και προτείνει θεραπεία μουσικής και πνευματική άσκηση. Ακόμα και τον 1^ο αιώνα μ.Χ. ο Κέλσος, πρώτος αυτός τονίζει τη σημασία της σχέσης του γιατρού – ασθενή και προτείνει ψυχοθεραπευτικές τεχνικές για να μπορέσουν να ευθυμήσουν οι μελαγχολικοί και να ηρεμήσουν οι μανιακοί. Ο Κικέρων (106 - 43 π.Χ.) θα αναφερθεί πρώτος για τη λέξη λίμπιντο σαν ψυχολογική

έννοια (έντονος πόθος) και επίσης ο πρώτος που ισχυρίστηκε ότι ο ασθενής θα πρέπει να υποφέρει για να θεραπευτεί (άποψη που διατύπωσε αργότερα ο Freud). Τέλος, ο Γαληνός (130 - 200 μ.Χ.) προτείνει ότι η υγεία της ψυχής εξαρτάται από την αρμονία μεταξύ του λογικού, του παράλογου και του ηδονιστικού τμήματός της ψυχής (Corrigan, & Watson, 2002).

Ο Μεσαίωνας που αρχίζει περίπου με τον θάνατο του Γαληνού (200 μ.Χ.) ορίζεται ως σημείο έναρξης του λεγόμενου σκοταδισμού του Μεσαίωνα στη δυτικοευρωπαϊκή ιατρική και στη θεραπεία και διερεύνηση των ψυχικών διαταραχών. Όταν ο ελληνικός και ρωμαϊκός πολιτισμός ήταν στην παρακμή τους, οι εκκλησίες απέκτησαν μεγαλύτερη επιρροή και οι μοναχοί αντικατέστησαν τους γιατρούς ως θεραπευτές και ως αυθεντίες στη ψυχική διαταραχή. Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου υπήρξε επιστροφή στην άποψη ότι οι ψυχικές διαταραχές οφείλονται σε υπερφυσικές αιτίες (King et al., 2010).

Εξαίρεση αποτελούν οι Άραβες οι οποίοι με βάση την μουσουλμανική πίστη, δηλαδή ότι ο ψυχασθενής είναι αγαπητός και διαλεγμένος από το Θεό, χρησιμοποιούν ανθρωπιστική αντιμετώπιση και δημιουργούν πρότυπα άσυλα για τους ψυχασθενείς. Βέβαια, η επικρατέστερη άποψη της εποχής αυτής για τα άτομα εκείνα ήταν η δαιμονολογία και ότι η ψυχική ασθένεια είναι έργο του διαβόλου και η θεραπεία είναι ο εξορκισμός (Corrigan, & Watson, 2002).

Κατά την περίοδο της Αναγέννησης η ενασχόληση με τη μαγεία έφτασε στο αποκορύφωμά της. Συνεπακόλουθα, η εκκλησία με την Ιερά Εξέταση αφάνισε ένα μεγάλο αριθμό «μάγων» και «μαγισσών» μερικοί από τους οποίους με βάση τις περιγραφές ήταν οπωσδήποτε ψυχασθενείς. Ταυτόχρονα όμως διάφορες σημαντικές μορφές αρχίζουν να πηγαίνουν ενάντια στη σκοταδική αυτή μανία και αναδύεται ο ανθρωπισμός (Corrigan, & Watson, 2002).

Το 16^ο αιώνα ο Jehenn Weyer, Ολλανδο-γερμανός, θεωρείται δίκαια ο πρώτος ψυχίατρος. Στα βιβλία του περιέγραψε συστηματικά ψυχικές ασθένειες, αμύνηκε των μαγισσών εξηγώντας τα φαινόμενά τους κάτω από το ψυχιατρικό πρίσμα και περιέγραψε την ανθρωπιστική ψυχοθεραπεία. Τον ίδιο αιώνα εμφανίζεται και ο Παράκελσος ο οποίος πρώτος αναφέρεται στο ασυνείδητο και υποθέτει πως οι σεξουαλικοί παράγοντες παίζουν ρόλο στη παθογένεια της υστερίας και των νευρώσεων. Ο Παράκελσος χρησιμοποίησε σαφείς διαγνωστικές κατηγορίες και

ψυχοθεραπευτικές μεθόδους όπως συμβουλή, ενθάρρυνση κτλ. Ωστόσο την περίοδο εκείνη οι ψυχικά ασθενείς θεωρούνταν ότι διακατέχονταν από δαίμονες και ότι το μόνο που θα μπορούσε να τους σώσει ήταν τα «θαύματα». Αξίζει να σημειωθεί επίσης, ότι το πρώτο ψυχιατρικό νοσοκομείο ιδρύθηκε στη Βαλέντσια το 1409 από τον ιερέα Jofre και η Ισπανία πρωτοπόρησε στην ίδρυση των ψυχιατρείων. Επιπλέον ένα σημαντικό σημείο το οποίο πρέπει να αναφερθεί είναι ότι από το Μεσαίωνα κιόλας υπήρχε η πόλη Gheel στο Βέλγιο που λειτουργούσε σαν πρότυπο κέντρο θεραπείας ψυχικά ασθενών (Corrigan, & Watson, 2002).

Στη περίοδο του 17^{ου} και 18^{ου} αιώνα εμφανίζονται δύο προσωπικότητες της ιατρικής, ο Paolo Zacchia (1584-1659) και ο Thomas Sydenham (1624-1689) από τους οποίους ο πρώτος καθόρισε τη νομική ευθύνη των ψυχικά ασθενών με ιδιαίτερα ανθρωπιστικό τρόπο και ο δεύτερος έστρεψε την προσοχή του στην υστερία και στις νευρώσεις. Οι δυο αυτοί αιώνες χαρακτηρίζονται από μια αυξανόμενη κλινική αντιμετώπιση των ανθρώπων που πάσχουν από ψυχική νόσο και από προοδευτικά και περισσότερες ταξινομήσεις. Δυστυχώς όμως οι ψυχιατρικοί ασθενείς εξακολουθούν να αντιμετωπίζονται ως «άτρωτα ζώα» (Torrey, 1997).

Στα τέλη του 18^{ου} αιώνα ο Philippe Pinel είχε θεωρηθεί ο ιδρυτής της ηθικής θεραπείας των ψυχασθενών και ο εισηγητής της κατάργησης του αλυσοδέματος, αν και θα έπρεπε να μοιρασθεί τη τιμή αυτή με τον Ιταλό Vincenzo Chiarugi και τον Άγγλο William Tuke. Ο Chiarugi το 1789, διηύθυνε το νοσοκομείο Bonifacio το οποίο απαγόρευε τις σκληρές μεθόδους, είπε: «είναι υπέρτατο ηθικό καθήκον και ιατρική υποχρέωση να σεβόμαστε τον παράφρονα σαν άτομο». Ο Tuke το 1796 ίδρυσε το Retreat στη Νέα Υόρκη ένα αναπαυτήριο για 30 ασθενείς αντιμετωπίζοντάς τους με καλοσύνη σαν φιλοξενούμενους με έμφαση στην εργοθεραπεία.

Ο Pinel περιέγραψε με μεγαλύτερη σαφήνεια τα συμπτώματα της ψυχικής νόσου και τις κλινικές περιπτώσεις και δημιούργησε για πρώτη φορά ορθές ιατρικές κατατάξεις της ψύχωσης:

1. Μελαγχολία (διαταραχή της διανοητικής λειτουργίας)
2. Μανία (υπερβολική νευρική διέγερση με ή χωρίς παραλήρημα)
3. Άνοια (διαταραχή στη λειτουργία της σκέψης)
4. Ιδιωτεία (εξάλειψη των διανοητικών ικανοτήτων και των συναισθημάτων)

Στις αρχές του 19^{ου} αιώνα η ηθική θεραπεία του Pinel και το Retreat του Tuke μεταδίδονται στην Αμερική ενώ ένας μεγάλος αριθμός ψυχιατρείων χτίζεται εκείνη την εποχή, πολλά από τα οποία υπάρχουν μέχρι και σήμερα. Η ηθική θεραπεία λοιπόν επικρατεί στην Αμερική και εμπλουτίζεται με εργασιοθεραπεία, απασχολησιοθεραπεία, βιβλιοθήκη των ασθενών, εκδρομές, πάρτυ κ.τ.λ. Τέλος κατά τον 19^ο αιώνα η ψυχιατρική για πρώτη φορά αρχίζει να εμφανίζεται σαν ξεχωριστή ιατρική ειδικότητα και ο όρος αυτός πρωτοεμφανίστηκε σε γερμανικά κυρίως περιοδικά (Corrigan, & Watson, 2002).

Η νοσηλευτική ψυχικής υγείας κατά τον 20^ο αιώνα σημείωσε περαιτέρω προόδους. Το 1913, στη σχολή του νοσοκομείου John Hopkins, υπό τη διεύθυνση της Effie Taylor άρχισαν να περιλαμβάνουν στη βασική εκπαίδευση των νοσηλευτών τη νοσηλευτική ψυχικής υγείας. Για πρώτη φορά ένα πρόγραμμα νοσηλευτικής εκπαίδευσης προσέφερε ψυχιατρική νοσηλευτική εκπαίδευση σε όλους τους φοιτητές του. Σκοπός της Taylor ήταν η παροχή ενιαίου επιπέδου γνώσεων σε όλους τους νοσηλευτές, έτσι ώστε να μην υπάρχει καμία διάκριση μεταξύ μυαλού και σώματος. Η ιδέα αυτή αποτέλεσε το θεμέλιο της ολιστικής νοσηλευτικής. Στη δεκαετία του 1930 άρχισαν να γίνονται γνωστές και αρκετά δημοφιλείς οι σωματικές θεραπείες. Οι θεραπείες αυτές περιλάμβαναν τη θεραπεία με βαθύ ύπνο (κώμα), την ηλεκτροσπασμοθεραπεία και το σοκ ινσουλίνης. Το 1946, το Κογκρέσο των ΗΠΑ είχε ψηφίσει τον Εθνικό Νόμο για την Ψυχική Υγεία, με τον οποίο ιδρύοταν το Εθνικό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας (National Institute of Mental Health, NIMH). Με το νόμο αυτό προσφερόταν ομοσπονδιακά κονδύλια για εκπαίδευση και έρευνα σε όλους τους τομείς της ψυχιατρικής περίθαλψης. Επίσης, στα πλαίσια του νόμου αυτού θεσπίστηκαν μεταπτυχιακά προγράμματα εξειδίκευσης στη ψυχιατρική νοσηλευτική (Corrigan, & Watson, 2002).

Κατά τη δεκαετία του 1950 σημειώθηκε μια επανάσταση στη ψυχιατρική φροντίδα με την ανακάλυψη των ψυχοτρόπων φαρμάκων (φάρμακα που θεραπεύουν τα ψυχικά νοσήματα). Τα πρώτα που χρησιμοποιήθηκαν ευρέως ήταν η χλωροπρομαζίνη και το λίθιο. Τα φάρμακα που αναπτύχθηκαν μέσα στην επόμενη δεκαετία ήταν για τη θεραπεία του άγχους και της κατάθλιψης ενώ για πρώτη φορά υπήρχε αποτελεσματική θεραπεία για την ψύχωση και έτσι πολλοί ασθενείς κατάφεραν να εξέλθουν από τα ψυχιατρικά νοσοκομεία. Το 1950 επίσης, ξεκίνησε η διαδικασία της αποασυλοποίησης των ασθενών. Ο στόχος του κινήματος αυτού ήταν

να βγουν οι ψυχικά πάσχοντες από τα ψυχιατρικά ιδρύματα και έπειτα τα ιδρύματα αυτά να κλείσουν. Περίπου το 92% των ατόμων που θα νοσηλεύονταν σε δημόσια ψυχιατρικά νοσοκομεία με βάση τα κριτήρια του 1955, αντιμετωπίζονταν το 1994 με διαφορετικό τρόπο (Torrey, 1997). Οι κύριες ιδέες πίσω από το κίνημα αυτό, ήταν δυο:

1. Οι ψυχικά πάσχοντες θα πρέπει να αντιμετωπίζονται σε ένα κατά τα το δυνατόν ελάχιστα περιοριστικό περιβάλλον.
2. Η θεραπευτική αντιμετώπιση αυτών των ασθενών στη κοινότητα είναι φθηνότερη από την αντιμετώπισή τους σε ένα κρατικό νοσοκομείο.

Το αποτέλεσμα αυτού του κοινωνικού πειράματος είναι ότι 2,2 εκατομμύρια ασθενείς με σοβαρή ψυχική νόσο στις ΗΠΑ δε λαμβάνουν καμία ψυχιατρική θεραπεία. Αρκετοί άνθρωποι είναι άστεγοι, *«με αποτέλεσμα το ‘ελάχιστα περιοριστικό περιβάλλον’ να είναι τελικά μια χάρτινη κούτα, το κελί μιας φυλακής ή μια τρομοκρατημένη ύπαρξη που καταδυναστεύεται τόσο από πραγματικούς όσο και από φανταστικούς εχθρούς»* (Torrey, 1997: 11).

Τελικά το πείραμα αυτό της αποασυλοποίησης απέτυχε σε μεγάλο βαθμό. Στις ΗΠΑ οι ψυχιατρικοί ασθενείς εξακολουθούν να πάσχουν από το στίγμα της ψυχικής νόσου με διακρίσεις στην αναζήτηση στέγης και δυσκολία στην απόκτηση ασφαλιστικής κάλυψης. Από τις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρίες υγείας οι ψυχικές ασθένειες δεν καλύπτονται τόσο καλά όσο οι οργανικές. Ωστόσο, ίσως ακόμα να υπάρχει ελπίδα. Η δεκαετία του 1990 είχε ανακηρυχθεί ως «η δεκαετία του εγκεφάλου». Οι έρευνες οδήγησαν σε καινούριες διαγνωστικές δοκιμασίες και καινούρια φάρμακα για τα ψυχικά νοσήματα. Σήμερα πλέον διαθέτουμε αρκετά πιο αποτελεσματικά εργαλεία από ποτέ για την αντιμετώπιση των ψυχικών νοσημάτων και γνωρίζουμε πολύ περισσότερα για τα αίτια και τις θεραπείες τους (King et al., 2010).

1.3 ΜΟΡΦΕΣ ΨΥΧΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

Τις πιο σοβαρές μορφές ψυχικών διαταραχών αποτελούν οι ψυχώσεις. Οι ψυχώσεις αφορούν το είδος των ψυχικών παθήσεων που βρίσκεται πιο κοντά σε αυτό που ο κοινός άνθρωπος αποκαλεί «τρέλα», λόγω του ότι χαρακτηρίζονται από τις πιο ακραίες και δραματικές ψυχοπαθολογικές αποκλίσεις. Οι ψυχωσικές διαταραχές λαμβάνουν ποικίλες μορφές. Κοινό χαρακτηριστικό των διάφορων μορφών ψυχώσεων είναι ότι το άτομο χάνει την επαφή του με την πραγματικότητα, με την πραγματικότητα του «έξω κόσμου». Διεγείρεται περισσότερο από εσωτερικές καταστάσεις, υπακούει σε μία εξωπραγματική λογική και «ζει στον δικό του κόσμο». Παρουσιάζει ένα είδος νοητικής σύγχυσης και συχνά οι συναισθηματικές του αποκρίσεις είναι απρόσφορες. Δεν μπορεί να ανταποκριθεί σε επαγγελματικές και κοινωνικές απαιτήσεις. Επίσης, επειδή συχνά είναι επικίνδυνος για τον εαυτό του και για τους άλλους, απαιτεί εγκλεισμό και περίθαλψη σε ψυχιατρική κλινική (Παπαδάτου, 2005).

Οι ψυχώσεις διακρίνονται σε: α) Οργανικές, δηλαδή όσες έχουν διαγνωσμένο οργανικό αίτιο (εγκεφαλικό τραύμα, ορμονικές διαταραχές) όπως είναι οι γεροντικές άνοιες, αλκοολικές ψυχώσεις και β) Λειτουργικές, δηλαδή όσες δεν έχουν διαγνωσμένη οργανική αιτία, ιστο-παθολογική αλλοίωση και επομένως μπορούν να αποδοθούν σε ψυχοκοινωνικά αίτια (Μαδιανός, & Ζάρναρη, 1983).

Οι συνηθέστερες μορφές ψυχώσεων είναι:

i. **Η Σχιζοφρένεια:** Περιλαμβάνει ομάδα ψυχοπαθολογικών εκδηλώσεων που χαρακτηρίζονται από διαταραχές στην σκέψη, στο συναίσθημα και στην κινητική - πραξιακή συμπεριφορά και είναι το συνηθέστερο είδος ψύχωσης. Οι διαταραχές στην σκέψη συνίστανται σε μεταβολή του τρόπου σχηματισμού των εννοιών και των κρίσεων που οδηγούν σε παρερμηνείες της πραγματικότητας και σε παραγωγή ψευδαισθήσεων και αλλόκοτων παραληρηματικών ιδεών. Οι διαταραχές στο συναίσθημα περιλαμβάνουν αμφιθυμικές καταστάσεις και απρόσφορες συναισθηματικές αποκρίσεις. Οι διαταραχές στον κινητικό - πραξιακό τομέα συχνά

περιλαμβάνουν αδράνεια, εσωστρέφεια, απόσυρση, παλινδρόμηση σε παιδικά πρότυπα συμπεριφοράς και παραδοξότητα. Οι σχιζοφρενείς σκέφτονται και μιλούν με τρόπο παράλογο, μη συμβατικό ή αντιφατικό. Αποτραβιούνται από τους άλλους ανθρώπους και κλείνονται βαθιά στον εαυτό τους και δεν αντιδρούν καθόλου στο περιβάλλον τους. Μπορεί απλά να κάθονται, να είναι σιωπηλοί, ακίνητοι και αδιάφοροι, βυθισμένοι σε βαθιά απάθεια. Έχουν αυταπάτες μεγαλείου (π.χ. θεωρούν τον εαυτό τους αυτοκράτορα), μανία καταδίωξης, παραισθήσεις, ακούνε φωνές ενώ επικρατεί ησυχία, και βλέπουν πράγματα που δεν υπάρχουν. Μιλάνε στον εαυτό τους ή φωνάζουν δυνατά στις φωνές που μόνο αυτοί ακούνε. Η σχιζοφρένεια παρουσιάζεται κυρίως στους νέους (το 60% των σχιζοφρενών είναι κάτω των 35 ετών) και ιδιαίτερα στην πληθυσμιακή ομάδα των ανδρών (King, et al., 2010).

ii. **Η διπολική διαταραχή του συναισθήματος ή μανιοκαταθλιπτική διαταραχή.** Το άτομο που παρουσιάζει αυτή την διαταραχή ταλαντεύεται μεταξύ δύο αντίθετων άκρων όσων αφορά στην διάθεση του. Το ένα άκρο ονομάζεται μανία και χαρακτηρίζεται από συναισθήματα μεγάλης χαράς, διαχυτικότητας, σιγουριάς και ευφορίας. Τα άτομα με αυτή τη διάθεση αστεειούνται συνεχώς, γελάνε και μιλάνε πολύ αν και απέχουν από το να είναι ευτυχημένα ή ικανοποιημένα. Βρίσκονται συνεχώς σε κίνηση, όχι γιατί το ευχαριστιούνται αλλά επειδή ωθούνται σε αυτή την κατάσταση από ισχυρή ένταση, η οποία εντοπίζεται μέσα τους. Στην κατάσταση αυτής της υπερενεργητικότητας, κατέχονται από αυταπάτες μεγαλείου θεωρώντας τον εαυτό τους ανώτερο ή θεό, ικανό να πετύχει τα πάντα. Αφού βίωσαν το στάδιο της μανίας, οι άνθρωποι αυτοί μπορεί να βρεθούν στο αντίθετο άκρο που ονομάζεται κατάθλιψη. Όταν πέφτουν στο καταθλιπτικό στάδιο τα άτομα αισθάνονται υπερβολική απόγνωση, αισθάνονται άχρηστα και σκέφτονται την αυτοκτονία. Έτσι χάνουν την επιθυμία για ομιλία, κίνηση, φαγητό και ύπνο και περνάνε την περισσότερη ώρα κλαίγοντας (King, et al., 2010).

Υπάρχουν, επίσης, και ελαφριάς μορφής ψυχικές διαταραχές που κύριο χαρακτηριστικό τους είναι το υπερβολικό άγχος, μια διαρκής έντονη εσωτερική ανησυχία. Οι συγκεκριμένες ψυχικές διαταραχές ονομάζονται νευρώσεις. Το νευρωσικό άτομο ενώ δεν χάνει την επαφή του με την πραγματικότητα και συνεχίζει να συμμετέχει και να δρα στην επαγγελματική και κοινωνική ζωή, παρά ταύτα νιώθει αδιάλειπτα μία δυσάρεστη εσωτερική ένταση, εκνευρισμό, συναισθήματα ενοχής, και φόβο. Υποφέρει από αισθήματα ανεπάρκειας και κατωτερότητας, δείχνει δυσκαμψία στην σκέψη, αδυνατεί να πάρει αποφάσεις για τα σημαντικά θέματα της ζωής. Οι

νευρώσεις αυτές συνοδεύονται και από νευροφυτικές διαταραχές. Οι νευρώσεις είναι η πιο κοινή μορφή παθολογικής συμπεριφοράς και πρώτο-εκδηλώνονται κυρίως κατά την εφηβική και την πρώτη ώριμη ηλικία (ως το 30^ο έτος) (King, et al., 2010).

Οι πιο συνηθισμένες μορφές νευρώσεων είναι:

- **Φοβίες:** Χαρακτηρίζονται από έντονο φόβο, μπροστά σε ορισμένα ερεθίσματα/καταστάσεις. Ο φόβος αυτός όμως δεν προέρχεται από πραγματική αιτία. Η φοβία μπορεί να πάρει διάφορες μορφές, όπως για παράδειγμα κοινωνιοφοβία, ακροφοβία, αγοραφοβία, μονοφοβία, κλειστοφοβία, νυκτοφοβία, ζωοφοβία, πυροφοβία (King, et al., 2010).

- **Αγχώδης νεύρωση:** Χαρακτηρίζεται από έναν αόριστο, αιωρούμενο και γενικευμένο φόβο που μπορεί να ενταθεί ως τον πανικό. Πρόκειται για μια κατάσταση αδιάλειπτης ανησυχίας που δεν σχετίζεται με κάποια συγκεκριμένη απειλή. Το άτομο με αγχώδη νεύρωση παρουσιάζει αδυναμία να συγκεντρωθεί, αϋπνία, υπερκινητικότητα, θυμική καταπόνηση (King, et al., 2010).

- **Ψυχοσωματικές διαταραχές:** Οι διαταραχές του είδους αυτού περιλαμβάνουν οργανικά συμπτώματα όπως για παράδειγμα πονοκεφάλους, στομαχόπονους. Πρόκειται για διεργασίες που οδηγούν στην σωματοποίηση των συμπτωμάτων της ψυχικής διαταραχής - κύριο στοιχείο τους είναι ο πόνος (King, et al., 2010).

- **Νευρωσική κατάθλιψη:** Χαρακτηρίζεται από υπερβολική ευαισθησία σε δυσάρεστα γεγονότα, η οποία δημιουργεί βαθιά και παρατεταμένη απελπισία. Τα άτομα με νευρωσική κατάθλιψη ακόμα και σε μικρές κακοτυχίες, δείχνουν έντονη μελαγχολική κατάπτωση την οποία δύσκολα ξεπερνούν (King, et al., 2010).

- **Ιδεοψυχαναγκαστική νεύρωση:** Χαρακτηρίζεται από έμμονες ιδέες και επίμονη επανάληψη, κατά τρόπο τελετουργικό μιας σειράς στερεοτυπικών ενεργειών. Ένα άτομο με ιδεοψυχαναγκαστικές τάσεις, για παράδειγμα, μπορεί να ελέγχει συνέχεια αν έχει κλειδώσει ή όχι την πόρτα (King, et al., 2010).

- **Υποχονδρίαση:** Χαρακτηρίζεται από διαρκή ενασχόληση με θέματα σωματικής υγείας. Το άτομο με υποχονδρίαση δείχνει υπερβολική ευαισθησία ακόμη και στο πιο ασήμαντο σωματικό σύμπτωμα (King, et al., 2010).

- **Υστερική νεύρωση:** Σε βαριές περιπτώσεις έχει ως αποτέλεσμα την εκδήλωση σοβαρών σωματικών συμπτωμάτων, όπως ολική ή μερική αχρηστία των αισθητήριων οργάνων ή μελών του σώματος, χωρίς να υπάρχει οργανική βλάβη. Οι συνηθέστερες

μορφές υστερίας είναι η υστερική τύφλωση, η υστερική αμνησία, η υστερική κώφωση, η υστερική αλαλία (King, et al., 2010).

1.4 ΖΩΝΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Ο καθένας μας είναι υποψήφιος για την εμφάνιση ψυχικής διαταραχής, κάποιες ομάδες ατόμων όμως είναι πιο επιρρεπείς να εμφανίσουν την νόσο.

▼ Γυναίκες:

Οι γυναίκες εμφανίζουν κατάθλιψη δύο φορές σχεδόν πιο συχνά απ' ότι οι άνδρες. Η διαφορά αυτή δεν έχει πλήρως εξηγηθεί. Ένα μέρος μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι οι γυναίκες παραδέχονται πιο εύκολα από τους άνδρες τα καταθλιπτικά τους συμπτώματα. Παράλληλα ο συνδυασμός βιολογικών και ψυχοκοινωνικών παραγόντων παίζει σημαντικό ρόλο στην μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης της, π.χ. έμμηνος ρύση, εγκυμοσύνη, αποβολές, προεμμηνορροσιακό σύνδρομο, εμμηνόπαυση καθώς και οι σύγχρονοι ρυθμοί, έντονο στρες, αυξημένες υπευθυνότητες για την εργασία και την οικογένεια, η φροντίδα των ηλικιωμένων γονέων (Παπαδάτου, 2005).

▼ Ηλικιωμένοι:

Οι ηλικιωμένοι συχνά βιώνουν απώλειες προσφιλών προσώπων, ασθένειες, μοναξιά που κάνουν αυτό το στάδιο της ζωής τους πιο δύσκολο. Πάντως η κατάθλιψη δεν είναι φυσικό χαρακτηριστικό των ηλικιωμένων. Στην πραγματικότητα πολλοί ηλικιωμένοι είναι ευχαριστημένοι και ικανοποιημένοι από τη ζωή τους. Πολύ συχνά επίσης συμπτώματα άλλων ασθενειών όπως η νόσος Alzheimer, η άνοια, εκλαμβάνονται σαν καταθλιπτικά συμπτώματα. Αξίζει ωστόσο να επισημανθεί πως όταν οι ηλικιωμένοι επισκέπτονται τον ιατρό τους δίνουν έμφαση στα οργανικά συμπτώματά τους και δεν περιγράφουν τα ψυχικά τους. Οι γιατροί καλούνται πλέον να αναγνωρίζουν αυτά τα συμπτώματα και να θεραπεύουν την υποκείμενη κατάθλιψη, γιατί αν αφεθεί αθεράπευτη αυξάνει τον αριθμό των αυτοκτονιών. Είναι ουσιαστικό να γίνεται διάγνωση και να θεραπεύεται η κατάθλιψη νωρίς, ώστε

να δίνεται η δυνατότητα σε αυτούς τους ανθρώπους να ζουν ευχάριστα τα υπόλοιπα χρόνια τους (Παπαδάτου, 2005).

1.5 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΑΝΑ ΤΟΝ ΚΟΣΜΟ

Η επιδημιολογία της ψυχικής υγείας αναπτύχθηκε μετά τον Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο με σκοπό την εκτίμηση των αναγκών σε επίπεδο περιοχών, ώστε να δημιουργηθούν οι απαραίτητες υπηρεσίες ψυχικής υγείας που να καλύπτουν αυτές τις ανάγκες. Η επιδημιολογία της ψυχικής υγείας αποτελεί κλάδο της γενικής επιδημιολογίας και ενδιαφέρεται για την επικράτηση (prevalence) και την επίπτωση (incidence) των ψυχικών διαταραχών και διερευνά βαθύτερα τους κοινωνικο-πολιτισμικούς παράγοντες που έχουν πιθανή σημασία στην αιτιολογία και τη δυναμική των διαταραχών αυτών. Σύμφωνα με τους Regier και Burke (1985) επιδημιολογία, για τον τομέα της ψυχικής υγείας, είναι η μελέτη της κατανομής, της συχνότητας και των αιτίων των ψυχικών διαταραχών στον ανθρώπινο πληθυσμό (King, et al., 2010).

Σύμφωνα με τους Lin και Standley (1962), η επιδημιολογία ψυχικής υγείας θέτει τους ακόλουθους στόχους:

- Ø Να αποκαλύψει τις σχέσεις ανάμεσα στα χαρακτηριστικά του πληθυσμού και στην εμφάνιση της ψυχικής διαταραχής, έτσι ώστε να διευκρινιστεί η προέλευση της δεύτερης.
- Ø Να διερευνήσει την επικράτηση των ατόμων τα οποία εκδηλώνουν ψυχική διαταραχή και αυτών των ατόμων που δεν εκδηλώνουν αντίστοιχη διαταραχή βάση του γενικού πληθυσμού.
- Ø Να δοκιμάσει αιτιολογικές υποθέσεις οι οποίες προέρχονται είτε από κλινικές είτε από εργαστηριακές μελέτες.
- Ø Να εκτιμήσει τα ποσοστά θεραπευτικής βελτίωσης σε σχέση με την αξιολόγηση της αποδοτικότητας των προληπτικών καθώς και θεραπευτικών μέτρων.

Η διερεύνηση της επικράτησης των ψυχικών διαταραχών, η διεξαγωγή επιδημιολογικών μελετών, και κατ' επέκταση η ενημέρωση και η ευαισθητοποίηση του ευρύτερου πληθυσμού σχετικά με θέματα ψυχικής υγείας κρίνονται ιδιαίτερα σημαντικά. Αυτό καταδεικνύεται σε έρευνα του Τσαχαγέα (1994), όπου η πλειονότητα των ερωτώμενων αναγνωρίζει τον βασικό ρόλο της ψυχικής υγείας στη ζωή του ανθρώπου και το γεγονός ότι αυτή βλάπτεται εύκολα. Θετικό εύρημα της έρευνας αποτελεί το δεδομένο πως το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτώμενων υποστηρίζει ότι η κοινωνία έχει υποχρέωση να λάβει μέτρα για την ψυχική υγεία. Η άποψη αυτή συμφωνεί και με τα σύγχρονα δεδομένα της επιδημιολογίας της ψυχικής υγείας, σύμφωνα με τα οποία τόσο οι κοινωνίες όσο και οι κυβερνήσεις οφείλουν να είναι πάντοτε ευαισθητοποιημένες στις βασικές αρχές της ψυχικής υγιεινής (Τσαχαγέα, 1994).

Σε μια επόμενη έρευνα του Τσαχαγέα (1994) σχετικά με την εξακρίβωση του βαθμού γνώσεων του ελληνικού κοινού σχετικά με την ψυχική υγιεινή, βρέθηκε ότι μεγάλο ποσοστό δεν έχει διδαχθεί για την ψυχική υγιεινή, συνεπώς δεν έχει σαφή αντίληψη της. Τα περισσότερα άτομα επιθυμούν περισσότερες και σωστές γνώσεις για την ψυχική υγιεινή και θεωρούν ότι οι αποτελεσματικότεροι φορείς για αυτόν τον σκοπό είναι η συστηματική αγωγή υγείας, η παιδεία καθώς και τα μέσα μαζικής ενημέρωσης. Ως συμπέρασμα, ο συγγραφέας αναφέρει ότι *«επιβάλλεται να συμπληρωθεί το ανεπαρκές επίπεδο γνώσεων και να τονωθεί το ενδιαφέρον του πληθυσμού για τη συμμετοχή του σε προγράμματα παρέμβασης στα πλαίσια της προληπτικής ιατρικής»* (Τσαχαγέα, 1994).

Οι συστηματικές προσπάθειες σχετικά με την επιδημιολογική ανάλυση των ψυχικών διαταραχών στην Ελλάδα είναι αρκετά περιορισμένες. Γενικότερα, διαπιστώνεται η ύπαρξη αρκετά υψηλών ποσοστών με εμφανείς σοβαρές διαταραχές. Μεγάλο ποσοστό των επιδημιολογικών ερευνών στον ελληνικό χώρο έχει διεξαχθεί από τον Μαδιανό και τους συνεργάτες του, τη Μονάδα Κοινωνικής Ψυχιατρικής της Ψυχιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών καθώς και το Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών (Μαδιανός, 2009).

Σε διατμηματική έρευνα η οποία εκπονήθηκε από το Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών (Μαδιανός & Ζάρναρη, 1983) εξετάστηκε ένα τυχαία συστηματικό, δύο φάσεων δείγμα 4.083 ενήλικων ανδρών και γυναικών ηλικίας 20-

64 ετών, από 33 νομούς της χώρας. Το δείγμα αυτό αντιπροσωπεύει το 1,5% των νοικοκυριών του συνόλου της χώρας. Ως βασικό όργανο ελέγχου της επικράτησης της ψυχοπαθολογίας στον πληθυσμό χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα Langner. Τα αποτελέσματα κατέδειξαν πως το 24% των γυναικών και το 11,1% των ανδρών του δείγματος θα μπορούσαν να θεωρηθούν άτομα με σοβαρή έκπτωση στην ψυχική τους υγεία, αφού παρουσίαζαν προβλήματα λειτουργικότητας. Τα άτομα που προέρχονταν από την Αθήνα εμφάνισαν υψηλότερα ποσοστά ψυχοπαθολογίας συγκριτικά με τα άτομα που προέρχονταν από άλλες γεωγραφικές περιοχές. Τα χαμηλότερα ποσοστά επικράτησης ψυχοπαθολογίας παρουσιάζονται στις ημιαστικές και αγροτικές περιοχές. Οι γυναίκες εμφανίζουν τριπλάσια ποσοστά βαριάς και υπερδιπλάσια ποσοστά σοβαρής διαταραχής. Όσον αφορά την καταθλιπτική συμπτωματολογία με τη χρήση της κλίμακας CES-D (με διαχωριστικό σημείο το 16), βρέθηκε ότι σε εθνικό επίπεδο το 17,2% του συνολικού δείγματος (23,4% των γυναικών και 9,6% των ανδρών) παρουσίαζε καταθλιπτικά συμπτώματα. (Μαδιανός & Ζάρναρη, 1983)

Το 1984 εκπονήθηκε μια δεύτερη πανελλήνια έρευνα με θέμα τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες στην ψυχική υγεία και τη χρήση ουσιών. Το δείγμα αποτελούνταν από 4.292 άτομα ηλικίας 12 - 64 ετών, προερχόμενα από 37 νομούς της χώρας, και ήταν απόλυτα αντιπροσωπευτικό του γενικού πληθυσμού. Η ανίχνευση ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων έγινε με τις κλίμακες Langner και CESD. Με κριτήριο την ύπαρξη έξι ή περισσότερων ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων, σοβαρή διαταραχή της ψυχικής τους υγείας παρουσίαζαν το 18,7% των ανδρών ηλικίας 18-64 ετών και το 34,1% των γυναικών. Σύμφωνα με το διαχωριστικό σημείο 16 της κλίμακας CESD, το 15,4% των ανδρών και το 37,6% των γυναικών ενέπιπταν στην κατηγορία της καταθλιπτικής κατάστασης. Τα ποσοστά αυτά είναι σχετικά υψηλά –ειδικά για τις γυναίκες– αν συγκριθούν με εκείνα της πανελλήνιας έρευνας του ΕΚΚΕ. Τα συγκεκριμένα ποσοστά δεν αποτελούν κλινικές καταστάσεις, αλλά φαινόμενα αποθάρρυνσης εξαιτίας των ψυχοπιεστικών κοινωνικών συνθηκών και γεγονότων της ζωής, ωστόσο δείχνουν ότι τα άτομα αυτά βρίσκονται σε ομάδες «υψηλού κινδύνου» για την εκδήλωση ψυχικών διαταραχών (Στυλιανίδης, 2009).

Αρκετές επιδημιολογικές έρευνες γύρω από την επικράτηση των ψυχικών διαταραχών πραγματοποιήθηκαν στον διεθνή χώρο κυρίως πριν από τη δεκαετία του 1950, μια εποχή που, κατά τον Dohrenwend (αναφέρεται στο Μαδιανός, 2009), σηματοδεύτηκε από τη διεξαγωγή κλασικών επιδημιολογικών ερευνών. Οι έρευνες

αυτές, και συγκεκριμένα όσες ασχολήθηκαν με την εμφάνιση ψυχικών διαταραχών στην κοινότητα, κατέδειξαν τη σπουδαιότητα των κοινωνικών παραγόντων στην εκδήλωση αυτών των διαταραχών.

Σημειώνεται ότι οι πρώτες προσπάθειες για τη διεξαγωγή επιδημιολογικών ερευνών πραγματοποιήθηκαν στις αρχές του 20^{ου} αιώνα. Η πρώτη συστηματική έρευνα για τις ψυχικές διαταραχές στην κοινότητα πραγματοποιήθηκε τη δεκαετία του 1930) στο Σικάγο των ΗΠΑ. Οι ερευνητές μελέτησαν τη σχέση μεταξύ ψυχικής διαταραχής και βιοτικού επιπέδου συγκρίνοντας τους τόπους κατοικίας 35.000 ατόμων, τα οποία είχαν νοσηλευτεί σε δημόσια ή ιδιωτικά ψυχιατρεία. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι η κοινωνική τάξη έχει άμεση σχέση με τις σχιζοφρενικές διαταραχές. Η δεύτερη σημαντική έρευνα, αυτή των Hollingshead και Redlich (1958), είχε καλύτερη μεθοδολογία. Σ' αυτήν μελετήθηκε ο πληθυσμός μιας αμερικανικής πόλης που είχε εκδηλώσει ψυχικές διαταραχές, ο οποίος στη συνέχεια συγκρίθηκε με τον «υγιή» πληθυσμό της ίδιας πόλης προκειμένου να καθοριστούν οι κοινωνικές μεταβλητές των προβλημάτων. Η σχέση μεταξύ κοινωνικής τάξης και ψυχικών διαταραχών διαπιστώθηκε και σ' εκείνη την έρευνα (Μαδιανός, 2009).

Σύμφωνα με πιο σύγχρονα διεθνή δεδομένα, από έρευνες αντιπροσωπευτικών δειγμάτων του γενικού πληθυσμού στις ΗΠΑ υπολογίζεται ότι ποσοστό 15% - 25% έχει ανάγκη περίθαλψης, ενώ περίπου 7 εκατομμύρια άνθρωποι λαμβάνουν ενδονοσοκομειακή ή εξωτερική ψυχιατρική περίθαλψη κάθε χρόνο. Γενικότερα, οι έρευνες της δεκαετίας του 1970 στην Ευρώπη και στις ΗΠΑ δείχνουν ότι ποσοστό 4% - 8% των ανδρών και 8% - 15% γυναικών από τον γενικό πληθυσμό εμφανίζουν συμπτώματα διαταραχών στην ψυχική τους υγεία. Στην σύγχρονη εποχή η διεξαγωγή επιδημιολογικών ερευνών είναι όχι μόνο χρήσιμη αλλά και επιβεβλημένη, δεδομένου ότι οι κοινωνικές, περιβαλλοντικές, οικονομικές και άλλες εξελίξεις και αλλαγές στις σύγχρονες κοινωνίες έχουν πολύ συχνά επιπτώσεις στην ψυχική υγεία, έχοντας ως αποτέλεσμα ολοένα και μεγαλύτερα τμήματα του πληθυσμού να παρουσιάζουν ψυχικά προβλήματα (Παπαδάτου, 2005).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο: ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

2.1 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Η κατάθλιψη αποτελεί μια ψυχική διαταραχή γνωστή από τους αρχαίους χρόνους είδη ο Ιπποκράτης, τον 4^ο αιώνα π. Χ. περιέγραψε με λεπτομέρεια τόσο την κατάθλιψη όσο και την μανία. Η λέξη κατάθλιψη χρησιμοποιείται για ένα ευρύ φάσμα συναισθηματικών φάσεων που μπορεί να είναι είτε φυσιολογικές είτε παθολογικές. Έτσι λοιπόν η κατάθλιψη μπορεί να αποτελεί α) μια φυσιολογική διάθεση ή συναίσθημα, στην περίπτωση μιας σημαντικής απώλειας ή θανάτου ενός αγαπημένου προσώπου, β) ένα σύμπτωμα, στην περίπτωση όπου η κατάθλιψη είναι μια μορφή αντίδρασης στο στρες ή μια δευτερογενής αντίδραση σε ασθενείς με οργανικά ή ψυχιατρικά προβλήματα και τέλος, γ) μια ψυχοπαθολογική διαταραχή ή σύνδρομο. Παρά το γεγονός ότι η κατάθλιψη είναι σχετικά συχνό φαινόμενο ο ορισμός της δεν είναι εύκολος ακόμη και οι ειδικοί δεν συμφωνούν σχετικά με τη φύση της και δεν έχουν καταλήξει σχετικά με το αν πρόκειται για ένα βιολογικό ή για ένα ψυχολογικό φαινόμενο. Ωστόσο σε ένα σημείο υπάρχει ομοφωνία: η κατάθλιψη παρουσιάζεται ως ένα παγκόσμιο χαρακτηριστικό της ανθρώπινης φύσης, από την παροδική θλίψη που μπορεί να συμβεί στον καθένα μέχρι την βαριά κατάθλιψη. Σε γενικές γραμμές η κατάθλιψη θα μπορούσε να οριστεί ως μια κατάσταση παθολογικής θλίψης που συνοδεύεται από τη μείωση του αισθήματος προσωπικής αξίας και από την επώδυνη συνείδηση της επιβράδυνσης των νοητικών, ψυχοκινητικών και οργανικών διαδικασιών (Κλεφτάρας, 2008).

Θεωρίες για την αιτιολογία της κατάθλιψης υπάρχουν από την αρχαιότητα. Για παράδειγμα ο Ιπποκράτης απέδιδε την κατάθλιψη σε βιολογικές μεταβολές. Τα τελευταία χρόνια για την ανίχνευση των αιτίων της κατάθλιψης δίνεται έμφαση στους

βιολογικούς/εγκεφαλικούς μηχανισμούς που εμπλέκονται στην κατάθλιψη. Έτσι, δεν υπάρχει ένα μοναδικό αίτιο. Έρευνες ετών έχουν επισημάνει μερικούς παράγοντες που φαίνεται ότι συμβάλλουν σε διαφορετικό κάθε φορά βαθμό στην εμφάνιση της κατάθλιψης. Πάντως οι διάφορες ερμηνείες για την αιτιοπαθογένεια της κατάθλιψης είτε είναι καθαρά βιολογικές είτε είναι καθαρά ψυχοκοινωνικές, χωρίς να αναιρεί η μία την άλλη. Πολύ πιθανόν μάλιστα να συνυπάρχουν. Γενικά η κατάθλιψη φαίνεται να είναι νόσος της εγκεφαλικής λειτουργίας που σχετίζεται με διαταραχές νευρομεταβιβαστικών συστημάτων. Κυρίαρχο ρόλο παίζουν γενετικοί παράγοντες, ενώ περιβαλλοντικοί/ψυχοκοινωνικοί συντελεστές σχετίζονται και αυτοί με την εμφάνισή της (Gilbert, 1999).

2.2 ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΑΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Οι παράγοντες που φαίνεται να συμβάλλουν στην εμφάνιση της κατάθλιψης είναι οι εξής (Κλεφτάρας, 2008):

Γενετικοί παράγοντες: Ο κίνδυνος να πάθει κανείς κατάθλιψη είναι αυξημένος, όταν έχει οικογενειακό ιστορικό κατάθλιψης. Μέρος του αυξημένου κινδύνου θεωρείται ότι οφείλεται σε κληρονομικούς γενετικούς παράγοντες. Υπάρχει η θεωρία ότι διάφορα γονίδια εμπλέκονται στην μεταβίβαση χαρακτηριστικών που αυξάνουν την προδιάθεση του ατόμου να πάθει κατάθλιψη. Πρώτου βαθμού συγγενείς του πάσχοντα από διπολική διαταραχή εμφανίζουν κίνδυνο νόσησης 7,6% για διπολική και 12,3% για μονοπολική διαταραχή. Ο κίνδυνος νόσησης στο γενικό πληθυσμό ανέρχεται σε 1% για τη διπολική και 4% για τη μονοπολική. Παιδιά δύο μανιοκαταθλιπτικών γονέων εμφανίζουν υψηλό κίνδυνο να εκδηλώσουν τη διαταραχή που κυμαίνεται μεταξύ 44% - 74%. Διαπιστώθηκε σημαντικά υψηλότερος βαθμός συμφωνίας σε μονοζυγωτικούς διδύμους σε σχέση με τους διζυγωτικούς (70% έναντι 20%). Αν επρόκειτο αποκλειστικά για γενετικό χαρακτηριστικό, θα έπρεπε η συμφωνία στους μονοζυγωτικούς διδύμους να έφθανε το 100%. Ο μικρότερος βαθμός συμφωνίας μας οδηγεί στο συμπέρασμα ότι και άλλοι, μη γενετικοί παράγοντες (βιολογικοί, ψυχολογικοί, κοινωνικοί) παίζουν επίσης σημαντικό ρόλο στην έκφραση της διαταραχής.

Βιολογικοί παράγοντες:

α) Μερικές μη ψυχιατρικές παθήσεις που σχετίζονται με το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα (Κ. Ν. Σ.) και επηρεάζουν τη λειτουργία των περιοχών του εγκεφάλου που ρυθμίζουν το συναίσθημα. Οι παθήσεις αυτές μπορούν να αφορούν νόσους του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος όπως Πάρκινσον, Alzheimer, σκλήρυνση κατά πλάκας, και το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο. Διάφορες ενδοκρινολογικές παθήσεις

όπως ο υποθυρεοειδισμός, λοιμώξεις που δρουν στο Κ. Ν. Σ. όπως το AIDS και η λοιμώδης μονοπυρήνωση, ο καρκίνος και διάφορα φάρμακα.

β) Η εφεύρεση κάποιων από τους βιολογικούς μηχανισμούς που εμπλέκονται στην εμφάνιση της κατάθλιψης αποτέλεσε σίγουρα μια από τις σπουδαιότερες ανακαλύψεις της Ψυχιατρικής αυτόν τον αιώνα. Στη δεκαετία του '50 οι επιστήμονες ανακάλυψαν τους νευρομεταβιβαστές, βιοχημικές δηλαδή ουσίες με τις οποίες επικοινωνούν τα νευρικά κύτταρα μεταξύ τους. Στο ίδιο περίπου διάστημα παρατηρήθηκε ότι ασθενείς που έπαιρναν κάποια φάρμακα για την ρύθμιση της υψηλής αρτηριακής τους πίεσης εμφάνιζαν ως παρενέργεια την κατάθλιψη. Το κοινό χαρακτηριστικό αυτών των φαρμάκων ήταν ότι δρούσαν στους νευρομεταβιβαστές του εγκεφάλου και με κάποιο τρόπο μείωναν τις συγκεντρώσεις τους στον εγκέφαλο. Το επόμενο βήμα ήταν να παρασκευαστούν φάρμακα που αύξαναν την συγκέντρωση των νευρομεταβιβαστών αυτών στον εγκέφαλο. Το αποτέλεσμα ήταν ότι τα φάρμακα αυτά ήταν ικανά να θεραπεύσουν ασθενείς με κατάθλιψη. Από τη δεκαετία του '50 μέχρι σήμερα πολλά έχουν γίνει γνωστά για την λειτουργία των νευρομεταβιβαστών και τον ρόλο τους στην κατάθλιψη.

Σήμερα θεωρείται ότι δύο νευρομεταβιβαστές, η νορεπινεφρίνη και η σεροτονίνη, εμπλέκονται ιδιαίτερα στην εμφάνιση της κατάθλιψης. Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα τα οποία έχουμε στην διάθεσή μας αποσκοπούν στο να αυξήσουν τη συγκέντρωση της σεροτονίνης και της νορεπινεφρίνης (νοραδρεναλίνης) στον εγκέφαλο. Το γεγονός ότι τα περισσότερα αντικαταθλιπτικά φάρμακα είναι αποτελεσματικά σε όλες σχεδόν τις μορφές κατάθλιψης, τεκμηριώνει ότι όλοι οι αιτιολογικοί παράγοντες που συμβάλλουν στην κατάθλιψη δρουν τελικά μέσω του μηχανισμού της σεροτονίνης και της νορεπινεφρίνης. Σήμερα ερευνάται η σημασία και άλλων νευροδιαβιβαστών στην εμφάνιση καταθλιπτικών διαταραχών (ντοπαμίνη, ακετύλχολίνη, κ.λ.π.)

γ) Μια σύγχρονη υπόθεση της κατάθλιψης προτείνει την ευαλωτότητα του νευρικού κυττάρου που προκαλείται από το χρόνιο stress. Τα ευρήματα ερευνών υποδεικνύουν ότι η χρόνια αγωγή με αντικαταθλιπτικά προκαλεί αναγέννηση ή και βλάστηση των νευραξόνων του υπομέλανα τόπου (LC), που προβάλλουν στο μετωπιαίο φλοιό του εγκεφάλου. Στη μείζονα κατάθλιψη ευρέθηκε μείωση των

νευρώνων του LC κατά 50%. Για την ελάττωση ενοχοποιούνται τα υψηλά επίπεδα κορτικοειδών που κυκλοφορούν στο αίμα λόγω stress.

Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες: Διάφορες έρευνες έχουν δείξει ότι άτομα που σαν παιδιά είχαν ζήσει κάποιο γεγονός σημαντικής απώλειας (π. χ. θάνατος γονιού, κ.λπ.) έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να πάθουν κατάθλιψη ως ενήλικοι. Επίσης διάφορες καταστάσεις είτε ψυχολογικές (π. χ. θάνατος αγαπημένου προσώπου, διαζύγιο), είτε κοινωνικές (π. χ. οικονομική ύφεση, συνθήκες διαμονής) ακόμη και ψυχοκοινωνικών (π.χ. απώλεια εργασίας, μετανάστευση) φαίνεται να αυξάνουν τον κίνδυνο για κατάθλιψη. Τέλος ο τρόπος με τον οποίο οι άνθρωποι σκέφτονται και αντιλαμβάνονται τα καθημερινά τους προβλήματα φαίνεται να ευνοεί σε μερικές περιπτώσεις τη δημιουργία κατάθλιψης.

2.3 ΣΥΜΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

Η κατάθλιψη εκδηλώνεται με συμπτώματα τόσο σε συναισθηματικό – νοητικό επίπεδο όσο και σε σωματικό επίπεδο. Τα κυριότερα συμπτώματα της κατάθλιψης σε συναισθηματικό - νοητικό επίπεδο είναι τα ακόλουθα (Κλεφτάρας, 2008):

Καταθλιπτική διάθεση κατά το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας. Το άτομο που πάσχει από κατάθλιψη νιώθει μια ανεξήγητη οδύνη και θλίψη. Είναι συναισθηματικά ευάλωτο σε οποιοδήποτε ερέθισμα του περιβάλλοντος του και ξεσπάει σε κλάματα οποιαδήποτε στιγμή άνευ ουσιώδους λόγου και αιτίας. Αισθάνεται ότι κανείς δεν μπορεί να τον κατανοήσει και μη μπορώντας να εξηγήσει τι του συμβαίνει κλείνεται στον εαυτό του, στενοχωριέται και εκνευρίζεται με το παραμικρό.

Έλλειψη ενδιαφέροντος για οποιαδήποτε δραστηριότητα. Αυτό γίνεται ιδιαίτερα εμφανές στην καθημερινότητα του ασθενούς. Πέρα από το ότι δεν θέλει να ασχοληθεί με δραστηριότητες που γέμιζαν τον ελεύθερο χρόνο του και του προσέφεραν ευχαρίστηση, δεν έχει διάθεση να πάει στη δουλειά, να ψωνίσει, να ασχοληθεί με δουλειές του σπιτιού, να φροντίσει τα αγαπημένα του πρόσωπα. Εδώ αξίζει να αναφερθεί και η απώλεια της ερωτικής επιθυμίας. Δεν υπάρχει τίποτε που να του δημιουργεί κίνητρο ώστε να δραστηριοποιηθεί. Αυτό που θέλει είναι να κάθεται ή να ξαπλώνει χωρίς να κάνει απολύτως τίποτε.

Απαισιόδοξες και αρνητικές σκέψεις. Αν δώσουμε σε ένα άτομο που πάσχει από κατάθλιψη ένα πινέλο για να ζωγραφίσει, το μοναδικό χρώμα που θα χρησιμοποιήσει θα είναι το μαύρο. Έτσι βλέπει τα πράγματα γύρω του. Νιώθει ότι όλα οδεύουν από το κακό στο χειρότερο. Ακόμη και αν δεν ισχύει κάτι τέτοιο, για

αυτόν η κατάσταση θεωρείται μη αναστρέψιμη. Ακόμη και αν όλοι του λένε ότι τα πράγματα θα αλλάξουν αυτός νιώθει παραίτηση και απελπισία.

Ιδέες θανάτου και αυτοκτονίας. Ο ασθενής νιώθοντας ανήμπορος και απελπισμένος καθώς έχει περιέλθει σε τέλμα, βλέπει το θάνατο ως τη μοναδική διέξοδο στο αδιέξοδο του. Κυριεύεται από την ιδέα του θανάτου και εξετάζει πιθανά σενάρια αυτοκτονίας. Η ιδέα της αυτοκτονίας τον ανακουφίζει και φαντάζει ως αχτίδα φωτός στο τούνελ που έχει εισέλθει.

Αισθήματα ενοχής και απαξίωσης. Το καταθλιπτικό άτομο επιρρίπτει συνεχώς κατηγορίες στον εαυτό του και επικρίνει τη συμπεριφορά του. Νιώθει ένοχο απέναντι στα πρόσωπα του περιβάλλοντος του και φτάνει στο σημείο να κατηγορεί τον ίδιο του τον εαυτό ακόμη και για σφάλματα άλλων. Ακόμη καταλαμβάνεται από αραιωτικά για τον ίδιο αισθήματα, νιώθει ότι δεν αξίζει τον σεβασμό, την εκτίμηση και την αγάπη των γύρω του.

Έλλειψη συγκέντρωσης, μνήμης και αδυναμία λήψης αποφάσεων. Ο ασθενής δυσκολεύεται να συγκεντρωθεί και να επικεντρωθεί σε κάτι, ξεχνάει εύκολα και αδυνατεί να πάρει αποφάσεις ακόμη και για ασήμαντα ή καθημερινά θέματα.

Ανησυχία και άγχος. Το άτομο που βιώνει κατάθλιψη νιώθει έναν ανεξήγητο άγχος και καταλαμβάνεται από την ιδέα ότι κάτι κακό μπορεί να συμβεί. Δεν μπορεί να χαρεί καθώς ανησυχεί για καθετί.

Τάσεις απομόνωσης. Το άτομο κλείνεται στον εαυτό του αφού έχει την εντύπωση ότι κανείς δεν μπορεί να τον καταλάβει. Νιώθει μόνος ακόμη και αν βρίσκεται μαζί με άλλα άτομα. Ακόμη μάλιστα και όταν κάποιος ενδιαφερθεί η θελήσει να τον προσεγγίσει εκείνος εκνευρίζεται και αρνείται κάθε είδους βοήθεια.

Τα κυριότερα σωματικά συμπτώματα της κατάθλιψης είναι τα ακόλουθα (Κλεφτάρας, 2008):

Πόνοι στις αρθρώσεις και στα άκρα, οσφυαλγία. Πρόκειται για πόνους που συνοδεύουν συχνά την κατάθλιψη, ενώ αν προϋπήρχαν γίνονται ιδιαίτερα έντονοι. Το άτομο παρουσιάζει πόνους στον αυχένα, στα άκρα, στην πλάτη ακόμη και στο θώρακα.

Πονοκέφαλοι και ημικρανίες. Το άτομο ενοχλείται από σχεδόν καθημερινούς και ενίοτε ισχυρούς πονοκέφαλους. Υποφέρει από συχνές ζαλάδες κατά το μεγαλύτερο μέρος της μέρας.

Προβλήματα στο πεπτικό σύστημα. Εδώ ανήκουν ο πόνος ή το αίσθημα «καψίματος» στο στομάχι, οι ναυτίες, η διάρροια, η χρόνια δυσκοιλιότητα καθώς και το σύνδρομο του ευερέθιστου έντερου.

Προβλήματα ύπνου. Οι διαταραχές στον ύπνο μπορεί να εκδηλωθούν είτε ως αϋπνία δηλαδή δυσκολία του άτομου να κοιμηθεί, είτε ως υπέρπνοια, δηλαδή ανάγκη για υπερβολικό ύπνο και δυσκολία αφύπνισης.

Διατροφικές διαταραχές. Η αλλαγή στις διατροφικές συνήθειες είναι ιδιαίτερα εμφανής. Παρατηρείται απώλεια όρεξης που οδηγεί στην απώλεια σωματικού βάρους. Από την άλλη πλευρά μπορεί να συμβεί και το εντελώς αντίθετο, δηλαδή το άτομο να παρουσιάζει όρεξη για συγκεκριμένες τροφές, πλούσιες σε υδατάνθρακες και έτσι το βάρος του να αυξηθεί σημαντικά.

Αισθήματα κόπωσης και αδυναμίας. Ο ασθενής νιώθει εξάντληση και χάνει την ενεργητικότητα του ακόμη και από τις πρώτες πρωινές ώρες. Κουράζεται εύκολα ακόμη κι όταν επιδοθεί σε καθημερινές δραστηριότητες του.

Προβλήματα κίνησης. Το καταθλιπτικό άτομο δυσκολεύεται να κινηθεί, να περπατήσει, ακόμη και να σηκωθεί και έτσι προτιμά την ακινησία. Η διάθεση «ακινησίας» μπορεί να επεκταθεί και στον τρόπο ομιλίας, όπου το άτομο μιλά με αργό ρυθμό και μονότονα, αδυνατώντας συχνά να ολοκληρώσει τη φράση του. Αξίζει ωστόσο να επισημανθεί ότι ένα μεγάλο ποσοστό ανθρώπων προτιμούν τη συνεχή κίνηση και την ορθοστασία καθώς αδυνατούν να μείνουν ήρεμα για πολλή ώρα σε ένα συγκεκριμένο σημείο.

Σεξουαλική δυσλειτουργία. Εκτός από την απώλεια ερωτικής επιθυμίας που προαναφέρθηκε στα συναισθηματικά συμπτώματα, ο ασθενής που πάσχει από κατάθλιψη ενδέχεται να εμφανίσει προβλήματα στύσης.

2.4 ΜΟΡΦΕΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

▼ Διπολική διαταραχή τύπου 1:

Η διπολική διαταραχή τύπου 1 είναι γνωστή και ως μανιοκαταθλιπτική διαταραχή και θεωρείται μια πολύ σοβαρή ψυχική ασθένεια η οποία μπορεί να προκαλέσει σοβαρές αλλαγές στη συμπεριφορά του ατόμου. Η διπολική διαταραχή συνήθως εμφανίζεται στο τέλος της εφηβικής ηλικίας ενός ατόμου, το μεγαλύτερο ποσοστό την εμφανίζει σε ηλικία κάτω των 25 ετών. Μερικοί άνθρωποι μπορεί να εμφανίσουν διπολική διαταραχή τύπου 1 κατά τη διάρκεια της παιδικής τους ηλικίας και άλλοι πάλι μπορεί να εμφανίσουν συμπτώματα πολύ αργότερα στη ζωή τους και σε οποιαδήποτε χρονική στιγμή. Οι περισσότεροι άνθρωποι επιστρέφουν στη φυσιολογική λειτουργικότητα τους κατά τη διάρκεια ύφεσης της διαταραχής αλλά ένα ποσοστό 20 με 30 % εξακολουθούν να έχουν κάποια συμπτώματα και κάποιοι άλλοι ίσως έχουν περιόδους υποτροπής (Παπαδάτου, 2005).

Τα αίτια που μπορεί να προκαλέσουν κάποιο μανιακό επεισόδιο μέχρι και σήμερα δεν έχουν γίνει γνωστά. Έρευνες δείχνουν πως συμβαίνουν κάποιες αλλαγές στη λειτουργία του εγκεφάλου. Σε ορισμένες περιπτώσεις η ασθένεια οφείλεται και στην κληρονομικότητα δηλαδή όταν κάποιος γονιός η άμεσος συγγενής πάσχει από μανιοκατάθλιψη υπάρχουν μεγαλύτερες πιθανότητες εμφάνισης της ασθένειας. Σχετικές μελέτες έχουν δείξει ότι για την εμφάνιση διπολικής διαταραχής τύπου 1 δεν είναι υπεύθυνοι μόνο ένα γονίδιο αλλά μια ομάδα γονιδίων τα οποία σε συνδυασμό με άλλους παράγοντες που έχουν σχέση με το άτομο και με την οικογένεια του συμβάλλουν στην ανάπτυξη διπολικής διαταραχής. Οι περισσότεροι άνθρωποι που υποφέρουν από διπολική διαταραχή παρουσιάζουν και κάποια επεισόδια κατάθλιψης (Κλεφτάρας, 2008).

Κατά τη διάρκεια ενός μανιακού επεισοδίου ο άνθρωπος μπορεί να εμφανίσει αυξημένη διάθεση η οποία συνοδεύεται από μια έντονη δραστηριότητα, ένα αίσθημα ευφορίας, αισιοδοξίας, έχει μειωμένη ανάγκη για ύπνο αφού μετά από 3 ώρες ύπνου μπορεί να νιώθει ξεκούραστος. Παρατηρείται επίσης υπερσεξουαλικότητα, κατάχρηση ουσιών, ανησυχία, υπερδιέγερση και εκνευρισμός. Ακόμη μπορεί να εμφανίσει απώλεια ενδιαφέροντος για κάτι που παλιότερα απολάμβανε, έχει γρήγορη σκέψη, γρήγορο λόγο και ενώ μπορεί να νιώθει πεισμένος να συνεχίσει να μιλεί, διάσπαση προσοχής και αδυναμία συγκέντρωσης. Η επιθετική συμπεριφορά και το αίσθημα καταναλωτισμού να ξοδεύει άσκοπα όλα του τα χρήματα αποτελούν και αυτά συμπτώματα. Η κατάσταση μπορεί να γίνει ακόμα πιο επικίνδυνη και σοβαρή όταν το άτομο αυτό εμφανίσει παραληρητικές ιδέες η ψευδαισθήσεις και χάνει την επαφή του από την πραγματικότητα. Επομένως ένα επεισόδιο μανίας μπορεί να διαρκέσει από λίγες ημέρες έως αρκετά χρόνια. Τα συμπτώματα όμως μπορεί να εξακολουθούν να υπάρχουν για μερικές εβδομάδες μέχρι κάποιους μήνες. Τέλος, μπορεί αμέσως μετά από ένα μανιακό επεισόδιο να εμφανιστεί και κατάθλιψη (Παπαδάτου, 2005).

▼ Διπολική διαταραχή τύπου 2:

Η υπομανία αποτελεί μια πιο ήπια μορφή μανίας που δεν είναι τόσο ανησυχητική ώστε να δημιουργήσει δυσκολία στην λειτουργικότητα του ατόμου ή να προκαλέσει εισαγωγή στο νοσοκομείο. Το υπομανιακό επεισόδιο χαρακτηρίζεται από μια συγκεκριμένη περίοδο ανεβασμένης διάθεσης που έχει διάρκεια για τουλάχιστον 4 μέρες και η συμπεριφορά του ασθενούς είναι τελείως διαφορετική από την συνηθισμένη του συμπεριφορά, αλλά τα ίδια τα άτομα δεν θα δεχτούν αυτή την διαφορά στον τρόπο ζωής του. Τα άτομα όμως που απαρτίζουν το στενό περιβάλλον του ασθενή μπορούν να καταλάβουν αυτές τις αλλαγές στη συμπεριφορά και στη διάθεση. Επίσης, στην υπομανία δεν υπάρχουν χαρακτηριστικά ψύχωσης. Γενικότερα θεωρείται πως η υπομανία δεν αποτελεί μια αυτοτελή διαταραχή αλλά ένα μέρος της διπολικής διαταραχής 2 (Παπαδάτου, 2005).

Τα συμπτώματα εμφανίζονται όταν το άτομο μπει στην δεκαετία των 30 αν και δεν είναι απαραίτητο αυτό διότι μπορεί να τα εμφανίσει σε οποιαδήποτε χρονική στιγμή. Στην συνέχεια έρχεται μια περίοδος στενοχώριας και απογοήτευσης (Παπαδάτου, 2005).

Την περίοδο κατά την οποία το άτομο πάσχει από τη διαταραχή εμφανίζει 3 με 4 από τα συμπτώματα που θα αναφερθούν πιο κάτω (Κλεφτάρας, 2008):

- § Υψηλή αυτοεκτίμηση και μεγαλειώδεις ιδέες.
- § Το άτομο δεν αισθάνεται καθόλου την ανάγκη για ύπνο.
- § Αύξηση της ομιλητικότητας του καθώς και ανάγκη να συνεχίσει να μιλάει.
- § Θεωρεί πως οι σκέψεις του «τρέχουν».
- § Δεν μπορεί να συγκεντρώσει την προσοχή του.
- § Αύξηση των προσωπικών του στόχων (κοινωνικών, επαγγελματικών, σεξουαλικών).
- § Το άτομο συμμετέχει σε πολύ ευχάριστες δραστηριότητες που δυστυχώς έχουν πολύ άσχημα αποτελέσματα όπως η υπερβολική κατανάλωση προδιδόντων άσκοπη επαγγελματική επένδυση κ.α.

Η υπομανία μπορεί να συνδέεται με μια ανεξήγητη αλλαγή στην συνηθισμένη συμπεριφορά του ατόμου. Πολλές φορές όμως το άτομο παρουσιάζει διαφορές οι οποίες οφείλονται στη διαταραχή χωρίς να μπορεί να γίνουν αντιληπτές στο περιβάλλον του. Συνήθως η πάθηση δεν είναι τόσο σοβαρή ώστε να δυσλειτουργεί στον επαγγελματικό τομέα η στην κοινωνικότητα του καθώς και να δημιουργήσει την ανάγκη εισαγωγής στο νοσοκομείο. Τέλος τα συμπτώματα που παρουσιάζει ο ασθενής δεν οφείλονται σε επιδράσεις ουσιών ούτε σε κακή σωματική κατάσταση (Παπαδάτου, 2005).

Η θεραπεία της διπολικής διαταραχής γίνεται με φαρμακευτική αγωγή από κάποιον ψυχίατρο και λαμβάνεται καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής του ατόμου ακόμα και σε περιόδους ύφεσης της πάθησης διότι οποιαδήποτε διακοπή της φαρμακευτικής θεραπείας μπορεί να προκαλέσει υποτροπή. Σκοπός της θεραπείας είναι η μείωση των συμπτωμάτων του ασθενή, αλλά και η πρόληψη των υποτροπών. Υπάρχουν φάρμακα τα οποία σταματούν τις αλλαγές και τις διακυμάνσεις της διάθεσης, τα λεγόμενα σταθεροποιητικά φάρμακα. Σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να γίνει συνδυασμός φαρμάκων, να προστεθούν για κάποιο μικρό χρονικό διάστημα και αλλά φάρμακα ώστε να προληφθεί κάποια έξαρση της νόσου παρά τη χρήση των σταθεροποιητικών φαρμάκων. Το φάρμακο που δίνεται σε αυτές τις περιπτώσεις είναι το λίθιο. Υπάρχουν όμως και άλλες κατηγορίες φαρμάκων όπως είναι τα αντιεπιληπτικά, τα αντικαταθλιπτικά, τα αντιψυκτικά και τα αγχολυτικά. Πιθανές αλλαγές

φαρμακευτικής αγωγής μπορεί να κριθούν αναγκαίες από το ψυχίατρο κατά τη διάρκεια της θεραπείας (Κλεφτάρας, 2008).

Επομένως εκτός από τη φαρμακευτική αγωγή σημαντικό ρόλο παίζει και η στήριξη από το οικογενειακό του περιβάλλον. Η ψυχοθεραπεία έχει αποδειχτεί εξαιρετικά χρήσιμη σε επεισόδια μανιοκατάθλιψης. Στόχος της είναι η σωστή εκπαίδευση και πληροφόρηση τόσο των ασθενών όσο και των οικογενειών τους. Έτσι τα άτομα μαθαίνουν περισσότερα για την ασθένεια, μαθαίνουν να αναγνωρίζουν τις εξάρσεις και τις υφέσεις της νόσου προκειμένου να αναζητήσουν έμμεσα ιατρική βοήθεια, μαθαίνει η οικογένεια να αναγνωρίζει τις τυχόν αλλαγές διάθεσης του ατόμου τους. Επίσης μαθαίνουν τη δράση των φαρμάκων τη χρησιμότητα τους, το σωστό τρόπο λήψης. Τέλος η γνωστική-συμπεριφορική ψυχοθεραπεία μπορεί να βοηθήσει τα άτομα με μανιοκατάθλιψη τόσο στη σκέψη τους όσο και στη συμπεριφορά τους ώστε να έχουν μια φυσιολογική και αξιόλογη ζωή (Παπαδάτου, 2005).

▼ Μείζων καταθλιπτική διαταραχή:

Η μείζων καταθλιπτική διαταραχή είναι γνωστή και ως μονοπολική κατάθλιψη, κλινική κατάθλιψη, μείζων κατάθλιψη η απλά ως κατάθλιψη και αποτελεί μια από τις σοβαρότερες μορφές κατάθλιψης. Σε αυτή τη μορφή το άτομο διαταράσσεται από έντονη θλίψη, απογοήτευση και μελαγχολία. Διαφέρει από την κοινή κατάθλιψη και από το απλό αίσθημα της θλίψης. Εμφανίζεται κυρίως σε ηλικίες 20 - 40. Είναι συχνότερο στις γυναίκες από ότι στους άντρες. Ωστόσο μπορεί εμφανιστεί παγκοσμίως ανεξάρτητου φυλής, μόρφωσης ή οικονομικής κατάστασης. Συνήθως αποτελείται από ένα μόνο επεισόδιο αλλά μπορεί να κάνει και υποτροπή σε διάφορα στάδια της ζωής του ατόμου. Τα συμπτώματα δεν εμφανίζονται αμέσως αλλά με την πάροδο του χρόνου, αναπτύσσονται μέσα σε λίγες μέρες και μπορεί να διαρκέσουν έως και κάποιες εβδομάδες (Παπαδάτου, 2005).

Ορισμένα άτομα μιλώντας για τον εαυτό τους δε θεωρούν ότι πάσχουν από κατάθλιψη. Αυτό που νιώθουν όμως είναι θλίψη, απογοήτευση, απελπισία, ακεφία και απόγνωση. Σε πολλές περιπτώσεις τα άτομα αυτά παραπονιούνται ότι έχουν σωματικά ενοχλήματα όπως είναι πονοκέφαλος, έντονο και χρόνιο πόνο σε κάποιο μέρος του σώματος τους, κόπωση, ενώ κάποιοι άλλοι νιώθουν θυμό, νεύρα και ξεσπάνε με άσχημο τρόπο σε πράγματα που δεν έχουν σημασία. Επίσης ενώ

παλιότερα ασχολιόντουσαν με διαφορές ευχάριστες δραστηριότητες όπως(κάποιο άθλημα, φιλικές και κοινωνικές σχέσεις) πλέον και αυτές δε τους ικανοποιούν. Αυτή τη μείωση του ενδιαφέροντος την έχουν σχεδόν καθ' όλη τη διάρκεια της ημέρας και είναι γνωστή και ως ανηδονία. Ακόμη παρατηρείται και αλλαγή στις διατροφικές συνήθειες του ατόμου με αποτέλεσμα τη μείωση του βάρους και την ανορεξία η οποία μπορεί να προκαλέσει πρόβλημα στο κύκλο της γυναίκας. Επίσης σε ήπιας μορφής κατάθλιψη έχει εμφανιστεί αυξημένη όρεξη και αύξηση βάρους. Μπορεί να έχουν τάσεις αυτοκτονίας και να κάνουν αυτοκτονικές σκέψεις. Έχουν μειωμένο λόγο, μειωμένη ομιλία, μειωμένη συγκέντρωση και αφοσίωση. Εμφανίζει και προβλήματα ύπνου αφού τις περισσότερες ώρες νιώθει αϋπνία. Δυο τύποι αϋπνίας εμφανίζονται συχνά σε ένα μείζων καταθλιπτικό επεισόδιο. Η μέση αϋπνία στην οποία το άτομο ξυπνά κατά τη διάρκεια της νύχτας όμως δυσκολεύεται να ξανακοιμηθεί και η τελική αϋπνία στην οποία το άτομο προσπαθεί να κοιμηθεί προς το τέλος της νύχτας όμως και πάλι εμφανίζει προβλήματα ύπνου. Τέλος μπορεί να εμφανίσει και υπερυπνία όταν το άτομο κοιμάται για μεγάλο χρονικό διάστημα και κατά τη διάρκεια της νύχτας αλλά και της ημέρας (Κλεφτάρας, 2008).

▼ Επιλόχεια κατάθλιψη:

Η επιλόχεια κατάθλιψη είναι μια σοβαρή μορφή κατάθλιψη η οποία έχει σοβαρό αντίκτυπο τόσο στην ίδια την μητέρα όσο και στην οικογένεια της. Σχεδόν το 70% των γυναικών βιώνουν διαταραχές διάθεσης τις πρώτες 10 ημέρες μετά τη γέννηση του παιδιού. Οι έντονες ορμονικές αλλαγές πριν κατά τη διάρκεια και μετά το τοκετό μπορούν να προκαλέσουν χημικές αλλαγές στον εγκέφαλο και να προκαλέσουν κατάθλιψη. Επίσης η κατάθλιψη είναι δυο φορές συχνότερη από ότι στους άντρες. Εάν η κατάθλιψη δε θεραπευτεί άμεσα θα υπάρξουν σοβαρές συνέπειες στο μέλλον και ίσως ξαναεμφανιστεί σε μια δεύτερη εγκυμοσύνη. Η έναρξη της επιλόχειας κατάθλιψης συμβαίνει μέσα στο διάστημα τεσσάρων εβδομάδων από τη γέννηση του παιδιού και μπορεί να διαρκέσει και ένα χρόνο. Επίσης η γυναίκα στη επιλόχεια κατάθλιψη μπορεί να μη θέλει να αποδεχτεί το μωρό της, να μη θέλει να το αγκαλιάσει, να το ταΐσει να το νιώθει σαν απειλή. Το 73 % των γυναικών που παρουσιάζουν επιλόχεια κατάθλιψη είναι πρωτότοκες ενώ το 23% είναι πολύτοκες (Παπαδάτου, 2005).

▼ Δυσθυμία:

Η δυσθυμία διαταραχή αποτελεί μια ήπιας μορφή κατάθλιψη η οποία μπορεί να είναι και χρόνια κατάσταση. Χαρακτηρίζεται από καταθλιπτική διάθεση σχεδόν καθόλα τη διάρκεια της ημέρας και μπορεί να διαρκέσει δυο χρόνια. Προσβάλλει περισσότερο τις γυναίκες μέχρι και 3 φορές περισσότερο από ότι στους άντρες. Επίσης εμφανίζεται στο γενικό πληθυσμό σε ποσοστό 5 - 6%. Η δυσθυμία διαταραχή μπορεί να εκδηλωθεί στη παιδική ηλικία, στην εφηβεία η ακόμα στα πρώτα χρόνια της ενήλικης ζωής. Σχεδόν πάντα όταν κάποιος έχει δυσθυμική διαταραχή σε διάστημα ενός χρόνου εμφανίζει και μείζονα καταθλιπτική διαταραχή (Κλεφτάρας, 2008).

▼ Ψυχωτική κατάθλιψη:

Η ψυχωτική κατάθλιψη θεωρείται μια από τις πιο επικίνδυνες μορφές κατάθλιψης. Η ψυχωτική κατάθλιψη είναι χρόνια και κυκλική κατάσταση. Ένα άτομο μπορεί να έχει ήπια επεισόδια κατάθλιψης με στιγμές ακραίας ψύχωσης. Ορισμένα άτομα με μείζονα κατάθλιψη μπορεί να εμφανίσουν αργότερα και ψυχωτική κατάθλιψη. Τέλος η αυτοκτονία, το έντονο στρες, η κατάχρηση ουσιών μπορεί να προκαλέσει ένα επεισόδιο ψύχωσης (Κλεφτάρας, 2008).

▼ Κυκλοθυμική διαταραχή:

Κυκλοθυμία είναι μια κατάσταση στην οποία περίοδοι κατάθλιψης εναλλάσσονται από περιόδους υπερβολικής ευθυμίας. Αρχικά θεωρήθηκε πως αποτελεί διαταραχή της διάθεσης αλλά σήμερα συγκαταλέγεται στις διπολικές διαταραχές. Πιο συγκεκριμένα πρόκειται για ανθρώπους που την μια εμφανίζονται γεμάτοι ζωντάνια και ενέργεια και την άλλη καταθλιπτικοί και απαισιόδοξοι. Τα συμπτώματα δεν είναι τόσο σοβαρά ώστε η πάθηση να κατατάσσεται στην μείζονα κατάθλιψη με μανιακά επεισόδια. Μερικές φορές οι ασθενείς δεν παραδέχονται την πάθηση τους και προσπαθούν να δικαιολογήσουν τα συμπτώματα κατάθλιψης που παρουσιάζουν με διάφορους τρόπους. (Κλεφτάρας, 2008).

Ο ασθενής διακατέχεται από πολλές περιόδους υπομανίας και κατάθλιψης για ένα χρονικό διάστημα τουλάχιστον 2 ετών χωρίς όμως να συγκαταλέγεται στην κατηγορία του μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου. Μέσα στο διάστημα αυτό το άτομο βάλλεται συνεχώς από τα συμπτώματα. Επιπλέον τα δυο χρόνια αυτά ο ασθενής δεν παρουσιάζει κάποιο μείζων καταθλιπτικό επεισόδιο. Επίσης τα

συμπτώματα δεν συγχέονται με σχιζοφρένεια ή κάποια σχιζοφρενική διαταραχή καθώς και δεν προέρχονται από χρήση κάποιας ουσίας (ναρκωτικά, φάρμακα ή παθολογικών αιτιών (υπερθυρεοειδισμός). Τέλος τα συμπτώματα δημιουργούν άγχος και μείωση της κοινωνικότητας του.

Για την αντιμετώπιση της κυκλοθυμικής διαταραχής είναι απαραίτητη και η ψυχοθεραπεία και η φαρμακοθεραπεία. Σε πολλές περιπτώσεις όμως η ψυχοθεραπεία μπορεί από μόνη της να οδηγήσει στην εξάλειψη του προβλήματος. Η θεραπεία που θα ακολουθηθεί εξαρτάται από τη βαρύτητα της διαταραχής καθώς και τις ιδιαιτερότητες του ασθενούς.

▼ Εποχιακή κατάθλιψη:

Υπάρχουν πολλά παραδείγματα που μας βοηθούν να κατανοήσουμε πως οι καιρικές συνθήκες επηρεάζουν την ψυχολογία του ανθρώπου. Γενικότερα την άνοιξη και το φθινόπωρο παρατηρείται αυξημένη ενέργεια και μεγαλύτερη διάθεση στον άνθρωπο, το χειμώνα η διάθεση είναι πιο περιορισμένη, θα μπορούσαμε να την χαρακτηρίσουμε ως καταθλιπτική και το άτομο συνήθως έχει την τάση να απομονώνεται συχνά. Ακόμα παρατηρούμαι πως αν οι καιρικές συνθήκες δεν είναι καλές για μεγάλο χρονικό διάστημα δηλαδή επικρατεί συννεφιά και βροχόπτωση, υπάρχει επιδείνωση των συμπτωμάτων. Τότε βλέπουμε πως το άτομο γίνεται λιγότερο παραγωγικό διότι υπάρχει ανάγκη για παραμονή στο σπίτι, επιθυμία για ύπνο, μικρότερη απόδοση στον τομέα εργασίας του. Αντίθετα τις θερμές ημέρες του καλοκαιριού παρατηρείται έντονος εκνευρισμός και δυσφορία που καμία φορά οδηγεί και σε επιθετικότητα. Συμπερασματικά καταλήγουμε πως κάθε εποχή επιδρά με τον δικό της τρόπο στην ψυχολογική κατάσταση των ατόμων (Κλεφτάρας, 2008).

Υπάρχουν ενδείξεις πως η μειωμένη εμφάνιση του Ήλιου λειτουργεί αποσυντονιστικά και είναι πολύ πιθανό να επηρεάζει συγκεκριμένα ορμονικά επίπεδα του οργανισμού.

Μπορούμε εύκολα να παρατηρήσουμε τα συμπτώματα της εποχιακής κατάθλιψης. Συνήθως τα άτομα αντιμετωπίζουν προβλήματα στον ύπνο με αποτέλεσμα είτε να κοιμούνται για πολλές ώρες είτε να έχουν διαταραγμένο ύπνο. Ακόμα παρουσιάζουν ατονία με αποτέλεσμα να μην μπορούν να αντιμετωπίσουν τις υποχρεώσεις που έχουν στην καθημερινότητα τους. Επίσης διακατέχονται από

υπερφαγία, πράγμα που τους οδηγεί σε αύξηση βάρους. Επιπλέον πέφτουν σε κατάθλιψη, αντιμετωπίζουν κοινωνικά προβλήματα διότι διακατέχονται από εκνευρισμό και θέλουν να μείνουν μόνοι τους. Επίσης έχουν πολύ άγχος και μειωμένη σεξουαλική επαφή. Τέλος αξίζει να σημειωθεί πως τα συμπτώματα αυτά υποχωρούν κατά τη διάρκεια της άνοιξης και στις αρχές του καλοκαιριού και παρατηρούνται συνήθως σε άτομα ηλικίας 18 - 30 πιο συνηθισμένα όμως στις γυναίκες (Κλεφτάρας, 2008).

Ο χειμώνας μπορεί να προκαλεί σε πολλούς ανθρώπους πτώση στη ψυχολογία τους αλλά δεν είναι απαραίτητο πως τους αποδιοργανώνει ή τους κάνει να υποφέρουν. Στα άτομα όμως που παρατηρούνται πολύ έντονα τα συμπτώματα χρειάζεται ψυχιατρική ή ψυχολογική θεραπεία ή μπορεί να απαιτείται και συνδυασμός και των δυο (Κλεφτάρας, 2008).

2.5 ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η έγκαιρη διάγνωση και η πρόωπη αντιμετώπιση της κατάθλιψης σχετίζεται με την αποφυγή της χρονιότητας και των σοβαρών επιπλοκών. Η εσφαλμένη ταύτιση θλίψης και κατάθλιψης είναι μια από τις αιτίες που οδηγούν στην αποτυχία διάγνωσης και επομένως στην αποτυχία θεραπευτικής αντιμετώπισής της. Η διαπίστωση αυτή είναι σημαντική αν αναλογιστεί κανείς ότι στην εποχή μας υπάρχουν μεγάλες δυνατότητες ασφαλούς διάγνωσης και αποτελεσματικής θεραπείας (Κλεφτάρας, 2008). Είναι διαπιστωμένο ότι η πλειοψηφία των αρρώστων με ψυχολογικά προβλήματα (κυρίως κατάθλιψη) που ζητούν βοήθεια, επισκέπτονται αρχικά τον γενικό ιατρό τους ή τον παθολόγο. Αυτό δεν είναι λανθασμένο (ειδικά όταν δεν υπάρχει προηγούμενο ιστορικό), γιατί πολλές φορές οργανικά νοσήματα (όπως π.χ. υποθυρεοειδισμός που χαρακτηρίζεται από απώλεια βάρους), αλλά και φάρμακα, μπορεί να είναι η αιτία (ή να κρύβουν) πολλών συμπτωμάτων της μείζονος κατάθλιψης. Το πρώτο βήμα είναι, λοιπόν, μια ολοκληρωμένη εξέταση, ούτως ώστε να διαπιστωθεί η πραγματική αιτία των συμπτωμάτων. Ο ιατρός πρέπει να λαμβάνει ένα λεπτομερές, οικογενειακό, ιατρικό ιστορικό καθώς και εργαστηριακές εξετάσεις ώστε να καθορίζει την ακριβή αιτία των συμπτωμάτων. Εάν η κατάθλιψη δεν είναι αποτέλεσμα κάποιων οργανικών νοσημάτων ή φαρμάκων, το επόμενο βήμα είναι η ψυχιατρική εξέταση. Εδώ είναι και το κρίσιμο σημείο. Άνω του 50% των καταθλιπτικών δεν αναγνωρίζονται από τους ιατρούς της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ). Από αυτούς που αναγνωρίζονται, μόνο το 1/5 παραπέμπεται στις ψυχιατρικές υπηρεσίες και από αυτούς μόνο το 1/6 ακολουθεί τελικά την πρέπουσα θεραπεία. Θα πρέπει οι ιατροί άλλων ειδικοτήτων να είναι ενήμεροι και για τους άτυπους και συγκαλυμμένους τρόπους με τους οποίους εκφράζεται συχνά η κατάθλιψη. Ο σκοπός της ψυχιατρικής εξέτασης είναι να αποκαλυφθούν τα ειδικά

συμπτώματα, μέσω ιατρικού και οικογενειακού ιστορικού και της ψυχιατρικής συνέντευξης, που μπορεί να συμβάλλουν στη διάγνωση κατάθλιψης. Για τη διάγνωση της κατάθλιψης χρησιμοποιούνται κάποια διαγνωστικά κριτήρια. Αφού διαγνωσθεί, ο γιατρός μπορεί να χρησιμοποιήσει ειδικές ψυχιατρικές κλίμακες αξιολόγησης (σειρά ερωτήσεων που απαντώνται από τον ασθενή) για επιβεβαίωση. Ανάλογα με την αξιολόγηση προτείνεται θεραπεία που μπορεί να είναι: Φαρμακοθεραπεία, ψυχοθεραπεία, ηλεκτροσπασμοθεραπεία ή συνδυασμός φαρμακοθεραπείας και ψυχοθεραπείας (Παπαδάτου, 2005).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο: ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ

3.1 ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ

Η αυτοκτονία σαν πρόθεση ή σαν πράξη είναι μια από τις σοβαρότερες και πιο συναισθηματικά φορτισμένες καταστάσεις της επείγουσας ψυχιατρικής τόσο για τους ασθενείς, όσο και για τις οικογένειές τους, όσο και για το προσωπικό υγείας (ιατρικό, νοσηλευτικό προσωπικό, ψυχολόγοι). Περίπου τρία τέταρτα του συνόλου από αυτούς που αυτοκτονούν έχουν συμβουλευθεί προηγουμένως έναν γιατρό για ενοχλήσεις που έχουν συνήθως σχέση με τη σωματική τους υγεία, στους προηγούμενος έξι μήνες πριν από το θάνατο τους. Έχει υπολογιστεί στις ΗΠΑ, ότι ο μέσος γιατρός αντιμετωπίζει σ' ένα χρόνο περισσότερους από έξι ασθενείς που σκέφτονται σοβαρά να αυτοκτονήσουν (Gilbert, 1999).

Οι δρόμοι προς την αυτοκτονία είναι πολλοί αλλά σχεδόν όλα τα άτομα που την πλησιάζουν έχουν φθάσει σ' ένα στάδιο ανυπόφορης συναισθηματικής κατάστασης ο θυμός, η ήττα, η απελπισία και η ανημπορία που συναντά κανείς σ' αυτούς τους ανθρώπους συχνά είναι τρομακτική. Τα άτομα με αυτοκαταστροφικές τάσεις προκαλούν έντονα συναισθήματα στους ανθρώπους που βρίσκονται κοντά τους. Οι οικογένειες και οι φίλοι μπορεί να αντιδράσουν στις απειλές αυτοκτονίας με συμπάθεια, με άγχος ή επιθετικότητα. Μπορεί να αισθάνονται ανήμποροι και ανίκανοι να βοηθήσουν. Συχνά κατηγορούν τον εαυτό τους για την όλη κρίση που ξέσπασε και αισθάνονται υπεύθυνοι για την έκβαση (Παπαδάτου, 2005).

Η αναγνώριση του αυτοκαταστροφικού ασθενή βασίζεται στη λήψη ενός καλού ιστορικού. Για να γίνει η λήψη του ιστορικού, ο γιατρός κι ο ασθενής πρέπει να βρίσκονται σ' έναν ήσυχο χώρο, όπου ο ασθενής θα μπορεί να μιλήσει εμπιστευτικά για προσωπικά του θέματα.

Ο γιατρός θα αντλήσει πληροφορίες τόσο από τη λεκτική όσο και από την εξωλεκτική επικοινωνία με τον ασθενή. Σημάδια όπως η επιβράδυνση στην κίνηση ή την ομιλία, η ψυχοκινητική ανησυχία, η παραμέληση της προσωπικής υγιεινής, η αποφυγή της βλεμματικής επαφής, το άγχος κ.α., μπορεί να υποδηλώνουν την ύπαρξη κατάθλιψης, άλλης ψυχικής νόσου ή πρόθεσης αυτοκαταστροφής.

Οι ασθενείς που έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να γίνουν αυτοκαταστροφικοί είναι:

- Ø οι πάσχοντες από ψυχική νόσο
- Ø οι πάσχοντες από σοβαρή σωματική νόσο
- Ø οι ασθενείς με ατομικό ή οικογενειακό ιστορικό αυτοκτονίας
- Ø οι ασθενείς με ιστορικό αλκοολισμού ή χρήσης ουσιών
- Ø οι ασθενείς που βίωσαν μια σημαντική απώλεια, (π.χ. διάλυση μιας σημαντικής σχέσης, θάνατο οικείου προσώπου)
- Ø οι ασθενείς που ζουν μόνοι, χωρίς υποστηρικτικό δίκτυο

Επίσης, οποιοσδήποτε εμφανίζει ένα ή περισσότερα από τα παρακάτω:

- Ø Απόσυρση, απομόνωση
- Ø Δυσκολία στις σχέσεις με την οικογένεια και τους φίλους
- Ø Απώλεια ενδιαφέροντος για δραστηριότητες που πριν τον ευχαριστούσαν
- Ø Αλλαγή στη συμπεριφορά (απαισιοδοξία, ευερεθιστότητα, απάθεια ή οποιαδήποτε ξαφνική αλλαγή στη συμπεριφορά)
- Ø Έντονη θλίψη, έντονη ανησυχία ή πανικό
- Ø Επαναλαμβανόμενη αναφορά στο θάνατο ή την αυτοκτονία
- Ø Αλλαγή στις συνήθειες διατροφής ή ύπνου
- Ø Αισθήματα ενοχής, ντροπής, αναξιότητας
- Ø Ξαφνική επιθυμία να τακτοποιηθούν προσωπικές υποθέσεις (π.χ. γράψιμο διαθήκης)

Αξίζει να σημειωθεί ότι ακόμα κι αν ο ασθενής δεν είναι αυτοκτονικός, τα παραπάνω σημάδια μπορεί να σημαίνουν ότι πάσχει από κάποια ψυχική νόσο, που χρειάζεται διερεύνηση και αντιμετώπιση. Σε κάθε περίπτωση, καλό είναι να παραπεμφθεί σε ψυχίατρο.

Εάν κάποια από αυτά τα σημάδια είναι παρόντα, ο γιατρός θα διερευνήσει την πιθανότητα ύπαρξης αυτοκτονικού ιδεασμού. Αν ο ασθενής σκέφτεται να κάνει κακό στον εαυτό του, ο γιατρός θα εκτιμήσει τη σοβαρότητα του ιδεασμού και τον κίνδυνο που διατρέχει και θα τον παραπέμψει σε ψυχίατρο.

Για να εκτιμήσει τον κίνδυνο, ο γιατρός θα θέσει στον ασθενή άμεσες και συγκεκριμένες ερωτήσεις. Είναι καλό οι ερωτήσεις να γίνουν με ευαισθησία και προσοχή, στο πλαίσιο της συζήτησης, και αφού έχει δημιουργηθεί μια σχέση εμπιστοσύνης που θα επιτρέψει στον ασθενή να «ανοιχτεί» και να μιλήσει στο γιατρό για προσωπικά του θέματα. Είναι σημαντικό να νιώθει ο ασθενής ότι τον καταλαβαίνουν και τον υποστηρίζουν και όχι ότι τον ανακρίνουν ή τον κατηγορούν.

Για να γίνει αυτό, ο γιατρός πρέπει να αφιερώσει χρόνο στον ασθενή, ακόμα κι αν υπάρχει φόρτος εργασίας και πίεση χρόνου. Όταν ο ασθενής αρχίζει να ανοίγεται και να μιλά για τα συναισθήματά του, ο γιατρός μπορεί να θέσει άμεσες ερωτήσεις για να εκτιμήσει τον κίνδυνο.

Αν ο ασθενής αποκαλύψει ότι κάνει σκέψεις αυτοκαταστροφής, ο γιατρός θα προσπαθήσει να εξακριβώσει αν υπάρχει ατομικό ή οικογενειακό ιστορικό ψυχικής νόσου, χρήσης ουσιών και αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς. Σε περίπτωση που έχει προσπαθήσει ν' αυτοκτονήσει στο παρελθόν ο κίνδυνος να το επιχειρήσει ξανά αυξάνει. Ο γιατρός θα προσπαθήσει να διαπιστώσει αν υπάρχουν κάποιοι λόγοι που εμποδίζουν τον ασθενή να πραγματοποιήσει την απόπειρα και θα ενισχύσει αυτούς τους λόγους. Επίσης, θα εκτιμήσει τη σοβαρότητα του αυτοκτονικού ιδεασμού. Για να το κάνει αυτό πρέπει να μάθει αν υπάρχει συγκεκριμένο σχέδιο αυτοκτονίας, καθώς και πόσο καλά οργανωμένο είναι το σχέδιο. Οι απαντήσεις του ασθενούς μπορεί να κινητοποιήσουν συναισθηματικά το γιατρό και να προκαλέσουν τη θλίψη ή το φόβο του. Είναι σημαντικό να διατηρήσει την ψυχραιμία του και να μη φανεί τρομαγμένος ή σοκαρισμένος. Το καλύτερο που μπορεί να κάνει είναι να ακούσει προσεκτικά τον ασθενή χωρίς να υποτιμά τα προβλήματα που αντιμετωπίζει. Η

κατανόηση και η αποδοχή είναι ο ασφαλέστερος τρόπος για να κερδίσει την εμπιστοσύνη του.

Αν ο ασθενής αρνηθεί ότι κάνει σκέψεις αυτοκαταστροφής αυτό δε σημαίνει απαραίτητα ότι όντως δεν τις κάνει. Οι ασθενείς με σοβαρό αυτοκτονικό ιδεασμό πολλές φορές αρνούνται να το παραδεχτούν. Αν για οποιοδήποτε λόγο ο γιατρός δεν είναι σίγουρος για τον κίνδυνο που διατρέχει ο ασθενής, πρέπει να τον παραπέμψει αμέσως σε ψυχίατρο. Πολλοί γιατροί χορηγούν αγχολυτικά ή αντικαταθλιπτικά φάρμακα σε ασθενείς με αγχώδη ή καταθλιπτικά συμπτώματα. Ωστόσο, είναι προτιμότερο αυτά τα φάρμακα να χορηγούνται μόνο από τους ψυχιάτρους, που είναι εξειδικευμένοι στη διάγνωση και την αντιμετώπιση της ψυχικής νόσου. Ειδικά τα αγχολυτικά πρέπει να αποφεύγονται λόγω των εθιστικών τους ιδιοτήτων.

Είναι γενικά παραδεκτό ότι η έγκαιρη θεραπευτική παρέμβαση και η συνεχιζόμενη φαρμακευτική και ψυχοθεραπευτική υποστήριξη μειώνουν τη διάρκεια του καταθλιπτικού επεισοδίου και προφυλάσσουν από τις υποτροπές. Η πρόβλεψη και η πρόληψη της αυτοκτονίας είναι μια δύσκολη υπόθεση. Ορισμένες ασυνήθιστες αλλαγές της συμπεριφοράς που είναι εκτός των φυσιολογικών ορίων ενός ατόμου, δυνατόν να αποτελέσουν τα πρώτα προειδοποιητικά σημεία.

Μερικά προειδοποιητικά σημεία είναι τα ακόλουθα:

- απώλεια ενδιαφέροντος για δραστηριότητες που πρωτίτερα προκαλούσαν ευχαρίστηση
- ο ασθενής αρχίζει να δίδει στους άλλους δικά του αντικείμενα τα οποία αγαπούσε ιδιαίτερα
- απώλεια ενδιαφέροντος για το ντύσιμο και την εμφάνιση όπως επίσης μια απότομη αλλαγή στο βάρος
- ξαφνικές και χτυπητές αλλαγές στην προσωπικότητα
- ο ασθενής αποφεύγει τους φίλους του και τις κοινωνικές δραστηριότητες
- ο ασθενής έχει τεθεί να παθαίνει περισσότερα ατυχήματα και παρατηρείται συμπεριφορά αυτοτραυματισμού,

Περίπου 80% των ατόμων που αυτοκτόνησαν, έχουν πει σε κάποιον ότι είχαν την πρόθεση να αυτοκτονήσουν. Το στρες μπορεί να συμβάλει στην αυτοκτονία. Ένας νέος μπορεί να υποβληθεί σε μια κατάσταση άμεσου στρες το οποίο υπερβαίνει

τις δυνάμεις του ή ακόμη να υποβάλλεται σε μια κατάσταση μακροχρόνιου στρες που τον καταβάλλει. Τα γεγονότα που συνοδεύονται από έντονο στρες μπορούν να δώσουν το έναυσμα για μια αυτοκτονία. Τέτοια γεγονότα είναι τα ακόλουθα:

- απώλεια κάποιου σημαντικού προσώπου για τον ασθενή είτε λόγω διαζυγίου είτε λόγω θανάτου
- η αιμομιξία ή η κακοποίηση στην παιδική ηλικία
- το αίσθημα αποτυχίας στην καριέρα
- το αίσθημα αποτυχίας στις διαπροσωπικές σχέσεις
- η διακοπή ενός δεσμού
- η πρόσφατη αυτοκτονία κάποιου φίλου ή συγγενή ή ακόμη η επέτειος αυτοκτονίας κάποιου ατόμου του στενού περιβάλλοντος.

Η καλύτερη θεραπευτική παρέμβαση είναι η πρόληψη, υπό την έννοια ότι όταν διαπιστώνεται η ύπαρξη καταστάσεων, οι οποίες λειτουργούν ως παράγοντες κινδύνου για την εκδήλωση αυτοκτονικής συμπεριφοράς, πρέπει να παρεμβαίνουμε ώστε να τις εξομαλύνουμε. Για παράδειγμα, όταν υπάρχει δυσλειτουργία στην οικογένεια θα πρέπει να ζητείται η βοήθεια του ειδικού ψυχικής υγείας, ώστε να βρεθεί ένας καλύτερος τρόπος λειτουργίας και επικοινωνίας, που όχι μόνο θα βελτιώσει την παρουσία κατάσταση αλλά θα είναι και παρακαταθήκη για το μέλλον.

Στις περιπτώσεις εκείνες που υπάρχουν σκέψεις αυτοκτονίας ή απόπειρα είναι απαραίτητο να ζητηθεί η βοήθεια του ειδικού. Οι σκέψεις αυτοκτονίας και πολύ περισσότερο η απόπειρα αυτοκτονίας δηλώνουν ότι το άτομο βρίσκεται σε αδιέξοδο και η απόπειρα είναι επίκληση για βοήθεια.

Η νοσηλεία απαιτείται σπάνια, κυρίως όταν υπάρχει έντονος αυτοκτονικός ιδεασμός ή και όταν το οικογενειακό περιβάλλον αδυνατεί να φροντίσει για τη θεραπεία του εφήβου ή και όταν υπάρχουν διαγνωστικές αμφιβολίες. Είναι ιδιαίτερης σημασίας, λοιπόν, η έγκαιρη παρέμβαση και η θεραπευτική αντιμετώπιση της κατάθλιψης από ειδικό επαγγελματία. Η κατάθλιψη είναι σοβαρή ασθένεια και εάν αφεθεί χωρίς θεραπεία, τότε μπορεί να επιδεινωθεί σε τέτοιο βαθμό που να είναι απειλητική για τη ζωή του ατόμου.

3.2 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΚΑΙ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Σύμφωνα με έρευνα στην Ελλάδα ο αριθμός των αυτοκτονιών δεν καταγράφεται επίσημα κι αυτό γιατί απλώς δηλώνονται ως «αιφνίδιοι θάνατοι»,. Υπολογίζονται, ωστόσο, σε λίγες εκατοντάδες. Στην ίδια μελέτη οι απόπειρες καταγράφονται σε είκοσι φορές περισσότερες από τις αυτοκτονίες. Αυξημένος είναι και ο αριθμός των νευροψυχολογικών παθήσεων. Πιο συγκεκριμένα, ένας στους τέσσερις Έλληνες πάσχει από κατάθλιψη. Οι ειδικοί υποστηρίζουν πως οι ψυχικές ασθένειες αποτελούν τον αθέατο δολοφόνο της Ευρώπης. Υπολογίζεται ότι κάθε χρόνο πεθαίνουν περισσότεροι από ένα εκατομμύριο άνθρωποι, όχι εξαιτίας κάποιας αρρώστιας ή κάποιο ατύχημα, αλλά από το «δικό τους χέρι». Ο αριθμός των αυτοχειρών ετησίως μπορεί να αυξηθεί μέχρι το 2020 στο 1,5 εκατομμύριο.

Η συχνότητα αυτοκτονιών σε Έλληνες εφήβους είναι από τις χαμηλότερες διεθνώς. Λόγοι για αυτή τη χαμηλή συχνότητα έχουν θεωρηθεί οι στενοί οικογενειακοί δεσμοί και το ζεστό οικογενειακό περιβάλλον, που ακόμη εξακολουθούν να ισχύουν εν πολλοίς για την Ελληνική οικογένεια, η τάση των Ελλήνων να δείχνουν το θυμό τους προς τα έξω και να μην τον κρατάνε μέσα τους, και η διαθεσιμότητα πολλών να βοηθήσουν σε καταστάσεις κρίσης.

Ανάλογοι παράγοντες έχουν θεωρηθεί υπεύθυνοι για τη χαμηλή συχνότητα αυτοκτονιών και σε άλλες χώρες. Μελέτη στην Ελλήνων εφήβων που αποπειράθηκαν

να αυτοκτονήσουν έδειξε ότι συχνό αίτιο ήταν ο ακραίος περιορισμός της προσωπικής ελευθερίας του παιδιού από τους γονείς. Οι γονείς του παιδιού το είχαν υπό συνεχή επιτήρηση φοβούμενοι ότι οποιαδήποτε αυτονομία θα οδηγούσε σε σεξουαλική παραπτωματοκτικότητα και χρήση ναρκωτικών ουσιών. Οι φόβοι αυτοί των γονέων δεν βασίζονταν σε πραγματικά στοιχεία από τη συμπεριφορά του παιδιού αλλά φαίνεται να οφείλονταν στην υπερβολική ανησυχία τους για την ανεξαρτητοποίηση του παιδιού και την εντύπωση που είχαν ότι θα χάσουν τον έλεγχο.

Άλλοι παράγοντες που ενοχοποιήθηκαν στην αυτοκτονική συμπεριφορά των Ελλήνων εφήβων ήταν συγκρούσεις και δυσκολίες με τους γονείς και η ύπαρξη κάποιας ψυχιατρικής διαταραχής, κυρίως κατάθλιψης. Στη μελέτη των αποπειρών αυτοκτονίας τα κορίτσια ήταν πολύ περισσότερα από τα αγόρια. Μελέτη ελλήνων εφήβων που αυτοκτόνησαν έδειξε ότι οι αυτοκτονίες των αγοριών ήταν περισσότερες στην Αθήνα και στις άλλες αστικές περιοχές, ενώ των κοριτσιών ήταν περισσότερες στις αγροτικές περιοχές.

Γενικά οι αυτοκτονίες ήταν περισσότερες στις αγροτικές περιοχές και λιγότερες στην περιοχή των Αθηνών. Αυτή η διαφορά φαίνεται να αντανακλά διαφορές σε επίπεδο πολιτιστικό και λειτουργίας της οικογένειας. Οι έφηβοι στις αγροτικές περιοχές παρουσιάζονται περισσότερο καταπιεσμένοι και χωρίς δυνατότητες για διεξόδους και εναλλακτικές λύσεις στη ζωή τους. Παράγοντες που φαίνεται να ενέχονται στις αυτοκτονίες των Ελλήνων εφήβων είναι η ύπαρξη ψυχιατρικής διαταραχής, προβλήματα με την οικογένεια, συναισθηματικές απογοητεύσεις και αισθήματα αποτυχίας.

Οι απόπειρες αυτοκτονίας σηματοδοτούν την αποτυχία της μετάβασης από την κρίση της εφηβείας και αποτελούν σημαντικό τρόπο συμπεριφοράς και μέσο προσέλκυσης της προσοχής των άλλων. Στην εφηβεία επίσης, όπως έχει ήδη αναφερθεί συναντώνται με αυξημένη συχνότητα τα αυτοκτονικά ισοδύναμα, συμπεριφορές που θέτουν σε κίνδυνο τη ζωή ή τη σωματική ακεραιότητα χωρίς να υπάρχει συνειδητή επιθυμία θανάτου (π.χ., επικίνδυνη οδήγηση μηχανής). Το φαινόμενο της αυτοκτονικής συμπεριφοράς, εμφανίζεται σπάνια στην εφηβική ηλικία. Στον εφηβικό πληθυσμό, η αυτοκτονία, μαζί με τα κακοήθη νοσήματα και τα ατυχήματα, αποτελούν τις τρεις συχνότερες αιτίες θανάτου. Ωστόσο, η συχνότητα

αυτοκτονιών είναι μικρότερη στην εφηβική ηλικία και στους νέους μέχρι 25 ετών, σε σύγκριση με άλλες ηλικιακές κατηγορίες (WHO, 2002). Αντίθετα, πολύ συχνότερες στους νέους είναι οι ιδέες αυτοκτονίας και οι απόπειρες. Στις χώρες του λεγόμενου «δυτικού πολιτισμού» η αυτοκτονία αφορά κυρίως στους άνδρες, ενώ στις απόπειρες αριθμητικά τα κορίτσια. Η διαφορά αυτή μεταξύ των δύο φύλων μειώνεται πολύ όταν εξετάζονται οι «ιατρικά σοβαρές απόπειρες» (Beautrais et al, 1996, Gould et al., 2003).

Στην πρόσφατη ανασκόπηση των Gould et al. (2003) αναφέρεται ότι, ενώ στη διάρκεια των δεκαετιών '60 με '80 υπήρξε μια αύξηση (σχεδόν τριπλασιασμός) των αυτοκτονιών μεταξύ των νέων, προς το τέλος της δεκαετίας του '90 παρατηρήθηκε μια τάση μείωσης, τόσο στις Η.Π.Α., όσο και σε άλλες δυτικές χώρες. Το φαινόμενο αυτό δεν εξηγείται ακόμα επαρκώς από τις υπάρχουσες μελέτες και σίγουρα αποτελεί μια παράκληση για περαιτέρω διερεύνηση (Lester, 1998).

Η ύπαρξη ψυχικών διαταραχών στην οικογένεια ανέρχεται σε ποσοστό 31,2%, όπου αν προστεθεί το 10,4%, περιπτώσεων εξάρτησης από αλκοόλ ή ναρκωτικά, έχουμε μια σημαντική ψυχιατρική επιβάρυνση. Απόπειρα αυτοκτονίας σε άλλα μέλη της οικογένειας καταγράφηκε στο 3,2%. Σωματικά νοσήματα και / ή αναπηρίες γονέων καταγράφηκαν στο 21,6% και σε αδέρφια ή άλλα μέλη της οικογένειας σε ποσοστό 9,6%. Τέλος, απώλειες λόγω θανάτου υπήρχαν στο 14,4% των οικογενειών.

Σημαντικά πρόσφατα γεγονότα ζωής που αναφέρθηκαν ως εκλυτικοί παράγοντες και από τους ίδιους τους εφήβους, είναι κυρίως συγκρούσεις και δυσλειτουργία ή ανεπάρκεια που χαρακτηρίζουν το οικογενειακό πλαίσιο, καθώς και η απογοήτευση από ερωτικές και φιλικές σχέσεις ή η δυσκολία ένταξης στον κόσμο των συνομηλίκων. Παρόλο που στη συγκεκριμένη μελέτη δεν περιλαμβάνονταν η διερεύνηση των κλινικών χαρακτηριστικών των περιστατικών, ωστόσο, αναφέρεται ότι σε ποσοστό 68% πρόκειται για πρώτη απόπειρα και στο 25,6% για επανάληψη, ενώ στη μεγάλη πλειονότητα (84%) η μέθοδος είναι η κλασσική της λήψης φαρμάκων. Στο 73,6% η απόπειρα αναφέρεται να έχει γίνει στο σπίτι και στις υπόλοιπες των περιπτώσεων σε διάφορους τόπους και χώρους εκτός σπιτιού. Τέλος, μολονότι δεν γίνεται αναφορά στην ψυχοπαθολογία, σημειώνουμε ότι σε ένα

ποσοστό (46,3%) των εφήβων του δείγματος μας προϋπήρχε (της στιγμής της απόπειρας) άλλοτε άλλης σοβαρότητας ψυχοπαθολογία.

Στις γυναίκες έχουμε πολύ περισσότερες απόπειρες αυτοκτονίας που εν τέλει, όμως, έχουν αίσιο τέλος. Στη χώρα μας η πιο συχνή μέθοδος αυτοκτονίας στις γυναίκες είναι τα χάπια.

Η μεταδοτικότητα της αυτοκτονίας είναι αναπόδραστη. Εάν ένα άτομο αυτοκτονήσει, συχνά συμβαίνει να το ακολουθήσουν κάποιοι από τους φίλους και τους συνομηλίκους του. Ο δείκτης αυτοκτονιών για τους άντρες είναι υψηλότερος από των γυναικών. Μεταξύ των ευρωπαϊκών χωρών οι υψηλότεροι δείκτες παρατηρούνται σε εκείνες της Βόρειας και Κεντρικής Ευρώπης, ενώ αντίθετα στις χώρες Νότιας Ευρώπης είναι χαμηλοί. Στην Ασία, τη Λατινική Αμερική και σε πολλά ισλαμικά κράτη για παράδειγμα ο αριθμός αυτοκτονιών είναι σχετικά χαμηλός. Αντίθετα στην Ανατολική Ευρώπη έχουμε τους περισσότερους αυτόχειρες. Μετά τη διάλυση της Σοβιετικής Ένωσης και των συστημάτων που υπήρχαν εκεί, ένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού, κυρίως άνδρες, έπεσαν σε κατάθλιψη, έχοντας χάσει τον προσανατολισμό τους στη ζωή.

Μία ματιά στον παγκόσμιο χάρτη μας οδηγεί γρήγορα στο συμπέρασμα ότι μία σειρά από παράγοντες μπορούν να προκαλέσουν, αλλά και να αποτρέψουν, μια αυτοκτονία. Η φτώχεια μπορεί για παράδειγμα να θεωρείται ένας υψηλός παράγοντας κινδύνου, ωστόσο σε πολλά φτωχά ισλαμικά κράτη οι αυτοκτονίες είναι παρόλα αυτά περιορισμένες. Στα παραδείγματα της Γερμανίας, της Ελβετίας και της Φινλανδίας μπορούμε να δούμε ότι ο αριθμός μπορεί να είναι σχετικά μεγάλος, παρά τη σχετικά υψηλή οικονομική ευμάρεια των πολιτών. Στη Γερμανία και την Ελβετία, η αυτοκτονία αποτελεί τη συχνότερη αιτία θανάτου στους νέους. Λόγοι που αναφέρονται συνήθως είναι τα ψυχολογικά προβλήματα, προβλήματα ένταξης στην κοινωνία που συνοδεύονται από το αλκοόλ και τα ναρκωτικά.

3.3 Η ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΑΥΤΟΨΙΑ ΩΣ ΜΕΘΟΔΟΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΤΗΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ

Κάποιες χώρες, όπως η Φινλανδία κι ο Καναδάς, έχουν εντάξει στα μέτρα πρόληψης της αυτοκτονίας μία μέθοδο γνωστή ως «ψυχολογική αυτοψία». Η μέθοδος χρησιμοποιείται ήδη από τις αρχές του προηγούμενου αιώνα με σκοπό να εξακριβωθεί αν ένας θάνατος οφείλεται σε αυτοκτονία, σε δολοφονία ή σε ατύχημα (π.χ. σε περίπτωση πτώσης, πνιγμού, λήψης υπερβολικής ποσότητας φαρμάκων κλπ). Ωστόσο, η ψυχολογική αυτοψία αποτελεί σημαντικό μέτρο πρωτογενούς πρόληψης, δεδομένου ότι παρέχει πολύτιμες πληροφορίες σχετικά με τους παράγοντες που αυξάνουν τον κίνδυνο αυτοκτονίας.

Για να πραγματοποιηθεί μια ψυχολογική αυτοψία, ειδικοί της ψυχικής υγείας έρχονται σε επαφή με το περιβάλλον του ατόχου, προσπαθώντας να διερευνήσουν τα αίτια της αυτοκτονίας. Οι ειδικοί συνομιλούν με τα μέλη της οικογένειάς του, τους φίλους και συνεργάτες του, τους γιατρούς που τον παρακολουθούσαν, προσπαθώντας να συγκεντρώσουν στοιχεία που αφορούν την προσωπικότητά του, τον τρόπο ζωής του, τα προβλήματα που αντιμετώπιζε.

Συλλέγουν στοιχεία που αφορούν την ψυχική και σωματική υγεία του θύματος, τη χρήση αλκοόλ και άλλων εξαρτησιογόνων ουσιών, το οικογενειακό

ιστορικό ψυχικής νόσου ή αυτοκτονίας. Διερευνούν αστυνομικά και ιατρικά αρχεία (όταν υπάρχουν), σημειώματα αυτοκτονίας και πιστοποιητικά θανάτου για να αντλήσουν πληροφορίες που αφορούν τον τόπο, τον τρόπο, τις συνθήκες θανάτου κλπ.

Στόχος τους είναι να σχηματίσουν μια ολοκληρωμένη άποψη σχετικά με την κατάσταση της ψυχικής υγείας του θύματος, την πρόθεση του να πεθάνει, τους παράγοντες που τον οδήγησαν στην αυτοκτονία. Η ψυχολογική αυτοψία μπορεί να χρησιμεύσει και ως μέτρο τριτογενούς πρόληψης. Έρευνες έχουν δείξει ότι έχει μια υποστηρικτική επίδραση στους οικείους του θύματος, δίνοντάς τους τη δυνατότητα να μιλήσουν με ειδικούς της ψυχικής υγείας για τη σημαντική απώλεια που υπέστησαν.

Για να επιτευχθεί αυτό, είναι σημαντικό να μην πραγματοποιηθεί αμέσως μετά την αυτοκτονία. Ειδικά την πρώτη περίοδο μετά το γεγονός, η οικογένεια και οι φίλοι του ατόχειρα βιώνουν αφόρητο πόνο. Είναι προτιμότερο να γίνει κάποιους μήνες μετά το θάνατο, έτσι ώστε αφενός να υποστηριχθούν οι οικείοι του θύματος, αφετέρου να είναι σε θέση να απαντήσουν λεπτομερώς σε ερωτήσεις σχετικά με το αγαπημένο τους πρόσωπο και τον τρόπο θανάτου του.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο: ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

4.1 ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Είναι γενικά παραδεκτό ότι η έγκαιρη θεραπευτική παρέμβαση και η συνεχιζόμενη φαρμακευτική και ψυχοθεραπευτική υποστήριξη μειώνουν τη διάρκεια του καταθλιπτικού επεισοδίου και προφυλάσσουν από τις υποτροπές (Barnow et al., 2002).

Ο μεγαλύτερος κίνδυνος στην κατάθλιψη είναι η αυτοκτονία, η οποία μοιάζει σαν μοναδική διέξοδος από την απελπισία, σύμφωνα με τον διαστρεβλωμένο τρόπο σκέψης του καταθλιπτικού ασθενούς. Η έγκαιρη παρέμβαση είναι ο καλύτερος τρόπος να αντιμετωπιστεί ο κίνδυνος αυτοκαταστροφής, ο οποίος είναι καλύτερο να υπερεκτιμάται από το να υποτιμάται. Άλλες πιθανές επιπλοκές μπορεί να προέρχονται από την κακή σίτιση και την εν γένει παραμέληση της φροντίδας του εαυτού, από την κοινωνική απόσυρση (όπου ο ασθενής μπορεί να απέχει από τη εργασία και να αποφεύγει τα κοινωνικά και οικογενειακά στηρίγματα), ενώ σε κάποιες περιπτώσεις η διαστρεβλωμένη σκέψη μπορεί να προσλαμβάνει ψυχωτικό χαρακτήρα (με παραληρητικές ιδέες και ψευδαισθήσεις συνήθως σύντονες με την συναισθηματική διάθεση) (Βεντουράτου, 2009).

Είναι δύσκολο να εφαρμοστεί μία επαρκής Πρωτογενής πρόληψη, καθώς η αποφυγή των ψυχοπρεστικών συνθηκών δεν είναι πάντοτε εφικτή. Ωστόσο η διατήρηση μιας καλής σωματικής κατάστασης, με αποφυγή καταχρήσεων και εξαρτήσεων (όπως από αλκοόλ) και η επικοινωνιακή ευχέρεια με υποστηρικτικά συστήματα (όπως η οικογένεια) μπορούν να προσφέρουν (Καραδήμας, 2005).

Σε κάθε άλλη περίπτωση, με την αναγνώριση κάποιων συμπτωμάτων, μεγάλη σημασία έχει η έγκαιρη επικοινωνία με τον ειδικό Ψυχίατρο. Καθώς στο 50% - 60% των περιπτώσεων η νόσος είναι υποτροπιάζουσα, αναγκαία είναι σε κάποιες περιπτώσεις η μακρόχρονη παρακολούθηση του ασθενούς (Καραδήμας, 2005).

Η συνήθης αντιμετώπιση για την Ελληνική κοινωνία, που συνίσταται στο: «θα το ξεπεράσω μόνος μου», είτε: «πρέπει να το παλέψεις», δεν αποφέρει κανένα όφελος, καθώς ο ασθενής και η οικογένεια δεν γνωρίζουν συνήθως την φύση της κατάστασης που αντιμετωπίζουν, ενώ αθεράπευτη η νόσος διαρκεί 6 - 9 μήνες, περισσότερο από 50% υποτροπιάζει, και το 10% των περιπτώσεων καταλήγει στην χρονιότητα (Βεντουράτου, 2009). Η έγκαιρη παρέμβαση, υπό την καθοδήγηση του ειδικού, περιορίζει την διάρκεια σε λίγες εβδομάδες και ελέγχει αποτελεσματικά την μακρόχρονη πορεία της διαταραχής (Καραδήμας, 2005, Βεντουράτου, 2009).

4.2 ΕΡΕΥΝΕΣ ΠΑΝΩ ΣΤΗΝ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Έρευνες έχουν καταλήξει στο συμπέρασμα ότι η τάση στους μη δυτικής κουλτούρας λαούς να μην θεωρούν την κατάθλιψη ως μια ψυχική διαταραχή αλλά να την αντιμετωπίζουν και να την περιγράφουν ως σωματικό-οργανικό σύνδρομο, με πιθανή ερμηνεία ότι σε αυτά τα περιβάλλοντα η ψυχική νόσος είναι ένα πάρα πολύ σοβαρό στίγμα, ενώ ομάδες που αντιμετωπίζουν ιδιαίτερα κοινωνικό-οικονομικά προβλήματα, λόγω ανέχειας, μετανάστευσης, κ.ά., θεωρούν την κατάθλιψη ως μια φυσική αντίδραση εύλογη λόγω των κοινωνικών παραγόντων που την προκαλούν (Aroian & Norris, 2002). Οι Lam et al. καταλήγουν στο ότι το περιβάλλον τείνει να ενισχύει αυτούς τους τρόπους αντιμετώπισης και να τους παγιώνει. Όπως και να 'χει στην κατάθλιψη παρά τις όποιες ενοχλήσεις σε σωματικό επίπεδο έχουν κεντρικό ρόλο οι ψυχολογικοί παράγοντες και όποια ερμηνεία και αν δίνει κανείς, σωματική ή ψυχική, αν ρωτηθεί με τις κατάλληλες ερωτήσεις παραδέχεται αυτές τις ψυχολογικές

παραμέτρους. Γενικά αποδεικνύεται και αναφορικά με την κατάθλιψη αλλά και γενικά για την ψυχική νόσο ο τρόπος με τον οποίο θα αντιμετωπιστεί εξαρτάται από τις πεποιθήσεις και τις στάσεις κάτι που επαναφέρει τον επιπολιτισμό και την λειτουργία του σε κεντρικό ρόλο.

Η κατάθλιψη πράγματι φαίνεται να έχει πολυπαραγοντική αιτιολογία και να περιλαμβάνει ως προς την πρόκληση της το συνδυασμό γενετικών και περιβαλλοντικών παραγόντων όπως προβλήματα στην οικογένεια, ανεργία, αλλαγές στους ρόλους των φύλων, στρες, αρνητικά γεγονότα ζωής (Barnow et al., 2002).

Ο Johnson (2002) σε σχετική του έρευνα θεωρεί ότι, σε σύγκριση με τις άλλες διαταραχές του θυμικού, η μονοπολική κατάθλιψη προκαλείται μάλλον από κοινωνικό-ψυχολογικούς παράγοντες ενώ στην ψυχολογική παράμετρο εντοπίζει ως κύριους παράγοντες την απώλεια γονέα, κυρίως της μητέρας, και την κακή γονική φροντίδα και παροχή προστασίας κατά την παιδική ηλικία. Εντοπίζει επίσης συσχέτιση βιοχημικών παραγόντων και γεγονότων ζωής και επισημαίνει ότι γενικά όλοι οι παράγοντες που εντοπίζονται να έχουν συνάφεια με την κατάθλιψη σε έρευνες μπορεί να ετεροκαθορίζονται από πολιτισμικές διαφορές. Ως προς την έναρξη της ο ίδιος ερευνητής θεωρεί ότι πρέπει να συνδυάζονται βιολογικοί και ψυχοκοινωνικοί παράγοντες ενώ εντοπίζει ισχυρή συνάφεια μεταξύ του αριθμού των καταθλιπτικών επεισοδίων και της ηλικίας έναρξης. Από την έρευνα του φαίνεται ότι τα γεγονότα ζωής παίζουν σημαντικό κυρίως λόγο για την έναρξη της διαταραχής.

Σε άλλη έρευνα, ωστόσο, ο Pattern (2000) καταλήγει ότι τα γεγονότα ζωής, παρότι ο ρόλος τους είναι σημαντικότερος αλλά και πολλοί άλλοι παράγοντες έχουν να κάνουν μάλλον με την εμφάνιση γενικά της ψυχικής νόσου παρά με την κατάθλιψη συγκεκριμένα και προσθέτει ότι αιτιακό ρόλο για την πρόκληση κάποιας διαταραχής είναι πιο πιθανό να έχουν παράγοντες που έχουν συνάφεια μόνο με αυτή και σε αυτό εντοπίζει ένα πλεονέκτημα στη μελέτη νοσηλευόμενων κλινικών πληθυσμών οι οποίοι έχουν κάπως πιο σίγουρη διάγνωση. Σε σύγκριση με άλλους κλινικούς πληθυσμούς ο Pattern (2000), σχολιάζει ότι οι καταθλιπτικοί είναι πιο πιθανόν να έχουν περάσει μέσα από τη μέση εκπαίδευση αν και είναι λιγότερο πιθανό σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό. Επιπρόσθετα, ένας παράγοντας που φαίνεται να σχετίζεται ειδικά με τους καταθλιπτικούς είναι η ροπή στην κατανάλωση αλκοόλ (Pattern, 2000). Σε κάθε περίπτωση πάντως, ο ίδιος ερευνητής, επισημαίνει ότι το

μεγάλο εύρος της σοβαρότητας της κατάθλιψης δείχνει ότι ο εντοπισμός συναφειών δεν αρκεί.

4.3 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Η θεραπεία της κατάθλιψης είναι παράδειγμα μιας θεμελιώδους αρχής της ψυχιατρικής: της αξίας των πολλών θεραπευτικών προσεγγίσεων. Μια διαταραχή με τόσο σύνθετη αιτιοπαθογένεια και τόσες κλινικές εικόνες είναι απίθανο να αντιμετωπιστεί με μια μόνο θεραπευτική αγωγή. Η πλειονότητα των πασχόντων από κατάθλιψη παραμένει χωρίς θεραπεία, είτε επειδή δεν καταφεύγει ο ασθενής στο γιατρό, είτε επειδή ο γιατρός αποτυγχάνει να διαγνώσει την νόσο και να ενέργησε καταλλήλως. Το είδος και η κλινική εικόνα της κατάθλιψης θα επιβάλουν και την επιλογή της θεραπευτικής στρατηγικής. Συνηθέστερο θεραπευτικό σχήμα στην αντιμετώπιση των καταθλίψεων είναι ένας συνδυασμός ψυχοθεραπείας και φαρμακευτικής αγωγής. Παρά το ότι αρκετοί τύποι ψυχοθεραπείας βοηθούν στη βελτίωση, σήμερα θα πρέπει να θεωρηθεί ιατρικό σφάλμα η μη χορήγηση αντικαταθλιπτικής αγωγής, σε οποιαδήποτε μορφή κατάθλιψης και όχι μόνο μείζονος ή ψυχωσικής (Gilbert, 1999).

Η ψυχοθεραπεία είναι οπωσδήποτε χρήσιμη, ιδιαίτερα όταν συνδυάζεται με την φαρμακευτική αγωγή, αλλά και όχι καθοριστική για την θεραπεία. Η χρησιμότητα της έγκειται στο ότι συμβάλει στην αποδοχή από τον ασθενή του θεραπευτικού προγράμματος προταθεί και της φαρμακευτικής αγωγής του. Το ενδιαφέρον για την εφαρμογή ψυχοθεραπείας στην κατάθλιψη διατηρείται σε υψηλά επίπεδα, επειδή είναι δυνατόν να την επιβάλλει η μορφή της συμπτωματολογίας, η προτίμηση των ασθενών προς αυτήν, οι πιθανές αντενδείξεις στη χρησιμοποίηση φαρμάκων, η μη ανταπόκριση στην φαρμακευτική αγωγή ή η μη συμμόρφωση σε αυτήν. Επίσης σε ασθενείς με διαταραχές προσωπικότητας, η ψυχοθεραπεία ίσως είναι αποδοτικότερη. Προτιμώνται συνήθως οι λεγόμενες συνοπτικές ψυχοθεραπείες, η βραχεία δυναμική ψυχοθεραπεία, η γνωσιακή ψυχοθεραπεία και η διαπροσωπική ψυχοθεραπεία, που στη διάρκεια τους δεν υπερβαίνει τις 15 - 20 συνεδρίες.

Από την σκοπιά της φαρμακευτικής αγωγής, τόσο τα νοραδρενεργικά, οι αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης, τα σεροτονινεργικά όπως και τα

αντικαταθλιπτικά είναι χρήσιμοι παράγοντες στη θεραπεία των καταθλίψεων. Η αποτελεσματικότητά τους φτάνει μέχρι και 60 - 70 % των περιπτώσεων, αν και πολλοί πιστεύουν ότι οι αριθμοί αυτοί είναι υπερβολικά αισιόδοξοι. Χρειάζεται υπομονή μερικών εβδομάδων μέχρι να αρχίσει να αποδίδει η φαρμακευτική αγωγή. Επίσης χρειάζεται προσοχή όσον αφορά τον χρόνο διακοπής της θεραπείας μετά την αποκατάσταση του ασθενούς. Πρόωρη διακοπή της αγωγής μετά από καλή ανταπόκριση του ασθενούς με οξύ επεισόδιο έχει ως αποτέλεσμα την επανεμφάνιση των αρχικών συμπτωμάτων στο 50% περίπου των ασθενών. Ο μεγαλύτερος κίνδυνος υποτροπής υπάρχει μετά τους πρώτους τέσσερις μήνες μετά την ανταπόκριση. Αυτό σημαίνει ότι για 4 - 6 μήνες μετά την εδραίωση του αποτελέσματος, η θεραπεία θα πρέπει να συνεχιστεί. Άλλοι θεραπευτικοί παράγοντες που χρησιμοποιούνται λιγότερο συχνά, είναι η ηλεκτροσπασμοθεραπεία, που είναι αποτελεσματική στην ενδογενή κατάθλιψη που δεν απαντά στην φαρμακευτική αγωγή, στις εποχιακές χειμερινές καταθλίψεις του βόρειου ημισφαιρίου, η στέρηση ύπνου και ο διακρανιακός μαγνητικός ερεθισμός. Σημαντικοί παράγοντες που συμβάλουν στην θεραπεία της κατάθλιψης, είναι η σωματική άσκηση, και η επιλογή του κατάλληλου διαιτολόγου. Θα πρέπει επίσης να επισημανθεί στις σοβαρές περιπτώσεις η ίδια εισαγωγή στην ψυχιατρική κλινική λειτουργεί θεραπευτικά, μέσα από το υποστηρικτικό περιβάλλον για τον ασθενή. Η συμμετοχή σε ομάδες αυτοβοήθειας και η βιβλιοθεραπεία έχουν κάποιο θεραπευτικό αποτέλεσμα σε ορισμένες περιπτώσεις, όπως έχει βρεθεί σε σχετικές μετά-αναλύσεις (Αγγελόπουλος 2009).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΗΝ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

5.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΣΤΗΜΗ

Το φαινόμενο που μελετά η Νοσηλευτική Επιστήμη είναι η νοσηλευτική πράξη, ο άνθρωπος, το περιβάλλον και η υγεία. Νοσηλευτική είναι η τέχνη και επιστήμη υγείας που ασχολείται με την καθημερινή και λεπτομερή φροντίδα των ατόμων, της οικογένειας και της κοινότητας για τη πρόληψη, διατήρηση και αποκατάσταση της υγείας σε όλο το φάσμα των φυσιολογικών βιοψυχοκοινωνικών λειτουργιών της. Η νοσηλευτική ακόμα αφορά την υπεράσπιση των συμφερόντων ασθενών και αδυνάμων σωματικά ή κοινωνικά ανθρώπων και τη διασφάλιση σε αυτούς ενός ασφαλούς περιβάλλοντος διαβίωσης και νοσηλείας. Η έρευνα, η συμμετοχή στη διαμόρφωση της πολιτικής υγείας, στη διαχείριση περιπτώσεως ασθενών, στη διοίκηση συστημάτων υγείας, καθώς και η εκπαίδευση αποτελούν επίσης βασικούς ρόλους της νοσηλευτικής.

Ο νοσηλευτής ή η νοσηλεύτρια συνεργάζεται στενά με τον ιατρό και εφαρμόζει στη πράξη τις ιατρικές οδηγίες. Ο νοσηλευτής μπορεί να ασχολείται από την απλή χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής και την διαλογή ασθενών, μέχρι παροχή

βοήθειας στον ιατρό, κατά την αντιμετώπιση σοβαρών τραυμάτων ή χειρουργικών επεμβάσεων.

5.2 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Οι περισσότεροι άνθρωποι αν ερωτηθούν να καθορίσουν τον ρόλο του νοσηλευτή, θα απαντήσουν «περιποιείται τους ασθενείς», «φροντίζει τους ασθενείς» ή κάτι παρόμοιο. Οι ορισμοί είναι σωστοί αλλά έχουν την τάση να τονίζουν τον παθητικό ρόλο του ασθενούς. Ο ασθενής αντιμετωπίζεται σαν κάποιος που δέχεται φροντίδα, περιποίηση και θεραπεία χωρίς καμία προσπάθεια από μέρους του. Το μόνο που κάνει είναι να ακολουθεί τις οδηγίες χωρίς να τις συζητά. Η βασική θέση για το ρόλο των νοσηλευτών έχει σχέση με το σκοπό της νοσηλευτικής δραστηριότητας. Μολονότι το επίκεντρο στη νοσηλευτική φροντίδα ποικίλει, φαίνεται να υπάρχει μια ευρύτερη συναίνεση στο ότι ο βασικός σκοπός αφορά την ανάπτυξη του παιδιού και του εφήβου. Η ανάπτυξη αυτή έχει σχέση με την σωματική, τη συναισθηματική, τη διανοητική και την κοινωνική εξέλιξη των νεαρών ατόμων. Οι νοσηλευτές πιστεύουν πως ο σκοπός της δράσης τους σε αυτούς τους τομείς είναι η ενίσχυση της υγιούς ανάπτυξης. Σχετικά με το έργο μιας μονάδας νοσηλευτικής θεραπείας, οι νοσηλευτές έρχονται σε συνεργασία με τους άλλους ειδικούς. Η σύγχρονη ψυχιατρική νοσηλευτική δίνει έμφαση στην ιδέα ότι ο ασθενής παίζει έναν ενεργό ρόλο στη θεραπεία που μπορεί πραγματικά να καθυστερήσει, αν ο νοσηλευτής αυξήσει το βαθμό εξάρτησης του ασθενούς. Προκειμένου ένας νοσηλευτής να μπορέσει να ανταποκριθεί στη σύγχρονη αντίληψη της Ψυχιατρικής Νοσηλευτικής, πρέπει να έχει προσόντα τα οποία να βασίζονται σε μια σωστή θεωρητική γνώση, αν θέλουμε να αναπτυχθούν και να χρησιμοποιηθούν με πλήρη επιτυχία. Οι τομείς, στους οποίους θα φανούν τα προσόντα των νοσηλευτών είναι α) η παρατήρηση, β) ο τρόπος νοσηλείας, γ) η ψυχοθεραπεία, δ) η φροντίδα και η προστασία του ασθενή (Καραδήμας, 2005).

Ένας από τους λόγους που επιβάλλουν την εισαγωγή των ασθενών στις ψυχιατρικές κλινικές είναι η παρατήρηση. Ο νοσηλευτής ο οποίος είναι κοντά τους τον περισσότερο χρόνο είναι ο πιο κατάλληλος για αυτό το έργο. Βέβαια για να το

κάνει σωστά θα πρέπει να καταλάβει το λόγο της παρατήρησης, να ξέρει τι να προσέξει, να το αναγνωρίζει και να είναι σε θέση να καταγράψει τις παρατηρήσεις του με ακρίβεια και επιστημονικότητα (Βεντουράτου, 2009).

Η αξία του νοσηλευτή ως παρατηρητή, εξαρτάται τόσο από την εκπαίδευσή του, όσο και από την έμφυτη ικανότητά του. Γιατί με την εκπαίδευσή του θα φτάσει στο σημείο να αναγνωρίζει τις ανεπαίσθητες αλλαγές συμπεριφοράς, που δείχνουν ιδιαίτερες ψυχικές καταστάσεις.

Ο νοσηλευτής θα κάνει πιο ακριβείς και πιο πολύτιμες παρατηρήσεις, αν έχει ικανοποιητικές θεωρητικές γνώσεις αλλά και αν διατηρεί τη διάνοιά του ανεπηρέαστη σχετικά με τη διάγνωση του ασθενούς. Διαφορετικά θα έχει ασυναίσθητα την τάση να τονίσει τις ενδείξεις που ταιριάζουν με την γνώμη που είχε προσηματίσει, ενώ θα παραβλέπει τελείως εκείνες που δεν ταιριάζουν.

Κατά τη διάρκεια της υπηρεσίας του, ο νοσηλευτής πρέπει να εκτελέσει ορισμένες διεργασίες που έχουν σχέση με τη φροντίδα του ασθενούς.

Ο νοσηλευτής πρέπει πάντα να θυμάται πως μια τεχνική, που είναι συνηθισμένη για αυτόν, μπορεί να είναι μια μοναδική και ανησυχητική εμπειρία για τον ασθενή.

Το πρώτο και κύριο βήμα του νοσηλευτή είναι να διευκρινίσει στον ασθενή το λόγο για τον οποίο γίνεται αυτή η εργασία και τον τρόπο που θα γίνει. Ο ασθενής, που καταλαβαίνει τι θα γίνει και γιατί, έχει περισσότερες πιθανότητες να συνεργασθεί. Η εξήγηση φυσικά πρέπει να ταιριάζει στην προσωπικότητα του ασθενούς.

Στις μέρες μας, χάρη στα μέσα μαζικής ενημέρωσης, οι άνθρωποι γνωρίζουν αρκετά πράγματα για την ιατρική και με μια καλή επικοινωνία μπορεί να κατανοήσει αρκετά καλά αυτά που θέλει να του εξηγήσει ο νοσηλευτής. Επιπλέον ο σωστός νοσηλευτής πρέπει να είναι ειλικρινής. Πολλές τεχνικές είναι οδυνηρές για τον ασθενή. Για αυτό πρέπει ο νοσηλευτής, να ειδοποιήσει τον ασθενή, όταν φτάσει στη φάση που ίσως πονέσει και να υποσχεθεί ότι θα προσπαθήσει να τον κάνει να πονέσει όσο το δυνατόν λιγότερο. Είναι ευθύνη του νοσηλευτή να επιδείξει τη δεξιοτεχνία που χρειάζεται για να κρατήσει το λόγο που έδωσε. Για να έχει καλή αποδοτικότητα ο νοσηλευτής πρέπει να καταλάβει το σκοπό του τρόπου ενέργειας και το λόγο που

γίνεται το κάθε βήμα. Η κατάλληλη εκμετάλλευση αυτή της ευκαιρίας από το νοσηλευτή μπορεί να έχει θεραπευτική αξία, ενώ, το αντίθετο μπορεί να απομακρύνει για πάντα τον ασθενή από αυτό (Βεντουράτου, 2009).

Ο επόμενος τομέας που δείχνει ο νοσηλευτής τα προσόντα του είναι η ψυχοθεραπεία. Ο κάθε άνθρωπος αισθάνεται την ανάγκη μιας στενής και ικανοποιητικής σχέσης με έναν άλλο άνθρωπο. Όμως ορισμένα άτομα, λόγω των εμπειριών τους από την πρώτη περίοδο της ζωής τους, δυσκολεύονται πολύ ή αδυνατούν να δημιουργήσουν τέτοιες σχέσεις. Αλλά χωρίς αυτές τις σχέσεις είναι δύσκολο να εξακολουθούν να δρουν με ένα φυσιολογικό τρόπο μέσα στην κοινωνία, με αποτέλεσμα αυτά τα άτομα να μην μπορούν να φύγουν από το νοσοκομείο ή να φύγουν, να παθαίνουν νευρικό κλονισμό και να ξαναγυρίζουν πίσω. Για να μάθει ο ασθενής πώς να δημιουργήσει τέτοιες σχέσεις, πρέπει να τους δοθεί η ευκαιρία για αυτή την εμπειρία και να ενθαρρυνθεί σε αυτό. Αυτός είναι ο θεραπευτικός ρόλος του νοσηλευτή. Ορισμένοι το καταφέρνουν καλά και άλλοι πολύ άσχημα. Όλοι μπορούν να γίνουν καλύτεροι εάν μάθουν τη φύση των ενστικτωδών τους πράξεών τους, ώστε να αναπτύξουν αυτές που είναι χρήσιμες και να αποφύγουν τις άλλες (Καραδήμας, 2005).

Τέλος είναι η φροντίδα και η προστασία του ασθενούς που είναι υπεύθυνο το νοσηλευτικό προσωπικό. Αν και ο κηδεμονευτικός ρόλος του νοσηλευτή ελαττώνεται, υπάρχουν ακόμη περιπτώσεις, όπου οι ασθενείς πρέπει να μείνουν στο νοσοκομείο παρά τη θέλησή τους για τη προσωπική τους ασφάλεια αλλά και για την ασφάλεια της κοινωνίας. Οι νοσηλευτές είναι συνήθως προετοιμασμένοι να πάρουν τα μέτρα που απαιτούνται, σε περιπτώσεις όπου οι ασθενείς δεν ακολουθούν την τυπική οδό εισαγωγής στην κλινική (Καραδήμας, 2005).

Αν ο νοσηλευτής κρίνει ότι ο ασθενής μπορεί να βλάψει τον εαυτό του ή κάποιον άλλο, είναι υποχρεωμένος να τον κρατήσει μέχρι να τον δει ο γιατρός που τον παρακολουθεί. Πολλές φορές αρκεί ο νοσηλευτής να του πει με ευγένεια να περιμένει τον γιατρό του. Αν ο νοσηλευτής αφήσει τέτοιους ασθενείς να φύγουν, χωρίς να τους εμποδίσει, παραβαίνει το καθήκον του. Τέλος, με λιγότερο δραματικούς τρόπους ο νοσηλευτής έχει επίσης να φροντίσει τους ασθενείς, οι οποίοι δεν είναι σε θέση να φροντίσουν τον εαυτό τους. Και ενώ πρέπει να γίνεται

κάθε προσπάθεια να ενθαρρύνεται ο ασθενής να φροντίζει μόνος του τον εαυτό του, πολλές φορές χρειάζεται ειδική βοήθεια (Βεντουράτου, 2009).

5.3 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Η νοσηλευτική παρέμβαση αφορά (Κοτρώτσιου, 2001):

1. προσφέρουμε συναισθηματική υποστήριξη στον ασθενή,
2. προωθούμε το αίσθημα της εμπιστοσύνης και του ελέγχου,
3. δίνουμε στον ασθενή την αίσθηση της ασφάλειας,
4. βελτιώνουμε την φυσική κατάσταση του ασθενούς,
5. παρότρυνση για τις ομάδες της μονάδος,
6. χορήγηση φαρμάκων,
7. στενή παρακολούθηση για την ασφάλειά του,
8. εκτίμηση της συχνότητας των αρνητικών σκέψεων,
9. βοήθεια να τεθούν ρεαλιστικοί στόχοι.

Η νοσηλευτική έχει την αποστολή να βοηθήσει τον καταθλιπτικό ασθενή στην προσπάθεια να επιτύχει μια ψυχοσωματική και πνευματική ανανέωση, να ξαναβρεί την ζωτικότητα και την αγάπη για τη ζωή, να αισθανθεί ότι έχει προσωπική αξία και ικανότητες. Υφίστανται τρεις ομάδες αναγκών:

- Άμεσες ανάγκες σχετιζόμενες με την απειλή της ζωής και την ασφάλεια του αρρώστου π.χ. πρόληψη αυτοκτονίας.
- Βραχυπρόθεσμες ανάγκες που αφορούν την νοσηλεία, θεραπεία και την προετοιμασία να βγει από το νοσοκομείο.
- Μακροπρόθεσμες ανάγκες που αναφέρονται στην εκπαίδευση του αρρώστου και της οικογένειας του για την πρόληψη υποτροπής της κατάθλιψης ή την έγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπιση της.

A. Αν ο ασθενής παρουσιάσει μεγάλο κίνδυνο βίας κατά του ιδίου.

Νοσηλευτικοί σκοποί:

- Ο ασθενής να εκφράσει λεκτικά τις ιδέες αυτοκτονίας

- Ο ασθενής να συμφωνήσει να ειδοποιεί άτομα της οικογένειας ή νοσηλευτές σε περίπτωση που οι επικίνδυνοι ιδεασμοί γι' αυτόν αυξηθούν
- Ο ασθενής να κάνει σχέδια για το μέλλον του μετά τη λήξη της κατάθλιψης

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις:

- Εκτίμηση της παρουσίας παραγόντων επικινδυνότητας για αυτοκτονία π.χ. παρατηρώντας την συμπεριφορά του ή τις κινήσεις του κλπ.
- Αξιολόγηση της πιθανότητας αυτοτραυματισμού
- Απομάκρυνση επικίνδυνων αντικειμένων από το χώρο
- Εκτίμηση της κατάστασης κοινωνικών στηριγμάτων
- Στενή παρακολούθηση συνεχής ή ανά 15 λεπτά. Προσωπική παρατήρηση κατά την χορήγηση φαρμάκων και εξήγηση στον άρρωστο ότι ο νοσηλευτής ενδιαφέρεται για τον ίδιο και την ασφάλεια του.

B. Αν ο ασθενής παρουσιάσει κοινωνική απομόνωση.

Νοσηλευτικοί σκοποί:

- Ο ασθενής να παρακολουθεί ομάδες και γεύματα στη μονάδα σύμφωνα με το πρόγραμμα.
- Να αρχίσει να συναλλάσσεται με τους συνασθενείς και το προσωπικό.
- Να αυξήσει τις κοινωνικές συναλλαγές με την οικογένεια και τους φίλους.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις:

- Εκτίμηση του επιπέδου συναλλαγής του ασθενή με τους συνασθενείς και το προσωπικό.
- Παρότρυνση να παρακολουθεί τις ομάδες της μονάδας.
- Βοήθεια να ελαχιστοποιηθεί ο αριθμός αρνητικών εκδηλώσεων για τον ίδιο στις ομάδες.

Γ. Αν ο ασθενής παρουσιάσει διαταραχή της αυτοεκτίμησης.

Νοσηλευτικοί σκοποί:

- Ο ασθενής να μειώσει τις αρνητικές εκδηλώσεις.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις:

- Παρότρυνση για παρακολούθηση ομάδων.
- Ενημέρωση ότι οι έμμονες αρνητικές σκέψεις είναι μέρος της κατάθλιψης.
- Εκτίμηση της συχνότητας των αρνητικών σκέψεων καθώς προχωράει η θεραπεία.
- Παροχή βοήθειας για να θέσει ρεαλιστικές προσδοκίες.

Δ. Αν ο ασθενής εμφανίσει απελπισία.

Νοσηλευτικοί σκοποί:

- Να αρχίσει ο ασθενής να συμμετάσχει σε δραστηριότητες.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις:

- Διαβεβαίωση του ασθενούς ότι η απελπισία είναι σύμπτωμα της κατάθλιψης και ότι θα βελτιωθεί.
- Ενθάρρυνση της οικογένειας-οικείων προσώπων να επισκέπτονται τον ασθενή.

Ε. Αν ο ασθενής παρουσιάσει αδυναμία.

Νοσηλευτικοί σκοποί:

- Ο ασθενής να δείξει ενεργητική εμπλοκή στις δραστηριότητες.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις:

- Εκτίμηση του αντίκτυπου των αισθημάτων αδυναμίας στη ζωή και στις σχέσεις με τους άλλους διότι έτσι εξακριβώνεται η σοβαρότητα των αισθημάτων αδυναμίας.
- Εκτίμηση προηγούμενων αισθημάτων αδυναμίας διότι έτσι εξακριβώνεται εάν η συμπεριφορά είναι καινούρια ή επαναλαμβάνεται ένα γνωστό μοτίβο.

- Συζήτηση των συναισθημάτων για την γνωστοποίηση των αναγκών και του φόβου αυτοέκφρασης.
- Βοήθεια να τεθούν ρεαλιστικοί καθημερινοί στόχοι τους οποίους ελέγχει ο ασθενής.

Z. Αν ο ασθενής εμφανίσει αυτοκτονικό ιδεασμό.

Ο άρρωστος πρέπει να προστατευτεί για να μην βλάψει τον εαυτό του. Έτσι, δίνεται προτεραιότητα σε ενέργειες που σώζουν τη ζωή όπως:

- Στενή παρακολούθηση
- Απομάκρυνση επικίνδυνων αντικειμένων
- Δημιουργία ασφαλούς περιβάλλοντος
- Εκπλήρωση των βασικών του αναγκών
- Αύξηση της αυτοεκτίμησης του αρρώστου

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις:

- Αποδοχή βοήθειας από την οικογένεια
- Κινητοποίηση της κοινωνικής υποστήριξης. Η κοινωνική απομόνωση οδηγεί σε χαμηλή αυτοεκτίμηση και κατάθλιψη που διατηρούν την αυτοκαταστροφική συμπεριφορά. Γι' αυτό παροτρύνονται σημαντικά πρόσωπα για τον άρρωστο, να επικοινωνούν μαζί του εποικοδομητικά.

Νοσηλευτικές ευθύνες κατά την χορήγηση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων.

Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα χρησιμοποιούνται για να ανυψώσουν την διάθεση και να ανακουφίσουν άλλα συμπτώματα της κατάθλιψης. Δρουν στον εγκέφαλο και προκαλούν αύξηση της συγκέντρωσης νορεπινεφρίνης και σεροτονίνης στον οργανισμό. Δεν θεραπεύουν τα υποκείμενα αίτια της κατάθλιψης αλλά καλύπτουν τα συμπτώματα και μειώνουν τις πιθανότητες υποτροπής. Χορηγούνται σε συνδυασμό με ψυχοκοινωνικές θεραπείες.

Μελέτη περίπτωσης ασθενή με καταθλιπτικό σύνδρομο:

- **ΙΑΤΡΙΚΟ- ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ**

Όνοματεπώνυμο ασθενή: Χ

Όνομα Πατρός: Χ

Φύλο: Άρρεν

Ηλικία: 16 ετών

Τόπος Γέννησης: Τρίπολη

Τόπος Κατοικίας: Τρίπολη

Ασφαλιστικός Φορέας: ΟΓΑ

Ημερομηνία Εισαγωγής: 19/08/2015

Διάγνωση Εισαγωγής: καταθλιπτικό σύνδρομο

Πηγή Ιστορικού: Η μητέρα του ασθενή

Ασθενής ονόματι Χ, 16 ετών, εισήλθε στο τμήμα των εξωτερικών ιατρείων συνοδεία της μητέρας του. Αναφέρει σωματικά ενοχλήματα, διαταραχές ύπνου, πυρετό καθώς και ιδέες ενοχής. Πραγματοποιήθηκε εισαγωγή στην Κλινική με πιθανή διάγνωση καταθλιπτικού συνδρόμου.

ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Ημερομηνία Εισόδου: 19/08/2015

Ώρα Παραλαβής: 11:00 πμ.

Είδος Εισαγωγής: Έκτακτη

Συνοδεύεται από: Οικογένεια

Τις πληροφορίες δίνει: Η μητέρα του ασθενή

ΑΤΟΜΙΚΟ ΑΝΑΜΝΗΣΤΙΚΟ

Αλλεργίες: καμία

Χρόνια Νοσήματα: Κανένα

Εμβολιασμοί: Κανονικοί

Είδος διατροφής: Κανονική

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Κανένα

ΣΥΝΘΕΣΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ:

Αδέλφια: 2

Σχέση με την οικογένεια: άριστη

Επίπεδο συνεργασίας με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό: καλή

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

iv	Αντικειμενικοί Σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	
ά	§ Συνεργασία και συντονισμός του νοσηλευτή με την υπόλοιπη θεραπευτική ομάδα.	§ Ανάπτυξη διαπροσωπικής σχέσης μεταξύ του νοσηλευτή αναφοράς (key nurse) και του ασθενή.	§ Ενημέρωση ασθενή για το πλαίσιο καθώς και το πρόγραμμα λειτουργίας της κλινικής που φιλοξενείται.	§ Δυσκ τι περί c
ι v				
ς				§ Μέσ

ι
ι
η
ς
α.
ι.

§ Δημιουργία κατάλληλου περιβάλλοντος για την κάλυψη των αναγκών του ασθενή.

§ Μείωση και εν συνεχεία εξάλειψη των συναισθημάτων ενοχής.

§ Μείωση και εν συνεχεία εξάλειψη των σωματικών ενοχλημάτων του ασθενή.

§ Διαμόρφωση ενός προγράμματος στο οποίο συμπεριλαμβάνονται υγιή πρότυπα ύπνου.

§ Ανάπτυξη άνεσης και ελευθερίας για την έκφραση των συναισθημάτων και των επιθυμιών του ασθενή.

§ Δημιουργία κλίματος εμπιστοσύνης μέσω ενσυναίσθησης και ενθάλπιας.

§ Ενημέρωση του ασθενή για τις καθημερινές δραστηριότητες της κλινικής καθώς και παρότρυνση για αθλητικές δραστηριότητες.

§ Ενθάρρυνση του ασθενή για δραστηριότητες που προκαλούν σωματική κόπωση, ώστε να είναι πιο εύκολο να κοιμηθεί τη νύχτα.
Επίσης, προώθηση της δημιουργίας ασφαλούς περιβάλλοντος για ύπνο.

§ Καθημερινή εξατομικευμένη επαφή και επικοινωνία με τον ασθενή, που να διακρίνονται από ευαισθησία για τα ιδιαίτερα προβλήματα του ασθενή.

§ Αναγνώριση δυσκολιών του ασθενή και εκπαίδευση του ώστε να μην οικειοποιείται καταστάσεις που δεν φέρει ευθύνη.

§ Καθημερινή συζήτηση σχετικά με τις αθλητικές δραστηριότητες του ασθενή και ενθάρρυνση του στο να κρατά σχετικό ημερολόγιο.

§ Υλοποίηση προγράμματος ύπνου σε συνεργασία με τον ασθενή.

περι
ε
αναπ
ηθικ
ά
§
σ
·
§ Επ
δρ
καθημ
α
σωμα
§ Η ε
προγι
συμπε
πρότ
τι
ψυχε

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Απ' όλα όσα αναφερθήκαν παραπάνω καταλαβαίνουμε πόσο σημαντικό και υπεύθυνο ρόλο έχει ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας ως θεραπευτής ή συνθεραπευτής ή ως ενεργό μέλος της θεραπευτικής ομάδας. Ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας πρέπει να διαθέτει πολλά προσόντα όπως γνώσεις, ενδιαφέρον, περιέργεια, πολύ υπομονή, αυτοπεποίθηση, ελαστικότητα.

Επίσης, να διαθέτει ικανότητα καλής συνεργασίας, ευρύτητα πνεύματος και αντικειμενικότητα. Τέλος, πρέπει να εκπαιδεύεται συνεχώς και να επιμορφώνεται για να θεωρείται βασικά ικανός και πλήρως υπεύθυνος στο ρόλο και στη θέση που κατέχει.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Α. Ελληνική

Βεντουράτου Δ., (2009). *Εισαγωγή στην Ψυχοτραυματολογία και στην Τραυματοθεραπεία EMDR*, Εκδόσεις: Πεδίο, Αθήνα.

Καραδήμας Ε.Χ., (2005). *Ψυχολογία της Υγείας: Θεωρία και Κλινική Πράξη*, Εκδόσεις: Τυπωθήτω, Αθήνα.

Κλεφταράς Γ., (2008). *Η Κατάθλιψη Σήμερα*, Εκδόσεις: Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.

Μαδιανός Μ., (2009). *Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα Ανάγκες – Προτάσεις – Λύσεις*, Οι περιπέτειες της ημιτελούς μεταρρύθμισης: από την περίπτωση της «Λέρου» στο «Ψυχαργός», Εκδόσεις: Σάκουλα, Αθήνα – Θεσσαλονίκη.

Μαδιανός Μ.Γ., & Ζάρναρη Ο., (1983). *Η επικράτηση ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων σε τυχαίο δείγμα 4.083 ατόμων αστικού και αγροτικού πληθυσμού*. Εγκέφαλος, 20: 9 - 15.

Παπαδάτου Δ., (2005). *Εισαγωγή στη Ψυχολογία*, Εκδόσεις: Σάκουλας, Αθήνα.

Πομίνι Β., (2007). *Ψυχικές και Σωματικές Επιπλοκές*. Εφημερίδα Ελευθεροτυπία, Τεύχος 9.056

Στυλιανίδης Σ., (2009). *Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα Ανάγκες – Προτάσεις – Λύσεις*, «Η στιγματίζουσα ψυχιατρική μεταρρύθμιση», Εκδόσεις: Σάκουλα, Αθήνα – Θεσσαλονίκη.

Τσαχαγέας Χ.Π., (1994). *Διερεύνηση των γνώσεων του Ελληνικού κοινού ως προς την ψυχική υγιεινή*. Στο Γ.Ν. Χριστοδούλου & Β.Π. Κονταξάκης (Επιμ. Εκδ.). Θέματα Προληπτικής Ψυχιατρικής, Αθήνα Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής.

Τσαχαγέας Χ.Π., (1994). *Πρακτικές ψυχικής υγείας στη σύγχρονη Ελληνική κοινωνία: Βιώματα αντιδράσεις*. Στο Γ.Ν. Χριστοδούλου & Β.Π. Κονταξάκης (Επιμ. Εκδ.). Θέματα Προληπτικής Ψυχιατρικής, Αθήνα Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής.

B. Ξενόγλωσση - Μεταφρασμένη

Aroian K.J., & Norris A., (2002). *Assessing risk of depression among immigrants at two-year follow up*. Archives of Psychiatric Nursing, 16.

Barnow K. C., Linda M., Lucht M. & Freyberger H. J. (2002). *The importance of psychosocial factors, gender and severity of depression in distinguishing between adjustment and depressive disorders*. Journal of Affective disorders.

Corrigan P., & Watson A., (2002). The Paradox of Self-Stigma and Mental Illness, *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9 (1): 35 – 53.

Gilbert P., (1999). *Ξεπερνώντας την Κατάθλιψη*, Εκδόσεις: Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.

King A.M., Davison G.C., Neale J.M., & Johnson S.L., (2010). *Ψυχοπαθολογία*, (μεταφρ. Καραμπά, Θ.) Εκδόσεις: Gutenberg, Αθήνα, 1: 33 – 42.

Torrey S., (1997). *Attitudes of psychiatric hospital staff towards mental illness*, 6 (3).