



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΑΤΡΩΝ**
UNIVERSITY OF PATRAS

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ

ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ



ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ:

ΣΑΜΑΡΤΖΗ ΚΥΡΙΑΚΗ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ:

ΤΑΧΤΑΜΠΑ ΜΑΡΙΑ

Περιεχόμενα

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	4
ABSTRACT	5
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	6
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	7
Ορισμός	7
Ιστορική αναδρομή	7
Επιδημιολογικά στοιχεία	9
Μύθοι και αλήθειες για την κατάθλιψη	9
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	12
Αίτια κατάθλιψης.....	12
Συμπτώματα κατάθλιψης.....	13
Επιπτώσεις κατάθλιψης στο άτομο	15
Διάγνωση κατάθλιψης	16
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	19
Μείζων καταθλιπτική διαταραχή	19
Διπολική διαταραχή	20
Δυσθυμική διαταραχή.....	21
Ψυχωτική διαταραχή	21
Κυκλοθυμική διαταραχή	22
Επιλόχειος κατάθλιψη	23
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	25
Κατάθλιψη στην βρεφονηπιακή και προσχολική ηλικία	25
Κατάθλιψη στην παιδική ηλικία	26
Κατάθλιψη στην εφηβική ηλικία.....	27

Κατάθλιψη στην τρίτη ηλικία.....	29
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5	32
Πρόληψη κατάθλιψης.....	32
Θεραπεία κατάθλιψης.....	32
Παρενέργειες αντικαταθλιπτικών φαρμάκων	35
Καθήλωση και απομόνωση του ασθενή	38
Ακούσια νοσηλεία και δικαίωμα άρνησης της θεραπείας.....	38
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6	40
Νοσηλευτική επιστήμη	40
Ο ρόλος του νοσηλευτή στην ψυχική υγεία	40
Ο ρόλος του νοσηλευτή σε άτομα με αυτοκτονικές τάσεις.....	41
Σχεδιασμός νοσηλευτικής παρέμβασης.....	42
Νοσηλευτική διεργασία	47
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	53
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	54

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός της εργασίας αυτής είναι η καταγραφή και η παρουσίαση ερευνών που σχετίζονται με την κατάθλιψη, καθώς και η σωστή ενημέρωση και πληροφόρηση των αναγνωστών για όλα όσα την αφορούν. Η κατάθλιψη είναι η συχνότερη ψυχική διαταραχή που μπορεί να εμφανιστεί σε όλες της ηλικιακές ομάδες χωρίς διακρίσεις και, κατά τα τελευταία χρόνια, είναι η κυριότερη αιτία θανάτου παγκοσμίως.

Η κατάθλιψη είναι μία κατάσταση χαμηλής διάθεσης που επηρεάζει τη συμπεριφορά, τις σκέψεις και τα συναισθήματα του ατόμου που πάσχει από αυτήν. Η καλύτερη αντιμετώπιση της επιτυγχάνεται με την έγκαιρη διάγνωση. Η κατάθλιψη εκδηλώνεται με διαφορετικό τρόπο σε κάθε άτομο, με διαφορετική αιτιολογία και με διαφορετικά συμπτώματα, για αυτό και οι ειδικοί ψυχικής υγείας πρέπει να αναζητούν την καταλληλότερη θεραπεία. Η θεραπεία περιλαμβάνει κυρίως φαρμακευτική αγωγή, όπου υπάρχει αυξημένος κίνδυνος εμφάνισης παρενεργειών από τα φάρμακα, ψυχοθεραπεία και στην βαριά μορφή κατάθλιψης ηλεκτροσπασμοθεραπεία. Στόχος της εργασίας είναι η βιβλιογραφική ανασκόπηση όλων των ειδών της κατάθλιψης, η θεραπεία αυτών και ο σημαντικός ρόλος του νοσηλευτή ως μέλος της θεραπευτικής ομάδας.

ABSTRACT

The purpose of this work is to record and present research related to depression, as well as to properly inform and familiarize readers about everything related to it. Depression is the most common mental disorder that can occur in all age groups without discrimination and has been the leading cause of death worldwide in recent years.

Depression is a state of low mood that affects the behavior, the thoughts and the feelings of the person who is suffering from it. The best treatment is achieved by early diagnosis. Depression is manifested differently in every person, with different etiology and different symptoms, and mental health professionals should therefore seek the most appropriate treatment. The treatment mainly involves medication, where there is an increased risk of side effects from medication, psychotherapy and in the severe form of electrospasmotherapy depression. The aim of the work is to review all types of depression, their treatment and the important role of the nurse as member of the treatment group.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η κατάθλιψη είναι μία πάθηση που ακολουθεί την ανθρωπότητα από τα αρχαία χρόνια έως και σήμερα. Στην αρχαία Ελλάδα λεγόταν “μελαγχολία” και θεωρούνταν πάθηση του πνεύματος και της ψυχής, σε αντίθεση με τον Μεσαίωνα έως και την Αναγέννηση που θεωρούνταν ότι η ψυχική νόσος οφειλόταν σε θεϊκές δυνάμεις και δαίμονες. Από την Αναγέννηση και μετά άρχισαν να αναπτύσσονται ορθολογικές ερμηνείες για την έννοια της κατάθλιψης, για τα αίτια της καθώς και για την αντιμετώπιση της. Μετά τον 19^ο αιώνα οι έρευνες που πραγματοποιήθηκαν οδήγησαν σε νέες διαγνωστικές δοκιμασίες και καινούρια, πιο αποτελεσματική, αντιμετώπιση της ψυχικής νόσου.

Πράγματι, η κατάθλιψη σήμερα ορίζεται ως μία ψυχική διαταραχή όπου το άτομο διακατέχεται από καταθλιπτική διάθεση και θλίψη και συντελείται επιβράδυνση των ψυχοκινητικών, οργανικών και νοητικών διαδικασιών του οργανισμού. Συχνά παρατηρείται σύγχυση μεταξύ της κλινικής κατάθλιψης και της φυσιολογικής θλίψης ενός ατόμου, για αυτό τον λόγο στην εργασία αυτή γίνεται λεπτομερής αναφορά τόσο των διαφόρων ειδών της κατάθλιψης και των συμπτωμάτων αυτών, όσο και της θεραπευτικής αντιμετώπισης τους. Στόχος της εργασίας είναι να δοθούν όλες οι απαραίτητες πληροφορίες για την κλινική κατάθλιψη και την διαφοροποίηση της από άλλες παθήσεις, τα συμπτώματα της, οι τρόποι διάγνωσης της από τους ειδικούς ψυχικής υγείας καθώς και η θεραπευτική αντιμετώπιση της.

Η εργασία δομείται στα εξής μέρη: στο πρώτο κεφάλαιο παρουσιάζεται ο ορισμός της κατάθλιψης, η ιστορία της από τα αρχαία χρόνια έως και σήμερα, η επιδημιολογία της ανά τον κόσμο καθώς και μύθοι και αλήθειες σχετικά με αυτήν. Στο επόμενο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα κύρια αίτια της, τα συμπτώματα και οι επιπτώσεις που έχει στο άτομο και εξετάζονται οι πιθανοί τρόποι διάγνωσης της. Στην συνέχεια εξετάζονται τα είδη της κατάθλιψης και ακολουθεί ο συσχετισμός της αναφορικά με την ηλικία. Έπειτα καταγράφεται το πώς η πρόληψη είναι σημαντική για την αποτελεσματική αντιμετώπιση της κατάθλιψης, οι διαφορετικοί μέθοδοι θεραπείας της καθώς και οι παρενέργειες ορισμένων φαρμάκων. Ακολουθούν οι περιοριστικοί μέθοδοι ενός ασθενή που δεν συνεργάζεται με το προσωπικό ψυχικής υγείας καθώς και τι προβλέπεται από τον νόμο όταν ένας ασθενής αρνείται να νοσηλευτεί ώστε να ακολουθήσει την θεραπεία. Τέλος, γίνεται λόγος για τον ρόλο του νοσηλευτή τόσο στα καταθλιπτικά άτομα όσο και στα άτομα με υψηλό κίνδυνο αυτοκτονίας καθώς και ο σχεδιασμός της νοσηλευτικής παρέμβασης. Ακολουθεί η εξαγωγή συμπερασμάτων και η βιβλιογραφία που χρησιμοποιήθηκε.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Ορισμός

Η κατάθλιψη είναι μια ψυχική διαταραχή κατά την οποία το άτομο παρουσιάζει καταθλιπτική διάθεση, άγχος, απώλεια ενδιαφέροντος ή ευχαρίστησης, μειωμένη ενέργεια, αισθήματα ενοχής ή χαμηλής αυτοεκτίμησης, διαταραχές ύπνου και έλλειψη όρεξης. Αυτά τα προβλήματα μπορούν να γίνουν χρόνια ή υποτροπιάζοντα και να οδηγήσουν σε σημαντικές βλάβες της ικανότητας ενός ατόμου να φροντίσει για τις καθημερινές ανάγκες του. Στην χειρότερη περίπτωση η κατάθλιψη οδηγεί στην αυτοκτονία (Kessing, et al., 2010).

Ιστορική αναδρομή

Ψυχικά νοσήματα υπήρχαν και πριν εμφανιστούν οι ψυχίατροι και οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας. Στις αρχές των ιστορικών χρόνων, η ψυχική νόσος θεωρούνταν ότι οφειλόταν σε υπερφυσικές δυνάμεις. Οι ψυχικά ασθενείς άνθρωποι αντιμετωπίζονταν σαν να είχαν καταληφθεί είτε από δαίμονες είτε από θείες δυνάμεις.

Τον 4^ο αιώνα π.Χ ,ο αρχαίος Έλληνας ιατρός Ιπποκράτης, απέρριψε την επικρατούσα πεποίθηση ότι οι ψυχικές διαταραχές οφείλονταν σε υπερφυσικά αίτια. Αντίθετα πίστευε ότι αυτές οι ασθένειες έχουν φυσικές αιτίες και επομένως πρέπει να αντιμετωπίζονται με τον κατάλληλη θεραπεία και όχι με εξορκισμούς, όπως γινόταν μέχρι τότε. Επιπλέον, πίστευε ότι η φυσιολογική λειτουργία του εγκεφάλου εξαρτάται από την λεπτή ισορροπία ανάμεσα σε τέσσερις χυμούς ή υγρά του σώματος και συγκεκριμένα την κίτρινη χολή, την μαύρη χολή, το αίμα και το φλέγμα. Θεωρούσε ότι η έλλειψη ισορροπίας ανάμεσα σε αυτούς τους χυμούς ήταν η αιτία των ψυχικών διαταραχών (King, et al., 2010).

Στην Ευρώπη του Μεσαίωνα και κατά την Αναγέννηση υπήρχε η αντίληψη ότι οι άνθρωποι με ψυχική νόσο είχαν επηρεαστεί από την σελήνη. Οι ψυχικά διαταραγμένοι άνθρωποι θεωρούνταν δαίμονες, μάγισσες ή αιρετικοί και κλείνονταν σε ιδρύματα όπου αντιμετωπίζονταν ως εγκληματίες και τιμωρούνταν για την συμπεριφορά τους. Η τιμωρία τους περιλάμβανε ξυλοδαρμούς, απομόνωση, ανεπαρκής σίτιση και ένδυση (Kennedy, et al., 2010).

Οι ψυχικά ασθενείς άνθρωποι συνέχισαν να αντιμετωπίζονται με αυτό τον τρόπο έως την δεκαετία του 1790 όπου ο Γάλλος ιατρός Philippe Pinel ξεκίνησε την <<ηθική θεραπεία>> των ασθενών αυτών. Τους απελευθέρωσε από τις αλυσίδες τους, εφάρμοσε μια

προσέγγιση ψυχολογικής θεραπείας, επέβαλε την κάλυψη των βασικών αναγκών τους και μελέτησε την συμπεριφορά των ασθενών αυτών ώστε να κατανοήσει τον παθολογικό τρόπο σκέψης τους.

Το 1917, ο Sigmund Freud όρισε την μελαγχολία ως αντίδραση στην απώλεια, είτε την πραγματική απώλεια (π.χ. ο θάνατος ενός αγαπημένου προσώπου), είτε την συμβολική απώλεια (π.χ. η αποτυχία να επιτευχθεί ένας σημαντικός στόχος). Πίστευε ότι ο ασυνείδητος θυμός ενός ατόμου εξαιτίας της απώλειας αποδυναμώνει το εγώ του, με αποτέλεσμα το άτομο αυτό να έχει αυτοκαταστροφική συμπεριφορά. Πρότεινε την ψυχανάλυση για την επίλυση των ασυνείδητων συγκρούσεων και την μείωση της ανάγκης για αυτοκαταστροφικές σκέψεις και συμπεριφορές (Mondimore, 2006).

Η δεκαετία του 1950 θεωρήθηκε σημαντική για την αναζήτηση των οργανικών αιτιών και των θεραπειών της ψυχικής ασθένειας. Ανακαλύφθηκαν φάρμακα που θεραπεύουν τα ψυχικά νοσήματα, με αποτέλεσμα πολλοί ασθενείς να καταφέρουν να εξέλθουν από τα ψυχιατρικά ιδρύματα. Επίσης, την ίδια περίοδο ξεκίνησε η διαδικασία της αποασυλοποίησης των ασθενών, με στόχο οι ασθενείς αυτοί να αντιμετωπίζονται σε ένα λιγότερο περιοριστικό περιβάλλον καθώς και η θεραπευτική τους αντιμετώπιση στην κοινότητα να είναι φθηνότερη από ότι σε ένα κρατικό ίδρυμα. Τελικά το πείραμα της αποασυλοποίησης απέτυχε σε μεγάλο βαθμό αφού 2,2 εκατομμύρια ασθενείς στις ΗΠΑ δεν λάμβαναν καμία ψυχιατρική θεραπεία. Οι ανάγκες της θεραπείας στην κοινότητα δεν καλύπτονταν με αποτέλεσμα οι ψυχικά ασθενείς να πάσχουν από το στίγμα της ψυχικής νόσου, να υφίστανται διακρίσεις στην αναζήτηση στέγης και δυσχέρεια στην απόκτηση ασφαλιστικής κάλυψης (Torrey, 1997).

Την δεκαετία του 1990 είχε ανακηρυχθεί ως “η δεκαετία του εγκεφάλου”, καθώς οι έρευνες οδήγησαν σε νέες διαγνωστικές δοκιμασίες και καινούρια φάρμακα για τα ψυχικά νοσήματα (King, et al., 2010). Κατά την σύγχρονη άποψη, η κατάθλιψη μπορεί να προκληθεί τόσο από ψυχικά όσο και από σωματικά αίτια ταυτόχρονα. Επειδή έχει γίνει πλέον αποδεκτή η άποψη ότι η κατάθλιψη έχει συχνά πολλαπλές αιτίες υφίστανται πλέον αρκετές θεραπευτικές προσεγγίσεις που διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην βοήθεια και στην υποστήριξη των ανθρώπων που πάσχουν από αυτήν (Ancibure, et al., 2010).

Επιδημιολογικά στοιχεία

Σύμφωνα με τα στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, το ποσοστό του παγκόσμιου πληθυσμού με κατάθλιψη εκτιμήθηκε στο 10-12% για το 2018, δηλαδή περίπου 154 εκατομμύρια άνθρωποι, από τους οποίους μόνο τα 1/3 καταφεύγουν στην αναζήτηση βοήθειας από ειδικούς. Τα ποσοστά επικράτησης ποικίλλουν ανάλογα με την ηλικία. Το ποσοστό κατάθλιψης σε άτομα ηλικίας πάνω των 60 ετών ανέρχεται σε 12% (7% μεταξύ των ηλικιωμένων γυναικών και 5% στους άνδρες). Η κατάθλιψη συμβαίνει επίσης σε παιδιά και εφήβους, με ποσοστό 50% των ψυχικών ασθενειών να παρατηρείται από την ηλικία των 14 ετών. Οι καταθλιπτικές διαταραχές είναι πιο συχνές στους αστικούς πληθυσμούς από ότι στους αγροτικούς και η επικράτηση αυξάνεται σε ομάδες με φτωχότερους κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες, π.χ. έλλειψη στέγης. Τέλος, πάνω από 800.000 άτομα τον χρόνο αυτοκτονούν, η κατάθλιψη είναι η 2^η κύρια αιτία αυτοκτονιών σε άτομα ηλικίας 15-29 ετών και αναμένεται έως το 2020 να είναι η κυριότερη αιτία αυτοκτονιών στον κόσμο (W.H.O.,2018).

Μύθοι και αλήθειες για την κατάθλιψη

ΜΥΘΟΣ: Η κατάθλιψη είναι μια γενική, αφηρημένη έννοια και δεν μπορεί να μετρηθεί.

ΑΛΗΘΕΙΑ: Η ψυχιατρική έχει πολύ συγκεκριμένες μεθόδους για να διαγνώσει την κατάθλιψη (π.χ. κλίμακα Hamilton).

ΜΥΘΟΣ: Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα προκαλούν εθισμό και επηρεάζουν την προσωπικότητα του ατόμου.

ΑΛΗΘΕΙΑ: Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα δεν προκαλούν εθισμό, ούτε αλλάζουν την προσωπικότητα του ατόμου. Όταν η θεραπεία έχει ολοκληρωθεί, ο ασθενής με την καθοδήγηση του ιατρού διακόπτει την φαρμακευτική αγωγή, χωρίς να προκύψει κάποιο πρόβλημα.

ΜΥΘΟΣ: Μόνο οι ασθενείς με αυτοκτονικές τάσεις χρειάζονται φαρμακευτική αγωγή.

ΑΛΗΘΕΙΑ: Η φαρμακευτική αγωγή δεν απευθύνεται μόνο στους ασθενείς με αυτοκτονικές τάσεις. Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα μπορούν να βοηθήσουν όλους τους ανθρώπους που υποφέρουν από κατάθλιψη ώστε να την ξεπεράσουν.

ΜΥΘΟΣ: Κάποιος που πέρασε ένα επεισόδιο κατάθλιψης στο παρελθόν δεν κινδυνεύει να περάσει πάλι.

ΑΛΗΘΕΙΑ: Η κατάθλιψη εμφανίζεται συχνά με αρκετά επεισόδια κατά την διάρκεια της ζωής. Η βαρύτητα των επεισοδίων μπορεί να διαφέρει μέσα στα χρόνια.

ΜΥΘΟΣ: Ο ψυχολόγος είναι αρκετός στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης, οπότε δεν χρειάζεται ψυχίατρος.

ΑΛΗΘΕΙΑ: Ο ψυχίατρος είναι απαραίτητος στη θεραπεία της κατάθλιψης καθώς μόνο εκείνος μπορεί να χορηγήσει φαρμακευτική αγωγή, αλλά και η βοήθεια του ψυχολόγου είναι εξαιρετικά σημαντική μέσω της ψυχοθεραπείας.

ΜΥΘΟΣ: Οι έφηβοι είναι από την φύση τους καταθλιπτικοί.

ΑΛΗΘΕΙΑ: Παρόλο που πολλοί έφηβοι είναι κυκλοθυμικοί και αντιδραστικοί, η παρατεταμένη θλίψη ή ευερεθιστότητα δεν είναι φυσιολογική. Όταν η θλίψη ή η ευερεθιστότητα διαρκεί πάνω από δύο εβδομάδες μπορεί να είναι σημάδι κατάθλιψης.

ΜΥΘΟΣ: Εάν κάποιος στο οικογενειακό σας περιβάλλον έπασχε από κατάθλιψη τότε θα νοσήσετε και εσείς.

ΑΛΗΘΕΙΑ: Η κατάθλιψη έχει αποδειχθεί ότι είναι μία κληρονομική νόσος, έχοντας λοιπόν οικογενειακό ιστορικό κατάθλιψης υπάρχει κίνδυνος να νοσήσετε κατά 10%-15%, όχι όμως ότι είναι απαραίτητο.

ΜΥΘΟΣ: Η χορήγηση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων γίνεται εφ' όρου ζωής.

ΑΛΗΘΕΙΑ: Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα λειτουργούν ως μία μακροπρόθεσμη λύση για τα άτομα με κατάθλιψη. Πολλοί άνθρωποι όμως, ανάλογα με την σοβαρότητα της διαταραχής, δεν χρειάζεται να λαμβάνουν αντικαταθλιπτική αγωγή για το υπόλοιπο της ζωής τους.

ΜΥΘΟΣ: Η κατάθλιψη επηρεάζει μόνο τις γυναίκες.

ΑΛΗΘΕΙΑ: Οι γυναίκες εμφανίζουν κατάθλιψη σε μεγαλύτερο ποσοστό από τους άντρες, όχι όμως ότι οι άντρες δεν μπορούν να επηρεαστούν από την κατάθλιψη. Μάλιστα ο ανδρικός πληθυσμός έχει το μεγαλύτερο ποσοστό αυτοκτονίας.

ΜΥΘΟΣ: Η συζήτηση μπορεί να επιδεινώσει την κατάθλιψη.

ΑΛΗΘΕΙΑ: Η συζήτηση με έναν επαγγελματία ψυχικής υγείας είναι σημαντική καθώς η ψυχοθεραπεία βοηθάει στην θεραπεία της κατάθλιψης.

ΜΥΘΟΣ: Η κατάθλιψη είναι μέρος της γήρανσης.

ΑΛΗΘΕΙΑ: Οι ηλικιωμένοι τείνουν να εμφανίζουν κατάθλιψη σε μεγαλύτερο βαθμό από ότι στις άλλες ηλικιακές ομάδες, αυτό όμως δεν σημαίνει ότι όλοι οι ηλικιωμένοι εμφανίζουν κατάθλιψη.

ΜΥΘΟΣ: Αν κάποιος που έχει κατάθλιψη κάνει απλά υπομονή, η νόσος θα περάσει από μόνη της.

ΑΛΗΘΕΙΑ: Η κατάθλιψη μπορεί να μην υποχωρήσει από μόνη της καθώς σε κάποιους ασθενείς αν δεν αντιμετωπιστεί κατάλληλα διαρκεί χρόνια.

ΜΥΘΟΣ: Η κατάθλιψη εκδηλώνεται πάντα ως αντίδραση σε ένα τραυματικό ή δυσάρεστο γεγονός της ζωής όπως το διαζύγιο, ο θάνατος ενός αγαπημένου προσώπου ή η απώλεια της εργασίας.

ΑΛΗΘΕΙΑ: Η κατάθλιψη μπορεί πράγματι να πυροδοτείται από τραυματικά ή δυσάρεστα γεγονότα της ζωής, αλλά αυτό δεν συμβαίνει πάντα και σε όλους. Τα αίτια της κατάθλιψης ποικίλουν από άνθρωπο σε άνθρωπο, το ίδιο και οι παράγοντες εμφάνισής της.

ΜΥΘΟΣ: Αν κάποιος δεν καταφέρει να ξεπεράσει την κατάθλιψη, αυτό σημαίνει ότι έχει αδύναμο χαρακτήρα.

ΑΛΗΘΕΙΑ: Η κατάθλιψη δεν υποδηλώνει ότι κάποιος έχει αδύναμο χαρακτήρα. Αντιθέτως, μπορεί ο καθένας να εμφανίσει κατάθλιψη.

(ΕΠΙΨΥ, 2010)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Αίτια κατάθλιψης

I. Γενετικά Αίτια

Μελέτες δείχνουν πως σχεδόν το 40% των μεμονωμένων διαφορών στον κίνδυνο για εμφάνιση κλινικής κατάθλιψης μπορεί να εξηγηθεί από γενετικούς παράγοντες. Όπως και οι περισσότερες ψυχιατρικές διαταραχές, έτσι και η κατάθλιψη είναι πιθανό να οφείλεται σε κληρονομικούς παράγοντες. Υπάρχει η θεωρία ότι διάφορα γονίδια εμπλέκονται στην μεταβίβαση χαρακτηριστικών που αυξάνουν την προδιάθεση του ατόμου να παρουσιάσει κατάθλιψη. Το 2018, μια μελέτη συσχέτισης με γονιδιώματα ανακάλυψε 44 παραλλαγές στο γονιδίωμα που συνδέεται με τον κίνδυνο για μείζονα κατάθλιψη (Wray, 2018). Ακολούθησε μια μελέτη του 2019 που βρήκε 102 παραλλαγές στο γονιδίωμα που συνδέεται με την κατάθλιψη. Παρόλα αυτά η γενετική επιρροή είναι μόνο εν μέρει υπεύθυνη για την πρόκληση της κατάθλιψης καθώς υπάρχουν και άλλοι παράγοντες που διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση της (Howard, 2019).

II. Βιολογικά αίτια

Τα τελευταία χρόνια έχει σημειωθεί μεγάλη πρόοδος στην κατανόηση της λειτουργίας του εγκεφάλου, στην επίδραση των νευροδιαβιβαστών και των ορμονών καθώς και το πώς αυτά σχετίζονται με την εμφάνιση της κατάθλιψης. Ο εγκέφαλος αποτελεί το κέντρο εντολής του ανθρώπινου σώματος, ελέγχοντας τις βασικές λειτουργίες του, τις κινήσεις του, τις σκέψεις και τα συναισθήματα του. Έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί δείχνουν ότι η κατάθλιψη έχει συνδεθεί με ανισορροπίες των νευροδιαβιβαστών (δηλαδή βιοχημικών ουσιών μέσω των οποίων επικοινωνούν τα νευρικά κύτταρα μεταξύ τους) σεροτονίνη, νορεπινεφρίνη και ντοπαμίνη. Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα που δρουν σε αυτούς τους νευροδιαβιβαστές έδειξαν ότι όταν αυξάνεται η συγκέντρωση των ουσιών αυτών στον εγκέφαλο τότε αυξάνονται και τα ποσοστά επιτυχούς αντιμετώπισης της κατάθλιψης (Happell, et al., 2008).

III. Περιβαλλοντικά Αίτια

Τα παιδιά είναι πιθανότερο να υποστούν κατάθλιψη εάν βιώνουν τραυματικές εμπειρίες κατά την παιδική τους ηλικία, όπως οι συχνές οικογενειακές συγκρούσεις, η ενδοοικογενειακή βία και ο χωρισμός των γονέων. Δυσάρεστα γεγονότα και αλλαγές κατά

την διάρκεια της ζωής ενός ανθρώπου δεν τον αφήνουν ανεπηρέαστο. Τέτοια γεγονότα μπορεί να είναι η απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου, η έκθεση σε βία ή τρομοκρατία, η απώλεια της θέσης εργασίας, η φτώχεια και γενικότερα τα οικονομικά προβλήματα καθώς και οι φυσικές καταστροφές (καταστρεπτικοί τυφώνες, τσουνάμι, σεισμοί), (Ladegaard, et al., 2015; Anapolis, 2012).

IV. Ψυχολογικά Αίτια

Έχει παρατηρηθεί ότι άτομα με χαμηλή αυτοεκτίμηση, υπερβολικά ευαίσθητα, κοινωνικά απομονωμένα, απαισιόδοξα, ενοχικά και μυστικοπαθή είναι ιδιαίτερα επιρρεπείς στην εκδήλωση κατάθλιψης. Επίσης, άτομα με χρόνιες ασθένειες, με κάποια αναπηρία ή άτομα που υποφέρουν από παθήσεις (όπως καρδιολογικά προβλήματα, άνοια, ορμονικές διαταραχές κ.ά.) διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο εκδήλωσης της (Ρομφαία, 2012).

Συμπτώματα κατάθλιψης

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

1. Καταθλιπτική διάθεση κατά το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας. Το άτομο που πάσχει από κατάθλιψη νιώθει μία ανεξήγητη θλίψη, είναι συναισθηματικά ευάλωτο σε οποιοδήποτε ερέθισμα του περιβάλλοντος του και ξεσπάει σε κλάματα οποιαδήποτε στιγμή χωρίς καμία σοβαρή αιτία. Αισθάνεται ότι κανείς δεν μπορεί να τον κατανοήσει και μη μπορώντας να εξηγήσει τι του συμβαίνει κλείνεται στον εαυτό του, στενοχωριέται και εκνευρίζεται με το παραμικρό.

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

3. Απαισιόδοξες και αρνητικές σκέψεις. Αν δώσουμε σε ένα άτομο που πάσχει από κατάθλιψη ένα πινέλο για να ζωγραφίσει, το μοναδικό χρώμα που θα χρησιμοποιήσει θα είναι το μαύρο, αφού έτσι βλέπει τα πράγματα γύρω του. Νιώθει ότι όλα οδεύουν από το

κακό στο χειρότερο ακόμη και αν δεν ισχύει κάτι τέτοιο, για αυτόν η κατάσταση θεωρείται μη αναστρέψιμη.

4. Ιδέες θανάτου και αυτοκτονίας. Ο ασθενής νιώθοντας ανήμπορος και απελπισμένος βλέπει το θάνατο ως τη μοναδική διέξοδο στο αδιέξοδο του, κυριεύεται από την ιδέα του θανάτου και εξετάζει πιθανά σενάρια αυτοκτονίας, καθώς η ιδέα αυτή τον ανακουφίζει.

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

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

7. Ανησυχία και άγχος. Το άτομο που βιώνει κατάθλιψη νιώθει ένα ανεξήγητο άγχος και καταλαμβάνεται από την ιδέα ότι κάτι κακό μπορεί να συμβεί.

8. Τάσεις απομόνωσης. Το άτομο κλείνεται στον εαυτό του αφού έχει την εντύπωση ότι κανείς δεν μπορεί να τον καταλάβει. Νιώθει μόνος ακόμη και αν βρίσκεται μαζί με άλλα άτομα και όταν κάποιος ενδιαφερθεί ή θελήσει να τον προσεγγίσει εκείνος εκνευρίζεται και αρνείται κάθε είδους βοήθεια (ΕΠΨΥ, 2010).

Τα κυριότερα σωματικά συμπτώματα της κατάθλιψης είναι τα ακόλουθα:

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

2. Πονοκέφαλοι και ημικρανίες. Το άτομο παρουσιάζει σχεδόν καθημερινούς και ισχυρούς πονοκέφαλους και υποφέρει από συχνές ζαλάδες κατά το μεγαλύτερο μέρος της μέρας.

3. Προβλήματα στο πεπτικό σύστημα. Εδώ ανήκουν ο πόνος ή το αίσθημα καψίματος στο στομάχι, οι ναυτίες, η διάρροια, η χρόνια δυσκοιλιότητα καθώς και το σύνδρομο του ευερέθιστου έντερου (Otherside, 2010).

4. Προβλήματα ύπνου. Οι διαταραχές στον ύπνο μπορεί να εκδηλωθούν είτε ως αϋπνία, δηλαδή δυσκολία του ατόμου να κοιμηθεί, είτε ως υπερυπνία, δηλαδή ανάγκη για υπερβολικό ύπνο και δυσκολία στην αφύπνιση.

5. Διατροφικές διαταραχές. Η αλλαγή στις διατροφικές συνήθειες είναι ιδιαίτερα εμφανής καθώς παρατηρείται απώλεια όρεξης που οδηγεί στην απώλεια σωματικού βάρους, ενώ από την άλλη πλευρά μπορεί να συμβεί και το αντίθετο, δηλαδή το άτομο να παρουσιάζει όρεξη για συγκεκριμένες τροφές, πλούσιες σε υδατάνθρακες και έτσι το βάρος του να αυξηθεί σημαντικά (Tyrell, 2011).

6. Αισθήματα κόπωσης και αδυναμίας. Ο ασθενής νιώθει εξάντληση και χάνει την ενεργητικότητα του ακόμη και από τις πρώτες πρωινές ώρες.

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

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

Επιπτώσεις κατάθλιψης στο άτομο

Η κατάθλιψη, όπως διαπιστώθηκε από τα παραπάνω, επιφέρει αλλαγές όχι μόνο σε ψυχολογικό αλλά και σε σωματικό επίπεδο. Επιδρά στην ψυχοσύνθεση του ασθενούς καθώς και στις σχέσεις του με τα άτομα του περιβάλλοντος του. Οι επιπτώσεις της όμως δεν περιορίζονται στο άτομο που πάσχει από αυτήν, αλλά εκτείνονται και στην οικογένεια, στο φιλικό και εργασιακό του περιβάλλον. Η επιρροή αυτή, αν και έμμεση, είναι εξίσου σημαντική. Το καταθλιπτικό άτομο αισθάνεται ότι κανείς δεν μπορεί να το καταλάβει και αρνείται οποιαδήποτε συναναστροφή με άτομα του οικογενειακού και φιλικού περιβάλλοντος του, με αποτέλεσμα να κλείνεται στον εαυτό του και να αποσύρεται κοινωνικά. Νιώθει τύψεις για όλο αυτό που του συμβαίνει και εκλαμβάνει τη μοναξιά ως μια μορφή αυτοτιμωρίας που υποχρεούται να επιβάλλει στον εαυτό του. Η οικογένεια είναι εκείνη που υφίσταται στο μεγαλύτερο βαθμό όλες αυτές τις δυσκολίες λόγω της καθημερινής επαφής με το καταθλιπτικό άτομο. Εκτός από την επίπτωση στην οικογένεια, ένας άλλος τομέας που δεν μένει ανεπηρέαστος είναι η εργασία του ατόμου, επιφέροντας και τις ανάλογες οικονομικές επιπτώσεις. Ο ασθενής με κατάθλιψη παρουσιάζει μειωμένη αποδοτικότητα στον επαγγελματικό του χώρο λόγω της αδυναμίας του να συγκεντρωθεί, της απώλειας της ενέργειας του και της σωματικής του κόπωσης (Mollinea, 2010).

Σημαντικότερη όμως επίπτωση είναι ο κίνδυνος της αυτοκτονίας που εγκυμονεί η κατάθλιψη με έσχατη συνέπεια το θάνατο, καθώς η κατάθλιψη συγκαταλέγεται στους κυριότερους παράγοντες κινδύνου για απόπειρα αυτοκτονίας τόσο σε ενήλικα όσο και σε νεαρά άτομα. Οι λόγοι που μπορεί να οδηγήσουν κάποιον στην αυτοκτονία σχετίζονται με ψυχολογικούς, κοινωνικούς και βιολογικούς παράγοντες. Οι δύο πρώτοι γίνονται ιδιαίτερα αισθητοί μέσα από τα συμπτώματα με τα οποία εκδηλώνονται, όπως είναι για παράδειγμα η έλλειψη κοινωνικών συναναστροφών, απομόνωση, απελπισία κ.α. Όσον αφορά τους βιολογικούς παράγοντες, επιστημονικές μελέτες έχουν διασαφηνίσει ότι σφάλματα στους υποδοχείς των νευροδιαβιβαστών του εγκεφάλου σχετίζονται με αυτοκτονικές τάσεις. Συγκεκριμένα, υπάρχουν σοβαρές ενδείξεις ότι τα μειωμένα επίπεδα σεροτονίνης επηρεάζουν τη συμπεριφορά του ατόμου που μπορεί να οδηγήσει σε βίαιες εκδηλώσεις και απόπειρες αυτοκτονίας (Gibbons, et al., 2015).

Διάγνωση κατάθλιψης

Είναι ευρέως γνωστό και αποδεκτό ότι η διάγνωση της κατάθλιψης είναι κλινική και όχι εργαστηριακή. Αυτό όμως δε συνεπάγεται ότι δεν προκύπτουν ευρήματα από το εργαστήριο, απλώς τα ευρήματα αυτά είναι μόνο ενδεικτικά της κατάθλιψης. Δεν αφορούν δηλαδή αυτήν καθαυτή τη νόσο αλλά τον αποκλεισμό κάποιας πιθανής πρωτογενούς σωματικής διαταραχής ώστε από εκεί και πέρα να αναζητηθούν και να διερευνηθούν τα συμπτώματα που σχετίζονται με την εμφάνιση της. Σε πρώτη, λοιπόν, φάση είναι απαραίτητο για το άτομο που εμφανίζει συμπτώματα κατάθλιψης να επισκεφτεί τον παθολόγο ώστε να ελεγχτεί αν τα καταθλιπτικά συμπτώματα οφείλονται σε κάποια άλλη ιατρική πάθηση ή προκύπτουν από τη χρήση οποιωνδήποτε φαρμάκων. Αν εξακριβωθεί ότι τα συμπτώματα δεν σχετίζονται με κάποια άλλη ασθένεια, τότε το επόμενο βήμα είναι η επίσκεψη στον ψυχίατρο ή στον κλινικό ψυχολόγο που θα εκτιμήσει σε ψυχολογική βάση το πλήρες ιστορικό των συμπτωμάτων και στη συνέχεια θα ακολουθήσει τις απαιτούμενες ενέργειες ώστε να ολοκληρωθεί η διάγνωση της νόσου. Όσο πιο έγκαιρα γίνει η διάγνωση τόσο πιο γρήγορα θα επέλθει και η θεραπεία της (Μενιδιάτου, 2012).

Στόχος της φυσικής εξέτασης είναι να αποκλειστούν τα φυσικά αίτια για την κατάθλιψη καθώς υπάρχουν πολλές ιατρικές παθήσεις που έχουν παρόμοια συμπτώματα, όπως είναι για παράδειγμα ορμονικές διαταραχές, η νόσος του Cushing (επινεφρίδια), ορισμένοι τύποι καρκίνων, η σκλήρυνση κατά πλάκας, η νόσος του Parkinson, το Alzheimer κ.α. Ο ιατρός καλείται να εξετάσει οποιοδήποτε πρόβλημα σχετίζεται με το νευρικό και

ορμονικό σύστημα ώστε να εξακριβωθεί αν τα καταθλιπτικά συμπτώματα είναι αίτια από κάποια άλλη ασθένεια ή από την χορήγηση κάποιων φαρμάκων. Στη συνέχεια ο ιατρός μπορεί να προβεί σε εργαστηριακές εξετάσεις του ασθενούς ώστε να αποκλειστούν οι άλλες διαγνώσεις. Με εξετάσεις αίματος μπορούν να ελεγχθούν οι δείκτες αναιμίας, τα επίπεδα ασβεστίου, οι ορμόνες του θυρεοειδούς, η ηπατική λειτουργία και η λειτουργία των νεφρών. Με εξετάσεις ούρων γίνεται έλεγχος για τυχόν λοιμώξεις καθώς και τα επίπεδα των πρωτεϊνών και του σακχάρου. Άλλες εξετάσεις που μπορεί να οδηγήσουν στη διάγνωση άλλων ασθενειών, αποκλείοντας έτσι την κατάθλιψη, είναι το ηλεκτροκαρδιογράφημα για σοβαρά καρδιακά προβλήματα, η αξονική τομογραφία ή η μαγνητική τομογραφία του εγκεφάλου για σοβαρές παθήσεις του εγκεφάλου, όπως όγκος, και το εγκεφαλογράφημα για την καταγραφή της ηλεκτρικής δραστηριότητας του εγκεφάλου (Μενιδιάτου, 2012).

Από τη στιγμή που δεν έχουν εντοπιστεί παθολογικά αίτια που να εξηγούν την εμφάνιση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων, ο ιατρός παραπέμπει τον ασθενή σε έναν επαγγελματία ψυχικής υγείας. Αυτός θα ζητήσει από τον ασθενή ένα πλήρες ιστορικό των συμπτωμάτων: πότε ξεκίνησαν, πόσο διήρκεσαν, πόσο σοβαρά είναι, αν είχαν εμφανιστεί ξανά στο παρελθόν και πώς αντιμετωπίστηκαν. Θα ρωτήσει επίσης τον ασθενή αν καταλαμβάνεται από σκέψεις θανάτου και αυτοκτονίας και αν τυχόν υπάρχει ιστορικό καταθλιπτικής ασθένειας στην οικογένεια του. Μέρος της εκτίμησης συνιστούν και ερωτήσεις σχετικά με πολιτισμικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες που επηρεάζουν ή έχουν επηρεάσει στο παρελθόν τις συνθήκες ζωής του ασθενούς, καθώς επίσης και ερωτήσεις σχετικά με τη χρήση αλκοόλ ή/και ναρκωτικών ουσιών. Πρέπει να τονιστεί στο σημείο αυτό ότι είναι ιδιαίτερα σημαντικό να αποκλειστεί ο συσχετισμός της κατάθλιψης με οποιαδήποτε άλλη ψυχική νόσο, όπως για παράδειγμα η δυσθυμία ή η διπολική διαταραχή. Αυτό είναι σημαντικό καθώς κάθε ψυχική διαταραχή εμφανίζεται με διαφορετικά συμπτώματα, επομένως τόσο η διάγνωση όσο και η θεραπεία που θα επιλεγεί θα είναι διαφορετικές. Εν κατακλείδι η ψυχική κατάσταση – συνέντευξη είναι στην ουσία ένα σύνολο παρατηρήσεων και ερωτήσεων που αποσκοπούν στον προσδιορισμό της κατάστασης του μυαλού του ασθενούς (Μενιδιάτου, 2012).

Τα διαγνωστικά κριτήρια του καταθλιπτικού επεισοδίου σύμφωνα με το DSM-5 περιγράφονται παρακάτω. Τουλάχιστον πέντε από αυτά τα συμπτώματα πρέπει να υπάρχουν ταυτόχρονα, για δύο εβδομάδες το λιγότερο, καλύπτοντας το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας για κάθε ημέρα και τουλάχιστον ένα από τα συμπτώματα πρέπει να είναι το μειωμένο ενδιαφέρον ή η καταθλιπτική διάθεση:

- Καταθλιπτικό συναίσθημα και ευερεθιστότητα για τους εφήβους.
- Μειωμένο ενδιαφέρον και μειωμένη ευχαρίστηση για όλες ή σχεδόν όλες τις δραστηριότητες.
- Σημαντική απώλεια ή αντίθετα αύξηση του βάρους, χωρίς μεταβολή της διαίτας.
- Ελάττωση ή αύξηση της όρεξης.
- Αϋπνία ή υπερυπνία.
- Ψυχοκινητική ανησυχία ή επιβράδυνση.
- Κόπωση χωρίς να έχει προηγηθεί κάποια δραστηριότητα.
- Αισθήματα αναξιότητας και υπερβολικής ενοχής.
- Μειωμένη ικανότητα σκέψης/συγκέντρωσης και έλλειψη πρωτοβουλίας.
- Επίμονες σκέψεις θανάτου, ιδέες αυτοκτονίας ή/και απόπειρα αυτοκτονίας.

(American Psychiatric Association, 2013)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Μείζων καταθλιπτική διαταραχή

Η μείζων καταθλιπτική διαταραχή (MDD), γνωστή και ως μονοπολική διαταραχή, αποτελεί μία από τις σοβαρότερες μορφές κατάθλιψης. Εμφανίζεται κυρίως σε ηλικίες κάτω των 40 ετών και είναι συχνότερη στις γυναίκες από ότι στους άντρες. Μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την προσωπική και επαγγελματική ζωή καθώς και τις καθημερινές συνήθειες όπως ο ύπνος και η διατροφή. Ένα άτομο με σοβαρό καταθλιπτικό επεισόδιο εμφανίζει χαμηλή διάθεση, έντονη θλίψη, απογοήτευση, απόγνωση και συνήθως διακατέχεται από σκέψεις ενοχής και απελπισίας. Σε πολλές περιπτώσεις τα άτομα αυτά παραπονιούνται ότι έχουν σωματικές ενοχλήσεις όπως πονοκέφαλο, έντονο πόνο σε κάποιο μέρος του σώματος τους, κόπωση και παρουσιάζουν απώλεια ενδιαφέροντος για δραστηριότητες που παλαιότερα ήταν ευχάριστες για αυτούς. Άλλα συμπτώματα της κατάθλιψης περιλαμβάνουν ανεξήγητο θυμό, δυσκολία στην μνήμη και μειωμένη συγκέντρωση. Τέλος, πολλοί άνθρωποι έρχονται αντιμέτωποι με την σκέψη του θανάτου και της αυτοκτονίας (American Psychiatric Association, 2013).

Η ακριβής αιτία της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής είναι άγνωστη καθώς βιολογικοί, ψυχολογικοί και κοινωνικοί παράγοντες παίζουν σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση της. Η κακοποίηση στην παιδική ηλικία, είτε σωματική είτε ψυχολογική, αποτελεί τον κυριότερο παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση κατάθλιψης σε μεγαλύτερη ηλικία, μεταξύ άλλων προβλημάτων που μπορεί να συνυπάρξουν όπως το άγχος και η κατάχρηση ουσιών.

Οι πιο συνήθεις θεραπείες για την μείζων καταθλιπτική διαταραχή είναι η φαρμακευτική αγωγή και η ψυχοθεραπεία, αν και σημαντικό ρόλο παίζει και η ψυχολογική υποστήριξη της οικογενείας. Στην φαρμακευτική αγωγή συμπεριλαμβάνονται τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, οι εκλεκτικοί αναστολείς της επαναπρόσληψης της σεροτίνης και οι αναστολείς της μονοαμινοοξειδάσης. Μία ακόμα θεραπεία της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής είναι η ηλεκτροσπασμοθεραπεία όπου συνήθως χρησιμοποιείται για ποιο βαριά μορφή κατάθλιψης, ιδιαίτερα στις ψυχώσεις και στις τάσεις αυτοκτονίας. Η δράση της ηλεκτροσπασμοθεραπείας είναι άμεση και οι συνεδρίες γίνονται 3-4 φορές την εβδομάδα. Το DSM-5 σημειώνει ότι η μείζων καταθλιπτική διαταραχή συνδέεται με υψηλή θνησιμότητα στις περιπτώσεις μη ορθής αντιμετώπισης της, καθώς στις περισσότερες περιπτώσεις αυτοκτονιών ανά τον κόσμο η κύρια αιτία είναι η κατάθλιψη (Pompili, 2011).

Διπολική διαταραχή

Η διπολική διαταραχή, γνωστή και ως μανιακή κατάθλιψη, είναι μία ψυχική διαταραχή που προκαλεί περιόδους ασυνήθιστα αυξημένης διάθεσης και περιόδους κατάθλιψης. Η αυξημένη διάθεση είναι γνωστή ως μανία ή υπομανία, ανάλογα με την σοβαρότητα της ή αν υπάρχουν συμπτώματα ψύχωσης. Κατά την διάρκεια της μανίας, ένα άτομο συμπεριφέρεται ή αισθάνεται ασυνήθιστα ενεργητικός, ευτυχισμένος ή ευερέθιστος και συχνά παίρνει βιαστικές αποφάσεις χωρίς να υπολογίζει τις συνέπειες. Η ανάγκη ύπνου συνήθως μειώνεται κατά την διάρκεια των μανιακών επεισοδίων καθώς μετά από 3 ώρες ύπνου μπορεί το άτομο να νιώθει ξεκούραστο. Η κατάσταση μπορεί να γίνει πιο επικίνδυνη και σοβαρή όταν το άτομο εμφανίσει παραληρητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις και αρχίζει να χάνει την επαφή του με την πραγματικότητα. Κατά την διάρκεια περιόδων κατάθλιψης, το άτομο βιώνει θλίψη, άγχος, αίσθημα ενοχής, θυμό και παρουσιάζει διαταραχές στον ύπνο και στην όρεξη. Άλλα συμπτώματα της καταθλιπτικής φάσης της διπολικής διαταραχής είναι η απώλεια ενδιαφέροντος για προηγούμενες ευχάριστες δραστηριότητες, προβλήματα συγκέντρωσης, αίσθημα μοναξιάς, απάθεια καθώς και αυτοκτονικές σκέψεις (American Psychiatric Association, 2013).

Τα αίτια της διπολικής διαταραχής διαφέρουν από άτομο σε άτομο καθώς οι τραυματικές εμπειρίες στην παιδική ηλικία είναι αυτές που συνδέονται περισσότερο για την εμφάνιση και την εξέλιξη της. Ωστόσο έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί δείχνουν ότι ανωμαλίες στη δομή του εγκεφάλου θα μπορούσαν να είναι η αιτία της εμφάνισης της διπολικής διαταραχής. Ευρήματα της μαγνητικής τομογραφίας δείχνουν μία ανώμαλη διαφοροποίηση μεταξύ περιοχών του προμετωπιαίου και στεφανιαίου λοβού, ιδιαίτερα στην αμυγδαλή, που ενδέχεται να συμβάλει στην κακή ρύθμιση των συναισθημάτων και των συμπτωμάτων της διάθεσης.

Η θεραπεία της διπολικής διαταραχής περιλαμβάνει φαρμακευτική αγωγή εφ' όρου ζωής, ακόμα και σε περιόδους ύφεσης της πάθησης επειδή οποιαδήποτε διακοπή της θεραπείας μπορεί να προκαλέσει υποτροπή. Τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται για την διπολική διαταραχή σταματούν τις διακυμάνσεις της διάθεσης και ονομάζονται σταθεροποιητικά φάρμακα. Άλλα φάρμακα που χορηγούνται είναι το λίθιο, αντιεπιληπτικά, αγχολυτικά και αντικαταθλιπτικά. Η ψυχοθεραπεία είναι εξαιρετικά χρήσιμη σε επεισόδια μανιοκατάθλιψης καθώς βοηθάει τα άτομα να κατανοήσουν τη ψυχική διαταραχή τους ώστε να έχουν μία πιο φυσιολογική ζωή (American Psychiatric Association, 2013).

Δυσθυμική διαταραχή

Η επίμονη καταθλιπτική διαταραχή, γνωστή και ως δυσθυμία, είναι μία διαταραχή της διάθεσης που αποτελείται από τα ίδια γνωστικά και φυσικά προβλήματα της κατάθλιψης, με λιγότερο όμως σοβαρά αλλά μακροχρόνια συμπτώματα. Η κύρια διαφορά της από την μείζων καταθλιπτική διαταραχή είναι στον αριθμό και στην διάρκεια των συμπτωμάτων, τα οποία είναι λιγότερο έντονα, δεν εμφανίζονται καθημερινά αλλά συναντώνται τις περισσότερες ημέρες κατά την διάρκεια τουλάχιστον δύο ετών. Τα συμπτώματα της επίμονης καταθλιπτικής διαταραχής ποικίλουν από άτομο σε άτομο με κύριο χαρακτηριστικό την καταθλιπτική διάθεση στο μεγαλύτερο μέρος της ημέρας για την πλειοψηφία των ημερών επί τουλάχιστον δύο ετών. Άλλα συμπτώματα είναι χαμηλή όρεξη για φαγητό ή υπερφαγία, αϋπνίες, κόπωση, χαμηλή αυτοεκτίμηση, αίσθημα απελπισίας και έλλειψη συγκέντρωσης (Tyrell, 2011).

Δεν έχουν διερευνηθεί πλήρως τα αίτια της επίμονης καταθλιπτικής διαταραχής, ωστόσο το άτομο επηρεάζεται από το περιβάλλον του και από τις συνθήκες που βίωσε στην παιδική του ηλικία. Ο θάνατος ενός αγαπημένου προσώπου, η ψυχολογική ή σωματική βία και οι διαταραγμένες σχέσεις με την οικογένεια συμβάλλουν στην εμφάνιση της διαταραχής αυτής. Ένα καταθλιπτικό άτομο έχει την τάση να βλέπει μόνο τα αρνητικά γεγονότα που συμβαίνουν στην ζωή του και υποτιμάει τα θετικά, δημιουργώντας έτσι ένα περιβάλλον απογοήτευσης και απελπισίας (Langenfeld, 2011).

Η θεραπεία της επίμονης καταθλιπτικής διαταραχής μπορεί να είναι φαρμακευτική αγωγή με χορήγηση αντικαταθλιπτικών, όπως οι αναστολείς της επαναπρόσληψης της σεροτονίνης που θεωρούνται τα νεότερα και ασφαλέστερα στην αντιμετώπιση της δυσθυμικής διαταραχής ή με τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά. Τέλος, η ψυχοθεραπεία και η υποστήριξη της οικογένειας συμβάλλουν στην σταδιακή αντιμετώπιση της δυσθυμικής διαταραχής.

Ψυχωτική διαταραχή

Η ψυχωτική διαταραχή θεωρείται από τις πιο επικίνδυνες μορφές κατάθλιψης. Πρόκειται περί χρόνιας και κυκλικής κατάστασης κατά την οποία ήπια επεισόδια κατάθλιψης διαδέχονται εκδηλώσεις ακραίας ψύχωσης. Ο ασθενής παρουσιάζει αίσθημα απελπισίας, θυμό ενώ τα κυριότερα χαρακτηριστικά της ψυχωτικής διαταραχής είναι οι παραισθήσεις, οι αυταπάτες και οι εμμονές. Στους ασθενείς που πάσχουν από ψύχωση προκαλείται νοητική εξασθένηση, επέρχεται κοινωνική απόσυρση και αυξάνεται ο κίνδυνος αυτοκτονίας λόγω των

παραισθήσεων και των διαταραχών στη σκέψη. Η ψύχωση χαρακτηρίζεται επιπροσθέτως από ανοργάνωτη συμπεριφορά και διαταραχή του λόγου. Πολλές φορές τα άτομα αυτά πιστεύουν ότι κάποιος τους παρακολουθεί ή κάποιος προσπαθεί να τους κάνει κακό με αποτέλεσμα να γίνονται επιθετικοί προς τους άλλους (Cardinal & Bullmore, 2011).

Τα αίτια της εμφάνισης της ψυχωτικής διαταραχής προκαλούνται από πολλούς παράγοντες. Μία από τις αιτίες είναι παθολογικές αλλαγές στη δομή και τη χημεία του εγκεφάλου με συνεπακόλουθες βλάβες στην εγκεφαλική λειτουργία (κυρίως όταν υπάρχει κάποιος όγκος ή κύστη στον εγκέφαλο). Επίσης, έρευνες δείχνουν ότι υπάρχει μία γενετική προδιάθεση για την εμφάνιση της ψυχωτικής διαταραχής για αυτό και άτομα με οικογενειακό ιστορικό ψύχωσης τείνουν να έχουν περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν τα ίδια συμπτώματα. Τέλος, η κατάχρηση ουσιών μπορεί να προκαλέσει ψύχωση (Cardinal & Bullmore, 2011).

Η θεραπεία της ψυχωτικής διαταραχής γίνεται με μια κατηγορία φαρμάκων, που είναι γνωστά ως αντιψυχωτικά και είναι η πιο κοινή θεραπεία για τα άτομα με ψύχωση. Αυτά τα φάρμακα δεν θεραπεύουν την ασθένεια αλλά είναι αποτελεσματικά στο χειρισμό και στη βελτίωση των συμπτωμάτων, όπως οι παραληρητικές ιδέες, οι ψευδαισθήσεις και τα προβλήματα συμπεριφοράς. Επίσης, διάφοροι τύποι ψυχοθεραπείας, όπως η ατομική, η ομαδική και η οικογενειακή μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να υποστηρίξουν το άτομο με ψυχωτική διαταραχή. Η ατομική ψυχοθεραπεία έχει υποστηρικτικό και συμβουλευτικό χαρακτήρα ενώ μεγάλη σημασία έχει η εκπαίδευση και η καλλιέργεια κοινωνικών δεξιοτήτων. Όμως, οι ασθενείς με βαριά συμπτώματα που είναι επικίνδυνοι να βλάψουν τον εαυτό τους ή/και τους άλλους ή αυτοί που είναι ανίκανοι να φροντίσουν τον εαυτό τους μπορεί να χρειαστεί να νοσηλευτούν προκειμένου να σταθεροποιηθεί η κατάσταση τους (Anapolis, 2012).

Κυκλοθυμική διαταραχή

Κυκλοθυμία είναι μια κατάσταση στην οποία περίοδοι κατάθλιψης εναλλάσσονται από περιόδους υπερβολικής ευθυμίας. Αρχικά θεωρήθηκε πως αποτελεί διαταραχή της διάθεσης αλλά σήμερα συγκαταλέγεται στις διπολικές διαταραχές. Πιο συγκεκριμένα πρόκειται για ανθρώπους που την μία εμφανίζονται γεμάτοι ζωντάνια και ενέργεια και την άλλη καταθλιπτικοί και απαισιόδοξοι (Μενιδιάτου, 2012). Τα συμπτώματα δεν είναι τόσο σοβαρά ώστε η πάθηση να κατατάσσεται στην μείζονα κατάθλιψη με μανιακά επεισόδια. Μερικές φορές οι ασθενείς δεν παραδέχονται την πάθηση τους και προσπαθούν να

δικαιολογήσουν τα συμπτώματα κατάθλιψης που παρουσιάζουν με διάφορους τρόπους. Ο ασθενής διακατέχεται από πολλές περιόδους υπομανίας και κατάθλιψης για ένα χρονικό διάστημα τουλάχιστον 2 ετών χωρίς όμως να συγκαταλέγεται στην κατηγορία του μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου. Επίσης, τα συμπτώματα δεν συγχέονται με σχιζοφρένεια ή κάποια σχιζοφρενική διαταραχή καθώς δεν προέρχονται από χρήση κάποιας ουσίας (Κωστοπούλου, 2010). Οφείλεται από το ίδιο το άτομο και όχι από εξωτερικούς παράγοντες.

Οι περισσότεροι άνθρωποι με κυκλοθυμία είναι γενικά κουρασμένοι και τείνουν να κοιμούνται συχνά και για μεγάλες χρονικές περιόδους. Ωστόσο, άλλοι εμφανίζουν αϋπνία. Άλλα συμπτώματα της κυκλοθυμικής κατάθλιψης περιλαμβάνουν την αδιαφορία προς τους ανθρώπους ή τις δραστηριότητες που υπήρξαν εξαιρετικά σημαντικές για αυτούς στο παρελθόν. Επιπλέον, τα άτομα με αυτήν την πάθηση τείνουν να είναι επικριτικά και να διαμαρτύρονται εύκολα. Οι αυτοκτονικές σκέψεις είναι συχνές, ακόμη και σε ήπιες μορφές κυκλοθυμίας και τα άτομα αυτά παρουσιάζουν σωματικά προβλήματα, όπως συχνούς πονοκεφάλους, σφίξιμο στο κεφάλι και στο στήθος, αδυναμία, απώλεια βάρους και απώλεια μαλλιών (American Psychiatric Association, 2013).

Για την αντιμετώπιση της κυκλοθυμικής διαταραχής είναι απαραίτητη και η ψυχοθεραπεία και η φαρμακοθεραπεία, αν και σε πολλές περιπτώσεις η ψυχοθεραπεία μπορεί από μόνη της να οδηγήσει στην εξάλειψη του προβλήματος. Η θεραπεία που θα ακολουθηθεί εξαρτάται από τη βαρύτητα της διαταραχής καθώς και τις ιδιαιτερότητες του κάθε ασθενούς (Κωστοπούλου, 2010).

Επιλόχειος κατάθλιψη

Η επιλόχεια κατάθλιψη (PPD) αφορά την σοβαρή καταθλιπτική διάθεση που συμβαίνει μέσα σε 4 εβδομάδες από τον τοκετό και η οποία είναι πιθανόν να εκδηλωθεί ως και 30 εβδομάδες μετά. Σχεδόν το 70% των γυναικών βιώνουν διαταραχές της διάθεσης τις πρώτες 10 ημέρες μετά την γέννηση του παιδιού. Μπορεί η μητέρα να μην θέλει να αποδεχτεί το μωρό της, να μην θέλει να το ταΐσει ή να το αγκαλιάσει ενώ στην χειρότερη περίπτωση μπορεί να θέλει να το τραυματίσει (Tyrell, 2011). Οι εκδηλώσεις περιλαμβάνουν ξαφνικά ξεσπάσματα κλάματος, αϋπνία, καταθλιπτική διάθεση, κούραση, άγχος και αδυναμία συγκέντρωσης. Ο κίνδυνος εμφάνισης επιλόχειας κατάθλιψης είναι μεγαλύτερος σε γυναίκες με ιστορικό κατάθλιψης και σε όσες έχουν βιώσει κατάθλιψη κατά την διάρκεια των προηγούμενων κυήσεων. Οι γυναίκες με σημαντικούς παράγοντες κινδύνου θα πρέπει να παρακολουθούνται στενά κατά την περίοδο μετά τον τοκετό (Driessen & Hollon, 2010).

Οι ορμονικές αλλαγές θεωρούνται ως μία από τις κύριες αιτίες κατάθλιψης μετά τον τοκετό. Ωστόσο ένας ακόμα παράγοντας για την εμφάνιση της είναι η έλλειψη υποστήριξης από τους πατέρες ή άλλα μέλη της οικογένειας καθώς αυξάνονται έτσι οι υποχρεώσεις που έχει η μητέρα προς το παιδί της. Τέλος, η ανεπαρκής κοινωνική υποστήριξη ή άλλες στρεσογόνες συνθήκες σε συνδυασμό με την αυξημένη πίεση φροντίδας του βρέφους, ωθούν πολλές φορές την μητέρα να μειώσει τις σωματικές και ψυχολογικές δραστηριότητες της και επομένως να επέλθει μια περίοδος καταθλιπτικής διάθεσης (Cuijpers, et al., 2010).

Η ασφαλέστερη θεραπεία της επιλόχειας κατάθλιψης γίνεται με ορμονοθεραπεία, η οποία βοηθά στην απότομη πτώση των οιστρογόνων καθώς και στην μείωση των αρνητικών συμπτωμάτων που νιώθει η μητέρα. Στην περίπτωση που η ορμονοθεραπεία δεν έχει αποτέλεσμα τότε ο θεράπων ιατρός χορηγεί αντικαταθλιπτικά φάρμακα αρκεί η μητέρα να μην θηλάζει ώστε να μην επιβαρυνθεί το βρέφος λόγω του μητρικού γάλακτος. Τέλος, η ψυχοθεραπεία σε συνδυασμό με την υποστήριξη της οικογένειας παίζουν σημαντικό ρόλο στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης μετά τον τοκετό βοηθώντας την μητέρα να καταπολεμήσει τα αρνητικά συναισθήματα της (O'Connor, et al., 2016).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

Κατάθλιψη στην βρεφονηπιακή και προσχολική ηλικία

Σε μια από τις πρώτες μελέτες που αναφέρονται σε αυτή την ηλικία παρατηρήθηκε ότι και τα βρέφη μπορούν να βιώσουν αγχωτικές καταστάσεις και να έχουν αισθήματα λύπης και αποχωρισμού, όμως δεν μπορούν να εκφράσουν τα συναισθήματα δυσφορίας που νιώθουν με λόγια. Για αυτό και η κλινική εικόνα ενός βρέφους 6-8 μηνών που αποχωρίστηκε την μητέρα του είναι η παρουσίαση κλάματος, απώλεια βάρους, διαταραχές ύπνου καθώς και καθυστέρηση στην κινητικότητα χωρίς να υπάρχουν παθολογικά αίτια. Η σημαντικότερη αιτία για τα παραπάνω είναι η απώλεια του προσώπου που τους φροντίζει (μητέρα-πατέρας), για αυτό εύκολα μπορεί να αποκατασταθεί αυτή η αγχωτική κατάσταση στα βρέφη εάν στον 3-5 μήνα μετά τον αποχωρισμό βρεθεί μητρικό/πατρικό υποκατάστατο. Η βρεφική κατάθλιψη μπορεί να εξελιχθεί σε μια επικίνδυνη κατάσταση για την ευημερία του μωρού, καθώς εκτός από το να προκαλέσει καθυστερημένη ή μειωμένη ανάπτυξη μπορεί να προκαλέσει ακόμα και το θάνατο του βρέφους (Kneisl, et al., 2013).

Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, μία αιτία εμφάνισης κατάθλιψης είναι το βρέφος να βιώσει την μητέρα του ως απύουσα καθώς αυτή είναι το βασικό πρόσωπο φροντίδας στην βρεφική ηλικία και η απουσία της μπορεί να τραυματίσει ψυχολογικά το βρέφος. Για παράδειγμα, εάν η μητέρα είναι συναισθηματικά μη διαθέσιμη, επειδή έχει κατάθλιψη ή άγχος, το βρέφος βιώνει την κατάσταση ως απουσία ή ως απώλεια. Τέλος, ο φυσικός αποχωρισμός από την/τον μητέρα/πατέρα (π.χ. νοσηλεία, διακοπές, επαγγελματικά ταξίδια) είναι ακόμα ένας σημαντικός παράγοντας εμφάνισης της βρεφικής κατάθλιψης. Οι δυσκολίες στον δεσμό και στην προσκόλληση στην βρεφική ηλικία μπορεί να είναι σημαντικοί παράγοντες για εμφάνιση μελλοντικής κατάθλιψης (Kneisl, et al., 2013).

Ως εκ τούτου, είναι ζωτικής σημασίας να αντιμετωπίζεται το πρόβλημα τόσο για την μητέρα όσο και για το βρέφος. Η στήριξη του οικογενειακού περιβάλλοντος είναι σημαντική προκειμένου να ικανοποιηθούν οι ανάγκες του βρέφους σε συναισθηματικό και αναπτυξιακό επίπεδο, ενώ για τη μητέρα συστήνονται η φαρμακοθεραπεία και η ψυχοθεραπεία. Η ενίσχυση της σχέσης ανάμεσα στη μητέρα και το βρέφος μπορεί να επιφέρει θετικά αποτελέσματα στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης.

Στην προσχολική ηλικία, δηλαδή στα παιδιά μέχρι ηλικίας 5-6 ετών, η κατάθλιψη είναι εξίσου συχνό φαινόμενο. Τα περισσότερα παιδιά δεν χρησιμοποιούν το λόγο για να εκφράσουν τα συναισθήματά τους για αυτό και η διάγνωση είναι δύσκολη. Τα συμπτώματα της κατάθλιψης σε αυτή την ηλικία είναι η έκφραση του προσώπου, η θέση του σώματος, η άρνηση της τροφής, τα προβλήματα στον ύπνο, οι νυχτερινοί εφιάλτες, η κοινωνική απόσυρση και η ψυχοκινητική βραδύτητα. Συχνά παρατηρούνται παράπονα για σωματικές αδιαθεσίες (κοιλιακό άλγος κ.α.), εκρήξεις οργής, νευρικότητα, ευερεθιστότητα και έλλειψη ενδιαφέροντος για οποιαδήποτε δραστηριότητα ή παιχνίδι. Συνήθως σε αυτή την ηλικία παρατηρείται αστάθεια στην έκφραση των συναισθημάτων αλλά και στη συμπεριφορά. Οι ερευνητές αποδίδουν την αστάθεια αυτή στη γνωστική ανωριμότητα του παιδιού (Kneisl, et al., 2013).

Τα αίτια που προκαλούν στο παιδί κατάθλιψη δεν έχουν διευκρινιστεί απόλυτα, αλλά οι επικρατέστεροι παράγοντες είναι το περιβάλλον διαβίωσης του παιδιού, η οικογενειακή του κατάσταση και η κληρονομικότητα. Πιο συγκεκριμένα, τραυματικά γεγονότα όπως η απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου (π.χ. παππούς/γιαγιά), η σωματική ή ψυχολογική κακοποίηση και το διαζύγιο των γονιών είναι εκλυτικοί παράγοντες για την εμφάνιση της κατάθλιψης. Τέλος, εάν ένας από τους δύο γονείς είναι καταθλιπτικός, τότε πιθανολογείται ότι και το παιδί θα εμφανίσει συμπτώματα κατάθλιψης σε ποσοστό 25-30%, το ποσοστό αυτό αυξάνεται στο 70% στην περίπτωση που και οι δύο γονείς είναι καταθλιπτικοί (American Psychiatric Association, 2013).

Κατάθλιψη στην παιδική ηλικία

Η παιδική κατάθλιψη άργησε να αναγνωρισθεί σαν αυτόνομη κλινική οντότητα. Ήταν δύσκολο να γίνει κατανοητό πώς γίνεται να είναι αναπτυξιακά συμβατό για τα παιδιά να παρουσιάζουν κατάθλιψη εφόσον θεωρείται ότι η παιδική ηλικία είναι η πιο χαρούμενη περίοδος της ανθρώπινης ζωής. Στην ηλικία αυτή τα παιδιά μπορούν να εκφράζουν λεκτικά τα συναισθήματα και τις σκέψεις τους. Η κατάθλιψη στα παιδιά γίνεται αντιληπτή από την αλλαγή στον τρόπο συμπεριφοράς και πιο συγκεκριμένα (American Psychiatric Association, 2013):

- Το παιδί τις περισσότερες ώρες της ημέρας κλαίει, βαριέται, είναι παθητικό και έχει μειωμένη δυνατότητα αυτοσυγκέντρωσης.
- Το παιδί θέλει να περνά τον περισσότερο χρόνο της ημέρας μόνο του και μακριά από τους γύρω του.

- Παρουσιάζει διατροφικές αλλαγές και διαταραχές στον ύπνο του.
- Το παιδί εκδηλώνει αισθήματα ενοχής και παρουσιάζει χαμηλή αυτοπεποίθηση.
- Το παιδί παρουσιάζει θυμό προς τους γύρω του και παραπονιέται για σωματικές ενοχλήσεις.
- Το παιδί παρουσιάζει κόπωση και μειωμένη ενεργητικότητα.
- Παρουσιάζεται μειωμένη σχολική απόδοση, ενώ παλαιότερα το παιδί δεν είχε πρόβλημα στο σχολείο.
- Το παιδί απομακρύνεται από τους φίλους του και τις δραστηριότητες που στο παρελθόν έκανε με ευχαρίστηση και χαρά.
- Το παιδί αναφέρεται συχνά στον θάνατο και απειλεί με αυτοκτονία.

Κατά την παιδική ηλικία οι κυριότεροι παράγοντες για την εμφάνιση κατάθλιψης είναι οι τραυματικές εμπειρίες που μπορεί να έχει ζήσει, όπως το διαζύγιο των γονιών του, η απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου και η σεξουαλική ή σωματική κακοποίηση. Σημαντικό ρόλο παίζει και η σχέση του παιδιού με τους γονείς του καθώς μία προβληματική σχέση γονέα-παιδιού είναι πολλές φορές η αιτία μιας καταθλιπτικής αντίδρασης. Επίσης, δεν πρέπει να παραληφθεί το γεγονός ότι η κατάθλιψη οφείλεται και σε κληρονομικούς παράγοντες, έτσι όταν ένας από τους δύο γονείς πάσχει από κατάθλιψη ή κάποιο κοντινότερο μέλος της οικογένειας, υπάρχουν περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσει κατάθλιψη και το παιδί (American Psychiatric Association, 2013).

Οι γονείς πρέπει να γνωρίζουν ότι η έγκαιρη διάγνωση της κατάθλιψης είναι το κλειδί για την καλύτερη αντιμετώπισή της. Απαραίτητο στοιχείο για μια σωστή θεραπεία είναι η στενή συνεργασία του σχολείου και της οικογένειας. Η συμπαράσταση και η ενθάρρυνση από τους γονείς μαζί με την κατάλληλη θεραπεία από ειδικό ψυχολόγο μπορούν να βοηθήσουν το παιδί να αντιμετωπίσει με επιτυχία την κατάθλιψη. Όμως, όταν τα συμπτώματα επιμένουν για μεγάλο χρονικό διάστημα και δεν παρουσιάζουν βελτίωση, τότε οι γονείς χρειάζεται να επικοινωνήσουν με ειδικό παιδοψυχίατρο (American Psychiatric Association, 2013).

Κατάθλιψη στην εφηβική ηλικία

Η εφηβική κατάθλιψη είναι μια σοβαρή ψυχική διαταραχή που μπορεί να υποπέσει σε χρόνια κατάσταση, η οποία μπορεί να επηρεάσει τόσο τη ζωή του εφήβου όσο και τη ζωή των γονιών. Η κατάθλιψη στην ηλικία αυτή μοιάζει με εκείνη των ενηλίκων και συνδέεται με απώλειες και τραυματικές εμπειρίες ή άλλες ψυχιατρικές διαταραχές, όπως η χρήση αλκοόλ ή ναρκωτικών ουσιών, ψυχογενής ανορεξία και χαμηλή αυτοεκτίμηση. Εκδηλώνεται κυρίως με

διαταραχές στη συμπεριφορά όπως: σκασιαρχείο, χρήση αλκοόλ και άλλων ουσιών, κλοπή από την μητέρα ή την οικογένεια και ψέματα. Η κλοπή είναι αποτέλεσμα συναισθηματικής αποστέρησης και ένας έμμεσος τρόπος διεκδίκησης αγάπης, προσοχής και φροντίδας από τους γονείς (Corguel, 2009).

Σύμφωνα με έρευνα που έχει πραγματοποιηθεί υπάρχουν δύο τύποι εφηβικής κατάθλιψης:

I. Πρωτογενής κατάθλιψη των εφήβων με τα εξής συμπτώματα:

- Μειωμένη όρεξη.
- Διαταραγμένος ύπνος.
- Αίσθημα ενοχής και αναξιότητας.
- Μειωμένη αυτοεκτίμηση και εμπιστοσύνη στον εαυτό.
- Μειωμένη συγκέντρωση και προσοχή.
- Περιορισμένη δραστηριότητα.
- Αυξημένη κόπωση και μειωμένη ενεργητικότητα.
- Απώλεια ενδιαφέροντος για δραστηριότητες.
- Απαισιόδοξες προοπτικές για το μέλλον.
- Ιδέες και πράξεις αυτοκαταστροφής και αυτοκτονίας.

II. Δευτερογενής κατάθλιψη των εφήβων με τα εξής συμπτώματα:

- Αίσθημα δυσφορίας και κακής διάθεσης.
- Κοινωνική απόσυρση.
- Απάθεια.
- Σωματικές ενοχλήσεις.

Ωστόσο, η εφηβεία συνοδεύεται και από σημαντικές αλλαγές στις γνωστικές λειτουργίες. Τα συμπτώματα κατάθλιψης μπορούν να οδηγήσουν τους νέους να φοράνε μαύρα ρούχα, να γράφουν ποιήματα με κύριο θέμα το θάνατο ή να ασχολούνται με μουσικά θέματα τα οποία έχουν και αυτά ως κύριο θέμα το θάνατο. Προβλήματα ύπνου συνδέονται με τη δυσκολία να ξυπνάνε το πρωί για το σχολείο ή να κοιμούνται κατά τη διάρκεια της ημέρας ενώ η έλλειψη κινήτρου έχει ως συνέπεια να χάνουν σχολικά μαθήματα. Η κατάθλιψη στην εφηβεία εμφανίζεται επίσης σε άτομα που πάσχουν από προβλήματα επικοινωνίας, υπαρξιακά προβλήματα ή προβλήματα διατροφής (Corguel, 2009).

Τα αίτια της εφηβικής κατάθλιψης ποικίλουν από έφηβο σε έφηβο καθώς πολλοί παράγοντες παίζουν ρόλο στην εμφάνιση της. Για παράδειγμα, όταν οι γονείς ενός εφήβου

διαπληκτίζονται μπροστά σου σε καθημερινή βάση και υπάρχει ένταση και άγχος μέσα στο σπίτι ή όταν ένας έφηβος κακοποιείται σωματικά/ψυχολογικά από τους γονείς του τότε είναι πολύ πιθανό να εμφανίσει καταθλιπτική διάθεση. Επίσης, ο θάνατος ενός αγαπημένου προσώπου, το διαζύγιο, η έλλειψη υποστήριξης από τους γονείς και ο εμπαιγμός άλλων παιδιών είναι σημαντικοί παράγοντες για την εμφάνιση καταθλιπτικού επεισοδίου. Το οικογενειακό ιστορικό είναι ένας ακόμα παράγοντας που οδηγεί τα παιδιά στην κατάθλιψη λόγω της κληρονομικότητας. Τέλος, στους εφήβους αποτελεί σημαντικό αίτιο και η ερωτική απογοήτευση, η ξαφνική αλλαγή σχολείου, η σχολική αποτυχία καθώς και η αποτυχία εύρεσης καινούριων φίλων (Nardi, 2007).

Λόγω του αυξημένου κινδύνου απόπειρας αυτοκτονίας, η κατάθλιψη στην εφηβεία χρήζει άμεσης και πολύπλευρης θεραπευτικής αντιμετώπισης. Η βασική θεραπεία περιλαμβάνει την ατομική ψυχοθεραπεία σε συνδυασμό με την οικογενειακή ψυχοθεραπεία, η οποία έχει ως στόχο να εντοπίσει πιθανές δυσλειτουργίες της οικογένειας ώστε να τις εξαλείψει. Σε βαριές μορφές κατάθλιψης η φαρμακευτική αγωγή είναι απαραίτητη για την βελτίωση των συμπτωμάτων στον έφηβο, ενώ πρέπει να δοθεί μεγάλη προσοχή στους εφήβους με αυτοκτονικές τάσεις. Σε αυτή την περίπτωση χρειάζεται νοσηλεία σε ενδονοσοκομειακή μονάδα με εξειδικευμένο προσωπικό και όσοι βγαίνουν από το νοσοκομείο μετά από απόπειρα αυτοκτονίας θα πρέπει να εξετάζονται τακτικά από ψυχίατρο και να γίνεται εκτίμηση της ψυχολογικής τους κατάστασης ώστε να αποφευχθεί μελλοντική απόπειρα (Nardi, 2007).

Κατάθλιψη στην τρίτη ηλικία

Η κατάθλιψη στους ηλικιωμένους δεν διαφέρει από αυτή στους άλλους ενήλικες, όμως είναι συχνότερη και μπορεί να θεωρηθεί εσφαλμένα ότι πρόκειται για κάποια άλλη ασθένεια, όπως άνοια ή ρευματικά νοσήματα. Σχεδόν το 20% των ατόμων πάνω από την ηλικία των 65 εμφανίζουν καταθλιπτικά συμπτώματα, ενώ περίπου το 40% των ηλικιωμένων πάνω από την ηλικία των 85 προσβάλλεται από κάποια μορφή κατάθλιψης. Έχοντας ήδη μία αρνητική αντίληψη για τον εαυτό τους, οι ηλικιωμένοι σπάνια αναζητούν κάποια ψυχιατρική βοήθεια. Η κλινική κατάθλιψη στους ηλικιωμένους είναι μια διαταραχή της διάθεσης η οποία εκδηλώνεται με συναισθήματα θλίψης, απώλειας, απογοήτευσης, απόγνωσης, μελαγχολίας και θυμού. Άλλα συμπτώματα των καταθλιπτικών ασθενών στην ηλικία αυτή είναι η ελαττωμένη συγκέντρωση και ενεργητικότητα, οι διαταραχές ύπνου και διατροφής καθώς και γενικευμένες σωματικές ενοχλήσεις. Βασικό στοιχείο για την διάγνωση είναι τα παραπάνω

συμπτώματα να παραμένουν στο άτομο για μεγάλο χρονικό διάστημα και να μην είναι παροδικά. Είναι σημαντικό αν ένας ηλικιωμένος έχει άλλα προβλήματα υγείας και υποφέρει από κατάθλιψη να λάβει αγωγή και για αυτήν (Villada, et al., 2013).

Τα άτομα που πάσχουν από κατάθλιψη σε μεγάλη ηλικία πάσχουν και από νευρολογικές παθήσεις που μπορεί να μην φαίνονται στην έναρξη της κατάθλιψης. Προβλήματα διάγνωσης εμφανίζονται λόγω της ομοιότητας των εκδηλώσεων της κατάθλιψης με τα συμπτώματα της άνοιας, στοιχεία χρήσιμα για τη διαφορική διάγνωση καταθλιπτικών ασθενών με άνοια και ασθενών που πάσχουν μόνο από άνοια είναι: η θλίψη, η χαμηλή διάθεση και τα ψυχολογικά και νευροψυχικά χαρακτηριστικά της κατάθλιψης. Είναι άγνωστο μέχρι σήμερα αν η έκπτωση των γνωσιακών λειτουργιών που παρουσιάζεται στα άτομα που πάσχουν από άνοια συμβαίνει λόγω της παρουσίας κατάθλιψης επειδή οι ασθενείς αυτοί συνήθως δεν μπορούν να αναγνωρίσουν και να εκφράσουν τα συναισθήματα δυσφορίας που νιώθουν (Tyrell, 2011).

Στην τρίτη ηλικία τα κυριότερα αίτια εμφάνισης κατάθλιψης οφείλονται στη μοναξιά. Η απώλεια του συντρόφου είναι ο σημαντικότερος παράγοντας κατάθλιψης στο ηλικιωμένο άτομο και οφείλεται στις περισσότερες αυτοκτονίες στην τρίτη ηλικία. Επίσης, η εγκατάλειψη από τα παιδιά και η αλλαγή κατοικίας (ιδιαίτερα η μεταφορά σε οίκο ευγηρίας) παίζουν καταλυτικό ρόλο στην εμφάνιση κατάθλιψης. Άλλα αίτια είναι η ύπαρξη οικογενειακού ιστορικού, η ύπαρξη οικονομικών προβλημάτων, το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο και η βίωση αρνητικών γεγονότων κατά την διάρκεια της ζωής. Πολλές φορές οι ηλικιωμένοι με κάποια χρόνια πάθηση, χρόνιο πόνο και άγχος τείνουν να έχουν καταθλιπτική διάθεση. Τέλος, η απώλεια καθημερινών συνηθειών, όπως για παράδειγμα η οδήγηση, η σταδιακή αδυναμία αυτοεξυπηρέτησης και η κοινωνική απομόνωση μπορούν να συνεισφέρουν στην εμφάνιση κατάθλιψης (Tyson, 2011).

Η θεραπεία της κατάθλιψης στην τρίτη ηλικία χρήζει άμεσης αντιμετώπισης καθώς οι ηλικιωμένοι είναι τα άτομα που διατρέχουν τον μεγαλύτερο κίνδυνο αυτοκτονιών από κάθε άλλη ηλικιακή ομάδα. Οι περισσότεροι αυτοκτονούν με όπλα ή απαγχονίζονται, άλλοι παίρνουν υπερβολική δόση φαρμάκων και ένα μικρό ποσοστό κόβουν τις φλέβες τους. Οι ηλικιωμένοι χρησιμοποιούν πιο βίαιες μεθόδους από τους νεότερους ενώ η χρήση αλκοόλ και το ψυχιατρικό ιστορικό αφορά κυρίως τα νεότερα άτομα. Όπως όλα τα άτομα με κατάθλιψη που αποπειρώνται να αυτοκτονήσουν, έτσι και οι ηλικιωμένοι εκφράζουν αυτές τις σκέψεις

τους σε συγγενείς και φίλους, για αυτό και είναι ιδιαίτερης σημασίας οι εκφράσεις αυτές να παίρνονται στα σοβαρά και να μην αψηφούνται (Tyson, 2011).

Η χορήγηση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων βελτιώνει την καταθλιπτική συμπτωματολογία σε ποσοστό 60% περίπου, αν και υπάρχουν κάποια άτομα που ενώ υποβάλλονται σε φαρμακοθεραπεία συνεχίζουν να παρουσιάζουν καταθλιπτική συμπεριφορά. Όταν ο ασθενής επιτύχει την ανάρρωση η φαρμακευτική αγωγή θα πρέπει να συνεχιστεί για 6 μήνες τουλάχιστον με την ίδια δοσολογία καθώς η κατάθλιψη είναι υποτροπιάζουσα νόσος και υπάρχει ο κίνδυνος επανεμφάνισης. Πολλές φορές κρίνεται απαραίτητο η συνέχιση της θεραπείας για ένα με δύο χρόνια στα άτομα με υψηλό κίνδυνο υποτροπής και αυτό, κυρίως, επειδή πολλοί ασθενείς και οι οικογένειες τους δεν λαμβάνουν υπ' όψιν τους τη σοβαρότητα της λήψης φαρμακευτικής αγωγής και παραλείπουν δόσεις φαρμάκων (American Psychiatric Association, 2013).

Θετικά αποτελέσματα στη θεραπεία της κατάθλιψης στην τρίτη ηλικία έχει και η ψυχοθεραπεία. Σε άτομα με έντονη αντίδραση στο πένθος είναι χρήσιμες οι ομάδες υποστήριξης, η ομαδική θεραπεία, η συμβουλευτική θεραπεία και η ατομική ψυχοθεραπεία. Επίσης, η οικογενειακή παρέμβαση παίζει σημαντικό ρόλο στην θεραπεία, καθώς οι ηλικιωμένοι περιμένουν από την οικογένεια τους στήριξη στην αντιμετώπιση της ασθένειας τους. Τέλος, μία ακόμα θεραπεία που εφαρμόζεται είναι η ηλεκτροσπασμοθεραπεία, η οποία γίνεται κυρίως σε άτομα με έντονες διαταραχές της ψυχικής διάθεσης, τα οποία δεν είναι ικανά να αντέξουν τη μακρά αναμονή από τη χορήγηση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων. Για τη θεραπεία της κατάθλιψης χρειάζονται περίπου εννιά συνεδρίες ηλεκτροσπασμοθεραπείας και έχει αποδειχθεί ότι ταχύτερη ανάρρωση προκαλείται με τρεις θεραπείες την εβδομάδα και όχι με μία (Smith & Alexopoulos, 2009).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

Πρόληψη κατάθλιψης

Είναι γενικά αποδεκτό ότι η έγκαιρη θεραπευτική παρέμβαση και η συνεχιζόμενη φαρμακευτική και ψυχοθεραπευτική υποστήριξη μειώνουν την διάρκεια του καταθλιπτικού επεισοδίου και προφυλάσσουν από τις υποτροπές. Όμως, η πρόληψη παίζει εξίσου σημαντικό ρόλο στην καταπολέμηση της κατάθλιψης, ιδιαίτερα στις περιπτώσεις που το άτομο έχει αυτοκτονικές τάσεις. Καθώς, λοιπόν, ο μεγαλύτερος κίνδυνος στην κατάθλιψη είναι η αυτοκτονία, η οποία μοιάζει σαν μοναδική διέξοδος από την απελπισία για τα καταθλιπτικά άτομα, η έγκαιρη παρέμβαση είναι ο καλύτερος τρόπος να αντιμετωπιστεί ο κίνδυνος της. Άλλες πιθανές επιπλοκές που προέρχονται από την γενική παραμέληση της φροντίδας του εαυτού και από την κοινωνική απόσυρση μπορεί να προληφθούν με την διατήρηση μιας καλής σωματικής κατάστασης, με την αποφυγή κατάχρησης ουσιών και με υποστηρικτικά συστήματα που συνεισφέρουν στην καλύτερη ποιοτική ζωή του καταθλιπτικού ατόμου (Βεντουράτου, 2009).

Μεγάλη σημασία έχει επίσης και η έγκαιρη επικοινωνία με τον ειδικό ψυχικής υγείας όταν υπάρχουν συμπτώματα κατάθλιψης, καθώς στις περισσότερες περιπτώσεις η νόσος παραμένει αθεράπευτη για μεγάλο χρονικό διάστημα με αποτέλεσμα να γίνεται χρόνια. Τέλος, όταν το άτομο θεραπεύεται από την κατάθλιψη είναι σημαντικό να παρακολουθείται από τον θεράποντα ιατρό για χρονικό διάστημα τουλάχιστον ενός χρόνου για να προληφθεί τυχόν υποτροπιασμός της νόσου (Βεντουράτου, 2009).

Θεραπεία κατάθλιψης

Όπως ισχύει για κάθε ασθένεια έτσι και για την κατάθλιψη η θεραπεία της έχει μεγαλύτερες πιθανότητες να είναι αποτελεσματική αν ξεκινήσει έγκαιρα. Ωστόσο, και σε αυτό διαφέρει η κατάθλιψη από τις υπόλοιπες ασθένειες αφού το πρώτο βήμα για την εκκίνηση της θεραπείας πρέπει να γίνει από τον ίδιο τον ασθενή, καθώς πρέπει να αποδεχτεί τη σοβαρότητα της κατάστασης του και την αναγκαιότητα της αντιμετώπισης της. Επιπλέον, καθώς τα αίτια της κατάθλιψης ποικίλουν από πολλούς παράγοντες, έτσι και η αντιμετώπιση της είναι επιτυχής ύστερα από το συνδυασμό των διαφόρων ειδών θεραπείας που προτείνονται από τον ειδικό ψυχικής υγείας (American Psychiatric Association, 2013).

Παρακάτω παρουσιάζονται οι κυριότεροι τύποι θεραπείας της κατάθλιψης:

I. Φαρμακευτική αγωγή. Στην πρώτη γραμμή της φαρμακευτικής αγωγής ανήκουν τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα.. Τα τρικυκλικά φάρμακα (TCAs) όπως η αμυτριπτυλίνη και η χλωριμιπραμίνη είναι ιδιαίτερα διαδεδομένα. Το ίδιο ισχύει και για τους εκλεκτικούς αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (SSRIs), της μονοαμινοοξειδάσης (αναστολείς MAO) και τους αναστολείς επαναπρόσληψης νοραδρεναλίνης. Ευρείας χρήσης είναι και τα ειδικά σεροτονινεργικά αντικαταθλιπτικά (μιρταζαπίνη) καθώς επίσης και αντικαταθλιπτικά της φαινοθιλαμίνης, όπως η βενλαφαξίνη. Μια άλλη ομάδα φαρμάκων που χρησιμοποιούνται τόσο θεραπευτικά όσο και προληπτικά είναι τα ηρεμιστικά και τα αντιμανιακά φάρμακα, γνωστά ως «σταθεροποιητές διάθεσης». Από τα τελευταία ευρέως χρησιμοποιούμενα είναι το λίθιο, η καρβामαζεπίνη και το βαλπροϊκό.

Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα χορηγούνται μόνο από τον ψυχίατρο στον ασθενή για όσο χρόνο απαιτεί η θεραπεία και αν υπάρχουν παρενέργειες επιβάλλεται η αλλαγή και αντικατάσταση τους με άλλα. Πρέπει να επισημανθεί ότι οι παρενέργειες τους είναι συχνά πιο δυσάρεστες από την ίδια την κατάθλιψη και το ποσοστό υποτροπής είναι υψηλό (NIMH, 2010).

II. Γνωστική συμπεριφορική θεραπεία (CBT). Πρόκειται για μια ιδιαίτερα διαδεδομένη θεραπεία κατά την οποία ο θεραπευτής και ο ασθενής συνεργάζονται και επεξεργάζονται τις αρνητικές σκέψεις που διακατέχουν τον ασθενή. Στόχος της είναι να αποδεχτεί ο ασθενής ότι ο τρόπος που σκέφτεται επηρεάζει τη διάθεση και τη συμπεριφορά του και εξαρτάται μόνο από τον ίδιο να αλλάξει τον τρόπο σκέψης του. Αρχικά δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στη δραστηριοποίηση του ασθενούς με διάφορες τεχνικές, όπως ο προγραμματισμός δραστηριοτήτων, έτσι το άτομο αποκτά κίνητρα, ικανοποιείται από την επίτευξη των στόχων του, καταγράφει τις σκέψεις του και σταδιακά εκτιμά τον εαυτό του και αντιμετωπίζει ρεαλιστικά τις καταστάσεις. Η ποικιλία των τεχνικών που χρησιμοποιούνται σε αυτή τη μορφή θεραπείας και ο ψυχοεκπαιδευτικός της χαρακτήρας την καθιστούν ιδιαίτερα αποτελεσματική στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της κατάθλιψης.

III. Ψυχανάλυση. Η ψυχανάλυση αναπτύχθηκε αρχικά από τον Freud στις αρχές του 20^{ου} αιώνα. Είναι η θεραπευτική διαδικασία που αποβλέπει στη διευθέτηση των ασυνείδητων συγκρούσεων του ατόμου. Ο ασθενής καλείται να ξαπλώσει στο ντιβάνι και να αφηθεί στον ελεύθερο συνειρμό, λέγοντας οτιδήποτε του έρθει στο νου εκείνη την στιγμή χωρίς καμία λογοκρισία από τον θεραπευτή. Ο θεραπευτής είναι καθισμένος πίσω από τον

ασθενή ώστε να μην βρίσκεται στο οπτικό πεδίο του, ενθαρρύνοντας έτσι την ανάπτυξη της μεταβίβασης. Η θεραπεία αυτή για να είναι αποτελεσματική πρέπει να γίνεται 4-5 φορές την εβδομάδα για 50 λεπτά σε κάθε συνεδρία και απαιτεί, κατά κανόνα, 2-3 χρόνια.

IV. Γνωστική αναλυτική θεραπεία (CAT). Θεωρείται ιδιαίτερα αποτελεσματική στη βελτίωση της αυτογνωσίας τόσο σε ατομικό όσο και σε ομαδικό επίπεδο. Κατά τη διάρκεια της εξετάζονται προβλήματα και αρνητικές εμπειρίες του παρελθόντος, κυρίως της παιδικής ηλικίας, εντοπίζονται και αναλύονται τα αίτια τους με στόχο το άτομο να ανακτήσει την αυτοεκτίμηση του. Στο γνωστικό μέρος χρησιμοποιείται η ικανότητα του ατόμου για αυτοπαρατήρηση και μελέτη του εαυτού του (σκέψεις, συναισθήματα, συμπεριφορές). Στο αναλυτικό μέρος ερευνώνται και εξετάζονται οι ασυνείδητοι παράγοντες που επηρεάζουν τη λειτουργικότητα ενός ατόμου.

V. Διαπροσωπική θεραπεία (PIT). Βασική αρχή αυτής της θεραπείας είναι ότι η κατάθλιψη και τα διαπροσωπικά προβλήματα είναι αλληλένδετα. Η απώλεια ενός αγαπημένου πρόσωπου, μια ξαφνική αλλαγή στη ζωή του ατόμου, η κοινωνική απομόνωση, η εργασία, οι συγκρούσεις με την οικογένεια και το φιλικό του περιβάλλον δεν αφήνουν το άτομο ανεπηρέαστο. Η θεραπεία αυτή αποσκοπεί στο να βελτιωθούν οι επικοινωνιακές δεξιότητες του ατόμου και οι σχέσεις του με τον κοινωνικό του περίγυρο. Η διάρκεια της εκτείνεται συνήθως στο διάστημα 3-4 μηνών.

VI. Ηλεκτροσπασμοθεραπεία. Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ECT) είναι μία θεραπεία που έχει χρησιμοποιηθεί για πολλές δεκαετίες στην κατάθλιψη. Από πολλούς θεωρείται η πιο αποτελεσματική και ταχύτερη καθώς και σε ορισμένες περιπτώσεις η μόνη σωτήρια μορφή θεραπείας λόγω της άμεσης και γρήγορης λειτουργίας της. Ωστόσο, για κάποιους είναι αμφιλεγόμενη καθώς έχει μερικές παρενέργειες, η σημαντικότερη εκ των οποίων θεωρείται η απώλεια μνήμης και η σύγχυση. Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία ενδείκνυται σε περιπτώσεις σοβαρής κατάθλιψης ή σε κατάθλιψη με έντονα τα σωματικά συμπτώματα. Πραγματοποιείται στο νοσοκομείο τρεις φορές τη εβδομάδα για διάστημα συνήθως 6-12 εβδομάδων και η διάρκεια της εξαρτάται πάντα από το κάθε μεμονωμένο περιστατικό. Ο ασθενής μετά από ολική αναισθησία δέχεται ηλεκτρικό ρεύμα στις κροταφικές περιοχές του εγκεφάλου, το ρεύμα ενεργοποιεί τα νευρικά κύτταρα και στη συνέχεια προκαλείται επιληπτική κρίση για κάποια δευτερόλεπτα. Τα φαινόμενα που σχετίζονται με την κρίση είναι και αυτά που έχουν την αντικαταθλιπτική επίδραση (Grohol, 2010).

VII. Υποστηρικτική συμβουλευτική – ψυχοθεραπεία. Πρόκειται για θεραπευτικές συνεδρίες μεταξύ ψυχοθεραπευτή και ασθενούς κατά τη διάρκεια των οποίων ο ασθενής εξωτερικεύει τα αισθήματα του μιλώντας για τα προβλήματα που τον απασχολούν

και μπορούν να συμμετέχουν και μέλη του οικογενειακού ή φιλικού περιβάλλοντος του. Αυτή η μορφή θεραπείας έχει ως στόχο να αναγνωρίσει ο ασθενής τα αίτια των προβλημάτων του, να τα αποδεχτεί, να εκφράσει τα συναισθήματα του και να ανακτήσει τον έλεγχο της ζωής του.

VIII. Αφήγηση. Πρόκειται για μια εναλλακτική μορφή θεραπείας κατά την οποία παρέχονται συμβουλές στον ασθενή με αφορμή τις ιστορίες που αφηγούνται οι ασθενείς για να περιγράψουν τα προβλήματα τους. Μέσα από το συμβολισμό και τη μεταφορά των προβλημάτων σε μία καλλιτεχνική μορφή (αφήγηση, παραμύθι, αυτοσχεδιασμός) το άτομο ενθαρρύνεται να εξετάσει το πρόβλημα του από την ασφάλεια της αισθητικής απόστασης, να εξελιχθεί συναισθηματικά, να αναγνωρίσει τις δεξιότητες και τις ικανότητες του και να ξαναγίνει δημιουργικό.

IX. Διακρανική μαγνητική διέγερση (TMS). Πρόκειται για μια επεμβατική μέθοδο που προκαλεί αποπόλωση ή υπερπόλωση στους νευρώνες του εγκεφάλου με αποτέλεσμα να δημιουργείται ένα μαγνητικό πεδίο που τονώνει τις αντίστοιχες περιοχές του εγκεφάλου. Μια παραλλαγή της διακρανιακής μαγνητικής διέγερσης, η επαναλαμβανομένη διακρανική μαγνητική διέγερση (RTMS), έχει δοκιμαστεί ως μέσο θεραπείας για ψυχολογικές διαταραχές, αν και η αποτελεσματικότητα αυτής της μεθόδου ερευνάται ακόμη.

X. Βότανα. Είναι μία εναλλακτική πρόταση για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της κατάθλιψης, χωρίς όμως να υπάρχουν επιστημονικές αποδείξεις για την αποτελεσματικότητά τους στην κατάθλιψη. Τα βότανα που υποστηρίζεται ότι σχετίζονται με την ανακούφιση μερικών συμπτωμάτων της κατάθλιψης είναι τα εξής: το δενδρολίβανο, το μελισσόχορτο και το βαλσαμόχορτο. Το τελευταίο, γνωστό και ως σπαθόχορτο, έχει αποδειχθεί από μελέτες ότι μπορεί να μειώσει τα συμπτώματα της κατάθλιψης εμποδίζοντας την επαναπρόσληψη των νευροδιαβιβαστών. Τονίζεται ωστόσο ότι δεν πρέπει να λαμβάνεται σε συνδυασμό με φαρμακευτική αγωγή για την κατάθλιψη λόγω ορισμένων αντενδείξεων και αλλεργικών επιδράσεων (Deligiannidis & Freeman, 2010).

Παρενέργειες αντικαταθλιπτικών φαρμάκων

Καθώς τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα κατηγοριοποιούνται σε ομάδες, οι παρενέργειές τους σαφώς δεν είναι κοινές και για αυτό το λόγο θα αναφερθούν στο πλαίσιο της κατηγορίας στην οποία εντάσσονται (Mayo Clinic Staff, 2011):

I. Τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά (TCAs): Οι συνηθέστερες παρενέργειες που έχουν σημειωθεί είναι:

- Η ξηροστομία.
- Η δυσκοιλιότητα.
- Η θολή όραση.
- Προβλήματα της ουροδόχου κύστης.
- Ζάλη.
- Υπνηλία.
- Αύξηση του καρδιακού ρυθμού.
- Εφίδρωση.
- Δερματικά εξανθήματα.
- Σεξουαλική δυσλειτουργία.
- Απώλεια ή αύξηση βάρους.

Συνήθως οι ανεπιθύμητες παρενέργειες μειώνονται μετά την παρέλευση 7-10 ημερών. Η υπερβολική δόση ενός τρικυκλικού φαρμάκου είναι θανατηφόρα και απαιτείται άμεση ιατρική παρέμβαση. Τα συμπτώματα της υπερβολικής δόσης εμφανίζονται μία ώρα συνήθως μετά την κατάποση και περιλαμβάνουν διεσταλμένες κόρες, υπερθερμία, σπασμούς, καταπληξία, απώλεια συνείδησης και αναπνευστική ανεπάρκεια.

II. *Εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (SSRIs):* Οι κυριότερες παρενέργειες σε αυτή την κατηγορία φαρμάκων είναι:

1. Γαστρεντερικές, όπως:
 - ναυτία
 - διάρροια
 - δυσπεψία
 - κοιλιακό άλγος
2. Νευρολογικές, όπως:
 - αϋπνία ή υπερυπνηλία
 - μυϊκή δυσκαμψία
 - διέγερση
 - εφίδρωση
 - αύξηση των αντανακλαστικών
 - σπασμοί

Λιγότερο συχνά μπορεί επίσης να εμφανιστεί: πυρετός, σύγχυση, κολπική αιμορραγία, προβλήματα στύσης, υπέρταση ή υπόταση και βίαιη συμπεριφορά. Η κατάχρηση των SSRIs ή ο συνδυασμός τους με άλλα φάρμακα που επιδρούν στη σεροτονίνη μπορεί να προκαλέσει το επικίνδυνο τοξικό σύνδρομο σεροτονίνης που χαρακτηρίζεται από υψηλό

πυρετό, καρδιακή αρρυθμία, νεφρικά προβλήματα και απώλεια των αισθήσεων (NHS Choices, 2010).

III. Αναστολείς μονοαμινοοξειδάσης (ΜΑΟ): Οι ασθενείς στους οποίους χορηγούνται αντικαταθλιπτικά αυτής της κατηγορίας πρέπει να είναι ιδιαίτερα προσεκτικοί στην κατανάλωση τροφίμων που περιέχουν αμινοξέα και τυραμίνη καθώς αυξάνουν σημαντικά την αρτηριακή πίεση. Σε μια τέτοια περίπτωση παρατηρούνται δυσκαμψία του αυχένα, σοβαρή κεφαλαλγία, πόνοι στο στήθος, ταχυκαρδία, ναυτία, εμετοί ακόμη και εγκεφαλικό επεισόδιο. Τροφές επομένως που πρέπει να αποφεύγονται είναι το ψάρι, η σοκολάτα, τρόφιμα που έχουν υποστεί ζύμωση και το τυρί. Άλλα συμπτώματα που προκαλούνται από τους αναστολείς της μονοαμινοοξειδάσης είναι διαταραχές στον ύπνο, αύξηση της σωματικού βάρους, ναυτία, ξηροστομία, ζάλη και αισθήματα τρόμου ή ανησυχίας.

IV. Σταθεροποιητές διάθεσης: Τα αντικαταθλιπτικά αυτής της κατηγορίας συνοδεύονται συχνά από συμπτώματα όπως: ζάλη, γαστρεντερικές διαταραχές, αϋπνία ή υπερυπνηλία και αγχώδεις διαταραχές.

V. Το λίθιο: Μπορεί να προκαλέσει δίψα,, ναυτία, εμετούς, συχνοουρία, τρέμουλο, ξηροδερμία, διαταραχές στην ομιλία και απώλεια αισθήσεων. Αν προκληθεί αφυδάτωση μπορεί να γίνει τοξικό με επιβλαβείς συνέπειες στα νεφρά. Σε μια τέτοια περίπτωση μπορεί επίσης να εμφανιστεί βρογχοκήλη, επιληπτική κρίση ακόμη και καρδιακή ανακοπή για αυτό και ο ασθενής χρήζει άμεσης ιατρικής παρέμβασης.

VI. Αντικαταθλιπτικά φαινοθιλαμίνης: Τα αντικαταθλιπτικά αυτά αναστέλλουν την επαναπρόσληψη της σεροτονίνης και της νορεπινεφρίνης και για αυτό το λόγο τα συμπτώματα τους είναι ιδιαίτερα σοβαρά σε περίπτωση συνδυασμού τους με άλλα φάρμακα. Ειδικά η χορήγηση βενλαφαξίνης δεν πρέπει να ξεκινήσει μέχρι να περάσουν τουλάχιστον 14 μέρες μετά τη διακοπή της θεραπείας με έναν μη αναστρέψιμο αναστολέα της ομάδας ΜΑΟ και πρέπει να διακόπτεται 7 ημέρες μετά τη θεραπεία με ΜΑΟ. Στις συχνές παρενέργειες τους ανήκουν: η ναυτία, η ζάλη, η ξηροστομία, η εφίδρωση, διαταραχές στον ύπνο, νευρικότητα και κινητικές διαταραχές. Στη περίπτωση της βενλαφαξίνης, εκτός από τα παραπάνω, υπάρχει αυξημένος κίνδυνος εμφάνισης επεισοδίων σχετιζομένων με αυτοκτονία καθώς επίσης και ο κίνδυνος εμφάνισης υπονατριαιμίας.

Καθήλωση και απομόνωση του ασθενή

Οι ασθενείς έχουν δικαίωμα να λάβουν θεραπεία με όσο το δυνατό λιγότερες περιοριστικές μεθόδους. Παρόλα αυτά, σε αρκετές ψυχιατρικές κλινικές και ιδρύματα εκμεταλλεύονται την κατάσταση του ασθενή και για τη δική τους ευκολία προβαίνουν απευθείας σε περιοριστικές μεθόδους, δηλαδή στην απομόνωση ή στην καθήλωση του ασθενή. Κατά την απομόνωση ο ασθενής περιορίζεται σε ένα δωμάτιο, το οποίο έχει μόνο ένα κρεβάτι ή ένα στρώμα για λόγους ασφαλείας. Κατά την καθήλωση του ασθενή γίνεται εφαρμογή δερμάτινων ιμάντων σε όλα τα άκρα και γύρω από τον κορμό του για την αποφυγή τραυματισμού του εαυτού του ή των γύρων του και απαιτείται έλεγχος του κάθε 15 λεπτά (Ζαρταλούδη, 2009).

Πολλοί ασθενείς έχουν τραυματιστεί κατά την καθήλωση τους ή έχει χειροτερέψει η ψυχική τους διάθεση, για αυτό και δεν πρέπει να εφαρμόζονται οι περιοριστικοί μέθοδοι για την διευκόλυνση τους προσωπικού ή για την τιμωρία του ασθενή. Πρώτα πρέπει να γίνεται εξάντληση όλων των εναλλακτικών παρεμβάσεων για να μειωθεί η διέγερση του ασθενή και στην συνέχεια, αν κρίνεται απαραίτητο, να προχωρήσει το προσωπικό σε απομόνωση ή σε καθήλωση του. Στους ασθενείς που έγινε εφαρμογή των περιοριστικών αυτών μεθόδων αναφέρθηκε ότι ένιωθαν ότι τους φέρονται απάνθρωπα και σε όλη την διάρκεια ένιωθαν ευάλωτοι, αβοήθητοι και τους είχε κυριαρχήσει ο φόβος (Ζαρταλούδη, 2009).

Ακούσια νοσηλεία και δικαίωμα άρνησης της θεραπείας

Όπως είναι κατανοητό, η νοσηλεία στην ψυχιατρική κλινική είναι από μόνη της μία περίπλοκη κατάσταση για τον ασθενή που ήδη έχει αποδεχτεί την ψυχική του διαταραχή και επιθυμεί να θεραπευτεί. Έτσι, η νοσηλεία στην κλινική γίνεται ακόμα πιο περίπλοκη όταν πρόκειται για ασθενή που δεν έχει αποδεχθεί την κατάσταση του. Στις περιπτώσεις αυτές πραγματοποιείται ακούσια νοσηλεία, η οποία για να προγραμματιστεί απαιτεί την συνεργασία της οικογένειας, του ιατρού ψυχικής υγείας αλλά και την συνεργασία από τις αστυνομικές αρχές. Βέβαια, πριν από την απόφαση ακούσιας νοσηλείας γίνονται ενέργειες από τον ιατρό ψυχικής υγείας να μεταπειθεί τον ασθενή για την αναγκαιότητα της νοσηλείας του στην ψυχιατρική κλινική ώστε να θεραπευτεί. Μόνο όταν οι ενέργειες αυτές δεν έχουν θετικό αποτέλεσμα κρίνεται απαραίτητη η εφαρμογή της ακούσιας νοσηλείας του. Η διαδικασία αυτή περιλαμβάνει την αίτηση του ιατρού ψυχικής υγείας στην εισαγγελική αρχή και την συνεργασία των αστυνομικών αρχών (Μπαλανάκης, 2011).

Το δικαίωμα της θεραπείας αποτελεί θεμελιώδες δικαίωμα κάθε ασθενή και κατά συνέπεια δικαίωμα και του ψυχικά ασθενή. Ο ασθενής όμως έχει και το δικαίωμα να αρνηθεί οποιαδήποτε θεραπεία δεν τον ικανοποιεί. Εφόσον, λοιπόν, η ακούσια νοσηλεία έχει ως στόχο την εφαρμογή της θεραπείας, μόνο τότε μπορεί να δικαιολογηθεί η εφαρμογή της παρά την θέληση του ασθενή. Ένας ασθενής που εισήχθηκε στην ψυχιατρική κλινική με την θέληση του μπορεί να εξισορροπήσει τα υπέρ και τα κατά μιας θεραπείας, καθώς και να αποφασίσει ο ίδιος ποια θεραπεία ικανοποιεί τις ανάγκες του καλύτερα. Αντίθετα, ο ακούσιος ασθενής δεν είναι σε θέση να αποφασίσει για την θεραπεία του και πρέπει να ακολουθεί κάθε ενδεδειγμένη θεραπεία (Αλεβίζος, 2000 & Μπαλανάκης, 2011).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

Νοσηλευτική επιστήμη

Αυτό που μελετά η Νοσηλευτική Επιστήμη είναι η νοσηλευτική πράξη, ο άνθρωπος, το περιβάλλον και η υγεία. Νοσηλευτική είναι η τέχνη και η επιστήμη υγείας που ασχολείται με την καθημερινή φροντίδα των ατόμων, της οικογένειας και της κοινότητας για την πρόληψη, διατήρηση και αποκατάσταση της υγείας σε όλο το φάσμα των φυσιολογικών λειτουργιών της. Ακόμα, η νοσηλευτική αφορά την υπεράσπιση συμφερόντων των ασθενών και των αδύναμων σωματικά ή κοινωνικά ανθρώπων καθώς και τη διασφάλιση ενός ασφαλούς περιβάλλοντος διαβίωσης και νοσηλείας. Ο νοσηλευτής συνεργάζεται στενά με τον ιατρό και εφαρμόζει στη πράξη τις ιατρικές οδηγίες. Μπορεί να ασχολείται από την απλή χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής, μέχρι την παροχή βοήθειας στον ιατρό κατά την αντιμετώπιση σοβαρών περιστατικών ή χειρουργικών επεμβάσεων.

Ο ρόλος του νοσηλευτή στην ψυχική υγεία

Στο κεφάλαιο αυτό αναφέρεται το πώς ο νοσηλευτής ως ειδικός ψυχικής υγείας μπορεί να βοηθήσει και να εκπαιδεύσει τα άτομα που πάσχουν από κάποια ψυχική διαταραχή. Όμως, πρώτα από όλα πρέπει να επισημανθεί ότι ένας νοσηλευτής για να μπορεί να λειτουργήσει ως μέλος της θεραπευτικής ομάδας θα πρέπει να έχει και τις απαραίτητες γνώσεις στα θέματα της ψυχικής υγείας σε μεταπτυχιακό επίπεδο. Ο νοσηλευτής ως σύμβουλος και εκπαιδευτής θα βοηθήσει τον ασθενή μέσα από τις συνεδρίες να βρει ξανά την ψυχική του υγεία, ενισχύοντας την αυτοεκτίμηση και αυτοπεποίθηση του (Chitty & Black, 2010).

Αρχικά, σκοπός του νοσηλευτή ψυχικής υγείας είναι να βρει πρώτα ένα ασφαλές και ήσυχο περιβάλλον για τον ασθενή, για παράδειγμα ένας ψυχιατρικός ασθενής με μείζονα καταθλιπτική διαταραχή πρέπει να νοσηλευτεί σε κάποια ψυχιατρική κλινική ώστε να αποφευχθεί ο κίνδυνος πρόκλησης σωματικής βλάβης στον εαυτό του ή στους γύρω του. Πολλά άτομα με κάποια ψυχική διαταραχή δεν μπορούν εύκολα να συνυπάρχουν με άλλα, με αποτέλεσμα η οποιαδήποτε ομαδική δραστηριότητα να τους κάνει νευρικούς και επιθετικούς. Σε αυτή την περίπτωση ο νοσηλευτής βοηθάει στο να απομονωθούν τα άτομα αυτά μέχρι να νιώσουν έτοιμα να συναναστραφούν με τους γύρω τους. Πρέπει να τονιστεί ότι τα άτομα με ψυχικές διαταραχές πρέπει να είναι υπό την συνεχή επίβλεψη του νοσηλευτή ώστε να μην κάνουν κακό στον εαυτό τους ή στους γύρω τους (Chitty & Black, 2010).

Από την άλλη μεριά, στις περιπτώσεις όπου δεν απαιτείται νοσηλεία του ασθενή σε ψυχιατρική κλινική ή στις περιπτώσεις όπου ο ασθενής έχει βγει από την κλινική, η επίβλεψη από τον νοσηλευτή γίνεται στο σπίτι με την βοήθεια της οικογένειας. Ο στόχος του νοσηλευτή είναι να εκπαιδεύσει την οικογένεια του ασθενή σχετικά με την φαρμακευτική του αγωγή, να παρακολουθεί τη μεταξύ τους σχέση και να εντοπίζει έγκαιρα τυχόν αναταραχές της ψυχικής υγείας του ασθενή. Η συνεργασία του νοσηλευτή με ψυχολόγους ή κοινωνικούς λειτουργούς είναι απαραίτητη προϋπόθεση στην αποτελεσματικότερη βελτίωση της σχέσης μεταξύ του ασθενή και της οικογένειας. Τέλος, ο νοσηλευτής ενημερώνει την οικογένεια για την πορεία, την εξέλιξη της νόσου και της θεραπείας καθώς και για τυχόν υποτροπή της (Nardi, 2007).

Ο ρόλος του νοσηλευτή σε άτομα με αυτοκτονικές τάσεις

Η βασική επιδίωξη του νοσηλευτή είναι η προστασία της ζωής του αυτοκτονικού ατόμου, η παροχή ασφάλειας και προστασίας. Για αυτό το λόγο πρώτη προτεραιότητα του είναι η συστηματική παρατήρηση και εκτίμηση της κατάστασης του ασθενή ώστε να προληφθούν τυχόν αυτοκαταστροφικές ενέργειες (Κουλούρη, 2009). Ο νοσηλευτής λοιπόν οφείλει:

- Να διασφαλίσει ένα ασφαλές περιβάλλον για τον ασθενή απομακρύνοντας επικίνδυνα αντικείμενα που θα μπορούσαν να τον βλάψουν.
- Να λάβει σοβαρά υπόψη του κάθε ένδειξη για βοήθεια.
- Να κερδίσει την εμπιστοσύνη του ασθενή μιλώντας του με ειλικρίνεια και εκφράζοντας τη συμπαράσταση του.
- Να τοποθετήσει τον ασθενή σε έναν χώρο με δυνατότητα συνεχούς παρακολούθησης.
- Να ενισχύσει την αυτοεκτίμηση του ασθενή.
- Να είναι ιδιαίτερα προσεκτικός με τη συμπεριφορά του προσωπικού ώστε να μην δημιουργηθεί η λανθασμένη εντύπωση ενός ασφαλούς περιβάλλοντος.
- Να συνεννοηθεί με τον ασθενή για το ποια μέλη της οικογένειας του και του φιλικού του περιβάλλοντος θα έρχονται σε επαφή μαζί του και ποιες ώρες.
- Να φροντίζει ο ασθενής να λαμβάνει την φαρμακευτική αγωγή που του έχει χορηγηθεί.
- Να βρίσκεται σε διαρκή εγρήγορση καθώς σε ένα άτομο που θέλει να αυτοκτονήσει δεν επαρκεί η απομάκρυνση των επικίνδυνων αντικειμένων από κοντά του.

➤ Να συγκεντρώσει πληροφορίες για τον ίδιο και το οικογενειακό και κοινωνικό του περιβάλλον.

Στο σημείο αυτό αξίζει να επισημανθεί το πρωτόκολλο βασικών προφυλάξεων στη φροντίδα του αυτοκτονικού ασθενή (Ραγιά, 2001):

- i. Παραμονή του αρρώστου στο δωμάτιο με την πόρτα ανοιχτή, εκτός αν συνοδεύεται από μέλος της οικογένειας ή της θεραπευτικής ομάδας.
- ii. Έλεγχος του ασθενή κάθε 15' και τσεκάρισμα κάθε ελέγχου ασφαλείας στο ειδικό δελτίο που είναι αναρτημένο στην πόρτα του ασθενή.
- iii. Παρατήρηση του ασθενή όταν καταπίνει τα φάρμακα του.
- iv. Έρευνα στα πράγματα του ασθενή για πιθανή ύπαρξη επικίνδυνων αντικειμένων με την παρουσία και την βοήθεια του ίδιου.
- v. Έλεγχος των αντικειμένων που φέρνουν οι επισκέπτες.
- vi. Άδεια να έχει ο ασθενής κανονικό δίσκο φαγητού, αλλά έλεγχος κατά πόσο τα γυάλινα ή άλλα σκεύη λείπουν όταν επιστρέφεται.
- vii. Παροχή άδειας να έρχονται επισκέπτες, εκτός αν ο ασθενής δεν το επιθυμεί.
- viii. Τήρηση του πρωτόκολλου μέχρι κατάργησης του από τον ψυχίατρο σε συνεργασία με τον υπεύθυνο νοσηλεύτη.
- ix. Πληροφόρηση του ασθενή για τους λόγους καθώς και τις λεπτομέρειες των προφυλακτικών αυτών μέτρων.

Σχεδιασμός νοσηλευτικής παρέμβασης

A. Νοσηλευτική εκτίμηση

Η νοσηλευτική εκτίμηση είναι το πρώτο στάδιο της νοσηλευτικής διεργασίας (Eby, et al., 2013). Τα βήματα που ακολουθούνται είναι τα εξής:

➤ Στην έναρξη της νοσηλευτικής εκτίμησης γίνεται η λήψη του νοσηλευτικού ιστορικού του ασθενή και συλλέγονται όλα τα δεδομένα για τη γενικότερη κατάσταση του. Τα αναλυτικά στοιχεία που πρέπει να λαμβάνονται υπ'όψιν κατά τη λήψη του νοσηλευτικού ιστορικού είναι τα παρακάτω:

- Γενετικοί και βιολογικοί παράγοντες κληρονομικότητας (δηλαδή λήψη οικογενειακού ιστορικού).
- Λήψη ιατρικού ιστορικού.

- Στρεσογόνα γεγονότα κατά τη διάρκεια της ζωής του ασθενή και πρόσφατη απώλεια αγαπημένου προσώπου.
 - Αποτελέσματα από τα προκαθορισμένα εργαλεία εκτίμησης για την κατάθλιψη.
 - Προηγούμενο καταθλιπτικό επεισόδιο.
 - Κατανάλωση αλκοόλ ή/και ναρκωτικών ουσιών.
 - Ιστορικό σχετικά με το που και αν εργάζεται.
- Στην συνέχεια σημειώνουμε τα συμπτώματα του, τη συναισθηματική και συμπεριφοριστική απάντηση του ατόμου με τη βοήθεια του προσχεδιασμένου ιστορικού για τις ψυχικές διαταραχές.
- Έπειτα γίνεται εκτίμηση για τις πιθανές αυτοκτονικές τάσεις που μπορεί να αποβούν θανατηφόρες στην περίπτωση που δεν γίνει σωστά η εκτίμηση:
- Αρχικά παρατηρούμε ποιοι είναι οι στόχοι και οι σκοποί του ασθενή, για παράδειγμα για την ανακούφισή του από τις στρεσογόνες καταστάσεις.
 - Στην συνέχεια παρατηρούμε αν ο ασθενής έχει απαισιόδοξα σχέδια για το μέλλον του, γεγονός που ενθαρρύνει τον αυτοκτονικό σχεδιασμό του.
 - Έπειτα γίνεται εκτίμηση της ψυχικής του κατάστασης, για παράδειγμα ποιο είναι το επίπεδο άγχους του και αν υπάρχουν διαταραχές της διάθεσης του.
 - Τέλος γίνεται εκτίμηση των τωρινών στρεσογόνων γεγονότων, όπως η πρόσφατη απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου, η κατάχρηση ουσιών κ.α.
- Τέλος γίνεται εκτίμηση της οικογένειας ως υποστηρικτικό σύστημα και εκτιμούμε τις γνώσεις της οικογένειας και του ίδιου του ατόμου σχετικά με τα συμπτώματα των διαταραχών της διάθεσης, τις οδηγίες σχετικά με τη θεραπεία καθώς και τις γνώσεις σχετικά με την αυτοφροντίδα του ατόμου.

B. *Νοσηλευτική διάγνωση*

Η νοσηλευτική διάγνωση είναι το δεύτερο στάδιο της νοσηλευτικής διεργασίας (Eby, et al., 2010). Τα βήματα που ακολουθούνται είναι τα εξής:

- Αναλύουμε την διάθεση του ασθενή, τα επίπεδα άγχους του καθώς και την βαρύτητα των συμπτωμάτων του. Επίσης, καθορίζουμε το κατά πόσο η αυτοκτονική τάση είναι επικίνδυνη να γίνει πράξη από τον ασθενή.
- Εφαρμόζουμε εξατομικευμένη νοσηλευτική διάγνωση για τον ασθενή με καταθλιπτική διαταραχή, ιεραρχώντας τα παρακάτω:
 - Αντιμετώπιση αναποτελεσματικής οικογένειας.
 - Αντιμετώπιση αναποτελεσματικής προσωπικότητας του ατόμου.
 - Αξιολόγηση ανταπόκρισης της οικογένειας.

- Άγχος.
- Λύπη.
- Έλλειψη ελπίδας.
- Έλλειψη αυτοεκτίμησης.
- Διαταραχές στη διατροφή.
- Διαταραχές ύπνου.
- Καταβολή δυνάμεων.
- Κοινωνική απομόνωση.
- Κίνδυνος για επιθετική συμπεριφορά τόσο στον ίδιο όσο και στους γύρω του.
- Μειωμένη κριτική ικανότητα.

C. *Σχεδιασμός νοσηλευτικής παρέμβασης*

Στο στάδιο του σχεδιασμού νοσηλευτικής παρέμβασης καθορίζουμε μαζί με τον ασθενή τους στόχους για το επιθυμητό αποτέλεσμα (Thompson, et al., 2015). Τα κριτήρια για το επιθυμητό αποτέλεσμα είναι τα εξής:

- Ο ασθενής σταδιακά θα εκδηλώσει μείωση του άγχους του.
- Ο ασθενής θα είναι σε θέση να αντιμετωπίσει τα στρεσογόνα γεγονότα της ζωής του.
- Ο ασθενής θα εξωτερικεύει τα συναισθήματα του στους γύρω του και θα σταματήσει να κλείνεται στον εαυτό του.
- Ο ασθενής θα αποκαταστήσει τυχόν διαταραχές στον ύπνο του, με αποτέλεσμα να κοιμάται περίπου 7-8 ώρες χωρίς διακοπή.
- Ο ασθενής θα αποκαταστήσει τυχόν διαταραχές στην διατροφή του, θα τρώει υγιεινά γεύματα και δεν θα παραλείπει κανένα γεύμα της ημέρας.
- Ο ασθενής σταδιακά θα σταματήσει να κάνει σκέψεις που δεν συμπίπτουν με την πραγματικότητα.
- Ο ασθενής θα παίρνει μέρος σε ομαδικές δραστηριότητες.
- Ο ασθενής θα επαναλαμβάνει κάθε πράξη που κάνει καλό στον ίδιο και στους γύρω του.
- Ο ασθενής θα έχει μια φυσιολογική σεξουαλική δραστηριότητα.
- Η οικογένεια του ασθενή θα εκφράζει το ενδιαφέρον της για τον ίδιο και θα έχει τις απαραίτητες γνώσεις σχετικά με την νόσο, την θεραπεία και τα σημάδια υποτροπής της.

D. *Εφαρμογή του νοσηλευτικού πλάνου*

Σε αυτό το στάδιο της νοσηλευτικής διεργασίας εφαρμόζεται στην πράξη ο σχεδιασμός φροντίδας του ασθενή σε συνεργασία με τα άλλα μέλη της θεραπευτικής ομάδας (Eby, et al., 2010). Για τον ασθενή με την καταθλιπτική συμπεριφορά εφαρμόζουμε τα εξής:

- Αποδεχόμαστε τον ασθενή σαν ολότητα και αποφεύγουμε οποιαδήποτε πράξη μας που μπορεί να την εκλάβει ως απειλή.
- Προάγουμε την διατροφή του ασθενή με γεύματα της προτίμησής του.
- Εφαρμόζουμε προληπτικά μέτρα σε ασθενείς που θεωρούμε ότι έχουν αυτοκτονικές τάσεις.
- Αποφεύγουμε την εκδήλωση έντονων συναισθημάτων απέναντι του.
- Βοηθάμε τον ασθενή να δημιουργήσει ένα καθημερινό πρόγραμμα που θα περιλαμβάνει ομαδικές δραστηριότητες.
- Ενθαρρύνουμε τον ασθενή να συμμετέχει στις ομαδικές δραστηριότητες, δίνοντας του όση υποστήριξη είναι απαραίτητη.
- Συμβάλουμε στην καλύτερη ανάπαυση του ασθενή δημιουργώντας ευχάριστες συνθήκες κατά την διάρκεια του ύπνου του, όπως ώρες κοινής ησυχίας, χαμηλό φωτισμό, χαλαρωτική μουσική πριν κοιμηθεί.
- Ενθαρρύνουμε τον ασθενή να θέσει στόχους που μπορεί να υλοποιήσει με την ελάχιστη βοήθεια από εμάς.
- Βοηθάμε τον ασθενή να αναγνωρίσει τα συναισθήματα του και να αποβάλλει όλες τις αρνητικές σκέψεις που τον διακατέχουν.
- Στις περιπτώσεις που ο ασθενής έχει παραισθήσεις χρησιμοποιούμε ενισχυτικές τεχνικές.
- Χορηγούμε σωστά την φαρμακευτική αγωγή του ασθενή σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες.
- Παρακολουθούμε τον ασθενή για τα αποτελέσματα της θεραπείας καθώς και για τυχόν επιπλοκές από τα φάρμακα.
- Διδάσκουμε τον ασθενή σχετικά με την ψυχική διαταραχή του .
- Τον ενθαρρύνουμε να παίρνει μέρος τόσο σε ατομική όσο και σε ομαδική ψυχοθεραπεία ώστε να συναναστρέφεται και με άλλα άτομα που πάσχουν από κάποια ψυχική διαταραχή, ώστε να μην νιώθει μόνος.

Για τους ασθενείς με αυτοκτονική συμπεριφορά εφαρμόζουμε τα εξής:

- Δημιουργούμε μια υποστηρικτική σχέση φιλίας μεταξύ του ασθενή και άλλων ατόμων με ψυχική διαταραχή που όμως δεν έχουν αυτοκτονικές τάσεις.
- Παρακολουθούμε τον ασθενή χρησιμοποιώντας το πρωτόκολλο βασικών προφυλάξεων.
- Συζητάμε με τον ασθενή σχετικά με τις αυτοκτονικές του τάσεις και τον ρωτάμε σχετικά με τα σχέδια και τα μέσα που θέλει να πραγματοποιήσει την πράξη αυτή.
- Απομακρύνουμε όλα τα επικίνδυνα καθώς και όλα τα αιχμηρά αντικείμενα.
- Ενθαρρύνουμε τον ασθενή να συζητήσει για όσα τον αγχώνουν και για όσα τον κάνουν να νιώθει θυμό και αρνητικά συναισθήματα.
- Βοηθάμε τον ασθενή να βρει διέξοδο σε όσα προβλήματα τον απασχολούν και να απορρίψει με τον τρόπο αυτό κάθε αυτοκτονική σκέψη που έχει.

E. Αξιολόγηση αποτελέσματος

Οι νοσηλευτές προκειμένου να αξιολογήσουν τα αποτελέσματα που είχε στον ασθενή η νοσηλευτική διεργασία χρησιμοποιούν τα εξής κριτήρια (Happell, et al., 2008):

- Ο ασθενής εκφράζει μειωμένο άγχος και έχει καλή διάθεση.
- Ο ασθενής δεν έχει καμία αυτοκαταστροφική σκέψη.
- Ο ασθενής τρώει καθημερινά το γεύμα του και διατηρεί το βάρος του.
- Ο ασθενής κοιμάται κανονικά και έχει ενέργεια μέσα στην ημέρα.
- Ο ασθενής εκφράζει ότι μπορεί να αντιμετωπίσει τα στρεσογόνα γεγονότα της ζωής του και βρίσκει τις κατάλληλες λύσεις για αυτά.
- Ο ασθενής εκφράζει με αισιοδοξία το μέλλον του.
- Ο ασθενής νιώθει ευχαρίστηση να παίρνει μέρος σε ομαδικές δραστηριότητες.
- Ο ασθενής δεν έχει παραισθήσεις ή παραληρητικές ιδέες.
- Ο ασθενής και η οικογένεια του έχουν γνώση σχετικά με την ψυχική διαταραχή του, το πρόγραμμα θεραπείας του καθώς και τα συμπτώματα που φανερώνουν υποτροπή της νόσου.

Νοσηλευτική διεργασία

Κλινική περίπτωση Α

Άνδρας ασθενής ηλικίας 28 ετών, άγαμος και άνεργος, εισήχθη στην Ψυχιατρική κλινική του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Πατρών με την συνοδεία της μητέρας του με τα εξής συμπτώματα:

- ✓ Έντονη θλίψη
- ✓ Διαταραχές στον ύπνο (αϋπνία)
- ✓ Διαταραχές στην διατροφή (μείωση της όρεξης)
- ✓ Αυτοκτονικές σκέψεις

Γενικές πληροφορίες:

Όνοματεπώνυμο: Κ.Τ.

Φύλλο: Άρρεν

Ημερομηνία γέννησης: 09-09-1991

Ηλικία: 28

Θρησκεία: Χριστιανός Ορθόδοξος

Επάγγελμα: Άνεργος

Τόπος κατοικίας: Ρίο

Οικογενειακή κατάσταση: Άγαμος

Ημερομηνία εισόδου: 20-07-2019

Διάγνωση: Μείζων καταθλιπτική διαταραχή

Ατομικό ιστορικό:

Ο ασθενής στην αρχή εμφάνισε μείωση της όρεξης του τις τελευταίες τρεις εβδομάδες ενώ ταυτόχρονα παρουσίασε διαταραχές και δυσκολία στον ύπνο. Όλο αυτόν τον καιρό, η μητέρα του μας ενημέρωσε ότι ο γιος της φαινόταν έντονα θλιμμένος ενώ τις τελευταίες ημέρες εξέφραζε αυτοκτονικές σκέψεις.

Οικογενειακό ιστορικό:

Ο πατέρας του ασθενή συνήθιζε να ασκεί σωματική βία κατά την παιδική του ηλικία λόγω της μειωμένης απόδοσης που είχε στο σχολείο. Ο ασθενής κατά την εφηβική του ηλικία αποξενώθηκε με τον πατέρα του και άρχισε την κατάχρηση ουσιών. Επίσης, η μητέρα του

ασθενή μας ενημέρωσε ότι η αδερφή του πατέρα του έκανε απόπειρα αυτοκτονίας στο παρελθόν και εισήχθη σε ψυχιατρική κλινική.

Ατομικό ιστορικό

Χρόνια νοσήματα: Κανένα

Αλλεργίες: Όχι

Χειρουργικές επεμβάσεις: Όχι

Χρήση ουσιών: Ναι

Χρήση αλκοόλ: Ναι

Κάπνισμα: Ναι

Ζωτικά σημεία

Θερμοκρασία: 37°C

Αρτηριακή πίεση: 156/79mmHg

Αναπνοές: Φυσιολογικές

Σφίξεις: 89bpm/min

SpO2%: 97%

Θεραπευτική αντιμετώπιση

Ο ψυχίατρος αφού έλεγξε τον ασθενή ενημέρωσε τον ίδιο και την μητέρα του για το θεραπευτικό πλάνο που θα ακολουθήσει, το οποίο περιλαμβάνει:

- Διαμονή στην ψυχιατρική κλινική και συνεχή παρακολούθηση.
- Χορήγηση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων.
- Θεραπευτικές συνεδρίες (ψυχοθεραπεία).

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ, ΑΝΑΓΚΕΣ - ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ, ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<ul style="list-style-type: none"> Αυτοκτονικές τάσεις 	<ul style="list-style-type: none"> Εξάλειψη αυτοκτονικών σκέψεων. Πρόληψη εφαρμογής αυτοκτονικού σχεδίου. 	<ul style="list-style-type: none"> Ο ασθενής θα εξωτερικεύει τις σκέψεις και τα συναισθήματα του. Ο ασθενής θα σταματήσει να έχει αυτοκτονικές σκέψεις. Ο ασθενής θα βλέπει με αισιοδοξία το μέλλον. 	<ul style="list-style-type: none"> Απομάκρυνση επικίνδυνων και αιχμηρών αντικειμένων. Συνεχή παρακολούθηση του ασθενή βάση πρωτοκόλλου. Δημιουργία υποστηρικτικής σχέσης φιλίας μεταξύ ασθενή και μελών θεραπευτικής ομάδας. 	<ul style="list-style-type: none"> Ο ασθενής δεν εκφράζει καμία αυτοκτονική σκέψη. Ο ασθενής βλέπει το μέλλον του με αισιοδοξία.
<ul style="list-style-type: none"> Διαταραχές στην διατροφή (μείωση της όρεξης) 	<ul style="list-style-type: none"> Διαμόρφωση ενός προγράμματος στο οποίο συμπεριλαμβάνονται υγιή πρότυπα διατροφής. 	<ul style="list-style-type: none"> Ο ασθενής θα αποκαταστήσει τις διαταραχές στην διατροφή του. Ο ασθενής θα τρώει υγιεινά γεύματα. Ο ασθενής δεν θα παραλείπει κάποιο γεύμα της ημέρας. 	<ul style="list-style-type: none"> Προαγωγή της διατροφής του ασθενή με γεύματα της προτίμησής του. 	<ul style="list-style-type: none"> Ο ασθενής τρώει καθημερινά το γεύμα του με ευχαρίστηση. Ο ασθενής δεν παραλείπει κανένα γεύμα μέσα στην ημέρα.
<ul style="list-style-type: none"> Διαταραχές στον ύπνο (αϋπνία) 	<ul style="list-style-type: none"> Διαμόρφωση ενός προγράμματος στο οποίο συμπεριλαμβάνονται υγιή πρότυπα ύπνου. 	<ul style="list-style-type: none"> Ο ασθενής θα αποκαταστήσει τις διαταραχές στον ύπνο. Ο ασθενής θα κοιμάται 7-8 ώρες την ημέρα. Ο ασθενής δεν θα ξυπνάει ενδιάμεσα. 	<ul style="list-style-type: none"> Δημιουργία ευχάριστων συνθηκών ανάπαυσης. Διαμόρφωση του χώρου ώστε να επικρατεί ηρεμία και χαμηλός φωτισμός. Ώρες κοινής ησυχίας. Χαλαρωτική μουσική. 	<ul style="list-style-type: none"> Ο ασθενής κοιμάται κανονικά 7-8 ώρες την ημέρα. Ο ασθενής δεν ξυπνάει ενδιάμεσα.
<ul style="list-style-type: none"> Έντονη θλίψη 	<ul style="list-style-type: none"> Μείωση και στη συνέχεια εξάλειψη του συναισθήματος της θλίψης. 	<ul style="list-style-type: none"> Ο ασθενής σταδιακά θα εκδηλώσει μείωση του συναισθήματος της θλίψης. Ο ασθενής σταδιακά θα νιώθει πιο αισιόδοξα συναισθήματα. 	<ul style="list-style-type: none"> Καθημερινή επικοινωνία με τον ασθενή. Ενθάρρυνση για συμμετοχή σε ομαδικές δραστηριότητες. 	<ul style="list-style-type: none"> Ο ασθενής νοιώθει χαρούμενος. Το συναίσθημα της θλίψης έχει εξαλειφθεί.

Κλινική περίπτωση Β

Γυναίκα ασθενής ηλικίας 35 ετών, έγγαμη με δύο παιδιά, εισήχθη στην Ψυχιατρική κλινική του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Πατρών ύστερα από υποτροπή της νόσου από την οποία πάσχει (ψυχωτική διαταραχή), με την συνοδεία του συζύγου της και με τα εξής συμπτώματα:

- ✓ Αίσθημα απελπισίας
- ✓ Παραλήρημα
- ✓ Παραισθήσεις
- ✓ Επιθετική συμπεριφορά
- ✓ Κοινωνική απόσυρση

Γενικές πληροφορίες

Όνοματεπώνυμο: Ι.Θ.

Φύλλο: Θήλυ

Ημερομηνία γέννησης: 23-11-1984

Ηλικία: 35

Θρησκεία: Χριστιανή Ορθόδοξη

Επάγγελμα: Άνεργη

Τόπος κατοικίας: Πάτρα

Οικογενειακή κατάσταση: Έγγαμη

Ημερομηνία εισόδου: 25-08-2019

Διάγνωση: Ψυχωτική διαταραχή

Νοσηλευτικό ιστορικό

Η ασθενής εμφάνισε αίσθημα απελπισίας κατά τον τελευταίο μήνα και εξέφραζε έντονα ότι δεν επιθυμεί να βγει εκτός σπιτιού διότι κάποιος την παρακολουθεί και προσπαθεί να της κάνει κακό. Αυτό την έκανε να αποσυρθεί από την κοινωνία, δεν έβλεπε τους φίλους της, ούτε άλλα μέλη της οικογένειας. Όταν ένα φιλικό πρόσωπο πήγε να την επισκεφτεί, η ασθενής άρχισε να γίνεται επιθετική απέναντι του και έλεγε ότι προσπαθεί να την δηλητηριάσει. Ύστερα από συζήτηση με την οικογένεια της, αποδέχτηκε το γεγονός ότι η νόσος έχει υποτροπιάσει και αναζήτησε βοήθεια.

Οικογενειακό ιστορικό

Η ασθενής έχει μεγαλώσει σε ένα φυσιολογικό και υποστηρικτικό περιβάλλον. Από τα 20 της είχε έντονα τα συμπτώματα της νόσου, καθώς νωρίτερα τα σημάδια που φανέρωναν ότι έπασχε από κάποια ψυχική διαταραχή ήταν αμυδρά και παρεξηγήσιμα από την οικογένεια της λόγω της εφηβείας. Είχε νοσηλευτεί στο παρελθόν στην ψυχιατρική κλινική του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Πατρών για περίπου 6 μήνες και στην συνέχεια παρακολουθούταν στο σπίτι όπου δεν είχε εμφανή σημάδια υποτροπής της νόσου. Τέλος, ο σύζυγος της αναφέρει ότι τον τελευταίο καιρό είχε απομονωθεί από όλους καθώς φοβόταν ότι κάποιος προσπαθεί να της κάνει κακό και άκουγε μία φωνή στο κεφάλι της που της έλεγε ότι δεν είναι καλό για εκείνη να βγει έξω από το σπίτι.

Ατομικό ιστορικό

Χρόνια νοσήματα: Ψυχωτική διαταραχή

Αλλεργίες: Όχι

Χειρουργικές επεμβάσεις: Καισαρική

Χρήση ουσιών: Όχι

Χρήση αλκοόλ: Σπάνια

Κάπνισμα: Ναι

Ζωτικά σημεία

Θερμοκρασία: 36,8°C

Αρτηριακή πίεση: 145/69mmHg

Αναπνοές: Φυσιολογικές

Σφίξεις: 79bpm/min

SpO2%: 98%

Θεραπευτική αντιμετώπιση

Ο ψυχίατρος αφού έλεγξε την ασθενή ενημέρωσε την ίδια και την οικογένεια της για το θεραπευτικό πλάνο που θα ακολουθήσει, το οποίο περιλαμβάνει:

- Διαμονή στην ψυχιατρική κλινική και συνεχή παρακολούθηση.
- Θεραπευτικές συνεδρίες.
- Ρύθμιση της φαρμακευτικής αγωγής που λαμβάνει (αντιψυχωτικά φάρμακα).

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ, ΑΝΑΓΚΕΣ - ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ, ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Παραισθήσεις 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Εξάλειψη παραισθήσεων. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Η ασθενής θα σταματήσει να κάνει σκέψεις που δεν συμπίπτουν με την πραγματικότητα. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Χορήγηση αντιψυχωτικών φαρμάκων σύμφωνα με την ιατρική οδηγία. ▪ Αποφυγή οποιαδήποτε πράξης που μπορεί να φανεί ως απειλητική απέναντι στην ασθενή. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Η ασθενής δεν εμφανίζει παραισθήσεις.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Παραλήρημα 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Εξάλειψη παραληρήματος. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Η ασθενής θα σταματήσει να έχει παραλητηρικές ιδέες. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Δημιουργία ήρεμου περιβάλλοντος χωρίς εντάσεις. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Η ασθενής δεν εμφανίζει παραλήρημα.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Επιθετική συμπεριφορά 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Πρόληψη πρόκλησης σωματικής βλάβης. ▪ Εξάλειψη επιθετικής συμπεριφοράς. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Η ασθενής θα σταματήσει να έχει επιθετική συμπεριφορά. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Καθημερινή επικοινωνία με την ασθενή. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Η ασθενής είναι ήρεμη. ▪ Η ασθενής δεν εμφανίζει επιθετική συμπεριφορά.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Αίσθημα απελπισίας 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Μείωση και στη συνέχεια εξάλειψη συναισθήματος. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Η ασθενής σταδιακά θα εκδηλώσει μείωση του συναισθήματος της απελπισίας. ▪ Η ασθενής σταδιακά θα νιώθει πιο αισιόδοξα συναισθήματα. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Καθημερινή επικοινωνία με την ασθενή. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Η ασθενής δεν νιώθει απελπισία. ▪ Η ασθενής νιώθει αισιόδοξα συναισθήματα.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Κοινωνική απόσυρση 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ενθάρρυνση εύρεσης ατόμων για κοινωνική συναναστροφή. ▪ Ενθάρρυνση συμμετοχής σε ομαδικές δραστηριότητες. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Η ασθενής θα λαμβάνει μέρος σε ομαδικές δραστηριότητες με ευχαρίστηση. ▪ Η ασθενής θα κοινωνικοποιηθεί . 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ένταξη της ασθενή σε ομαδικές δραστηριότητες. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Η ασθενής παίρνει μέρος στις ομαδικές δραστηριότητες με ευχαρίστηση.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας προκύπτει ότι η κατάθλιψη αποτελεί ένα σημαντικό πρόβλημα υγείας από την αρχαιότητα, που όμως τα τελευταία χρόνια έχει σημειώσει αύξηση τόσο στην εμφάνιση της όσο και στη θνησιμότητα της. Η κατάθλιψη, ως μία διαταραχή της διάθεσης, δεν επηρεάζει το άτομο μόνο σε ατομικό επίπεδο. Οι επιπτώσεις της εκτείνονται στην οικογένεια του ατόμου που πάσχει από κατάθλιψη, στην κοινωνία γύρω του καθώς και στο εργασιακό και κοινωνικό του περιβάλλον. Όπως έγινε κατανοητό από τα παραπάνω, η εμφάνιση της κατάθλιψης μπορεί να γίνει σε οποιαδήποτε ηλικιακή ομάδα και εξαρτάται από ποικίλους παράγοντες.

Όπως όλες οι ασθένειες, έτσι και η κατάθλιψη μπορεί να αντιμετωπιστεί, ιδιαίτερα στις περιπτώσεις που η διάγνωση γίνεται έγκαιρα. Η θεραπεία της περιλαμβάνει ποικίλους τρόπους αντιμετώπισης που εξαρτάται από το άτομο, την ιδιοσυγκρασία του και τα συμπτώματα του. Πρώτη γραμμή αντιμετώπισης μπορεί να θεωρηθεί η αναγνώριση του ίδιου του ατόμου ότι πάσχει από μία ψυχική διαταραχή και η αναζήτηση βοήθειας από ειδικούς. Η θεραπεία περιλαμβάνει φαρμακευτική αγωγή, ψυχοθεραπεία και σε βαριά μορφή κατάθλιψης ηλεκτροσπασμοθεραπεία και διακρανική μαγνητική διέγερση.

Τέλος, όπως διαπιστώθηκε από τα παραπάνω, ο ρόλος του νοσηλευτή είναι πολυδιάστατος καθώς δεν περιορίζεται μόνο στον παραδοσιακό ρόλο του, δηλαδή στο να ανακουφίζει τα σωματικά συμπτώματα, αλλά και στο να ανακουφίζει και τα ψυχικά συμπτώματα. Με την εμπειρία και τις γνώσεις του καλείται να ανταπεξέλθει στο δύσκολο αυτό έργο με πρωταρχικό στόχο πρώτα την πρόληψη και ύστερα την αντιμετώπιση της κατάθλιψης, την προστασία της ανθρώπινης ζωής καθώς και την προσφορά μιας ποιοτικής και ασφαλούς ζωής του ασθενή.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

A. Ελληνική

- Αλεβίζος Β., (2000). Ιατρικές και κοινωνικές διαστάσεις. Εκδόσεις: ΒΗΤΑ, Αθήνα.
- Βεντουράτου Δ., (2009). Εισαγωγή στην Ψυχοτραυματολογία και στην Τραυματοθεραπεία EMDR. Εκδόσεις: Πεδίο, Αθήνα.
- Ζαρταλούδη Α., (2009). Διεπιστημονική φροντίδα υγείας. 1 (3), 85-92.
- Κλεφτάρας Γ., (2008). Η κατάθλιψη σήμερα. Εκδόσεις: Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.
- Κουλούρη Α., (2009). Αυτοκαταστροφική Συμπεριφορά και Υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Νοσηλευτική, 48 (3): 292-299.
- Μπαλανάκης Ν., (2011). Ακούσια νοσηλεία ψυχικά ασθενών. Ιατρικές Εκδόσεις: ΒΗΤΑ, Αθήνα.
- Ραγιά, Α., (2001). Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας Ιδιωτική Έκδοση, Αθήνα.

B. Ξενόγλωσση

- Alboni P., Favaron E., Paparella N., Sciammarella M., Pedaci M., (2008). "Is there an association between depression and cardiovascular mortality or sudden death?". Journal of Cardiovascular Medicine. 9 (4): 321.
- American Psychiatric Association, (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th edition). Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Ancibure F., Ancibure M.G. & Sauret M.J., (2010). Κατάθλιψη. Αθήνα: Νόβολι.
- Cardinal Rudolf N. & Bullmore, Edward T., (2011). The Diagnosis of Psychosis. Cambridge University Press.
- Chitty K.K. & Black B.P., (2010). Professional Nursing, 6th edition. Elsevier.
- Copruel B.C., (2009). Έφηβοι. Kneisl, C.R & Wilson, H.S & Trigoboff, E. Σύγχρονη Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας. Μετάφραση: Κρομμύδας Γ., Αθήνα, ΕΛΛΗΝ, 733-760.
- Cuijpers P., Munoz R., Clarke G., Lewinsohn P., (2010). Psychoeducational treatment and prevention of depression: the "Coping with Depression" course thirty years later. Clinical Psychology Review.

- Deligiannidis K.M & Freeman M.P., (2010). Complementary and alternative medicine for the treatment of depressive disorders in women. *Psychiatric Clinics of North America*. 33:441.
- Driessen E. & Hollon S.D., (2010). "Cognitive behavioral therapy for mood disorders: efficacy, moderators and mediators". *The Psychiatric Clinics of North America*. 33 (3): 537–55.
- Eby L. & Brown N., (2010). *Η Νοσηλευτική στην Ψυχική Υγεία..* Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός Δ. (2th edition).
- Eby L. & Brown N., (2013). *Η Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας.* Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός Δ. (2th edition).
- Fisher J.C., Powers W.E., Tuerk D.B., Edgerton M.T. (1975). "Development of a plastic surgical teaching service in a women's correctional institution". *American Journal of Surgery*. 129 (3): 269–72.
- Freud S., (1917). "Mourning and Melancholia".
- GBD, (2016). Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. "Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries. *Lancet*: 388.
- Gelder M., Andreasen N., Lopez-Ibor J. & Geddes K., (2009). *The new Oxford textbook of Psychiatry*. Oxford: Oxford University Press.
- Gibbons R., Hur K., Brown C., Davis L. & Mann J., (2015). Benefits from antidepressants: synthesis of 6 week patient level outcomes from double blind placebo controlled randomized trials of fluoxetine and venlafaxine. *Archives of general psychiatry*.
- Happell B., Cowin L., Roper C., Foster K. & McMaster R., (2008). *Introducing Mental Health Nursing: A consumer oriented approach*. Melbourne: Allen & Unwin.
- Howard D.M., Adams M.J., Clarke T.K., Hafferty J.D., Gibson J., Shiri M., (2019). "Genome-wide meta-analysis of depression identifies 102 independent variants and highlights the importance of the prefrontal brain regions". *Nature Neuroscience*. 22 (3): 343–352.

- Kennedy S.H., McIntyre, R.S., Soczynska, J.K., Nguyen, T., Bilkey, T.S., Woldeyohannes H.O., Nathanson, J.A., Joshi, S., Cheng, J.S., Benson, K.M. & Muzina, D.J., (2010). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Adults with Bipolar Disorder or Major Depressive Disorder: Results from the International Mood Disorders Collaborative Project. *Prim Care Companion J. Clin Psychiatry*.
- Kessing L., Bukh J., Bock C., (2010). Does bereavement related first episode depression differ from other kinds of first depressions? *Soc Psychiatry Epidemiol*.
- King A.M., Davison G.C., Neale J.M & Johnson S.L., (2010). Ψυχοπαθολογία (μετάφραση: Καραμπά). Εκδόσεις: Gutenberg, Αθήνα.
- Kneisl C.R, Wilson H.S. & Trigoboff E., (2013). Σύγχρονη Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας, (μετάφραση: Κρομμύδας). Αθήνα, ΕΛΛΗΝ, p. 406-441.
- Kuehner C., (2014). "Gender differences in unipolar depression: an update of epidemiological findings and possible explanations". *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 108 (3): 163–74.
- Ladegaard, N., Videbech P., Lysaker P.H. & Larsen E.R., (2015). The course of social cognitive and metacognitive ability in depression: Deficit is only partially normalized after full remission of first episode major depression. *Br. J. Clinic Psychology*, 8(2), p. 658-662.
- Mondimore F., (2006). *Depression the mood disease*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Nardi D.A., (2007). American Academy of Nursing Expert Panel of Global Nursing and Health: White paper on global nursing and health, *Journal of Transcultural Nursing*.
- NIMH, (2016). "Bipolar Disorder". National Institutes of Health. Archived from the original.
- O'Connor E., Rossom C., Henninger M., Groom C., Burda B., Henderson T., Bigler D., Whitlock P., (2016). "FDA Antidepressant Drug Labels for Pregnant and Postpartum Women".
- Pompili M., (2011). *Antidepressants therapy and risk of suicide among patients with major depressive disorders*. Hauppauge, N.Y.: Nova Biomedical Books.

- Rickards H., (2005). "Depression in neurological disorders: Parkinson's disease, multiple sclerosis, and stroke". *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*. 76 Suppl. 1: i48–52.
- Smith G.S. & Alexopoulos G.S., (2009). "Neuroimaging in geriatric psychiatry". *Int. J. Geriatr. Psychiatry*. 24 (8): 783–7.
- Thompson L., Howes C. & McCabe R., (2015). Effect of questions used by psychiatrists on therapeutic alliance and adherence. *Br J Psychiatry*, 8(6), p. 216-222.
- Torrey S., (1997). Attitudes of psychiatric hospital staff towards mental illness. *The Theory of Psychoanalysis*. Aylesbury, Bucks: Pelican. p. 245–69.
- Villada, P., F.A., Vélez A., E.F. & Baena L.Z., (2013). Physical Exercise and Depression in the Elderly: A Systematic Review, *Rev. Colomb. Psiquiatr.*, 42 (2), p.198-211.
- Wray N.R., (2018). "Genome-wide association analyses identify 44 risk variants and refine the genetic architecture of major depression". *Nature Genetics*. 50 (5): 668–681.

C. Διαδικτυακές πηγές

- ΕΠΙΨΥ, (2010). Δυσθυμική Ψυχοθεραπεία.
Available at: <http://www.depressionanxiety.gr>
[Τελευταία προσπέλαση: Αύγουστος, 18, 2019]
- Κωστοπούλου Μ., (2010). Κυκλοθυμική διαταραχή.
Available at: <http://www.otherside.gr>
[Τελευταία προσπέλαση: Ιούνιος, 23, 2019]
- Μενιδιάτου Α., (2012). Κυκλοθυμική διαταραχή.
Available at: <http://www.mazi.org.gr>
[Τελευταία προσπέλαση: Σεπτέμβριος, 02, 2019]
- Ρομφαία Ε., (2005). Οι τρεις βασικές αιτίες της κατάθλιψης.
Available at: <https://www.psychology.gr/katathlipsi/483-oi-treis-vasikes-aities-tis-katathlipsis.html>
[Τελευταία προσπέλαση: Ιούνιος, 06, 2019]

- Anapolis, (2012). Αίτια κατάθλιψης.

Available at:

http://anapolis.gr/art_aitia_katathlipsis.html?fbclid=IwAR0DS9my4ijQZpOQP6idsxd7ohYMTkebyfAaHPuQ5uGLoNT03cYtal79Ktl

[Τελευταία προσπέλαση Ιούνιος, 06, 2019]

- Anapolis, (2012). Ψυχωτική Διαταραχή.

Available at:

http://anapolis.gr/art_psixotiki_katathlipsi.html?fbclid=IwAR3LICplNouxJkAUf8zBJTqehggfauMOj_gwMei16aJaZpHVamqT-Wx-TfE

[Τελευταία προσπέλαση Ιούνιος, 22, 2019]

- Grohol J.M, (2010). Depression Treatment.

Available at: <https://psychcentral.com/depression/depression-treatment/>

[Τελευταία προσπέλαση: Σεπτέμβριος, 04, 2019]

- Langenfeld S., (2011). Δυσθυμική διαταραχή.

Available at: <https://emedicine.medscape.com/article/290686-overview>

[Τελευταία προσπέλαση Ιούνιος, 22, 2019]

- Mayo clinic staff, (2011). Αντικαταθλιπτικά φάρμακα.

Available at:

<https://www.mayoclinic.org/search/search-results?q=treatment%20and%20drugs%20depression>

[Τελευταία προσπέλαση Σεπτέμβριος, 3, 2019]

- Mollinea, (2010). Επιπτώσεις κατάθλιψης.

Available at: <https://www.livestrong.com/article/99456-causes-sociopathic-behavior/>

[Τελευταία προσπέλαση Αύγουστος, 27, 2019]

- NHS Choices, (2010). Treating Depression.

Available at: <http://www.nhs.uk>

[Τελευταία προσπέλαση: Αύγουστος, 17, 2019]

- Otherside, (2010). 7 Σωματικά συμπτώματα- σημάδια κατάθλιψης.

Available at: <https://www.otherside.gr/2010/07/7-swmatika-symptwmata-simadia-katathlipsis/>

[Τελευταία προσπέλαση: Αύγουστος, 18, 2019]

- Tyrell M., (2011). Τα αίτια της κατάθλιψης/Δυσθυμική διαταραχή/Κατάθλιψη και ηλικιωμένοι/Διαταραχές κατάθλιψης.

Available at: <http://www.clinical-depression.co.uk>

[Τελευταία προσπέλαση: Ιούνιος, 17, 2019/ Ιούνιος, 22, 2019/ Ιούνιος, 30, 2019/
Αύγουστος, 18, 2019]

- Tyson M., (2011). Causes of Depression.

Available at: <http://www.clinicaldepression.co.uk>

[Τελευταία προσπέλαση: Αύγουστος, 12, 2019]