

**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΕΠΙΛΟΧΕΙΟΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ
ΤΟΥ ΚΟΙΝΟΤΙΚΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ**

ΚΟΥΖΙΩΚΑ ΣΟΦΙΑ

**ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ:
Κυριακή Σαμαρτζή**

ΠΑΤΡΑ, 2016

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Στις μέρες μας, ένας άνθρωπος θεωρείται ως «ψυχικά υγιής» – αν βεβαίως είναι δόκιμος ένας τέτοιος όρος – όταν κατορθώνει και εξασφαλίζει την απαραίτητη ισορροπία σε διαφορετικά επίπεδα της ζωής του, δηλαδή στο βιολογικό, το πνευματικό, το κοινωνικό και το συναισθηματικό επίπεδο, παρουσιάζοντας ικανοποιητικά δείγματα συναισθηματικής και συμπεριφορικής προσαρμογής. Από την άλλη, αξίζει να σημειωθεί ότι δεν είναι εύκολο να ορίσουμε συνολικά είτε την έννοια της ψυχικής υγείας είτε την αντίστοιχη έννοια της ψυχικής νόσου, εξαιτίας των διαφορετικών πολιτισμικών πλαισίων, μμέσα στα οποία αναπτύσσεται και εξελίσσεται η εννοιολογική τους κατασκευή. Τις δύο άκρες αυτού του δίπολου (ψυχική υγεία – ψυχική νόσος) επιχειρεί να προσεγγίσει η *ψυχιατρική επιστήμη*. Η Ψυχιατρική, που διαχωρίστηκε από τις υπόλοιπες ιατρικές ειδικότητες σχετικά πρόσφατα (μόλις κατά τον 19^ο αιώνα), αποσκοπεί κατά κύριο λόγο στον εντοπισμό των ψυχικών λειτουργιών του ανθρώπινου εγκεφάλου και στην περιγραφή των ψυχικών διαταραχών και των κλινικών συνδρόμων των πασχόντων πάντα όμως σε συνδυασμό με την προσπάθεια διατήρησης των υγιών ψυχικών λειτουργιών των ασθενών.¹

Οι ψυχικές διαταραχές που παρατηρούνται στους ασθενείς, δύνανται να ποικίλλουν και ως προς τη μορφή και ως προς τη συμπτωματολογία και μπορεί να διαφοροποιούνται εξαιτίας αρκετών μεταβλητών – παραγόντων. Ένας τέτοιος σημαντικός παράγοντας είναι η ηλικία ή και το φύλο. Αυτό πρακτικά σημαίνει ότι υπάρχουν ορισμένες διαταραχές που τις εμφανίζει περισσότερο το ένα φύλο συγκριτικά με το άλλο ή μια ηλικιακή ομάδα ανθρώπων σε σχέση με τις υπόλοιπες. Στην παρούσα εργασία, θα επιχειρήσουμε να προσεγγίσουμε μια τέτοιας μορφής διαταραχή, η οποία αφορά το γυναικείο φύλο και μάλιστα μια υποομάδα του. Συγκεκριμένα, θα αναφερθούμε στην *επιλόχειο κατάθλιψη*, μια αναγνωρισμένη πλέον ψυχική διαταραχή που πλήττει ολοένα και περισσότερες γυναίκες παγκοσμίως.

Προς αυτή την κατεύθυνση, αρχικά θα ασχοληθούμε γενικά με την κατάθλιψη, ως ψυχική νόσο, σημειώνοντας τα βασικά χαρακτηριστικά της (παράγοντες που συντελούν στην εμφάνισή της, συμπτώματα της νόσου, μέθοδοι θεραπείας της), θα συνεχίσουμε, εξειδικεύοντας την αναφορά μας στην επιλόχειο κατάθλιψη και τέλος θα προσπαθήσουμε να καταδείξουμε τους τρόπους νοσηλευτικής φροντίδας των ασθενών και ποιος πρέπει να είναι ο ρόλος του κοινοτικού νοσηλευτή ψυχικής υγείας στην πορεία της αντιμετώπισης αυτής της ψυχικής διαταραχής.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στην εργασία μου στο πρώτο μέρος θα ασχοληθώ με την επιλόχειο κατάθλιψη, αφού πρώτα θα πω λίγα πράγματα για την κατάθλιψη, και στο δεύτερο μέρος θα αναπτύξω το ρόλο του κοινοτικού νοσηλευτή στην επιλόχειο κατάθλιψη. Κατάθλιψη είναι μια ψυχιατρική νόσος, αρκετά συχνή στις γυναίκες και λιγότερο συχνή στους άνδρες. Οι αιτιοπαθογενετικοί παράγοντες της είναι πολλοί και ποικίλοι και τα κύρια συμπτώματά της επίσης πολλά. Η θεραπεία της κατάθλιψης περιλαμβάνει 2 μεθόδους. Θέλει προσοχή η διάγνωση της κατάθλιψης γιατί υπάρχουν κι άλλα νοσήματα που μπορούν να έχουν ίδια κλινικά συμπτώματα αλλά να μην είναι όπως οι αγχώδεις διαταραχές, η θλίψη, η εμφάνιση όγκων, κ.α. Η επιλόχειο κατάθλιψη είναι μια ψυχική διαταραχή των γυναικών μετά την εγκυμοσύνη. Οι αιτίες της μπορούν να είναι οι ορμονικές μεταβολές, ο υποθυρεοειδισμός, το άγχος, κ.α. Τα κυριότερα συμπτώματά της είναι: κακή διάθεση, ελλιπής ύπνος, μείωση ενεργητικότητας, κ.α. Η επιλόχειο κατάθλιψη δεν έχει επίπτωση μόνο στη μητέρα και στο πα-

ιδί της αλλά και στη μεταξύ τους σχέση. Σε κάθε περίπτωση η πρόληψη είναι η καλύτερη θεραπεία και ο ρόλος του κοινοτικού νοσηλευτή είναι ουσιώδης.

Στο δεύτερο μέρος όπως είπα και πιο πάνω θα αναπτύξω το ρόλο του κοινοτικού νοσηλευτή στην επιλόχειο κατάθλιψη. Θα αναπτύξω τη νοσηλευτική πορεία για ασθενείς με κατάθλιψη, τα καθήκοντα του νοσηλευτή στην περίοδο της λοχείας, την πρόληψη, τη σχέση του κοινοτικού νοσηλευτή και ασθενούς, και άλλα διάφορα θέματα που θα βοηθήσουν στην κατανόηση του θέματος. Στο τέλος από αυτή την ενότητα, θα βγει το συμπέρασμα ότι ο κοινοτικός νοσηλευτής ψυχικής υγείας εργάζεται με σκοπό την προαγωγή της ψυχικής υγείας με διάφορες τεχνικές όπως εκπαιδευτική-διδακτική, συμβουλευτική και επίσκεψη στο σπίτι. Επίσης, ότι ο κοινοτικός νοσηλευτής οφείλει να έχει ορισμένες δεξιότητες για να είναι σωστός επαγγελματίας και καλός επιστήμονας, οι οποίες είναι: δεξιότητες διαπροσωπικών σχέσεων, δεξιότητες επικοινωνίας, οργανωτικές και διοικητικές δεξιότητες, επαγγελματισμό, δεξιότητες διδασκαλίας και παρατήρησης, δεξιότητες ως προς το ρόλο που υπαγορεύει η Κοινωνική Ψυχιατρική Νοσηλευτική.

SUMMARY

In my work in the first part will deal with postpartum depression after having to say a few things about depression, and the second part will develop the role of Community nurse in postpartum depression. Depression is a psychiatric disease, quite common in women and less common in men. The causative factors are many and varied and the main symptoms are also many. The treatment of depression includes two methods. Be careful diagnosis of depressed-sided because there are other diseases that can have the same clinical symptoms but not be as anxiety disorders, grief, the appearance of tumors, etc. The postpartum depression is a mental disorder in women after pregnancy. The causes may be hormonal changes, hypothyroidism, stress, etc. The main symptoms are: bad mood, poor sleep, reduction of energy, etc. The postpartum depression does not affect only the mother and child and the relationship between them. In any case, prevention is the best treatment and the role of Community nurse is essential.

In the second place, as I said above will develop the role of the Community nurse in postpartum depression. I will develop the nursing process for patients with depression, the tasks of the nurse in the postpartum period, to prevent the relationship of Community nurse and patient, and various other issues that will help to understand the issue. At the end of this section, you will come to the conclusion that the Community mental health nurse working in order to promote mental health with various techniques such as learning-teaching, counseling and home visit. Also, that the Community nurse must have certain skills to be correct professional and great scientist, which are: interpersonal relationship skills, communication skills, organizational and management skills, professionalism, teaching and observation skills, skills to the role dictating the Social Psychiatric Nursing.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	σελ. 2
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	σελ. 2
SUMMARY.....	σελ. 3
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	σελ. 5
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	σελ. 6
<u>ΕΝΟΤΗΤΑ Α (Κατάθλιψη/Επιλόχειος Κατάθλιψη)</u>	
Κατάθλιψη-Ορισμός.....	σελ. 8
Αιτιοπαθογενετικοί παράγοντες της κατάθλιψης.....	σελ. 8
Διαγνωστικά κριτήρια της κατάθλιψης.....	σελ.12
Διαφορική διάγνωση της κατάθλιψης.....	σελ.13
Κύρια συμπτώματα.....	σελ.14
Θεραπεία.....	σελ.16
Νοσηλευτική εκτίμηση.....	σελ.19
Ανάλυση και νοσηλευτική διάγνωση.....	σελ.20
Σχεδιασμός νοσηλευτικής παρέμβασης και προκαθορισμός αναμενόμενου αποτελέσματος.....	σελ.21
Εφαρμογή του νοσηλευτικού πλάνου.....	σελ.22
Αξιολόγηση αποτελέσματος.....	σελ.22
Ψυχικές διαταραχές κατά την εγκυμοσύνη.....	σελ.23
Ψυχολογικές επιπτώσεις στην εγκυμοσύνη και μετά από αυτή.....	σελ.24
Επιλόχειος Κατάθλιψη.....	σελ.24
Αιτίες της επιλόχειου κατάθλιψης.....	σελ.25
Κύρια συμπτώματα.....	σελ.26
Κυριότερες επιπτώσεις της κατάθλιψης της λοχείας.....	σελ.26
<u>ΕΝΟΤΗΤΑ Β (Ο ρόλος του Κοινοτικού Νοσηλευτή)</u>	
Νοσηλευτική πορεία για ασθενείς με κατάθλιψη.....	σελ.28
Πρωτόκολλο βασικών προφυλάξεων στη φροντίδα αυτοκτονικού αρρώστου.....	σελ.28
Τα καθήκοντα του νοσηλευτή στην περίοδο της λοχείας.....	σελ.29
Η πρόληψη στην Κοινοτική Ψυχιατρική.....	σελ.30
Πρωτοβάθμια πρόληψη.....	σελ.30
Δευτεροβάθμια πρόληψη.....	σελ.31
Τριτοβάθμια πρόληψη.....	σελ.33
Πρόληψη της επιλόχειου κατάθλιψης.....	σελ.34
Η παρεχόμενη φροντίδα.....	σελ.36
Κατ' οίκον λοχειακή φροντίδα.....	σελ.37
Σχέση Κοινοτικού Νοσηλευτή και ασθενούς.....	σελ.39
Ασθενής και κοινότητα.....	σελ.41
Ομάδα Επαγγελματιών Ψυχικής Υγείας.....	σελ.42
Τεχνικές παρέμβασης του Κοινοτικού Νοσηλευτή.....	σελ.42
Εκπαιδευτική- διδακτική τεχνική.....	σελ.43
Συμβουλευτική.....	σελ.44
Θεραπευτική σχέση νοσηλευτή- ασθενούς.....	σελ.44
Διεπιστημονική εποπτεία των επαγγελματιών ψυχικής υγείας.....	σελ.45
Οι δεξιότητες του Κοινοτικού Νοσηλευτή.....	σελ.47
Δεξιότητες διαπροσωπικών σχέσεων.....	σελ.48

Δεξιότητες επικοινωνίας.....σελ.48	σελ.48
Οργανωτικές και διοικητικές δεξιότητες.....σελ.48	σελ.48
Επαγγελματισμός.....σελ.49	σελ.49
Δεξιότητες διδασκαλίας και παρατήρησης.....σελ.49	σελ.49
Δεξιότητες που υπαγορεύει η Κοινωνική Ψυχιατρική Νοσηλευτική.....σελ.50	σελ.50
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....σελ.51	σελ.51
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....σελ.52	σελ.52

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η κατάθλιψη συνιστά μια πάθηση που συνοδεύει τον άνθρωπο από τα αρχαία α-κόμη χρόνια. Στην αρχαία Ελλάδα λεγόταν «μελαγχολία» και θεωρούνταν μια αρρώστια του πνεύματος και της ψυχής. Ο Ιπποκράτης την ερμήνευε ως μια πνευματική κατάσταση μακροχρόνιων φοβιών και την απέδιδε στην υπερβολική ποσότητα μέλαινας (μαύρης) χολής στο σπλήνα. Οι Ρωμαίοι εστίαζαν στα πνευματικά αίτια της ασθένειας, ενώ στο Μεσαίωνα τη θεωρούσαν επακόλουθο της δαιμονοποίησης. Μετά την Αναγέννηση και το Διαφωτισμό άρχισαν να αναπτύσσονται ορθολογικές ερμηνείες σχετικά με την αιτιολογία της. Από το 19ο αιώνα και μετά οι ψυχίατροι χρησιμοποίησαν πρώτη φορά τον όρο «κατάθλιψη» νοώντας μια ψυχική διαταραχή.

Και πράγματι, η κατάθλιψη ορίζεται ως η δυσάρεστη συναισθηματική διάθεση του ατόμου που συνοψίζεται σε μια κατάσταση παθολογικής θλίψης κατά την οποία συντελείτε επιβράδυνση των νοητικών, ψυχοκινητικών και οργανικών διαδικασιών. Συνιστά ψυχική διαταραχή που ανήκει στην ομάδα των διαταραχών διάθεσης. Συχνά παρατηρείται σύγχυση μεταξύ της φυσιολογικής θλίψης και της κλινικής κατάθλιψης. Γι' αυτό το λόγο στην παρούσα εργασία γίνεται λεπτομερής αναφορά των συμπτωμάτων αλλά και των διαφόρων τύπων της νόσου που την ξεχωρίζουν από τις υπόλοιπες ασθένειες.

Η περίοδος της κύησης είναι αναμφισβήτητα η σημαντικότερη περίοδος για τη ζωή μιας γυναίκας. Η ίδια εγκυμοσύνη προστατεύει τη γυναίκα από την εμφάνιση ψυχικών διαταραχών, αλλά μετά τον τοκετό, σε διάστημα 6-12 μηνών μπορεί να εμφανιστούν διάφορα ψυχολογικά σύνδρομα, όπως η θλίψη της μητρότητας, η ψύχωση της λοχείας, και η επιλόχειος κατάθλιψη.

Η επιλόχειος κατάθλιψη, όπως είπα και πιο πάνω, είναι μια ψυχική διαταραχή που πλήττει τις γυναίκες μετά την εγκυμοσύνη. Εμφανίζεται στις έξι πρώτες εβδομάδες μετά τον τοκετό και η συχνότητά της είναι μεγάλη στις νέες μητέρες. Τα αίτια της είναι πολλά όπως και τα κύρια συμπτώματά της και μοιάζουν με αυτά της κατάθλιψης. Οι επιπτώσεις της καταθλιπτικής διαταραχής είναι πολύ σοβαρές όσο στη μητέρα και το παιδί τόσο και στη μεταξύ τους σχέση.

Σε κάθε περίπτωση η καλύτερη θεραπεία είναι η πρόληψη. Γι' αυτό το λόγο ο ρόλος του Κοινοτικού Νοσηλευτή, για την πρόληψη μέσω της σωστής ενημέρωσης και έγκαιρης διάγνωσης, είναι ουσιώδης.

Στόχος της εργασίας είναι να δοθούν επαρκείς πληροφορίες όσον αφορά την κλινική συμπτωματολογία της κατάθλιψης γενικά και της επιλόχειου κατάθλιψης ειδικά, τις αιτίες που τις προκαλούν καθώς και τις μεθόδους θεραπείας τους. Η θεραπευτική του παρέμβαση είναι απαραίτητη για την γρήγορη ανάκαμψη του ασθενούς, την αντιμετώπιση των προβλημάτων του, την προσαρμογή του στους προηγούμενους ρυθμούς της καθημερινότητας του και στην μετέπειτα ομαλή κοινωνική επανένταξη του. Πέρα από την προστασία της ζωής του καταθλιπτικού ατόμου και την ανακούφιση των σωματικών συμπτωμάτων του, εξίσου σημαντική είναι η λεκτική επικοινωνία του νοσηλευτή με τον ασθενή ώστε να βελτιωθεί η νοητική του κατάσταση και να οδηγηθεί όσο το δυνατόν γρηγορότερα στην ίαση της ψυχής του.

Η εργασία δομείται σε δυο βασικά μέρη. Στην πρώτη ενότητα που παρουσιάζεται η κατάθλιψη με τις αιτίες της, τη συμπτωματολογία της, η θεραπεία της, τα διαγνωστικά κριτήρια και τη διαφορική διάγνωση της κατάθλιψης, γιατί υπάρχουν κι άλλες διαταραχές που έχουν σχεδόν τα ίδια συμπτώματα και μπορούν να μας ξεγελάσουν, καθώς και γίνεται αναφορά στη νοσηλευτική διεργασία ενός ψυχικά ασθενούς. Επίσης παρουσιάζεται η επιλόχειος κατάθλιψη κι αυτή με τα συμπτώματά της, τις αιτίες που την προκαλούν καθώς επίσης και τις επιπτώσεις της καταθλιπτικής διαταραχής στη μητέρα και το παιδί της.

Στην δεύτερη ενότητα παρουσιάζονται οι τρόποι θεραπείας της επιλόχειου κατάθλιψης και ο σπουδαίος ρόλος που μπορεί και πρέπει να παίζει ο Κοινοτικός Νοσηλευτής

ψυχικής υγείας. Γίνεται λόγος για την νοσηλευτική πορεία σε ασθενείς με κατάθλιψη που σημείο αναφοράς και σημαντική αποστολή της νοσηλευτικής είναι να βοηθήσει τον άνθρωπο που πάσχει από κάποιας μορφής κατάθλιψη να επιτύχει μια ψυχοσωματική και πνευματική ανανέωση. Θα αναφερθώ επίσης στο πρωτόκολλο των βασικών προφυλάξεων στη φροντίδα του αυτοκτονικού αρρώστου. Επίσης θα γίνει αναφορά στα καθήκοντα του νοσηλευτή στη περίοδο της λοχείας και στα προσόντα-χαρίσματα που πρέπει να έχει. Η νοσηλευτική είναι λειτούργημα.

Επίσης, θα γίνει λόγος και στην πρόληψη στην κοινοτική ψυχιατρική όπου όπως και σε κάθε άλλη ασθένεια, χωρίζεται στην πρωτοβάθμια, στη δευτεροβάθμια και στην τριτοβάθμια πρόληψη. Η κατάθλιψη της λοχείας αποτελεί σημαντικό πρόβλημα της δημόσιας υγείας, που δεδομένου του υψηλού επιπολασμού και των αξιοσημείωτων συνεπειών της, η πρόληψη του συγκεκριμένου καταθλιπτικού συνδρόμου πρέπει να αποτελεί υψηλή προτεραιότητα. Η πρόληψη της επιλόχειου κατάθλιψης διαιρείται σε πρωτογενείς, δευτερογενείς και τριτογενείς δραστηριότητες.

Θα γίνει αναφορά και στην παρεχόμενη φροντίδα στη λεχώνα που αποσκοπεί στην πρόληψη της λοχειακής κατάθλιψης και θα γίνει ανάλυση στην κατ'οικον λοχειακή φροντίδα με διάφορες μελέτες που είχαν γίνει για το σκοπό αυτό. Επίσης θα γίνει λόγος στη σχέση κοινοτικού νοσηλευτή και ασθενούς που θα πρέπει να είναι σχέση αμοιβαίας εμπιστοσύνης και συνεργασίας η οποία συμβάλλει στην ομαλή επανένταξη του ασθενή στην κοινότητα. Στη συνέχεια, θα αναφερθούν οι τεχνικές παρέμβασης του κοινοτικού νοσηλευτή και στην ομάδα επαγγελματιών υγείας, η θεραπευτική σχέση νοσηλευτή και ασθενούς και η διεπιστημονική εποπτεία των επαγγελματιών ψυχικής υγείας.

Τέλος, καταγράφονται οι δεξιότητες που οφείλει να έχει ο κοινοτικός νοσηλευτής για να είναι σωστός επαγγελματίας και καλός επιστήμονας. Αυτές είναι: οι δεξιότητες διαπροσωπικών σχέσεων, οι δεξιότητες επικοινωνίας, οι οργανωτικές και διοικητικές δεξιότητες, ο επαγγελματισμός, οι δεξιότητες διδασκαλίας και παρατήρησης και οι δεξιότητες ως προς το ρόλο που υπαγορεύει η Κοινωνική Ψυχιατρική Νοσηλευτική. Ακολουθεί η εξαγωγή των συμπερασμάτων και η βιβλιογραφία που χρησιμοποιήθηκε.

ΕΝΟΤΗΤΑ Α

Η κατάθλιψη – Ορισμός

Η *κατάθλιψη* είναι ψυχιατρική νόσος με κυρίαρχο σύμπτωμα τη *διαταραχή του συναισθήματος* του ασθενούς, η οποία συνοδεύεται από σωματικά συμπτώματα και από διαταραχές των γνωστικών λειτουργιών, καθώς και από δυσκολίες στις διαπροσωπικές σχέσεις. Ιστορικά, ο όρος δεν σχετίζεται με την περιγραφή ενός ψυχοπαθολογικού φαινομένου αλλά μάλλον με αυτή, ενός φυσιολογικού φαινομένου. Η κατάθλιψη ως διαγνωστικός όρος, συνώνυμος της μελαγχολίας, εμφανίζεται στη βιβλιογραφία από τις αρχές του 20^{ου} αιώνα.²

Ως νόσος θα λέγαμε ότι είναι αρκετά συχνή, αφού η πιθανότητα να ασθενήσει κάποιος από κατάθλιψη σε όλη τη διάρκεια της ζωής του ανέρχεται στο ποσοστό του 5-12% για τους άνδρες και 10 - 25% αντίστοιχα για τις γυναίκες. Περίπου ένας στους δέκα ανθρώπους νοσεί σε κάποια περίοδο της ζωής του από καταθλιπτική διαταραχή. Οι επιπτώσεις που δύναται να έχει στη σωματική και κοινωνική λειτουργικότητα του ατόμου είναι σοβαρότατες και χειρότερες από τις επιπτώσεις πολλών άλλων χρονίων παθήσεων, όπως για παράδειγμα ο διαβήτης, οι αρθρίτιδες ή η υπέρταση. Μπορεί δε να είναι τόσο σοβαρές όσο οι αντίστοιχες επιπτώσεις της στεφανιαίας νόσου. Επίσης είναι, ασθένεια συχνά υποτροπιάζουσα, καθώς οι πιθανότητες επανεμφάνισής της μετά την εκδήλωση του πρώτου επεισοδίου είναι 50 - 60%, ενώ κατ' αντιστοιχία, μετά το δεύτερο επεισόδιο είναι 70% και μετά το τρίτο, 90%. Παρόλη όμως τη συχνότητα της νόσου, μόνο το 10 - 25% των πασχόντων υποβάλλονται τελικά σε θεραπεία.²

Αυτό μπορεί να οφείλεται και στο γεγονός ότι η μελέτη της επιδημιολογίας της κατάθλιψης έχει εγγενείς δυσκολίες. Αυτές προκύπτουν εξαιτίας της πολυμορφίας και την ετερογένειας των καταθλιπτικών συνδρόμων, από την ύπαρξη μορφών κατάθλιψης που εκφράζονται με σωματικά συμπτώματα και υποδύονται σωματικά νοσήματα (λανθάνουσες καταθλίψεις) και από το γεγονός ότι, στον τομέα των επιδημιολογικών ερευνών, παρατηρείται μεγάλη δυσκολία και σύγχυση ως προς τον εντοπισμό της νόσου ή απλώς κάποιων συμπτωμάτων της. Με άλλα λόγια, άλλες επιδημιολογικές μελέτες αφορούν την ψυχική νόσο της κατάθλιψης και άλλες το σύμπτωμα *κατάθλιψη*.²

Αιτιοπαθογενετικοί παράγοντες της κατάθλιψης

Η αιτιολογία της εμφάνισης της νόσου είναι *πολυπαραγοντική*. Δεν υπάρχει, δηλαδή, μία μόνη γενεσιουργός αιτία που να ευθύνεται για την εκδήλωση της κατάθλιψης. Έτσι κι αλλιώς, κάτι τέτοιο θα ήταν μάλλον απίθανο, αν αναλογιστούμε την πολυμορφία και την ετερογένεια των καταθλιπτικών διαταραχών. Ας εξετάσουμε στο σημείο αυτό τους κυριότερους παράγοντες εξαιτίας των οποίων εκδηλώνεται η ασθένεια.⁴

Γενετικοί παράγοντες

Έχει να κάνει κυρίως με την κληρονομικότητα. Όμως, αν και είναι κοινά παραδεκτό, ότι μεγαλύτερη πιθανότητα να νοσήσει από κατάθλιψη έχει κάποιος που προέρχεται από οικογένεια ήδη πασχόντων, αυτή η πιθανότητα άρχισε να διερευνάται επιστημονικά, μόλις τις τελευταίες δεκαετίες. Κλινικές – επιδημιολογικές και μοριακές μελέτες που διεξήχθησαν για να διερευνηθεί αυτή η εκδοχή, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι γενετικοί

παράγοντες ευθύνονται ως ένα βαθμό για την εμφάνιση της νόσου σε άτομα του ίδιου οικογενειακού περιβάλλοντος.⁴

Πιο συγκεκριμένα, από τις μελέτες αυτές προέκυψε ότι ο κίνδυνος νόσησης ενός ατόμου αυξάνεται κατά ποσοστό περίπου 10%-15%, αν πρόκειται για πρώτου βαθμού συγγενή με άτομα με μονοπολική ή διπολική διαταραχή, σε σχέση με μέλη οικογενειών του γενικού πληθυσμού. Επίσης, σε περιπτώσεις μονοζυγωτικών διδύμων αδερφών (με πανομοιότυπο γενετικό υλικό) έχει βρεθεί ότι, αν το ένα μέλος των διδύμων πάσχει από κατάθλιψη, οι πιθανότητες να νοσήσει από κατάθλιψη και το άλλο είναι πολύ μεγαλύτερες, συγκριτικά τουλάχιστον με διζυγωτικούς δίδυμους.³ Τέλος, σε ό,τι αφορά τις περιπτώσεις υιοθεσίας, αποδείχθηκε ότι υιοθετημένοι με βιολογικούς γονείς πάσχοντες από συναισθηματική διαταραχή εκδηλώνουν την ίδια διαταραχή σε πολύ μεγαλύτερη συχνότητα σε σχέση με υιοθετημένους με υγιείς βιολογικούς γονείς. Επομένως, μπορεί να εξαχθεί το συμπέρασμα, ότι οι γενετικοί παράγοντες παίζουν σημαντικό ρόλο στην αιτιολογία των συναισθηματικών διαταραχών. Παρ'όλα αυτά, δεν είμαστε ακόμα σε θέση να γνωρίζουμε πώς συνδέεται η εκδήλωση της νόσου με το οικογενειακό περιβάλλον. Η άποψη που ενστερνίζεται η ψυχιατρική είναι, ότι αυτό που κληρονομείται είναι η *ευαισθησία* του ατόμου, η οποία – υπό την επίδραση συγκεκριμένων περιβαλλοντικών παραγόντων – μπορεί να οδηγήσει στην εκδήλωση κατάθλιψης.³

Οικογενειακοί παράγοντες

Έχει αποδειχθεί ότι η γονεϊκή στέρηση, ειδικά στην πρώτη δεκαετία της ζωής του ανθρώπου, μπορεί να οδηγήσει σε προδιάθεση για κατάθλιψη, ιδιαίτερα αν η στέρηση αυτή είναι αποτέλεσμα δυσαρμονίας ή χωρισμού των γονέων. Αν ο νέος άνθρωπος – εξαιτίας των παραπάνω συνθηκών – στερηθεί παντελώς της γονεϊκής φροντίδας ή δεν την απολαμβάνει κάτω από καλές συνθήκες, είναι αρκετά πιθανό, αργότερα, στην πορεία της ζωής του να εμφανίσει κατάθλιψη.³

Προδιαθέσεις

Μετά από αρκετά μεγάλο χρονικό διάστημα μπορούν επίσης να εμφανιστούν συμπτώματα κατάθλιψης σε κάποια άτομα, εξαιτίας άλλων ψυχοπνευστικών καταστάσεων. Για παράδειγμα, ορισμένοι παράγοντες που καθιστούν κάποιον ευάλωτο σε μια καταθλιπτική διαταραχή μπορεί να είναι η στέρηση της μητέρας (φυσική ή συναισθηματική) πριν από την εφηβεία, κάποιες σημαντικές απώλειες κατά την ώριμη ηλικία, η πιθανή σεξουαλική κακοποίηση κατά την παιδική ηλικία, η έλλειψη διαπροσωπικής επαφής και επικοινωνίας με έμπιστα άτομα, η έλλειψη ενδιαφερόντων και απασχόλησης και τέλος κάποια ενδοψυχικά αίτια, όπως η μειωμένη αυτοεκτίμηση.⁴

Ψυχοπιεστικά γεγονότα

Έχει βρεθεί ότι συχνά, λίγο πριν από την εκδήλωση της κατάθλιψης, ο ασθενής αντιμετώπισε μια έντονη στρεσογόνο κατάσταση, η οποία τον οδήγησε στην διαταραχή. Μάλιστα σύμφωνα με έρευνες, η πιθανότητα εμφάνισης κατάθλιψης μετά από ψυχοπιεστικές καταστάσεις εξαπλασιάζεται στο αμέσως επόμενο εξάμηνο που ακολουθεί το στρεσογόνο γεγονός. Τέτοια ψυχοπιεστικά γεγονότα είναι η απώλεια αγαπημένων προσώπων, λόγω θανάτου ή αναγκαστικού χωρισμού και η έλλειψη ή η παντελής απουσία αρμονικής συμβίωσης, με σημαντικά πρόσωπα στη ζωή του ανθρώπου. Η ισχυρότερη συσχέτιση ανάμεσα στην κατάθλιψη και τα στρεσογόνα γεγονότα αφορά αυτά που χαρακτηρίζονται ως *απειλητικά* ή *ανεπιθύμητα*. Στις περισσότερες των περιπτώσεων μάλιστα η ψυχοπιεστική κατάσταση επηρεάζει το άτομο στα πρώτα στάδια της καταθλιπτικής διαταραχής, ενώ μπορεί να είναι και αποφασιστικής σημασίας παράγοντας για την εκδήλωση της *δυσθυμικής διαταραχής*, μιας διαταραχής, σχεδόν ταυτόσημης με την αντιδραστική κατάθλιψη.⁷

Νευροχημικοί παράγοντες - Νευροδιαβιβαστικές ουσίες

Υπάρχουν σοβαρές ενδείξεις ότι οι πιο βαριές μορφές κατάθλιψης συνοδεύονται από βιοχημικές διαταραχές του εγκεφάλου, δεν μπορούμε παρ' όλα αυτά να είμαστε απόλυτοι ως προς το ποιές από τις διαταραχές αυτές σχετίζονται αιτιοπαθογενετικά με την κατάθλιψη. Η έρευνα έχει επικεντρωθεί σε τρεις *νευροδιαβιβαστικές ουσίες*: τη σεροτονίνη, τη νοραδρεναλίνη και τη ντοπαμίνη.⁶

Σύμφωνα με την *υπόθεση της μονοαμινεργικής ανεπάρκειας*, η κατάθλιψη οφείλεται σε υπολειτουργία των νοραδρενεργικών (NA) και των σεροτονινεργικών (5-HT) συνάψεων, εξαιτίας της μείωσης της συγκέντρωσης νοραδρεναλίνης και σεροτονίνης στο μεσοσυναπτικό διάστημα. Η υπόθεση αυτή είναι συμβατή με τον υποτιθέμενο τρόπο δράσης των φαρμάκων, με τα οποία αντιμετωπίζεται η κατάθλιψη. Τόσο οι αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης όσο και τα ετεροκυκλικά αντικαταθλιπτικά προκαλούν, με διαφορετικούς μηχανισμούς, αύξηση της συγκέντρωσης σεροτονίνης και νοραδρεναλίνης στο μεσοσυναπτικό διάστημα. Ωστόσο, θα έπρεπε να αναφέρουμε στο σημείο αυτό, ότι, ενώ η δράση των φαρμάκων στις συνάψεις είναι σχεδόν άμεση, τα αποτελέσματα της θεραπείας ενδέχεται να φανούν μετά την παρέλευση ορισμένων εβδομάδων. Επίσης, σε αρκετές περιπτώσεις κατάθλιψης, τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα που χορηγήθηκαν δεν έφεραν το επιθυμητό αποτέλεσμα.⁷

Σύμφωνα με την *κατεχολαμινική υπόθεση* των συναισθηματικών διαταραχών, που πρωτοδιατυπώθηκε κατά τη δεκαετία του 1960 (και για αρκετά μεγάλο χρονικό διάστημα αποτελούσε την κυρίαρχη άποψη), η καταθλιπτική διαταραχή οφείλεται σε μείωση ενός ή περισσότερων κατεχολαμινικών νευροδιαβιβαστών σε ορισμένες λειτουργίες του εγκεφάλου. Από τους νευροδιαβιβαστές αυτούς, οι σημαντικότεροι είναι η νοραδρεναλίνη και η ντοπαμίνη. Σύμφωνα με έρευνες, η μη ομαλή λειτουργία ή η υπολειτουργία της *νοραδρεναλίνης* ενδέχεται να οδηγεί στην εμφάνιση καταθλιπτικής συμπεριφοράς ή επιβαρύνει κάποια προϋπάρχουσα κατάθλιψη. Ωστόσο, η υπόθεση υποδραστηριότητας της νοραδρεναλίνης ως αιτία εμφάνισης της νόσου αμφισβητείται σε κάποια μέρη της από ερευνητικά δεδομένα που φανερώνουν ότι, μετά από ένα αρχικό στάδιο αύξησης της συγκέντρωσης της νοραδρεναλίνης, η χορήγηση αντικαταθλιπτικών προξενεί μείωση της συγκέντρωσης. Έτσι, μπορούμε να υποστηρίξουμε ότι η νοραδρεναλίνη μπορεί να παίζει σημαντικό ρόλο για την εμφάνιση κατάθλιψης (χωρίς όμως να είναι πλήρως αποσαφηνισμένος, ο ρόλος αυτός). Η *ντοπαμίνη*, από την άλλη πλευρά, συνδέεται εμμέσως με την κατάθλιψη, αλληλεπιδρώντας με άλλους νευροδιαβιβαστές, όπως η νοραδρεναλίνη και η σεροτονίνη. Η *σεροτονίνη* τέλος φαίνεται να ευθύνεται και αυτή για την εμφάνιση καταθλιπτικών διαταραχών, κα-

θώς, όπως έδειξαν έρευνες, η συγκέντρωση του συγκεκριμένου νευροδιαβιβαστή στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό πασχόντων από κατάθλιψη είναι μειωμένη, καθώς επίσης μειωμένες είναι σε καταθλιπτικούς ασθενείς οι νευροενδοκρινικές λειτουργίες που επιτελούνται μέσω σεροτονινεργικών νευροδιαβιβάσεων. Κατά τα τελευταία χρόνια μάλιστα σχεδιάστηκαν ειδικά φάρμακα – τα οποία αποδείχθηκαν άκρως αποτελεσματικά – που στόχευαν στη σταδιακή επαναπρόσληψη της σεροτονίνης σε ασθενείς και την αύξηση της δραστηριότητάς της ως μέσο αντιμετώπισης της κατάθλιψης. Παρόλα αυτά, και για τον συγκεκριμένο νευροδιαβιβαστή εγείρονται αμφιβολίες όσον αφορά το ρόλο του, ως αιτιοπαθογενετικό παράγοντα της κατάθλιψης.⁷

Γενικεύοντας ως προς τους νευροδιαβιβαστές, θα μπορούσαμε να ισχυριστούμε ότι υπάρχουν ενδείξεις πως κυρίως η σεροτονίνη και η νοραδρεναλίνη παίζουν ρόλο στην κατάθλιψη και ότι η ψυχική διαταραχή δύναται να υποχωρήσει με την ενίσχυση της νευροδιαβιβαστικής δραστηριότητας των δύο αυτών συστημάτων. Ωστόσο, δεν είναι εύκολο να αποδοθεί άμεση παθογενετική σημασία στη δυσλειτουργία τους, αφού τα νευροδιαβιβαστικά συστήματα βρίσκονται διαρκώς σε αλληλεπίδραση μεταξύ τους, και μια μεταβολή σε ένα από τα συστήματα αυτά ακολουθείται από αντίστοιχες αλλαγές και στα υπόλοιπα, γεγονός που καθιστά δυσχερή τον προσδιορισμό των μεταβολών με παθογενετική σημασία.⁷

Σωματικά νοσήματα

Είναι προφανές και λογικό πως μια σοβαρή σωματική ασθένεια μπορεί να λειτουργήσει ως ένας επιπλέον παράγοντας που προκαλεί πίεση και άγχος, συμβάλλοντας κατ' αυτόν τον τρόπο στην εμφάνιση κατάθλιψης. Το νόσημα στην προκειμένη περίπτωση δρα ως μη ειδικός στρεσογόνος παράγοντας, που επιβαρύνει την κατάσταση του ασθενούς. Εκτός όμως από το γενικό πλαίσιο, υπάρχουν και ορισμένα νοσήματα που σχετίζονται πιο στενά με την κατάθλιψη. Οι συνηθέστερες από τις ασθένειες αυτές είναι ο καρκίνος της κεφαλής, του παγκρέατος, κάποιες ιογενείς λοιμώξεις, η νόσος του Cushing καθώς και η νόσος του Parkinson.⁶

Ψυχολογικοί παράγοντες

Συγκριτικά με όλους τους αιτιοπαθογενετικούς παράγοντες για την εμφάνιση της καταθλιπτικής διαταραχής, που αναφέραμε παραπάνω, οι παράγοντες που ευθύνονται συνηθέστερα για την εκδήλωση της ασθένειας είναι κυρίως *ψυχολογικοί*. Οι κυριότερες θεωρίες που συνδέουν αιτιοπαθογενετικά την κατάθλιψη με ψυχολογικές εμπειρίες, πρόσφατες ή παλαιότερες, είναι τρεις: α) Η ψυχαναλυτική θεωρία του Φρόυντ (Freud), β) η θεωρία της μαθημένης ανημπόριας και γ) η γνωσιακή θεωρία.⁸

Ψυχαναλυτική θεωρία.

Ο Sigmund Freud, ιδρυτής της ψυχανάλυσης, υποστήριξε ότι υπάρχουν κοινά σημεία ανάμεσα στο πένθος και την κατάθλιψη και ισχυρίστηκε ότι αυτές οι καταστάσεις μπορεί να οφείλονται στις ίδιες αιτίες. Όπως προαναφέραμε, ιδιαίτερη προδιάθεση για κατάθλιψη έχουν άτομα, τα οποία στην παιδική τους ηλικία βίωσαν την απώλεια του ενός ή και των δύο γονέων. Επειδή όμως τέτοιες περιπτώσεις δεν τις βρίσκουμε απαραίτητα στο ιστορικό όλων των καταθλιπτικών, ο Freud υποστήριξε, ότι πολλές φορές δεν έχουμε να κάνουμε με φυσική αλλά με συναισθηματική απώλεια, δηλαδή με την απώλεια μιας εσωτερικής «ψυχικής» αναπαράστασης του αγαπημένου προσώπου (του «αντικείμενου» αγάπης). Κατά τον Freud, η σχέση του ασθενούς με το «αντικείμενο» αγάπης είναι αμφιθυμική (συνύπαρξη αγάπης και μίσους). Όταν λοιπόν το «αντικείμενο» χάνεται, τα όποια συναισθήματα μίσους έτρεφε ο ασθενής για το «αντικείμενο» εσωτερικεύονται και κατευθύνονται εναντίον του ίδιου του εαυτού του. Έτσι εξηγείται, γιατί οι καταθλιπτικοί ασθενείς έχουν αρκετά χαμηλή αυτοεκτίμηση και εμφανίζουν συχνές αυτοκαταστροφικές τάσεις. Ο Freud βεβαίως παραδέχθηκε ότι οι ψυχολογικοί μηχανισμοί που προαναφέρθηκαν δεν ισχύουν για όλες τις μορφές κατάθλιψης, πολλές από τις οποίες σχετίζονται περισσότερο με βιολογικές και λιγότερο με ψυχολογικές αιτίες.⁸

Θεωρία της μαθημένης ανημπόριας (learned helplessness)

Βάσει ενός πειράματος που έγινε σε ζώα του εργαστηρίου, διατυπώθηκε μία θεωρία, η οποία υποστηρίζει ότι, όταν αυτά τα ζώα υποβληθούν σε τιμωρητικά ερεθίσματα που δεν μπορούν να αποφύγουν, αποκτούν το «σύνδρομο μαθημένης ανημπόριας». Η συμπεριφορά τους πλέον χαρακτηρίζεται από την εμφανή έλλειψη διάθεσης που συμπυκνώνεται στη μειωμένη πρόσληψη τροφής, στη μείωση της σωματικής δραστηριότητας και άλλα συμπτώματα που μοιάζουν με αυτά της κατάθλιψης. Επομένως, θα μπορούσε και στην περίπτωση των καταθλιπτικών συνδρόμων να ισχύει κάτι παρόμοιο, αν υποθέσουμε ότι κάποια άτομα δεν είναι ικανά να επιτύχουν τους στόχους που έχουν θέσει ή αδυνατούν να μεταβάλλουν προς το καλύτερο μια δυσάρεστη ή αγχογόνο για αυτά, κατάσταση. Σε κάθε περίπτωση, η θεωρία αυτή δεν είναι βέβαιο ότι εξηγεί επαρκώς την εμφάνιση καταθλιπτικών διαταραχών στον άνθρωπο.⁵

Γνωσιακή θεωρία

Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή, οι άνθρωποι που έχουν αυξημένη πιθανότητα να νοσήσουν από κατάθλιψη εμφανίζουν μερικά χαρακτηριστικά σημάδια, ως προς τον τρόπο σκέψης τους. Αυτά, είναι είτε αρνητικές και παράλογες σκέψεις που αφορούν τη ζωή τους και τις διαπροσωπικές σχέσεις με τους ανθρώπους του περιβάλλοντός τους, είτε έχουν να κάνουν με εξωπραγματικές προσδοκίες με τις οποίες «φορτώνουν» τον εαυτό τους και στις οποίες, αν δεν ανταποκριθούν επιτυχώς, θεωρούν τον εαυτό τους κατώτερο των περιστάσεων και αποτυχημένο. Αυτή η απαισιόδοξη προσέγγιση μπορεί να οδηγήσει τα άτομα αυτά στην κατάθλιψη, επιτείνοντας τα συμπτώματά της και επιμηκύνοντας τη διάρκεια της νόσου, ενισχύοντας κατ' αυτόν τον τρόπο, την καταθλιπτική σκέψη.⁶

Διαγνωστικά κριτήρια της κατάθλιψης

Τα κύρια κριτήρια τα οποία οδηγούν κάποιον ειδικό να διαγνώσει ότι ένας ασθενής πάσχει από κατάθλιψη, είναι τα ακόλουθα:

1. Καταθλιπτικό συναίσθημα
2. Μείωση της όρεξης (και απώλεια βάρους του ασθενούς, μεγαλύτερη του 5% σε ένα μήνα) ή, αντίθετα, αύξηση της όρεξης (και του βάρους μεγαλύτερη του 5% σε ένα μήνα).

3. Μείωση ή και απώλεια του ενδιαφέροντος και της ευχαρίστησης του ασθενούς για ασχολίες που προηγουμένως τον ευχαριστούσαν και τον «γέμιζαν».
4. Αϋπνία ή το αντίθετο, *υπερυπνία*.
5. Ανησυχία ή νευρική κατάσταση ή το αντίθετο, ψυχοκινητική επιβράδυνση.
6. Κόπωση ή απώλεια ενεργητικότητας
7. Συναισθήματα απαξίας ή ενοχής
8. Μειωμένη ικανότητα συγκέντρωσης και σκέψης, συνοδευόμενη από αναποφασιστικότητα.
9. Αυτοκαταστροφικός ή αυτοκτονικός ιδεασμός.¹⁰

Από τα εννέα παραπάνω κριτήρια – σύμφωνα με το διαγνωστικό σύστημα DSM-IV – πρέπει να υπάρχουν τουλάχιστον τα πέντε (5) σε ταυτόχρονη ισχύ, κατά την ίδια δεκαπενθήμερη χρονική περίοδο. Μέσα στα πέντε αυτά συμπτώματα πρέπει να περιλαμβάνεται τουλάχιστον ένα από τα τρία πρώτα (καταθλιπτικό συναίσθημα, μείωση της όρεξης ή του ενδιαφέροντος). Για να καταλήξει πάντως ένας ειδικός, με σιγουριά στη διάγνωση της κατάθλιψης, οφείλει επιπροσθέτως να λάβει υπόψη του ότι τα παραπάνω συμπτώματα θα πρέπει : α) να προξενούν στον ασθενή σημαντική δυσφορία ή διαταραχή στη λειτουργικότητα του (όπως πρακτικές δυσκολίες ή δυσλειτουργία στην κοινωνική ή επαγγελματική του ζωή), β) να μην οφείλονται στη δράση ουσιών ή φαρμάκων και να μην είναι αποτελέσματα κάποιας νόσου (π.χ. υποθυρεοειδισμός) και τέλος γ) να μην οφείλονται σε πένθος, του οποίου τα συμπτώματα, όπως θα δούμε παρακάτω, προσομοιάζουν με κάποια από αυτά της καταθλιπτικής διαταραχής.¹⁰

Διαφορική διάγνωση της κατάθλιψης

Η νόσος της κατάθλιψης έχει πάντως εγγενείς δυσκολίες στη διάγνωσή της, καθώς το κύριο σύμπτωμα που τη συνοδεύει (το σύμπτωμα *κατάθλιψη*), ενδέχεται να απαντά και σε περιπτώσεις πολλών άλλων διαταραχών, είτε ψυχολογικών είτε οργανικών. Το συναντούμε ακόμα και σε μη ψυχοπαθολογικές καταστάσεις, όπως είναι η *θλίψη* και το πένθος. Η θλίψη βέβαια διαφέρει από την κατάθλιψη καθώς στη δεύτερη, εκτός από το καταθλιπτικό συναίσθημα, το οποίο είναι σαφώς εντονότερο και μακρύτερο σε διάρκεια, υπάρχουν και όλα τα άλλα συμπτώματα της καταθλιπτικής συνδρομής.⁶

Το πένθος, από την άλλη πλευρά, είναι μια μη ψυχοπαθολογική κατάσταση στην οποία συναντούμε αρκετά συμπτώματα της καταθλιπτικής συνδρομής, όπως ενοχή, αυτουποτίμηση, αϋπνία, ανορεξία κ.λπ. Για το λόγο αυτό, πολλές φορές τα όρια πένθους και κατάθλιψης είναι δυσδιάκριτα. Η διαφορά μεταξύ των δύο είναι, ότι η λειτουργική διαταραχή που προκαλείται από το πένθος δεν είναι τόσο έντονη και παρατεταμένη όσο είναι αυτή που προκαλείται από την κατάθλιψη. Το καταθλιπτικό συναίσθημα δεν διαρκεί συνήθως περισσότερο από δύο μήνες και με την πάροδο του καιρού θα επουλωθούν τα «σημάδια» που αφήνουν στους ανθρώπους, ενδεχόμενες απώλειες αγαπημένων προσώπων. Ενδεχομένως στην περίπτωση του πένθους να παρατηρηθεί κάποια «επετειακή» επανεμφάνιση του καταθλιπτικού συναίσθηματος, που όμως δεν διαρκεί πολύ.⁶

Άλλες διαταραχές που διακρίνονται από το σύμπτωμα της κατάθλιψης είναι οι *αγχώδεις διαταραχές* (εκεί, το άγχος κατέχει την κυρίαρχη θέση στην κλινική εικόνα και προηγείται της κατάθλιψης), κάποιες ανοϊκές καταστάσεις που έχουν τη ρίζα τους σε διαταραχές των γνωσιακών λειτουργιών (μνήμης, προσοχής, συγκέντρωσης), οι διαταραχές προσωπικότητας ή άλλες ψυχοπαθολογικές καταστάσεις, όπως η διαταραχή πανικού ή η διαταραχή στην πρόσληψη τροφής. Επίσης, κοινά σημεία στη συμπτωματολογία υπάρχουν

μεταξύ της κατάθλιψης (ειδικά κατά την πρώτη φάση της) και της *σχιζοφρένειας*, οπότε η διαφορική διάγνωση θα πρέπει να στηριχθεί τόσο στα κλινικά χαρακτηριστικά κάθε μιας από τις δύο αυτές οντότητες, όσο και στις διαφορές που αφορούν στην πορεία τους στο χρόνο και να είναι ιδιαίτερα ενδεδειγμένη και προσεκτική, ούτως ώστε να αποφευχθούν λανθασμένες εκτιμήσεις ως προς τη φύση της ψυχικής διαταραχής.⁶

Από την άλλη πλευρά, σύμφωνα με έρευνες, οι κυριότερες οργανικές αιτίες για την εμφάνιση της κατάθλιψης φαίνεται πως είναι οι παρακάτω: α) κάποια λοιμώδη νοσήματα (πνευμονία, ηπατίτιδα, λοιμώδης μονοπυρήνωση), β) η λήψη ή αντίθετα η απόσυρση από τον οργανισμό, φαρμάκων ή ουσιών, γ) η εμφάνιση όγκων (π.χ καρκίνος στο κεφάλι ή στο πάγκρεας), δ) κάποιες διαταραχές των ενδοκρινών αδένων (π.χ. υποθυρεοειδισμός) και ε) ορισμένες νευρολογικές αιτίες (όπως η νόσος του Parkinson, οι όγκοι του εγκεφάλου, η επιληψία, εγκεφαλοαγγειακά επεισόδια). Η νόσος του Parkinson, για παράδειγμα, σε ποσοστό 50 - 70% συνοδεύεται από κατάθλιψη, καθώς και οι όγκοι του εγκεφάλου και του κροταφικού λοβού.⁶

Κύρια συμπτώματα

Στις τυπικές μορφές κατάθλιψης η έναρξη των συμπτωμάτων είναι προοδευτική, αν και δεν είναι σπάνιες οι περιπτώσεις που η καταθλιπτική συμπτωματολογία αρχίζει αρκετά απότομα. Το βασικό σύμπτωμα που εμφανίζεται στην πλειονότητα των περιπτώσεων είναι το *καταθλιπτικό συναίσθημα*. Περίπου το 90% των ασθενών που πάσχουν από κατάθλιψη χαρακτηρίζονται από καταθλιπτικό συναίσθημα. Αυτό σημαίνει ότι ο ασθενής αισθάνεται λυπημένος και απογοητευμένος χωρίς κανένα ενδιαφέρον για τη ζωή. Στις περιπτώσεις που ο άρρωστος δεν εκφράζει λεκτικά το καταθλιπτικό του συναίσθημα, το εκφράζει κατά κάποιο εξωλεκτικό τρόπο προς το περιβάλλον του και προς το γιατρό του. Είναι άκεφος, ευσυγκίνητος και υπερευαίσθητος, δεν χαμογελά σχεδόν καθόλου, ενώ ταυτόχρονα είναι αναποφάσιτος και αναβλητικός. Σταδιακά, το καταθλιπτικό συναίσθημα κυριαρχεί πάνω του και τον επηρεάζει σε τέτοιο βαθμό, ώστε να κλείνεται στον εαυτό του και να δίνει την εικόνα ενός παραιτημένου ανθρώπου. Αυτή η εικόνα βέβαια, μπορεί να είναι η αίσθηση μιας φαινομενικής αδιαφορίας, χωρίς όμως ο άρρωστος να είναι πραγματικά αδιάφορος.¹⁴

Άλλο ένα τυπικό σύμπτωμα της κατάθλιψης είναι το *άγχος* (αίσθημα εσωτερικής δυσφορίας που προέρχεται από ανεξήγητο φόβο επικείμενου κινδύνου). Οι περισσότεροι καταθλιπτικοί ασθενείς το εμφανίζουν, συνοδευόμενο κάποιες φορές από σωματικά συμπτώματα, όπως ταχυκαρδία, εφίδρωση, προκάρδιους παλμούς, σφίξιμο στο στομάχι κ.λπ.. Σε καταστάσεις έντονου άγχους μάλιστα, ο ασθενής αδυνατεί να ησυχάσει, είναι σε μια διαρκή εγρήγορση και βρίσκεται σε κατάσταση διαρκούς αγωνίας.¹⁴

Άλλα βασικά συμπτώματα που απαντούν στην κατάθλιψη είναι η *ανηδονία*, (μια κατάσταση κατά την οποία, ο ασθενής δεν μπορεί πια να αντλήσει ευχαρίστηση από τη ζωή ούτε και να απολαύσει όλα όσα συνήθιζε να απολαμβάνει προτού νοσήσει) καθώς και οι διαταραχές της σκέψης, τόσο ως προς τη μορφή όσο και ως προς το περιεχόμενο. Ως προς τη *μορφή*, η σκέψη του ασθενούς παρασύρεται από το καταθλιπτικό του συναίσθημα, με αποτέλεσμα να διακρίνεται πλέον από την αργή, ενδεή και μονότονη παραγωγή ιδεών. Αυτό πρακτικά σημαίνει ότι ο άρρωστος καθλώνεται στις ίδιες πάντα μελαγχολικές ιδέες, τις οποίες αναμασά διαρκώς, με αποτέλεσμα να εμποδίζεται η παραγωγή άλλων ιδεών.¹⁴

Ως προς το *περιεχόμενο*, η σκέψη του ασθενούς χαρακτηρίζεται από τις *παρερμηνείες* καταθλιπτικού περιεχομένου (για παράδειγμα, νομίζει ότι η παρέα του τον αποφεύγει, επειδή είναι αντιπαθής, φτωχός, άσχημος ή ανόητος, ενώ όλος ο κόσμος ασχολείται με τον

ίδιο και σχολιάζει την ανικανότητα του) και τις έντονες *παραληρηματικές* ιδέες. Οι τελευταίες, είναι κάποιας μορφής ιδεοληψία του ασθενούς, που ανάγονται στο παρόν, στο παρελθόν ή στο μέλλον και σχετίζονται με αισθήματα ενοχής ή χαμηλής αυτοεκτίμησης (καμιά φορά όμως και έντονης υπερτίμησης), μηδενισμού, ολέθρου, πτώχειας, διώξεως, «καταφαντασίαν ασθένειας» και γενικώς ιδέες που οδηγούν στην απαξίωση του ίδιου του εαυτού.¹⁴

Προχωρώντας σε άλλα χαρακτηριστικά που διακρίνουν τους ασθενείς με κατάθλιψη, μπορούμε να αναφέρουμε τα ακόλουθα: η *ομιλία* τους είναι συνήθως χαμηλόφωνη, διστακτική και αργή ενώ μπορεί σε εξαιρετικά έντονες διαταραχές να εξελιχθεί σε αφωνία και αλαλία. Η *ψυχοκινητική τους δραστηριότητα* είναι μειωμένη (ψυχοκινητική επιβράδυνση) αλλά μπορεί να συμβεί και το αντίθετο (δηλαδή, αύξηση της ψυχοκινητικής δραστηριότητας) σε περιπτώσεις υψηλού άγχους. Οι γνωσιακές λειτουργίες της *μνήμης*, της *συγκέντρωσης*, της *προσοχής* και του *προσανατολισμού* επηρεάζονται πρωτογενώς, καθώς ο άρρωστος επικεντρώνεται στις καταθλιπτικές του ιδέες και αδιαφορεί για το περιβάλλον του. Ειδικά για την διαταραχή της μνήμης, ο γιατρός θα πρέπει να δώσει ιδιαίτερη προσοχή για να μην οδηγηθεί στο λανθασμένο συμπέρασμα ότι ο ασθενής πάσχει από *άνοια*, σε περίπτωση μάλιστα που βρίσκεται σε ηλικία που θα καθιστούσε πιθανή μια τέτοια διάγνωση. Επίσης, η *βούληση* του αρρώστου βρίσκεται σε ύφεση, ενώ σε βαριές περιπτώσεις κατάθλιψης και η *αντιληπτική του ικανότητα* διαταράσσεται (παρατηρούνται ακουστικές και σπανιότερα οπτικές *ψευδαισθήσεις* και *παραισθήσεις*).¹⁶

Τα σωματικά συμπτώματα που απαντάμε στις καταθλιπτικές διαταραχές έχουν να κάνουν κυρίως με την ποσότητα και την ποιότητα του ύπνου (διαταραχές ύπνου, όπως α-ϋπνίες πρώιμης αφύπνισης, διακεκομμένος ύπνος ή υπερυπνία) και την όρεξη (ανορεξία, απώλεια βάρους ή αντίθετα αύξηση της όρεξης και υπερφαγία). Άλλα βιολογικά συμπτώματα είναι η *υπόταση*, η *ξηροστομία*, η *δυσκοιλιότητα*, κάποιες *διαταραχές* που επηρεάζουν την *έμμηνο ρύση* της γυναίκας, η *αναφροδισία* και *σεξουαλική ανικανότητα* (που συνήθως είναι το πρώτο ή ένα από τα πρώτα καταθλιπτικά συμπτώματα που εμφανίζονται) καθώς και ορισμένα *υποχονδριακά συμπτώματα* (ο ασθενής παραπονιέται συχνά για πόνους στο κεφάλι ή στο σώμα και για αίσθημα έντονης κόπωσης).¹⁶

Στο σημείο αυτό, ιδιαίτερη αναφορά θα πρέπει να γίνει στη σχέση κατάθλιψης και αυτοχειρίας. Από σχετικές έρευνες, έχει προκύψει ότι ο κίνδυνος αυτοκτονίας που ελλοχεύει στην κατάθλιψη, είναι *πιο μεγάλος από οποιαδήποτε άλλη πάθηση*. Το 75% όσων υποφέρουν από κάποιο καταθλιπτικό σύνδρομο, έχουν τάσεις αυτοκτονίας. Ένας στους εκατό ασθενείς αυτοκτονεί μέσα στους 12 μήνες που ακολουθούν την έναρξη ενός καταθλιπτικού επεισοδίου, ενώ ποσοστό 15% των καταθλιπτικών ασθενών που πάσχουν από *διαλειπούσες* καταθλίψεις (δηλαδή έχουν επαναλαμβανόμενες φάσεις) καταλήγουν σε αυτοκτονία!¹⁶

Επειδή αναφέραμε παραπάνω ότι η βούληση του καταθλιπτικού ασθενούς είναι μειωμένη, προξενεί εντύπωση το γεγονός, ότι θα μπορούσε να συλλάβει και να εκτελέσει ένα σχέδιο για την αυτοκαταστροφή του. Αυτό μπορεί να συμβεί παρόλα αυτά, σε περιόδους έναρξης ή *αποδρομής* (ύφεσης) της καταθλιπτικής φάσης, όταν και παραμένει άθικτη η ικανότητα του πάσχοντος για την αυτοκτονία του, την οποία μάλιστα μπορεί να σχεδιάσει με απίθανες λεπτομέρειες. Ειδικά κατά την περίοδο των λίγων μηνών που ακολουθούν τη βελτίωση της υγείας του ασθενούς, παρατηρείται ο μεγαλύτερος κίνδυνος αυτοκαταστροφής. Το γεγονός αυτό οφείλεται στο ότι ο πάσχων ανακτά τη βουλευτική του ικανότητα πριν ακόμη αποβάλει την αρνητική του στάση απέναντι στη ζωή. Για το λόγο αυτό απαιτείται ιδιαίτερη προσοχή από τον θεράποντα ιατρό, με τη στενή παρακολούθηση του ασθενούς παρ' όλη τη βελτίωση των συμπτωμάτων του και με τη διατήρηση της φαρμακευτικής αγωγής του για τουλάχιστον έξι μήνες μετά από τη βελτίωση αυτή.¹

Θεραπεία

Στις μέρες μας, οι θεραπευτικές τεχνικές που εφαρμόζονται για την πρόληψη και την αντιμετώπιση της κατάθλιψης έχουν αποδειχτεί αρκετά αποτελεσματικές. Έχουν ευρύ φάσμα που περιλαμβάνει τόσο *σωματικές* όσο και *ψυχοθεραπευτικές* μεθόδους, τις οποίες ο κλινικός ψυχολόγος θα πρέπει – αν είναι αναγκαίο – να μπορεί να τις συνδυάσει κατάλληλα, έτσι ώστε να προσεγγίσει με τον καλύτερο δυνατό τρόπο το πρόβλημα του ασθενούς. Παρακάτω θ' αναφερθούμε στις βασικές θεραπευτικές προσεγγίσεις στην κατάθλιψη.¹³

Επείγουσες καταστάσεις

Η πρώτη φροντίδα του ειδικού θα πρέπει να είναι οι λεγόμενες *επείγουσες καταστάσεις*. Ο μεγαλύτερος κίνδυνος για τα καταθλιπτικά άτομα είναι, όπως προείπαμε, η *αυτοκτονία*, οπότε θα πρέπει να γίνεται ταχύτατη εκτίμηση της κατάστασης του ασθενούς και να ερευνώνται οι πιθανότητες αυτοχειρίας. Άλλωστε, τα άτομα με διαταραχές της διάθεσης αποτελούν την κατ' εξοχήν ομάδα πληθυσμού που αυτοκτονεί. Σκέψεις ή απόπειρες αυτοκτονίας μπορεί να είναι φανερές ή συγκαλυμμένες και έμμεσες π.χ. κατάχρηση ψυχοδραστικών ουσιών, επικίνδυνο οδήγημα κτλ. Επίσης στην κατάθλιψη μπορεί να υπάρξει και κίνδυνος *ανθρωποκτονίας* που δεν θα πρέπει να διαφύγει της προσοχής. Ο κίνδυνος αυτός συνδέεται κυρίως με *ψυχωτική κατάθλιψη*.⁹

Η οξεία ψυχωτική κατάθλιψη όπως και *άρνηση λήψης τροφής ή πλήρης ανορεξία* με τη συνακόλουθη αδυναμία και εξάντληση επίσης αποτελούν επείγουσες καταστάσεις που πρέπει να αντιμετωπισθούν με νοσηλεία. Γενικότερα *οι ενδείξεις νοσηλείας* ενός καταθλιπτικού ασθενή είναι:

- Σοβαρός κίνδυνος αυτοκτονίας (ή ανθρωποκτονίας),
- Απώλεια της ικανότητας για φροντίδα του εαυτού του είτε λόγω ακινητοποιητικών συμπτωμάτων είτε λόγω ψυχωτικού τρόπου σκέψης,
- Οξείες παθολογικές καταστάσεις, επικίνδυνες για τη ζωή του ατόμου που προέρχονται από την κατάθλιψη (π.χ. ανορεξία, αφυδάτωση)
- Συνακόλουθες παθολογικές καταστάσεις (π.χ. σοβαρή καρδιακή νόσος) που απαιτούν ειδική διάγνωση και θεραπεία.⁹

Σωματικές θεραπείες

Στις σωματικές θεραπείες, ο θεραπευτής χορηγεί στον ασθενή κάποιες φαρμακευτικές ουσίες, είτε καταπραϊντικές – ηρεμιστικές είτε προληπτικές για την αντιμετώπιση των καταθλιπτικών επεισοδίων. Σε άλλες, πιο βαριές περιπτώσεις, χρησιμοποιείται και το ηλεκτροσόκ. Τόσο τα φάρμακα όσο και το ηλεκτροσόκ είναι χρήσιμα και αποτελεσματικά στη θεραπεία των καταθλιπτικών διαταραχών – κυρίως της Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής – και ιδιαίτερα αν υπάρχουν ψυχωτικά στοιχεία σε συνδυασμό με σωματικά συμπτώματα.⁶

Τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία των οξέων καταθλιπτικών επεισοδίων, την ανακούφιση των πιο χρόνιων καταθλιπτικών συμπτωμάτων και την πρόληψη υποτροπιάζόντων καταθλιπτικών επεισοδίων είναι τα λεγόμενα *αντικαταθλιπτικά*. Τα παλιότερα και πιο διαδεδομένα είναι τα *τρικυκλικά* αντικαταθλιπτικά, τα οποία είναι και αρκούντως αποτελεσματικά, αφού, μελέτες έδειξαν, ότι μεταξύ 50% και 85% των ασθενών με μονοπολική κατάθλιψη έχουν ουσιαστική βελτίωση, ύστερα από θεραπεία με αυτά. Τα νεότερα αντικαταθλιπτικά και ιδιαίτερα οι εκλεκτικοί *αναστολείς της επαναπρόσληψης της σεροτονίνης* (ΕΑΕΣ) έχουν δείχθει ότι είναι αποτελεσματικά, καλώς ανεκτά και ασφαλή σε

υπερβολική δόση. Έτσι, μαζί με τα τρικυκλικά και οι ΕΑΕΣ θεωρούνται πια φάρμακα πρώτης γραμμής για την κατάθλιψη.⁶

Η χορήγηση *λιθίου* αποσκοπεί κατά κύριο λόγο στην αντιμετώπιση επεισοδίων μανίας αλλά μπορεί να χρησιμοποιηθεί και για την πρόληψη της υποτροπής και των καταθλιπτικών επεισοδίων της μονοπολικής ή διπολικής διαταραχής, οπότε κάποια θεραπεία συντήρησης με λίθιο μπορεί να χρησιμοποιηθεί αντί θεραπείας συντήρησης με τρικυκλικά ή άλλα αντικαταθλιπτικά φάρμακα.⁶

Τα Μείζονα ηρεμιστικά (αντιψυχωτικά ή νευροληπτικά) μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την καταπολέμηση των μορφών κατάθλιψης που συνοδεύονται από ψυχωτικά συμπτώματα (όπως παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις, σύγχυση ή υπερβολικό άγχος) σε συνδυασμό με τρικυκλικά ή ηλεκτροσόκ, που φαίνεται μόνα τους συνήθως να μη φθάνουν στις περιπτώσεις αυτές.⁶

Όσον αφορά τα *καταπραϊντικά ή υπνωτικά και τα ελάσσονα ηρεμιστικά*, μπορεί να χρησιμοποιηθούν μερικές φορές για ν' ανακουφίσουν από τα συμπτώματα που χαρακτηρίζουν το καταθλιπτικό σύνδρομο, όπως το άγχος, η ανησυχία, ο εκνευρισμός και η αϋπνία. Από την άλλη πλευρά βέβαια, θα πρέπει να συνυπολογιστεί και ο κίνδυνος εθισμού του ασθενούς στα φάρμακα αυτά αλλά και το γεγονός ότι τα ίδια αυτά σκευάσματα μπορεί να προκαλέσουν κατάθλιψη και να επιβαρύνουν έτσι την κλινική εικόνα του αρρώστου. Εξάλλου, τα συμπτώματα στα οποία απευθύνονται και ιδιαίτερα η αϋπνία θεραπεύονται καλύτερα με τα αντικαταθλιπτικά παρά με αυτά τα φάρμακα (γιατί όπως είπαμε αποτελούν συμπτώματα του καταθλιπτικού συνδρόμου και υποχωρούν όταν υποχωρήσει η κατάθλιψη).⁶

Το *ηλεκτροσόκ* τέλος, όπως προαναφέραμε ενδείκνυται περισσότερο στις περιπτώσεις εκείνες που η κατάθλιψη είναι τόσο βαριά ώστε να κινδυνεύει η ζωή του πάσχοντος και που επιβάλλεται η ταχεία βελτίωση του (π.χ. πολύ σοβαρός κίνδυνος αυτοκτονίας, «κατατονική» κατάθλιψη) ή σε περιπτώσεις που αντενδείκνυται η χορήγηση αντικαταθλιπτικών (καρδιαγγειακή νόσος, εγκυμοσύνη). Αν και εφαρμόζονται διάφορες πρακτικές, συνήθως χορηγούνται 6 ως 10 συνεδρίες με ρυθμό 3 ή 4 συνεδριών την εβδομάδα. Στις περισσότερες των περιπτώσεων, η ανταπόκριση στη θεραπεία είναι ταχεία (μέσα σε λίγες μέρες). Μετά τη χορήγηση ηλεκτροσόκ, οι ασθενείς χρειάζονται θεραπεία συντήρησης με αντικαταθλιπτικά φάρμακα.⁶

Σε γενικές γραμμές, η πορεία της θεραπείας θα πρέπει να ξεκινάει με κάποιο τρικυκλικό αντικαταθλιπτικό ή κάποιο ΕΑΕΣ και αν δεν υπάρξει βελτίωση μέσα σε 6-8 εβδομάδες χρησιμοποιούμε κάποιο άλλο τρικυκλικό ή ΕΑΕΣ, ένα άλλο νεότερο αντικαταθλιπτικό ή ηλεκτροσόκ (ή ενίσχυση με λίθιο της δράσης του τρικυκλικού). Όσον αφορά την επιλογή του κατάλληλου αντικαταθλιπτικού πρώτης γραμμής (ποιού από τα τρικυκλικά ή τους ΕΑΕΣ) παρά τα όσα έχουν προταθεί, η αλήθεια παραμένει ότι ακόμη η επιλογή αυτή παραμένει σε μεγάλο βαθμό εμπειρική.⁶

Ψυχοθεραπείες

Η *ατομική ψυχοθεραπεία* είναι ίσως η πιο διαδεδομένη θεραπεία για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης. Βασίζεται στις ψυχοδυναμικές αρχές (*ψυχοδυναμική* ψυχοθεραπεία) και δίνει έμφαση στις πρότερες εμπειρίες και βιώματα του ατόμου και στα ασυνείδητα κίνητρα που επηρεάζουν τη συμπεριφορά του. Μέσω της ψυχοδυναμικής ψυχοθεραπείας, το άτομο κατορθώνει να καλυτερέψει τις διαπροσωπικές του σχέσεις με τα άτομα του περιβάλλοντός του, να ανοικοδομήσει αισθήματα εμπιστοσύνης προς αυτά και να επανενεργοποιήσει τους αμυντικούς του μηχανισμούς, οι οποίοι έχουν φθαρεί από το καταθλιπτικό σύνδρομο. Η βελτίωση αυτή, βέβαια, έρχεται μέσα από την εξέταση, επαναβίωση και ερ-

μηνεία σημαντικών προβλημάτων και συγκρούσεων της παιδικής ηλικίας, έτσι όπως επανεμφανίζονται στη μεταβιβαστική σχέση θεραπευτή – ασθενή. Η ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία λοιπόν, ενδείκνυται για περιπτώσεις, όπου η ζωή του ατόμου είναι χρόνια διαταραγμένη από τις ασυνείδητες συγκρούσεις του και χρειάζεται ενδελεχής έλεγχος από την πλευρά του θεράποντα ιατρού.¹⁵

Σε άλλες περιπτώσεις καταθλιπτικών συνδρόμων είναι αποτελεσματικότερη η *βραχείας διάρκειας* ψυχοθεραπεία (6 ως 20 συνεδρίες), η οποία μπορεί να είναι υποστηρικτικής φύσεως, με χαρακτηριστικά επείγουσας παρέμβασης και ανακούφισης συμπτωμάτων ή μπορεί να χρησιμοποιήσει συγκεκριμένες εστιακές τεχνικές να είναι δηλαδή βραχεία δυναμική ψυχοθεραπεία. Ένα είδος βραχείας διάρκειας ψυχοθεραπείας (12-16 συνεδρίες) που έχει αναπτυχθεί πρόσφατα είναι και η *διαπροσωπική* θεραπεία, που περιλαμβάνει συνδυασμό υποστήριξης (ενθάρρυνση, καθοδήγηση στις καθημερινές ανάγκες του ατόμου), φαρμακοθεραπείας, διδασκαλίας της φύσης, των χαρακτηριστικών και της πορείας του συνδρόμου της κατάθλιψης. Κυρίως εστιάζεται στην αναγνώριση και βελτίωση του χειρισμού *διαπροσωπικών προβλημάτων*, όπως πένθος και κάθε μορφής απώλεια, διαπροσωπικές διαμάχες, αλλαγές ρόλου στη ζωή, διαπροσωπικές ανεπάρκειες κτλ. που θεωρούνται ότι έχουν σχέση με την κατάθλιψη.¹⁵

Η *ομαδική* ψυχοθεραπεία από την άλλη πλευρά είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική στη βελτίωση των διαπροσωπικών δεξιοτήτων και της αυτοεκτίμησης του ατόμου, καθώς παρέχει υποστήριξη, αναγνώριση των δυσχερειών στις διαπροσωπικές σχέσεις του αλλά και αλληλεπίδραση με άλλους ανθρώπους άρα και ευκαιρίες για ουσιαστική επαφή με τον «έξω κόσμο» που θα του τονώσει την όρεξη και διάθεση για ζωή, στοιχεία που δοκιμάζονται από την κατάθλιψη.¹⁵

Συνδυασμός θεραπευτικών μεθόδων

Καμία θεραπεία – είτε σωματική είτε ψυχοθεραπεία – δεν λογίζεται ως αποκλειστική για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης. Όπως τονίσαμε και παραπάνω, είναι απαραίτητος ένας συγκεκριμένος *συνδυασμός* θεραπειών ανάλογα με τις ανάγκες του ασθενή, αφού, όπως μας δείχνουν οι μελέτες, ο *συνδυασμός* θεραπειών είναι πιο αποτελεσματικός από οποιαδήποτε μεμονωμένη θεραπεία. Εξάλλου, η καθεμία θεραπεία αποσκοπεί και σε διαφορετικό στόχο : οι σωματικές θεραπείες στοχεύουν περισσότερο στη βελτίωση των φυσιολογικών λειτουργιών όπως ο ύπνος, η όρεξη, κλπ, ενώ οι ψυχοθεραπείες στη βελτίωση της διαπροσωπικής λειτουργικότητας και τη γενικότερα καλύτερη λειτουργία της προσωπικότητας του ατόμου. Έτσι, στις μέρες μας η επικρατούσα τάση είναι η θεραπεία της κατάθλιψης, όπως και όλων των ψυχικών διαταραχών άλλωστε, να είναι *συνθετική-επιλεκτική*, δηλαδή να επιλέγει ο θεραπευτής την καταλληλότερη σύνθεση φαρμακοθεραπείας, ψυχοθεραπείας ή τύπων ψυχοθεραπείας αναλόγως του ιστορικού κατάθλιψης του κάθε ασθενούς.¹⁵

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ

Η νοσηλευτική εκτίμηση είναι το πρώτο στάδιο της νοσηλευτικής διεργασίας.

Παρακάτω ακολουθούν με σειρά τα βήματα που πραγματοποιούνται.

1. Στην έναρξη αυτού γίνεται η λήψη του νοσηλευτικού ιστορικού του ασθενή και συλλέγονται τα δεδομένα για τη γενικότερη κατάσταση του.

Παρακάτω αναφέρονται αναλυτικά τα στοιχεία που πρέπει να λαμβάνονται υπ' όψη κατά τη λήψη του ιστορικού:

- i) Γενετικοί και βιολογικοί παράγοντες κληρονομικότητας (οικογενειακό ιστορικό).
- ii) Στρεσογόνα γεγονότα στη διάρκεια της ζωής και πρόσφατη απώλεια.
- iii) Αποτελέσματα απ' τα προκαθορισμένα εργαλεία εκτίμησης για την κατάθλιψη (π.χ. ψυχομετρικό εργαλείο αξιολόγησης της κατάθλιψης, η κλίμακα διαβάθμισης του Hamilton, για την κατάθλιψη, γηριατρική διαβάθμιση της κατάθλιψης, ατομική διαβάθμιση της κατάθλιψης).
- iv) Προηγούμενο καταθλιπτικό επεισόδιο ή καταθλιπτική συμπεριφορά
- v) Ιατρικό ιστορικό
- vi) Κατανάλωση αλκοόλ και ναρκωτικών ουσιών.
- vii) Ιστορικό σχετικά με τη μόρφωση και την εργασία.¹¹

2. Σημειώνουμε τα χαρακτηριστικά του (συμπτώματα), τη γνωσιακή συναισθηματική και συμπεριφοριστική απάντηση του ατόμου εξατομικευμένα με τη βοήθεια του προσχεδιασμένου ιστορικού για τις συναισθηματικές διαταραχές.¹¹

3. Εκτιμούμε τους αυτοκτονικούς παράγοντες κινδύνου και πιθανές αυτοκτονικές συμπεριφορές που μπορεί να αποβούν θανατηφόρες:

- i) Παρατηρούμε ποιοι είναι οι στόχοι και οι σκοποί του ασθενή (π.χ. για την ανακούφιση του από στρεσογόνες καταστάσεις που οφείλονται σε δύσκολα προβλήματα)
- ii) Παρατηρούμε αν ο ασθενής έχει απαισιόδοξα σχέδια για το μέλλον, γεγονός που ενθαρρύνει και τον αυτοκτονικό σχεδιασμό του και στη συνέχεια προσπαθούμε να τα αποτρέψουμε.
- iii) Εκτιμούμε την ψυχική κατάστασή του (π.χ. παρουσία διαταραχής της σκέψης, επίπεδα άγχους, διάφορες διαταραχές της διάθεσης).
- iv) Εκτιμούμε την καταλληλότητα του υποστηρικτικού συστήματός του.
- v) Εκτιμούμε παρόντα στρεσογόνα γεγονότα, συμπεριλαμβάνεται ύπαρξη άλλων νόσων (και ψυχιατρικής και ιατρικής προέλευσης), πρόσφατες απώλειες, καθώς επίσης και ιστορικό κατάχρησης ουσιών.¹¹

4. Εκτίμηση της οικογένειας ως υποστηρικτικό σύστημα. Επίσης εκτιμούμε τις γνώσεις της οικογένειας και του ίδιου του ατόμου σχετικά με τα ιδιαίτερα συμπτώματα των διαταραχών της διάθεσης, τις οδηγίες σχετικά με τη συστημένη θεραπεία, τα σημάδια υποτροπής καθώς και γνώσεις σχετικά με την αυτοφροντίδα του ατόμου.

ΑΝΑΛΥΣΗ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

1. Αναλύουμε την επικρατέστερη διάθεση του ασθενή, τα επίπεδα άγχους, το βαθμό αυτοελέγχου και τη βαρύτητα των συμπτωμάτων.

Καθορίζουμε την επικινδυνότητα για αυτοκτονία, κατανοούμε ότι ο ασθενής με κατάθλιψη είναι υψηλού κινδύνου.¹¹

2. Εφαρμόζουμε εξατομικευμένη νοσηλευτική διάγνωση για τα άτομα ή την οικογένεια με καταθλιπτική διαταραχή ή αυτοκτονική συμπεριφορά και ιεραρχούμε τα παρακάτω:

- i) Άγχος

- ii) Αντιμετώπιση αναποτελεσματικής οικογένειας: συμβιβαστική λύση.
- iii) Αντιμετώπιση, αναποτελεσματική προσωπικότητα του ατόμου.
- iv) Αξιολόγηση της ανταπόκρισης της οικογένειας
- v) Λύπη, δυσλειτουργία
- vi) Έλλειψη ελπίδας
- vii) Ελλειμματική γνώση
- viii) Διαταραχή στη διατροφή, κίνδυνος λήψης λιγότερης ποσότητας από την αναγκαία.
- ix) Καταβολή δυνάμεων.
- x) Έλλειψη αυτοεκτίμησης.
- xi) Διαταραχή σεξουαλικής συμπεριφοράς.
- xii) Διαταραχή του ύπνου.
- xiii) Κοινωνική απομόνωση.
- xiv) Πνευματικές ανησυχίες.
- xv) Μειωμένη κριτική ικανότητα.
- xvi) Κίνδυνος για άσκηση βίας και στον εαυτό του και στους άλλους.¹¹

ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΚΑΘΟΡΙΣΜΟΣ ΑΝΑΜΕΝΟΜΕΝΟΥ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ

Σ' αυτό το στάδιο προκαθορίζουμε τους στόχους για το αναμενόμενο αποτέλεσμα μαζί με τον ασθενή.

1. Καθορίζουμε τα κριτήρια για το επιθυμητό αποτέλεσμα:

- i) Ο ασθενής θα εκδηλώσει μείωση του άγχους.
- ii) Ο ασθενής είναι σε θέση να έχει υπό έλεγχο και να αντιμετωπίσει στρεσογόνα γεγονότα.
- iii) Ο ασθενής θα ξεπεράσει μια επίπονη διαδικασία εσωστρέφειας, εκφράζοντας τα συναίσθημά του στο υποστηρικτικό του περιβάλλον.
- iv) Ο ασθενής θα αποκαταστήσει τη διαταραχή του ύπνου και θα κοιμάται το λιγότερο 6-7 ώρες, χωρίς να διακόπτεται ο ύπνος.
- v) Ο ασθενής θα τρώει υγιεινά γεύματα ή τρεις φορές τη μέρα ή έξι φορές, αλλά μικρότερες μερίδες.
- vi) Ο ασθενής δε θα κάνει σκέψεις που δεν βασίζονται στην πραγματικότητα.
- vii) Ο ασθενής θα συμμετέχει σε κοινωνικές εκδηλώσεις, σε συζητήσεις και να νιώθει ότι ανήκει και αυτός σε κάποια ομάδα.
- viii) Ο ασθενής ανυπομονεί να συναντήσει τον ψυχοθεραπευτή και προγραμματίζουν μαζί την ώρα.
- ix) Ο ασθενής θα επαναλαμβάνει κάθε καλή πράξη που βοηθάει τον ίδιο ή και τους άλλους.
- x) Ο ασθενής θα έχει μια φυσιολογική σεξουαλική δραστηριότητα.

2. Καθορίζουμε τα κριτήρια για το επιθυμητό αποτέλεσμα στην οικογένεια που κάποιο μέλος πάσχει από κατάθλιψη:

- i) Η οικογένεια εκφράζει ενδιαφέρον για το πάσχον μέλος.
Η οικογένεια έχει γνώσεις σχετικά με την κατάθλιψη, τη θεραπεία, τα σημάδια υποτροπής και την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων.¹¹

ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΛΑΝΟΥ

Αυτό είναι το στάδιο της νοσηλευτικής διεργασίας κατά το οποίο εφαρμόζεται στην πράξη το σχέδιο φροντίδας του ασθενούς, σε συνεργασία με τα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας.

1. Για τον ασθενή με την καταθλιπτική συμπεριφορά εφαρμόζουμε τα παρακάτω¹¹

- i) Αποδεχόμαστε τον ασθενή σαν ολότητα, αποφεύγοντας κάθε πράξη μας που μπορεί να εκληφθεί απ' αυτόν ως απειλή.
- ii) Προάγουμε την επαρκή διατροφή του, συμπεριλαμβάνοντας στα γεύματα του ασθενή και τροφές της προτίμησής του.
- iii) Εφαρμόζουμε προληπτικά μέτρα για τις αυτοκτονικές τάσεις του ασθενή, αναλόγως με τις ήδη εκτιμημένες προθέσεις του.
- iv) Αποφεύγουμε την υπερβολική έκφραση χαράς ή συμπάθειας ή την έκφραση πολύ ρηχών αισθημάτων.
- v) Βοηθούμε τον ασθενή να δημιουργήσει ένα καθημερινό πρόγραμμα που θα συμπεριλαμβάνει και δραστηριότητες και ώρες ανάπαυσης.
- vi) Συμβάλουμε στην πρόοδο του ύπνου του δημιουργώντας ευχάριστες συνθήκες για την ώρα του ύπνου και την ανάπαυσή του (ώρες κοινής ησυχίας, μασάζ πριν κοιμηθεί, ήρεμη μουσική, χλιαρό ρόφημα όπως γάλα ή χαμομήλι).
- vii) Τον ενθαρρύνουμε να συμμετέχει σε κοινωνικές δραστηριότητες, προσφέροντάς του όση υποστήριξη χρειάζεται.
- viii) Βοηθούμε τον ασθενή να αναγνωρίσει τα συναισθήματά του και να αποβάλλει τις αρνητικές σκέψεις και αντιλήψεις σχετικά με τον εαυτό του.
- ix) Ενθαρρύνουμε τον ασθενή να θέτει εύκολους και προσιτούς στόχους, έτσι ώστε με την ελάχιστη βοήθειά μας να τους πετυχαίνει.
- x) Του κάνουμε ερωτήσεις ή του εκφράζουμε αμφιβολίες σχετικά με την αρνητική εικόνα που έχει για τον εαυτό του, την ελαττωμένη αυτοεκτίμηση.
- xi) Διευκολύνουμε τη βελτίωση της καταθλιπτικής πορείας του ασθενή, αποδεχόμενοι όλα τα συναισθήματα που εκφράζει.
- xii) Όταν ο ασθενής έχει παραισθήσεις χρησιμοποιούμε ενισχυτικές τεχνικές.
- xiii) Διαχειριζόμαστε σωστά τη φαρμακευτική αγωγή σύμφωνα με τις εργαστηριακές εξετάσεις έτσι, ώστε να είναι κατάλληλα τα επίπεδα του αίματος (για μια σταθερή και κατάλληλη αγωγή).
- xiv) Παρακολουθούμε τον ασθενή τόσο για τα θεραπευτικά αποτελέσματα της φαρμακευτικής αγωγής, όσο και για τις επιπλοκές που μπορεί να προκαλέσουν.
- xv) Διδάσκουμε τον ασθενή σχετικά με τη συναισθηματική διαταραχή του συμπεριλαμβάνοντας την αιτιολογία, την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων, τις οδηγίες όσον αφορά τη θεραπεία, τη φαρμακευτική αγωγή και τέλος για τον τελικό του στόχο που είναι ο αυτοέλεγχος.¹¹
- xvi) Τον ενθαρρύνουμε ώστε να παίρνει μέρος και να συνεργάζεται και με τα άλλα μέλη της επιστημονικής ομάδας και να συμμετέχει σε άλλες ειδικές θεραπευτικές δραστηριότητες (τέχνες, μουσική, χορός), γιατί αυτό του δίνει την ευκαιρία να εκφράζει και μ' άλλους τρόπους τα συναισθήματά του.
- xvii) Ενθαρρύνουμε τη συμμετοχή του σε ατομική αλλά και ομαδική ψυχοθεραπεία προκειμένου να συναναστρέφεται και με άλλα άτομα που πάσχουν απ' την καταθλιπτική διαταραχή.¹¹

2. Για τους ασθενείς με αυτοκτονική συμπεριφορά:

- i) Εγκαθιδρύουμε μια υποστηρικτική σχέση φιλίας μεταξύ του ασθενή με αυτοκτονική τάση και άλλων της ίδιας ομάδας, που όμως θέλουν να ζήσουν.
- ii) Παρακολουθούμε στενά τον ασθενή, χρησιμοποιώντας το πρωτόκολλο βασικών προφυλάξεων.
- iii) Ρωτούμε τον ασθενή να μας μιλήσει για την αυτοκτονία, συμπεριλαμβάνοντας ερωτήσεις σχετικά με τα ιδιαίτερα σχέδιά του και τα μέσα με τα οποία σχεδιάζει να τα πραγματοποιήσει.
- iv) Απομακρύνουμε επικίνδυνα και αιχμηρά αντικείμενα σύμφωνα με το πρωτόκολλο.
- v) Ενθαρρύνουμε τον ασθενή να κουβεντιάσει για όσα τον αγχώνουν, για όσα τον πληγώνουν, για ό,τι του προκαλεί θυμό και ό,τι τον ενοχλεί.
- vi) Ενθαρρύνουμε τον ασθενή να συμφωνήσει σε μια μη αυτοκαταστροφική συμπεριφορά μέσω της συμπεριφοριστικής προσέγγισης.
- vii) Βοηθούμε τον ασθενή έτσι ώστε να βρει λύσεις στα προβλήματα που γι' αυτόν φαίνονται άλυτα.¹¹

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ

Οι νοσηλευτές χρησιμοποιούν τα παρακάτω κριτήρια προκειμένου να αξιολογήσουν τα αποτελέσματα που είχε στον ασθενή η νοσηλευτική διεργασία:

1. Ο ασθενής εκφράζει ότι έχει μειωμένο άγχος και φυσιολογική, καλή διάθεση.
2. Ο ασθενής δεν έχει αυτοκαταστροφικές τάσεις και εκφράζει την επιθυμία του να ζήσει.
3. Ο ασθενής τρώει κάθε μέρα υγιεινά γεύματα και διατηρεί φυσιολογικό βάρος.
4. Ο ασθενής παρουσιάζει δείγματα φυσιολογικού ύπνου, καθώς στη διάρκεια της ημέρας έχει ικανοποιητική ενέργεια.
5. Ο ασθενής εκφράζει ότι μπορεί να τα βγάζει πέρα με τις τρέχουσες αλλαγές της ζωής και ότι είναι ικανός να βρίσκει κατάλληλους τρόπους για να τις αντιμετωπίσει.
6. Ο ασθενής παρουσιάζει για τον εαυτό του μια θετική εικόνα.
7. Ο ασθενής εκφράζει αισιοδοξία για το μέλλον.
8. Ο ασθενής εκφράζει ευχαρίστηση για το κοινωνικό σύνολο που είχε επίδραση πάνω του και αναγνωρίζει τα κατάλληλα γι' αυτόν υποστηρικτικά συστήματα.
9. Ο ασθενής εκδηλώνει δείγματα καθαρής σκέψης, χωρίς αποδεικτικά στοιχεία παραπλάνησης, υπερβολικά συναισθήματα ενοχής ή ιδέες φυγής.
10. Ο ασθενής και η οικογένειά του έχουν γνώσεις σχετικά με την καταθλιπτική διαταραχή, το πρόγραμμα θεραπείας του, τη φαρμακευτική αγωγή, και τα συμπτώματα που δείχνουν μια ανερχόμενη κρίση.¹¹

Η ΕΠΙΛΟΧΕΙΟΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Ένα καταθλιπτικό σύνδρομο που απαντούμε συχνά και το οποίο προσβάλλει κυρίως τις νεότερες γυναίκες είναι η κατάθλιψη μετά την γέννα ή αλλιώς η *επιλόχειος κατάθλιψη*. Θα προσεγγίσουμε αυτή την καταθλιπτική μορφή, κάνοντας αναφορά αρχικά στις διαταραχές που ενδέχεται να προκύψουν *κατά τη διάρκεια* της εγκυμοσύνης και μπορούν να επιφέρουν σημαντικές επιπτώσεις – μέχρι και επιπλοκές στην κύηση. Ακολούθως, θα μιλήσουμε για την επιλόχειο κατάθλιψη (αιτίες, συμπτωματολογία) και τον τρόπο που αυτή μπορεί να αντιμετωπιστεί, καταλήγοντας έτσι στην ανάδειξη του ρόλου του κοινοτικού νοσηλευτή, για τον οποίο θα κάνουμε λόγο στο δεύτερο μέρος της παρούσας εργασίας.⁴

Ψυχικές διαταραχές κατά την εγκυμοσύνη

Η περίοδος της κύησης είναι αναμφισβήτητα η σημαντικότερη περίοδος για τη ζωή μιας γυναίκας. Είναι ένα βιολογικό φαινόμενο που αφορά ολόκληρο τον γυναικείο οργανισμό και χαρακτηρίζεται από θεμελιώδεις διαδικασίες οργανικών και ψυχολογικών μεταβολών, όπως θα δούμε παρακάτω.⁴

Η εγκυμοσύνη προκαλεί στη μέλλουσα μητέρα, έντονες αλλαγές, τόσο βιολογικές και σωματικές, όσο και ψυχολογικές. Επηρεάζει τόσο την εικόνα του σώματος της (κυρίως στα δικά της τα μάτια, σε σχέση με τους άλλους) και της προκαλεί έκδηλες συγκινησιακές μεταβολές. Έτσι, αφ' ενός μια εγκυμονούσα γυναίκα βιώνει απειλές αναφορικά με το σώμα της, (παραμόρφωση, αύξηση βάρους, μεταβολή της εμφάνισης του στήθους, ραγάδες κλπ) και έντονους φόβους και ανασφάλειες για το πώς το βλέπει η ίδια και οι άλλοι, (υπέρβαρο, παραμορφωμένο, απαξιωμένο, κ.ο.κ.), αφ' ετέρου έρχεται σε αμεσότερη επαφή με κάποιες αφηρημένες και απόμακρες έννοιες και καταστάσεις όπως η γονιμότητα, το πένθος, η ολοκλήρωσή της ως προσωπικότητα, η μητρότητα κ.α. Παράλληλα, η έγκυος νιώθει να αποκτά νέους οικογενειακούς και κοινωνικούς ρόλους. Περνάει σε μια κατάσταση, όπου βιώνει έντονα μια «κρίση ταυτότητας», η οποία ευθύνεται για τις ριζικές μεταβολές του χαρακτήρα και της προσωπικότητάς της. Ο εσωτερικός κόσμος της εγκύου αναμορφώνεται σημαντικά γίνεται ευαίσθητη και ευάλωτη, καθώς χάνει πρόσκαιρα την αίσθηση των ακριβών ορίων του σώματος της και επηρεάζεται από την ιδέα των άλλων για την εμφάνισή της. Επιπλέον, πρέπει να συμφιλιωθεί με την ιδέα ότι θα «κουβαλάει» για μήνες μέσα της, μια νέα, διαφορετική ζωή, με την οποία θα συμβιώνει και τελικά θα την αποχωρισθεί.⁴

Αναλογιζόμενοι τα παραπάνω, δεν θα πρέπει να μας εκπλήσσει το γεγονός, ότι αρκετές έγκυες παρουσιάζουν σωματικά προβλήματα ή ειδικές μεταβολές της ψυχικής τους διάθεσης, είτε με τη μορφή ήπιων και παροδικών μεταβολών των συγκινήσεων και της συμπεριφοράς (συχνότερα) είτε ως νευρωσικές ή ψυχασικές αντιδράσεις και διαταραχές (πιο σπάνια). Επίσης, κατά την ίδια περίοδο είναι δυνατόν να εκδηλωθούν επιδεινώσεις της ψυχικής υγείας εγκύων με προηγούμενο ψυχιατρικό ιστορικό, γεγονός που καθιστά αναγκαία την θεραπευτική παρέμβαση για την αντιμετώπιση αυτών των καταστάσεων.⁴

Ψυχολογικές επιπτώσεις στην εγκυμοσύνη και μετά από αυτή

Σε γενικές γραμμές πάντως, η εγκυμοσύνη θεωρείται περίοδος κατά την οποία η γυναίκα νοιώθει «συναισθηματικά καλά». Ουσιαστικά, η ίδια η εγκυμοσύνη προστατεύει τη γυναίκα από την εμφάνιση ψυχικών διαταραχών, παρά το γεγονός ότι μπορεί να έχει σημαντικές ψυχολογικές επιπτώσεις αργότερα στη μητέρα. Στον αντίποδα, υπάρχουν και

εκείνες οι περιπτώσεις, στις οποίες υφίσταται από πριν κάποια ψυχική διαταραχή, καθώς και οι περιπτώσεις ανήλικων μητέρων που βιώνουν την εγκυμοσύνη τους κατά τρόπο ιδιαίτερα ψυχοπιεστικό εξαιτίας κοινωνικών, προσωπικών και οικονομικών παραγόντων, με αρκετά συχνό επακόλουθο την απόπειρα αυτοκτονίας.⁵

Η χρονική περίοδος κατά την οποία ενδέχεται να κάνουν την εμφάνισή τους κάποια ψυχολογικά προβλήματα στη ζωή της νέας μητέρας είναι η περίοδος των 6-12 μηνών μετά τον τοκετό. Είναι η περίοδος της *λοχείας*, όπως ονομάζεται, η περίοδος που ακολουθεί μετά τη γέννα. Τότε μπορούν να παρουσιαστούν διάφορα ψυχολογικά σύνδρομα, όπως είναι η θλίψη της μητρότητας, η ψύχωση της λοχείας και η επιλόχειος κατάθλιψη. Η *θλίψη της μητρότητας* (maternity blues), εμφανίζεται στο 50-80% των λεχωϊδών. Δεν θα μπορούσαμε βεβαίως να την ορίσουμε ως ψυχική διαταραχή, λόγω της μικρής διάρκειας και βαρύτητάς της και της ήπιας συμπτωματολογίας της. Συνήθως εμφανίζεται μετά την τρίτη ημέρα της λοχείας και υποχωρεί χωρίς καμία θεραπεία μετά από μία περίπου εβδομάδα. Χαρακτηρίζεται από κλάμα, υπερευαισθησία, απότομες αλλαγές της διάθεσης ή ακόμα και υπερβολική ευφορία. Στις περισσότερες των περιπτώσεων δεν απαιτεί φαρμακευτική αγωγή αλλά αρκεί η υποστήριξη και η ενημέρωση.⁵

Η *ψύχωση της λοχείας* στις πρωτότοκες γυναίκες απαντά 1-2 φορές στις 1.000 γεννήσεις. Σε γυναίκες που έχει ήδη εμφανισθεί ένα τέτοιο επεισόδιο, υπάρχει 35% πιθανότητα επανεμφάνισης της διαταραχής μετά από πιθανή επόμενη γέννα. Συνήθως κάνει την εμφάνισή της μέσα στις πρώτες δύο εβδομάδες μετά τον τοκετό. Τα αίτια της ψύχωσης της λοχείας είναι σύνθετα, θεωρείται δηλαδή ότι ευθύνονται γενετικοί, βιολογικοί (κυρίως ορμονικοί), ψυχολογικοί, κοινωνικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες ενώ τα συμπτώματά της ποικίλλουν ως προς τη βαρύτητα. Χαρακτηρίζεται από ανησυχία, διέγερση, αϋπνία, σύγχυση, ψευδαισθήσεις ή και παραληρηματικές ιδέες (όπως π.χ. «το νεογέννητο είναι νεκρό», «δεν έχω γεννήσει» κλπ). Συχνά υπάρχει *διαταραχή του συναισθήματος* (καταθλιπτικού ή μανιακού τύπου). Οι σοβαρότεροι κίνδυνοι που εγκυμονεί η ψύχωση της λοχείας είναι η μητέρα να σκοτώσει το μωρό (συμβαίνει περίπου στο 4% των περιπτώσεων) ή να αυτοκτονήσει. Σε αντίθεση με τη θλίψη της μητρότητας, η ψύχωση της λοχείας είναι μία σοβαρή ψυχική διαταραχή που απαιτεί άμεση και αποτελεσματική ψυχιατρική αντιμετώπιση, ακριβώς όπως και η επιλόχειος κατάθλιψη.⁵

Επιλόχειος κατάθλιψη

Η *κατάθλιψη της λοχείας* ή αλλιώς *επιλόχειος κατάθλιψη* είναι μια ψυχική διαταραχή που πλήττει τις γυναίκες μετά την εγκυμοσύνη. Εμφανίζεται συνήθως στις πρώτες έξι εβδομάδες μετά τον τοκετό, ενώ η συχνότητα της κυμαίνεται στο 10-15% του πληθυσμού των νέων μητέρων. Στην ταξινόμηση ICD-10 της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (WHO) η κατάθλιψη της λοχείας ταξινομείται στην κατηγορία «ψυχικές διαταραχές και διαταραχές της συμπεριφοράς συνδεόμενες με τη λοχεία, οι οποίες δεν ταξινομούνται αλλού». Είναι ακόμα αρκετά συγκεχυμένο, αν η επιλόχειος κατάθλιψη αποτελεί ξεχωριστή κλινική οντότητα ή είναι απλώς ένα επεισόδιο μείζονος κατάθλιψης, που λαμβάνει τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της από τις ιδιαιτερότητες που χαρακτηρίζουν την επιλόχεια περίοδο. Το βέβαιο είναι πως, αν δεν αντιμετωπιστεί εγκαίρως και με την κατάλληλη θεραπεία, μπορεί να ταιριασθεί την ασθενή για μεγάλο χρονικό διάστημα, έως και δύο χρόνια.¹⁵

Μυστήριο παραμένουν και οι λόγοι, εξ' αιτίας των οποίων μία πολύ σοβαρή διαταραχή της συμπεριφοράς, εμφανίζεται μετά από ένα τόσο χαρούμενο γεγονός, όπως η γέννηση ενός παιδιού. Κατά καιρούς, έχουν υποστηριχθεί πολλές θεωρίες ως εξήγηση της επιλόχειου κατάθλιψης. Παραθέτουμε μερικές εδώ.¹⁵

Αιτίες της επιλογείου κατάθλιψης

Ως παράγοντες δημιουργίας της κατάθλιψης της λοχείας θα μπορούσαν να εκληφθούν οι παρακάτω :

1) *Οι ορμονικές μεταβολές.* Μετά από την εγκυμοσύνη, οι ορμονικές αλλαγές στο σώμα μιας γυναίκας μπορούν να προκαλέσουν τα συμπτώματα της κατάθλιψης. Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης αυξάνονται πολύ δύο ορμόνες, τα *οιστρογόνα* και η *προγεστερόνη*. Στις πρώτες 24 ώρες μετά από τον τοκετό, το ποσοστό αυτών των ορμονών μειώνεται γρήγορα, στα κανονικά προ εγκυμοσύνης επίπεδά τους. Οι ερευνητές πιστεύουν ότι αυτή η ταχεία αλλαγή στα επίπεδα των ορμονών, μπορεί να οδηγήσει στην επιλόχειο κατάθλιψη, ακριβώς όπως και οι μικρότερες αλλαγές στις ορμόνες μπορούν να έχουν επιπτώσεις στις διαθέσεις μιας γυναίκας πριν αρχίσει την εμμηνορροϊκή περίοδό της (το λεγόμενο *προεμμηνορροϊκό σύνδρομο*).¹⁵

2) *Ο Υποθυρεοειδισμός.* Περιστασιακά, τα επίπεδα ορμονών του *θυρεοειδή αδένου* μπορούν επίσης να μειωθούν μετά από τη γέννα. Ο θυρεοειδής είναι ένας μικρός αδένος στο λαιμό που βοηθά στη ρύθμιση του μεταβολισμού (τον τρόπο με τον οποίο το σώμα, χρησιμοποιεί και αποθηκεύει την ενέργεια από τα τρόφιμα). Τα χαμηλά επίπεδα ορμονών του θυρεοειδή, μπορούν να προκαλέσουν τα συμπτώματα της κατάθλιψης συμπεριλαμβανομένης της καταθλιπτικής διάθεσης, του μειωμένου ενδιαφέροντος για τα πράγματα, της οξυθυμίας, της κούρασης, της δυσκολίας συγκέντρωσης, των προβλημάτων του ύπνου, και της αύξησης του βάρους. Μια απλή εξέταση αίματος μπορεί να δείξει εάν ο θυρεοειδής αδένος συμβάλλει στην εμφάνιση της επιλόχειας κατάθλιψη μιας μητέρας.

3) Το συναίσθημα της *έντονης κόπωσης* μετά από κοπιώδη φυσιολογικό τοκετό δύναται να οδηγήσει στην εμφάνιση καταθλιπτικής διαταραχής.¹⁵

4) Η *κακή ποιότητα του ύπνου*. Ένας σύντομος και ανήσυχος ύπνος εμποδίζει συχνά τη νέα μητέρα να ανακτήσει τις δυνάμεις της μετά τον τοκετό, για διάστημα αρκετών εβδομάδων.

5) Το συναίσθημα της *πίεσης* με το βάρος του νέου ή επιπλέον μωρού που πρέπει να φροντίζει και η *αμφιβολία* για τη δυνατότητά της να είναι καλή μητέρα.

6) Το *άγχος* για τις επερχόμενες αλλαγές στη λειτουργικότητά της ως εργαζόμενη γυναίκα και νοικοκυρά. Μερικές φορές, οι γυναίκες σκέφτονται ότι πρέπει να είναι «οι τέλειες μαμάδες», γεγονός καθόλου ρεαλιστικό και αρκετά επιβαρυντικό για την ψυχολογία τους, που συμβάλλει στα αίτια της κατάθλιψης.¹⁵

7) Τα *φοβικά συναισθήματα απώλειας* : ο φόβος απώλειας της ταυτότητας της νέας μητέρας (ποια είναι τώρα και ποια ήταν πριν το νέο μωρό), ο φόβος για την απώλεια ελέγχου του μητρικού ρόλου, η ανασφάλεια και αμφιβολία, αν το σώμα της επανέλθει στα προ της εγκυμοσύνης επίπεδά του, ο φόβος μήπως πάψει να είναι ελκυστική κλπ.

8) Η *μείωση του ελεύθερου χρόνου* και η συνακόλουθη αδυναμία του ελέγχου του διαθέσιμου πια χρόνου. Η απαίτηση εκ των πραγμάτων για μεγαλύτερη παραμονή μέσα στο σπίτι, βιώνεται σαν «εγκλωβισμός», ενώ και η αναγκαία πλέον μείωση του διαθέσιμου χρόνου για την εργασία και τη διασκέδαση, ενδέχεται να οδηγούν κάποιες γυναίκες να εμφανίσουν κατάθλιψη.

9) Τα *προβλήματα στην σεξουαλική επαφή*, που μπορεί να οφείλονται στην ευαισθησία και στον πόνο στην περιοχή του περινέου και του κόλπου. Ειδικά, αν ο τοκετός δεν είναι φυσιολογικός και προήλθε μετά από καισαρική τομή, το διάστημα της σωματικής ανάρρωσης μπορεί να είναι μεγαλύτερο, γεγονός που δυσχεραίνει τη σωματική επαφή και εύλογα μπορεί να προκαλέσει κατάθλιψη.¹⁵

Κύρια συμπτώματα

Η κλινική εικόνα μιας ασθενούς με επιλόχειο κατάθλιψη προσομοιάζει με αυτή ενός μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου. Αρκετά συχνά, πριν την εμφάνιση της καταθλιπτικής διαταραχής, έχει προηγηθεί ένα επεισόδιο της επιλεγόμενης *επιλόχειας ακεφιάς* (postpartum blues). Η συμπτωματολογία της επιλόχειας κατάθλιψης περιλαμβάνει μια σειρά συμπτωμάτων που μπορεί να ταλαιπωρήσουν τη λεχωίδα για περισσότερο από 2 εβδομάδες και εμφανίζονται έως και 6 μήνες μετά τον τοκετό.¹⁵ Τα κυριότερα από τα συμπτώματα αυτά είναι τα κάτωθι:

1. Κακή διάθεση, συχνά κλάματα και συναισθηματικές μεταπτώσεις.
2. Έλλειψη ικανοποίησης και ενδιαφέροντος για δραστηριότητες που κάποτε πρόσφεραν ευχαρίστηση (ανηδονία).
3. Προβληματικός και ελλιπής ύπνος.
4. Μείωση ενεργητικότητας, ατονία, αδράνεια. Χαρακτηριστικά συμπτώματα είναι η έλλειψη ή παντελής απουσία ενδιαφέροντος για το νεογνό και για τις συνηθισμένες καθημερινές δραστηριότητες.
5. Μείωση ή απώλεια της όρεξης και του βάρους.
6. Αισθήματα αναξιότητας και μειωμένης αυτοπεποίθησης. Η μητέρα αισθάνεται ότι δεν μπορεί ανταπεξέλθει στις καθημερινές απαιτήσεις και υποχρεώσεις της απέναντι στο νεογνό ή και στα υπόλοιπα παιδιά.
7. Αισθήματα ενοχής.
8. Δυσκολία συγκέντρωσης ή λήψης αποφάσεων.
9. Μειωμένο ενδιαφέρον για σεξουαλική επαφή.
10. Αισθήματα απόρριψης.
11. Άγχος (ανησυχία, θυμός, εκνευρισμός).
12. Σωματικά συμπτώματα άγχους (συχνοί πονοκέφαλοι, πόνοι στο στήθος, ταχυπαλμία, μούδιασμα ή ζαλάδα).
13. Αυτοκαταστροφικός και αυτοκτονικός ιδεασμός.
14. Σκέψεις πρόκλησης βλάβης στο μωρό ή στα άλλα παιδιά της. Η μητέρα μπορεί να ανησυχεί για την υγεία του μωρού και την μελλοντική ανάπτυξή του. Μπορεί να κάνει αρνητικές σκέψεις σχετικά με το μωρό και να φοβάται ότι μπορεί να του προκαλέσει βλάβη.
15. Σκέψεις ότι το μωρό της μπορεί να είναι αμαρτωλό (κακό).
16. *Ψευδαισθήσεις*: Η μητέρα μπορεί να ακούει ήχους, φωνές ή να βλέπει πρόσωπα ή πράγματα που δεν υπάρχουν. Για παράδειγμα, σε ακραίες περιπτώσεις, η μητέρα μπορεί να ακούει φωνές, ότι το μωρό της είναι δαιμονισμένο και πρέπει να το σκοτώσει για να διώξει το Σατανά!¹⁵

Κυριότερες επιπτώσεις της κατάθλιψης της λοχείας

Οι επιπτώσεις στη νέα μητέρα της κατάθλιψης της λοχείας, αν αυτή δεν αντιμετωπιστεί εγκαίρως, είναι ποικίλες και ακόμη εν πολλοίς άγνωστες. Η φυσική πορεία της νόσου, επίσης ποικίλλει. Συνήθως αποδράμει σε διάστημα μερικών μηνών έως δύο ετών. Εντούτοις, σε μερικές περιπτώσεις ακολουθεί χρόνια πορεία. Ασθενής με επεισόδιο επιλόχειου κατάθλιψης έχει αυξημένη πιθανότητα να παρουσιάσει παρόμοιο επεισόδιο σε επόμενη επιλόχεια περίοδο. Οι συνέπειες της καταθλιπτικής διαταραχής μπορεί ενδεχομένως να είναι πολύ σοβαρές και να αφορούν τη μητέρα, το παιδί, αλλά και τη μεταξύ τους σχέση. Με άλλα λόγια, η κατάθλιψη της λοχείας, δεν επιβαρύνει μόνο την μητέρα, που δεν είναι σε θέση να αγαπήσει και να χαρεί το νεογέννητο, αλλά και το ίδιο το βρέφος, που στερείται

την αγάπη και την φροντίδα του ανθρώπου που το έφερε στον κόσμο. Στις περισσότερες των περιπτώσεων, οι ασθενείς μητέρες είτε αδυνατούν είτε δυσκολεύονται να οικοδομήσουν μια ικανοποιητική σχέση με το μωρό τους. Είναι εξακριβωμένο επίσης, ότι η επιβαρυνόμενη συναισθηματική διάθεση της μητέρας έχει άμεσες αλλά και μακροπρόθεσμες αρνητικές επιπτώσεις στο βρέφος. Άμεσα, παρατηρείται απάθεια, απόσυρση ή εξεσημασμένο κλάμα του μωρού. Μακροπρόθεσμα, έχει αναφερθεί επιβράδυνση της ψυχοκινητικής και της γνωσιακής του ανάπτυξης, καθώς και προβλήματα στη δυνατότητα δημιουργίας σταθερών και ικανοποιητικών δεσμών στην ενήλικη ζωή του. Έχει εξάλλου διασταυρωθεί και επιστημονικά ότι παιδιά ασθενών ψυχικά γονέων, έχουν περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν ψυχικές παθήσεις από τα παιδιά αντίστοιχων ψυχικά υγιών γονέων.²⁷

Άλλες μελέτες που κινήθηκαν προς παρόμοια κατεύθυνση, έδειξαν ότι, ένα συχνό πρόβλημα των γυναικών που παρουσιάζουν επιλόχειο κατάθλιψη, είναι ο τρόπος που τις αντιμετωπίζουν οι δικές τους μητέρες. Πιο συγκεκριμένα, βρέθηκε ότι, αν η μητέρα επιβάλλεται πολύ στην κόρη της ή αν είναι απορριπτική, η κόρη της έχει περισσότερες πιθανότητες να παρουσιάσει κατάθλιψη μετά τον τοκετό. Άλλος ένας πιθανός συσχετισμός αφορά την έλλειψη υποστήριξης στις γυναίκες από τον σύντροφό τους, που κάνει τις τελευταίες, ευάλωτες στην κατάθλιψη μετά τον τοκετό. Πολλοί σύζυγοι παραμένουν παθητικά αδιάφοροι, χωρίς να προσφέρουν ούτε ψυχική ούτε πρακτική υποστήριξη. Αντίθετα, στην περίπτωση που οι γυναίκες πιστεύουν ότι είναι ενεργές και δημιουργικές στην ζωή, έχουν την ικανότητα να χειρίζονται καλύτερα την εγκυμοσύνη και τον τοκετό και αποφεύγουν έτσι την εκδήλωση καταθλιπτικών συνδρόμων. Σε κάθε περίπτωση, όπως για καθεμία ασθένεια, έτσι και για την επιλόχειο κατάθλιψη, η καλύτερη θεραπεία είναι η πρόληψη. Για το λόγο αυτό, δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στο ρόλο του Κοινοτικού Νοσηλευτή, που έχει ως σκοπό του την πρόληψη μέσω της σωστής ενημέρωσης και της έγκαιρης διάγνωσης.²⁷

ΕΝΟΤΗΤΑ Β

Σε αυτή την δεύτερη ενότητα της εργασίας μας θα αναφερθούμε στους τρόπους θεραπείας της επιλοχείου κατάθλιψης, αναφέροντας αρχικά ορισμένα γενικά στοιχεία για την πορεία νοσηλείας των ανθρώπων με καταθλιπτικό σύνδρομο, εν γένει. Στη συνέχεια θα επικεντρωθούμε ειδικά στη νοσηλεία της κατάθλιψης της λοχείας και τέλος, θα κάνουμε λόγο για το σπουδαίο ρόλο που μπορεί και πρέπει να παίζει ο κοινοτικός νοσηλευτής ψυχικής υγείας.

Νοσηλευτική πορεία για ασθενείς με κατάθλιψη

Όπως τονίσαμε παραπάνω, όταν κάναμε λόγο για τη συμπτωματολογία της κατάθλιψης, η κλινική εικόνα της περιλαμβάνει συγκεκριμένα συμπτώματα που οδηγούν τον ειδικό σε μια αρκετά ασφαλή διάγνωση. Εφ' όσον λοιπόν, οι κλινικές εκδηλώσεις της ασθένειας είναι παρόμοιες, οι ασθενείς με οποιαδήποτε καταθλιπτικά σύνδρομα αξιολογούνται και αντιμετωπίζονται από τον νοσηλευτή με μια ολική βιοψυχο-κοινωνική προσέγγιση, που βασίζεται σε τρεις πρωταρχικές ανάγκες :

α) Ανάγκη να διασφαλιστεί πρωταρχικά η ασφάλεια του ίδιου του ασθενούς, μειώνοντας ή εξαλείφοντας εντελώς τις όποιες πιθανότητες περι αυτοκτονικού ιδεασμού.

β) Βραχυπρόθεσμες ανάγκες που αφορούν τη νοσηλεία, θεραπεία και προετοιμασία του αρρώστου για να βγει από το νοσοκομείο.

γ) Μακροπρόθεσμες ανάγκες που αναφέρονται στην εκπαίδευση του πάσχοντος και του στενότερου ή ευρύτερου περιβάλλοντός του (οικογένεια, φίλοι) για την πρόληψη υποτροπής του συνδρόμου ή την έγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπιση του, ώστε να διατηρείται με λίγη ή καθόλου κατάθλιψη για όσο το δυνατό μεγαλύτερο χρονικό διάστημα.¹

Σημείο αναφοράς και σημαντική αποστολή της νοσηλευτικής είναι να βοηθήσει τον άνθρωπο που πάσχει από κάποιας μορφής κατάθλιψη να επιτύχει μια ψυχοσωματική και πνευματική ανανέωση. Να ξαναβρεί δηλαδή τη χαμένη του ζωτικότητα και διάθεση καθώς και την αγάπη για τη ζωή, να νιώσει πάλι ευτυχής και πλήρης, με όλα όσα τον γέμιζαν και του κέντριζαν το ενδιαφέρον προτού νοσήσει, και τέλος – και ίσως πιο σημαντικό – να ανακτήσει τη χαμένη του αυτοπεποίθηση και να αισθανθεί ότι έχει προσωπική αξία και ικανότητες για να μπορεί, αυτόρκως, να αντιμετωπίσει τις αντιξοότητες της ζωής του. Επομένως, ο νοσηλευτής πρέπει να οδηγήσει τον ασθενή στο σημείο, ώστε να εκφράζει την ειλικρινή επιθυμία να ζήσει, αφήνοντας στην άκρη οποιαδήποτε αυτοκαταστροφική σκέψη ή αυτοκτονικό σχεδιασμό, να εκδηλώνει αισιοδοξία και ελπίδα, επιστρέφοντας το χαμόγελο στο πρόσωπό του και τέλος να κάνει σχέδια για το μέλλον, βραχυπρόθεσμο ή μακροπρόθεσμο, που να περιλαμβάνουν δραστηριότητες που τον ευχαριστούν. Παράλληλα βέβαια, θα πρέπει να κατανοήσει ότι είναι αναγκαία η ιατρική του παρακολούθηση εφεξής αλλά και η συμμόρφωσή του στη φαρμακοθεραπεία.¹

Πρωτόκολλο βασικών προφυλάξεων στη φροντίδα αυτοκτονικού αρρώστου

Παραμονή του αρρώστου στο δωμάτιο με την πόρτα ανοιχτή, εκτός αν συνοδεύεται από μέλος του προσωπικού ή της οικογένειας. Ο άρρωστος μπορεί να χρησιμοποιεί την τουαλέτα μόνος του.

2. Έλεγχος των κινήσεων του αρρώστου κάθε 15'. Τσεκάρισμα κάθε ελέγχου ασφαλείας σε ειδικό δελτίο αναρτημένο στην πόρτα του αρρώστου.

3. Προσωπική παρατήρηση του αρρώστου όταν καταπίνει τα φάρμακά του.

4. Έρευνα στα ατομικά του πράγματα για πιθανή ύπαρξη βλαβερών αντικειμένων, επί παρουσίας του και με τη βοήθεια του.
5. Έλεγχος των ειδών που φέρνουν οι επισκέπτες.
6. Άδεια να έχει ο αρρώστος κανονικό δίσκο φαγητού, αλλά έλεγχος κατά πόσο τα γυάλινα ή άλλα σκεύη λείπουν όταν επιστρέφεται ο δίσκος.
7. Χορήγηση άδειας να έρχονται επισκέπτες και να γίνονται τηλεφωνήματα, εκτός αν επιθυμεί διαφορετικά ο αρρώστος.
8. Το πρόγραμμα προφύλαξης μπορεί να αρχίσει χωρίς την ιατρική οδηγία αλλά η ζήτηση της συμβουλής του ψυχιάτρου πρέπει να γίνει το συντομότερο.
9. Τήρηση του πρωτοκόλλου μέχρι κατάργησης του από τον ψυχίατρο σε συνεργασία με τον υπεύθυνο νοσηλεύτη.

Πληροφόρηση του αρρώστου για τους λόγους και τις λεπτομέρειες των προφυλακτικών μέτρων. Η εξήγηση αυτή πρέπει να δίδεται από τον νοσηλεύτη και του γιατρού και να τεκμηριώνεται στο ατομικό δελτίο του αρρώστου.⁹

Τα καθήκοντα του νοσηλεύτη στην περίοδο της λοχείας

Κατά την περίοδο της λοχείας, η νέα μητέρα μπορεί να εμφανίσει – όπως προαναφέραμε – ορισμένες διαταραχές και ίσως χρειαστεί αρκετές φορές τη βοήθεια του νοσηλευτικού προσωπικού. Επειδή οι ισορροπίες είναι λεπτές και απαιτούνται επίσης λεπτοί χειρισμοί από την πλευρά του νοσηλεύτη, συνήθως προτιμάται η θέση αυτή να καταλαμβάνεται από μια γυναίκα, η οποία μπορεί να κατανοήσει καλύτερα την ιδιαιτερότητα του ζητήματος. Στοχεύοντας σταδιακά να οικοδομήσει μια σχέση εμπιστοσύνης με τη λεχώιδα, η νοσηλεύτρια οφείλει να είναι πλήρως ενημερωμένη για τις ενδείξεις και τα συμπτώματα των διαταραχών αυτών και να γνωρίζει τότε μια συμπεριφορά αποκλίνει του φυσιολογικού. Στα καθήκοντά της είναι :

- Να ενημερώνει τις γυναίκες για τις αλλαγές που επέρχονται στον οργανισμό τους κατά την κύηση και την λοχεία. Μια γυναίκα πλήρως ενημερωμένη δεν εμφανίζει άγχος, φόβο και αγωνία, τα οποία είναι επακόλουθα της άγνοιας.
- Να στηρίζει συναισθηματικά τη λεχώνα. Εκτός της επιστημονικής συμπεριφοράς επιβάλλεται η συναισθηματική στήριξη της γυναίκας. Η σιγουριά και η ασφάλεια είναι τα συναισθήματα που πρέπει να διακατέχουν τη λεχώνα, συναισθήματα που μπορεί η νοσηλεύτρια να τις δημιουργήσει.
- Κατά τη διάρκεια της λοχείας, να ενημερώνει τη γυναίκα για τον τρόπο περιποίησης του νεογνού, να την συμβουλεύει και να της μεταδίδει το μήνυμα της χαράς της μητρότητας. Επίσης, να βοηθάει στη διαδικασία του θηλασμού, τονίζοντας πόσο δυναμώνει το δεσμό μητέρας - βρέφους.
- Να συμβουλεύει και να καθοδηγεί τα οικεία πρόσωπα της γυναίκας που με την σειρά τους θα μπορέσουν να καθησυχάσουν και να βοηθήσουν τη λεχώνα.²²

Σε γενικές γραμμές, τα προσόντα - χαρίσματα που πρέπει να διαθέτει μια νοσηλεύτρια σε τέτοιες περιπτώσεις είναι η εχεμύθεια, η ευαισθησία, η ειλικρίνεια, η σοβαρότητα, η υπευθυνότητα. Η αρχή κάθε νοσηλευτικής συμπεριφοράς στηρίζεται στην *αμεσότητα* και στην *αμοιβαία εμπιστοσύνη* που πρέπει να διέπει τις σχέσεις νοσηλεύτριας - λεχώιδας. Η νοσηλεύτρια οφείλει να λειτουργεί ως το alter-ego της γυναίκας, ώστε η τελευταία να μην αποθαρρύνεται από καμιά αναστολή να της αποκαλύψει ό,τι την απασχολεί, την στεναχωρεί, την καταθλίβει ή γεμίζει την ψυχή της με φόβο και ανησυχία. Έτσι η νοσηλεύτρια θα διευκολυνθεί να κάνει σωστή διάγνωση και να βοηθήσει ουσιαστικά προς τη σωστή κατεύθυνση.²²

Πρέπει να τονίσουμε στο σημείο αυτό, ότι η Νοσηλευτική δεν είναι μόνο επιστήμη αλλά και λειτουργήμα. Για το λόγο αυτό, είναι απαραίτητο η νοσηλεύτρια να έχει επαρκή ψυχολογική κατάρτιση για να μπορέσει να γνωρίσει «εσωτερικά» τον τομέα, στον οποίο καλείται να βοηθήσει τη μητέρα. Αποδεικνύεται ότι μεγάλο μέρος της τέχνης της νοσηλεύτριας είναι ο τρόπος που προσεγγίζει και αντιμετωπίζει τη γυναίκα. Ο σεβασμός, η τρυφερότητα, η καλλιέργεια κλίματος εμπιστοσύνης και ασφάλειας απέναντι στη γυναίκα ανοίγει το δρόμο για την αντιμετώπιση όλων των σκοπέλων κατά τη διάρκεια της λοχείας.²²

Η πρόληψη στην Κοινωνική Ψυχιατρική

Με τον όρο «πρόληψη» εννοούμε το σύνολο των μέτρων που πρέπει να λάβει μια κοινωνία, ώστε να αποφευχθούν ενέργειες και καταστάσεις που θα μπορούσαν να επηρεάσουν αρνητικά και τελικά να αποδιοργανώσουν ένα άτομο ή το κοινωνικό σύνολο εν γένει, ανατρέποντας έτσι μια δεδομένη «φυσιολογική λειτουργία». Η διερεύνηση και αντιμετώπιση των αιτίων και των γενεσιουργών παραγόντων που προκαλούν κάποιο ανεπιθύμητο φαινόμενο αποτελεί τη *λυδία λίθο* για την αποτροπή της εκδήλωσης του. Για το λόγο αυτό, η πρόληψη είναι πολυπαραγοντική και πολυεπίπεδη, και εκτός από επιστημολογικές και ιατρικές, έχει και διαστάσεις κοινωνιολογικές και φιλοσοφικές και αναπτύσσεται στη βάση μιας συνολικής στρατηγικής, με αιχμή του δόρατος την επιστημονική έρευνα και την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της.²⁵

Πρωτοβάθμια πρόληψη

Ως *πρωτοβάθμια* ορίζεται η πρόληψη που στοχεύει στο να προλάβει την εμφάνιση της νόσου, δηλαδή στο να παρέμβει στους γενεσιουργούς της παράγοντες. Ανεξάρτητα από τα ερωτηματικά τα οποία τίθενται σχετικά με την εφαρμογή της πρωτοβάθμιας πρόληψης για ορισμένες ψυχιατρικές νόσους, των οποίων τα αίτια δεν είναι ακόμη γνωστά (όπως π.χ. του αυτισμού), οι περισσότερες απόψεις συντείνουν στο συμπέρασμα, ότι η πρόληψη αποσκοπεί στην ευαισθητοποίηση ολόκληρου του πληθυσμού σε θέματα που άπτονται της υγείας και ειδικότερα της ψυχικής.

Στο πλαίσιο της εφαρμογής της πρωτοβάθμιας πρόληψης, ο κοινοτικός νοσηλευτής ψυχικής υγείας, ενεργώντας ατομικά αλλά και ως μέλος μιας ομάδας επαγγελματιών, μπορεί να παίζει σημαντικό ρόλο, εστιάζοντας και παρεμβαίνοντας σε καίρια σημεία, όπως:

α. Στη μελέτη των φαινομένων που συμβάλλουν στην απώλεια της ψυχικής ισορροπίας, όπως οι συνθήκες διαβίωσης, οι διαταραχές των διαπροσωπικών και οικογενειακών σχέσεων, καθώς και των παραγόντων εκείνων, που οδηγούν στην αύξηση των δεικτών της ψυχικής νόσησης.

β. Στην πρόληψη κοινωνικών φαινομένων και καταστάσεων, που πιθανόν να οδηγήσουν το άτομο στην εκδήλωση κάποιας μορφής ψυχικής νόσου, (π.χ. σωματική ή ψυχολογική βία που του ασκείται εντός της οικογένειας ή από μέλη του ευρύτερου κοινωνικού περιβάλλοντός του, φίλους, παρέες κλπ, η χρήση τοξικών ουσιών, η κατάχρηση οινοπνεύματος κ.ά.).

γ. Στην ενημέρωση και εκπαίδευση του πληθυσμού για τη συμβολή απλών καθημερινών πρακτικών στην πρόληψη (π.χ. η συμβολή της υγιεινής διατροφής στην πρόληψη της νοητικής υστέρησης).

δ. Στη διδασκαλία τρόπων και συμπεριφορών αντιμετώπισης των δυσκολιών και των προβλημάτων της ζωής, ώστε να μειώνεται η επίδραση τους στην ψυχική υγεία.¹⁸

Ως μέλος μιας επαγγελματικής ομάδας, ο κοινοτικός νοσηλευτής ψυχικής υγείας οφείλει να γνωρίζει ότι:

- Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας είναι περισσότερο αποτελεσματικοί όταν εστιάζουν στην *ψυχική νόσο απ' ό,τι στην ψυχική υγεία*.

- Πρωταρχικό ρόλο για την πρόληψη στην Ψυχιατρική πρέπει να κατέχει η *ενημέρωση*, η οποία φυσικά πρέπει να γίνεται υπεύθυνα, από εκπαιδευμένα και εξειδικευμένα στελέχη, με την ιεράρχηση ορισμένων προτεραιοτήτων και να έχει επιστημονικό περιεχόμενο κατ' ουσία και όχι κατ' επίφαση. Όσον αφορά την ενημέρωση του κοινού, πρέπει να υπάρχει ένα άρτια οργανωμένο πρόγραμμα, το οποίο να εκθέτει από τη μία, όλες τις πτυχές της υγείας, και από την άλλη, τους κινδύνους από την έλλειψη πρόληψης και την αποφυγή νοσογόνων καταστάσεων.

- Στην πρωτοβάθμια προληπτική ψυχιατρική, εκτός από την πρόληψη της νόσου, ζητούμενο είναι και η ποιότητα ζωής των ανθρώπων. Όπως αναφέραμε εξάλλου, ήδη στην αρχή της παρούσας εργασίας, *«υγεία είναι η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας»*.

- Η πρόληψη είναι διάδοση γνώσεων ζωτικής σημασίας και συνεισφέρει στη λύση ευρύτερων προβλημάτων, κοινωνικών, οικονομικών και άλλων, έχει ανάγκη επομένως την *ενεργητική συμμετοχή και δράση όλης της κοινωνίας* και την εκπαίδευση της στον τομέα αυτόν.¹⁸

Όσο περισσότεροι στόχοι της πρωτοβάθμιας πρόληψης επιτυγχάνονται, τόσο μειώνεται ο αριθμός των ατόμων που αναγκάζονται να ζητήσουν εξειδικευμένη ψυχιατρική βοήθεια, γεγονός που σημαίνει ότι η πρωτοβάθμια πρόληψη εκπληρώνει τον σκοπό της. Η εργασία του κοινοτικού νοσηλευτή ψυχικής υγείας στην πρωτοβάθμια πρόληψη αποβλέπει:

α. στη δημιουργία και εγκατάσταση αμφίδρομων σχέσεων μεταξύ της μονάδας ψυχικής υγείας και της κοινότητας, με σκοπό την εκπόνηση και προώθηση προληπτικών προγραμμάτων για την ψυχική υγεία των μελών της κοινότητας. Ενεργώντας προς αυτή την κατεύθυνση, ο νοσηλευτής θα πρέπει να έχει άριστη γνώση των ιστορικών στοιχείων της κοινότητας, της σύνθεσης του πληθυσμού της, του κοινωνικού προφίλ της καθώς και του μορφωτικού επιπέδου των κατοίκων της.

β. στην ευαισθητοποίηση των φυσικών ηγετών της κοινότητας και – μέσω αυτών – των κατοίκων της περιοχής για θέματα πρόληψης, έγκαιρης διαπίστωσης της ψυχικής διαταραχής και άμεσης παραπομπής στις ψυχιατρικές υπηρεσίες όσων το έχουν ανάγκη.

γ. στη διατήρηση και βελτίωση της υγείας των κατοίκων (αγωγή υγείας) και τέλος

δ. στην εφαρμογή της πρωτοβάθμιας πρόληψης μέσα και από τη συνεργασία όλων των μη ψυχιατρικών οργανισμών που έχουν σχέση με την ψυχική υγεία, όπως σχολεία, δικαστήρια, οικογενειακοί σύμβουλοι, εργατικές οργανώσεις, βιομηχανία, εκκλησίες και νοσοκομεία.¹⁸

Δευτεροβάθμια πρόληψη

Η *δευτεροβάθμια* πρόληψη στοχεύει σε άτομα που *ήδη νοσούν ψυχικά* ή σε άτομα με *οξεία έναρξη ψυχικής νόσου* ή σε άτομα που *νοσηλεύονται για σωματική πάθηση και παρουσιάζουν ψυχιατρική συμπτωματολογία*, ώστε να βοηθηθούν έγκαιρα.²⁰

Η πρόληψη σε αυτό το επίπεδο αποσκοπεί κατά κύριο λόγο στη μεταφορά του πυρήνα της παροχής υπηρεσιών από το άσυλο στην κοινότητα και ειδικότερα :

- Στην ανίχνευση ψυχικά ασθενών
- Στην έγκαιρη διάγνωση

- Στην αποτελεσματική θεραπεία
- Στην ελαχιστοποίηση του χρόνου νοσηλείας
- Στην αποφυγή περαιτέρω παθολογικών επιπτώσεων.

Ο βασικός στόχος, η *αποασυλοποίηση* επιτεύχθηκε σε μεγάλο βαθμό σε διάφορες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, αλλά και αλλού, εξαιτίας κάποιων παραγόντων, οι κυριότεροι από τους οποίους είναι:

- Η νέα φιλοσοφία, που στόχευε στην ελεύθερη συνύπαρξη ψυχικά ασθενών ατόμων και υγιών ανθρώπων μέσα στο ίδιο κοινωνικό πλαίσιο.

- Η δημιουργία και λειτουργία μονάδων πρωτοβάθμιας πρόληψης, πρωτοβάθμιας περίθαλψης, καθώς και μονάδων αποκατάστασης μέσα στην κοινότητα

- Η βελτίωση του τρόπου διαβίωσης των ασθενών μέσα στα ψυχιατρεία, με την υιοθέτηση νέων θεραπευτικών σχημάτων, την οργάνωση δραστηριοτήτων σε ημερήσια βάση και την εργασιακή απασχόληση στην κοινότητα.²⁰

Ως συνέπεια των παραπάνω αλλαγών, συρρικνώθηκε σημαντικά ο αριθμός των ψυχιατρικών, με παράλληλη μείωση των κλινών τους. Στον αντίποδα, παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφοροποιήσεις που είχαν να κάνουν με το επίπεδο νοσηλείας των ασθενών αλλά και τη δυνατότητα επανένταξής τους, μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας. Οι νέες τάσεις υπαγόρευαν :

- Την προσπάθεια για τη διατήρηση του θεραπευτικού αποτελέσματος στον ασθενή, παράλληλα με την δημιουργία υποστηρικτικής διαπροσωπικής σχέσης νοσηλευτή – ασθενή, με σκοπό την ενθάρρυνση του αρρώστου στην έκφραση των δυσκολιών του.

- Την αξιολόγηση των ψυχικών και σωματικών δυσκολιών και δυνατοτήτων του πάσχοντος και τον καθορισμό ρεαλιστικών και εφικτών στόχων, ανάλογα με τις ανάγκες και τις επιθυμίες του.

- Τη συνεργασία με τον άρρωστο για την «κατάστροφη» προγράμματος προσαρμογής του, με βάση την κατάσταση που βιώνει και την από κοινού αντιμετώπιση των τυχόν δυσκολιών, όπως ψευδαισθήσεων, επιθετικότητας, λύπης, αρνητισμού, απόσυρσης, τάσης αυτοκαταστροφής κ.ά.

- Την εκπαίδευση του ασθενούς στους ρόλους και στις ευθύνες του, μέσα στην κοινωνία και την προσπάθεια για βελτίωση των σχέσεων του με το κοινωνικό σύνολο. Για το σκοπό αυτό, διερευνάται η ύπαρξη ή όχι οικογενειακών και κοινωνικών σχέσεων και, στην περίπτωση που υφίστανται τέτοιες, γίνεται προσπάθεια για τη διατήρηση και σύσφιξη τους.

- Την *ολιστική νοσηλευτική αντιμετώπιση* του ασθενούς, η οποία - πέραν των «ενεργειών» - επιτάσσει και ανθρώπινου-συναισθηματικού τύπου παρεμβάσεις, όπως την επικοινωνία με ευγένεια, διακριτικότητα αλλά και με διάθεση για συνεργασία και παροχή ουσιαστικής βοήθειας. Κάτι τέτοιο αξιολογείται θετικά από τον άρρωστο και μπορεί να δράσει ευεργετικά στην ψυχολογία του. Έτσι, σε συνάρτηση και με τη χορηγούμενη φαρμακευτική αγωγή, η *ενσυναίσθηση*, η εκδήλωση δηλαδή της συμπαράστασης του νοσηλευτή προς τον ασθενή και η κατανόηση της κατάστασης του, μπορεί να οδηγήσει ταχύτερα στη βελτίωση της κατάστασης του τελευταίου. Η συνείδηση από πλευράς του κοινοτικού νοσηλευτή ψυχικής υγείας ότι αντιμετωπίζει έναν άνθρωπο και όχι ένα ασθενές ον, τον καθιστά αρτιότερο επαγγελματία και αποτελεσματικότερο στις προσπάθειες του. Επιπλέον, όσο πιο ευθεία και ειλικρινής είναι η στάση του απέναντι στον ασθενή, τόσο μεγαλύτερες πιθανότητες έχει να εισπράξει και ο ίδιος από την πλευρά του πάσχοντος, την ίδια ειλικρίνεια και εμπιστοσύνη, σε καθημερινή βάση.²⁰

Αυτό εξάλλου είναι και το ζητούμενο, η οικοδόμηση δηλαδή μιας τέτοιας σχέσης ανάμεσα σε ασθενή και νοσηλευτή, η οποία θα έχει ως απώτερο σκοπό – μέσω της αρωγής του νοσηλευτή – να επανέλθει η λειτουργικότητα (σωματική και ψυχική) του αρρώστου, τόσο ως προς την οργάνωση της καθημερινότητας του όσο και ως προς την επανένταξή του στη ζωή της κοινότητας. Γι' αυτό, στόχος της Κοινοτικής Νοσηλευτικής Ψυχικής Υγείας είναι να παρέχεται η φροντίδα στον ασθενή εντός των πλαισίων της κοινότητας. Κάτι τέτοιο βέβαια προϋποθέτει την ενημέρωση και ευαισθητοποίηση του πληθυσμού για την ψυχική ασθένεια, ώστε να είναι εφικτή η προσφυγή σε κοινοτικές ψυχιατρικές υπηρεσίες των ατόμων που το έχουν ανάγκη. Επίσης, είναι αυτονόητο ότι η προσπάθεια των επαγγελματιών, όσο εντατική και αν είναι, δεν είναι αρκετή, αν δεν συνοδεύεται από την ουσιαστική συμμετοχή της οικογένειας, εφόσον υπάρχει, αλλά και του ευρύτερου κοινωνικού περιβάλλοντος. Αυτοί οι δύο παράγοντες (οικογένεια-κοινωνία) είναι ζωτικής σημασίας για την αρμονική «επιστροφή» του αρρώστου στους κανονικούς ρυθμούς ζωής, αφού θα είναι σε θέση να του εξασφαλίσουν την καλύτερη δυνατή ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας.²⁰

Τριτοβάθμια πρόληψη

Σύμφωνα με μελέτες, οι ψυχικά ασθενείς αντιπροσωπεύουν τα 2/3 των αναπήρων παγκοσμίως αλλά και στη χώρα μας. Η *τριτοβάθμια* πρόληψη στοχεύει στην *αποκατάσταση* αυτών των ατόμων. Στα πλαίσιά της, ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας αποσκοπεί στην κοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών. Για να πετύχει το στόχο του, ασχολείται με την «εκπαίδευση» του ασθενούς σε ζητήματα του καθημερινού βίου (που αποτελεί το πρώτο στάδιο αποκατάστασης), παράλληλα με τη σωστή «εκπαίδευση» των φορέων της κοινότητας, η οποία και συμβάλλει με τα μέσα που διαθέτει.¹⁷

Ο κοινοτικός νοσηλευτής ψυχικής υγείας οφείλει να γνωρίζει ότι οι συνέπειες της χρονιότητας της ψυχικής νόσου (και ιδίως της ψύχωσης) οδηγούν το άτομο σε σύνθετη έκπτωση, ψυχολογική, σωματική, κοινωνική, οικονομική και επαγγελματική. Για να πετύχει επομένως η αποκατάσταση και επανένταξη του ασθενούς είναι ανάγκη να αντιμετωπιστούν όλα αυτά τα ζητήματα. Η αντικειμενική καταγραφή και ο προγραμματισμός των στόχων και των παρεμβάσεων της κοινωνικής και επαγγελματικής ένταξης του βοηθούν αδιαμφισβήτητα στη βελτίωση της γενικότερης κατάστασης του αρρώστου.¹⁷

Ένα πρόγραμμα αποκατάστασης σχεδιάζεται και υλοποιείται από τα μέλη μιας διεπιστημονικής ομάδας (ψυχολόγοι, νοσηλευτές, ψυχίατροι, εργοθεραπευτές, κοινωνικοί λειτουργοί, επισκέπτες υγείας, επαγγελματικοί σύμβουλοι και άλλοι). Αρχικά, η ομάδα εκτιμά τη φύση και τη βαρύτητα του προβλήματος αλλά και τη δυνατότητα του αρρώστου να το αντιμετωπίσει. Στη συνέχεια, προχωράει στην αποκατάσταση, έχοντας κατά νου κάποιες βασικές αρχές. Αυτές είναι :

- Ο συντονισμός με άλλες υπηρεσίες και η επιδίωξη αμοιβαίας ισότιμης συνεργασίας.
- Η εξατομικευμένη προσέγγιση του προβλήματος του ασθενούς.
- Η θεώρηση της σημασίας της οικογένειας και της κοινότητας ως εν δυνάμει υποστηρικτικών συστημάτων. Στα πλαίσια αυτά εντάσσονται η ενημέρωση και η υποστήριξη της οικογένειας καθώς και η ευαισθητοποίηση των φορέων της κοινότητας και άλλων φορέων σε θέματα τριτοβάθμιας πρόληψης.¹⁷
- Ο σχεδιασμός εναλλακτικών προτάσεων-λύσεων αλλά και ελάχιστων ρεαλιστικών στόχων.
- Η διακριτικότητα
- Η συνεχής ενίσχυση κάθε προσπάθειας του ασθενούς.
- Η μελέτη των εργασιακών ευκαιριών στην ελεύθερη αγορά και η αντίστοιχη

προσαρμογή των προγραμμάτων επαγγελματικής αποκατάστασης.¹⁷

Οι στόχοι συνήθως είναι βραχυπρόθεσμοι, μεσοπρόθεσμοι και μακροπρόθεσμοι, με ιεραρχημένη δομή. Η διαδικασία αυτή περιλαμβάνει συνολικά τα ακόλουθα στάδια :

- α. Την αρχική εκτίμηση των δεξιοτήτων
- β. Το σχεδιασμό των στόχων
- γ. Την πραγματοποίηση των στόχων
- δ. Την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων
- ε. Την τελική εργασιακή αποκατάσταση του ατόμου.

Η ομάδα δεν μπορεί να παραλείψει κάποιο από τα παραπάνω στάδια, γιατί τα προηγούμενα είναι άρρηκτα δεμένα με τα επόμενα. Τέλος, πρέπει να υπογραμμιστεί ότι η αποκατάσταση του χρόνιου ψυχιατρικού ασθενούς είναι μια προσπάθεια που απαιτεί σχεδιασμένες και οργανωμένες υπηρεσίες που να καλύπτουν τις ανάγκες του. Οι βασικές αρχές που καθορίζουν την οργάνωση αυτής της φροντίδας προσδιορίζονται από τον G. Caplan ως ένα σύνολο από κατάλληλες ενέργειες και παροχές, οι οποίες προορίζονται τόσο για τη θεραπεία όσο και για την αποκατάσταση των ψυχωσικών ασθενών, όπως:

- Αποτελεσματικές υπηρεσίες εξωνοσοκομειακής παρακολούθησης
- Χορήγηση φαρμάκων και εξωνοσοκομειακή παρακολούθηση ασθενών μετά την ενδονοσοκομειακή νοσηλεία
- Στενή συνεργασία ανάμεσα στις νοσοκομειακές και στις κοινοτικές υπηρεσίες
- Έναρξη της αποκατάστασης αμέσως με τη διάγνωση
- Αντίδραση σε κάθε μορφής προκατάληψη και συνεχής επικοινωνία με τα υποστηρικτικά συστήματα της κοινότητας
- Αποφυγή ενδονοσοκομειακής νοσηλείας, εφόσον αυτό είναι εφικτό
- Συνέχιση της υπευθυνότητας των επαγγελματιών απέναντι στους ασθενείς και εκτός νοσοκομείου.¹⁷

Ένα σοβαρό πρόβλημα, ιδιαίτερα στην εποχή μας και σε παγκόσμια κλίμακα, που επηρεάζει άμεσα και σοβαρά τους ψυχικά πάσχοντες είναι η ανεργία. Σε αντιστάθμισμα αυτού του προβλήματος, στον αναπτυσσόμενο κόσμο έχουν δημιουργηθεί οι *κοινωνικές επιχειρήσεις συνεταιριστικού χαρακτήρα*. Οι υπηρεσίες αυτές παράγουν προϊόντα ή υπηρεσίες για την ελεύθερη αγορά, αλλά σε *πραγματικές συνθήκες εργασίας*, λαμβάνοντας όμως υπόψη τις ικανότητες και τις δυνατότητες των εργαζομένων, οι οποίες είναι ιδιαίτερες, όπως και οι ανάγκες τους. Βέβαια, η εργασιακή απασχόληση των ψυχικά ασθενών δεν αποτελεί «πανάκεια», αλλά ουσιαστικά είναι μέρος της αποκατάστασης της. Αυτό που κατα κύριο λόγο ενδιαφέρει, είναι το επίπεδο ποιότητας ζωής των ασθενών μέσα στην κοινωνία.

Στην τριτοβάθμια πρόληψη, οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις αφορούν επιπλέον στην υποβοήθηση και ενθάρρυνση του αρρώστου για την αποδοχή και αντιμετώπιση των ψυχολογικών δυσκολιών, με έμφαση στη βελτίωση και ανάπτυξη των ικανοτήτων και δεξιοτήτων του, τις οποίες είτε είχε απολέσει είτε δεν είχε ποτέ αποκτήσει.¹⁷

Πρόληψη της επιλοχείου κατάθλιψης

Αφού αναφερθήκαμε γενικά στο ζήτημα της πρόληψης και τη σημασία του για την Κοινωνική Ψυχιατρική, θα εξειδικεύσουμε παρακάτω την αναφορά μας, κάνοντας λόγο για την πρόληψη της επιλοχείου κατάθλιψης. Σύμφωνα με μελέτες, για τον *επιπολασμό* (δηλαδή τη συχνότητα εμφάνισης και εξάπλωσης) της λοχειακής κατάθλιψης, υπολογίζεται ότι η νόσος κάνει την εμφάνισή της σε ποσοστό που κυμαίνεται από 8 έως 20% κατά τη διάρκεια των πρώτων έξι μηνών μετά τον τοκετό, ενώ ο συγκεντρωτικός επιπολασμός ανέρχεται

σε 13% τις πρώτες έξι εβδομάδες. Το ποσοστό είναι ακόμα υψηλότερο μεταξύ των γυναικών που βρίσκονται σε μειονεκτική θέση από κοινωνική και οικονομική άποψη. Το συμπέρασμα που προκύπτει είναι ότι, αν δεν αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά η νόσος, είναι δυνατό να επιμείνει για σειρά ετών και μπορεί να αποτελέσει πρόδρομο για περαιτέρω καταθλιπτικά επεισόδια στο μέλλον.²¹

Παρότι οι έρευνες δείχνουν ότι τα συμπτώματα και η διάρκεια της λοχειακής κατάθλιψης δεν έχουν σημαντικές διαφορές από τα αντίστοιχα της κατάθλιψης που παρατηρείται σε άλλα χρονικά σημεία στη ζωή μιας γυναίκας, η κατάθλιψη μετά τη γέννηση ενός παιδιού είναι μοναδική ως προς το ότι η γυναίκα βιώνει τις επιπτώσεις της, σε μια εποχή που καλείται να ανταποκριθεί στις ασυνήθιστα βαριές απαιτήσεις του σημαντικότερου ρόλου της, ως μητέρα. Πέρα από το ότι επηρεάζει την δυνατότητά της να φροντίζει τον εαυτό της, η επιλόχειος κατάθλιψη επηρεάζει αρνητικά και την ικανότητά της να φροντίζει το ίδιο το βρέφος της. Η νόσος έχει συσχετιστεί με την επιβραδυμένη ή μειωμένη προσκόλληση στο βρέφος, τις ψυχαναγκαστικές σκέψεις πρόκλησης βλάβης σε αυτό, την απόρριψη του ή ακόμα και τη *βρεφοκτονία*. Από την άλλη πλευρά, έχει βρεθεί ότι, τα παιδιά, των οποίων οι μητέρες διαγνώστηκαν με κατάθλιψη λοχείας, παρουσιάζουν συχνά προβληματική συμπεριφορά, όπως διαταραχές του ύπνου, διαταραχές στην πρόσληψη τροφής, εκρήξεις θυμού, νοητικά ελλείμματα, μειωμένη κοινωνική λειτουργικότητα, ένδεια στην ικανότητα προσοχής και προδιάθεση ως προς το να εμφανίσουν και τα ίδια, κατάθλιψη. Η λοχειακή κατάθλιψη φαίνεται να «ευθύνεται» επίσης και για την επιδείνωση της σχέσης της γυναίκας με το σύντροφο της, καθώς επίσης και για την αυξημένη δυσφορία του συντρόφου της προς αυτή.²¹

Υπάρχει γενική συμφωνία ότι η κατάθλιψη της λοχείας αποτελεί σημαντικό πρόβλημα δημόσιας υγείας. Δεδομένων του υψηλού επιπολασμού και των αξιοσημείωτων δυσμενών συνεπειών της, η πρόληψη του συγκεκριμένου καταθλιπτικού συνδρόμου πρέπει να αποτελεί υψηλή προτεραιότητα. Η ανάπτυξη και η εφαρμογή προληπτικών μέτρων μπορεί να είναι όχι μόνο αποδοτική ως προς το κόστος (cost-effective), αλλά και χρήσιμη από ανθρωπιστική άποψη και η σύνεση του τρόπου διάθεσης των δυσεύρετων οικονομικών πόρων σε στρατηγικές πρόληψης μάλλον παρά στη θεραπεία αναγνωρίζεται ολοένα και περισσότερο. Ορισμένα χαρακτηριστικά της λοχειακής κατάθλιψης ενισχύουν τις πιθανότητες πρόληψης. Υπάρχει ένας σαφής δείκτης της έναρξης της (τοκετός), μια καθορισμένη περίοδος κινδύνου (έως έξι μήνες μετά τον τοκετό) και ένα ταυτοποιήσιμο δείγμα γυναικών που διατρέχουν κίνδυνο (λεχωίδες).²¹

Η πρόληψη, όπως και γενικά, έτσι και στην περίπτωση της επιλόχειου κατάθλιψης διαιρείται σε πρωτογενείς, δευτερογενείς και τριτογενείς δραστηριότητες. Η *πρωτογενής πρόληψη* (primary prevention) αποσκοπεί να μειώσει τον αριθμό των νέων περιπτώσεων μιας διαταραχής ή ασθένειας (την επίπτωση). Η *δευτερογενής πρόληψη* (secondary prevention) στοχεύει στη μείωση του ποσοστού των αποδεδειγμένων περιπτώσεων της διαταραχής ή της ασθένειας στον πληθυσμό. Τέλος, η *τριτογενής πρόληψη* (tertiary prevention) αποσκοπεί να μειώσει ποσοτικά την αναπηρία που συνδέεται με την υπάρχουσα διαταραχή ή ασθένεια. Εδώ θα ασχοληθούμε με τις στρατηγικές της *πρωτογενούς* πρόληψης, που αποσκοπούν να εμποδίσουν την ανάπτυξη της κατάθλιψης της λοχείας.²¹

Η πρωτογενής πρόληψη μπορεί να υποδιαιρεθεί σε τρεις κατηγορίες. Οι *καθολικές* προληπτικές παρεμβάσεις απευθύνονται στην κοινωνία ως σύνολο (π.χ. χρησιμοποιώντας τα μέσα μαζικής ενημέρωσης για να αλλάξουν τις απόψεις της κοινωνίας για τη σημασία του ρόλου της μητέρας). Οι *εκλεκτικές* προληπτικές παρεμβάσεις απευθύνονται σε σχετικά μεγάλες ομάδες, που ο κίνδυνος που διατρέχουν να νοσήσουν είναι υψηλότερος του φυσιολογικού (π.χ. όλες οι έγκυες γυναίκες τα χαρακτηριστικά των οποίων τις καθιστούν ιδιαίτερα ευάλωτες στην ανάπτυξη λοχειακής κατάθλιψης). Οι *ενδεδειγμένες* προληπτικές παρεμβάσεις κατευθύνονται σε μικρές υποομάδες υψηλού κινδύνου (π.χ. έγκυες γυναίκες με

χαρακτηριστικά που τις καθιστούν ιδιαίτερα επιρρεπείς στην εμφάνιση λοχειακής κατάθλιψης). Στη συνέχεια της εργασίας μας, θα κάνουμε λόγο για την παρεχόμενη φροντίδα που αποσκοπεί στην πρόληψη της λοχειακής κατάθλιψης.²¹

Η παρεχόμενη φροντίδα

Σε πολλές χώρες, η φροντίδα παρέχεται στις λεχωίδες από νοσηλεύτριες με βάση την κοινότητα. Ωστόσο, η φροντίδα αυτή συχνά περιγράφεται, ως αποσπασματική, ασυντόνιστη και ακατάλληλη για τις ανάγκες των περισσότερων γυναικών. Το φαινόμενο αυτό έχει τις αιτίες του στο γεγονός, ότι περισσότερες από μια νοσηλεύτριες μπορούν να παρέχουν φροντίδα σε μια γυναίκα. Κάτι τέτοιο όμως δεν εξασφαλίζει την παραμικρή συνοχή και συνέπεια ως προς την ακολουθούμενη γραμμή φροντίδας από τη μια επίσκεψη στην άλλη. Οι νοσηλεύτριες στην πλειοψηφία τους ακολουθούν ένα προτυποποιημένο πρωτόκολλο φροντίδας και συχνά δίνουν ελάχιστη σημασία στα ατομικά προβλήματα της γυναίκας, εκτός αν η τελευταία ξεκινήσει μόνη της μια τέτοια συζήτηση. Το περιεχόμενο των επισκέψεων, περισσότερο καθορίζεται από την ίδια τη λεχωίδα παρά από τη νοσηλεύτρια. Η νοσηλεύτρια, αυτό που κοιτάζει να εξασφαλίσει και δίνει τελικά μεγαλύτερη έμφαση είναι η καλή *συναισθηματική κατάσταση* (emotional wellness) της λεχώνας. Τέλος, καταβάλλεται προσπάθεια βελτίωσης της συνέχειας της φροντίδας, δηλαδή προσπάθεια κάθε γυναίκα να λαμβάνει από μια μόνο νοσηλεύτρια λοχειακή φροντίδα. Η φροντίδα αυτή είναι δυνατό να διαρκέσει από 10 έως 28 ημέρες.¹⁹

Μια μελέτη των Shields και Reid στη Σκωτία, εξέτασε ένα νέο πρόγραμμα το οποίο είχε ως στόχο την παροχή φροντίδας στη γυναίκα, από μια νοσηλεύτρια καθ' όλη τη διάρκεια της προγεννητικής περιόδου, του τοκετού και της περιόδου της λοχειας. Επιπλέον, η φροντίδα που παρεχόταν, προσαρμόστηκε ειδικά στις ατομικές ανάγκες της γυναίκας, σε αντίθεση με τη συνήθη φροντίδα που παρέχουν οι νοσηλεύτριες, όπου χρησιμοποιείται η ίδια προτυποποιημένη διαδικασία – που αναφέραμε παραπάνω – και η οποία υπαγορεύει το πώς πρέπει να παρέχεται η φροντίδα. Το νέο αυτό πρόγραμμα έδωσε επίσης στις γυναίκες την ευκαιρία να εκφράσουν τη γνώμη και τα συναισθήματα τους για το επίπεδο ποιότητας της φροντίδας, την οποία απολάμβαναν. Αυτό που έδειξε η μελέτη είναι ότι, οι γυναίκες που συμμετείχαν στο νέο πρόγραμμα φροντίδας από αποκλειστικές νοσηλεύτριες, εμφάνισαν πολύ λιγότερα σημάδια και είχαν σημαντικά χαμηλότερες βαθμολογήσεις κατάθλιψης, συγκριτικά με αυτές που έλαβαν τη συνηθισμένη φροντίδα από διαφορετικές νοσηλεύτριες και σύμφωνα με την πρότερη διαδικασία. Επιπλέον, ο επιπολασμός της λοχειακής κατάθλιψης ήταν σημαντικά χαμηλότερος μεταξύ των γυναικών στο νέο πρόγραμμα φροντίδας από νοσηλεύτριες (16,7%) σε σύγκριση με τις γυναίκες στις οποίες παρασχέθηκε η συνήθης φροντίδα (23,2%). Με βάση τα ευρήματα αυτά, μπορούμε να θεωρήσουμε, ότι ένα πρόγραμμα, το οποίο θα στηρίζεται στη συνέχεια της φροντίδας, στην εξατομίκευση και στη συναισθηματική στήριξη από μια αποκλειστική νοσηλεύτρια για κάθε λεχωίδα, θα παρουσιάσει πιθανότατα όφελος ως παρέμβαση πρόληψης για τη λοχειακή κατάθλιψη. Ενδεχομένως μάλιστα μια τέτοια προληπτική παρέμβαση να έχει εφαρμογή σε όλες τις έγκυες γυναίκες.¹⁹

Μια αντίστοιχη έρευνα των MacArthur και συνεργατών, που έλαβε χώρα στην Αγγλία, εξέτασε επίσης αν η επανασχεδιασμένη, παρατεταμένη λοχειακή φροντίδα από νοσηλεύτριες θα βελτίωνε την πρόληψη της λοχειακής κατάθλιψης. Αυτό το ανασχεδιασμένο πρόγραμμα παρέτεινε τη λοχειακή φροντίδα από τη συνήθη περίοδο των 10-15 ημερών στις 28 ημέρες, προσαρμόζοντας παράλληλα τη φροντίδα στις ανάγκες κάθε γυναίκας και εστιάζοντας στη συνέχεια της. Τα αποτελέσματα της έρευνας κατέδειξαν, ότι οι γυναίκες στην κατάσταση της ανασχεδιασμένης φροντίδας είχαν χαμηλότερες βαθμολογήσεις κα-

τάθλιψης στους τέσσερις μήνες συγκριτικά με τις γυναίκες της κατάστασης συνήθους φροντίδας. Επιπλέον, το ποσοστό των γυναικών με πιθανή μείζονα κατάθλιψη ήταν χαμηλότερο στην κατάσταση του ανασχεδιασμένου προγράμματος (15%) σε σύγκριση με την κατάσταση της συνήθους φροντίδας (21%). Συμπερασματικά και βάσει των ευρημάτων, θα μπορούσαμε να ισχυριστούμε ότι η επίπτωση της λοχειακής κατάθλιψης στους τέσσερις μήνες μετά τον τοκετό είναι μειωμένη, αν παρέχεται παρατεταμένη φροντίδα από μία νοσηλεύτρια, προσαρμοσμένη στις ανάγκες της κάθε γυναίκας. Η αδυναμία εξαγωγής ασφαλών συμπερασμάτων από αυτή τη μελέτη έγκειται στο γεγονός ότι δεν είναι δυνατόν να ελεγχθούν όλες οι περιπτώσεις του δείγματος, ώστε να προκύψουν αξιόπιστα αποτελέσματα για μερικές υποθέσεις.¹⁹

Κατ' οίκον λοχειακή φροντίδα

Όπως τονίσαμε ήδη αρκετές φορές, είναι πλέον ευρέως αποδεκτό το γεγονός, ότι η πρώιμη λοχειακή περίοδος εγείρει πάρα πολλές και δύσκολες καινούργιες απαιτήσεις για τις νέες μητέρες, τόσο από ψυχική όσο και από σωματική άποψη. Εξαιτίας αυτής της πραγματικότητας, κάποιοι ειδικοί υποστηρίζουν ότι η παραδοσιακή λοχειακή φροντίδα ενδεχομένως να μην παρέχει επαρκή εχέγγυα για την αντιμετώπιση των πρακτικών και συναισθηματικών προβλημάτων με τα οποία έρχονται αντιμέτωπες οι νέες μητέρες. Υπάρχουν συνεχώς αυξανόμενες απαιτήσεις για παροχή πρόσθετης στήριξης στις γυναίκες κατ' οίκον ώστε να διευκολυνθεί η άνετη προσαρμογή τους στο νέο τους ρόλο.¹³

Μια μελέτη των Morrill και συνεργατών (στην Αγγλία) είχε ως σκοπό να αποδείξει τη σχετική αποδοτικότητα του κόστους της προσθήκης λοχειακής υποστήριξης κατ' οίκον στη συνήθη φροντίδα που παρέχεται από κοινοτικές νοσηλεύτριες. Η παρέμβαση περιλάμβανε τη συνήθη φροντίδα από νοσηλεύτριες, συνοδευόμενη όμως και από έξτρα επισκέψεις στο σπίτι της λεχωίδας – έως και δέκα, τον αριθμό – από εκπαιδευμένη κοινοτική λειτουργό, η οποία και θα παρείχε πρακτική και συναισθηματική στήριξη. Οι επισκέψεις θα είχαν διάρκεια έως και τρεις ώρες την ημέρα, τις πρώτες 28 ημέρες μετά τον τοκετό. Τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης έδειξαν ότι, αν και υπήρχε αξιοσημείωτη διαφορά στις βαθμολογήσεις της κατάθλιψης στις έξι εβδομάδες – που ευνοούσε τις γυναίκες στην κατάσταση ελέγχου – εντούτοις δεν υπήρχε αξιοσημείωτη διαφορά μεταξύ των δυο καταστάσεων στους έξι μήνες, κάτι που σημαίνει ότι η πρόληψη της λοχειακής κατάθλιψης έως τους έξι μήνες μετά τον τοκετό δεν βελτιώθηκε σημαντικά με την προσθήκη επαγγελματιών λειτουργών στήριξης στη συνήθη αγωγή λοχειακής φροντίδας. Ένα αξιοσημείωτο γεγονός που αφορά αυτή την έρευνα είναι ότι το 12% των γυναικών της ομάδας παρέμβασης αρνήθηκαν όλες τις επισκέψεις της λειτουργού στήριξης.¹³

Παρόλα αυτά, υπάρχουν περιπτώσεις, κατά τις οποίες, οι νέες μητέρες νιώθουν πιο ευάλωτες στους κοινωνικο-περιβαλλοντικούς παράγοντες που προκαλούν την επιλόχειο κατάθλιψη, αντιμετωπίζοντας προβλήματα εντός του οικιακού τους περιβάλλοντος. Οι γυναίκες αυτές όμως, που έχουν περισσότερο ανάγκη πρόσθετης φροντίδας, έχουν πολύ λίγες πιθανότητες να αποκτήσουν πρόσβαση σε διαθέσιμες υπηρεσίες, γεγονός που μπορεί να επιδεινώσει την ήδη βεβαρυσμένη κατάστασή τους. Σε μια προσπάθεια για να αντιμετωπιστεί το πρόβλημα αυτό, οι παρεμβάσεις πρόληψης που αποσκοπούν να τροποποιήσουν ένα δυσπροσαρμοστικό οικιακό περιβάλλον παρέχονται σε ολοένα μεγαλύτερη έκταση στις ευάλωτες γυναίκες.¹³

Μια έρευνα των Armstrong και συνεργατών στην Αυστραλιανή κοινωνία μελέτησε την αποτελεσματικότητα της παράτασης των κατ' οίκον επισκέψεων νοσηλευτριών σε ευάλωτες οικογένειες, ως μέτρο πρόληψης της κατάθλιψης της λοχείας. Η κατάσταση παρέμβασης προέβλεπε τον αυξανόμενο αριθμό κατ' οίκον επισκέψεων μιας νοσηλεύτριας

υγείας. Αρχικά, η επίσκεψη λάμβανε χώρα μια φορά την εβδομάδα τις πρώτες έξι εβδομάδες μετά τον τοκετό, κατόπιν, μία επίσκεψη ανά δυο εβδομάδες μέχρι τους τρεις μήνες και στη συνέχεια μια φορά το μήνα μέχρι τον έκτο μήνα μετά τη γέννηση του παιδιού. Σκοπός των επισκέψεων αυτών ήταν η διευκόλυνση της ανάπτυξης εμπιστοσύνης μέσα στους κόλπους της οικογένειας, η ενίσχυση μιας αίσθησης αποτελεσματικότητας όσον αφορά τις γονεϊκές ικανότητες της μητέρας, καθώς και η παροχή καθοδήγησης και η διευκόλυνση της πρόσβασης στις κοινοτικές υπηρεσίες. Αντίθετα, οι γυναίκες της ομάδας ελέγχου δέχτηκαν μόνο την προβλεπόμενη, πρότυπη, μια και μόνη επίσκεψη μιας κοινοτικής νοσηλεύτριας. Η μελέτη διαπίστωσε, ότι οι γυναίκες και στις δυο καταστάσεις βελτιώθηκαν σημαντικά έως τις έξι εβδομάδες, αλλά ότι οι γυναίκες της κατάστασης παρέμβασης βελτιώθηκαν σημαντικά περισσότερο από ό,τι οι γυναίκες στην κατάσταση ελέγχου. Δεν υπήρχαν σημαντικές αλλαγές στις βαθμολογήσεις της κατάθλιψης για καμία από τις δυο καταστάσεις μεταξύ των έξι εβδομάδων και των τεσσάρων μηνών. Διαπιστώθηκε επίσης ότι η κατάσταση παρέμβασης είχε σημαντικά χαμηλότερο ποσοστό καταθλιπτικών περιπτώσεων στις έξι εβδομάδες (6%) σε σύγκριση με την κατάσταση ελέγχου (21%). Έως τον τέταρτο μήνα, ωστόσο, η σημαντική αυτή διαφορά εξαφανίστηκε (16% έναντι 22%). Τα αποτελέσματα αυτά μας οδηγούν στο συμπέρασμα, ότι η παράταση των κατ' οίκον επισκέψεων των νοσηλευτριών ενδέχεται να έχει βραχυπρόθεσμη επίδραση στη μείωση της επιλοχείου κατάθλιψης, η οποία πάντως, ίσως να ατονεί μακροπρόθεσμα. Και αυτή η έρευνα πάντως τίθεται σε μερική αμφισβήτηση, καθώς υπήρξαν αρκετά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δυο καταστάσεων της μελέτης (παρέμβαση – έλεγχος), όσον αφορά συγκεκριμένα κριτήρια κινδύνου, γεγονός που θα μπορούσε να επηρεάσει τα αποτελέσματα και να οδηγήσει σε μη ασφαλή συμπεράσματα.¹³

Πάντως, σε κάθε περίπτωση, η συνέχεια της παρεχόμενης φροντίδας από τη νοσηλεύτρια στη νέα μητέρα θεωρείται σημαντική εξέλιξη στη λοχειακή φροντίδα. Πολλές μελέτες έχουν καταδείξει πως η σταθερά παρεχόμενη από μια μόνο νοσηλεύτρια εξατομικευμένη φροντίδα είναι μία άκρως αποτελεσματική παρέμβαση πρόληψης, κυρίως όταν πρόκειται για περιπτώσεις γυναικών εξαιρετικά ευάλωτων στη λοχειακή κατάθλιψη. Για παράδειγμα, μια μελέτη των Marks και συνεργατών που έλαβε χώρα στην Αγγλία, εξέτασε αν η συνεχής παρεχόμενη από νοσηλεύτρια φροντίδα ήταν αποτελεσματική στη μείωση των ποσοστών της λοχειακής κατάθλιψης σε γυναίκες με *ιστορικό κατάθλιψης*. Για το σκοπό αυτό, παρασχέθηκε στις ασθενείς συνεχής φροντίδα από εξειδικευμένη υπηρεσία μαιών, ειδικά για τις ψυχικά πάσχουσες νέες μητέρες. Ο τόπος επαφής με τη νοσηλεύτρια – ανάλογα με τις επιθυμίες της γυναίκας – ήταν είτε το σπίτι της ίδιας της ασθενούς, είτε η κλινική προγεννητικής φροντίδας είτε το μαιευτήριο. Όλες οι γυναίκες που συμμετείχαν σε αυτή την έρευνα – και όσες συμμετείχαν στην ομάδα παρέμβασης και οι αντίστοιχες, στην ομάδα ελέγχου – έλαβαν την πρότυπη παρεχόμενη από νοσηλεύτρια φροντίδα, που περιλάμβανε 8 έως 12 επισκέψεις της νοσηλεύτριας πριν από τον τοκετό, στο μαιευτήριο, και μέσα σε 10 έως 28 ημέρες μετά τον τοκετό. Η μελέτη δεν διαπίστωσε σημαντικές διαφορές, όσον αφορά το ποσοστό των καταθλιπτικών περιπτώσεων ή το επίπεδο της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας. Τα ευρήματα δείχνουν ότι η εξειδικευμένη συνεχής φροντίδα από νοσηλεύτρια μπορεί να μην είναι αποτελεσματικότερη για την πρόληψη της λοχειακής κατάθλιψης από την παρεχόμενη από νοσηλεύτρια πρότυπη λοχειακή φροντίδα. Σημαντικός περιορισμός της μελέτης είναι το γεγονός ότι περιελάμβανε γυναίκες που βίωσαν πρόσφατο επεισόδιο κατάθλιψης λίγο πριν από τον τοκετό.¹³

Σχέση Κοινωνικού Νοσηλευτή και ασθενούς

Η σχέση του κοινωνικού νοσηλευτή ψυχικής υγείας με τον ασθενή «χτίζεται» γύρω από τη νοσηλευτική φροντίδα που παρέχει ο πρώτος στο δεύτερο και διαμορφώνεται βάσει αυτής, με στόχο να εξελιχθεί σε *σχέση αμοιβαίας εμπιστοσύνης και συνεργασίας* μεταξύ των δύο. Η πορεία που ακολουθεί για να πάρει αυτή την τελική της μορφή και να σταθεροποιηθεί ως τέτοια, σηματοδοτείται από μια σειρά πολύπλοκων διεργασιών, αρχής γενομένης από τη «γνωριμία» του νοσηλευτή με τον ασθενή, δηλαδή με την ανίχνευση – από την πλευρά του νοσηλευτή – των σωματικών, νοητικών και ψυχικών δυνατοτήτων του αρρώστου. Στα παραπάνω συμπεριλαμβάνεται και η μελέτη της στάσης του ασθενούς απέναντι στην ασθένεια του και απέναντι στην παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα, ο καθορισμός των σχέσεων του με την οικογένειά του και με το ευρύτερο κοινωνικό του περιβάλλον, καθώς και ο έλεγχος του βαθμού της προθυμίας του και της ικανότητας του να συνεργαστεί. Η ιδιαιτερότητα της ψυχικής νόσου και οι διακυμάνσεις του ψυχικά αρρώστου είναι τέτοιες, ώστε είναι αναγκαίο αυτή η «ανιχνευτική» διεργασία να υφίσταται καθ' όλη τη διάρκεια της νοσηλείας, δηλαδή της συνεργασίας μεταξύ αυτών των δύο. Το γεγονός αυτό προϋποθέτει ότι ο κοινωνικός νοσηλευτής θα παραμείνει στη σχέση αυτή *ενεργός*, τόσο ως νοσηλευτής όσο και ως *παρατηρητής*. Έτσι, θα είναι σε θέση να ανακαλύπτει συνεχώς τις μεταβολές των αναγκών του ασθενούς αλλά και των δυνατοτήτων του, να τις αξιολογεί και να προσαρμόζει τις τεχνικές, με τις οποίες πλησιάζει τον άρρωστο, στα καινούργια δεδομένα.²³

Ο νοσηλευτής, κατά τη διάρκεια της παραπάνω διαδικασίας, θα πρέπει να έχει κατά νου τρεις παραμέτρους, τις οποίες οφείλει να λάβει σοβαρά υπ' όψιν του και να τις ελέγχει με ουσιαστικό τρόπο. Πιο συγκεκριμένα, οφείλει να παρακάμψει την δεδομένη διάθεση του ασθενούς για εξάρτηση από τον ίδιο, πρέπει να αντιμετωπίσει ενδεχόμενη αντίσταση του αρρώστου απέναντι του και τέλος, είναι ανάγκη να τιθασεύσει τη δική του υπερβολική διάθεση εμπλοκής με τον ασθενή και το πρόβλημά του. Οι νοσηλευτικές αλλά και οι σωματικές, ψυχικές και κοινωνικές ανάγκες καθώς και οι δυνατότητες του είναι ό,τι μπορεί να καταθέσει ο ασθενής από τη δική του πλευρά στο ξεκίνημα αυτής της νέας σχέσης του με το νοσηλευτή. Ο νοσηλευτής οφείλει από τη μια, να αξιολογήσει και να ανταποκριθεί στις ανάγκες αυτές, παρέχοντας τη νοσηλευτική του βοήθεια, και από την άλλη, να αξιοποιήσει τις δυνατότητες που διαθέτει ο ασθενής τόσο για την αποδοχή της ίδιας της νοσηλευτικής φροντίδας όσο και για τη συνέχεια της συνεργασίας τους.²³

Οι ανάγκες του ασθενούς ποικίλλουν και θα λέγαμε πως σχετίζονται με μια ευρεία γκάμα που περιλαμβάνει τον τύπο της ψυχικής ασθένειας και των συμπτωμάτων που την χαρακτηρίζουν σε επίπεδο συμπεριφοράς, σωματικών εκδηλώσεων και λειτουργικών ελλειμμάτων, μέχρι τη στάση του ίδιου του ασθενούς αλλά και του κοινωνικού του περιγύρου απέναντι στην κατάσταση της ψυχικής διαταραχής. Ο νοσηλευτής, μέσω της παρατήρησης του ασθενούς και της συζήτησης μαζί του και με τους οικείους του, αξιολογεί και κρίνει αυτές τις ανάγκες με αντικειμενικότητα, ευθυκρισία, ορθολογισμό αλλά και ευαισθησία.²³

Η στάση του νοσηλευτή απέναντι στις ανάγκες του ασθενούς θα πρέπει να χαρακτηρίζεται από *διαθεσιμότητα, ευελιξία, μέτρο και όρια*. Στο σύνολό τους τα τέσσερα αυτά χαρακτηριστικά στοιχεία προσδίδουν στη νοσηλευτική φροντίδα τη θεραπευτική της διάσταση και οδηγούν ουσιαστικά τον ασθενή να συμμετέχει και ο ίδιος ενεργά σε αυτήν. Ο βαθμός, ο τρόπος και η σταθερότητα της συμμετοχής αυτής προσφέρουν στο νοσηλευτή τα κριτήρια για την *αξιολόγηση των* σωματικών, νοητικών και ψυχικών *δυνατοτήτων του ασθενούς*. Τις τρεις αυτές παραμέτρους τις συναντούμε από την έναρξη κιόλας της σχέσης ασθενούς και νοσηλευτή. Στις περισσότερες των περιπτώσεων μάλιστα, παρατηρούμε ότι διακρίνονται από αρκετές και μάλλον έντονες διακυμάνσεις, η ποιότητα των οποίων επίσης αποτελεί κριτήριο των δυνατοτήτων του ασθενούς, όσο εξελίσσεται και υπάρχει η σχέση

του με το νοσηλευτή. Η συνεχής αξιολόγηση τους, ενταγμένη στη νοσηλευτική φροντίδα, είναι αναγκαία σε όλη τη διάρκεια αυτής της σχέσης, επειδή καθορίζει και επανατοποθετεί τους στόχους και τις επιδιώξεις της.²³

Εντούτοις, η αξιολόγηση αυτή δεν αποτελεί αυτοσκοπό, αλλά στοχεύει στην επαρκή αξιοποίηση των δυνατοτήτων του ασθενούς. Επομένως και η ίδια η αξιολόγηση στέφεται με επιτυχία, όταν ο ίδιος ο άρρωστος κατορθώσει να ανακαλύψει και να αναγνωρίσει τις πραγματικές δυνατότητες του. Και ενώ η ανακάλυψη και αναγνώριση παραμένει σε όλη τη διάρκεια της σχέσης του με το νοσηλευτή το πρώτο βήμα για τη συμμετοχή του ασθενούς, το δεύτερο βήμα είναι η *ενεργοποίηση* αυτών των δυνατοτήτων. Μολονότι αυτά τα δύο βήματα φαίνονται ανεξάρτητα, η αλήθεια είναι ότι αλληλοσυμπληρώνονται, αλληλοτροφοδοτούνται και αλληλοϋποστηρίζονται. Η ύπαρξη τους, καθώς και η μεταξύ τους συσχέτιση, δεν συμβαίνει τυχαία. Αντίθετα, αποτελεί έναν από τους επιμέρους σκοπούς της σχέσης νοσηλευτή-ασθενούς, που πραγματοποιείται με τη μεταξύ τους συνεργασία.¹⁴

Η συνεργασία αυτή προϋποθέτει την συμφωνία όλων όσων συμμετέχουν, για να εργαστούν ο καθένας από την πλευρά του και με τις δυνάμεις που διαθέτουν, αποδεχόμενοι τους όρους και τους σκοπούς της. Όσο και αν αυτό φαίνεται αυτονόητο, δεν είναι δεδομένο στη σχέση νοσηλευτή-ασθενούς, τουλάχιστον στην αρχή της. Η ύπαρξη συμφωνίας και η συνεργασία που θα προκύψει από αυτήν είναι αποτέλεσμα μιας πολυεπίπεδης συναισθηματικής συνδιαλλαγής μεταξύ των δύο, που ξεκινά από τη συναισθηματική επένδυση της νοσηλευτικής φροντίδας, και καταλήγει στη συναισθηματική επένδυση της ίδιας της διαπροσωπικής σχέσης μεταξύ νοσηλευτή και ασθενούς.²³

Η κατάσταση του αρρώστου χρήζει ιδιαίτερης σημασίας και παρακολούθησης, όταν πρόκειται για ασθενή που ταλαιπωρείται από κάποια ψυχική νόσο. Και αυτό, εξαιτίας της πολυμορφίας των συμπτωμάτων των ψυχικών ασθενειών και της ποικιλίας των εκδηλώσεων τους. Για το λόγο αυτό, η κατάσταση του ψυχικά ασθενούς περιγράφεται σε σχέση με παραμέτρους που αφορούν το συναίσθημα, την σκέψη, την κινητικότητα, τη σωματική ευεξία, τις διαπροσωπικές σχέσεις, την κοινωνικότητα, την τήρηση κοινωνικών και ηθικών κανόνων, την αυτοπροστασία και φροντίδα του εαυτού του και την επιδίωξη ή και διατήρηση καλών και υγιών συνθηκών διαβίωσης. Τα δεδομένα που θα προκύψουν από αυτή την περιγραφή είναι απαραίτητα για το νοσηλευτή ψυχικής υγείας, καθώς η εργασία του απευθύνεται σε όλους τους τομείς της λειτουργικότητας του αρρώστου. Οι ψυχικές διαταραχές εξάλλου που πλήττουν έναν άνθρωπο δεν αφήνουν ανεπηρέαστη και τη λειτουργικότητα του σώματός του. Αλλά και η φαρμακευτική αγωγή, η οποία, το δίχως άλλο κρίνεται απαραίτητη και ευεργετική για την αντιμετώπιση των διαταραχών αυτών, επηρεάζει σε αρκετές περιπτώσεις τις λειτουργίες του σώματος του ατόμου και τροποποιεί τη λειτουργικότητα του.²³

Η πάσχουσα σωματική λειτουργικότητα του ασθενούς μπορεί να παίρνει διάφορες μορφές, οι οποίες χρήζουν ιδιαίτερης παρακολούθησης από το νοσηλευτή. Για παράδειγμα, μπορεί να υπάρχει στο επίπεδο ζωτικών οργανικών λειτουργιών, διαπιστούμενη κλινικά ή και εργαστηριακά ή μπορεί να αναφέρεται από τον ίδιο τον άρρωστο, εν είδει παραπόνων. Είτε εκδηλώνεται μέσω της κινητικότητας του ασθενούς, είτε εκφράζεται από τον ίδιο με περιγραφόμενα σωματικά άλγη, με σωματική εξασθένηση ή με την εν γένει στάση του απέναντι στο σώμα του. Είναι ένας από τους τομείς που πρέπει να επικεντρωθεί ενδελεχώς ο νοσηλευτής και να συνεργαστεί με τον ασθενή του. Αυτό συμβαίνει και επειδή ο ψυχικά ασθενής δεν μπορεί να έχει μια ισόρροπη σχέση με τη λειτουργικότητα του σώματος του. Έτσι, άλλοτε την υπερεκτιμά και εστιάζει σε αυτήν τον πόνο του ή τη δύναμη του, άλλοτε την υποτιμά και την αγνοεί. Κάποιες φορές, αισθάνεται ότι την απειλεί η θεραπευτική φαρμακευτική αγωγή και άλλες πάλι, ότι εξαρτάται μόνο από αυτήν, άλλοτε παραμελεί τη φροντίδα της υγιεινής του σώματος αλλά και της εξωτερικής του εμφάνισης, άλλοτε υπερεπενδύει σε αυτές. Σε πολλές περιπτώσεις υπερπροστατεύει το σώμα του και το εμπο-

δίξει να δραστηριοποιηθεί και άλλοτε το εκθέτει σε υπερδραστηριότητα ή σε δύσκολες καταστάσεις και κινδύνους. Η αναγνώριση των πραγματικών λειτουργικών δυνατοτήτων ή αδυναμιών του σώματος του και η αξιοποίηση ή η αποκατάσταση τους, η σημασία, η αξία και ο τρόπος της φροντίδας του σώματος του και η προστασία του από επιπλέον επιβάρυνση και ταλαιπωρίες, είναι ζητήματα επάνω στα οποία εργάζονται σε όλη τη διάρκεια της συνεργασίας τους ο νοσηλευτής με τον ασθενή του. Όποια και αν είναι η τεχνική (αμιγώς νοσηλευτική, συμβουλευτική, διδακτική, υποστηρικτική) που θα χρησιμοποιήσει ο νοσηλευτής, η εργασία αυτή θα αποσκοπεί στην καλλιέργεια και στην υιοθέτηση από τον ασθενή θετικής στάσης απέναντι στο σώμα του.²³

Ασθενής και κοινότητα

Στη συνέχεια, θα εξετάσουμε πώς η σχέση συνεργασίας νοσηλευτή και ασθενούς μπορεί να συμβάλλει στην ομαλότερη επανένταξη του τελευταίου, στην κοινότητα. Είναι ευρέως αποδεκτό εξάλλου ότι η σχέση του κοινοτικού νοσηλευτή ψυχικής υγείας με τον κάθε ασθενή του είναι αποτέλεσμα ή αποτελεί την αιτία για τη διατήρηση ή την *ανανέωση* της σχέσης του με την κοινότητα. Αυτό συμβαίνει, επειδή η Κοινοτική Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας προσεγγίζει τον ψυχικά ασθενή ως ένα μέλος της κοινότητας που απλώς εκδηλώνει μια διακεκριμένη, κλινικά αναγνωρίσιμη, ψυχιατρική συμπτωματολογία. Αυτή η προσέγγιση δηλώνει το στόχο και την απόφαση να παρασχεθεί στον ασθενή η νοσηλευτική φροντίδα με τέτοιο τρόπο και μεθοδολογία, ώστε να *διατηρηθεί η ιδιότητα του ως μέλους της κοινότητας*. Η διατήρηση αυτής της ιδιότητας είναι συνάρτηση δύο παραγόντων, άρα και ο στόχος είναι διττός: ο ένας αφορά τον ίδιο τον ασθενή (με την ιδιότητα του μέλους της κοινότητας) και τη βελτίωση της κατάστασης του, δηλαδή τη μείωση ή και την εξάλειψη των συμπτωμάτων, εξαιτίας των οποίων περιορίζεται ή και χάνεται αυτή η ιδιότητα, και ο άλλος αφορά την ίδια την κοινότητα.¹⁴

Ως προς τον ασθενή, η νοσηλευτική φροντίδα, εκτός από την προσπάθεια μείωσης ή και οριστικής εξάλειψης της συμπτωματολογίας, οφείλει να περιλαμβάνει και τη βελτίωση της λειτουργικότητας του ως μέλους του κοινωνικού συνόλου. Ως προς την κοινότητα, η νοσηλευτική φροντίδα εκφράζεται με την αξιοποίηση της όποιας δυνατότητας διαθέτει για να συνδράμει στη βελτίωση της κατάστασης του ασθενούς αλλά και για να αποδεχθεί την ύπαρξη του μέσα στους κόλπους της. Είναι φανερό ότι μια ψυχική νόσος μπορεί να «απομακρύνει» τον ασθενή από την κοινότητα, όχι απαραίτητα εξαιτίας της κοινωνικής προκατάληψης που ενδεχομένως να υποστεί, αλλά και λόγω της φύσης της νόσου αυτής, που εμποδίζει τον ασθενή να μετέχει πραγματικά και ουσιαστικά σε όλες τις καθημερινές εκδηλώσεις εκείνες που συνδέουν τα μέλη μιας κοινότητας μεταξύ τους.¹⁴

Η ιδιαιτερότητα αυτή της ψυχικής ασθένειας επηρεάζει καταρχήν τη σχέση του ασθενούς με τα μέλη του οικογενειακού του περιβάλλοντος. Από την άλλη μεριά και η δυναμική μεταξύ των μελών του οικογενειακού περιβάλλοντος αλλά και η στάση τους, όλων και του καθενός ξεχωριστά, απέναντι στον ασθενή που έχουν στους κόλπους τους, επηρεάζουν με ποικίλους τρόπους την έκβαση της ασθένειας του. Επομένως, σε αυτό το στάδιο της φροντίδας, ο παράγοντας «οικογένεια» κρατάει τον πρωτεύοντα ρόλο. Τόσο λοιπόν η δυναμική όσο και η στάση των μελών της οικογένειας του ασθενούς απέναντι του είναι παράγοντες που επηρεάζουν τη σχέση του με τον κοινοτικό νοσηλευτή. Η παρέμβαση του προς την οικογένεια αποσκοπεί στην αξιοποίηση των δυνατοτήτων του συνόλου της ή κάποιων μελών της, ώστε να λειτουργήσουν ως ένα ουσιαστικό σύστημα φροντίδας και υποστήριξης του ασθενούς στις προσπάθειες που καταβάλλει να σταθεί

τόσο ως ενεργό μέλος της όσο και ως μέλος του συνόλου. Η οικογένεια του είναι εκείνη που πρωτίστως πρέπει να αποδεχθεί ότι ο ασθενής είναι μέλος της κοινότητας, χωρίς να συσκοτίζει ή να αρνείται την ασθένεια του ή να την προβάλλει στην κοινότητα ή να τη χρησιμοποιεί. Η προσέγγιση της οικογένειας του ασθενούς αποτελεί για το νοσηλευτή μια πτυχή της σχέσης του με τον ασθενή. Η στήριξη της και η συνεργασία μαζί της είναι η προέκταση της νοσηλευτικής φροντίδας προς τον ασθενή, αλλά και το μέσο πρόσβασης του στενότερου και ευρύτερου κοινωνικού του περιβάλλοντος. Η θετική στάση της οικογένειας απέναντι στον ασθενή, συμπεριλαμβάνει και την προσπάθεια της να καλλιεργηθεί και από το περιβάλλον αυτό μια εξίσου θετική στάση. Η θετική στάση δεν δηλώνει ανοχή αλλά *διαθεσιμότητα*, δηλαδή την πρόθεση και την απόφαση του καθενός να συνδιαλλαγεί και να συνυπάρξει με τον ψυχικά ασθενή μέσα στο πλαίσιο των οικογενειακών ή και κοινωνικών ή και επαγγελματικών σχέσεων, αναγνωρίζοντας την ιδιαιτερότητα που έχει αυτή η συνύπαρξη.¹⁴

Η υιοθέτηση μιας τέτοιας στάσης απέναντι στον ψυχιατρικά ασθενή προϋποθέτει την προετοιμασία της κοινότητας να δεχθεί ότι η ψυχική νόσος υπάρχει και εμφανίζεται και μέσα στους κόλπους της. Η εξοικείωση της κοινότητας με αυτή την πραγματικότητα αφορά άμεσα την εργασία του κοινοτικού νοσηλευτή ψυχικής υγείας. Η σχέση αυτή στηρίζεται στις αρχές τις Κοινωνικής-Κοινοτικής Ψυχιατρικής και διαμορφώνεται όχι μόνο από τον κοινοτικό νοσηλευτή ψυχικής υγείας αλλά από όλα τα μέλη της ομάδας των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, σε συνάρτηση με τους σκοπούς της μονάδας στην οποία εργάζονται. Όπως συμβαίνει και στη σχέση του με τον ασθενή, έτσι και στην απευθείας σχέση του με την κοινότητα ο κοινοτικός νοσηλευτής ψυχικής υγείας ενεργεί ως μέλος αυτής της ομάδας.¹⁴

Ομάδα Επαγγελματιών Ψυχικής Υγείας

Η Κοινωνική Ψυχιατρική στηρίζει την ποσοτική και ποιοτική αποτελεσματικότητα των μονάδων της *στην ύπαρξη και τη σωστή λειτουργία της ομάδας επαγγελματιών ψυχικής υγείας*. Οι ομάδες αυτές αποτελούνται από πολλές ειδικότητες επαγγελματιών υγείας, όπως είναι οι ψυχίατροι, οι νοσηλευτές, οι επισκέπτες υγείας, οι κοινωνικοί λειτουργοί, οι ψυχολόγοι, οι εργοθεραπευτές, οι λογοπαιδικοί, οι ειδικοί παιδαγωγοί κ.ά. Στη λειτουργία τους βοηθούν και διοικητικοί και άλλοι εργαζόμενοι στις μονάδες.²⁵

Στην Κοινοτική Νοσηλευτική, ο ρόλος της *ομαδικής εργασίας* είναι καθοριστικός. Για να φέρει τα επιθυμητά αποτελέσματα η ομαδική εργασία, πρέπει οι γραμμές επικοινωνίας μεταξύ των μελών της ομάδας να είναι πάντα ανοιχτές και να είναι πάντοτε εξασφαλισμένη η διάθεση συνεργασίας. Το καθένα από τα μέλη της ομάδας ξεχωριστά – και κατά συνέπεια ολόκληρη η ομάδα – οφείλει να διέπεται από τη φιλοσοφία του σεβασμού της αξίας, της αξιοπρέπειας και της μοναδικότητας κάθε αρρώστου, με βάση την προσωπική του ιστορία και το περιβάλλον όπου έζησε και ζει.²⁵

Τεχνικές παρέμβασης του Κοινοτικού Νοσηλευτή

Πέρα από τη νοσηλευτική φροντίδα που μπορεί να παρέχει σε άτομα με ψυχικές διαταραχές, ο κοινοτικός νοσηλευτής ψυχικής υγείας εργάζεται με σκοπό την προαγωγή της ψυχικής υγείας και στον ευρύτερο πληθυσμό. Στα πλαίσια και για την επίτευξη αυτού του σκοπού χρησιμοποιεί ορισμένες τεχνικές προσέγγισης, τις οποίες θα αναλύσουμε αμέσως παρακάτω. Τέτοιες τεχνικές είναι:

- Η εκπαιδευτική-διδασκτική

- Η συμβουλευτική
- Η επίσκεψη στο σπίτι (στην οποία αναφερθήκαμε σε προηγούμενη ενότητα).²⁴

Εκπαιδευτική - διδακτική τεχνική

Αυτή απευθύνεται από τον κοινοτικό νοσηλευτή ψυχικής υγείας τόσο στους ψυχικά ασθενείς όσο και στον υγιή πληθυσμό της κοινότητας. Η εκπαίδευση γίνεται σε άτομα (ασθενείς) ή σε ομάδες (ομάδες ασθενών, σύνολο οικογενειών ή συγγενών των ασθενών, ομάδες ή τμήματα πληθυσμού ή μέλη της κοινότητας).²⁴

Η καλύτερη δυνατή εκπαίδευση των παραπάνω απαιτεί τη γνώση των ασθενών και του περιβάλλοντος τους καθώς και των εκάστοτε αναγκών και ιδιαιτεροτήτων τους. Για το σκοπό αυτό χρησιμοποιούνται τα κατάλληλα εκπαιδευτικά και διδακτικά μέσα, τα οποία προσαρμόζονται ανάλογα με την περίπτωση (εξατομίκευση της αγωγής - θεραπείας). Μια από τις βασικές επιδιώξεις του κοινοτικού νοσηλευτή ψυχικής υγείας είναι η *αυτενέργεια*, η δυνατότητα δηλαδή του ασθενούς να λειτουργεί αυτόνομα και με δικές του πρωτοβουλίες και ατομικά και ως μέλος της ομάδας. Απαραίτητο στοιχείο για την επιτυχία της εκπαιδευτικής αυτής διαδικασίας είναι ο διάλογος μεταξύ κοινοτικού νοσηλευτή και ασθενούς. Όταν υπάρχει μια εποικοδομητική διαλεκτική σχέση, η ίδια η εκπαιδευτική διαδικασία γίνεται *μέσο επικοινωνίας* μεταξύ τους.²⁴

Είναι γνωστό ότι τα άτομα με κάποια ψυχική διαταραχή παρουσιάζουν πολλά προβλήματα σε σχέση με τη σωματική τους κατάσταση. Η καλή όμως σωματική υγεία του ασθενούς ενισχύει τη δράση των ψυχοφαρμάκων και εξασφαλίζει την ομαλή λειτουργία των αισθητηρίων οργάνων, γεγονός που δρα θετικά στη βελτίωση της αντιληπτικής του ικανότητας, ενισχύοντας έτσι τις γνωστικές και επικοινωνιακές του δεξιότητες. Η «εκπαίδευση» του ασθενούς αποτελεί μια από τις σημαντικές συνιστώσες των δραστηριοτήτων του κοινοτικού νοσηλευτή ψυχικής υγείας. Από τα πρώτα στάδια των σπουδών του διδάσκεται τη φροντίδα της ατομικής υγιεινής του ασθενούς και επιχειρεί διαρκώς να κατευθύνει τον άρρωστο προς αυτή την επιμέλεια. Η επιμονή αυτή έχει κάποια λογική, αφού, αν οποιαδήποτε λεπτομέρεια της καθημερινής υγιεινής είναι αυτονόητη και αυτόματη για τους υγιείς ανθρώπους, για τους ψυχικά ασθενείς γίνεται αντικείμενο πολύχρονης και κοπιαστικής εκπαίδευσης. Αυτή η εκπαίδευση έχει δύο όψεις: η μια αφορά την αφομοίωση της σημασίας της ατομικής καθαριότητας και περιποίησης από τον ίδιο τον ασθενή και η άλλη τη σωματική υγεία του, που αποτελεί σημαντικό παράγοντα για την εν γένει πορεία της κατάστασης του. Δύο άλλες ουσιαστικές πτυχές της καθημερινότητας του ασθενούς είναι οι συνθήκες του *ύπνου* του και ο *ελεύθερος χρόνος* του. Η ποιότητα και η ποσότητα του ύπνου έχει μεγάλη σημασία για τη βελτίωση της κατάστασης του ασθενούς, για την ψυχική του ανάπαυση και τη σωματική του ευεξία και αντοχή. Για το λόγο αυτό, ο τόπος, η υγιεινή, η διάρκεια, η σταθερότητα ή οι διακυμάνσεις του ύπνου αποτελούν αντικείμενο της νοσηλευτικής φροντίδας. Ο νοσηλευτής ενδιαφέρεται να ενημερώνεται για τα χαρακτηριστικά του ύπνου του ασθενούς είτε από τον ίδιο, είτε από τους οικείους του, είτε παρατηρώντας τον απευθείας, αν εργάζεται σε μονάδα, όπου νοσηλεύεται ο ασθενής.²⁴

Ο ελεύθερος χρόνος του ψυχικά ασθενούς εντάσσεται καταρχήν στο θέμα της οργάνωσης του χρόνου του, που αποτελεί ένα πεδίο συζήτησης μεταξύ νοσηλευτή και ασθενούς. Ο ελεύθερος χρόνος είναι ένας οργανωμένος χρόνος, που αξιοποιείται από τον άρρωστο, είτε για δημιουργική απασχόληση είτε για ψυχαγωγία, ικανοποίηση ενδιαφερόντων, ανάπτυξη ή διατήρηση των κοινωνικών σχέσεων, είτε για όλα αυτά μαζί. Ο ελεύθερος χρόνος έχει λοιπόν και αυτός σκοπό. Διαφοροποιείται βέβαια από το χρόνο της εργασίας ή των υπόλοιπων υποχρεώσεων, επειδή ο σκοπός του ελεύθερου χρόνου

τίθεται από το ίδιο το άτομο. Αυτή η διαφοροποίηση, καθώς και το περιεχόμενο του ελεύθερου χρόνου είναι θέματα που περιέχονται στην «εκπαίδευση» του ασθενούς. Μέσα από τη σχέση του με τον κοινοτικό νοσηλευτή ψυχικής υγείας και τη συζήτηση μαζί του, ο ασθενής οδηγείται στον εντοπισμό των ενδιαφερόντων του και την ανακάλυψη τρόπων ικανοποίησης τους. Έτσι, τον βλέπουμε να αναζητά τη συμμετοχή του σε πολιτιστικές και ψυχαγωγικές εκδηλώσεις (κινηματογράφος, μουσικές και θεατρικές παραστάσεις, αθλητισμός) ή να εκδηλώνει ενδιαφέρον για ατομικές ενασχολήσεις, όπως η ζωγραφική, η φωτογραφία ή το τραγούδι.²⁴

Όλες οι προαναφερθείσες εκπαιδευτικές ενέργειες του νοσηλευτή εκφράζονται κυρίως με τη μορφή της καθοδήγησης, της ενθάρρυνσης της υπόδειξης, της προτροπής, της αμοιβής, αλλά και της τοποθέτησης ορίων.

Συμβουλευτική

Συμβουλευτική είναι η εργασία που λαμβάνει χώρα σε μονάδες Κοινωνικής Ψυχιατρικής από ειδικά εκπαιδευμένους θεραπευτές και έχει ως στόχο την «καθοδήγηση» του ασθενούς, ανάλογα με τις ανάγκες και ιδιαιτερότητες του. Η συμβουλευτική, ως τύπος θεραπείας, μπορεί να εξελιχθεί σε μια «ασφαλή σχέση» που θα βοηθήσει τον ασθενή να ενσκήψει διερευνητικά πάνω στις προσωπικές του δυσκολίες και μέσω της καλύτερης γνωριμίας με τον εαυτό του να προχωρήσει προς την αλλαγή. Βασικό ρόλο εδώ διαδραματίζει η ποιότητα της σχέσης ανάμεσα στο θεραπευτή και τον ασθενή, με σημείο εκκίνησης, όπως επανειλημμένως έχουμε τονίσει, την ύπαρξη αμοιβαίας εμπιστοσύνης, ιδιαίτερα αν υπάρχουν κάποιες άλλες διαφορές μεταξύ τους (πολιτιστικές, θρησκευτικές ή φυλετικές). Είναι αρκούντως σημαντικό για τους νοσηλευτές να μπορούν να κατανοούν τις αντιδράσεις των ασθενών τους, σε σχέση με το πλαίσιο προέλευσης τους. Η συμβουλευτική τις περισσότερες φορές είναι «εκπαίδευση» του ατόμου, στις κοινωνικές δεξιότητες, που μπορεί να οριστεί ως «το σύνολο εκείνων των μεθόδων που χρησιμοποιούν αρχές της θεωρίας της μάθησης, με στόχο την προαγωγή της απόκτησης, της γενίκευσης και της διατήρησης των αναγκαίων δεξιοτήτων σε διαπροσωπικές καταστάσεις»²⁸

Η ουσία της συμβουλευτικής προσδίδει ένα νέο νόημα στην Κοινωνική Ψυχιατρική ως προς την «πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας», καθώς μπορεί να προσφέρει ουσιαστική βοήθεια σε ανθρώπους, που για τον έναν ή τον άλλο λόγο, αφήνουν κάποια προβλήματά τους να εξελιχθούν σε σοβαρές διαταραχές, οι οποίες, αν αφεθούν ή χρονίσουν περισσότερο, μπορεί να οδηγήσουν το άτομο στην εμφάνιση κάποιας μορφής ψυχιατρικής παθολογίας. Η Κοινωνική Ψυχιατρική, προσπαθώντας να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις που εμφανίζονται σε επίπεδο κοινότητας, λειτουργεί με τις αρχές της διεπιστημονικής ομάδας. Οι σχέσεις της ομάδας ψυχικής υγείας με το άτομο που ζητά βοήθεια στο πλαίσιο της μονάδας Κοινωνικής Ψυχιατρικής είναι σχέσεις διακλαδικής ομάδας και χαρακτηρίζονται από πνεύμα συνεργασίας, ειλικρίνειας και θετικού συναγωνισμού.²⁸

Θεραπευτική σχέση νοσηλευτή - ασθενούς

Από την πρώτη ακόμα συνάντησή τους, ο θεραπευτής και ο ασθενής «χτίζουν» τη λεγόμενη *θεραπευτική σχέση*, της οποίας σκοπός είναι η συζήτηση των βασικών προβλημάτων που οδήγησαν τον ασθενή να ζητήσει την αρωγή του ειδικού και η παραέρα αμφίπλευρη κατανόηση τους, τόσο δηλαδή από το θεραπευτή όσο και από τον ίδιο τον ασθενή. Καθοριστικός παράγοντας για να ευδοκιμήσει αυτή η σχέση είναι και το λεγόμενο *θεραπευτικό πλαίσιο*, το οποίο εισάγεται κατευθείαν από το νοσηλευτή.²⁶

Το θεραπευτικό πλαίσιο είναι ένα αφηρημένο νοητό όριο, που καθορίζει έναν ιδιαίτερο χώρο, όπου μέσα εκεί συνδιαλέγονται αποκλειστικά ο άρρωστος με

τον θεραπευτή. Ο εντός του πλαισίου χώρος είναι εκεί όπου αναπτύσσεται η ψυχοθεραπευτική δυναμική και ο εκτός του πλαισίου είναι ο χώρος των καθημερινών κοινωνικών σχέσεων, που διαπνέονται από τους συνήθεις κοινωνικοπολιτιστικούς κανόνες. Το πλαίσιο όμως δεν είναι στατικό. Μια δυναμική αλληλεπίδραση το συνδέει με τη θεραπευτική σχέση. Ενώ δηλαδή το πλαίσιο υποβοηθά την ανάπτυξη της θεραπευτικής σχέσης, η ίδια η σχέση σε πολλές περιπτώσεις τείνει να παραβιάζει τους κανόνες του. Για το λόγο αυτό, είναι ανάγκη να υπάρξει εξ αρχής μια συνειδητή συμφωνία του ασθενούς με τους κανόνες του πλαισίου (η συχνότητα και η κανονικότητα των συνεντεύξεων, είναι ένα παράδειγμα σεβασμού του θεραπευτικού πλαισίου, που καθορίζει ο νοσηλευτής). Οι κανόνες συνίστανται στο ότι ο θεραπευτής είναι πάντα το ίδιο πρόσωπο, ο τόπος και ο χρόνος της συνέντευξης (min) είναι από πριν καθορισμένοι και παραμένουν σταθεροί (46-60 λεπτά), διασφαλίζεται το απόρρητο του περιεχομένου της συνέντευξης και εξασφαλίζεται ο σεβασμός στο πρόσωπο του ασθενούς. Με αυτόν τον τρόπο, οι κανόνες διευκολύνουν και παράλληλα προφυλάσσουν τη σχέση θεραπευτή – ασθενούς, δημιουργώντας ένα αμοιβαίας εμπιστοσύνης. Κατά τη διάρκεια των συνεντεύξεων, ο θεραπευτής πρέπει κυρίως να ακούει τον ασθενή και να θέτει απλές ερωτήσεις για την καλύτερη κατανόηση της αιτίας προσέλευσης και της γενικότερης προβληματικής του. Έτσι, με αυτόν τον τρόπο ο ασθενής ενθαρρύνεται να εξωτερικεύσει τις σκέψεις του και να εκφράσει τα συναισθήματα του ελεύθερα και ο θεραπευτής είναι εκείνος που ακούει και προσπαθεί με τις γνώσεις και την εμπειρία του να τον βοηθήσει. Δεν παρεμβαίνει με άμεσο και προσωπικό τρόπο και δεν βιάζεται να δώσει άμεσες και γενικές απαντήσεις.²⁶

Κατά τη διάρκεια της θεραπείας, ο νοσηλευτής επανεκτιμά όχι μόνο τα δεδομένα αλλά και την γενικότερη στάση του ασθενούς, ως προς την τήρηση του θεραπευτικού πλαισίου. Αυτή η παράμετρος βεβαίως εξαρτάται πρώτιστα από τις διαθέσεις και την ψυχοπαθολογία του ασθενούς. Τελευταίος και πιο σημαντικός ίσως παράγοντας είναι η στάση του ίδιου του νοσηλευτή απέναντι στο θεραπευτικό πλαίσιο. Πιο συγκεκριμένα, εξαρτάται από την ικανότητα και την πείρα του να συνεχίζει να εργάζεται κανονικά εντός του πλαισίου, προσπερνώντας την εκάστοτε ψυχοπαθολογία του ασθενούς. Με αυτόν τον τρόπο, παρασύρει και τον ίδιο τον ασθενή του, να συμμορφωθεί με τους καθορισμένους κανόνες.²⁶

Διεπιστημονική εποπτεία των επαγγελματιών ψυχικής υγείας

Παράλληλα με τις συναντήσεις θεραπευτή και ασθενούς, πολύ σημαντικές είναι και οι συναντήσεις των μελών της εποπτικής ομάδας, μεταξύ τους. Σε αυτές, συζητώνται και αναλύονται τυχόν προβλήματα και δυσκολίες που προέκυψαν κατά τη διάρκεια της εγκατάστασης και ανάπτυξης μιας θεραπευτικής σχέσης, τόσο από τον ασθενή όσο και από το θεραπευτή. Αυτό είναι χρήσιμο να συμβαίνει, γιατί δεν είναι λίγες οι φορές, που και ο ίδιος ο νοσηλευτής – εξαιτίας των δικών του προσωπικών εμπειριών, στάσεων ή συγκρούσεων – νιώθει παντοδύναμος ή και αδύναμος να χειριστεί μια θεραπευτική σχέση. Έτσι, η ομάδα λειτουργεί ως ένας χώρος επεξεργασίας, όπου ο θεραπευτής μπορεί να βοηθηθεί από τις σκέψεις και τις ιδέες των συνεργατών του στην κατανόηση της προβληματικής του ασθενούς και να προφυλαχθεί και ο ίδιος από την ενδεχόμενη υπέρβαση των ορίων της θεραπευτικής σχέσης.²⁹

Η σκιαγράφηση της δομής και της λειτουργίας που χαρακτηρίζει το «τμήμα» συμβουλευτικής θεωρείται αναγκαία, επειδή κατά κάποιον τρόπο απευθύνονται σε έναν πληθυσμό ασθενών που πρέπει να αποδεχθεί ορισμένες προϋποθέσεις, δηλαδή να έχει την ικανότητα να τηρεί το πλαίσιο λειτουργίας του συμβουλευτικού τμήματος. Πρόκειται για

άτομα που δεν βρίσκονται σε οξεία φάση κάποιας διαταραχής, ώστε να χρήζουν νοσοκομειακής περίθαλψης, και συνήθως προσέρχονται εκουσίως, ζητώντας να μιλήσουν με κάποιον ειδικό.²⁹

Επομένως, η πλειονότητα των ασθενών που προσέρχονται για συμβουλευτική στην υπηρεσία μιας μονάδας Κοινωνικής Ψυχιατρικής είναι άτομα τα οποία έχουν τη δυνατότητα να αναπτύξουν μια ικανοποιητική και ώριμη σχέση με το θεραπευτή. Αυτό επιβεβαιώνεται και από τη διαγνωστική κατηγοριοποίηση των διαταραχών των ανθρώπων που έρχονται για θεραπεία, ανάμεσα στις οποίες υπερτερούν οι αγχώδεις εκδηλώσεις και οι αγχώδεις διαταραχές καταθλιπτικού τύπου.²⁹

Επειδή έχουμε κατ' επανάληψη αναφερθεί στη σωματική υγεία του χρόνιου ψυχικά ασθενούς, ας δούμε το θέμα από δύο διαφορετικές πλευρές:

α. Ψυχικά ασθενείς ή ασθενείς με σωματικές εκδηλώσεις άγχους, κατάθλιψης, συναισθηματικών διαταραχών και εξαρτώμενοι από αλκοόλ ή άλλες ουσίες έρχονται φοβισμένοι ή ακόμα και πανικόβλητοι στα εξωτερικά ιατρεία γενικών νοσοκομείων ή στα κέντρα υγείας, με σκοπό να βρουν λύση στο πρόβλημά τους. Ο γενικός νοσηλευτής οφείλει να καθησυχάσει τον ασθενή, προσφέροντας του ψυχική ανακούφιση με συναισθηματική υποστήριξη, προτρέποντας τον ή επιτρέποντας του να μιλήσει και να εκφραστεί, ενημερώνοντας τον ότι είναι φυσικό και αναμενόμενο να αισθάνεται κατ' αυτόν τον τρόπο. Μετά από την παρέμβαση αυτή, ο ασθενής «ηρεμεί», κατανοώντας τη φύση και τη δυσκολία του προβλήματός του. Αν βεβαίως, από τις ιατρικές εξετάσεις προκύψει θέμα εκδήλωσης κάποιας ψυχικής διαταραχής, ο κοινοτικός νοσηλευτής οφείλει να παραπέμψει τον άνθρωπο αυτό στην αντίστοιχη διασυνδεδετική ψυχιατρική ή στην ανάλογη ψυχιατρική υπηρεσία, για περαιτέρω παρακολούθηση.²⁹

β. Άτομα με τις ίδιες εκδηλώσεις (άγχους, πανικού κ.λπ.) προσέρχονται στα κοινοτικά κέντρα ψυχικής υγείας ή στα εξωτερικά ιατρεία ψυχιατρικών υπηρεσιών. Ο κοινοτικός νοσηλευτής ψυχικής υγείας οφείλει να διερευνήσει ενδεχόμενο οργανικό υπόβαθρο των εκδηλώσεων (διαταραχές θυρεοειδούς, σακχαρώδης διαβήτης, ουσιοεξάρτηση, αναιμίες), να παροτρύνει τον ασθενή για τον αναγκαίο ιατρικό και εργαστηριακό έλεγχο, να τον πείσει να επισκεφθεί τις κατάλληλες ιατρικές υπηρεσίες και να συνεργαστεί με αυτές. Δημιουργώντας άμεσα την δέουσα θεραπευτική σχέση με τον άνθρωπο που έχει απέναντί του, οφείλει να καταστείλει άμεσα το άγχος και τον πανικό του, εφαρμόζοντας τεχνικές είτε ψυχολογικής προσέγγισης (συμβουλευτική, υποστηρικτική) είτε σωματικής προσέγγισης (για παράδειγμα, την παθητική μυϊκή χαλάρωση, η οποία εφαρμόζεται στους ασθενείς που την έχουν ανάγκη) είτε και τα δύο. Σε ό,τι αφορά τη φαρμακευτική αγχόλυση, συνεργάζεται με τον ιατρό του Κέντρου.²⁹

Και στις δύο περιπτώσεις που περιγράφηκαν παραπάνω, για την καλύτερη αντιμετώπιση τέτοιων περιστατικών από τους νοσηλευτές, εκτός από την εκπαίδευση και τις δεξιότητες τους ως επαγγελματίες, θα ήταν ιδιαίτερα χρήσιμη η αμφίδρομη ευαισθητοποίηση τους στη *Διασυνδεδετική Νοσηλευτική*, όπου οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας θα ενημερώνουν για θέματα της αρμοδιότητας τους νοσηλευτές σωματικής υγείας και το αντίστροφο, δηλαδή οι νοσηλευτές σωματικής υγείας θα ενημερώνουν για ανάλογα θέματα τους νοσηλευτές της ψυχικής υγείας.²⁹

Οι δεξιότητες του Κοινοτικού Νοσηλευτή

Η άσκηση της Κοινοτικής Νοσηλευτικής Ψυχικής Υγείας γίνεται κατά τέτοιο τρόπο, ώστε να είναι αποτελεσματική στην εφαρμογή των επιστημονικών αρχών και κανόνων,

απαιτεί δε από τους νοσηλευτές την απόκτηση και την καλλιέργεια ορισμένων δεξιοτήτων.¹

Ως *δεξιότητες* ορίζονται οι ακριβείς ενέργειες και οι πολύπλευρες γνώσεις, οι οποίες, αν συνδυαστούν με τον ενδεδειγμένο τρόπο, μπορούν να δράσουν αποτελεσματικά και να οδηγήσουν στο επιθυμητό αποτέλεσμα, που δεν είναι άλλο από την ακριβή εκτέλεση και εφαρμογή των νοσηλευτικών σκοπών. Οι γνώσεις αυτές παρέχονται στο νοσηλευτή καθόλη τη διάρκεια της θεωρητικής και κλινικής του εκπαίδευσης, από τον ίδιο όμως απαιτείται η μετέπειτα ιδιαίτερη καλλιέργεια τους και η προσαρμογή τους στην προσωπικότητα του, ώστε να είναι διαθέσιμες προς «χρήση» σε όλη τη διάρκεια της άσκησης των καθηκόντων του. Οι δεξιότητες αυτές θα βρουν εφαρμογή (α) στην ιδιαίτερη σχέση που θα αναπτύξει ο νοσηλευτής με τον ασθενή του, (β) στον τρόπο με τον οποίο θα προσεγγίσει τόσο την οικογένεια του ασθενούς όσο και την κοινότητα και (γ) στην εύρεση των βέλτιστων μεθόδων συνεργασίας του με τους άλλους επαγγελματίες ψυχικής υγείας.¹

Ως *δεξιότητες* επίσης χαρακτηρίζονται οι συγκεκριμένες ικανότητες που απαιτούνται για να εκφράσει και να βελτιώσει τις απόψεις και τα συναισθήματά του και καλλιεργούνται παράλληλα και ταυτόχρονα, σε όλη τη διάρκεια της δραστηριοποίησης του νοσηλευτή, η δε συνεχής βελτίωση τους αυξάνει τη δυναμική της θεραπευτικής παρέμβασης του και γενικότερα της αποτελεσματικότητάς του. Παρά τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουμε ως προς την κατηγοριοποίηση των δεξιοτήτων αυτών, μπορούμε να τις διακρίνουμε σε ομάδες και να προχωρήσουμε στην περιγραφή τους.¹

Δεξιότητες διαπροσωπικών σχέσεων

Οι δεξιότητες των διαπροσωπικών σχέσεων, όπως μαρτυρά η ορολογία, σχετίζονται με την άμεση επαφή του θεραπευτή με τον ασθενή και αναφέρονται σε μια σειρά ικανοτήτων που πρέπει να διαθέτει ο νοσηλευτής για να φέρει κοντά του τον άρρωστο. Ως τέτοιες χαρακτηρίζονται οι ικανότητες για διάλογο και επικοινωνία, η διαθεσιμότητα του να ακούσει με προσοχή τον ασθενή και να συνεργάζεται μαζί του, η παροχή αισθημάτων ασφάλειας, εμπιστοσύνης, σιγουριάς και τέλος, η υπομονή του απέναντι στις συναισθηματικές διακυμάνσεις που σίγουρα θα συναντήσει καθώς και η επιμονή του ως προς την επιτυχή έκβαση της κατάστασης του ασθενούς.¹

Η διατήρηση εκ μέρους του νοσηλευτή – κατά τη διάρκεια της επαφής του με τον ασθενή – της ηρεμίας, της αυτοκυριαρχίας και της αυτοπεποίθησής του, δημιουργεί στον ασθενή το αίσθημα της ασφάλειας και λειτουργεί καθυποχαστικά, προσφέροντας στον θεραπευτή τη δυνατότητα να διαχειριστεί και να αντιμετωπίσει καλύτερα τα δεδομένα, συμβάλλοντας ουσιαστικά στο θεραπευτικό σχεδιασμό.

Επιπλέον, ο κοινοτικός νοσηλευτής πρέπει να μάθει να «ακούει» τον ασθενή, αφήνοντάς τον να μιλήσει ο ίδιος και ενθαρρύνοντάς τον να εκφράζει στον ίδιο ή σε άλλο μέλος της θεραπευτικής ομάδας όλα, όσα σκέπτεται ή βιώνει και θα ήθελε να τα μοιραστεί με τους άλλους. Μια τέτοια διαδικασία απαιτεί λεπτούς χειρισμούς από την πλευρά του θεραπευτή, ο οποίος θα πρέπει να διαβεβαιώσει τον ασθενή για την εχεμύθεια τόσο του ίδιου όσο και των υπολοίπων συνεργατών. Πάντα θα πρέπει να λαμβάνει υπ' όψιν του, ότι η εμπιστοσύνη του ασθενούς προς το νοσηλευτή κερδίζεται μάλλον δύσκολα, εύκολα όμως ανακαλείται εξαιτίας μιας απερίσκεπτης παρατήρησης ή ενέργειας.¹

Δεξιότητες επικοινωνίας

Οι επικοινωνιακές δεξιότητες αναφέρονται στην προσπάθεια εγκατάστασης ενός κώδικα επικοινωνίας με τον ασθενή, τόσο λεκτικά όσο και εξωλεκτικά (με χειρονομίες,

νεύματα ή νοήματα) καθώς και με την παροχή *προτύπων συμπεριφοράς*, ένα από τα οποία πρέπει να είναι ο ίδιος ο νοσηλευτής. Η τελευταία μέθοδος – γνωστή και ως «χρήση του εαυτού» – αποτελεί μάλιστα σημαντικό μέρος της θεραπευτικής διαδικασίας και μπορεί να συμβάλλει θετικά (ή και αρνητικά, κάποιες φορές) στην αλλαγή της στάσης του ασθενούς απέναντι στη θεραπεία του.¹

Η «χρήση του εαυτού», για να επιφέρει τα επιθυμητά αποτελέσματα, απαιτεί τόσο την ειδική όσο και τη γενική συγκρότηση του νοσηλευτή. Η *ειδική συγκρότηση*, έχει να κάνει με την επιστημονική του κατάρτιση και εξειδίκευση του στα νέα επιστημονικά δεδομένα, προϋποθέτει υψηλού επιπέδου γενικές και ειδικές γνώσεις, παρέχεται δε με τη διδασκαλία και τη μελέτη. Στον αντίποδα, η *γενική συγκρότηση* σχετίζεται με την εμπειρία του, με τα συναισθήματά του και γενικά με όλα τα στοιχεία βάσει των οποίων έχει διαμορφώσει την ώριμη προσωπικότητά του. Το ζητούμενο, που είναι η αντιμετώπιση του ασθενούς ως ανθρώπινη οντότητα, απαιτεί τη διαμόρφωση της συμπεριφοράς του νοσηλευτή απέναντι του με τέτοιο τρόπο, ώστε να γίνεται κατανοητή από τον ασθενή και προϋποθέτει συμπεριφορές ανάλογες προς το *συγκεκριμένο* ασθενή στον οποίο απευθύνεται και όχι μια στείρα προσαρμογή όλων των ασθενών σε ένα συγκεκριμένο μοντέλο προσέγγισης. Σημαντικό είναι στο σημείο αυτό να τονιστεί ότι, σε αντίθεση με την ειδική συγκρότηση του νοσηλευτή, η «χρήση του ίδιου του εαυτού», ως θεραπευτική διαδικασία, δεν διδάσκεται αλλά είναι προϊόν διεργασίας συναισθημάτων, βιωμάτων και εμπειριών, σε συνδυασμό με τις γνώσεις που ήδη κατέχει.¹

Οργανωτικές και διοικητικές δεξιότητες

Είναι σημαντικό για το νοσηλευτή ψυχικής υγείας να διαθέτει την ικανότητα οργάνωσης του χώρου και του χρόνου του και ανάλογα με τη θέση του και την ιεραρχία της ομάδας, οφείλει να είναι σε θέση να οργανώνει το χώρο και τις ενέργειες των υφισταμένων συνεργατών και των ασθενών και να συντονίζει τη σωστή κατανομή των εργασιών.

Επίσης το *θάρρος* και η δυνατότητα *ανάληψης πρωτοβουλιών* είναι χαρακτηριστικά που θα πρέπει να διακρίνουν έναν νοσηλευτή. Κάποιες φορές, ο φόβος του λάθους αποτελεί τροχοπέδη και μπορεί να οδηγήσει το νοσηλευτή σε εργασία ρουτίνας με τον ασθενή του, απλά διεκπεραιωτικού τύπου. Ακόμη και στην περίπτωση που κάποιο σφάλμα στην θεραπευτική διαδικασία έχει ήδη συμβεί ή δεν γίνεται να αποφευχθεί, ο νοσηλευτής πρέπει να είναι σε θέση να το αναγνωρίζει και, αν είναι δυνατό, να επιστρατεύει την εμπειρία του για να το διορθώσει. Με αυτόν τον τρόπο, το σφάλμα αυτό γίνεται αντικείμενο διδασχής τόσο για τον ίδιο όσο και για τους συναδέλφους του και μειώνονται ή εξαλείφονται οι πιθανότητες να επαναληφθεί.¹

Το επιδιωκόμενο αποτέλεσμα από τη λειτουργία μιας μονάδας Κοινωνικής Ψυχιατρικής ή ενός ψυχιατρικού τμήματος είναι η οργάνωση και η διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού με τέτοιο τρόπο ώστε να παράγει θετικό έργο, γεγονός που προϋποθέτει αφενός την προσήλωση στους στόχους και στις επιδιώξεις και αφετέρου τη λήψη πρωτοβουλιών, όταν αυτό απαιτείται.

Η σωστή αξιοποίηση του ανθρώπινου δυναμικού γίνεται πράξη με μια σειρά ενεργειών αναφερόμενων τόσο στην επιστημονική όσο και στην ανθρώπινη διάσταση τους. Απαραίτητη κρίνεται η επιζήτηση της συνεχούς ενημέρωσης αναφορικά με τις επιστημονικές εξελίξεις και κατακτήσεις, η ανταλλαγή απόψεων, ειδικών γνώσεων και εμπειριών εντός των πλαισίων της διεπιστημονικής ομάδας. Εκ μέρους των παλαιότερων περιμένει κάποιος να υπάρχει η διάθεση εκείνη για την μετάδοση της γνώσης, της εμπειρίας και των τεχνικών στους νεότερους συναδέλφους τους. Οι νέοι νοσηλευτές, με τη σειρά τους, επιβάλλεται όχι μόνο να αποδέχονται αυτές τις γνώσεις, εμπειρίες και τεχ-

νικές και να τις αξιοποιούν εμπράκτως αλλά και να επιδιώκουν με κάθε τρόπο την απόκτησή τους.¹

Άλλοι σημαντικοί παράγοντες που καθιστούν ικανό έναν θεραπευτή, είναι η προθυμία για συχνή και ειλικρινή επικοινωνία με όλους τους συνεργάτες, προϊσταμένους και υφισταμένους, η κατανόηση των προβλημάτων και τυχόν δυσκολιών τους καθώς και η παροχή βοήθειας προς την επίλυση τους. Στο πλαίσιο της εφαρμογής των αποφάσεων της ομάδας είναι απαραίτητη η υπευθυνότητα, η ευσυνειδησία, η συνέπεια καθώς και η συμμετοχή στην κωδικοποίηση των αποφάσεων και των αποτελεσμάτων της ομάδας και στην αξιολόγηση και επαναξιολόγηση της θεραπευτικής στάσης και της γενικότερης οργάνωσης του ιδρύματος ή της μονάδας που ανήκει.

Επαγγελματισμός

Ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας οφείλει να διαθέτει επαγγελματισμό και αίσθημα ευθύνης απέναντι στο λειτούργημα που ασκεί. Πρέπει να τον διακρίνει η καλώς εννοούμενη φιλοδοξία, ώστε, μέσω της διαρκούς επιμόρφωσης να επιδιώκει την συνεχόμενη ανέλιξή του. Η ανανέωση της γνώσης αποτελεί δύναμη επιστημονική για το νοσηλευτή, ενώ ο μη εμπλουτισμός της συντελεί στην επαγγελματική και επιστημονική στασιμότητα και οπισθοδρόμηση του. Η συνεχής αυτομόρφωση, εκπαίδευση και εξειδίκευση του νοσηλευτή ψυχικής υγείας συμβάλλει, εκτός των άλλων, στην εξοικονόμηση χρόνου, σωματικών και ψυχικών δυνάμεων, με στόχο τη βελτίωση της κατάστασης των αρρώστων, και στην καλύτερη λειτουργία της θεραπευτικής ομάδας της μονάδας ψυχικής υγείας. Επίσης, η επαφή του νοσηλευτή με τον άρρωστο σε 24ωρη βάση στο ψυχιατρικό τμήμα απαιτεί από τον πρώτο την αρτιότητα και την ευσυνειδησία του χαρακτήρα του, η οποία θα ενισχύσει αποτελεσματικά το έργο του. Ο θεραπευτής δεν πρέπει να λησμονεί ούτε για μια στιγμή ότι ο άρρωστος είναι πάνω απ' όλα άνθρωπος και ως τέτοιος πρέπει να αντιμετωπίζεται.¹

Δεξιότητες διδασκαλίας και παρατήρησης

Για το νοσηλευτή ψυχικής υγείας, η *διδασκαλία* όχι μόνο σχετίζεται με την άσκηση των επαγγελματικών του καθηκόντων, αλλά αποτελεί αναπόσπαστο και ουσιώδες κομμάτι της δραστηριότητας του. Συνεπώς, είναι απαραίτητη η απόκτηση διδακτικών δεξιοτήτων και η καλλιέργεια και ανάπτυξη τους με τέτοιο τρόπο και σε τέτοιο βαθμό, ώστε να μπορεί να μεταφέρει και να μεταδίδει τις γνώσεις του. Η ικανότητα των νοσηλευτών στη διδασκαλία είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με την ικανότητα τους να διδάσκονται και να μαθαίνουν.¹

Κάτι παρόμοιο, ισχύει και ως προς την *παρατήρηση*. Ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας οφείλει να είναι ακριβής και αντικειμενικός αναφορικά με τις παρατηρήσεις και τις περιγραφές του, αφού αυτές παίζουν σημαντικότερο ρόλο για την εκτέλεση του έργου του αλλά και γενικότερα για τη θεραπευτική ομάδα. Έτσι, αποφεύγονται οι λανθασμένες ενέργειες από μέρος των εμπλεκόμενων επαγγελματιών στην εκάστοτε περίπτωση, οι οποίες μπορούν να φέρουν εμπόδια στο θεραπευτικό έργο (υποτροπή της ασθένειας, καθυστέρηση της θεραπείας, κόπωση του ασθενούς από τη μακρά νοσηλεία). Για τους λόγους αυτούς, είναι απαραίτητο ο νοσηλευτής να διαθέτει ικανότητα να διαχωρίζει ποιες από τις παρατηρήσεις του είναι σημαντικές και ποιες όχι και να μπορεί να προβαίνει στην κατάλληλη περιγραφή για τη διευκόλυνση του έργου της θεραπευτικής ομάδας, της διάγνωσης, της θεραπείας, της κοινωνικής και επαγγελματικής αποκατάστασης του ασθενούς.¹

Δεξιότητες ως προς το ρόλο που υπαγορεύει η Κοινωνική Ψυχιατρική Νοσηλευτική

Πέρα από τις απαραίτητες και αναγκαίες δεξιότητες που αναφέρθηκαν παραπάνω, αναφέρονται με συντομία και οι δεξιότητες σχετικά με το ρόλο που υπαγορεύει η Κοινωνική Ψυχιατρική Νοσηλευτική:

α. Συμβουλευτικές δεξιότητες ανάλογα με τη φύση της νόσου ή της διαταραχής, την προσωπικότητα του αρρώστου και το επίπεδο εκπαίδευσης και μόρφωσής του.

β. Δεξιότητες συμβουλευτικής της οικογένειας του αρρώστου, αφού πρώτα διερευνηθούν οι σχέσεις που έχει ο ασθενής με την οικογένειά και το αντίστροφο

γ. Δεξιότητες ενισχυτικές της *κοινωνικοποίησης* του αρρώστου μέσω ατομικής ή ομαδικής εργασίας μέσα στο ψυχιατρικό τμήμα. Με τις δεξιότητες κοινωνικοποίησης των ψυχικά ασθενών επιδιώκεται η γνώση της ασθένειας από τον άρρωστο, καθώς επίσης και των «κοινωνικών κινδύνων» (κοινωνική απομόνωση, ανεργία), που αυτή συνεπάγεται. Η απόκρυψη της νόσου συμβάλλει στην ιδρυματοποίηση του ασθενούς στο τμήμα, στη μονάδα ή στο σπίτι του.

δ. Τέλος, σε αυτό το σημείο, θα πρέπει να τονιστεί ιδιαίτερα και η ικανότητα του νοσηλευτή ψυχική υγείας να γνωρίζει και να μπορεί να εργάζεται και στις τρεις βαθμίδες πρόληψης (πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια, τριτοβάθμια).¹

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Συνοψίζοντας κάποια βασικά σημεία της παρούσας εργασίας, θα μπορούσαμε να καταθέσουμε τα ακόλουθα:

Η κατάθλιψη ως ψυχική νόσος αποτελεί μια πολύ σοβαρή διαταραχή που απαντάται στις σύγχρονες κοινωνίες. Ως διαταραχή της διάθεσης επηρεάζει σημαντικά πολλές πλευρές της προσωπικότητας του ατόμου ενώ χαρακτηρίζεται από ευρεία συμπτωματολογία και μπορεί να οδηγήσει τον πάσχοντα μέχρι και το θάνατο. Μια μορφή κατάθλιψης που πλήττει τις γυναίκες και ιδίως τις νέες μητέρες είναι η επιλόχειος κατάθλιψη, η οποία ευθύνεται για πολλές δυσλειτουργίες, σωματικές και ψυχικές, που κάνουν την εμφάνισή τους, λίγο διάστημα μετά τον τοκετό, που έχει σοβαρή επίπτωση τόσο στη μητέρα και το παιδί όσο και στην μεταξύ τους σχέση αλλά και αργότερα την ενήλικη ζωή του παιδιού.

Η θεραπευτική προσέγγιση, τόσο για την κατάθλιψη όσο και για την επιλόχειο μορφή της, περιλαμβάνει πολλούς διαφορετικούς τρόπους αντιμετώπισης, σωματικές μεθόδους που είναι η χορήγηση φαρμακευτικών ουσιών όπως αντικαταθλιπτικά, λίθιο, μείζονα ηρεμιστικά, υπνωτικά ηρεμιστικά και τέλος, το ηλεκτροσόκ καθώς επίσης και ψυχοθεραπευτικές μεθόδους όπως η βραχείας διάρκειας ψυχοθεραπεία και η ομαδική ψυχοθεραπεία. Επίσης, υπάρχει και η επείγουσα κατάσταση η οποία πρέπει να είναι η πρώτη φροντίδα του ειδικού και αναφέρεται στον αυτοκτονικό ασθενή. Ο συνδυασμός και των δύο μεθόδων είναι ο πλέον αποτελεσματικότερος τρόπος για την αντιμετώπιση είτε ελαφρών είτε πιο βαρειών περιστατικών καταθλιπτικών επεισοδίων.

Σημαντικό ρόλο μπορεί να παίζει ο κοινοτικός νοσηλευτής, στην πρόληψη της κατάθλιψης και συνάμα της επιλόχειο κατάθλιψης, όπου οι ασθενείς με οποιαδήποτε καταθλιπτικά σύνδρομα αξιολογούνται και αντιμετωπίζονται, από το νοσηλευτή, με μια ολική βιοψυχο-κοινωνική προσέγγιση που βασίζεται σε τρεις πρωταρχικές ανάγκες. Ο ρόλος του κοινοτικού νοσηλευτή έχει αναβαθμιστεί τα τελευταία χρόνια με την καλλιέργεια των δεξιοτήτων, που πρέπει να έχει ένας νοσηλευτής, κατά την διάρκεια της θεωρητικής και κλινικής εκπαίδευσής του αλλά και με την εργασιακή του εμπειρία, για να είναι σωστός επαγγελματίας και καλός επιστήμονας.

Επίσης, σημαντικό ρόλο παίζει ο κοινοτικός νοσηλευτής στην περίοδο της λοχείας μιας γυναίκας, που τα καθήκοντά του είναι πολλά όπως ενημέρωση της γυναίκας για τις αλλαγές που επέρχονται στον οργανισμό της αυτή την περίοδο, συναισθηματική στήριξη της λεχώνας, ενημέρωση της γυναίκας για το πώς θα περιποιηθεί το νεογνό, βοήθεια στη διαδικασία του θηλασμού, κ.α.

Αξιόλογη επίσης, είναι και η σχέση του κοινοτικού νοσηλευτή ψυχικής υγείας με τον ασθενή που μπορεί να μετατραπεί σε σχέση αμοιβαίας εμπιστοσύνης και συνεργασίας. Σε αυτή τη σχέση ο κοινοτικός νοσηλευτής πρέπει να είναι ενεργός και παρατηρητικός για να ανακαλύπτει τις μεταβολές των αναγκών του ασθενούς. Αυτή η σχέση συνεργασίας ανάμεσα στο νοσηλευτή και τον ασθενή συμβάλλει στην ομαλή επανένταξη του ασθενή στην κοινότητα.

Έτσι, εκτός από τον παραδοσιακό ρόλο του, ως το πρόσωπο που αναλαμβάνει να διεκπεραιώνει το σύνολο των υποχρεώσεων του ασθενή και φροντίζει για την επίλυση των προβλημάτων του, στις μέρες μας πρέπει να έχει και ένα άλλο θεραπευτικό ρόλο, αυτό του νοσηλευτή – ψυχοθεραπευτή, ενεργώντας είτε ατομικά είτε στα πλαίσια διεπιστημονικών ομάδων.

Οι παρεμβάσεις όλων των επαγγελματιών υγείας και των νοσηλευτών θα πρέπει να στοχεύουν αρχικά στην πρόληψη και στη συνέχεια στην αντιμετώπιση της νόσου, στην προστασία της ανθρώπινης ζωής και στην προσφορά ποιότητας στη ζωή του καταθλιπτικού ασθενή.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Παπαγεωργίου-Βασιλοπούλου Α. 2004) «Κοινωνική-Κοινοτική Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας», Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα
2. Χριστοδούλου Γ Ν. (2008) (Συντονισμός-Επιμέλεια) Καθηγητής Ψυχιατρικής Πανεπιστημίου Αθηνών: Κατάθλιψη, Δεύτερη Έκδοση. Αθήνα: ΒΗΤΑ. Ιατρικές Εκδόσεις.

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

3. American Psychiatric Association (September 2007). Practice guidelines for the treatment of patients with major depressive disorder. 2nd ed..
4. Brenda Happell, Leanne Cowin, Cath Roper and Kim Foster Rose McMaster (2008). Introducing Mental Health Nursing. Pub Allen & Unwin
5. Chitty, K.K. (2004 [2009]). Διαταραχές Διάθεσης. Στο: Kneisl, C.R & Wilson, H.S & Trigoboff, E., ed. Σύγχρονη Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας, Μετάφραση: Κρομμύδας Γ. Αθήνα, ΕΛΛΗΝ, 406-441
6. Christina Lee¹, Annette J Dobson², Wendy J Brown³, Lois Bryson⁴, Julie Byles⁵, Penny Warner-Smith⁴ and Anne F Young 2005 .Cohort Profile: The Australian Longitudinal Study on Women's Health International Journal of Epidemiology Volume 34, Issue 5 P. 987-991

7. Fava M, Cassano P. (2008) Mood disorders: Major depressive disorder and dysthymic disorder. In: Stern TA, Rosenbaum JF, Fava M, Biederman J, Rauch SL, eds. Massachusetts General Hospital Comprehensive Clinical Psychiatry . 1st ed. Philadelphia, Pa: Mosby Elsevier;:chap 29
8. FLACH F.F.M.D (2008) Κατάθλιψη, η Μυστική της Δύναμη, Αθήνα: Εκδόσεις Δί-οδος
9. Kneisl R.C., Riley A.E., (2004 [2009]). Πελάτες σε Κίνδυνο για Αυτοκτονία και Αυτοκτονική Συμπεριφορά, στο: Kneisl, C.R & Wilson, H.S & Trigoboff, E., ed. Σύγχρονη Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας, Μετάφραση: Κρομμύδας Γ. Αθήνα, ΕΛ-ΛΗΝ, 634- 643
10. Sheila L. Videbeck 2010. Psychiatric-Mental Health Nursing, Pub Lippincot
11. Thomas, S and Jackson, A 2008, Risk and Protective Factors, Depression and Co-morbidities in Problem Gambling, Australian Gamblin Council, No 28 June.

ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

12. <http://www.anapolis.gr>
13. <http://www.mypsychologist.gr>
14. <http://www.healthierworld.gr>
15. <http://psi-gr.tripod.com>
16. <http://www.aftognosia.gr>

17. <http://www.depressionanxiety.gr>
18. <http://www.ibrt.gr>
19. <http://www.medscape.com>
20. <http://www.ehow.com>
21. <http://www.sprc.org>
22. <http://www.myoptumhealth.com>
23. <http://www.webmb.com>
24. <http://www.otherside.gr>
25. <http://www.webmd.com>
26. <http://psychcentral.com>
27. <http://www.moh.gov.cy>
28. <http://www.nhs.uk>
29. <http://www.searo.who.int>