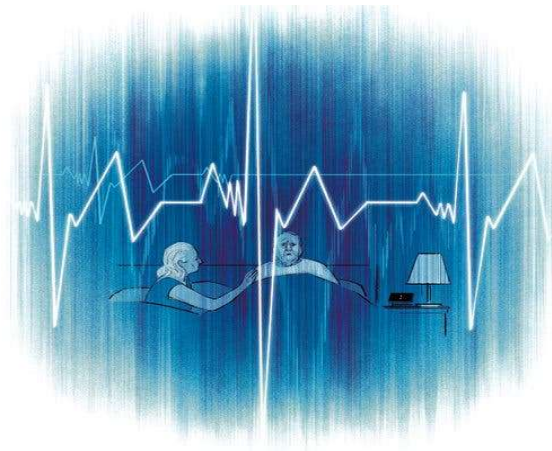




**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΠΑΤΡΩΝ**  
UNIVERSITY OF PATRAS

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΑΤΡΩΝ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ  
« ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΕ ΜΟΝΑΔΕΣ  
ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ »**



**ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ: ΜΠΕΤΑ ΜΑΡΙΑ  
ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: ΔΡ. ΑΝΤΙΓΟΝΗ-ΜΑΡΙΑ ΜΙΧΑΛΟΠΟΥΛΟΥ**

**ΠΑΤΡΑ, 2020**

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η παρούσα Πτυχιακή εργασία με τίτλο «Ψυχολογικές Επιπτώσεις Ασθενών σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας» εκπονήθηκε στα πλαίσια της ολοκλήρωσης των προϋποθέσεων, για τη λήψη του πτυχίου μου από το Πανεπιστήμιο Πατρών, τμήμα Νοσηλευτικής. Η ανάληψή της ορίστηκε τον Μάρτιο του 2019, με υπεύθυνη καθηγήτρια την κ. Αντιγόνη Μιχαλοπούλου. Η ολοκλήρωσή της πραγματοποιήθηκε εντός των προβλεπόμενων, από το Πανεπιστήμιο Πατρών, χρονικών ορίων, τον Φεβρουάριο του 2020.

Σκοπός κατά τη διάρκεια της συγγραφής, δεν ήταν μόνο η ορθή και όσο το δυνατόν πληρέστερη ανάλυση του θέματος. Έγινε προσπάθεια, έτσι ώστε το περιεχόμενο της εργασίας να είναι κατανοητό και σαφές.

Πραγματοποιώντας τη συγγραφή και την ολοκλήρωση της πτυχιακής μου εργασίας θα ήθελα αρχικά να ευχαριστήσω τα πρόσωπα της οικογένειάς μου και τους φίλους μου για τη στήριξη και την κατανόηση που έδειξαν όλα αυτά τα χρόνια των σπουδών μου.

Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους τους καθηγητές μου στη σχολή για την απλόχερη μετάδοση των γνώσεων και την καθοδήγηση.

Τέλος, οφείλω ιδιαίτερα ευχαριστώ στην επιβλέπουσα καθηγήτρια μου Μιχαλοπούλου Αντιγόνη για την υπομονή, την καθοδήγηση και τις συμβουλές της καθ' όλη την εκπόνηση της πτυχιακής εργασίας.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Στόχος:** Στόχος της παρούσας πτυχιακής εργασίας αποτελεί η μελέτη και η αναγνώριση των ψυχολογικών επιπτώσεων σε ασθενείς της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας, καθώς και της συμβολής του νοσηλευτή στην πρόληψη και την αντιμετώπιση αυτών. Η συγκεκριμένη εργασία επικεντρώνεται στην παρουσίαση και την ανάλυση των παραγόντων που προκαλούν ψυχολογικά προβλήματα σε επιζώντες της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας.

**Μέθοδοι:** Η παρούσα πτυχιακή εργασία πραγματοποιήθηκε με τη μέθοδο της βιβλιογραφικής ανασκόπησης και γράφτηκε σύμφωνα με τα πρόσφατα δεδομένα τα οποία σχετίζονται με τη νοσηλευτική ψυχικής υγείας, τη νοσηλευτική που ασκείται στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας και γενικότερα με τα δεδομένα τα οποία έχουν παρατηρηθεί σε ασθενείς κατά τη θεραπεία τους στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας.

**Αποτελέσματα:** Μέσω της ανασκόπησης αναδείχθηκαν τα κύρια ψυχολογικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς εξαιτίας της νοσηλείας τους στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, καθώς και οι τρόποι με τους οποίους αναπτύσσονται. Επίσης, αναδεικνύεται πως οι επιζώντες της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας βρίσκονται σε μεγάλο κίνδυνο εμφάνισης ψυχοπαθολογίας, γεγονός που απαιτεί την πλήρη συνεργασία ιατρονοσηλευτικού προσωπικού για την πρόληψη και την καταπολέμησή της.

**Συμπεράσματα:** Η βιβλιογραφική ανασκόπηση οδήγησε στο συμπέρασμα ότι τα άτομα τα οποία νοσηλεύονται σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας βιώνουν εκτός από σωματικό και ψυχολογικό στρες με αποτέλεσμα την εμφάνιση ψυχολογικών προβλημάτων. Έτσι, η ικανότητα διάκρισης, πρόληψης και η αντιμετώπισης της ψυχοπαθολογίας αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι των καθηκόντων του νοσηλευτή της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας. Η εποικοδομητική συνεργασία των επαγγελματιών υγείας μπορεί να οδηγήσει στην καλύτερη δυνατή παροχή ολιστικής φροντίδας στους επιζώντες της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας.

**Λέξεις κλειδιά:** Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Ασθενής, Νοσηλεύτης, Ψυχολογία, Επίπτωση

## ABSTRACT

**Purpose:** The purpose of this thesis is to study and identify the psychological effects on Intensive Care Unit patients, as well as the nurse's contribution to their prevention and management. This specific thesis focuses on the presentation and analysis of factors causing psychological distress in the Intensive Care Unit survivors.

**Methods:** This thesis was conducted using the bibliographic review method and was written in accordance with recent data related to mental health nursing, nursing at the Intensive Care Unit, and more generally with data observed in patients undergoing treatment at the Intensive Care Unit.

**Results:** The review highlighted the main psychological problems that patients deal with as a result of their Intensive Care Unit hospitalization, as well as the ways in which they develop. It has also emerged that survivors of the Intensive Care Unit are at high risk of developing psychopathology, which requires the full cooperation of medical staff to prevent and combat it.

**Conclusion:** The literature review concluded that people treated in Intensive Care Units are experiencing physical and psychological stress as a result of which psychological problems occur. Thus, the ability to distinguish, prevent and cope with psychopathology is an integral part of the Nursing Unit's duties. The constructive cooperation of health professionals can lead to the best possible holistic care for the survivors of the Intensive Care Unit.

**Key words:** Intensive Care Unit, Patient, Nurse, Psychology, Impact

# ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

<b>ΠΡΟΛΟΓΟΣ</b> .....	<b>2</b>
<b>ΠΕΡΙΛΗΨΗ</b> .....	<b>3</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>4</b>
<b>ΕΙΣΑΓΩΓΗ</b> .....	<b>10</b>
<b>Κεφάλαιο 1 Περιβάλλον της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας και Ασθενείς</b> .....	<b>12</b>
1.1 Ορισμός.....	12
1.2. Ιστορική Αναδρομή .....	12
1.2 Ο χώρος και οι εγκαταστάσεις της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας .....	13
1.4 Εξοπλισμός της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας .....	15
1.5 Το ανθρώπινο δυναμικό της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας .....	15
1.6 Κριτήρια Εισαγωγής και Ασθενείς που νοσηλεύονται στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας .....	16
1.7 Είδη τεχνολογίας παρακολούθησης και υποστήριξης στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας .....	18
1.8 Ειδικές Μονάδες Εντατικής Θεραπείας.....	18
1.9 Πλεονεκτήματα και Μειονεκτήματα της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας .....	19
<b>Κεφάλαιο 2 Άγχος και Αγχώδεις Διαταραχές</b> .....	<b>20</b>
2.1 Άγχος.....	20
2.1.1 Ορισμός.....	20
2.1.2 Βιολογικό υπόστρωμα .....	20
2.1.3 Επίπεδα Άγχους.....	21
2.1.4 Άγχος και στρες.....	21
2.2 Αγχώδεις Διαταραχές .....	22
2.2.1 Ορισμός.....	22
2.2.2 Είδη αγχωδών διαταραχών .....	22
2.2.2.1 Διαταραχή Πανικού.....	22
2.2.2.2 Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή.....	23
2.2.2.3 Κοινωνική φοβία .....	24
2.2.2.4 Αγοραφοβία.....	24
2.2.2.5 Ειδική φοβία .....	25
2.2.3 Αιτιολογία .....	25
2.2.4 Πρόγνωση .....	26
2.3 Άγχος σε ασθενείς που νοσηλεύονται σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας .....	26
2.3.1 Συμπτώματα άγχους σε ασθενείς που νοσηλεύονται σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας.....	26

2.3.2 Αξιολόγηση συμπτωμάτων άγχους σε ασθενείς που νοσηλεύονται σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας.....	27
2.3.3 Παράγοντες Κινδύνου άγχους σε ασθενείς που νοσηλεύονται σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας.....	27
2.3.4 Επιπολασμός Άγχους σε ασθενείς που νοσηλεύονται στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας.....	28
2.3.5 Αρνητικά Αποτελέσματα Άγχους σε ασθενείς που νοσηλεύονται σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας.....	28
2.4 Θεραπεία Άγχους.....	29
2.4.1 Φαρμακευτική θεραπεία .....	30
2.4.2 Μη φαρμακευτική θεραπεία .....	31
<b>Κεφάλαιο 3 Κατάθλιψη.....</b>	<b>32</b>
3.1 Γενικά.....	32
3.1.1 Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή .....	32
3.1.1.1 Ορισμός.....	32
3.1.1.2 Σημεία και Συμπτώματα.....	33
3.1.1.3 Αιτιολογία .....	33
3.1.1.4 Πρόγνωση της νόσου .....	34
3.1.1.5 Επιδημιολογία .....	35
3.1.1.6 Παθοφυσιολογία .....	35
3.1.1.7 Διαφορική Διάγνωση .....	37
3.1.2 Άλλα είδη κατάθλιψης.....	38
3.1.2.1 Επιλόχεια κατάθλιψη .....	38
3.1.2.2 Εποχική Συναισθηματική Διαταραχή.....	38
3.2 Κατάθλιψη σε ασθενείς που νοσηλεύονται σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας .....	38
3.2.1 Συμπτώματα κατάθλιψης σε ασθενείς που νοσηλεύονται σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας.....	38
3.2.2. Επιδημιολογία κατάθλιψης σε ασθενείς που νοσηλεύονται σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας.....	39
3.2.3. Παράγοντες κινδύνου κατάθλιψης σε ασθενείς που νοσηλεύονται σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας.....	39
3.2.4 Αρνητικά Αποτελέσματα .....	40
3.3 Θεραπεία της κατάθλιψης .....	41
3.3.1 Μη φαρμακευτική θεραπεία .....	41
3.3.1.1. Συμπεριφορική Ενεργοποίηση.....	41
3.3.1.2 Γνωστική και Συμπεριφορική Ψυχοθεραπεία .....	42
3.3.1.3 Διαπροσωπική ψυχοθεραπεία.....	42
3.3.1.4 Γνωστική ψυχοθεραπεία βασισμένη στη νοημοσύνη (ευαισθησία).....	42
3.3.1.5 Ψυχοθεραπεία επίλυσης προβλημάτων.....	43

3.3.2. Φαρμακευτική θεραπεία .....	43
<b>Κεφάλαιο 4 Παραλήρημα.....</b>	<b>45</b>
4.1 Γενικά.....	45
4.1.1 Ορισμός.....	45
4.1.2 Σημεία και Συμπτώματα.....	45
4.1.3 Αιτιολογία .....	46
4.1.4 Πρόγνωση και Πορεία του Παραληρήματος.....	47
4.1.5 Επιδημιολογία .....	48
4.1.6 Παράγοντες Κινδύνου.....	48
4.1.7 Θνησιμότητα / Κλινικά Αποτελέσματα.....	49
4.1.8 Διαφορική Διάγνωση .....	50
4.1.9 Φυσική Εξέταση και Εργαστηριακές Εξετάσεις .....	51
4.1.10 Παθοφυσιολογία.....	51
4.2 Παραλήρημα σε ασθενείς που νοσηλεύονται σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας.....	52
4.2.1 Επιπολασμός παραληρήματος σε ασθενείς της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας ..	52
4.2.3 Παθογένεια και Αιτιολογία παραληρήματος σε ασθενείς της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας.....	54
4.2.4 Συμπτώματα παραληρήματος σε ασθενείς της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας....	55
4.3 Πρόληψη και Θεραπεία του παραληρήματος .....	56
4.3.1 Μη-φαρμακευτική πρόληψη και θεραπεία του παραληρήματος .....	56
4.3.2 Φαρμακευτική πρόληψη του παραληρήματος.....	56
4.3.3. Φαρμακευτική θεραπεία του παραληρήματος.....	57
<b>Κεφάλαιο 5 Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες.....</b>	<b>58</b>
5.1 Γενικά.....	58
5.1.1 Ορισμός.....	58
5.1.2 Σημεία και Συμπτώματα.....	58
5.1.3 Αιτιολογία .....	59
5.1.4 Ιστορική Αναδρομή.....	60
5.1.5 Διάγνωση .....	61
5.1.6 Πρόγνωση της ασθένειας .....	62
5.1.7 Επιδημιολογία .....	62
5.1.8 Παθοφυσιολογία.....	62
5.1.9 Διαφορική Διάγνωση .....	63
5.2 Μετατραυματική Διαταραχή σε ασθενείς που νοσηλεύτηκαν σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας .....	64
5.2.1 Μέθοδοι Αξιολόγησης της ΔΜΣ σε επιζώντες της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας .....	64

5.2.3 Αιτιολογία της ΔΜΣ σε ασθενείς που νοσηλεύονται στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας.....	65
5.2.3.1 Η Μονάδα Εντατικής Θεραπείας ως μεμονωμένος αιτιολογικός παράγοντας ....	65
5.2.3.2 Ψευδαισθήσεις, παραισθήσεις και ΔΜΣ.....	67
5.2.3.3 Μνήμες.....	67
5.2.3.4 Προβλήματα Μνήμης και ΔΜΣ.....	68
5.2.3.5 Δημογραφικά Στοιχεία.....	68
5.2.3.6 Ατομικό Ιστορικό.....	69
5.2.3.7 Σοβαρότητα της ασθένειας.....	69
5.2.3.8 Στρατηγικές προσαρμογής και αντιμετώπισης στρεσογόνων καταστάσεων.....	69
5.2.3.9 Γενετικά αποτελέσματα.....	70
5.2.4 Συμπτώματα.....	70
5.2.5 Οξύ μετατραυματικό στρες.....	71
5.3 Θεραπεία ΔΜΣ.....	72
5.3.1 Συνδυαστική Θεραπεία.....	72
5.3.2 Ψυχοθεραπεία.....	72
5.3.3 Φαρμακοθεραπεία.....	74
<b>Κεφάλαιο 6 Ο ρόλος του νοσηλευτή.....</b>	<b>75</b>
6.1 Ο ρόλος του νοσηλευτή στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας.....	75
6.1.1 Κλινικές Δεξιότητες του Νοσηλευτή στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας.....	75
6.2 Νοσηλευτική παρέμβαση στην πρόληψη και αντιμετώπιση ψυχολογικών επιπτώσεων ασθενών σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας.....	77
6.2.1 Επικοινωνία μεταξύ νοσηλευτή και ασθενή στα πλαίσια της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας.....	78
6.2.2 Ο ρόλος του νοσηλευτή στη δημιουργία θεραπευτικού περιβάλλοντος.....	80
6.2.3 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην εκπαίδευση του ασθενούς.....	81
6.2.4 Προώθηση οικογενειοκεντρικής φροντίδας.....	82
6.2.5 Προαγωγή ποιοτικού ύπνου.....	82
6.2.6 Καταγραφή ημερολογίου για τη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας.....	83
6.2.7 Προώθηση της πρώιμης ψυχολογικής παρέμβασης.....	83
6.3 Ο ρόλος του νοσηλευτή στο παραλήρημα.....	84
6.4 Ηθικές Αρχές στη νοσηλευτική της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας.....	85
6.4.1 Σεβασμός Αυτονομίας.....	85
6.4.2 Ευεργεσία και Αποφυγή Πρόκλησης Βλαβών.....	86
6.4.3 Αφοσίωση.....	86
6.4.4 Δικαιοσύνη.....	86
6.5 Ψυχολογικές επιπτώσεις νοσηλευτών σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας.....	86
6.5.1 Σύνδρομο εξάντλησης (Burn out Syndrome- BOS).....	86



6.5.1.1 Παράγοντες Κινδύνου για BOS.....	87
6.5.1.2 Αρνητικά αποτελέσματα του BOS.....	88
6.5.2 Η Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες (ΔΜΣ).....	88
6.5.2.1 Παράγοντες Κινδύνου ΔΜΣ.....	89
6.5.2.2 Αρνητικά Αποτελέσματα της ΔΜΣ.....	89
6.5.3 Αντιμετώπιση των ψυχολογικών επιπτώσεων νοσηλευτών σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας.....	89
6.6 Νοσηλευτική Διεργασία.....	91
6.6.1 Περιστατικό 1.....	91
6.6.2 Περιστατικό 2.....	94
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....</b>	<b>97</b>

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι κρίσιμες ασθένειες επηρεάζουν εκατομμύρια άτομα ετησίως. Καθώς οι μέθοδοι περίθαλψης των ασθενών αναπτύσσονται συνεχώς, ο αριθμός των επιζώντων αυξάνεται ραγδαία. Οι επιζώντες κρίσιμων ασθενειών υποφέρουν από σοβαρές ασθένειες και συχνά βιώνουν στρεσογόνες και τρομακτικές εμπειρίες κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, με αποτέλεσμα την εμφάνιση μίας ποικιλίας από προκλήσεις που σχετίζονται με την επιβίωση, οι οποίες εκφράζονται μέσω προβλημάτων στη ψυχική τους υγεία.

Η διασφάλιση των καλύτερων αποτελεσμάτων σωματικά, γνωστικά και ψυχικά για τον συγκεκριμένο πληθυσμό ασθενών, είναι αρκετά δύσκολη, αφού οι ασθενείς της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας αποτελούν έναν αρκετά περίπλοκο πληθυσμό για μελέτη. Ωστόσο, τα τελευταία χρόνια έχει επιτευχθεί σημαντική πρόοδος όσον αφορά τη μελέτη των παραγόντων κινδύνου που σχετίζονται με τη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας και έχουν ως αποτέλεσμα την εκδήλωση αγχωδών διαταραχών, κατάθλιψης, παραληρήματος και διαταραχής μετατραυματικού στρες. Το νοσηλευτικό προσωπικό διαδραματίζει μείζων ρόλο στην παρακολούθηση και φροντίδα του ασθενή της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας, και εξαιτίας αυτού καλείται να συμβάλλει στην αναγνώριση, την πρόληψη και αντιμετώπιση των φραγμών που παρεμποδίζουν την παροχή ολιστικής φροντίδας στους ασθενείς με κρίσιμες ασθένειες.

Η παρούσα εργασία πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια του προγράμματος προπτυχιακών σπουδών του τμήματος Νοσηλευτικής της Σχολής Επαγγελματιών Αποκατάστασης της Υγείας του Πανεπιστημίου Πατρών. Στόχος της πτυχιακής εργασίας είναι η ανάδειξη και η μελέτη των ψυχολογικών επιπτώσεων έπειτα από νοσηλεία στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, καθώς και η συμβολή του νοσηλευτή στην πρόληψη και θεραπεία αυτών. Η συγκεκριμένη εργασία επικεντρώνεται στην μελέτη της αιτιολογίας, των συμπτωμάτων, των παραγόντων κινδύνου και της θεραπείας τους άγχους, της κατάθλιψης, του παραληρήματος και της διαταραχής μετατραυματικού στρες σε ασθενείς της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας.

Στο πρώτο κεφάλαιο παρουσιάζονται οι βασικές αρχές σχετικά με το περιβάλλον της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας, όπως οι εγκαταστάσεις, ο εξοπλισμός, το ανθρώπινο δυναμικό και οι ασθενείς. Επιπλέον, παρατίθενται τα κριτήρια εισαγωγής στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας και τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας.

Στο δεύτερο κεφάλαιο αναφέρονται αρχικά γενικές γνώσεις για τις αγχώδεις διαταραχές, το άγχος και το στρες. Στη συνέχεια γίνεται αναφορά στο άγχος το οποίο σχετίζεται με τη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, επίσης παρουσιάζονται τα συμπτώματά του, ο επιπολασμός του, η αιτιολογία του, τα αρνητικά αποτελέσματα και η θεραπεία του.

Στο τρίτο κεφάλαιο γίνεται αναφορά γενικά στην κατάθλιψη και πιο συγκεκριμένα στη μείζων καταθλιπτική διαταραχή, καθώς και στα συμπτώματα, την αιτιολογία, τον επιπολασμό και τη θεραπεία της κατάθλιψης στα πλαίσια της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας.

Στο τέταρτο κεφάλαιο παρουσιάζονται οι βασικές γνώσεις για το παραλήρημα. Επιπρόσθετα, αναφέρεται η συσχέτιση του παραληρήματος με τη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, καθώς και η πρόληψη και η θεραπεία του.

Στο πέμπτο κεφάλαιο αναλύεται η διαταραχή μετατραυματικού στρες, ενώ παρατίθενται στη συνέχεια τα σημεία, τα συμπτώματα, η αιτιολογία και οι παράγοντες κινδύνου

της συγκεκριμένης διαταραχής σε ασθενείς της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας. Επίσης παρουσιάζονται οι τρόποι αντιμετώπισής του.

Στο έκτο κεφάλαιο παρουσιάζεται ο ρόλος του νοσηλευτή στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας στην πρόληψη και αντιμετώπιση των ψυχολογικών προβλημάτων που εμφανίζονται σε ασθενείς κατά τη νοσηλεία τους στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. Επιπλέον, γίνεται αναφορά στις ψυχολογικές επιπτώσεις των νοσηλευτών που εργάζονται σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας. Τέλος, παρατίθεται η νοσηλευτική διεργασία του νοσηλευτή της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας.

# Κεφάλαιο 1 Περιβάλλον της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας και Ασθενείς

## 1.1 Ορισμός

Οι Μονάδες Εντατικής Θεραπείας, αποτελούν πλέον αναπόσπαστο κομμάτι της υγειονομικής περίθαλψης. Αναλυτικά, η Μονάδα Εντατικής Θεραπείας- Μ.Ε.Θ (Intensive Care Unit- ICU) είναι ένα ειδικό, σχετικά μικρό, τμήμα του νοσοκομείου, ειδικά εξοπλισμένο και στελεχωμένο, το οποίο παρέχει φροντίδα σε ασθενείς με απειλητικές για τη ζωή ασθένειες, κακώσεις ή επιπλοκές. Η ιατρική και νοσηλευτική περίθαλψη στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας είναι εντατική και εξειδικευμένη, ενώ παράλληλα, παρέχεται ενισχυμένη παρακολούθηση των ασθενών και πολλαπλές μορφές υποστήριξης της ζωής. Οι παρεμβάσεις και οι διεργασίες που λαμβάνουν χώρα στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας είναι σύνθετες, όπως και ο τεχνολογικός εξοπλισμός που απαιτείται. Για να γίνει κατανοητή η έννοια της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας, είναι αναγκαία η αναφορά στον όρο της Εντατικής Θεραπείας (Intensive Care), ο οποίος αναφέρεται σε έναν συγκεκριμένο κλάδο της επιστήμης της ιατρικής και περιλαμβάνει τη φροντίδα ασθενών με οξείες και κρίσιμες ασθένειες. Η ικανότητα παροχής φροντίδας σε ασθενείς με κρίσιμη νόσο είναι ένα αξιοσημείωτο επίτευγμα για τις επιστήμες της ιατρικής και της νοσηλευτικής, και οφείλεται στη ραγδαία ανάπτυξη της επιστήμης και της τεχνολογίας (Marshall et al., 2017).

## 1.2. Ιστορική Αναδρομή

Η δημιουργία ενός ξεχωριστού χώρου για τους κρίσιμα τραυματισμένους στρατιώτες του Κριμαϊκού πολέμου τη δεκαετία του 1850, ο οποίος θα ήταν κοντά στον νοσηλευτικό σταθμό, έτσι ώστε να παρέχεται η μέγιστη φροντίδα, ήταν επίτευγμα της Florence Nightingale. Στη συνέχεια, οι πιο απαιτητικές περιπτώσεις ασθενών νοσηλεύονταν σε ημιδιαφανή, ημι-ιδιωτικά κρεβάτια των νοσοκομείων (Marshall et al., 2017). Από το 1927, ο Δρ. Walter Dandy κανόνισε για ένα ξεχωριστό και καθορισμένο χώρο στο νοσοκομείο του Johns Hopkins, στη Βαλτιμόρη, για τη φροντίδα των μετεγχειρητικών ασθενών. Κατά τον Β' παγκόσμιο πόλεμο, η ιδέα αυτή επεκτάθηκε και χρησιμοποιήθηκε για τη μετεγχειρητική παρατήρηση της υγείας των βαριά τραυματισμένων ασθενών. Παρ' όλα αυτά, μέχρι το πρώτο μισό του 20<sup>ου</sup> αιώνα δεν είχε αναπτυχθεί καμία πτέρυγα για την αντιμετώπιση ασθενών με κρίσιμη ασθένεια (Weil & Tang, 2011).

Η γένεση της ιατρικής εντατικής θεραπείας, όπως αναγνωρίζεται σήμερα, ήταν το αποτέλεσμα διαδοχικών αντισυμβατικών μεθόδων και λύσεων, προκειμένου να αντιμετωπιστούν οι προκλήσεις της επιδημίας της πολιομυελίτιδας του 1952, από ένα Δανικό νοσοκομείο. Πιο συγκεκριμένα, οργανώθηκε μία ειδική μονάδα για την αντιμετώπιση ασθενών με πολιομυελίτιδα και αναπνευστική ανεπάρκεια, εξαιτίας της επιτυχίας που είχε η τελευταία προσπάθεια διάσωσης της ζωής ενός παιδιού 12 ετών. Αυτή η μονάδα εξελίχθηκε σε μια πολυεπιστημονική αίθουσα αποκατάστασης και τελικά κατέληξε ως πολυεπιστημονική μονάδα εντατικής θεραπείας. Η όλη διαδικασία διήρκεσε μόλις 17 μήνες, και η τιμή για το αξιοσημείωτο επίτευγμα προσφέρθηκε κυρίως σε ένα άτομο, ο οποίος αναγνωρίστηκε για το σχεδιασμό και την εκτέλεση των επαναστατικών αυτών βημάτων. Ο Δρ. Bjorn Ibsen, είναι γνωστός και ως "ο πατέρας της εντατικής ιατρικής" (Reisner-Sénélar, 2011).

Ωστόσο, ο Δρ. Ibsen επέλεξε να δημοσιεύσει για το έργο του στην αναισθησιολογία αργά το 1958, σε ένα μικρό περιοδικό στα δανικά και πήρε περισσότερη υπερηφάνεια σχετικά με την εισφορά του στη θεραπεία του σοκ, παρά σχετικά με το πρωτοποριακό έργο του στη

δημιουργία της εντατικής θεραπείας. Η επιδημία πολιομυελίτιδας στη Δανία το 1952 ήταν δραματική από όλες τις οπτικές γωνίες, αφού ο αριθμός των ασθενών με αναπνευστική ανεπάρκεια ήταν υψηλότερη από ό, τι σε οποιοδήποτε άλλη ευρωπαϊκή χώρα. Στο Νοσοκομείο Blegdam, αρμόδιο για το θεραπεία της πολιομυελίτιδας, μετρήθηκε μόνο ένας αναπνευστήρας δεξαμενής και έξι αναπνευστήρες cuirass για καθημερινή εισαγωγή 6-12 ασθενών με αναπνευστική ανεπάρκεια. Επιπλέον, οι συμβατικές θεραπείες αποδείχθηκαν σχεδόν εντελώς αποτυχημένες. Έτσι, ο επικεφαλής ιατρός του νοσοκομείου του Blegdam, ο Δρ. Lassen αναζητούσε απελπισμένα καλές συμβουλές. Με την πρόταση του συναδέλφου του Δρ. Bjornboe, έρχεται σε επαφή με τον αναισθησιολόγο Bjorn Ibsen (Marshall et al., 2017). Στις 27 Αυγούστου 1952, ο Δρ. Ibsen επέδειξε τις αναισθητικές του δεξιότητες σε ένα 12χρονο κορίτσι που ονομάστηκε Vini E., η οποία ήταν σε κατάσταση σοβαρής αναπνευστικής ανεπάρκειας. Ο Δρ. Ibsen αέριζε το τραχειοτομημένο κορίτσι με σύστημα to-and-fro, αναρροφώντας τη βλέννα από τους πνεύμονες, ενώ ήταν ναρκωμένη, για να απελευθερώσει τον βρογχόσπασμό της. Με τον συγκεκριμένο τρόπο, τις επόμενες μέρες η μέθοδος του χειροκίνητου εξαερισμού μέσω τραχειοστομίας διεξήχθη σε κάθε ασθενή με αναπνευστική ανεπάρκεια από την πολιομυελίτιδα στο Νοσοκομείο Blegdam. Έπειτα, ο Δρ. Ibsen μεταφέρθηκε στην Κοπεγχάγη και δημιούργησε μια αίθουσα αποκατάστασης, η οποία έγινε μια πολυεπιστημονική μονάδα εντατικής θεραπείας. Ο πρώτος ασθενής εντατικής θεραπείας ήταν ένας άντρας ετών 43, το Δεκέμβριο του 1953 (Reisner-Sénélar, 2011).

Αργότερα, η εξέλιξη των μονάδων εντατικής θεραπείας επεκτάθηκε ραγδαία. Κατά τη δεκαετία του 1960-70 δημιουργήθηκαν οι πρώτες μονάδες εμφραγμάτων, για την αντιμετώπιση των επιπλοκών του εμφράγματος του μυοκαρδίου, ενώ κατά τη δεκαετία του 1970-80 αναγνωρίστηκαν η σήψη, η σηπτική καταπληξία και οι λοιμώξεις. Έπειτα, το 1980-90 το ενδιαφέρον επικεντρώθηκε για την αντιμετώπιση περιστατικών με σύνδρομο πολυοργανικής ανεπάρκειας. Η αλματώδης ανάπτυξη της τεχνολογίας συνέβαλε στην ανάπτυξη μεθόδων φροντίδας ασθενών με κρίσιμη νόσο μέσα στα επόμενα χρόνια. Έτσι, η εντατική φροντίδα έγινε πλέον απαραίτητη, όπως και η εξειδίκευση του προσωπικού για αυτήν. Η Μονάδα Εντατικής Θεραπείας διαχωρίστηκε στα μεγάλα αστικά κέντρα σε παιδιατρική, καρδιολογική, νεογνική και άλλες προσφέροντας εξειδικευμένη φροντίδα ανάλογα με το περιστατικό. Έτσι, η θεραπεία ασθενειών που θεωρούνταν καταδικασμένες έγινε πράξη και συνεχίζει να εξελίσσεται. Ωστόσο, οι ανάγκες συνεχώς και αυξάνονται για ίδρυση καινούργιων Μονάδων Εντατικής Θεραπείας και ανάπτυξη των ήδη υπάρχουσών (Weil & Tang, 2011).

## 1.2 Ο χώρος και οι εγκαταστάσεις της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας

Η φροντίδα βαρέως πασχόντων, συχνά, εκτείνεται και εκτός των ορίων ενός γεωγραφικού χώρου εντός του νοσοκομείου. Ωστόσο, είναι αναμφίβολα σημαντική η παρουσία μίας γεωγραφικής τοποθεσίας, η οποία είναι κατάλληλα σχεδιασμένη και εξοπλισμένη, έτσι ώστε να μπορεί να φιλοξενήσει τους ασθενείς που βρίσκονται σε κρίσιμη κατάσταση υγείας. Μία ξεχωριστή κλινική, η οποία επικεντρώνεται στη θεραπεία των συγκεκριμένων ασθενών, επιτρέπει την ανταλλαγή και συγκέντρωση εμπειρογνωμοσύνης και τεχνολογίας, με σκοπό να επωφεληθούν όλοι οι ασθενείς που νοσηλεύονται στο μέγιστο βαθμό (Marshall et al., 2017).

Ο χώρος της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας παρουσιάζει ιδιαίτερα χαρακτηριστικά, τα οποία διαφέρουν από κάθε άλλο είδος κλινικής του νοσοκομείου. Πιο συγκεκριμένα, η Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, αποτελεί έναν απομονωμένο χώρο, ο οποίος είναι απαραίτητο να διαθέτει ξεχωριστούς χώρους εισόδου για τους επισκέπτες και για το προσωπικό (Rashid, 2014). Επιπρόσθετα, απαιτείται η λειτουργία γραμμών επικοινωνίας όλο το εικοσιτετράωρο, και καθημερινά, και η ικανότητα πρόσβασης σε τμήματα όπως τα εργαστήρια, το χειρουργείο,

το τμήμα επειγόντων περιστατικών, η αίθουσα ανάνηψης και άλλοι χώροι του νοσοκομείου στους οποίους πραγματοποιούνται επεμβατικές πράξεις (Αδάμου et al., 2011).

Σχετικά με τη διάταξη του χώρου της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας, υπάρχουν απαραίτητες προϋποθέσεις, οι οποίες πρέπει να τηρούνται κατά το σχεδιασμό. Για παράδειγμα, τα μονόκλινα δωμάτια πρέπει να βρίσκονται σε αναλογία, τουλάχιστον, 1-2 ανά 10 κοινά κρεβάτια, και το μέγεθος του να είναι τουλάχιστον 25 τετραγωνικά μέτρα. Στα κοινά κρεβάτια, ο χώρος πρέπει να είναι τουλάχιστον 20 τετραγωνικά μέτρα για κάθε κρεβάτι, ενώ το σχήμα όλων των δωματίων είναι ορθογώνιο. Επιπλέον, είναι αναγκαία η ύπαρξη ενός διαδρόμου, ο οποίος βρίσκεται πίσω από το σημείο εργασίας, και το μέγεθος του ξεπερνά τα 25 τετραγωνικά μέτρα, όπως και ευρύχωρων πορτών με σκοπό την άνετη διέλευση των ασθενών επί κλίνης, καθώς και των εξαρτημάτων που μπορεί να φέρουν (Rashid, 2014).

Όσον αφορά τη διάταξη των κοινών κρεβατιών, είναι απαραίτητο να σχεδιάζεται με τέτοιο τρόπο, έτσι ώστε να μην διαταράσσεται η ηρεμία των ασθενών εξαιτίας οξέων συμβάντων σε γειτονικά κρεβάτια, αλλά και να εξασφαλίζεται η ιδιωτικότητα και η απομόνωση. Επίσης, η διάταξη των κοινών κρεβατιών πρέπει να είναι με τέτοια, ώστε να έχουν πρόσβαση οι ασθενείς στο φυσικό φως και θέα προς το παράθυρο. Ωστόσο, η θάλαμοι απομόνωσης χρειάζεται να πληρούν επιπλέον προϋποθέσεις. Αυτές αφορούν την παρουσία προθαλάμου με νιπτήρα, ο οποίος χρησιμεύει για το πλύσιμο χεριών του προσωπικού στον νιπτήρα, την ένδυση του προσωπικού με προστατευτική στολή και την αποθήκευση του απαραίτητου εξοπλισμού και υλικού, μεμονωμένα για τον συγκεκριμένο ασθενή. Ο προθάλαμος χρειάζεται να είναι τουλάχιστον 3 τετραγωνικά μέτρα. Εξίσου σημαντική είναι η παρουσία παραθύρου στα απομονωμένα δωμάτια για να μπορούν οι νοσηλευτές να παρακολουθούν τον άρρωστο συνεχόμενα, αλλά και οι σχετικές οδηγίες έξω από τον απομονωμένο θάλαμο για την ενημέρωση του προσωπικού σχετικά με την κατάσταση του ασθενούς, έτσι ώστε να παρθούν τα κατάλληλα μέτρα ασφαλείας πριν την έλευση στο δωμάτιο (Αδάμου et al., 2011).

Ανεξάρτητα από το είδος του θαλάμου, κοινός ή μονόκλινος, τα εξαρτήματα πρέπει να τοποθετούνται με τέτοιο τρόπο στο πλάι του ασθενή, έτσι ώστε να είναι εύκολη η πρόσβαση και η νοσηλεία. Αυτό συμβαίνει μέσω των κινητών βραχιόνων, οι οποίοι κρέμονται από την οροφή και έχουν ράφια που μπορούν να τοποθετηθούν αναπνευστήρες, αντλίες αναρρόφησης και χορήγησης φαρμάκων, διάφορες οθόνες παρακολούθησης (monitors) και οι παροχές αερίων, κενού αέρα και ηλεκτρικού ρεύματος. Είναι απαραίτητο, να μπορεί να επιτευχθεί ελεύθερη πρόσβαση στην κεφαλή του κρεβατιού συγκεκριμένα, σε περίπτωση διασωλήνωσης, καθετηριασμού κεντρικών φλεβών ή ανάνηψη (Κούμη & Μιχαήλ, 2006).

Σχετικά με τους τοίχους και την οροφή στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, απαιτείται ειδική κατασκευή με σκοπό την αποφυγή μεταφοράς ήχου. Επιπρόσθετα, τα υλικά που χρησιμοποιούνται για το χρώμα των τοίχων πρέπει είναι σε ουδέτερους τόνους. Το δάπεδο χρειάζεται, επίσης, να απορροφά τον ήχο, καθώς και να είναι ενιαίο, χωρίς υψομετρικές διαφορές (έτσι ώστε να διευκολύνεται η μεταφορά ασθενών επί κλίνης) και ανθεκτικό στα αντισηπτικά. Επίσης, η μεταφορά των ασθενών πραγματοποιείται με διαφορετικό ανελκυστήρα από εκείνον του κοινού, όπως συμβαίνει και με τη μεταφορά του ακάθαρτου υλικού (Παπακωνσταντίνου, Καραμπίνης & Μπαλτόπουλος, 2006).

Η ύπαρξη αποθηκευτικού χώρου είναι εξίσου σημαντική για τον σχεδιασμό της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας. Ο αποθηκευτικός χώρος είναι αναγκαίο να είναι επαρκής, να διαθέτει εύκολη πρόσβαση για το προσωπικό και να βρίσκεται σε απόσταση τουλάχιστον 30 μέτρων από τις κλίνες των ασθενών (Κούμη & Μιχαήλ, 2006). Οι αποθηκευτικοί χώροι περιλαμβάνουν τον χώρο καθαρού υλικού, όπου αποθηκεύονται αναλώσιμο και μη υλικό, αποστειρωμένες προμήθειες, φάρμακα και καθαρά τροχήλατα, τον χώρο αποθήκευσης ιματισμού, τον χώρο αποθήκευσης και συντήρησης τεχνικού εξοπλισμού και τον χώρο

ακάθαρτου υλικού. Επιπλέον βοηθητικοί χώροι στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας είναι ο προθάλαμος εισόδου, στον οποίο το προσωπικό και οι επισκέπτες μπορούν να απολυμάνουν τα χέρια τους και να αλλάξουν ενδυμασία, ο χώρος ανάπαυσης του προσωπικού, τα γραφεία των ιατρών και της προϊσταμένης και ένα μικρό εργαστήριο. Ο κεντρικός σταθμός νοσηλείας πρέπει να είναι εξοπλισμένος, ώστε να αναπαράγει τα δεδομένα από τις οθόνες παρακολούθησης των ασθενών, καθώς και να τα αποθηκεύει σε ηλεκτρονική ή σε τυπωμένη μορφή. Είναι, επίσης απαραίτητη η πρόσβαση σε ηλεκτρονικά ιατρικά αρχεία, καθώς και σε βιβλιογραφικές βάσεις δεδομένων. Τέλος, η Μονάδα Εντατικής Θεραπείας χρειάζεται να περιλαμβάνει μια περιοχή αναμονής για την οικογένεια και ένα ήσυχο δωμάτιο όπου οι ενημερώσεις ασθενών μπορούν να παρέχονται στην οικογένεια και τα αγαπημένα τους πρόσωπα (Marshall et al., 2017).

#### **1.4 Εξοπλισμός της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας**

Κάθε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας χρειάζεται να περιλαμβάνει συγκεκριμένα υλικά στους αποθηκευτικούς της χώρους, τα οποία είναι απαραίτητα για τη φροντίδα των ασθενών και την ομαλή λειτουργία της κλινικής. Η αποθήκη η οποία περιέχει τον τεχνολογικό εξοπλισμό, αποθηκεύει τα μηχανήματα τα οποία είναι έτοιμα για χρήση, ενώ η αποθήκη των αναλώσιμων αποθηκεύει το αναλώσιμο υλικό (όπως γάζες, σύριγγες, βελόνες). Ωστόσο, εκτός από τα μηχανήματα και το αναλώσιμο υλικό, η Μονάδα Εντατικής Θεραπείας είναι απαραίτητο να έχει τον κατάλληλο εξοπλισμό και για την αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών, αλλά και τη μεταφορά των ασθενών. Όσον αφορά την αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών, πρέπει να υπάρχει ένα τροχήλατο το οποίο να είναι πλήρη εξοπλισμένο, κάθε στιγμή, για τη διασφάλιση αεραγωγού και με φάρμακα σχετικά με επείγοντα περιστατικά. Παράλληλα, για τη μεταφορά ασθενών, απαιτείται η ύπαρξη monitor μεταφοράς, αναπνευστήρα μεταφοράς, φορητή αναρρόφηση, απινιδωτής με επαναφορτιζόμενη μπαταρία, οθόνη, καταγραφικό, βηματοδότη και τέλος βαλιτσάκι με είδη αντιμετώπισης επείγουσας κατάστασης κατά τη μεταφορά ασθενούς (Αδάμου et al., 2011).

Επιπλέον, στο βασικό εξοπλισμό της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας περιλαμβάνονται οι παροχές ηλεκτρισμού, οξυγόνου, κενού αέρα, νερού, πεπιεσμένου αέρα, νυχτερινού φωτισμού ο οποίος διευκολύνει το προσωπικό, αλλά παράλληλα δεν ενοχλεί τον ασθενή, κινητή λάμπα χειρουργείου και φωτισμός κινδύνου σε περίπτωση διακοπής του ηλεκτρικού ρεύματος.

#### **1.5 Το ανθρώπινο δυναμικό της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας**

Η κλινική ομάδα που παρέχει φροντίδα σε μια Μονάδα Εντατικής Θεραπείας είναι ειδικευμένη, διεπιστημονική και διεπαγγελματική. Η φροντίδα που παρέχει είναι πιο εντατική από εκείνη που παρέχεται σε άλλες κλινικές του νοσοκομείου. Ιδανικά μέλη τόσο των ιατρικών όσο και των νοσηλευτικών ομάδων έχουν προηγμένα προσόντα στην ιατρική εντατικής θεραπείας, καθώς και εμπειρία στη φροντίδα κρίσιμων περιστατικών.

Το ιατρικό προσωπικό της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας απαρτίζεται από τον διευθυντή ιατρό, τους επιμελητές του τμήματος, τους εξειδικευμένους ιατρούς και τους ασκούμενους ιατρούς. Αρχικά, ο διευθυντής του τμήματος είναι υπεύθυνος για την ομαλή λειτουργία και τις κύριες αποφάσεις που απαιτούνται. Ο διευθυντής κατευθύνει το διαγνωστικό και θεραπευτικό πλάνο, ενώ οι επιμελητές ασκούν το θεραπευτικό και διαγνωστικό έργο,

καλύπτοντας το τμήμα σε όλο το 24ωρο. Απαραίτητοι για τη λειτουργία της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας είναι και οι εξειδικευμένοι ιατροί (καρδιολόγοι, χειρουργοί, αναισθησιολόγοι, νεφρολόγοι, ψυχίατροι), οι οποίοι απασχολούνται πλήρως σε κανονικό ωράριο και εφημερίες. Είναι αρκετά σημαντικό για την οργάνωση και τη λειτουργία της κλινικής, το ιατρικό προσωπικό να συμμερίζεται το διαγνωστικό και θεραπευτικό έργο και να υπάρχει άριστο συνεργατικό πνεύμα. (Marshall et al., 2017).

Το νοσηλευτικό προσωπικό και ο αριθμός του σε κάθε βάρδια εξαρτάται από τον αριθμό των ασθενών και το μέγεθος της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας. Ιδανικά, αντιστοιχεί ένας νοσηλευτής ανά δύο ασθενείς. Σε περιπτώσεις, όμως, αρκετά κρίσιμης ασθένειας με πολλές απαιτήσεις, η αντιστοιχία μπορεί να αλλάξει σε έναν νοσηλευτή ανά ασθενή. Το νοσηλευτικό προσωπικό χρειάζεται να είναι εξειδικευμένο στην επείγουσα και εντατική νοσηλευτική και να εκτελεί τις νοσηλείες και την 24ωρη παρακολούθηση. Εκτός από το ιατρικονοσηλευτικό προσωπικό, οι βοηθοί νοσηλευτών είναι απαραίτητοι για την περιποίηση ασθενών, όπως και οι βοηθοί θαλάμου για τη διακίνηση υλικού και δειγμάτων. Επιπλέον, οι φυσικοθεραπευτές χρειάζεται να είναι διαθέσιμοι όλο το 24ωρο, όπως και οι διατροφολόγοι. Οι τραυματιοφορείς και τα άτομα καθαριότητας διαδραματίζουν και αυτά σημαντικό ρόλο στη λειτουργία της κλινικής και είναι απαραίτητα όλο το 24ωρο. Τέλος, εξαιτίας του πολύπλοκου τεχνολογικού εξοπλισμού, η τεχνική κάλυψη από ειδικούς είναι, επίσης, αναγκαία κάθε στιγμή (Trapani, Scholes & Cassar, 2016).

## **1.6 Κριτήρια Εισαγωγής και Ασθενείς που νοσηλεύονται στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας**

Τα κριτήρια τα οποία χρειάζεται να έχουν οι ασθενείς έτσι ώστε να απαιτείται η νοσηλεία τους στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας εξαρτώνται από τη διάγνωση και τις τιμές των φυσιολογικών παραμέτρων. Αρχικά, παρουσιάζονται οι διαγνώσεις που χρειάζονται εντατική φροντίδα, οι οποίες αποτελούν συγκεκριμένες κλινικές καταστάσεις ή νόσους για τον προσδιορισμό της καταλληλότητας της εισόδου στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. Περιλαμβάνονται διαγνώσεις του καρδιαγγειακού συστήματος όπως οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου με επιπλοκές, καρδιογενή καταπληξία, αρρυθμίες που απαιτούν στενή αιμοδυναμική παρακολούθηση και ιατρική παρέμβαση, οξεία συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια με αναπνευστική ανεπάρκεια ή/και ανάγκη για αιμοδυναμική υποστήριξη, υπερτασικές καταστάσεις έκτακτης ανάγκης, ασταθή στηθάγχη (ιδιαίτερα με αρρυθμίες, αιμοδυναμική αστάθεια, ή επίμονο πόνο στο στήθος), καρδιακή ανακοπή, καρδιακό επιπωματισμό ή περιοριστική νόσο με αιμοδυναμική αστάθεια, διαχωριστικό ανεύρυσμα αορτής και πλήρη κολπικοιλιακό αποκλεισμό (Smith & Nielsen, 1999).

Επίσης, διαγνώσεις του αναπνευστικού συστήματος όπως οξεία αναπνευστική ανεπάρκεια που απαιτεί αναπνευστική υποστήριξη, πνευμονική εμβολή με αιμοδυναμική αστάθεια, ασθενείς σε μονάδα ενδίαμεσης φροντίδας που εμφανίζουν αναπνευστική επιδείνωση, ανάγκη για νοσηλευτική αναπνευστική φροντίδα που δεν είναι διαθέσιμη σε χώρους ενδίαμεσης ή χαμηλότερης φροντίδας και μαζική αιμόπτυση (White, Cardenas & Nates, 2017). Αναφορικά με το νευρικό σύστημα, οι κρίσιμες διαγνώσεις του περιλαμβάνουν οξύ εγκεφαλικό επεισόδιο με μεταβολή του επιπέδου συνείδησης, κώμα μεταβολικής, τοξικής ή ανοξαιμικής αιτιολογίας, ενδοκρανιακή αιμορραγία με πιθανότητα εγκελοεσμού, οξεία υπαραχνοειδή αιμορραγία, μηνιγγίτιδα με μεταβολή του επιπέδου συνείδησης ή αναπνευστική δυσλειτουργία, διαταραχές του κεντρικού νευρικού συστήματος ή νευρομυϊκές διαταραχές με επιδείνωση της νευρολογικής ή πνευμονικής λειτουργίας, επιληπτική κατάσταση (status



epilepticus), διάγνωση εγκεφαλικού θανάτου σε ασθενείς υποψήφιους για δωρεά οργάνων, εγκεφαλικό αγγειοσπασμό και σοβαρή κρανιοεγκεφαλική κάκωση (Smith & Nielsen, 1999).

Συμπληρωματικά, η εισαγωγή στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας μπορεί να οφείλεται σε υπερδοσολογία φαρμάκων με αιμοδυναμική αστάθεια, με σημαντική μεταβολή του επιπέδου συνείδησης ή/και με ανεπαρκή προστασία των αεροφόρων οδών και με σπασμούς. Οι διαγνώσεις του γαστρεντερικού συστήματος περιέχουν αιμορραγία πεπτικού απειλητική για τη ζωή που προκαλεί υπόταση ή στηθάγχη, που παρατείνεται ή εμφανίζεται σε ασθενή με συννοσηρότητες, οξεία ηπατική ανεπάρκεια, σοβαρή παγκρεατίτιδα και διάτρηση οισοφάγου με ή χωρίς μεσοθωρακίτιδα. Σχετικά με το ενδοκρινικό σύστημα και διαταραχές του μεταβολισμού και των ηλεκτρολυτών, η διαβητική κετοξέωση που περιπλέκεται από αιμοδυναμική αστάθεια, μεταβολή της νοητικής κατάστασης, αναπνευστική ανεπάρκεια, ή σοβαρή οξέωση, η θυρεοτοξική κρίση ή μυξοιδηματικό κώμα με αιμοδυναμική αστάθεια, η υπερωσμωτική κατάσταση με κώμα ή/και αιμοδυναμική αστάθεια, άλλα ενδοκρινολογικά προβλήματα, όπως επινεφριδική κρίση με αιμοδυναμική αστάθεια, σοβαρή υπερασβεστιαμία με διαταραχές του επιπέδου συνείδησης, ή/και χρήζουσα αιμοδυναμική παρακολούθηση, υπό- ή υπερνατρίαμία με επιληπτικές κρίσεις ή μεταβολή του επιπέδου συνείδησης, υπό- ή υπερμαγνησαιομία με αιμοδυναμική επιβάρυνση ή αρρυθμίες, υπό- ή υπερκαλαιομία με αρρυθμίες ή μυϊκή αδυναμία και η υποφωσφαταιμία με μυϊκή αδυναμία, θεωρούνται κρίσιμα περιστατικά τα οποία χρήζουν νοσηλεία στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας.

Οι χειρουργικές καταστάσεις που αποτελούν κριτήρια εισαγωγής στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας είναι μετεγχειρητικοί ασθενείς που χρειάζονται αιμοδυναμική παρακολούθηση, αναπνευστική υποστήριξη ή εκτεταμένη νοσηλευτική φροντίδα. Άλλες καταστάσεις περιλαμβάνουν τη σηπτική καταπληξία, ενδείξεις συνεχούς αιμοδυναμικής παρακολούθησης, κλινικές καταστάσεις που απαιτούν νοσηλευτική φροντίδα επιπέδου Μονάδας Εντατικής Θεραπείας, περιβαλλοντικές βλάβες (πλήξη από κεραυνό, παρ' ολίγον πνιγμός, υπο-, υπερθερμία) και εφαρμογή νέων / πειραματικών θεραπειών με πιθανότητες επιπλοκών (Smith & Nielsen, 1999).

Στη συνέχεια, τα κριτήρια φυσιολογικών παραμέτρων βασίζονται σε αντικειμενικές παραμέτρους, των οποίων οι τιμές έχουν καθοριστεί από συγκεκριμένα νοσοκομεία και μπορούν να τροποποιηθούν ανάλογα με τις τοπικές ανάγκες. Όσον αφορά τα ζωτικά σημεία, 150 σφίξεις / λεπτό, η συστολική αρτηριακή πίεση 120 mm Hg και η αναπνευστική συχνότητα >35 αναπνοές / λεπτό μπορούν να θεωρηθούν δείκτες για εισαγωγή στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. Επίσης, πρόσφατες εργαστηριακές τιμές όπως νάτριο ορού 170 mEq / L , κάλιο ορού 7.0 mEq / L ,  $PaO_2 < 50mmHg$ , PH 7.7, γλυκόζη ορού >800 mg / dl, ασβέστιο ορού >15 mg / και τοξικά επίπεδα φαρμάκου ή άλλης χημικής ουσίας σε ασθενή με αιμοδυναμική ή νευρολογική επιβάρυνση dl θεωρούνται επικίνδυνες και περιλαμβάνονται και αυτές στα κριτήρια εισαγωγής (Nates et al., 2016).

Απεικονιστικά ευρήματα όπως ενδοεγκεφαλική αιμορραγία, θλάση ή υπαραχνοειδής αιμορραγία με μεταβολή του επιπέδου συνείδησης ή εστιακά νευρολογικά σημεία, ρήξη κοίλου σπλάχνου, ουροδόχου κύστης, ήπατος, κιστών οισοφάγου ή μήτρας, με αιμοδυναμική αστάθεια, διαχωρισμός αορτής, ηλεκτροκαρδιογραφικά ευρήματα, έμφραγμα του μυοκαρδίου με σύνθετες αρρυθμίες, αιμοδυναμική αστάθεια ή συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια, εμμένουσα κοιλιακή ταχυκαρδία ή κοιλιακή μαρμαρυγή, πλήρης κολποκοιλιακός αποκλεισμός με αιμοδυναμική αστάθεια, απαιτούν και αυτά τη νοσηλεία στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. Τέλος, ποικίλα ευρήματα από την κλινική εξέταση όπως ανισοκορία σε ασθενή με πτώση επιπέδου συνείδησης, έγκαυμα σε >10% επιφάνειας σώματος, ανουρία, απόφραξη αεραγωγού, κώμα, σπασμοί, κυάνωση και καρδιακός επιπωματισμός θεωρούνται επικίνδυνα και χρειάζονται εντατική φροντίδα (Nates et al., 2016).

Γενικά, οι ασθενείς οι οποίοι νοσηλεύονται στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, είναι είτε ασθενείς των οποίων η κατάσταση είναι κρίσιμη και χρειάζονται συνεχή παρακολούθηση των ζωτικών τους σημείων, μηχανική υποστήριξη της αναπνοής και χορήγηση ενδοφλέβιων φαρμάκων, είτε ασθενείς οι οποίοι είναι επιρρεπείς για σημαντικές επιπλοκές οι οποίες απαιτούν άμεση παρέμβαση, όπως διασωλήνωση. Οι ασθενείς οι οποίοι είναι αρκετά σταθεροί και δεν θα ωφεληθούν από την εισαγωγή στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας και οι ασθενείς οι οποίοι έχουν ελάχιστες πιθανότητες ίασης, δεν αποτελούν επιλογή προτεραιότητας για νοσηλεία στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. Ωστόσο, η επιλογή εξαρτάται από τον θεράπτη και την κρίση της θεραπευτικής ομάδας (Smith & Nielsen, 1999).

### **1.7 Είδη τεχνολογίας παρακολούθησης και υποστήριξης στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας**

Η κύρια διαφορά που ξεχωρίζει τη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας από άλλες κλινικές του νοσοκομείου, και ως επακόλουθο την εντατική περίθαλψη από την περίθαλψη που παρέχεται γενικά σε μία κλινική, είναι η συνεχής παρακολούθηση των ασθενών και η ικανότητα παροχής εκτεταμένης υποστήριξης. Η παρακολούθηση που απαιτείται εξαρτάται από την κατάσταση του ασθενή και είναι είτε μη επεμβατική, είτε επεμβατική. Η μη επεμβατική παρακολούθηση περιλαμβάνει το διαδερμικό κορεσμό οξυγόνου, τη μη επεμβατική επίβλεψη της καρδιακής συχνότητας και της αρτηριακής πίεσης και το συνεχόμενο έλεγχο ηλεκτροκαρδιογραφήματος και ηλεκτροεγκεφαλογραφήματος. Η επεμβατική παρακολούθηση, συνήθως, αποτελείται από την αιμοδυναμική παρακολούθηση, την παρακολούθηση ηλεκτροκαρδιογραφήματος και την ενδοκράνια πίεση. Όσον αφορά την υποστήριξη των ασθενών, μπορεί να είναι αναπνευστική, αιμοδυναμική, νεφρική και θρεπτική. Η αναπνευστική υποστήριξη μπορεί να κυμαίνεται από απλή μάσκα οξυγόνου, συστήματα οξυγόνωσης υψηλής ροής, μηχανικός αερισμός θετικής πίεσης και σε κρίσιμες περιπτώσεις μηχανήματα εξωσωματικής οξυγόνωσης (ECMO). Η αιμοδυναμική υποστήριξη επιτυγχάνεται κυρίως με φαρμακευτική αγωγή ή με καρδιακή βηματοδότηση, μηχανική καρδιακή υποστήριξη με συσκευή ενδοαορτικής αντλίας, συσκευές αντισταθμιστικού παλμού ή κοιλιακής υποβοήθησης και συσκευές εξωσωματικής οξυγόνωσης για την οξυγόνωση των ιστών. Η νεφρική υποστήριξη περιλαμβάνει συνεχόμενη ή διακεκομμένη εξωνεφρική κάθαρση, ανάλογα με τις ανάγκες του ασθενή, ενώ η θρεπτική υποστήριξη αφορά την εντερική σίτιση χρησιμοποιώντας ένα σωλήνα τροφοδοσίας ή την παρεντερική σίτιση (Marshall et al., 2017).

### **1.8 Ειδικές Μονάδες Εντατικής Θεραπείας**

Εκτός από τις Γενικές Μονάδες Εντατικής Θεραπείας, οι οποίες μπορούν να φιλοξενήσουν οποιοδήποτε κρίσιμο παθολογικό περιστατικό, έχουν δημιουργηθεί και Ειδικές Μονάδες Εντατικής Θεραπείας, οι οποίες παρέχουν εξειδικευμένη φροντίδα ανάλογα με τη φύση της ασθένειας. Παρ' όλα αυτά, εκτός από τα παιδιά και τα νεογνά, όλα τα υπόλοιπα περιστατικά μπορούν να φιλοξενηθούν και σε Γενικές Μονάδες Εντατικής Θεραπείας. Η δημιουργία Ειδικών Μονάδων Θεραπείας, αποτελεί ένα θετικό γεγονός για τη λειτουργία του νοσοκομείου, αφού εξασφαλίζεται επιπλέον εξειδικευμένη φροντίδα. Οι Ειδικές Μονάδες Θεραπείας περιλαμβάνουν τη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας Νεογνών, τη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας Παιδών, τη Μονάδα Εγκαυμάτων, τη Μονάδα Αυξημένης Φροντίδας (ΜΑΦ), τη Καρδιοχειρουργική Μονάδα, τη Νευροχειρουργική Μονάδα, τη Μονάδα Τεχνητού Νεφρού (MTN), τη Μονάδα Στεφανιαίας Νόσου (ΜΣΝ), τη Αναπνευστική Μονάδα Εντατικής

Θεραπείας, τη Μονάδα Μεταναισθητικής Φροντίδας, τη Κινητή Μονάδα Εντατικής Θεραπείας και τη Πολυδύναμη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. Ο αριθμός Ειδικών Μονάδων Εντατικής Θεραπείας εξαρτάται από τις ανάγκες και τις ικανότητές του κάθε νοσοκομείου (Marshall et al., 2017).

### **1.9 Πλεονεκτήματα και Μειονεκτήματα της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας**

Η Μονάδα Εντατικής Θεραπείας παρέχει εντατική και τεχνολογικά υψηλή φροντίδα σε κάθε ασθενή με κρίσιμη νόσο. Ωστόσο, όπως και κάθε άλλη δομή η οποία απαρτίζεται από ανθρώπινο (και μη) δυναμικό, έχει εκτός από πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα. Αναφορικά με τα θετικά αποτελέσματα των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας, το πιο σημαντικό είναι αυτό της ικανότητας συνέχισης της ζωής σε βαρέως πάσχοντες. Το γεγονός αυτό, μεμονωμένα, είναι υψηλής αξίας, αφού υπό άλλες συνθήκες και σε κλινικές με λιγότερες παροχές δεν θα μπορούσε να πραγματοποιηθεί. Ένα ακόμη πλεονέκτημα της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας είναι η παροχή αδιάκοπης, εξειδικευμένης αλλά και σφαιρικής φροντίδας, η οποία επιτυγχάνεται με τη συγκέντρωση καταρτισμένου και ειδικά εκπαιδευμένου ιατρονοσηλευτικού προσωπικού. Επιπλέον, η καθημερινή φροντίδα και θεραπεία ασθενών με κρίσιμη ασθένεια και η χρήση περίπλοκου και δαπανηρού τεχνολογικού εξοπλισμού, προσφέρει ιδανικές συνθήκες εκπαίδευσης για το προσωπικό. Επιτυγχάνεται, επίσης, η αποφόρτιση των άλλων τμημάτων από δύσκολα και απαιτητικά περιστατικά, εφόσον αυτά συγκεντρώνονται στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. Μπορεί, ακόμη, να πραγματοποιηθεί σε πραγματικό χρόνο κλινική έρευνα μέσα στο περιβάλλον της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας, η οποία συμβάλλει στην ανάπτυξη της ιατρικής και νοσηλευτικής επιστήμης. Συμπληρωματικά, η Μονάδα Εντατικής Θεραπείας συμβάλλει στη μετάφραση των πειραματικών και εργαστηριακών αποτελεσμάτων σε θεραπευτική πράξη και στην απόσβεση του ακριβού τεχνολογικού εξοπλισμού που διατίθεται για τη φροντίδα των ασθενών, αφού η χρήση του είναι καθημερινή (Pirracchio et al., 2011).

Αντίθετα, τα αρνητικά αποτελέσματα της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας περιλαμβάνουν τη μετάδοση και διασπορά λοιμώξεων και πολυανθεκτικών μικροβίων μεταξύ των ασθενών, αλλά και μέσω του προσωπικού και των συγγενών, η οποία αποτελεί μία από τις κύριες αιτίες θανάτου των ανοσοκατασταλμένων ασθενών της Μονάδας. Το υψηλό κόστος, θεωρείται, επίσης, μειονέκτημα του συγκεκριμένου τμήματος, όπως η τάση για «υπερθεραπεία» των ασθενών από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, μέσω υπερβολικά επεμβατικών τεχνικών, με αποτέλεσμα τη υποκατάσταση την έννοιας της επιβίωσης με εκείνης της τεχνικά και φυσικά δυνατής. Επιπρόσθετα, εξαιτίας της συγκέντρωσης των δύσκολων περιστατικών σε ένα τμήμα, της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας, το επίπεδο τεχνογνωσίας και ικανοτήτων των άλλων τμημάτων του νοσοκομείου μπορεί είναι χαμηλό. Τελικά, είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι η Μονάδα Εντατικής Θεραπείας αποτελεί ένα απαιτητικό και σε μερικές περιπτώσεις τραυματικό περιβάλλον, τόσο για τον ασθενή όσο και για το προσωπικό. Έτσι, ένα αρκετά σημαντικό μειονέκτημα είναι η εμφάνιση ψυχολογικών δυσλειτουργιών στους ασθενείς κατά τη διάρκεια νοσηλείας, αλλά και κατά τη διάρκεια της αποκατάστασής τους. Τα ψυχολογικά αποτελέσματα περιλαμβάνουν το άγχος, την κατάθλιψη, το παραλήρημα και τη διαταραχή μετατραυματικού στρες. Αρνητικά ψυχολογικά αποτελέσματα παρατηρούνται, όμως, και στο προσωπικό των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας εξαιτίας των σκληρών συνθηκών εργασίας (Αδάμου et al., 2011).

## Κεφάλαιο 2 Άγχος και Αγχώδεις Διαταραχές

### 2.1 Άγχος

#### 2.1.1 Ορισμός

Η Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία ορίζει το άγχος ως «ένα συναίσθημα που χαρακτηρίζεται από αισθήματα έντασης, ανησυχητικές σκέψεις και φυσικές αλλαγές όπως αυξημένη αρτηριακή πίεση». Πολλές φορές το άγχος είναι ένα φυσιολογικό αίσθημα, ωστόσο όταν κάποιος αισθάνεται άγχος σε τακτικά χρονικά διαστήματα και δυσανάλογα επίπεδα, τότε μετατρέπεται σε αγχώδη διαταραχή. Το αίσθημα ανησυχίας το οποίο χαρακτηρίζει το άγχος, ενεργοποιεί το αυτόνομο νευρικό σύστημα ως απόκριση σε μία αόριστη, μη αναγνωρίσιμη απειλή. Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι το άγχος διαφέρει από τον φόβο, αφού ο φόβος αποτελεί απόκριση σε μία συγκεκριμένη απειλή, παρ' όλα αυτά συνοδεύονται και τα δύο από την ίδια βιολογική απόκριση του οργανισμού, που περιλαμβάνει διέγερση του συμπαθητικού νευρικού συστήματος. Η εκδηλώσεις της διέγερσης είναι η αυξημένη καρδιακή συχνότητα, η αυξημένη αρτηριακή πίεση, η μυδρίαση, το ψυχρό δέρμα, η ανόρθωση τριχών και η μειωμένη κινητικότητα του γαστρεντερολογικού (American Psychiatric Association, 2013).

#### 2.1.2 Βιολογικό υπόστρωμα

Τα συναισθήματα του άγχους πηγάζουν από το μεταιχμιακό σύστημα του εγκεφάλου, το οποίο αποτελείται από τον θάλαμο, την αμυγδαλή, τον ιππόκαμπο και τον υποθάλαμο. Ο θάλαμος δέχεται αισθητικές ίνες από το νωτιαίο μυελό και μεταβιβάζει τα ερεθίσματα σε άλλες περιοχές του εγκεφάλου, ενώ παράλληλα ρυθμίζει τη συναισθηματική διάσταση των αισθητηριακών αντιλήψεων. Η αμυγδαλή συντονίζει λειτουργίες του αυτόνομου νευρικού συστήματος και του ενδοκρινικού συστήματος και ελέγχει τα συναισθήματα, καθώς και τη ανάμνηση εμπειριών που προκάλεσαν φόβο. Ο ιππόκαμπος είναι υπεύθυνος για την επεξεργασία πληροφοριών, αφού λειτουργεί ως ενδιάμεσος σταθμός μεταξύ τμημάτων του εγκεφάλου που δέχονται αισθητικά ερεθίσματα και αυτών που συμμετέχουν στην αντίδραση σε αυτά τα συναισθήματα. Μέσω του ιππόκαμπου ρυθμίζεται έτσι το ανοσολογικό σύστημα και η αποθήκευση της μνήμης. Όσον αφορά τον υποθάλαμο, αποτελείται από νευρώνες οι οποίοι παράγουν ορμόνες και μετατρέπει τη σκέψη σε ορμόνες που προκαλούν αλλαγές στο σώμα μέσω του αυτόνομου νευρικού συστήματος (Eby & Brown, 2010).

Το άγχος έχει ως αποτέλεσμα να αυξηθεί η αιματική ροή στο μεταιχμιακό σύστημα, καθώς και στον εγκεφαλικό φλοιό. Τα συμπτώματα του άγχους παράγονται μέσω της διέγερσης του συμπαθητικού, που αποτελεί τμήμα του αυτόνομου νευρικού συστήματος. Η συγκεκριμένη διέγερση προκαλείται από το μεταιχμιακό σύστημα, καθώς είναι υπεύθυνο για τη μεταβίβαση ερεθισμάτων στο αυτόνομο νευρικό σύστημα. Ωστόσο, η εμπειρία του άγχους αποτελείται από συναισθήματα, βιολογικές αποκρίσεις και σκέψεις, γεγονός που συμβαίνει εξαιτίας της μεταβίβασης νευρικών σημάτων από το μεταιχμιακό σύστημα στον εγκεφαλικό φλοιό. Με τον συγκεκριμένο τρόπο πραγματοποιείται ο σχηματισμός σκέψεων γύρω από το άγχος στις συνειρμικές περιοχές του εγκεφαλικού φλοιού (Gelfuso et al., 2014).

### 2.1.3 Επίπεδα Άγχους

Σύμφωνα με τον ιδρυτή της ψυχιατρικής νοσηλευτικής, Hildegard E. Peplau, τα επίπεδα του άγχους κυμαίνονται από ήπιο άγχος έως πανικό και εξαρτώνται από τις συμπεριφορές του ατόμου. Το ήπιο άγχος χαρακτηρίζεται από ελαφρά διευρυμένη αντίληψη και αυξημένη ικανότητα διάκρισης των σχέσεων μεταξύ των δεδομένων, στις περισσότερες περιπτώσεις το ήπιο άγχος είναι συνήθως κίνητρο, που σημαίνει ότι βοηθά το άτομο να εστιάσει στην αναζήτηση μιας λύσης στην πρόκληση που αντιμετωπίζει. Τα συμπτώματα του ήπιου άγχους περιλαμβάνουν την εφίδρωση στις παλάμες, την ευερεθιστότητα και τις οξυμένες αισθήσεις. Το μέτριας βαρύτητας άγχος, κατά το οποίο παρατηρείται ήπια μείωση της αντίληψης και ικανότητα συγκέντρωσης της προσοχής μόνο στο σημείο άμεσου ενδιαφέροντος, εκτός και αν υπάρχουν εξωτερικές παρεμβάσεις που μπορούν να το μεταβάλουν, παρουσιάζει συμπτώματα όπως ταχυκαρδία, ξηροστομία, εφίδρωση και πόνος στο στομάχι ή ναυτία. Επίσης, ο λόγος μπορεί να γίνει πιο γρήγορος και οι κινήσεις των χεριών και των βραχιόνων πιθανόν να είναι υπερβολικές. Στη συνέχεια, παρατηρείται το έντονο άγχος, κατά το οποίο υπάρχει μείωση της αντίληψης σε μεγάλο βαθμό, καθώς τα εξωτερικά γεγονότα αδυνατούν να γίνουν αντιληπτά. Επιπλέον, το έντονο άγχος χαρακτηρίζεται από αδυναμία αλλαγής του σημείου αντίληψης, ακόμη και έπειτα από προσπάθεια εξωτερικής παρέμβασης, γεγονός που γίνεται αντιληπτό με συμπτώματα όπως θωρακικός πόνος, πονοκέφαλος, έμετος ή διάρροια, τρόμοι, διάσπαρτες σκέψεις, ακανόνιστη συμπεριφορά και αίσθηση τρόμου. Τέλος, ο πανικός αποτελεί το τελευταίο επίπεδο άγχους και περιλαμβάνει διαστρεβλωμένη αντίληψη, η οποία περιορίζεται σε μία μόνο λεπτομέρεια. Το άγχος γίνεται αντιληπτό στη συγκεκριμένη περίπτωση ως απειλή από το άτομο που το βιώνει και εμφανίζονται αισθήματα τρόμου και επικείμενης καταστροφής (O' Toole & Welt, 1989).

### 2.1.4 Άγχος και στρες

Πολύ συχνά οι όροι άγχος και στρες χρησιμοποιούνται ο ένας στη θέση του άλλου, ενώ στην πραγματικότητα διαφέρουν. Μερικά από τα συμπτώματα του άγχους και του στρες είναι κοινά. Και στις δύο περιπτώσεις παρουσιάζεται ανησυχία, ταραχή ή δυσφορία. Το στρες πολλές φορές αποτελεί και προπομπό του χρόνιου άγχους, ωστόσο τόσο το άγχος όσο και το στρες μπορεί να έχουν παραγωγικά αποτελέσματα σε μικρές δόσεις. Στην περίπτωση όμως ανικανότητας ελέγχου, μπορούν να προκαλέσουν σοβαρά προβλήματα υγείας (Yaribeygi, 2017).

Το στρες βασίζεται στην έννοια της ομοιόστασης, δηλαδή της κατάστασης δυναμικής ισορροπίας του εσωτερικού περιβάλλοντος του ανθρώπινου οργανισμού, το οποίο προσαρμόζεται σε εσωτερικές και εξωτερικές μεταβολές. Ένας στρεσογόνος παράγοντας απειλεί την ισορροπία της ομοιόστασης και έτσι ο ανθρώπινος εγκέφαλος κινητοποιεί την απόκριση στο στρες έτσι ώστε να την αποκαταστήσει. Η απόκριση στο στρες θεωρείται ότι αποτελεί μία γενικευμένη αντίδραση του σώματος, η οποία ονομάζεται και απόκριση μάχης ή φυγής (fight or flight response). Η συγκεκριμένη απόκριση δημιουργείται μέσω της διέγερσης του συμπαθητικού νευρικού συστήματος από την επινεφρίνη και έτσι προετοιμάζει το σώμα για να αντιμετωπίσει την απειλή (fight) ή να απομακρυνθεί (flight). Παρ' όλα αυτά, η απόκριση μάχης ή φυγής θεωρείται υγιής προσαρμογή του οργανισμού μόνο όταν το στρεσογόνο γεγονός είναι μία φυσική απειλή. Μερικές φορές το άγχος είναι αποτέλεσμα του στρες, αποτελεί όμως διαφορετική πάθηση. Η διαφορά του άγχους από το στρες βρίσκεται στο γεγονός ότι το άγχος αποτελεί εσωτερικό συναίσθημα σε αντίθεση με τους εξωτερικούς ψυχο-πιεστικούς

παράγοντες που αποτελούν το στρες (όπως μία απώλεια, ένα φυσικό φαινόμενο και οι συνθήκες εργασίας) (Yaribeygi, 2017).

## **2.2 Αγχώδεις Διαταραχές**

### **2.2.1 Ορισμός**

Σύμφωνα με την Αμερικάνικη Ψυχιατρική Εταιρεία, οι διαταραχές άγχους περιλαμβάνουν διαταραχές που σχετίζονται με χαρακτηριστικά υπερβολικού φόβου και άγχους και ποικίλες διαταραχές συμπεριφοράς. Όλες οι αγχώδεις διαταραχές έχουν ως κοινό χαρακτηριστικό το άγχος. Τα είδη των διαταραχών άγχους είναι η διαταραχή άγχους αποχωρισμού, η ειδική φοβία, η διαταραχή κοινωνικού άγχους (κοινωνική φοβία), η διαταραχή πανικού, η αγοραφοβία, η επιλεκτική αλαλία, η γενικευμένη διαταραχή άγχους, η διαταραχή άγχους που προκαλείται από φαρμακευτική ουσία / φάρμακα και η διαταραχή άγχους λόγω άλλης ιατρικής κατάστασης (American Psychiatric Association, 2013).

### **2.2.2 Είδη αγχωδών διαταραχών**

#### **2.2.2.1 Διαταραχή Πανικού**

Τα κριτήρια για τη διαταραχή πανικού περιλαμβάνουν την εμφάνιση επαναλαμβανόμενων κρίσεων πανικού, με μία ή περισσότερες κρίσεις, ακολουθούμενες από φόβο τουλάχιστον ενός μηνός για άλλη κρίση πανικού ή σημαντική κακή προσαρμογή που σχετίζεται με τις κρίσεις. Όσον αφορά τη κρίση πανικού, καθ' αυτή, είναι μια απότομη περίοδο έντονου φόβου ή ενόχλησης που συνοδεύεται από τέσσερα ή περισσότερα από τα ακόλουθα συστηματικά συμπτώματα: Αίσθημα παλμών, αίσθημα παλμών ή επιτάχυνση του καρδιακού ρυθμού, εφίδρωση, τρόμος, δύσπνοια, αίσθημα πνιγμού, πόνος στο στήθος ή δυσφορία, ναυτία ή κοιλιακή δυσφορία, αίσθημα ζάλης ή λιποθυμία, κρυάδες ή αίσθημα θερμότητας, παραισθησία (δηλαδή αίσθηση μουδιάσματος ή μυρμήγκιασμα), αποπραγματοποίηση (δηλαδή η αίσθηση της μη πραγματικότητας) ή αποπροσωποποίηση (δηλαδή η αποσύνδεση από τον εαυτό του), φόβος απώλειας ελέγχου και φόβος θανάτου. Άλλα συμπτώματα μπορεί να περιλαμβάνουν πονοκέφαλο, ψυχρά χέρια, διάρροια, αϋπνία, κόπωση και ενοχλητικές σκέψεις, ενώ οι ασθενείς κατά τη διάρκεια μιας κρίσης πανικού έχουν την αίσθηση μίας επικείμενης καταστροφής και πολύ συχνά το αίσθημα ότι βιώνουν μία καρδιακή προσβολή ή ασφυξία. Εξαιτίας των επαναλαμβανόμενων κρίσεων, η προσωπικότητα των ασθενών μεταβάλλεται και υιοθετούνται συμπεριφορές όπως η αποφυγή καταστάσεων και τοποθεσιών (American Psychiatric Association, 2013)

Η αιτιολογία της διαταραχής πανικού θεωρείται ότι βασίζεται σε μία γενετικά κληρονομική νευροχημική δυσλειτουργία. Σύμφωνα με έρευνες, κάποιες χρωμοσωμικές περιοχές σχετίζονται με την κληρονομικότητα του φαινοτύπου της διαταραχής πανικού. Ωστόσο, υπάρχουν θεωρίες που υποστηρίζουν ότι η διαταραχή πανικού είναι πιθανό να σχετίζεται με τον χρόνια υποαερισμό ή την υπερευαισθησία στο διοξείδιο του άνθρακα. Η διαταραχή πανικού επηρεάζει το 3-5% του πληθυσμού. Μελέτες που αφορούν τη συσχέτιση μεταξύ ψυχιατρικών ασθενειών σε συγγενείς πρώτου βαθμού αποκάλυψαν μια κληρονομικότητα περίπου 43% για διαταραχή πανικού (Maron, Hettema & Shlik, 2010).

Οι ασθενείς με διαταραχή πανικού έχουν επίσης υψηλό ποσοστό, περίπου 80%, να αναπτύξουν και άλλες ψυχιατρικές διαταραχές, πολλές από τις οποίες έχουν επίσης σημαντική γενετική βάση. Για παράδειγμα, η επικράτηση της μείζονος κατάθλιψης σε συνδυασμό με διαταραχή πανικού φαίνεται ότι μπορεί να είναι τόσο υψηλή όσο 50-60%, ωστόσο συννοσηρότητα εμφανίζεται και με τη σχιζοφρένεια, την ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, την ειδική φοβία, την κοινωνική φοβία και την αγοραφοβία. Η συννοσηρότητα δεν παρατηρείται μόνο μεταξύ της διαταραχής πανικού και άλλες ψυχικές διαταραχές, αλλά και με ιατρικές παθήσεις όπως το σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου, η ημικρανία και οι καρδιαγγειακές παθήσεις (πρόπτωση της μιτροειδούς βαλβίδας, υπέρταση, εγκεφαλικό επεισόδιο). Επιπλέον, είναι σημαντικό να αναφερθεί το γεγονός ότι τα άτομα με διαταραχή πανικού σε συνδυασμό με άλλη νόσο βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο αιφνίδιου θανάτου, ενώ έχουν χαμηλές αντοχές στη φυσική άσκηση σε σχέση με τα άτομα χωρίς διαταραχή πανικού (Schmidt et al., 2000).

Το άσθμα αποτελεί ένα σημαντικό παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση διαταραχής πανικού, αλλά και το αντίστροφο. Πιο συγκεκριμένα, τα άτομα με διαταραχή πανικού είναι πιο επιρρεπή να εμφανίσουν άσθμα. Ο αλκοολισμός, και η παρουσία κάποιων κρίσιμων ασθένειών αυξάνει, επίσης, τον κίνδυνο διαταραχής πανικού, όπως και η κατάχρηση ουσιών γενικότερα. Συμπληρωματικά, ο γυναικείος πληθυσμός εμφανίζει πιο συχνά τη συγκεκριμένη διαταραχή σε σχέση με τον αντρικό, ιδιαίτερα οι γυναίκες οι οποίες δεν έχουν κιοφορήσει ποτέ. Συνήθως τα άτομα τα οποία πάσχουν από διαταραχή πανικού βρίσκονται μεταξύ 18-45 ετών, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι η διαταραχή δεν μπορεί να εμφανιστεί σε οποιαδήποτε ηλικία. Παρ' όλα αυτά, η πρόγνωση της ασθένειας είναι σχετικά καλή, αφού τουλάχιστον το 65% των ασθενών παρουσιάζουν ύφεση κατά τους πρώτους έξι μήνες μετά την έναρξη της θεραπείας τους (Batelaan et al., 2010).

### **2.2.2.2 Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή**

Η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή σχετίζεται με την παρουσία υπερβολικού άγχους και ανησυχίας, οι οποίες αφορούν ποικίλες καταστάσεις και δραστηριότητες. Τουλάχιστον τρία από τα αναφερόμενα συμπτώματα πρέπει να υπάρχουν για χρονικό διάστημα έξι μηνών ή και περισσότερο, έτσι ώστε να διαγνωστεί η διαταραχή. Τα συμπτώματα περιλαμβάνουν αίσθημα κόπωσης, διαταραχές στον ύπνο, ευερεθιστότητα, μυϊκή ένταση, δυσκολία συγκέντρωσης και ανησυχία. Επιπρόσθετα, ο αυτοκτονικός ιδεασμός και η αυτοκτονία έχουν συσχετιστεί αρκετά με την γενικευμένη αγχώδης διαταραχή (American Psychiatric Association, 2013). Τα κοινά φυσικά συμπτώματα της γενικευμένης διαταραχής άγχους περιλαμβάνουν τρόμο, ταχυκαρδία, ταχύπνοια, αυξημένη εφίδρωση, κράμπες στο στομάχι, αδυναμία κατάποσης, συχνή ανάγκη ούρησης, ναυτία, διάρροια, ψυχρά χέρια, πονοκεφάλους. Επιπλέον το αίσθημα έντασης συνοδεύεται συχνά από αίσθημα ταραχής, τρόμου, συσπάσεων ή πόνων στο σώμα.

Η αιτιολογία της γενικευμένης διαταραχής άγχους δεν έχει αποσαφηνιστεί πλήρως. Πρώτος περιβαλλοντικός παράγοντας που θεωρείται ότι συμβάλλει στην ανάπτυξη της διαταραχής είναι τα αρνητικά γεγονότα της ζωής. Οι ερευνητές σημείωσαν ότι η εμφάνιση ενός ή περισσότερων αρνητικών συμβάντων ζωής που είναι σημαντικά για το άτομο και εμφανίζονται με απροσδόκητο τρόπο συσχετίστηκε με την αύξηση του κινδύνου ανάπτυξης γενικευμένης διαταραχής άγχους. Άλλοι περιβαλλοντικοί παράγοντες που εντοπίστηκαν είναι ο διαχωρισμός κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας, η αναστροφή του ρόλου κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας, η έλλειψη κοινωνικών αλληλεπιδράσεων, η μη ικανοποίηση από τη ζωή και η παρουσία ενός συγγενή που έχει διαταραχή άγχους ως πρότυπο. Άλλοι επιστήμονες πρότειναν ότι ένα έλλειμμα προσοχής μπορεί να είναι υπεύθυνο για την υπερβολική ανησυχία. Τέλος, μερικές γνωστικές μεταβλητές όπως η δυσανεξία στην αβεβαιότητα, οι ψευδείς

πεποιθήσεις σχετικά με την ανησυχία, ο αρνητικός προσανατολισμός σχετικά με το πρόβλημα και η γνωστική αποφυγή έχουν προταθεί ότι παίζουν καθοριστικό ρόλο στην ανάπτυξη και διατήρηση της γενικευμένης αγχώδης διαταραχής (Bandelow et al., 2013).

Η κατάχρηση ουσιών παίζει, επίσης, πολύ σημαντικό ρόλο στην παρουσία γενικευμένης αγχώδης διαταραχής, όπως και το στρες, άλλες ιατρικές παθήσεις (για παράδειγμα ο σακχαρώδης διαβήτης) και το οικογενειακό ιστορικό. Γενικά, πολλοί ασθενείς δεν συμμορφώνονται με τα φάρμακα εξαιτίας του αυξημένου κόστους και των δυσμενών επιπτώσεων. Έτσι, οι υποτροπές είναι συχνές και οι ασθενείς συχνά αναζητούν γιατρούς που συμμορφώνονται με τις ανάγκες τους. Λόγω της έλλειψης συμβατικής ιατρικής για τη θεραπεία της διαταραχής, πολλοί προτιμούν εναλλακτικές θεραπείες χωρίς μεγάλη επιτυχία. Συνολικά, η ποιότητα ζωής αυτών των ασθενών είναι χαμηλή (Newman & Przeworski, 2018).

### **2.2.2.3 Κοινωνική φοβία**

Τα άτομα με κοινωνική φοβία αναφέρουν έντονο και επίμονο φόβο κοινωνικών καταστάσεων ή καταστάσεων απόδοσης κατά τις οποίες εκτίθενται σε πιθανό έλεγχο από άλλους, σε βαθμό που η ικανότητα λειτουργίας τους στη δουλειά ή στο σχολείο υποβαθμίζεται. Επιπλέον, η κοινωνική φοβία χαρακτηρίζεται από μεμονωμένους φόβους ότι το άτομο μπορεί να ενεργήσει με τρόπο που θα δείξει τα συμπτώματα του άγχους του και έτσι θα οδηγηθεί σε ταπείνωση ή αμηχανία. Η έκθεση, γενικά, σε κοινωνικές καταστάσεις ή καταστάσεις απόδοσης σχεδόν πάντα προκαλεί φόβο ή άγχος, έτσι αυτές οι καταστάσεις αποφεύγονται ή υφίστανται έντονο άγχος. Χαρακτηριστικό της κοινωνικής φοβίας είναι η συμπεριφορά αποφυγής, η πρόβλεψη ή η αγωνία στο κοινωνικό περιβάλλον ή στη ρύθμιση επιδόσεων, γεγονός που μπορεί να προκαλέσει σημαντική βλάβη στη λειτουργία του ατόμου. Όπως και στις υπόλοιπες αγχώδεις διαταραχές, έτσι και η κοινωνική φοβία φαίνεται να οφείλεται στην αλληλεπίδραση μεταξύ γενετικών και βιολογικών παραγόντων και περιβαλλοντικών συνθηκών. Οι γενετικοί παράγοντες διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην κοινωνική φοβία, αφού σύμφωνα με έρευνες η διαταραχή φαίνεται να είναι κληρονομική. Σχετικά με την περιβαλλοντική υπόσταση της διαταραχής, τραυματικές κοινωνικές εμπειρίες, όπως για παράδειγμα το αίσθημα ντροπής ή ταπείνωσης, καθώς και κάποιες ελλείψεις στις κοινωνικές δεξιότητες, μπορούν να προκαλέσουν κοινωνική φοβία. Συμπληρωματικά, η συγκεκριμένη διαταραχή μπορεί να εμφανιστεί και με συννοσηρότητες όπως άλλες αγχώδεις διαταραχές, μείζων καταθλιπτική διαταραχή και διαταραχή που σχετίζεται με την κατάχρηση ουσιών και θεωρείται ότι συνδέεται με αυξημένη πιθανότητα επίμονης κατάχρησης ουσιών, κακή πορεία καταθλιπτικής διαταραχής και δυσλειτουργία σε πολλούς κοινωνικούς ρόλους (Leichsenring & Leweke, 2017).

### **2.2.2.4 Αγοραφοβία**

Η αγοραφοβία σχετίζεται με την εμφάνιση έντονου άγχους σε καταστάσεις που η διαφυγή είναι δύσκολη ή ντροπιαστική ή στην περίπτωση μη διαθέσιμης βοήθειας σε συνθήκη κρίσης πανικού. Συνήθως τα άτομα τα οποία πάσχουν από τη συγκεκριμένη διαταραχή δυσκολεύονται και υπομένουν τις καταστάσεις που τους προκαλούν άγχος και φόβο με δυσκολία ή τις αποφεύγουν ή έχουν ανάγκη ένα άλλο άτομο να τους συντροφεύει (American Psychiatric Association, 2013).



Η επαναλαμβανόμενη και απροσδόκητη έκθεση ενός ατόμου σε κρίσεις πανικού, μπορεί να αποτελέσει αιτιολογικό παράγοντα για την αγοραφοβία. Ωστόσο οι κρίσεις πανικού με τη σειρά τους, υπάρχει περίπτωση να συνδέονται με γνωστικές στρεβλώσεις και κλινικές αντιδράσεις. Γίνεται, έτσι, κατανοητό, ότι πολύ συχνά τα άτομα τα οποία πάσχουν από αγοραφοβία μπορεί να πάσχουν παράλληλα και από διαταραχή πανικού. Επιπλέον, η διαταραχή εμφανίζεται περισσότερο στον γυναικείο πληθυσμό σε σχέση με τον αντρικό και μπορεί να προκαλέσει δυσλειτουργία στην επαγγελματική και κοινωνική λειτουργικότητα του ατόμου, σε βαθμό που να αποφεύγει καταστάσεις οι οποίες τον αγχώνουν με αποτέλεσμα την κοινωνική απομόνωση (Eby & Brown, 2010).

### **2.2.2.5 Ειδική φοβία**

Τα άτομα τα οποία πάσχουν από ειδική φοβία, βιώνουν συνήθως υπέρμετρο και παράλογο φόβο για συγκεκριμένες καταστάσεις, όπως τα ύψη, τα έντομα, το αίμα και οι βελόνες. Οι συγκεκριμένες φοβίες προκαλούν υπερβολική αναστάτωση και υπάρχει περίπτωση να οδηγήσουν σε συναισθηματικές διαταραχές, γι' αυτό το λόγο τα άτομα με ειδική φοβία παρουσιάζουν αργότερα και άλλες αγχώδεις διαταραχές, κατάθλιψη, αυτοκτονικό ιδεασμό και διαταραχές που σχετίζονται με την κατάχρηση ουσιών. Επιπρόσθετα, η ειδική φοβία μπορεί να οφείλεται στο οικογενειακό ιστορικό, παράλληλα όμως μπορεί και να σχετίζεται σε κάποια τραυματική εμπειρία που βίωσε το άτομο στο παρελθόν (American Psychiatric Association, 2013).

### **2.2.3 Αιτιολογία**

Τα αίτια τα οποία προκαλούν τις αγχώδεις διαταραχές, όπως και άλλες ψυχικές διαταραχές, περιλαμβάνουν γενετικό αλλά και περιβαλλοντικό υπόστρωμα. Αρχικά, οι γενετικοί παράγοντες (για παράδειγμα η παρουσία οικογενειακού ιστορικού) επηρεάζουν σημαντικά τον κίνδυνο για πολλές διαταραχές άγχους, ωστόσο και κάποιες περιβαλλοντικές συνθήκες, όπως κάποιο τραύμα κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας, μπορούν να αποτελέσουν αιτιολογικό παράγοντα για την εμφάνιση αγχώδους διαταραχής.

Γι' αυτό το λόγο, η επιστημονική κοινότητα τα τελευταία χρόνια έχει ασχοληθεί ιδιαίτερα με την κατανόηση της αλληλεπίδρασης του περιβάλλοντος και του γενετικού υποστρώματος, που εμφανίζεται κατά τις αγχώδεις διαταραχές, έτσι ώστε να επιτευχθεί η κατάλληλη πρόληψη και θεραπεία. Είναι γεγονός ότι κάποια άτομα φαίνεται να είναι πιο ευάλωτα στο άγχος. Οι ψυχολογικές θεωρίες κυμαίνονται από την εξήγηση του άγχους ως τη μετατόπιση μιας ενδοψυχικής σύγκρουσης (ψυχοδυναμικά μοντέλα) στα παραμετρικά κλιματικά (μαθησιακά) παραδείγματα (μοντέλα γνωστικής συμπεριφοράς). Σύμφωνα με τη ψυχοδυναμική θεωρία, το άγχος μπορεί να δημιουργηθεί λόγω της καταπίεσης παρορμητικών και επιθετικών συμπεριφορών επειδή αυτές θεωρούνται απαράδεκτες από το ίδιο το άτομο. Η συγκεκριμένη θεωρία αναφέρεται στο παραπάνω γεγονός ως μία σύγκρουση της ταυτότητας (id - πτυχή της προσωπικότητας, εντελώς ασυνείδητη και περιλαμβάνει τις ενστικτώδεις και πρωτόγονες συμπεριφορές) με το εγώ (ego - στοιχείο της προσωπικότητας που είναι υπεύθυνο για την αντιμετώπιση της πραγματικότητας) του ατόμου. Έννοιες οι οποίες, σύμφωνα με τον Sigmund Freud, αποτελούν, μαζί με το υπερεγώ, τα τρία στοιχεία της προσωπικότητας των ανθρώπων. Η ταυτότητα είναι η μόνη συνιστώσα της προσωπικότητας που υπάρχει από τη γέννηση. Η συγκεκριμένη πτυχή της προσωπικότητας είναι εντελώς ασυνείδητη και περιλαμβάνει τις ενστικτώδεις και πρωτόγονες συμπεριφορές. Από την οπτική γωνία της γνωστικής θεωρίας,

βέβαια, το άγχος θεωρείται ως την τάση να υπερεκτιμούνται οι πιθανότητες για κίνδυνο με αποτέλεσμα οι ασθενείς με διαταραχή άγχους να τείνουν να φανταστούν το χειρότερο δυνατό σενάριο και να αποφύγουν καταστάσεις που θεωρούν επικίνδυνες (Gregurek & Gregurek, 2016).

#### **2.2.4 Πρόγνωση**

Τα περισσότερα άτομα δεν πάσχουν μόνο με μία διαταραχή αλλά με περισσότερες. Εκτός από τη συννοσηρότητα που εμφανίζεται μεταξύ τους, οι διαταραχές άγχους πολύ συχνά συνυπάρχουν με άλλες ψυχικές διαταραχές, όπως η κατάθλιψη και η εξάρτηση σε ναρκωτικές ουσίες ή αλκοόλ. Επίσης, είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι το χρόνιο άγχος φαίνεται να σχετίζεται με καρδιαγγειακά νοσήματα με αποτέλεσμα να αυξάνονται οι πιθανότητες θνησιμότητας στους πάσχοντες. Οι πιθανότητες θνησιμότητας αυξάνονται και εξαιτίας του γεγονότος, ότι συννοσηρότητα διαταραχής άγχους και διαταραχής της διάθεσης φαίνεται να αυξάνει τον κίνδυνο αυτοκτονικού ιδεασμού και απόπειρας αυτοκτονίας, σε σχέση με περιστατικά μεμονωμένης διαταραχής άγχους ή διαταραχής της διάθεσης. Η διαταραχή άγχους που σχετίζεται με τον μεγαλύτερο κίνδυνο αυτοκτονικής διάθεσης είναι η διαταραχή πανικού. Ωστόσο, ανεξαρτήτως του είδους, οι διαταραχές άγχους έχουν ως αποτέλεσμα τη λειτουργική βλάβη και τη μειωμένη ποιότητα ζωής (Ballenger, 2007).

### **2.3 Άγχος σε ασθενείς που νοσηλεύονται σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας**

Η διαδικασία της νοσηλείας αλλά και της αποκατάστασης των ασθενών που επιβίωσαν μετά από την εισαγωγή τους στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, απαιτεί πολύπλοκες διαδικασίες, οι οποίες συχνά έχουν ως αποτέλεσμα τη δυσλειτουργία σε σωματικό, γνωστικό επίπεδο αλλά και στην ποιότητα ζωής. Η παρουσία συμπτωματολογίας άγχους στη ψυχική υγεία του ασθενούς μετά την έξοδό του από τη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, είναι αρκετά συχνή. Εξαιτίας αυτού, είναι σημαντικό να αναφερθούν οι παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση άγχους στους συγκεκριμένους ασθενείς, καθώς και η αιτιολογία και τα συμπτώματα, έτσι ώστε να κατανοηθεί το φαινόμενο (Nikayin et al., 2016).

#### **2.3.1 Συμπτώματα άγχους σε ασθενείς που νοσηλεύονται σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας**

Τα συμπτώματα τα οποία παρουσιάζονται σε ασθενείς που έχουν επιβιώσει έπειτα από νοσηλεία στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας είναι τα κλασικά συμπτώματα του άγχους σύμφωνα με την Αμερικάνικη Ψυχιατρική Εταιρεία, όπως αναφέρθηκαν στο κεφάλαιο 2.1.1 Ορισμός Άγχους. Τα κύρια συμπτώματα τα οποία σχετίζονται με το άγχος σε ασθενείς που νοσηλεύονται σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας, αφορούν αισθήματα ανησυχίας, αδυναμίας και αβεβαιότητας. Είναι, επίσης, αρκετά συχνό οι ασθενείς να αναφερθούν σε ανησυχία σχετιζόμενη με το αίσθημα αποπροσανατολισμού. Το άγχος που βιώνουν οι συγκεκριμένοι ασθενείς κατά την εισαγωγή τους φαίνεται είναι έντονο κατά την πρώτη αφύπνισή τους στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας ή κατά τη διάρκεια των αφυπνίσεών τους γενικότερα. Επιπρόσθετα, οι ασθενείς κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους αναφέρονται σε εφιάλτες, οι οποίοι προκαλούν αίσθημα ανησυχίας κατά την υπόλοιπη μέρα. Εντούτοις, είναι αρκετά δύσκολο να εντοπιστούν τα συμπτώματα άγχους στους ασθενείς της Μονάδας Εντατικής

Θεραπείας από τους επαγγελματίες υγείας, εξαιτίας του χαοτικού και απαιτητικού περιβάλλον της (Chlan & Savik, 2011).

Υπάρχουν αρκετά συμπτώματα άγχους, σωματικά και συμπεριφορικά, τα οποία είναι σημαντικό να ελέγχονται όπως η αύξηση του καρδιακού ρυθμού, η αύξηση της αρτηριακής πίεσης, η ένταση των μυών, η έκφραση του προσώπου και η ανησυχία, ωστόσο δεν μπορούν να επικυρώσουν την ύπαρξη άγχους σε κρίσιμες ασθένειες, καθώς οι ασθενείς συχνά εμφανίζουν σημαντικές ανωμαλίες στα ζωτικά σημεία, τα επίπεδα κορτιζόλης και άλλους βιολογικούς δείκτες (Chlan & Savik, 2011).

### **2.3.2 Αξιολόγηση συμπτωμάτων άγχους σε ασθενείς που νοσηλεύονται σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας**

Τα σωματικά συμπτώματα του άγχους, όπως προαναφέρθηκε, είναι περίπλοκο να αξιολογηθούν και σε πολλές περιπτώσεις τα αποτελέσματα είναι αβέβαια. Παρ' όλα αυτά, έχουν δημιουργηθεί αρκετά συστήματα αξιολόγησης που αφορούν τα συμπτώματα της συμπεριφοράς. Η VAS-A (Επικύρωση οπτικής αναλογικής κλίμακας για το άγχος- Validation of visual analogue scale for anxiety) αποτελεί ένα σύστημα αξιολόγησης για το άγχος, που χρησιμοποιείται και σε περιβάλλον Εντατικής Θεραπείας. Κυμαίνεται από το "καθόλου άγχος" έως "το περισσότερο άγχος που ένοιωσα ποτέ" και είναι μια έγκυρη και αξιόπιστη μέτρηση του άγχους στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. Επιπλέον, η VAS-A είναι έγκυρη και κατάλληλη για τη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, επειδή είναι εύκολα κατανοητή, μπορεί εύκολα να παρατηρηθεί και να χρησιμοποιηθεί σε ασθενείς με κρίσιμη ασθένεια που μπορεί να μην είναι σε θέση να επικοινωνήσουν με παραδοσιακά μέσα. Η Κλίμακα Αξιολόγησης Άγχους με εικόνες προσώπων (Faces Anxiety Scale-FAS) έχει, επίσης, αναπτυχθεί για την παροχή σύντομης, εύκολα κατανοητής και ταχείας εκτίμησης του άγχους σε ασθενείς που νοσηλεύονται σε κρίσιμη κατάσταση. Η FAS είναι μία κλίμακα που αποτελείται από εικόνες προσώπων που κυμαίνονται από "ουδέτερο φόβο" έως "ακραίο φόβο". Τέλος, μία σύντομη παραλλαγή της Καταγραφής κατάστασης και χαρακτηριστικών άγχους (State- Trait Anxiety Inventory- STAI), η οποία αποτελείται από 6 ερωτήσεις (σε σχέση με την ολοκληρωμένη, η οποία αποτελείται από 20), αποτελεί έναν ακόμη έγκυρο τρόπο αξιολόγησης του άγχους, ιδιαίτερα των γνωστικών συμπτωμάτων αυτού, σε ασθενείς που νοσηλεύονται στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (McKinley, Coote, & Stein-Parbury, 2003).

### **2.3.3 Παράγοντες Κινδύνου άγχους σε ασθενείς που νοσηλεύονται σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας**

Οι έρευνες που έχουν διεξαχθεί και εξετάζουν τους παράγοντες κινδύνου άγχους σε ασθενείς με κρίσιμη ασθένεια αναφέρονται σε μεταβλητές όπως το οικογενειακό ιστορικό, δημογραφικά στοιχεία, περιβαλλοντικές συνθήκες της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας καθώς και σε μεταβλητές που σχετίζονται με τη θεραπεία, την ασθένεια και τους ιατρικούς χειρισμούς που ήταν αναγκαίο να χρησιμοποιηθούν. Το υπάρχων οικογενειακό ιστορικό αγχώδους διαταραχής φαίνεται να είναι παράγοντας κινδύνου για την εμφάνιση άγχους, είτε σε περιβάλλον Μονάδας Εντατικής Θεραπείας, είτε εκτός αυτής. Παρ' όλα αυτά, δημογραφικά στοιχεία, όπως για παράδειγμα το γυναικείο φύλο και η ηλικία, δεν αποτελούν επιβεβαιωμένους παράγοντες κινδύνου σχετικά με την παρουσία άγχους, ακόμη κι αν θεωρούνται παράγοντες κινδύνου σε περιβάλλον εκτός της Μονάδας. Σύμφωνα με τους

Nikayin et al. (2016), το γεγονός απουσίας συσχέτισης των δημογραφικών στοιχείων, όπως η ηλικία και το φύλο, με το άγχος σε επιζώντες της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας, μπορεί να οφείλεται είτε σε αποτυχία των ερευνών να δείξουν μια σημαντική διαφορά με βάση το φύλο και την ηλικία, είτε επειδή οι υποκείμενοι μηχανισμοί με τους οποίους οι ασθενείς αναπτύσσουν άγχος μετά την κρίσιμη ασθένεια επηρεάζουν και τα δύο φύλα και όλες τις ηλικιακές ομάδες.

Παράγοντες όπως η σοβαρότητα της ασθένειας, η διάγνωση κατά την εισαγωγή του ατόμου στο νοσοκομείο και ο χρόνος διαμονής στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας έχουν συσχετιστεί, επίσης, με την παρουσία άγχους στους ασθενείς. Πιο συγκεκριμένα, η αναλογία PaO<sub>2</sub>/ FiO<sub>2</sub>, δηλαδή ο λόγος της μερικής πίεσης του οξυγόνου στο αρτηριακό αίμα προς το κλάσμα του εισπνεόμενου οξυγόνου, η διάρκεια κατά την οποία ο ασθενής χρειάστηκε μηχανικό αερισμό, καθώς και η σοβαρότητα της ασθένειας αποτελούν δείκτη εμφάνισης άγχους στο συγκεκριμένο πληθυσμό ασθενών (Hopkins et al., 2010).

Είναι, επίσης, σημαντικό να αναφερθούν και άλλες μεταβλητές που επηρεάζουν την εμφάνιση άγχους στον συγκεκριμένο πληθυσμό ασθενών, όπως είναι η χορήγηση αγχολυτικών και κατασταλτικών φαρμάκων κατά την νοσηλεία (όπως οι βενζοδιαζεπίνες) και γενικότερα το χαοτικό και στρεσογόνο περιβάλλον της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας, το οποίο μεμονωμένα μπορεί να αποτελέσει μία τραυματική εμπειρία, εξαιτίας άγνωστων θορύβων, έλλειψης οικείων προσώπων, απουσία ηλιακού φωτός και απαιτητικών παρεμβάσεων χωρίς την πλήρη κατανόηση από τον ασθενή. Τέλος, από τους κυριότερους παράγοντες κινδύνου, σύμφωνα με τους Nikayin et al. (2016), είναι η παρουσία ψυχιατρικών συμπτωμάτων κατά την εισαγωγή του ασθενή στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας και παραληρηματικών αναμνήσεων κατά τη νοσηλεία του.

### **2.3.4 Επιπολασμός Άγχους σε ασθενείς που νοσηλεύονται στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας**

Τα ποσοστά εμφάνισης συμπτωμάτων που σχετίζονται με το άγχος σε ασθενείς που νοσηλεύτηκαν σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας, είναι αρκετά υψηλά σύμφωνα με τις μελέτες που πραγματοποιήθηκαν τα τελευταία χρόνια. Πιο αναλυτικά, τα ποσοστά επικράτησης της συμπτωματολογίας που σχετίζεται με το άγχος σε ασθενείς με κρίσιμη νόσο ξεπερνούν κατά πολύ τα ποσοστά για οποιαδήποτε τύπο αγχώδης διαταραχής στον γενικό πληθυσμό. Σύμφωνα με μελέτες, η παρουσία άγχους σε επιζώντες της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας προσεγγίζει το 50% των ασθενών (Davydow et al., 2008). Ενώ, σύμφωνα με τους Niyaki et al. (2016), τουλάχιστον το ένα-τρίτο των επιζώντων της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας, εμφάνισαν συμπτώματα, τα οποία σχετίζονται με το άγχος και ήταν επίμονα ακόμη και ένα χρόνο μετά τη έξοδο των ασθενών από τη Μονάδα.

### **2.3.5 Αρνητικά Αποτελέσματα Άγχους σε ασθενείς που νοσηλεύονται σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας**

Η παρουσία συμπτωμάτων άγχους και ανησυχίας σε ασθενείς με κρίσιμη ασθένεια, μπορεί να έχει ανεπιθύμητα αποτελέσματα αρχικά για την πρόγνωση και την πορεία της υγείας του ασθενούς κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του, και στη συνέχεια στην ποιότητα ζωής του ασθενή έπειτα από την έξοδό του από το νοσοκομείο. Οι ασθενείς που βιώνουν το άγχος κατά τη διάρκεια της διαμονής τους στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας και έχουν την ικανότητα να το εκφράσουν μέσω της ομιλίας στο προσωπικό, μπορούν να αντιμετωπιστούν πιο

αποτελεσματικά και να ελαττωθούν τα συμπτώματά τους, μέσω των κατάλληλων πρωτοβουλιών. Ωστόσο, ένα μεγάλο ποσοστό των ασθενών με κρίσιμη νόσο βρίσκεται σε μηχανικό αερισμό, γεγονός που καθιστά την ομιλία και την επικοινωνία σχεδόν αδύνατη. Τα άτομα, λοιπόν, τα οποία χρειάζονται μηχανικό αερισμό, μπορεί να βιώσουν συμπτώματα άγχους, τα οποία δεν μπορούν να τα εκφράσουν. Το συγκεκριμένο γεγονός, έχει ως πιθανά αποτελέσματα τη διέγερση και τη διακοπή της ιατρικής συσκευής παροχής οξυγόνου από τον ασθενή και ως επακόλουθο την αυξημένη κατανάλωση οξυγόνου (Park et al., 2018).

Έτσι, το προσωπικό της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας χρειάζεται στη συγκεκριμένη περίπτωση να χρησιμοποιήσει διάφορες παρεμβάσεις, όπως την καταστολή του ασθενούς ή τον περιορισμό του. Οι αντίστοιχες παρεμβάσεις, όμως, σχετίζονται με τη σειρά τους με επιπλοκές, οι οποίες περιλαμβάνουν ακινησία, μεταβολές στο επίπεδο συνείδησης και απώλεια προστατευτικών αντανακλαστικών. Επιπλέον, η υπερβολική ή παρατεταμένη καταστολή μπορεί να επιμηκύνει τον μηχανικό αερισμό και τη νοσηλεία του ασθενούς. Άλλες αρνητικές συνέπειες της καταστολής είναι η προδιάθεση του ασθενούς σε πνευμονία που συνδέεται με τον αναπνευστήρα, τραυματισμό στον πνεύμονα, υποσιτισμό, πολυνευροπάθεια και μακροχρόνιες αρνητικές ψυχιατρικές εκβάσεις, όπως η κατάθλιψη και η διαταραχή του μετατραυματικού στρες. Είναι, επίσης, σημαντικό να αναφερθεί ότι έχει παρατηρηθεί συσχέτιση μεταξύ του άγχους και του πόνου σε ασθενείς με κρίσιμη ασθένεια, γεγονός που σημαίνει ότι η αντιμετώπιση του άγχους μπορεί να επηρεάσει τη μείωση του πόνου, δεδομένης της στενής συσχέτισης μεταξύ των δύο, ή αντίστροφα η μη αντιμετώπιση του άγχους μπορεί να επηρεάσει την αύξηση του πόνου (Park et al., 2018).

## 2.4 Θεραπεία Άγχους

Η θεραπεία του άγχους εξαρτάται από το επίπεδο του άγχους του εκάστοτε ατόμου. Ωστόσο, στις αγχώδεις διαταραχές προτιμάται κυρίως ο συνδυασμός φαρμακοθεραπείας και ψυχοθεραπείας, εξαιτίας των καλύτερων αποτελεσμάτων στην ποιότητα ζωής του ασθενή. Η απόφαση για το ποια θεραπεία ή συνδυασμός θεραπειών θα συνταγογραφηθούν, εξαρτάται από την προσεκτική συνέντευξη και αξιολόγηση των στόχων και του επιπέδου παθολογίας του ασθενούς. Το αποτέλεσμα της θεραπείας προσδιορίζεται από διάφορους παράγοντες, μεταξύ των οποίων περιλαμβάνεται ο ειδικός τύπος διαταραχής άγχους, η βαρύτητα της διάγνωσης, το επίπεδο λειτουργίας πριν από την εμφάνιση των συμπτωμάτων, ο βαθμός κινήτρων για θεραπεία, το επίπεδο υποστήριξης (για παράδειγμα οικογένεια, φίλοι, εργασία, σχολείο) και τέλος, η δυνατότητα συμμόρφωσης με φαρμακευτική αγωγή ή / και ψυχοθεραπευτική αγωγή. Οι διαταραχές άγχους μπορούν να αντιμετωπιστούν ως επί το πλείστον σε εξωτερικούς ασθενείς. Οι ενδείξεις για νοσηλεία περιλαμβάνουν αυτοκτονία, μη ανταπόκριση στις συνήθεις θεραπείες ή σχετική συννοσηρότητα, όπως διαταραχή άγχους με μείζων κατάθλιψη, διαταραχές προσωπικότητας ή κατάχρηση ουσιών. Σε κλινικές συνθήκες, οι περισσότεροι ασθενείς που αναζητούν βοήθεια υποφέρουν από γενικευμένη διαταραχή άγχους, διαταραχή πανικού και κοινωνική φοβία. Παρ' όλα αυτά, δεν πρέπει να αντιμετωπίζονται όλες οι διαταραχές άγχους όταν τα συμπτώματα είναι ήπια, παροδικά και χωρίς σχετική εξασθένηση της κοινωνικής και επαγγελματικής λειτουργίας και θεραπεία ενδείκνυται όταν ένας ασθενής εμφανίζει έντονη δυσφορία ή πάσχει από επιπλοκές που οφείλονται στη διαταραχή (π.χ. δευτεροπαθής κατάθλιψη, ιδεασμός αυτοκτονίας ή κατάχρηση αλκοόλ (Bandelow, Michaelis & Wedekind, 2017)).

### 2.4.1 Φαρμακευτική θεραπεία

Ως φαρμακευτική αγωγή πρώτης γραμμής για το άγχος και τις αγχώδεις διαταραχές χρησιμοποιούνται οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (SSRIs) σε ακολουθία με τρικλυκικά αντικαταθλιπτικά (TCIs). Πιο συγκεκριμένα, η φλουοξετίνη (Prozac) είναι μία επιλογή SSRI, η οποία χρησιμοποιείται ιδιαίτερα σε ασθενείς με διαταραχή πανικού και κατάθλιψη και έχει μικρό χρόνο ημιζωής, με αποτέλεσμα να αποτελεί καλή επιλογή σε οριακά συμφορμωμένους ασθενείς. Ωστόσο, φαίνεται γενικά ότι αυξάνει το άγχος, εκτός από τις αρχικές χαμηλές δόσεις. Άλλο ένα SSRI, το οποίο μπορεί να αποτελεί φαρμακευτική αγωγή για τις αγχώδεις διαταραχές είναι η παροξετίνη (Paxil). Η παροξετίνη, όμως, έχει βραχύ χρόνο ημιζωής, με αποτέλεσμα να μην είναι η καταλληλότερη επιλογή για ασθενείς οριακά συμφορμωμένους. Άλλα SSRI είναι η σιταλοπράμη (Celexa), η εσκιταλοπράμη (Lexapro), η σερτραλίνη (Zoloft), η μιρταζαπίνη (Remeron). Τα καταπραύντικά αντικαταθλιπτικά όπως η παροξετίνη, η μιρταζαπίνη συνταγογραφούνται συνήθως μόνο για τη νύχτα πριν από τον ύπνο για να βελτιώσουν τον ύπνο, αλλά πρέπει να περιλαμβάνουν προειδοποίηση η οποία επισημαίνει να μην χειρίζονται οι ασθενείς οχήματα αμέσως μετά τη δόση. Εκτός, όμως, από τους αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης, για τη θεραπεία του άγχους μπορούν να συνταγογραφηθούν και βενζοδιαζεπίνες ενδοφλέβια ή Peros για άμεση καταστολή. Η αλπραζολάμη (Xanax) έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως για τη διαταραχή πανικού, αλλά σήμερα αποθαρρύνεται η συνταγογράφησης της, λόγω του υψηλού δυναμικού εξάρτησης. Συμπληρωματικά, η αλπραζολάμη έχει σύντομο χρόνο ημιζωής, γεγονός που την καθιστά ιδιαίτερα επιρρεπής στη ψυχολογική εξάρτηση. Ωστόσο, η κλοναζεπάμη (Klonopin) μπορεί να την αντικαταστήσει, διότι έχει μεγαλύτερο χρόνο ημιζωής και εμπειρικά προκαλεί λιγότερες αντιδράσεις απόσυρσης μετά τη διακοπή. Η άμεση χρήση βενζοδιαζεπινών μπορεί να διευκολύνει το άβολο άγχος που συνδέεται με τις κρίσεις πανικού σε διαταραχή πανικού και μπορεί να προσφέρει στον ασθενή το αίσθημα εμπιστοσύνης ότι η θεραπεία μπορεί να ελέγξει τα συμπτώματα. Αυτό είναι ιδιαίτερα χρήσιμο για την αποτροπή επακόλουθων επισκέψεων σε υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης, ενώ η μακροπρόθεσμη θεραπεία βοηθά τον ασθενή να αποκτήσει τον έλεγχο. Ωστόσο, μπορεί οι βενζοδιαζεπίνες να δρουν γρήγορα, όμως τα SSRIs φαίνεται να δρουν πιο αποτελεσματικά και δεν προκαλούν σωματική και ψυχολογική εξάρτηση (Farach et al., 2012).

Εκτός από τα SSRIs και τις βενζοδιαζεπίνες, υπάρχουν και άλλοι φαρμακευτικοί παράγοντες που έχουν μελετηθεί για την αντιμετώπιση του άγχους και των διαταραχών αυτού. Ωστόσο, δεν είναι νόμιμη η χρήση τους σε πολλές χώρες λόγω της έλλειψης επιβεβαίωσης της αποτελεσματικότητάς τους. Πιο συγκεκριμένα, η αγομελατίνη είναι ένας μελατονινεργικός αγωνιστής (των υποδοχέων MT1 και MT2) και ανταγωνιστής των υποδοχέων 5-HT<sub>2C</sub>, και χρησιμοποιείται κυρίως ως αντικαταθλιπτικό σε μείζων καταθλιπτικά επεισόδια. Κάποιες μελέτες έχουν αποδείξει ότι είναι αποτελεσματική και στη γενικευμένη διαταραχή άγχους, όμως απαιτείται επιπλέον έρευνα για να θεωρηθεί φάρμακο επιλογής για την συγκεκριμένη διαταραχή (Farach et al., 2012). Επιπρόσθετα, η κιουετιαπίνη, η οποία ανήκει στην κατηγορία των άτυπων αντιψυχωσικών και χρησιμοποιείται κυρίως για τη σχιζοφρένεια, φαίνεται να είναι αποτελεσματική για τη θεραπεία της γενικευμένης αγχώδης διαταραχής σε χαμηλότερες δόσεις. Παρ' όλα αυτά, εξαιτίας των ανεπιθύμητων ενεργειών της, όπως είναι η αύξηση του σωματικού βάρους και το μεταβολικό σύνδρομο, δεν είναι νόμιμη η συνταγογράφησης της για διαταραχές άγχους ακόμη. Επίσης, εκτός από τα φαρμακευτικά σκευάσματα, μελετάται και η αποτελεσματικότητα φυτικών παρασκευασμάτων. Το βαλσαμόχορτο, το λάδι λεβάντας, η κάβα (Piper methysticum) και η βαλεριάνα έχουν μελετηθεί γενικά, ωστόσο δεν έχει εντοπιστεί κάποια αποτελεσματικότητα για τις συγκεκριμένες διαταραχές. Τέλος, η φαρμακοθεραπεία για τις διαταραχές άγχους θα πρέπει να συνεχιστεί για 12 μήνες ή περισσότερο μετά την ύφεση των συμπτωμάτων και προτείνεται η αργή μείωση της δόσης του φαρμάκου σε χρονικό

διάστημα 2 εβδομάδων κατά τη λήξη της θεραπείας έτσι ώστε να αποφευχθούν τα σύνδρομα απόσυρσης, τα οποία είναι αρκετά κοινά μεταξύ των ασθενών που πάσχουν από διαταραχή άγχους (Bandelow, Michaelis & Wedekind, 2017).

#### **2.4.2 Μη φαρμακευτική θεραπεία**

Η μη φαρμακευτική θεραπεία για το άγχος και τις αγχώδεις διαταραχές περιλαμβάνει τη ψυχοθεραπεία και πιο συγκεκριμένα τη γνωστική ή συμπεριφορική ψυχοθεραπεία. Οι ψυχοθεραπείες αυτές μπορούν να χρησιμοποιηθούν μεμονωμένα για την αντιμετώπιση της διαταραχής ή συνδυαστικά με την κατάλληλη φαρμακοθεραπεία. Αρχικά, όσον αφορά τη γνωστική ψυχοθεραπεία, έχει ως στόχο την κατανόηση από τον ασθενή πώς οι αυτόματες σκέψεις και οι ψευδείς πεποιθήσεις οδηγούν σε υπερβολικές συναισθηματικές αντιδράσεις, όπως το άγχος, και μπορούν να οδηγήσουν σε δευτερεύουσες συνέπειες συμπεριφοράς. Παράλληλα, η συμπεριφορική ψυχοθεραπεία περιλαμβάνει την έκθεση του ασθενούς σε ερεθίσματα που προκαλούν άγχος. Εάν η αποφυγή φοβισμένων καταστάσεων είναι σημαντικός παράγοντας στις φοβικές διαταραχές, οι τεχνικές έκθεσης πρέπει να συμπεριληφθούν στο πρόγραμμα θεραπείας, όπου οι ασθενείς αντιμετωπίζουν καταστάσεις φόβου. Γενικά, η θεραπεία των διαταραχών άγχους από το γνωστική ή συμπεριφορική ψυχοθεραπεία έχει αποδειχθεί σε μεγάλο αριθμό. Ωστόσο, σύμφωνα με τις υπάρχουσες μελέτες ο συνδυασμοί ψυχοθεραπείας και φαρμακοθεραπείας φαίνεται να έχει την μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα για τη θεραπεία των συγκεκριμένων διαταραχών. Τέλος, υπάρχουν και άλλες επιλογές συμπληρωματικής θεραπείας για την αντιμετώπιση των διαταραχών άγχους όπως είναι η φυσική άσκηση, η οστεοπαθητική, η ομοιοπαθητική και ο βελονισμός, παρ' όλα αυτά, δεν συνιστώνται μεμονωμένα ως θεραπεία αλλά ως τεχνικές χαλάρωσης, ενώ προτείνεται η συμμετοχή σε ομάδες αυτοβοήθειας, εφόσον είναι εφικτό από τον ασθενή (Bandelow, Michaelis & Wedekind, 2017).

# Κεφάλαιο 3 Κατάθλιψη

## 3.1 Γενικά

Οι καταθλιπτικές διαταραχές αποτελούνται από τη μείζων καταθλιπτική διαταραχή (συμπεριλαμβανομένου του μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου), επίμονη καταθλιπτική διαταραχή (δυσθυμία), προεμμηνορροϊκή δυσφορική δυσλειτουργική διαταραχή και καταθλιπτική διαταραχή λόγω άλλης ιατρικής πάθησης. Το κοινό χαρακτηριστικό των καταθλιπτικών διαταραχών είναι η παρουσία λυπημένης, κενής ή ευερέθιστης διάθεσης, συνοδευόμενη από σωματικές και γνωστικές αλλαγές που επηρεάζουν σημαντικά την ικανότητα του ατόμου να λειτουργεί. Η κύρια διαφορά μεταξύ τους είναι η διάρκεια, ο χρονισμός ή η υποτιθέμενη αιτιολογία. Η επίμονη άγνοια και οι εσφαλμένες αντιλήψεις της νόσου από το κοινό, συμπεριλαμβανομένων πολλών παροχών υγείας, ως προσωπική αδυναμία, οδηγεί σε οδυνηρό στιγματισμό και αποφυγή της διάγνωσης από πολλούς από αυτούς που πλήττονται. Συμπληρωματικά, τα δύο τρίτα των ανθρώπων που πάσχουν από κατάθλιψη δεν συνειδητοποιούν ότι έχουν θεραπευτική ασθένεια και συνεπώς δεν αναζητούν επαγγελματική βοήθεια. Στη ρύθμιση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, όπου πολλοί από αυτούς τους ασθενείς αρχικά αναζητούν θεραπεία, τα παράπονα που παρουσιάζονται συχνά μπορεί να είναι σωματικά, όπως κόπωση, πονοκέφαλος, κοιλιακή δυσφορία ή προβλήματα ύπνου (Briley, & Lépine, 2011).

### 3.1.1 Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή

#### 3.1.1.1 Ορισμός

Σύμφωνα με την Αμερικάνικη Ψυχιατρική Εταιρεία, η μείζων καταθλιπτική διαταραχή είναι μία νόσος η οποία ανήκει στην κατηγορία των “Διαταραχών της διάθεσης” ή “Συναισθηματικές Διαταραχές”. Χαρακτηρίζεται από ένα ή περισσότερα μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια. Η βαρύτητα των καταθλιπτικών επεισοδίων κυμαίνεται από ήπια έως σοβαρά και άλλοτε προκαλούν άλλη λειτουργική έκπτωση. Για να οριστεί το μείζων καταθλιπτικό επεισόδιο πρέπει να εμφανίζονται τουλάχιστον πέντε από τα ακόλουθα συμπτώματα κατά τη διάρκεια μιας περιόδου δύο εβδομάδων και να αποτελούν μία αλλαγή από την προηγούμενη λειτουργικότητα. Ανάμεσα σε αυτά τα πέντε συμπτώματα, ένα απαιτείται να είναι είτε καταθλιπτική διάθεση, είτε απώλεια του ενδιαφέροντος ή της ευχαρίστησης.

Τα συμπτώματα είναι 1) Καταθλιπτική διάθεση κατά τη μεγαλύτερη διάρκεια της ημέρας. Για τα παιδιά και τους εφήβους μπορεί να παρουσιάζεται και ως ευερέθιστη διάθεση. 2) Μειωμένο ενδιαφέρον ή απώλεια ευχαρίστησης (ανηδονία) σε όλες σχεδόν τις δραστηριότητες στη μεγαλύτερη διάρκεια της ημέρας, σχεδόν καθημερινά, η οποία παρατηρείται από την περιγραφή του ασθενή ή από τρίτους. 3) Σημαντική αλλαγή βάρους ή διαταραχή της όρεξης χωρίς συνειδητή προσπάθεια δίαιτας. Για τα παιδιά, μπορεί να είναι αδυναμία επίτευξης του αναμενόμενου βάρους. 4) Διαταραχές ύπνου (αϋπνία ή υπερυπνία). 5) Ψυχοκινητική διέγερση ή επιβράδυνση. Η ψυχοκινητική διέγερση αποτελεί την αύξηση της σωματικής δραστηριότητας σχετιζόμενη με ψυχικές διεργασίες. Όσον αφορά τη ψυχοκινητική επιβράδυνση, η παρουσία της χρειάζεται να γίνεται αντιληπτή από τρίτους (δεν αρκεί το υποκειμενικό αίσθημα νευρικότητας ή νωθρότητας), σχεδόν καθημερινά. 6) Κόπωση ή απώλεια ενεργητικότητας, σχεδόν κάθε ημέρα. 7) Αίσθημα αναξιοσύνης,



απρόσφορης ή υπερβολικής ενοχής, σχεδόν καθημερινά. 8) Μειωμένη ικανότητα σκέψης ή συγκέντρωσης (αναποφασιστικότητα), σχεδόν κάθε ημέρα. 9) Υποτροπιάζουσες σκέψεις θανάτου, υποτροπιάζων αυτοκτονικός ιδεασμός χωρίς συγκεκριμένο σχέδιο ή απόπειρα αυτοκτονίας ή ειδικό σχέδιο για αυτοκτονία. Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι για να διαγνωστεί το μείζων καταθλιπτικό επεισόδιο απαιτείται τα παραπάνω συμπτώματα να προκαλούν σημαντική ενόχληση ή έκπτωση της κοινωνικής, επαγγελματικής ή άλλης σημαντικής λειτουργικότητας. Τα συμπτώματα που σχετίζονται με συστηματική νόσο, χρήση ουσιών ή πένθος εξαιρούνται (American Psychiatric Association, 2013).

### **3.1.1.2 Σημεία και Συμπτώματα**

Εκτός από τα συμπτώματα του καταθλιπτικού επεισοδίου, η μείζων καταθλιπτική διαταραχή μπορεί να έχει και άλλα σημεία και συμπτώματα. Στην πλειονότητα οι ασθενείς με μείζων καταθλιπτική διαταραχή έχουν μία φυσιολογική εμφάνιση. Εντούτοις, ανάλογα με τη σοβαρότητα της συγκεκριμένης νόσου, και ως επακόλουθο τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων της, μπορεί να παρατηρηθεί ελάττωση της προσπάθειας καλλωπισμού, της υγιεινής (όπως για παράδειγμα της διαδικασίας του μπάνιου) αλλά και μεταβολή του βάρους. Οι ασθενείς με μείζων καταθλιπτική διαταραχή μπορεί επίσης να εμφανίσουν απώλεια αντιδραστικότητας και συναισθηματικής έκφρασης, ανησυχία και διέγερση (Eby & Brown, 2010).

### **3.1.1.3 Αιτιολογία**

Η μείζων καταθλιπτική διαταραχή δεν οφείλεται σε μία μεμονωμένη αιτία. Αποτελεί μία πολυπαραγοντική νόσο, όπως οι περισσότερες ψυχιατρικές διαταραχές. Η συγκεκριμένη διαταραχή οφείλεται σε ψυχοκοινωνικούς αλλά και σε γενετικούς παράγοντες, όπου ο καθένας τους συμβάλλει στη νόσο έως έναν βαθμό, αλλά από μόνος του δεν μπορεί να την εξηγήσει. Σύμφωνα με μελέτες, η κατάθλιψη που αναπτύσσεται σε μικρή ηλικία σχετίζεται περισσότερο με ψυχοκοινωνικούς παράγοντες, ενώ η κατάθλιψη που αναπτύσσεται κατά την ενήλικη ζωή σχετίζεται και με ψυχοκοινωνικούς αλλά και με γενετικούς παράγοντες (Rice, 2010).

Παρ' όλο που η μείζων καταθλιπτική διαταραχή μπορεί να εμφανιστεί σε άτομα χωρίς οικογενειακό ιστορικό της νόσου, ως γενικός πληθυσμός οι συγγενείς πρώτου βαθμού των ατόμων που πάσχουν από μείζων κατάθλιψη, είναι περίπου τρεις φορές πιο πιθανό να αναπτύξουν κατάθλιψη. Έτσι, συνάγεται το συμπέρασμα ότι οι γενετικοί παράγοντες παίζουν σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη μείζονος κατάθλιψης. Το επίκεντρο της έρευνας όσον αφορά τα γονίδια που μπορεί να επηρεάσουν την πιθανότητα εμφάνισης μείζων κατάθλιψης βρίσκεται στο σύστημα σεροτονίνης. Ο κίνδυνος εμφάνισης κατάθλιψης φαίνεται να αυξάνεται εξαιτίας πολυμορφισμού των γονιδίων του μεταφορέα σεροτονίνης. Άλλωστε, τα φάρμακα με αντικαταθλιπτική δράση, δρουν επηρεάζοντας τη σεροτονίνη (Lohoff, 2010). Γονίδια τα οποία ελέγχουν την παραγωγή ή τη χρήση της σεροτονίνης σχετίζονται, επίσης, με την εμφάνιση κατάθλιψης. Το ένζυμο που περιορίζει την ταχύτητα στη σύνθεση της σεροτονίνης είναι η υδροξυλάση της τρυπτοφάνης, η οποία κωδικοποιείται από το γονίδιο TPH2. Πολυμορφισμός στο TPH2 φαίνεται να σχετίζεται με απώλεια στην παραγωγή της σεροτονίνης (Zhang et al., 2005). Επιπλέον, σχετίζονται με τη μείζων κατάθλιψη οι περιοχές HTR3A και HTR3B, οι οποίες κωδικοποιούν υποδοχείς σεροτονίνης και βρίσκονται στο χρωμόσωμα 11q23.2. Ομοζυγωτικότητα για το αλληλόμορφο T στο γονίδιο FKBP5 συσχετίστηκε, επίσης, με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής, σύμφωνα με μελέτη που αφορούσε μελέτη τα γονίδια στον άξονα υποθαλάμου-υπόφυσης επινεφριδίων (Binder et al.,

2004). Γενικά, το οικογενειακό ιστορικό δεν χρειάζεται να αφορά μόνο ιστορικό καταθλιπτικής διαταραχής. Θεωρείται, ότι άτομα με οικογενειακό ιστορικό συναισθηματικών διαταραχών, διαταραχή πανικού ή εξάρτηση από το αλκοόλ φέρουν μεγαλύτερο κίνδυνο για μείζων καταθλιπτική διαταραχή.

Οι ψυχοκοινωνικοί στρεσογόνοι παράγοντες παίζουν επίσης σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση μείζων καταθλιπτικής διαταραχής και αποτελούν παράγοντα κινδύνου. Το πρώτο επεισόδιο διαταραχής της διάθεσης μπορεί να εκδηλωθεί εξαιτίας ενός στρεσογόνου γεγονότος. Το στρεσογόνο γεγονός μπορεί να μεταβάλλει τη λειτουργία των νευροδιαβιβαστών προκαλώντας έτσι το πρώτο επεισόδιο. Αυτό συμβαίνει σύμφωνα με το μοντέλο πυροδότησης (Kindling model). Η απώλεια ενός γονέα πριν από την ηλικία των 10 ετών αυξάνει τον κίνδυνο μεταγενέστερης κατάθλιψης, όπως και οι αρνητικές συνειδητοποιήσεις από μικρή ηλικία. Επιπλέον, ο χρόνιος πόνος, η ιατρική ασθένεια και το ψυχοκοινωνικό στρες μπορούν επίσης να διαδραματίσουν κάποιο ρόλο στη μείζων κατάθλιψη. Πιο συγκεκριμένα, ηλικιωμένα άτομα μπορεί να βιώσουν τις ιατρικές ασθένειες ως ψυχολογικά δυσάρεστες, αφού αυτές οι ασθένειες μπορεί να οδηγήσουν σε αυξημένη αναπηρία, μειωμένη ανεξαρτησία και διαταραχή των κοινωνικών δικτύων. Τα χρόνια αποσπασματικά συμπτώματα όπως ο πόνος που σχετίζεται με χρόνια ασθένεια μπορεί να διαταράξουν τον ύπνο και άλλους βιορυθμούς και να οδηγήσουν στην κατάθλιψη. (Blazer, 2003)

Είναι, επίσης, σημαντικό να αναφερθεί ότι η παρουσία αρνητικών γεγονότων ζωής σε συνδυασμό με την αντίληψη ή την αντίδραση σε αυτά μπορεί να επηρεάσει την ανάπτυξη και τη διατήρηση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Τα άτομα, δηλαδή, που έχουν την τάση να κάνουν αρνητικές σκέψεις για τα αίτια αυτών των γεγονότων, για τους εαυτούς τους και για μελλοντικές συνέπειες (σύμφωνα με τη θεωρία της απελπισίας της κατάθλιψης) είναι πιο πιθανό να αναπτύξουν κατάθλιψη. Η μείζων κατάθλιψη μπορεί επίσης να οφείλεται σε ανεπαρκείς κοινωνικές δεξιότητες, συμπεριφορές αποφυγής, ελλιπούς κοινωνικής υποστήριξης, μοναξιάς και πένθους. Οι καταχρηστικές ουσίες μπορούν, επίσης, να αυξήσουν τον κίνδυνο σοβαρής καταθλιπτικής διαταραχής, όπως η κοκαΐνη, η αμφεταμίνη και τα ναρκωτικά. Τέλος, η έκθεση σε ορισμένους φαρμακολογικούς παράγοντες μπορεί να αυξάνει τον κίνδυνο κατάθλιψης, όπως η ρεσερπίνη, οι β-αναστολείς και τα στεροειδή όπως η κορτιζόλη (Hammen, 2005).

#### **3.1.1.4 Πρόγνωση της νόσου**

Η μείζων καταθλιπτική διαταραχή σχετίζεται με αυξημένη πιθανότητα νοσηρότητας αλλά και θνησιμότητας. Η αυτοκτονία, η συχνότητα εμφάνισης διαφόρων ασθενειών καθώς και οι αρνητικές συνέπειες αυτών, η διαταραχή των διαπροσωπικών σχέσεων, η κατάχρηση ουσιών και η απουσία από τον εργασιακό χώρο αποτελούν τα συχνότερα αποτελέσματα της μείζων κατάθλιψης. Εξαιτίας των συγκεκριμένων αποτελεσμάτων, αυξάνεται η νοσηρότητα και η θνησιμότητα των πασχόντων. Παρ' όλα αυτά, η ελάτπωση των συμπτωμάτων αλλά και η επίτευξη της λειτουργικότητας στην καθημερινότητα του ασθενή μπορεί να επέλθει μέσω της κατάλληλης θεραπείας. Το 70-80% των πασχόντων εμφανίζει σημαντική μείωση των συμπτωμάτων μέσω θεραπείας, όμως σχεδόν το 50% μπορεί να μην ανταποκριθεί στην αρχική θεραπεία. Η αντίσταση στη θεραπεία σχετίζεται με ιστορικό μείζων καταθλιπτικών επεισοδίων αλλά και με μερική ύφεση της διαταραχής στο παρελθόν. Αρνητική έκβαση όσον αφορά την πορεία της νόσου μπορεί να οφείλεται σε ψυχωτικά συμπτώματα ή/ και σε ευερεθιστότητα πριν την εφαρμογή της θεραπείας (Katon, Unützer, & Russo, 2010).

Σύμφωνα με τους Tohen et al. (2012), το 84-86% των ασθενών που βίωσαν ένα αρχικό μείζων καταθλιπτικό επεισόδιο παρουσίασαν ύφεση και αποκατάσταση μέσα σε χρονικό

διάστημα δύο ετών, όμως μόνο το 35% θεραπεύτηκε αποτελεσματικά. Κατά τη διάρκεια των δύο αυτών ετών το 45% των ασθενών εμφάνισε και δεύτερο καταθλιπτικό επεισόδιο, ενώ το 41% διαγνώστηκε τελικά με διπολική διαταραχή ή σχιζοφρένια. Η κατάθλιψη πολύ συχνά μπορεί να οδηγήσει σε αυτοκτονικές τάσεις αλλά και στην αυτοκτονία. Πάνω από το 50% των ατόμων με κατάθλιψη θα αποπειραθούν σε αυτοκτονία. Τα τελευταία χρόνια η αυτοκτονία κατατάσσεται στις κύριες αιτίες θανάτου, παρ' όλα αυτά τα άτομα που φαίνεται να βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο είναι οι άντρες 75 ετών και άνω. Ο συνηθέστερος τρόπος αυτοκτονίας στους άντρες είναι ο πυροβολισμός, ενώ στις γυναίκες είναι η δηλητηρίαση (Briley, & Lépine, 2011).

Η εμφάνιση κατάθλιψης κατά την τρίτη ηλικία αποτελεί αρνητικό προγνωστικό δείκτη για την πορεία της νόσου. Γεγονός που συμβαίνει εξαιτίας της εξάρτησης της συγκεκριμένης με ήδη υπάρχουσα οργανική νόσο ή αναπηρία. Επιπλέον, η χρονική διάρκεια του καταθλιπτικού επεισοδίου σε άτομα ηλικίας 20-55 ετών είναι αρκετά μικρότερη από τη χρονική διάρκεια σε ηλικιωμένους ασθενείς, ενώ αυξάνεται σημαντικά και ο κίνδυνος της αυτοκτονικής διάθεσης. Τα άτομα τρίτης ηλικίας, παράλληλα με την κατάθλιψη, είναι πολύ πιθανό να πάσχουν και από άλλες σοβαρές ασθένειες. Γεγονός που αποτελεί παράγοντα κινδύνου για αυξημένη πιθανότητα θνησιμότητας (Blazer, 2003). Σύμφωνα με τους Alexopoulos και Chester (1992), σχεδόν το 60% των πασχόντων με καταθλιπτική διαταραχή η οποία εμφανίστηκε σε μεγάλη ηλικία θα έχει τουλάχιστον μία υποτροπή, ενώ το 40% αυτών των ασθενών θα έχει χρόνια ή συνεχώς υποτροπιάζουσα κατάθλιψη. Παράλληλα, η κατάθλιψη κατά την τρίτη ηλικία μπορεί να οδηγήσει σε ήπια γνωστική εξασθένηση και τελικά σε άνοια.

### **3.1.1.5 Επιδημιολογία**

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (World Health Organization- WHO) κάθε χρόνο το 25% του πληθυσμού της Ευρώπης πάσχει από καταθλιπτική διαταραχή. Η μείζων καταθλιπτική διαταραχή επηρεάζει περίπου 17,3 εκατομμύρια Αμερικανούς ενήλικες ή περίπου 7,1% του πληθυσμού των Η.Π.Α ηλικίας 18 ετών και άνω, σε ένα δεδομένο έτος. (Εθνικό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας "Μείζων Κατάθλιψη", 2017). Επίσης, εμφανίζεται συχνότερα στο γυναικείο φύλο (Journal of the American Medical Association, 2003). 1,9 εκατομμύρια παιδιά, 3 έως 17 ετών, έχουν διαγνωστεί με κατάθλιψη. (Κέντρα Ελέγχου Νόσων "Δεδομένα και Στατιστικές για τη Ψυχική Υγεία των Παιδιών"- Centers for Disease Control "Data and Statistics on Children's Mental Health", 2018).

### **3.1.1.6 Παθοφυσιολογία**

Οι περισσότεροι από τους σεροτονεργικούς, νοραδρενεργικούς και ντοπαμινεργικούς νευρώνες εντοπίζονται στους πυρήνες του μεσεγκεφάλου και του εγκεφαλικού στελέχους και εκτείνονται σε μεγάλες περιοχές ολόκληρου του εγκεφάλου. Η συγκεκριμένη ανατομία υποδηλώνει ότι τα μονοαμινεργικά συστήματα εμπλέκονται στη ρύθμιση ενός ευρέος φάσματος λειτουργιών του εγκεφάλου, όπως η διάθεση, η προσοχή, ο ύπνος, η όρεξη και η γνώση (Fava & Kendler, 2000). Σχεδόν κάθε ένωση που αναστέλλει την επαναπρόσληψη μονοαμίνης, οδηγώντας σε αυξημένη συγκέντρωση μονοαμινών στη συναπτική σχισμή, έχει αποδειχθεί ότι είναι ένα κλινικά αποτελεσματικό αντικαταθλιπτικό. Η αναστολή του ενζύμου μονοαμινοξειδάση, η οποία προκαλεί αυξημένη διαθεσιμότητα μονοαμινών σε προσυναπτικούς νευρώνες, έχει επίσης αντικαταθλιπτικά αποτελέσματα. Αυτές οι

παρατηρήσεις οδήγησαν στη φαρμακολογικά πιο σχετική θεωρία της κατάθλιψης, που αναφέρεται ως υπόθεση της ανεπάρκειας μονοαμίνης.

Η σεροτονίνη είναι ο πιο εκτεταμένα μελετημένος νευροδιαβιβαστής στην κατάθλιψη. Σύμφωνα με μελέτες, η ανάπτυξη καταθλιπτικών συμπτωμάτων, σε άτομα με αυξημένο κίνδυνο κατάθλιψης, μπορεί να επέλθει μετά από μείωση της τρυπτοφάνης, η οποία μειώνει την κεντρική σύνθεση σεροτονίνης (Neumeister et al., 2004). Υπάρχουν, επίσης, ενδείξεις για ανωμαλίες των υποδοχέων σεροτονίνης κατά την κατάθλιψη, με τα στοιχεία να δείχνουν τον υποδοχέα σεροτονίνης-1A, ο οποίος ρυθμίζει τη λειτουργία της σεροτονίνης. Ωστόσο, δεν υπάρχει καμία εξήγηση για το μηχανισμό της απώλειας σεροτονίνης σε ασθενείς με κατάθλιψη. Η αυξημένη διαθεσιμότητα της εγκεφαλικής μονοαμινοξειδάσης, η οποία μεταβολίζει τη σεροτονίνη, μπορεί να προκαλέσει ανεπάρκεια σεροτονίνης (Meyer et al., 2006). Επιπλέον, οι μεταλλάξεις απώλειας λειτουργίας στο γονίδιο που κωδικοποιεί το ένζυμο τρυπτοφάνης υδροξυλάσης-2, μπορεί να εξηγήσουν απώλεια της παραγωγής σεροτονίνης (Zhang et al., 2005).

Αυξάνεται το ενδιαφέρον και για το ρόλο της ντοπαμίνης. Οι αναστολείς της επαναπρόσληψης ντοπαμίνης (π.χ. νομφενσίνη) και οι αγωνιστές του υποδοχέα της ντοπαμίνης (π.χ. pramipexole) έχουν αντικαταθλιπτική δράση ενώ, στο πλάσμα του εγκεφαλονωτιαίου υγρού και της σφαγίτιδας φλεβών, τα επίπεδα των μεταβολητών της ντοπαμίνης μειώθηκαν σταθερά στην κατάθλιψη, υποδηλώνοντας μείωση του κύκλου εργασιών της ντοπαμίνης. Η υπόθεση της ανεπάρκειας μονοαμινών αποδείχθηκε ότι είναι η πλέον κλινικά σχετική νευροβιολογική θεωρία της κατάθλιψης. Νέα ευρήματα σχετικά με τον ρόλο της ντοπαμίνης στην κατάθλιψη υπογραμμίζουν το επιστημονικό δυναμικό της συγκεκριμένης θεωρίας (Liu, Zhao & Guo, 2018).

Τα νευροαπεικονιστικά ευρήματα τα οποία σχετίζονται με την κατάθλιψη εμφανίζουν μεγάλη ετερογένεια. Ωστόσο υπάρχουν συγκλίνοντα στοιχεία για την παρουσία ανωμαλιών στον υπογενή προμετωπιαίο φλοιό σε μερικούς ασθενείς με μείζων καταθλιπτική διαταραχή. (MacQueen., 2009). Οι άνθρωποι με βλάβες που περιλαμβάνουν τον υπογενή προμετωπιαίο φλοιό έδειξαν μη φυσιολογικές αυτόνομες αποκρίσεις στα κοινωνικά ερεθίσματα (Damasio et al., 1990) και οι αρουραίοι με αριστερές βλάβες στη συγκεκριμένη περιοχή είχαν αυξημένη συμπαθητική διέγερση (Sullivan & Gratton, 1999). Τέλος, η δυνητικά αυξημένη δραστηριότητα στον υπογενή φλεγμονώδη φλοιό έδωσε κλινικά οφέλη σε ασθενείς με κατάθλιψη ανθεκτική στη θεραπεία. (Mayberg & Lozano, 2005).

Η γλυκοκορτικοειδής νευροτοξικότητα, η γλουταμινεργική τοξικότητα, οι μειωμένοι νευροτροφικοί παράγοντες και η μειωμένη νευρογένεση έχουν προταθεί ως πιθανοί μηχανισμοί που εξηγούν την απώλεια όγκου εγκεφάλου κατά την κατάθλιψη. Δεν υπάρχουν αξιόπιστες ενδείξεις σχετικά με κανένα από αυτούς τους μηχανισμούς, δεδομένου ότι δεν υπάρχουν εργαλεία απεικόνισης για την άμεση εξέταση νευροτοξικών και νευροτροφικών διεργασιών in vivo. Ο νευροτροφικός παράγοντας που προέρχεται από εγκεφάλους (BDNF) έχει προσελκύσει μεγάλο ενδιαφέρον (Fava & Kendler, 2000). Συγκεκριμένα, οι προκλινικές μελέτες έχουν δείξει συσχετισμούς μεταξύ καταθλιπτικών συμπεριφορών που προκαλούνται από στρες και μειώσεων των επιπέδων του ιπποκαμπικού BDNF, καθώς και αυξημένης έκφρασης του BDNF μετά από αντικαταθλιπτική αγωγή (Martinowich & Manji, 2007).

Αρκετές μελέτες έδειξαν σταθερά μειώσεις των συγκεντρώσεων ολικού γ-αμινοβουτυρικού οξέος (GABA) στον προμετωπικό και ινιακό φλοιό στην οξεία κατάθλιψη (Hasler, van der Veen & Grillon, 2010). Επιπλέον, διάφορες σειρές στοιχείων υποδηλώνουν δυσλειτουργία του συστήματος νευροδιαβιβαστών γλουταμινικού οξέος στη μείζων κατάθλιψη: μία απλή δόση της κεταμίνης, ανταγωνιστή του υποδοχέα γλουταμινικού οξέος N-μεθυλο- $\alpha$ -ασπαρτικού (NMDA), παρήγαγε ταχεία και μεγάλα αντικαταθλιπτικά αποτελέσματα σε

ασθενείς με μείζων καταθλιπτική διαταραχή ανθεκτική στη θεραπεία (Zarate, Singh & Carlson, 2006). Συμπληρωματικά, γυναίκες με προηγούμενο ιστορικό κατάθλιψης διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης κατάθλιψης κατά την εμμηνόπαυση, αν και η αντικατάσταση οιστρογόνων δεν ανακουφίζει από την κατάθλιψη, τα χαμηλά επίπεδα τεστοστερόνης έχουν συσχετιστεί με την κατάθλιψη στους ηλικιωμένους άνδρες.

### 3.1.1.7 Διαφορική Διάγνωση

Η διαφορική διάγνωση για την κατάθλιψη περιλαμβάνει μια μεγάλη ποικιλία ιατρικών διαταραχών, όπως τα εξής: Ασθένειες του κεντρικού νευρικού συστήματος, όπως ασθένεια Parkinson, άνοια, σκλήρυνση κατά πλάκας, νεοπλασματικές αλλοιώσεις. Αυτό συμβαίνει εξαιτίας δομικών διαδικασιών του κεντρικού νευρικού συστήματος που ενδέχεται να προκαλέσουν αλλαγές στη διάθεση και στη συμπεριφορά. Σημαντικό είναι να αναφερθεί, ότι η μείζων κατάθλιψη μπορεί να επιφέρει γνωστικά ελλείμματα ή επιδείνωση της άνοιας. Η συγκεκριμένη διαταραχή ονομάζεται ψευδοάνοια ή κατάθλιψη της άνοιας και φαίνεται να προκαλείται από την έλλειψη της συγκέντρωσης ή κινήτρου, ενώ θεραπεύεται μόνο εφόσον θεραπευτεί αποτελεσματικά το καταθλιπτικό επεισόδιο. Επιπλέον, η διαφορική διάγνωση της κατάθλιψης περιλαμβάνει ενδοκρινικές διαταραχές, όπως υπερθυρεοειδισμός και υποθυρεοειδισμό, εξαιτίας της σχέσης τους με τον άξονα υποθάλαμου-υπόφυσης-επινεφριδίων ή τον θυρεοειδή, είναι ιδιαίτερα πιθανό να προκαλέσουν αλλαγές στη διάθεση. (Siegmann et al., 2018).

Συνθήκες που σχετίζονται με τα ναρκωτικά και φαρμακολογικούς παράγοντες, όπως κατάχρηση κοκαΐνης, αντιυπερτασικά φάρμακα, βοηθήματα παύσης του καπνίσματος (π.χ. βαρενικλίνη), στεροειδή, ορμόνες φύλου και φάρμακα που επηρεάζουν τις ορμόνες φύλου (π.χ. οιστρογόνα, προγεστερόνη, τεστοστερόνη, ανταγωνιστές ορμόνης απελευθέρωσης γοναδοτροπίνης [GnRH]), H2 αναστολείς (π.χ., ρανιτιδίνη, σιμετιδίνη), κατασταλτικά, μυοχαλαρωτικά, κατασταλτικά της όρεξης και παράγοντες χημειοθεραπείας (π.χ. βινκριστίνη, προκαρβαζίνη, L-ασπαραγινάση, ιντερφερόνη, βινβλαστίνη) περιλαμβάνονται, επίσης, στη διαφορική διάγνωση, αφού προκαλούν αλλαγές στη διάθεση. Τα λοιμώδη νοσήματα (π.χ. μονοπυρήνωση, ο συστηματικός ερυθματώδης λύκος και η σύφιλη), μπορούν να παράγουν ένα ευρύ φάσμα νευροψυχιατρικών συμπτωμάτων. Ο πιθανός μηχανισμός σε αυτές τις περιπτώσεις είναι αλλοιώσεις του αιματοεγκεφαλικού φραγμού και αυτοάνοση εγκεφαλίτιδα και γι' αυτό αποτελούν διαγνωστικές σκέψεις. Τέλος, οι διαταραχές που σχετίζονται με τον ύπνο, όπως η αποφρακτική άπνοια κατά τη διάρκεια του ύπνου, μπορεί να παρουσιάζεται ως καταθλιπτική διαταραχή και συχνά αποτυγχάνει να διαγνωστεί. Οι ψυχιατρικές ασθένειες είναι αναγκαίο να περιλαμβάνονται επίσης στη διαφορική διάγνωση της καταθλιπτικής διαταραχής. Για παράδειγμα δυσθυμία, διπολική διαταραχή, ψυχαναγκαστική διαταραχή, διαταραχή πανικού, φοβικές διαταραχές, διαταραχή μετατραυματικού στρες, διαταραχές προσωπικότητας και διαταραχές πρόσληψης φαγητού εμφανίζουν συχνά καταθλιπτικά συμπτώματα κατά περιόδους, ωστόσο είναι αναγκαίο να διαγνωστούν σωστά και λαμβάνονται υπόψιν έτσι ώστε να δοθεί το κατάλληλο θεραπευτικό πλάνο (Hirschfeld, 2014).

### **3.1.2 Άλλα είδη κατάθλιψης**

#### **3.1.2.1 Επιλόχεια κατάθλιψη**

Η κατάθλιψη μετά τον τοκετό είναι εξαρτάται από τη βαρύτητα της διαταραχής. Το πιο συχνό και φυσιολογικό φαινόμενο είναι η επιλόχεια θλίψη, η οποία εκφράζεται με συμπτώματα όπως άγχος, έλλειψη ενεργητικότητας, κλάμα και μειωμένη συγκέντρωση αμέσως μετά τον τοκετό. Τα συγκεκριμένα συμπτώματα συνήθως έχουν διάρκεια 2 εβδομάδες, με κορύφωση την 3<sup>η</sup>-4<sup>η</sup> ημέρα της λοχείας και δεν απαιτείται φαρμακευτική αγωγή. Ωστόσο, σε πιο βαριές συνθήκες μπορεί να υπάρξει και επιλόχεια ψύχωση. Συνήθως εκδηλώνεται εντός 3 εβδομάδων μετά τον τοκετό. Τα συμπτώματα της είναι η καταθλιπτική διάθεση, η αδυναμία συγκέντρωσης, η έλλειψη ενδιαφέροντος, η απώρριψη του βρέφους, τα αισθήματα ενοχής και ο αδικαιολόγητος φόβος. Είναι απαραίτητη σε τέτοιες περιπτώσεις η αξιολόγηση του κινδύνου αυτοκτονίας ή βρεφοκτονίας και η φαρμακευτική αγωγή είναι αναγκαία. (Brummelte & Galea, 2016).

#### **3.1.2.2 Εποχική Συναισθηματική Διαταραχή**

Η εποχική συναισθηματική διαταραχή αποτελεί μία μορφή κατάθλιψης, και οφείλεται στην μειωμένη έκθεση στο φως της ημέρας. Θεωρείται ότι σχετίζεται με διαταραχή του μεταβολισμού της μελατονίνης. Εμφανίζεται τον χειμώνα και αποδράμει την άνοιξη και το καλοκαίρι. Τα συμπτώματα περιλαμβάνουν κόπωση, ευερεθιστότητα, ληθαργικότητα και υπνηλία. Μπορεί να αντιμετωπιστεί με φωτοθεραπεία και αντικαταθλιπτική αγωγή σε συνδυασμό με γνωστική-συμπεριφορική ψυχοθεραπεία. (Danilenko & Levitan, 2012).

### **3.2 Κατάθλιψη σε ασθενείς που νοσηλεύονται σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας**

Η κατάθλιψη και τα καταθλιπτικά συμπτώματα είναι συχνά σε άτομα με κρίσιμη ασθένεια, τα οποία νοσηλεύονται σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. Η κατάθλιψη ,γενικά, περιλαμβάνει γνωστικά, συναισθηματικά και σωματικά συμπτώματα. Τα συγκεκριμένα συμπτώματα ,αλλά και γενικότερα τα καταθλιπτικά συμπτώματα, συμβάλλουν αρνητικά στην θεραπεία και τηη αποκατάσταση του ασθενή. Έτσι είναι επιτακτική ανάγκη να μπορεί να προληφθεί και να διαγνωστεί η κατάθλιψη στους ασθενείς (Jackson et al., 2014).

#### **3.2.1 Συμπτώματα κατάθλιψης σε ασθενείς που νοσηλεύονται σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας**

Τα συμπτώματα τα οποία παρουσιάζονται σε ασθενείς που έχουν επιβιώσει έπειτα από νοσηλεία στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας είναι τα κλασικά συμπτώματα της μείζων κατάθλιψης σύμφωνα με την Αμερικάνικη Ψυχιατρική Εταιρεία, όπως αναφέρθηκαν στο κεφάλαιο 3.1.1.1 Ορισμός Μείζων Κατάθλιψης. Σύμφωνα με τους Jackson et al. (2014), οι ασθενείς που χρειάστηκε να νοσηλευτούν στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας λόγω μιας κρίσιμης ασθένειας ή ενός κρίσιμου χειρουργείου ανέπτυξαν, κυρίως, τα σωματικά συμπτώματα της κατάθλιψης. Για παράδειγμα, εμφάνισαν αίσθημα κόπωσης, προβλήματα ύπνου και προβλήματα σχετιζόμενα με τη φυσική δραστηριότητα. Ωστόσο, παρόντα βρέθηκαν

και τα γνωστικά-συναισθηματικά συμπτώματα της κατάθλιψης, όπως το αίσθημα απελπισίας και η καταθλιπτική διάθεση. Επιπρόσθετα, τα γνωστικά-συναισθηματικά συμπτώματα φαίνεται να συσχετίζονται περισσότερο με χρόνιες ασθένειες, όπως η στεφανιαία νόσος.

### **3.2.2. Επιδημιολογία κατάθλιψης σε ασθενείς που νοσηλεύονται σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας**

Οι τρόποι αξιολόγησης της κατάθλιψης περιλαμβάνουν το ερωτηματολόγιο BDI II (Beck Depression Inventory II) και το ερωτηματολόγιο HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale). Σύμφωνα με τους Hatch et al. (2018), σε μία μελέτη που πραγματοποιήθηκε στο Ηνωμένο Βασίλειο και στην οποία πήραν μέρος 4943 επιβιώσαντες μετά από νοσηλεία στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, το 40% των ασθενών έπασχε από κατάθλιψη. Σε 3 μήνες, 149 (37%) από τους 406 ασθενείς μίας διαφορετικής έρευνας ανέφεραν τουλάχιστον ήπια κατάθλιψη, όπως και οι 116 (33%) από τους 347 ασθενείς σε 12 μήνες, σύμφωνα με τους Jackson et al. (2014). Οι Choi et al. (2016), επισήμαναν ότι το ποσοστό εμφάνισης καταθλιπτικών συμπτωμάτων κυμαίνεται από 17-43%. Παράλληλα, μία έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Ελλάδα έδειξε ότι το 31% των συμμετεχόντων παρουσίασε κατάθλιψη μετά τη νοσηλεία του στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (Paparrigorou et al., 2014). Επιπλέον, σε μία ακόμη έρευνα που έλαβε χώρα στην Ελλάδα, παρατηρήθηκε ότι το 32,3 % των ασθενών της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας εμφάνισε κατάθλιψη (Ασημακόπουλος και Μαδιανού, 2014).

### **3.2.3. Παράγοντες κινδύνου κατάθλιψης σε ασθενείς που νοσηλεύονται σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας**

Τα ποσοστά των ασθενών που νόσησαν με κατάθλιψη μετά από εισαγωγή στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας είναι αρκετά μεγάλα και εξαιτίας αυτού, είναι αναγκαία η μελέτη των παραγόντων κινδύνου, οι οποίοι επηρεάζουν τη συγκεκριμένη κατάσταση, έτσι ώστε να τροποποιηθούν και να μπορέσουν οι επαγγελματίες υγείας να παρέχουν μία ολιστική φροντίδα στους ασθενείς. Ένας από τους παράγοντες κινδύνου αφορά τη χρονική περίοδο κατά την οποία ο ασθενής παρουσίασε καταθλιπτική συμπτωματολογία. Πιο συγκεκριμένα, μελέτες έχουν αναδείξει ότι η εμφάνιση συμπτωμάτων σχετικά νωρίς κατά τη νοσηλεία του ασθενή, μπορεί να επεκτείνει της σοβαρότητα της κατάθλιψης. Επιπλέον, η παρουσία της κατάθλιψης μπορεί να οφείλεται σε χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του εκάστοτε ασθενή. Για παράδειγμα, αν η απαισιοδοξία χαρακτηρίζει την προσωπικότητά του, τότε ο κίνδυνος εμφάνισης κατάθλιψης μετά από κρίσιμη ασθένεια αυξάνεται (Davydow et al., 2009). Οι ασθενείς που χρειάστηκε να χειρουργηθούν κατά τη διαμονή τους στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας φαίνεται, επίσης, να είναι ευάλωτοι στην κατάθλιψη σύμφωνα με μελέτες. Σημαντικό ρόλο διαδραματίζει και η ηλικία του ασθενή, αφού οι μεγαλύτερες ηλικίες σχετίζονται με μεγαλύτερα ποσοστά καταθλιπτικών διαταραχών. Το APACHE II score (Acute Physiology, Age, Chronic Health Evaluation II), το οποίο είναι το σύστημα ταξινόμησης της σοβαρότητας της νόσου, χρησιμοποιήθηκε για να αποδειχθεί εάν η σοβαρότητα της νόσου σχετίζεται με την εμφάνιση κατάθλιψης και τα αποτελέσματα ήταν θετικά. Έτσι συνάγεται το συμπέρασμα, ότι όσο πιο σοβαρή είναι η κρίσιμη ασθένεια του ασθενή, τόσο πιο πιθανό είναι να παρουσιάσει καταθλιπτική διαταραχή. Επιπλέον, η χαμηλή κοινωνική και οικονομική κατάσταση συνδέεται με υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης μετά την εισαγωγή στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. Τα τελευταία χρόνια έχει παρατηρηθεί, επίσης, το γεγονός της αυξημένης επικράτησης μέτριας

έως σοβαρής νοητικής βλάβης μετά από σηπαιμία και κρίσιμη ασθένεια. (Battle, James & Temblett, 2014).

Η κατάθλιψη συσχετίζεται συχνά με σακχαρώδη διαβήτη (ΣΔ) και μπορεί να επιδεινώσει τη νοσηρότητα και τη θνησιμότητα που σχετίζονται με τον ΣΔ. Σύμφωνα με μία έρευνα των Azimova et al. (2015), οι οποίοι εξέτασαν τη γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη (HbA1c) και τα επίπεδα γλυκόζης αίματος νηστείας εντός 30 ημερών από την εισαγωγή των ασθενών, έδειξαν ότι τα επίπεδα HbA1c παρέμειναν σημαντικά συνδεδεμένα με την παρουσία κατάθλιψης. Ιστορικό ΣΔ, εμφράγματος του μυοκαρδίου και της διαδερμικής στεφανιαίας παρέμβασης καθώς και τα αρχικά επίπεδα νατριουρητικών πεπτιδίων στον εγκέφαλο συσχετίστηκαν επίσης σημαντικά με τα επίπεδα κατάθλιψης. Εντούτοις, η παρουσία παραληρήματος δεν φαίνεται να συσχετίζεται με την εμφάνιση κατάθλιψης, σύμφωνα με τους Jackson et al., (2014).

Επιπρόσθετοι παράγοντες κινδύνου για τα καταθλιπτικά συμπτώματα που σχετίζονται με τη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας μπορεί να περιλαμβάνουν ιστορικό μείζων κατάθλιψης, προηγούμενη έκθεση σε τραύμα, φυσική λειτουργία πριν από τη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, εξάρτηση από το αλκοόλ, γυναικείο φύλο, νεαρή ηλικία και συμπτώματα οξείας πίεσης κατά τη διάρκεια της νοσηλείας και γνωστική δυσλειτουργία. (Davydow et al., 2013).

Σύμφωνα με τους Dowdy et al. (2009), οι παράγοντες που συνηθέστερα συνδέονται με τα καταθλιπτικά συμπτώματα περιλάμβαναν την εισαγωγή σε χειρουργική (έναντι ιατρικής ή τραυματικής) Μονάδας Εντατικής Θεραπείας και την υψηλότερη μέση ημερήσια δόση βενζοδιαζεπίνης κατά τη νοσηλεία. Επιπλέον, οι διάρκεια της καταστολής και η διάρκεια της διαμονής στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας μπορεί να είναι παράγοντες που σχετίζονται με αυξημένα καταθλιπτικά συμπτώματα, ωστόσο είναι απαιτείται συνεχώς έρευνα σε ασθενείς που επιβιώνουν μετά από κάποια κρίσιμη ασθένεια.

### **3.2.4 Αρνητικά Αποτελέσματα**

Τα συμπτώματα της κατάθλιψης μπορούν να ενισχύσουν το προφίλ κινδύνου για την ανάπτυξη κρίσιμων ασθενειών, καθώς ενδέχεται να επηρεάσουν την έλλειψη προσαρμοστικότητας σε σχέση με την υγεία (Hamilton et al., 2019). Οι ασθενείς οι οποίοι πάσχουν από κατάθλιψη μετά την έξοδό τους από τη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας μπορεί να προβούν σε ενέργειες όπως το κάπνισμα, ο καθιστικός τρόπος ζωής, η κατανάλωση οινοπνεύματος, οι κακές διατροφικές επιλογές και η μη συμμόρφωση με συνιστάμενα προληπτικά ή θεραπευτικά σχήματα. Υπάρχουν ενδείξεις ότι τα άτομα με μείζονα κατάθλιψη πεθαίνουν 5 έως 10 χρόνια νωρίτερα από τους μη καταθλιπτικούς ομολόγους τους από όπως καρδιαγγειακές παθήσεις, διαβήτη και χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, πιθανώς λόγω πρώιμης εμφάνισης κακής προσαρμογής συμπεριφορών υγείας. Τέτοιες συνήθειες που σχετίζονται με τη συμπεριφορά, μπορεί να είναι δύσκολο να αλλάξουν, ιδιαίτερα εάν αυτές οι συμπεριφορές χρησιμεύουν για τη στιγμιαία βελτίωση της διάθεσης ή τη μείωση της έντασης ή της κόπωσης (Ramnarain et al., 2015).

Επιπροσθέτως, η χρόνια έκθεση σε ψυχικό στρες, όπως αυτή που σχετίζεται με καταθλιπτικά συμπτώματα, μπορεί να οδηγήσει σε δυσλειτουργία του άξονα υποθαλάμου-υπόφυσης-επινεφριδίων. Οι αλλαγές συμπεριφοράς που συνήθως συνοδεύουν τη δυσλειτουργία του άξονα υποθαλάμου-υπόφυσης-επινεφριδίων περιλαμβάνουν μειωμένη όρεξη, κόπωση, ευερεθιστότητα, καταθλιπτική διάθεση και κοινωνική απόσυρση, τα οποία είναι όλα σημάδια κατάθλιψης. Η επανειλημμένη έκθεση σε εσωτερικούς και εξωτερικούς στρεσογόνους παράγοντες, συνοδευόμενη από ανεπαρκή νευρο-ενδοκρινική απόκριση,



μπορεί να οδηγήσει σε αντισταθμιστική υπερέκκριση των φλεγμονωδών κυτοκινών που προκαλούνται από ανεπαρκή ή μη ρυθμισμένη έκκριση γλυκοκορτικοειδών από τον άξονα υποθαλάμου-υπόφυσης-επινεφριδίων. Η δυσλειτουργία του άξονα υποθαλάμου-υπόφυσης-επινεφριδίων αυξάνει την ευαισθησία σε λοίμωξη και μπορεί να οδηγήσει σε ανοσοκαταστολή (Miller et al., 2005).

Οι ασθενείς που ανέφεραν συμπτώματα συμβατά με τη διάγνωση της κατάθλιψης ήταν 47% πιθανότερο να πεθάνουν από οποιαδήποτε αιτία κατά τη διάρκεια των δύο πρώτων ετών μετά την έξοδό τους από τη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, σε σχέση με εκείνους που δεν ανέφεραν αυτά τα συμπτώματα και το 18% των ασθενών το οποίο εξετάστηκε πληρούσε τα κριτήρια για γενικευμένο άγχος σε συνδυασμό με διαταραχή μετατραυματικού στρες και κατάθλιψη (Hatch et al.,2018). Γίνεται έτσι αντιληπτό, ότι η παρουσία καταθλιπτικών συμπτωμάτων μπορεί να έχει αρνητικές συνέπειες σχετιζόμενες τόσο με οργανικές παθήσεις, αλλά και με ψυχικές διαταραχές. Έτσι, είναι αναγκαία η αποσαφήνιση και η κατανόηση των κινδύνων που ελλοχεύουν μετά από μία κρίσιμη νόσο και τη νοσηλεία σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας.

### **3.3 Θεραπεία της κατάθλιψης**

Η αντιμετώπιση της καταθλιπτικής διαταραχής μπορεί να επιτευχθεί με φαρμακευτική αγωγή, με ψυχοθεραπεία αλλά και με συνδυασμό των δύο. Σε όλους τους πληθυσμούς των ασθενών, ο συνδυασμός φαρμακευτικής αγωγής και ψυχοθεραπείας παρέχει γενικά την πιο γρήγορη και πιο συνεχή ανταπόκριση. Η συνδυαστική θεραπεία έχει, επίσης, συσχετιστεί με σημαντικά υψηλότερα ποσοστά βελτίωσης στα συμπτώματα κατάθλιψης, αυξημένη ποιότητα ζωής και καλύτερη συμμόρφωση με τη θεραπεία, ειδικά όταν απαιτείται θεραπεία για περισσότερο από 3 μήνες. Ωστόσο, μόνο η φαρμακευτική αγωγή και η σύντομη ψυχοθεραπεία (π.χ. θεραπεία γνωστική ή συμπεριφορική και διαπροσωπική θεραπεία) μόνη της μπορεί να ανακουφίσει τα καταθλιπτικά συμπτώματα (Ishak et al.,2011).

#### **3.3.1 Μη φαρμακευτική θεραπεία**

##### **3.3.1.1. Συμπεριφορική Ενεργοποίηση**

Η συμπεριφορική ενεργοποίηση προτείνεται ως αποτελεσματική θεραπεία για την κατάθλιψη λόγω του γεγονότος ότι τα άτομα με κατάθλιψη έχουν ελλιπή ανταπόκριση εξαρτώμενη με τη θετική ενίσχυση και εμπλέκονται σε προβληματικές συμπεριφορές αποφυγής. Παρόλο που υπάρχουν διάφορες διαφορετικές εκδόσεις της συμπεριφορικής ενεργοποίησης, όλες υπογραμμίζουν το ρόλο της παρακολούθησης της δραστηριότητας και του προγραμματισμού δραστηριοτήτων, προκειμένου να αυξηθεί η εμπλοκή σε δραστηριότητες που προτείνονται για τη βελτίωση της διάθεσης. Ενώ κάποιες παραλλαγές της συμπεριφορικής ενεργοποίησης υπογράμμισαν τον προγραμματισμό δραστηριότητας που επικεντρώθηκε στην αυξανόμενη εμπλοκή σε ευχάριστα γεγονότα, οι πιο πρόσφατες εκδόσεις έχουν υπογραμμίσει ότι ενσωματώνουν δραστηριότητες που σχετίζονται με τις αξίες του ατόμου. Οι ασθενείς, συνήθως, λαμβάνουν αναθέσεις δραστηριότητας για να ολοκληρώσουν τις συνεδρίες, με αυξανόμενη δυσκολία με την πάροδο του χρόνου (Ekers et al., 2014).

### **3.3.1.2 Γνωστική και Συμπεριφορική Ψυχοθεραπεία**

Η γνωστική-συμπεριφορική ψυχοθεραπεία είναι κατευθυνόμενη και διαρκεί για περιορισμένο χρονικό διάστημα, το οποίο, συνήθως, περιλαμβάνεται μεταξύ 10 και 20 θεραπειών. Η γνωστική θεραπεία είναι η πιο ευρέως διαδεδομένη έκδοση για την κατάθλιψη. Βασίζεται στην αρχή ότι οι ασθενείς που είναι καταθλιπτικοί παρουσιάζουν τη «γνωστική τριάδα» της κατάθλιψης, η οποία περιλαμβάνει μια αρνητική άποψη για τον εαυτό τους, τον κόσμο και το μέλλον. Σχετικά με τη γνωστική τριάδα, οι καταθλιπτικοί ασθενείς πιστεύεται ότι εμφανίζουν γνωστικές στρεβλώσεις που μπορεί να διατηρήσουν αυτές τις αρνητικές πεποιθήσεις. Επιπλέον, θεωρείται ότι οι αρνητικές αυτόματες σκέψεις και παραμορφώσεις στη σκέψη προέρχονται από προβληματικά σχήματα, τα οποία είναι γνωσιακές δομές που επηρεάζουν τον τρόπο ερμηνείας και ανάκλησης των πληροφοριών. Η γνωστική-συμπεριφορική ψυχοθεραπεία για την κατάθλιψη περιλαμβάνει, συνήθως, συμπεριφορικές στρατηγικές (δηλαδή προγραμματισμό δραστηριότητας), καθώς και γνωσιακή αναδιάρθρωση, με σκοπό την αλλαγή των αρνητικών αυτόματων σκέψεων και την αντιμετώπιση των δυσμενών σχημάτων (Ishak et al., 2011).

### **3.3.1.3 Διαπροσωπική ψυχοθεραπεία**

Η διαπροσωπική θεραπεία, είναι μια θεραπεία περιορισμένης χρονικής διάρκειας, διαρκεί συνήθως 16 συνεδρίες, για μείζονα καταθλιπτική διαταραχή. Ενώ, είναι περισσότερο δομημένη σε σχέση με άλλες θεραπείες, η διαπροσωπική θεραπεία έχει λιγότερη δομή από τις γνωστικές και συμπεριφορικές προσεγγίσεις. Αντλεί κυρίως, από τη θεωρία συνημμένων και τονίζει το ρόλο των διαπροσωπικών σχέσεων, εστιάζοντας στις παρούσες διαπροσωπικές δυσκολίες. Ειδικοί τομείς έμφασης περιλαμβάνουν τη θλίψη, τις διαπροσωπικές διαφορές, τις μεταβάσεις ρόλων και τα διαπροσωπικά ελλείμματα. Η αρχική φάση της θεραπείας (συνεδρίες 1-4), επικεντρώνεται στη δόμηση μιας συνεργατικής συμμαχίας, καθώς και στον εντοπισμό ενός χώρου πρωτογενούς διαπροσωπικής εστίασης βασισμένου στις τέσσερις προαναφερθείσες περιοχές, μολονότι μπορούν να αντιμετωπιστούν και άλλοι τομείς. Οι ασθενείς ενθαρρύνονται να αναλάβουν τον "άρρωστο ρόλο", επιτρέποντάς τους χρόνο να αντιμετωπίσουν τα συμπτώματά τους και να ανακουφίσουν σύντομα ορισμένες ευθύνες. Κατά τη μεσαία φάση της θεραπείας (συνεδρίες 4-12), χρησιμοποιούνται συγκεκριμένες παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση της περιοχής εστίασης, οι οποίες περιλαμβάνουν την παροχή υποστήριξης, τη βελτίωση των δεξιοτήτων επικοινωνίας και την προσπάθεια επίλυσης διαπροσωπικών προβλημάτων. Η τελική φάση της θεραπείας (συνεδρίες 13-16), επικεντρώνεται στον τερματισμό της θεραπείας, ο οποίος περιλαμβάνει την ανασκόπηση της προόδου, την ανάπτυξη στρατηγικών πρόληψης υποτροπών και την αντιμετώπιση των συναισθημάτων που έρχονται με τον τερματισμό της θεραπευτικής σχέσης (Gillies, 2001).

### **3.3.1.4 Γνωστική ψυχοθεραπεία βασισμένη στη νοημοσύνη (ευαισθησία)**

Η γνωστική ψυχοθεραπεία βασισμένη στη νοημοσύνη μπορεί να εφαρμοστεί σε ένα ευρύ φάσμα προβλημάτων, ωστόσο αναπτύχθηκε ειδικά για άτομα σε ύφεση από υποτροπιάζουσα μείζονα καταθλιπτική διαταραχή. Η βασική συνιστώσα της θεραπείας είναι η εκπαίδευση ως προς την ευαισθησία. Η γνωστική ψυχοθεραπεία βασισμένη στη νοημοσύνη επικεντρώνεται ειδικά στις διαδικασίες της σκέψης ως παράγοντα κινδύνου για υποτροπή, με θεραπευτική στρατηγική που αλλάζει τη σχέση κάποιου ατόμου με τις σκέψεις του, μέσω

προσπαθειών να αποκρύψει και να αποστασιοποιηθεί από αυτές. Η γνωστική ψυχοθεραπεία βασισμένη στη νοημοσύνη ενσωματώνει στοιχεία της γνωστικής-συμπεριφορικής θεραπείας για την κατάθλιψη και τη μείωση της πίεσης με βάση την ευαισθησία. Τα στοιχεία γνωστικής-συμπεριφορικής θεραπείας περιλαμβάνουν στρατηγικές “αποστράγγισης”, όπως η αναγνώριση ότι οι σκέψεις δεν είναι γεγονότα και ότι «δεν είμαι η σκέψη μου». Η γνωστική ψυχοθεραπεία βασισμένη στη νοημοσύνη είναι ένα δομημένο πρόγραμμα που περιλαμβάνει οκτώ εβδομαδιαίες, 2ωρες ομαδικές συνεδρίες. Οι ασθενείς ανατίθενται καθημερινά την εργασία τους. Η εργασία στο σπίτι αποτελείται από ασκήσεις ευαισθητοποίησης που σχεδιάζονται για να βοηθήσουν τους ασθενείς να βελτιώσουν την αποδοχή των δυσάρεστων συναισθημάτων και των αισθήσεων και όχι των προσπαθειών αποφυγής επαφής με τέτοιες εμπειρίες. Οι ασθενείς ενθαρρύνονται να ενσωματώσουν την προσοχή στις καθημερινές τους δραστηριότητες καθώς και να ασκήσουν συγκεκριμένες ασκήσεις ευαισθητοποίησης (Kuyken et al., 2016).

### **3.3.1.5 Ψυχοθεραπεία επίλυσης προβλημάτων**

Η θεραπεία επίλυσης προβλημάτων στοχεύει στη βελτίωση των συμπεριφορών και των συμπεριφορών επίλυσης προβλημάτων των ατόμων με καταθλιπτική διαταραχή, προκειμένου να μειωθεί η δυσφορία και να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής. Η επίλυση του κοινωνικού προβλήματος ορίζεται ως μια διαδικασία γνωστικής συμπεριφοράς που περιλαμβάνει την καθοδήγηση των προσπαθειών για την αντιμετώπιση ενός προβλήματος για την αλλαγή της φύσης της κατάστασης, την αλλαγή της αντίδρασης του ατόμου στο πρόβλημα ή και τα δύο. Η συγκεκριμένη διαδικασία περιλαμβάνει την ικανότητα εντοπισμού και επιλογής μιας ποικιλίας αντιδράσεων αντιμετώπισης για την αντιμετώπιση των χαρακτηριστικών μιας συγκεκριμένης αγχωτικής κατάστασης (Gingerich & Peterson, 2013).

### **3.3.2. Φαρμακευτική θεραπεία**

Απαιτούνται 2-12 εβδομάδες σε θεραπευτική δόση, με προσκόλληση στο σχήμα, για να γίνει εμφανής μια κλινική απόκριση. Η επιλογή του φαρμάκου πρέπει να καθοδηγείται από την αναμενόμενη ασφάλεια και ανεκτικότητα, η οποία συμβάλλει στη συμμόρφωση, την εξοικείωση με τους γιατρούς, η οποία βοηθά στην εκπαίδευση των ασθενών και την πρόβλεψη των ανεπιθύμητων ενεργειών, και το ιστορικό προηγούμενων θεραπειών. Συχνά, οι αποτυχιές θεραπείας προκαλούνται από τη μη συμμόρφωση με τη φαρμακευτική αγωγή, την ανεπαρκή διάρκεια της θεραπείας ή την ανεπαρκή δοσολογία (Gelenberg et al., 2010).

Η φαρμακευτική αγωγή μπορεί να περιλαμβάνει εκλεκτικούς αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης (SSRIs), όπως η σιταλολοπράμη (Celexa), η φλουεξετίνη (Prozac), η φλουβοξαμίνη (Luvox), η παροξετίνη (Paxil) και η σερτραλίνη (Zoloft). Τα SSRIs έχουν το πλεονέκτημα της ευκολίας χορήγησης δοσολογίας και της χαμηλής τοξικότητας σε υπερδοσολογία, και είναι επίσης τα φάρμακα πρώτης γραμμής για την κατάθλιψη με καθυστερημένη εμφάνιση. Το προφίλ ανεπιθύμητων ενεργειών των SSRI είναι λιγότερο εμφανές από το προφίλ ορισμένων άλλων παραγόντων, γεγονός που προάγει την καλύτερη συμμόρφωση. Οι συχνές ανεπιθύμητες ενέργειες περιλαμβάνουν γαστρεντερική διαταραχή, σεξουαλική δυσλειτουργία και αλλαγές στο επίπεδο ενέργειας (όπως κόπωση, ανησυχία). Τα SSRIs πιστεύεται ότι είναι σχετικά προβληματικά σε ασθενείς με καρδιακή νόσο, καθώς αυτοί οι παράγοντες δεν φαίνεται να επηρεάζουν την αρτηριακή πίεση, τον καρδιακό ρυθμό, την καρδιακή αγωγή ή τον καρδιακό ρυθμό. Παρ’ όλα αυτά, έχει αναφερθεί QT παράταση με

σιταλοπράμη. Έτσι, η δόση της σιταλοπράμης δεν πρέπει να υπερβαίνει τα 40 mg / ημέρα, λόγω του κινδύνου πιθανής θανατηφόρας καρδιακής αρρυθμίας. Επιπλέον, οι υψηλότερες δόσεις δεν έχουν αποδειχθεί ότι είναι πιο αποτελεσματικές στη θεραπεία της κατάθλιψης. Για ασθενείς ηλικίας άνω των 60 ετών, η μέγιστη συνιστάμενη δόση σιταλοπράμης είναι 20 mg / ημέρα (Fava, & Kendler, 2000).

Οι αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης / νορεπινεφρίνης (SNRIs), όπως η βενλαφαξίνη (Effexor), η δεσεβενλαφαξίνη (Pristiq) και η ντουλοξετίνη (Cymbalta), μπορούν να χρησιμοποιηθούν, επίσης, για τη θεραπεία της κατάθλιψης. Τα SNRIs μπορούν να είναι φαρμακευτική αγωγή πρώτης γραμμής, ιδιαίτερα σε ασθενείς με συμπτώματα κόπωσης ή πόνου που σχετίζονται με το επεισόδιο κατάθλιψης, όμως έχουν και σημαντικό ρόλο ως αγωγή δεύτερης γραμμής σε ασθενείς που δεν έχουν ανταποκριθεί στα SSRIs. Τα προφίλ ασφάλειας, ανεκτικότητας και παρενεργειών των SNRIs περιλαμβάνουν αυτά των SSRIs, καθώς και τις νοραδρενεργικές παρενέργειες, όπως η υπέρταση. Τα άτυπα αντικαταθλιπτικά περιλαμβάνουν την βουπροπιόνη (Wellbutrin), μιρταζαπίνη (Remeron), νεφαζοδόνη και τραζοδόνη (Desyrel). Όλα έχουν βρεθεί ότι είναι αποτελεσματικά στη μονοθεραπεία σε μείζονα καταθλιπτική διαταραχή και μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε συνδυαστική θεραπεία για πιο δύσκολη αντιμετώπιση της κατάθλιψης. Η συγκεκριμένη ομάδα παρουσιάζει, επίσης, χαμηλή τοξικότητα κατά την υπερδοσολογία. Επιπλέον, η βουπροπιόνη έχει το πλεονέκτημα έναντι των SSRIs, αφού προκαλεί λιγότερη σεξουαλική δυσλειτουργία και λιγότερη δυσφορία. Η μιρταζαπίνη ωστόσο, σχετίζεται με υψηλό κίνδυνο αύξησης του σωματικού βάρους, έτσι οι ασθενείς που υποβάλλονται σε θεραπεία με τον συγκεκριμένο παράγοντα πρέπει να παρακολουθούν προσεκτικά το βάρος τους (Fava, & Kendler, 2000).

Οι διαμορφωτές δραστηριότητας σεροτονίνης-ντοπαμίνης (SDAM) περιλαμβάνουν το brexpiprazole (Rexulti) και την αριπιπραζόλη (Abilify). Τα SDAM δρουν ως μερικοί αγωνιστές στους υποδοχείς 5-HT<sub>1A</sub> και της ντοπαμίνης D<sub>2</sub> με παρόμοια ισχύ και ως ανταγωνιστές στους υποδοχείς 5-HT<sub>2A</sub> και της νοραδρεναλίνης άλφα<sub>1B</sub> / 2C. Ο συγκεκριμένος μηχανισμός δράσης είναι μοναδικός από άλλα άτυπα αντιψυχωσικά φάρμακα (Yoshimi et al., 2014). Το brexpiprazole συγκεκριμένα ενδείκνυται ως συμπληρωματική θεραπεία για μείζονα καταθλιπτική διαταραχή. Τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά (TCA) περιλαμβάνουν την αμιτριπυλίνη (Elavil), την κλομιπραμίνη (Anafranil), τη δεσιπραμίνη (Norpramin), την ιμιπραμίνη (Tofranil), τη νοτριπυλίνη (Pamelor), την προτριπυλίνη (Vivactil) και την τριμιπραμίνη (Surmontil) και έχουν μακροχρόνια αποτελεσματικότητα στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης. Παρ' όλα αυτά, χρησιμοποιούνται λιγότερο συχνά λόγω του προφίλ των παρενεργειών τους και της σημαντικής τοξικότητάς τους στην υπερδοσολογία. Οι αναστολείς μονοαμινοξειδάσης (MAOI) το ισοκαρβοξαζίδιο (Mavplan), τη φαινελζίνη (Nardil), τη σελεγιλίνη (Emsam) και την τρανυλκυπρομίνη (Parnate). Αυτοί οι παράγοντες είναι ευρέως αποτελεσματικοί σε ένα ευρύ φάσμα συναισθηματικών και διαταραχών άγχους. Εξαιτίας του κινδύνου υπερτασικής κρίσης, οι ασθενείς σε αυτά τα φάρμακα πρέπει να ακολουθήσουν μια δίαιτα χαμηλής τυραμίνης. Άλλες ανεπιθύμητες ενέργειες μπορεί να περιλαμβάνουν αυπνία, άγχος, αύξηση βάρους και σεξουαλική δυσλειτουργία (Gelenberg et al., 2010).

# Κεφάλαιο 4 Παραλήρημα

## 4.1 Γενικά

### 4.1.1 Ορισμός

Το παραλήρημα δεν αποτελεί μία νόσο, αλλά ένα σύνδρομο. Ορίζεται ως οξεία εμφάνιση γνωστικής εξασθένησης και εκδηλώνεται κλινικά με ένα ευρύ φάσμα νευροψυχιατρικών ανωμαλιών. Το παραλήρημα είναι, συνήθως, παροδικό και αναστρέψιμο και είναι η αιτία διανοητικής δυσλειτουργίας. Ανεξάρτητα από την αιτία που το προκαλεί, το παραλήρημα συνήθως εμφανίζεται με παρόμοια συμπτώματα τα οποία σχετίζονται με το επίπεδο συνείδησης και τη γνωστική λειτουργία του ατόμου. Σύμφωνα με την Αμερικάνικη Ψυχιατρική Εταιρεία, το παραλήρημα μπορεί να οριστεί ως διαταραχή της συνείδησης του ατόμου (δηλαδή, ανικανότητα σαφήνειας όσον αφορά το περιβάλλον) με ελαττωμένη ικανότητα να εστιάσει, να διατηρήσει ή και να μετατοπίσει την προσοχή του, γνωστική αλλοίωση( δηλαδή προβλήματα μνήμης, αποπροσανατολισμός και γλωσσική διαταραχή) ή διαταραχή της αντίληψης η οποία δεν είναι αποτέλεσμα άνοιας. Αναπτύσσεται, συνήθως, μέσα σε μικρό χρονικό διάστημα (ώρες έως μέρες) και υπάρχουν ευρήματα από το ιστορικό του ασθενή, όπως μία γενικευμένη ιατρική κατάσταση, τοξικές ουσίες ή συνδυασμός αυτών τα οποία μπορούν να το εξηγήσουν (American Psychiatric Association, 2013).

Το παραλήρημα μπορεί να εμφανίζεται και με άλλες ονομασίες, γεγονός που προκαλεί ελλιπή διάγνωση. Κάποιες από τις ονομασίες με τις οποίες μπορεί να παρουσιάζεται είναι η ψύχωση στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας( Intensive Care Unit psychosis) , η οξεία σύγχυση (Acute confusional state), η εγκεφαλίτιδα (Encephalitis) , η εγκεφαλοπάθεια (Encephalopathy), η οξεία τοξική-μεταβολική εγκεφαλοπάθεια (Acute toxic-metabolic encephalopathy- TME), η τοξικότητα στο κεντρικό νευρικό σύστημα (Central nervous system toxicity), η παρανεοπλασματική μαιχμιακή εγκεφαλίτιδα (Paraneoplastic limbic encephalitis), sundowning και η εγκεφαλική ανεπάρκεια (Cerebral insufficiency). Τα άτομα τρίτης ηλικίας με ιστορικό ψυχικής νόσου εμφανίζουν πιο συχνά παραλήρημα, παρ' όλα αυτά μπορεί να συμβεί σε οποιαδήποτε ηλικία (Sadock et al., 2015).

### 4.1.2 Σημεία και Συμπτώματα

Η δυσλειτουργία στη συνείδηση σε συνδυασμό με γνωστικές δυσλειτουργίες αποτελούν τα κύρια συμπτώματα του παραληρήματος. Παρουσιάζεται, επιπλέον, ελαττωμένη ικανότητα προσοχής, συγκέντρωσης και συνείδησης. Επίσης, χαρακτηριστικό γνώρισμα αποτελεί και η μεταβολή της βασικής γνώσης του ατόμου. Εκτός απ' αυτά όμως, στο παραλήρημα εμφανίζονται διαταραχές στη διάθεση, στη συμπεριφορά και στην αντίληψη. Κάποια εξίσου σημαντικά συμπτώματα είναι η ανικανότητα διατήρησης ή μετατόπισης της συγκέντρωσης, η σύγχυση, ο αποπροσανατολισμός, οι παραισθήσεις, οι ψευδαισθήσεις, το μεταβαλλόμενο επίπεδο συνείδησης, η δυσφασία (διαταραχή επικοινωνίας, η οποία χαρακτηρίζεται από τη μερική απώλεια ικανότητας κατανόησης και εκφοράς γραπτού και προφορικού λόγου), η δυσαρθρία (ολική ή μερική απώλειας λεκτικής επικοινωνίας), ο τρόμος, ο τρόμος του καρπού (Asterixis, συνήθως σε ηπατική εγκεφαλοπάθεια), η ουρική ακράτεια, ο νυσταγμός (ακούσια επαναλαμβανόμενη κίνηση των ματιών), η έλλειψη συντονισμού και οι διαταραχές κινητικότητας (Harlington & Vardi, 2014).

Τα συμπτώματα διακρίνονται σε ψυχιατρικά και νευρολογικά. Στην κατηγορία των ψυχιατρικών συμπτωμάτων ανήκουν η σύγχυση, ο αποπροσανατολισμός, οι παραισθήσεις, οι ψευδαισθήσεις και το μεταβαλλόμενο επίπεδο συνείδησης, ενώ στην κατηγορία των νευρολογικών συμπτωμάτων ανήκουν η δυσφασία, η δυσαρθρία, ο τρόμος, ο νυσταγμός, η ουρική ακράτεια, η έλλειψη συντονισμού, ο τρόμος του καρπού και οι διαταραχές κινητικότητας. Τα συμπτώματα του παραληρήματος τείνουν να εντείνονται κατά τη διάρκεια της νύχτας. Αναλυτικότερα, η μέγιστη ενόχληση παρατηρείται τη νύχτα, ενώ κατά τη διάρκεια της ημέρας εμφανίζεται βελτίωση. Επίσης, είναι συχνή και η αντιστροφή του κύκλου ύπνου-αφύπνισης (Harlington & Vardi, 2014).

Το παραλήρημα εμφανίζεται με τρεις κύριους υπότυπους, τον υπερενεργητικό, τον υποενεργητικό και το μικτό. Οι ασθενείς με υπερενεργητικό παραλήρημα παρουσιάζουν κυρίως αυξημένα επίπεδα διέγερσης και ψυχοκινητικές διαταραχές, ενώ αντίθετα οι ασθενείς με υποενεργητικό παραλήρημα παρουσιάζουν απόσυρση και υπνηλία. Επιπλέον, στον υποενεργητικό υπότυπο υπάρχει η πιθανότητα, το παραλήρημα να διαγνωστεί λανθασμένα ως κατάθλιψη ή άνοια. Αναφέρεται επίσης, ότι το παραλήρημα υποενεργητικού υπότυπου είναι προγνωστικός δείκτης θνησιμότητας και νοσηρότητας. Όσον αφορά τον υπότυπο με μικτή εικόνα, παρουσιάζει χαρακτηριστικά και από τους δύο τύπους. Σημαντικό είναι επίσης να αναφερθεί ότι διαταραχές στον ύπνο, “ζωντανά” όνειρα, ακόμη και άγχος μπορούν να εμφανιστούν ώρες έως και μέρες πριν το σύνδρομο του παραληρήματος. Η κλασική πορεία του συνδρόμου είναι σύντομη και μεταβαλλόμενη και χαρακτηρίζεται από ταχεία έναρξη και ταχεία βελτίωση όταν εντοπιστεί και αντιμετωπιστεί ο αιτιολογικός παράγοντας. Ωστόσο, η πορεία της νόσου μπορεί να διαφέρει από ασθενή σε ασθενή (Sadock et al., 2015)

#### **4.1.3 Αιτιολογία**

Το σύνδρομο του παραληρήματος οφείλεται σε νόσο, δηλητηρίαση ή λήψη φαρμακευτικού σκευάσματος. Πιο συγκεκριμένα, δηλητηρίαση ή στέρση φαρμακευτικού ή τοξικού παράγοντα μπορεί να αποτελεί αιτία παραληρήματος. Συμπληρωματικά, το παραλήρημα μπορεί να εμφανιστεί εξαιτίας νόσου του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος, όπως επιληψία ή συστηματικής νόσου, όπως καρδιακή ανεπάρκεια. Γενικά, θεωρείται ότι η συχνότερη αιτία παραληρήματος είναι η λήψη φαρμακευτικών σκευασμάτων, παρ' όλα αυτά οι επαγγελματίες υγείας οι οποίοι αναλαμβάνουν τη θεραπεία του παραληρήματος σε κάποιον ασθενή, χρειάζεται να διερευνήσουν κάθε πιθανή αιτία που μπορεί να συμβάλει στην εμφάνιση του. Αυτό είναι αναγκαίο επειδή η αιτία που συμβάλει στην εμφάνιση παραληρήματος υπάρχει πιθανότητα να είναι πολυπαραγοντική (Sadock et al., 2015).

Οι συχνότερες διαταραχές Κεντρικού Νευρικού Συστήματος οι οποίες προκαλούν σύνδρομο παραληρήματος είναι οι εξής: επιληπτική κρίση, ημικρανία, τραυματισμός κρανίου, υπαραχνοειδής αιμορραγία, υποσκληρίδιο αιμάτωμα, επισκληρίδιο αιμάτωμα, απόστημα εγκεφάλου, εγκεφαλικό έμφρακτο, πρωτοπαθής ή μεταστατικός όγκος εγκεφάλου, ενδοεγκεφαλική αιμορραγία, παρεγκεφαλική αιμορραγία, ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο και παροδική ισχαιμία. Το παραλήρημα μπορεί να δημιουργηθεί, όμως, και εξαιτίας μεταβολικών διαταραχών όπως είναι ο διαβήτης, η υπογλυκαιμία, η υπεργλυκαιμία, οι ηλεκτρολυτικές διαταραχές, οι οξεοβασικές διαταραχές, οι διαταραχές όγκου υγρών, η ηπατική ή η νεφρική ανεπάρκεια, η ανεπάρκεια βιταμινών (κυριότερα θειαμίνης και κυανοκοβαλαμίνης) και οι ενδοκρινολογικές οι οποίες σχετίζονται με τον θυρεοειδή και παραθυρεοειδή αδένες. Αιτία παραληρήματος είναι επίσης οι λοιμώξεις (όπως η σήψη, η ελονοσία, ο ερυσίπελας, οι ιογενείς λοιμώξεις, η πανούκλα, η βορελλίωση και η σύφιλη), κάποιο τραύμα, η αφυδάτωση ή η υπερφόρτωση με υγρά, ο υποσιτισμός και θερμοιδική ανεπάρκεια, τα εγκαύματα, ο μη

ελεγχόμενος πόνος, η θερμοπληξία και το υψηλό υψόμετρο (συνήθως >5.000 μέτρα). Αν και οποιοδήποτε φάρμακο μπορεί να συμβάλει στο παραλήρημα, τα συνηθέστερα είναι τα αναλγητικά, όπως η πεθιδίνη (Demerol) και η μορφίνη (Duramorph). Τα συγκεκριμένα αναλγητικά χρησιμοποιούνται κυρίως μετεγχειρητικά. Ακόμη, παραλήρημα μπορούν να προκαλέσουν τα αντιβιοτικά, τα αντιικά, τα αντιμυκητιασικά, τα στεροειδή, τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται για την αναισθησία, τα αντιυπερτασικά, τα αντινεοπλασματικά φάρμακα και τα αντιχολινεργικά φάρμακα. Παραλήρημα προκαλείται και από το κακοήθες νευροληπτικό σύνδρομο (Neuroleptic malignant syndrome-NMS), σύνδρομο που αποτελεί επιπλοκή των νευροληπτικών φαρμάκων, όπως και από το σεροτονινεργικό σύνδρομο, σύνδρομο που εμφανίζεται εξαιτίας υψηλών επιπέδων σεροτονίνης (Sadock et al., 2015)

Βότανα και φυτά (όπως το στραμώνιο [*Datura stramonium*], η πικροδάφνη [*Nerium oleander*], η δαχτυλίτιδα [*Digitalis*], αλλά και συμπληρώματα διατροφής αποτελούν ακόμη μία αιτία εμφάνισης συνδρόμου του παραληρήματος. Η καρδιακή ανεπάρκεια, οι αρρυθμίες, το έμφραγμα του μυοκαρδίου, χειρουργεία που σχετίζονται με την καρδιά, η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, το σύνδρομο απρόσφορης έκκρισης αντιδιουρητικής ορμόνης (SIADH), η επινεφριδιακή κρίση και η επινεφριδιακή ανεπάρκεια υπάρχει πιθανότητα να προκαλέσουν παραλήρημα. Πιθανότητα υπάρχει και στην ηπατίτιδα, την κίρρωση, την λευχαιμία και την αναιμία. Όσον αφορά τα ναρκωτικά, κατά τη διάρκεια στερητικού συνδρόμου ή σε περίπτωση υψηλής δόσης το παραλήρημα είναι συχνό φαινόμενο. Τέλος, η δηλητηρίαση από βαρέα μέταλλα και αλουμίνιο μπορεί να έχει, επίσης, ως αποτέλεσμα το παραλήρημα (Sadock et al., 2015).

#### **4.1.4 Πρόγνωση και Πορεία του Παραληρήματος**

Η έναρξη του παραληρήματος είναι ταχεία και ξαφνική στις περισσότερες περιπτώσεις. Ωστόσο, έχει παρατηρηθεί ότι υπάρχει η πιθανότητα εμφάνισης πρόδρομων συμπτωμάτων. Τα συμπτώματα αυτά, προηγούνται τα κλασικά, σαφή συμπτώματα του συνδρόμου (ψυχιατρικά και νευρολογικά) και η ικανότητα αναγνώρισης αυτών μπορεί να αποτελέσει σημαντικό εφόδιο για τη διαδικασία διάγνωσης. Χαρακτηριστικά πρόδρομα συμπτώματα είναι ο φόβος και η ανησυχία του ασθενή ώρες ή ακόμη και μέρες πριν την εμφάνιση συμπτωμάτων παραληρήματος (Cerejeira & Mukaetova-Ladinska, 2011).

Γενικά, τα συμπτώματα του παραληρήματος εξαρτώνται από την πορεία της αιτίας που το προκάλεσε σε πρώτο βαθμό. Εφόσον το παραλήρημα προκαλείται εξαιτίας μιας νόσου ή μιας φαρμακευτικής αγωγής, για να θεραπευτεί χρειάζεται αρχικά να αντιμετωπιστεί ο αιτιολογικός παράγοντας. Εξαιτίας αυτού, δεν είναι ακριβής η χρονική διάρκεια κατά την οποία ο ασθενής είναι παραληρηματικός. Παρ' όλα αυτά, τα συμπτώματα του αρχίζουν και ελαττώνονται όταν αντιμετωπίζεται ο αιτιολογικός παράγοντας. Για την πλήρη εξάλειψη των παραληρηματικών συμπτωμάτων συνήθως απαιτείται ένα χρονικό διάστημα, το οποίο κυμαίνεται μεταξύ 3 ημερών και μίας εβδομάδας, δεδομένου όμως ότι η αιτία έχει εξακριβωθεί και θεραπευτεί. Το χρονικό διάστημα, βέβαια, μπορεί να επεκταθεί έως και 14 ημέρες. Αναλυτικότερα, κάποια συμπτώματα μπορεί να επιμένουν για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα σε σχέση με κάποια άλλα, γεγονός που εξαρτάται από αρκετούς παράγοντες, συμπεριλαμβανομένου του χρονικού διαστήματος κατά του οποίου ο ασθενής βρισκόταν σε κατάσταση παραληρήματος. Για παράδειγμα εάν ο ασθενής ήταν παραληρηματικός για μεγάλο χρονικό διάστημα, ίσως να είναι αντίστοιχα μεγάλο και το χρονικό διάστημα που απαιτείται για την αντιμετώπιση του παραληρήματος. Η πορεία του συνδρόμου εξαρτάται, επιπλέον, από την ηλικία του ασθενή. Τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας συνήθως χρειάζονται περισσότερο χρόνο για την αντιμετώπιση όλων των παραληρηματικών συμπτωμάτων. Τα γνωστικά

συμπτώματα του παραληρήματος είναι συχνά αυτά τα οποία μπορεί να επιμείνουν για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα (Cerejeira & Mukaetova-Ladinska, 2011).

Συνήθως, ασθενείς οι οποίοι εμφανίζουν σύνδρομο του παραληρήματος νοσούν από κάποια σοβαρή ασθένεια (Cerejeira & Mukaetova-Ladinska, 2011). Έτσι, η συνολική τους υγεία είναι ευάλωτη. Εφόσον το παραλήρημα εξαρτάται άμεσα από τη νόσο, τα ποσοστά θνησιμότητας των ασθενών που το εμφανίζουν είναι αρκετά υψηλά. Επιπλέον, οι ασθενείς οι οποίοι βίωσαν το παραλήρημα κάποια στιγμή της ζωής τους συνήθως δεν έχουν πλήρη γνώση της κατάστασης τους και δεν θυμούνται ακριβείς λεπτομέρειες. Το πιο συχνό φαινόμενο είναι να παρομοιάζουν την περίοδο παραληρήματος με όνειρο (Dasgupta & Brymer, 2013).

#### **4.1.5 Επιδημιολογία**

Το παραλήρημα είναι ένα αρκετά συχνό σύνδρομο. Κυρίως, παρατηρείται σε νοσοκομειακό περιβάλλον. Για τα άτομα ηλικίας άνω των 18 ετών εκτιμάται ότι το ποσοστό που εμφανίζει παραλήρημα κάποια στιγμή στη ζωή του είναι 0,4%. Ωστόσο, για τα άτομα ηλικίας άνω των 55 ετών, το ποσοστό αυξάνεται σε 1,1%. Συγκεκριμένα σε νοσοκομειακό πλαίσιο, το ποσοστό ασθενών ανεξαρτήτως κλινικής, οι οποίοι βιώνουν παραλήρημα κατά τη διάρκεια νοσηλείας τους κυμαίνεται μεταξύ 10% και 15% (Siddiqi, House & Holmes, 2006). Το συγκεκριμένο ποσοστό, βέβαια, μεταβάλλεται ανάλογα με τη σοβαρότητα της κατάστασης υγείας και την αιτία εισαγωγής του ασθενή στο νοσοκομείο. Για παράδειγμα, τα άτομα τα οποία πάσχουν από καρκίνο παρουσιάζουν παραλήρημα σε ποσοστό 25-45%. Το μεγαλύτερο ποσοστό σε νοσοκομειακό πλαίσιο παρατηρείται σε ασθενείς στους οποίους παρέχεται παρηγορητική φροντίδα και σε ασθενείς οι οποίοι νοσηλεύονται σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. Στην πρώτη περίπτωση, δηλαδή σε ασθενείς τελικού σταδίου, το ποσοστό κυμαίνεται από 80% έως 90%, ενώ στην περίπτωση ασθενών που νοσηλεύονται στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, το ποσοστό εκτιμάται ότι μπορεί και να φτάσει το 80% (Kalabalik, Brunetti & El-Srougy, 2013).

Σημαντικά υψηλά ποσοστά παρατηρούνται ακόμη σε μετεγχειρητικούς ασθενείς, ιδιαίτερα μετά από χειρουργεία καρδιολογικής φύσεως το ποσοστό παραληρήματος μπορεί να προσεγγίσει το 90%. Επιπλέον, άτομα με AIDS τα οποία νοσηλεύονται παρουσιάζουν παραλήρημα σε ποσοστό 30-40% (Samuel, 1990). Είναι σημαντικό να αναφερθεί επίσης ο επιπολασμός του παραληρήματος σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας. Σε ασθενείς τρίτης ηλικίας, οι οποίοι νοσηλεύονται σε ίδρυμα, παρουσιάζεται παραλήρημα σε ποσοστό περίπου 44%. Πιο αναλυτικά σε άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών, τα οποία νοσηλεύονται σε ίδρυμα, το ποσοστό παραληρήματος είναι 30-40%, ενώ όσο αυξάνεται η ηλικία αυξάνεται και το ποσοστό. Σε άτομα ηλικίας άνω των 75 ετών, το ποσοστό αυξάνεται σε 60%, γεγονός που υποδεικνύει ότι η ηλικία αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την εκδήλωση παραληρήματος

#### **4.1.6 Παράγοντες Κινδύνου**

Πρωταρχικός παράγοντας κινδύνου για την ανάπτυξη παραληρήματος είναι η παρουσία σοβαρής νόσου, ή τραυματισμού. Όπως αναφέρθηκε προηγουμένως, στο κεφάλαιο 4.1.3 Αιτιολογία, οι ασθένειες οι οποίες μπορούν να προκαλέσουν σύνδρομο παραληρήματος είναι αρκετές, είναι αναμενόμενο λοιπόν, στα άτομα που πάσχουν από κάποια νόσο να υπάρχει μεγαλύτερος κίνδυνος εμφάνισης παραληρήματος. Επιπλέον, παραλήρημα προκαλείται εξαιτίας φαρμάκων. Βέβαια, στη συγκεκριμένη περίπτωση σημαντικό ρόλο



διαδραματίζει και το είδος της δραστικής ουσίας που χρησιμοποιείται. Η χορήγηση διαφόρων αναισθητικών και αναλγητικών αυξάνουν τον κίνδυνο για παραλήρημα. Για παράδειγμα, οι βενζοδιαζεπίνες (λοραζεπάμη και μιδαζολάμη) και κάποια οπιοειδή (κυρίως η πεθιδίνη) έχουν αποδειχθεί βασικός παράγοντας κινδύνου. Οι ψυχοτρόπες ουσίες, γενικότερα, σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης παραληρήματος, εκτός από τα ψυχοτρόπα φάρμακα, ψυχοτρόπος ουσία θεωρείται και το αλκοόλ. Τα άτομα τα οποία έχουν ιστορικό χρήσης αλκοόλ μπορεί να παρουσιάσουν παραλήρημα. Η κάνναβη, αποτελεί επίσης παράγοντα κινδύνου για το παραλήρημα, όπως και η νικοτίνη. Ιστορικό υπέρτασης φαίνεται ότι συμβάλλει στην αύξηση της πιθανότητας παραληρήματος, όπως και ιστορικό κατάθλιψης ή προ υπάρχουσας γνωστικής διαταραχής. Η ηλικία έχει αποδειχθεί, επίσης, ότι παίζει σημαντικό ρόλο για την εμφάνιση παραληρήματος, πιο συγκεκριμένα τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας παρουσιάζουν πιο συχνά παραλήρημα σε σχέση με άτομα μικρότερης ηλικίας. Έτσι, η ηλικία αποτελεί έναν ακόμη παράγοντα κινδύνου (Bush & Lawlor, 2014).

Γενικά, τα άτομα τα οποία βρίσκονται σε κρίσιμη κατάσταση υγείας αντιμετωπίζουν αναπνευστικά προβλήματα, και για τον συγκεκριμένο λόγο χρησιμοποιείται μηχανικός αερισμός. Ο μηχανικός αερισμός συνδυάζεται, επίσης, με αυξημένα επίπεδα αναισθησίας. Έτσι, αν ληφθεί υπόψη ότι η σοβαρότητα της ασθένειας αποτελεί παράγοντα κινδύνου, όπως αποτελεί και η αναισθησία, ο μηχανικός αερισμός ο οποίος συνδυάζει και τους δύο αυτούς παράγοντες αυξάνει σημαντικά τον κίνδυνο για παραλήρημα στους ασθενείς. Οι μετεγχειρητικοί ασθενείς έχουν, επίσης, αυξημένο ποσοστό εμφάνισης παραληρήματος. Κυρίως τα αρthroπλαστικά χειρουργεία και τα χειρουργεία καρδιολογικής αιτιολογίας τα οποία απαιτούν αορτοστεφανιαία παράκαμψη (bypass), φαίνεται να αυξάνουν τον κίνδυνο για παραλήρημα (Rudolph et al., 2007).

#### **4.1.7 Θνησιμότητα / Κλινικά Αποτελέσματα**

Το παραληρηματικό επεισόδιο αποτελεί κακό προγνωστικό δείκτη για τη γενική κατάσταση υγείας του ατόμου. Σχετίζεται με μεγαλύτερη διάρκεια νοσηλείας, αυξημένη θνησιμότητα, μεγαλύτερο κόστος θεραπείας και αποκατάστασης της υγείας, μεγαλύτερη διάρκεια διαμονής σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας, αυξημένο ποσοστό επιπλοκών κατά τη διάρκεια νοσηλείας, μακροχρόνιες και μόνιμες γνωσιακές δυσλειτουργίες και χαμηλή ποιότητα ζωής (Dan et al., 2017). Σύμφωνα με τους Marcantonio et al. (2005), οι ασθενείς οι οποίοι εκδήλωσαν παραλήρημα είχαν μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης επιπλοκών. Πιο συγκεκριμένα, το ποσοστό εμφάνισης επιπλοκών σε παραληρηματικούς ασθενείς ήταν 73%, σε σχέση με τους ασθενείς οι οποίοι δεν εκδήλωσαν παραλήρημα, όπου το ποσοστό εμφάνισης επιπλοκών ήταν 41%.

Επίσης, οι ασθενείς με παραλήρημα είναι πιο πιθανό να επανανοσηλευτούν μέσα σε σύντομα χρονικό διάστημα και λιγότερο πιθανό να αποκτήσουν σύντομα μία φυσιολογική ποιότητα ζωής. Τα ποσοστά θνησιμότητας των ασθενών με παραλήρημα, μακροπρόθεσμα αλλά και βραχυπρόθεσμα, είναι αρκετά υψηλά (Dan et al., 2017). Σύμφωνα με έρευνες, κυμαίνονται από 22% έως και 76%. Βέβαια, υπάρχει η διαφοροποίηση ανάλογα με τη χρονική στιγμή εμφάνισης του παραληρήματος. Πιο συγκεκριμένα, εάν οι ασθενείς εισάχθηκαν στο νοσοκομείο με παραλήρημα ή εάν εμφάνισαν παραλήρημα κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους. Στην πρώτη περίπτωση παρατηρούνται μικρότερα ποσοστά θνησιμότητας (McCusker et al., 2002).

#### 4.1.8 Διαφορική Διάγνωση

Η διαγνωστική διάγνωση του συνδρόμου του παραληρήματος περιλαμβάνει την άνοια, γενικά ψυχωσικές διαταραχές, σύντομη ψυχωσική διαταραχή, σχιζοτυπική διαταραχή, διασχιστική διαταραχή της ταυτότητας, κατάθλιψη και σύμπλεγμα σχετιζόμενο με το AIDS (AIDS-related complex). Η πιο συχνή πρόκληση των επαγγελματιών υγείας σχετικά με την διαφορική διάγνωση του παραληρήματος, είναι η ικανότητα διάκρισης του από την άνοια. Παρ' όλα αυτά, υπάρχουν σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις δύο αυτές διαταραχές. Το χρονικό διάστημα που απαιτείται για την εκδήλωση συμπτωμάτων, καθώς και η ικανότητα επικέντρωσης της προσοχής αποτελούν δύο από τις κυριότερες διαφορές μεταξύ άνοιας και παραληρήματος. Συγκεκριμένα, το παραλήρημα έχει ταχεία έναρξη, αντίθετα με την άνοια, η οποία έχει σταδιακή ανάπτυξη. Η μοναδική περίπτωση άνοιας με ταχεία έναρξη είναι η αγγειακή, η οποία έχει προκληθεί εξαιτίας εγκεφαλικού επεισοδίου. Όσον αφορά την προσοχή, στη περίπτωση της άνοιας υπάρχει μία σχετική διατήρηση, σε αντίθεση με το παραλήρημα, στο οποίο η προσοχή εμφανίζει διακυμάνσεις (Downing, Caprio & Lyness, 2013).

Άλλες σημαντικές διαφορές σχετίζονται με τη διάρκεια της άνοιας, η οποία μπορεί να είναι από μήνες έως και χρόνια, ενώ το παραλήρημα διαρκεί συνήθως κάποιες ώρες έως ημέρες. Επίσης, στο παραλήρημα παρατηρούνται διαταραχές στη βραχυπρόθεσμης μνήμης, αντίθετα στην άνοια παρατηρείται διαταραχή μακροπρόθεσμης μνήμης. Οι ασθενείς με παραλήρημα συνήθως έχουν ασυνάρτητο και αποδιοργανωμένο λόγο, ενώ οι ασθενείς με άνοια αδυνατούν να βρουν και να χρησιμοποιήσουν τις κατάλληλες λέξεις έτσι ώστε να επικοινωνήσουν αποτελεσματικά. Επιπλέον, στους παραληρηματικούς ασθενείς εμφανίζεται αναστροφή του ωραρίου του ύπνου. Στους ασθενείς, όμως, με άνοια ο ύπνος είναι ολοκληρωτικά κατακερματισμένος. Το παραλήρημα το χαρακτηρίζει, επίσης, η αποδιοργανωμένη σκέψη (Sadock et al., 2015). Η σκέψη, όμως, στην περίπτωση άνοιας μειώνεται αισθητά σε ποσότητα. Η επίγνωση σε παραληρηματικούς ασθενείς ελαττώνεται, ενώ σε ασθενείς με άνοια δεν παρατηρείται κάποια μεταβολή. Τέλος, η ικανότητα επαγρύπνησης συνήθως παραμένει σε φυσιολογικά πλαίσια στην περίπτωση της άνοιας, σε αντίθεση με την περίπτωση του παραληρήματος όπου εμφανίζεται ελάττωση. Ωστόσο, ένας ασθενής με άνοια υπάρχει πιθανότητα να παρουσιάσει κάποια στιγμή κατά τη διάρκεια της ασθένειας, παραληρηματικό επεισόδιο. Στην προκειμένη περίπτωση χρειάζεται να πραγματοποιηθεί διπλή διάγνωση. Δηλαδή, διάγνωση προ υπάρχουσας άνοιας, και διάγνωση παραληρηματικού συνδρόμου (Downing, Caprio & Lyness, 2013).

Σε ασθενείς με υποενεργητικό υπότυπο παραληρήματος, υπάρχει πιθανότητα το παραλήρημα να παρουσιαστεί ως υπνηλία και απόσυρση από τις καθημερινές δραστηριότητες και υποχρεώσεις. Συμπτώματα, τα οποία είναι όμοια με αυτά του καταθλιπτικού επεισοδίου. Έτσι, οι επαγγελματίες υγείας χρειάζεται να συγκρίνουν και να αποφασίσουν για ποια περίπτωση πρόκειται. Το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα (ΗΕΓ) μπορεί να συμβάλει στη διάγνωση του ασθενούς, εφόσον παρέχει τις απαραίτητες πληροφορίες για τη διαφοροποίηση της κατάθλιψης, του παραληρήματος και της άνοιας. Εξαιτίας της ύπαρξης διαστημάτων αποδιοργανωμένης σκέψης σε άτομα με ψυχωσικές διαταραχές, η διαφορική διάγνωση για το παραλήρημα περιλαμβάνει τη σχιζοφρένεια και το μανιακό επεισόδιο. Για να διαφοροποιηθεί το παραλήρημα από τις παραπάνω διαταραχές, χρειάζεται να δοθεί η απαραίτητη προσοχή έτσι ώστε να διαπιστωθεί εάν η επίπεδο συνείδησης του ασθενή έχει μεταβληθεί. Συνήθως παρατηρείται μεταβολή στο παραλήρημα και όχι στη σχιζοφρένεια. Επιπλέον, είναι απαραίτητη η εξακρίβωση του είδους των παραισθήσεων ή ψευδαισθήσεων. Στο σύνδρομο παραληρήματος, οι παραισθήσεις ή οι ψευδαισθήσεις είναι ανοργάνωτες και ασταθείς, σε αντίθεση με την σχιζοφρένεια (Sadock et al., 2015).

#### 4.1.9 Φυσική Εξέταση και Εργαστηριακές Εξετάσεις

Η πιο συχνή περίπτωση διάγνωσης του παραληρήματος είναι σε νοσοκομειακό περιβάλλον κατά τη διάρκεια νοσηλείας. Για την εκτίμηση της γνωσιακής και νοητικής κατάστασης του ασθενή μπορούν να χρησιμοποιηθούν διάφορα μέσα αξιολόγησης, όπως τη μέθοδο αξιολόγησης της σύγχυσης (Confusion Assessment Method-CAM), τη συνέντευξη η οποία αφορά τη συμπτωματολογία του παραληρήματος (Delirium Symptom Interview-DSI) και άλλα μέσα αξιολόγησης που χρησιμοποιούνται κυρίως σε περιβάλλον Εντατικής Θεραπείας. Η φυσική εξέταση του ασθενή, αλλά και το ιστορικό του παίζουν αρκετά σημαντικό ρόλο για την εξακρίβωση της αιτίας η οποία προκάλεσε το παραλήρημα. Για παράδειγμα, η ύπαρξη κρίσιμης ασθένειας, το ιστορικό αλκοολισμού ή κάποια άλλη εξάρτηση από ουσίες είναι βασικές ενδείξεις αιτιολογίας του παραληρήματος. Η φυσική εξέταση περιλαμβάνει τη μέτρηση παλμών. Η παρουσία βραδυκαρδίας μπορεί να σχετίζεται με αυξημένη ενδοκράνια πίεση, ενώ η παρουσία ταχυκαρδίας μπορεί να σχετίζεται με κάποια λοίμωξη. Η μέτρηση της θερμοκρασίας περιλαμβάνεται επίσης στη φυσική εξέταση, όπως και η μέτρηση της αρτηριακής πίεσης. Η αξιολόγηση της αναπνοής μπορεί να συμβάλει στη διαπίστωση της αιτιολογίας (Inouye, Westendorp & Saczynski, 2014). Για παράδειγμα, η ύπαρξη ταχύπνοιας μπορεί να αποτελεί ένδειξη διαβήτη, πνευμονίας, καρδιακής ανεπάρκειας ή μεταβολικής οξέωσης. Στη φυσική εξέταση εξετάζονται επίσης το κρανίο, το πρόσωπο, το στόμα, ο θυρεοειδής, οι πνεύμονες και το ήπαρ. Πιο συγκεκριμένα, στο κρανίο και στο πρόσωπο εξετάζεται το ενδεχόμενο ύπαρξης κάποιου τραύματος, ενώ πτώση της γλώσσας ή του ζυγωματικού είναι ένδειξη γενικευμένης τονικοκλονικής κρίσης. Ο διευρυμένος θυρεοειδής αδένας αποτελεί σύμπτωμα υπερθυρεοειδισμού και το πνευμονικό οίδημα αποτελεί σύμπτωμα οξείας αναπνευστικής ανεπάρκειας ή πνευμονίας. Επιπλέον, στην περίπτωση διευρυμένου ήπατος εξετάζονται η κίρρωση και η ηπατική ανεπάρκεια. Σημαντικό σκέλος της φυσικής εξέτασης είναι η νευρολογική εξέταση. Εξετάζονται τα αντανακλαστικά, το απαγωγό νεύρο το οποίο νευρώνει τον έξω ορθό μυ του ματιού, η δύναμη των άκρων, και το αυτόνομο νευρικό σύστημα (Marcantonio, 2011).

Οι εργαστηριακές εξετάσεις οι οποίες είναι απαραίτητες σε περίπτωση παραληρήματος είναι η γενική αίματος, οι βιοχημικές, στις οποίες συμπεριλαμβάνονται και οι ηλεκτρολύτες, η γλυκόζη του αίματος, οι νεφρικοί και ηπατικοί δείκτες, η εξέταση θυρεοειδή, η ανάλυση ούρων, οι τοξικολογικές εξετάσεις, εξέταση που αφορά τη θειαμίνη και τη B-12, ορολογικές εξετάσεις για τη σύφιλη, εξέταση για το HIV, ηλεκτροκαρδιογράφημα και ηλεκτροεγκεφαλογράφημα (Inouye, Westendorp & Saczynski, 2014).

#### 4.1.10 Παθοφυσιολογία

Κατά τη διάρκεια του χρόνου η παθοφυσιολογία του παραληρήματος έχει μελετηθεί αρκετά και έχει δημιουργηθεί ένας μεγάλος αριθμός θεωριών οι οποίες προσπαθούν να εξηγήσουν. Ένα κοινό στοιχείο το οποίο παρατηρείται σε πολλές από τις προκείμενες θεωρίες είναι το γεγονός ότι έχουν ως αποτέλεσμα νευροδιαβιβαστικές ανωμαλίες, είτε αυτές αφορούν αλλοίωση της νευροδιαβιβαστικής σύνθεσης, είτε της νευροδιαβιβαστικής λειτουργίας. Οι ανωμαλίες αυτές μπορεί να εμφανίζονται ως ανεπάρκεια ακετυλοχολίνης. Κλινικά, η συγκεκριμένη θεωρία βασίζεται σε δεδομένα τα οποία είναι ήδη γνωστά και εξακριβωμένα. Για παράδειγμα, είναι γεγονός ότι τα αντιχολινεργικά φάρμακα μπορούν να προκαλέσουν ως επιπλοκή οξείες συγχυτικές καταστάσεις για τον ασθενή (Cerejeira et al., 2011).

Μία ακόμη νευροδιαβιβαστική ανωμαλία η οποία έχει παρατηρηθεί σε ασθενείς με σύνδρομο του παραληρήματος είναι η αύξηση των επιπέδων της ντοπαμίνης άνω του φυσιολογικού. Αύξηση παρατηρείται, επίσης, σε ορισμένες περιπτώσεις (όπως αυτή της ηπατικής εγκεφαλοπάθειας ή του παραληρήματος το οποίο οφείλεται σε σήψη) και στη σεροτονίνη. Το γ-αμινοβουτυρικό οξύ (GABA) έχει εμφανίσει σε κάποιες περιπτώσεις παραληρήματος αυξημένο και σε άλλες ελαττωμένο σε σχέση με τα φυσιολογικά επίπεδα. Γεγονός που εξαρτάται από τον τρόπο με τον οποίο παρουσιάστηκε εξ αρχής το παραλήρημα, καθώς και από την αιτία που το προκάλεσε. Πιο συγκεκριμένα, αυξημένα επίπεδα παρουσίασαν ασθενείς με ηπατική εγκεφαλοπάθεια, ενώ μειωμένα ασθενείς οι οποίοι εμφάνισαν παραλήρημα εξαιτίας χρήσης και στέρησης βενζοδιαζεπινών ή αλκοόλ. Η κορτιζόλη και οι Β-ενδορφίνες, όπως και η μελατονίνη έχουν παρουσιάσει μεταβολές στην περίπτωση του παραληρήματος. Για παράδειγμα, τα επίπεδα της μελατονίνης και η διαταραχή αυτών έχει συσχετιστεί με διαταραχές ύπνου κατά τη διάρκεια του παραληρήματος (Maldonado, 2013).

Στο συγκεκριμένο σημείο είναι σημαντικό να αναφερθεί, ότι το παραλήρημα μπορεί να προκληθεί και να ξεκινήσει εξαιτίας ψυχοκοινωνικών παραγόντων, όπως είναι το στρες και η έλλειψη ύπνου. Οπότε, είναι ύψιστης σημασίας να λαμβάνεται υπόψιν σε κάθε προσπάθεια διευκρίνησης της παθοφυσιολογίας που διαδραματίζεται κατά τη διάρκεια του παραληρήματος. Οι διαδικασίες οι οποίες συμβάλλουν στη δημιουργία του παραληρήματος δεν είναι ακόμη πλήρως κατανοητές, ωστόσο οι προσπάθειες κατανόησης που λαμβάνουν χώρα εξετάζουν είτε ένα συγκεκριμένο μηχανισμό, είτε μια παθολογική διαδικασία. Σε άλλες περιπτώσεις εξετάζονται στοιχεία τα οποία έχουν παρατηρηθεί κατά καιρούς σε περιπτώσεις παραληρήματος ή εμπειρικά στοιχεία. Οι μηχανισμοί και οι παθολογικές διαδικασίες που εξετάζονται αφορούν, για παράδειγμα, τα επίπεδα της ντοπαμίνης, ενώ οι θεωρίες που αφορούν και εξετάζουν την έλλειψη ύπνου και τη γήρανση ανήκουν στην κατηγορία θεωριών με στοιχεία που έχουν παρατηρηθεί. Οι συγκεκριμένοι φαρμακολογικοί παράγοντες και οι θεωρίες που τους σχετίζουν με το παραλήρημα, ανήκουν στη κατηγορία των στοιχείων τα οποία βασίζονται στην εμπειρία. Ωστόσο, δεν είναι ακόμη σαφές με ποιο μηχανισμό προκαλείται το παραλήρημα και πως εξηγείται στα πλαίσια της παθοφυσιολογίας (MacLulich et al., 2008).

## **4.2 Παραλήρημα σε ασθενείς που νοσηλεύονται σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας**

Οι ασθενείς οι οποίοι χρειάστηκε να νοσηλευτούν σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας χρειάζεται αρκετά συχνά να έρθουν αντιμέτωποι με το παραλήρημα κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους. Το ποσοστό των ασθενών που έχει εμφανίζει παραλήρημα κατά τη διάρκεια της παραμονής του στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας είναι αρκετά μεγάλο. Το παραλήρημα επηρεάζει το επίπεδο της κατάστασης της υγείας του ασθενή κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του αλλά και αργότερα, κατά τη διάρκεια της αποκατάστασής του. Έτσι, είναι ύψιστης σημασίας η αναφορά στην αιτιολογία, στους παράγοντες κινδύνου, καθώς και στην αντιμετώπιση του παραληρήματος (Jackson & Khan, 2015).

### **4.2.1 Επιπολασμός παραληρήματος σε ασθενείς της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας**

Για να γίνει κατανοητή η σημασία του παραληρήματος σε ασθενείς που νοσηλεύονται στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας είναι αναγκαία η αναφορά στα ποσοστά που προκύπτουν έπειτα από εκτεταμένες έρευνες της επιστημονικής κοινότητας. Σύμφωνα με την έρευνα των McNicoll et al. (2003), το ποσοστό των ασθενών το οποίο εμφάνισε παραλήρημα κατά τη

διάρκεια της νοσηλείας του στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας ήταν 70%. Στη συγκεκριμένη έρευνα χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος αξιολόγησης CAM (Confusion Assessment Method). Παρ' όλα αυτά, υπάρχει και η μέθοδος αξιολόγησης ICDSC (Intensive Care Delirium Screening Checklist) και η CAM-ICU (Confusion Assessment Method για τη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας), η οποία χρησιμοποιείται κυρίως σε ασθενείς που δεν έχουν ικανότητα ομιλίας. Άλλες έρευνες που έχουν ακολουθήσει επιβεβαίωσαν το συγκεκριμένο ποσοστό, αφού σε γενική ομολογία η εμφάνιση παραληρήματος στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας κυμαίνεται από 60-80% (van den Boogaard et al., 2012; Girard, Pandharipande & Ely, 2008).

#### **4.2.2 Αιτιολογικοί Παράγοντες και Παράγοντες Κινδύνου παραληρήματος σε ασθενείς της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας**

Για να κατανοηθεί περαιτέρω η ύπαρξη του παραληρηματικού συνδρόμου στο περιβάλλον της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας, είναι ύψιστης σημασίας να διαχωριστούν οι αιτιολογικοί παράγοντες αυτού. Αρχικά, η εμφάνιση παραληρήματος μπορεί να οφείλεται σε βασικούς αιτιολογικούς παράγοντες οι οποίοι είναι η προϋπάρχουσα άνοια, η προϋπάρχουσα υπέρταση, ο αλκοολισμός, το στερητικό σύνδρομο, η ηλικία του ασθενή, η προϋπάρχουσα κατάθλιψη, το κάπνισμα (εξαιτίας της έλλειψης νικοτίνης που βιώνει κατά τη νοσηλεία του) καθώς και διαφόρων ειδών συννοσηρότητες. Οι συγκεκριμένοι αιτιολογικοί παράγοντες δεν σχετίζονται μεμονωμένα με το περιβάλλον της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας και κατά συνέπεια θεωρούνται “βασικοί” (Zaal et al., 2015).

Εντούτοις, παρατηρούνται γεγονότα και καταστάσεις, καθώς και χειρισμοί κατά τη διάρκεια νοσηλείας των ασθενών στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας τα οποία φαίνεται να σχετίζονται με το παραληρηματικό σύνδρομο και ίσως να το προκαλούν. Έτσι, η επόμενη κατηγορία αιτιολογικών παραγόντων αφορά τους ιατρογενείς παράγοντες και αυτούς που σχετίζονται με τη νοσηλεία του ασθενή. Οι παράγοντες κινδύνου οι οποίοι δεν είναι τροποποιήσιμοι αφορούν τη γενική κατάσταση υγείας του ασθενή καθώς και την πιθανότητα μηχανικού αερισμού, επείγουσας εγχείρησης, οργανικής ανεπάρκειας και κώματος. Επιπλέον, κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του στη Μονάδα και λόγω της σοβαρής κατάστασης της υγείας του ο ασθενής μπορεί να βιώσει υποξία, μεταβολικές διαταραχές, διαταραχές ηλεκτρολυτών, επιληπτικές κρίσεις, αφυδάτωση, υπερθερμία και οξείες λοιμώξεις. Οι διαταραχές, λοιπόν, αυτές έχουν μελετηθεί και έχουν αποδειχθεί έμμεσα ή άμεσα σχετιζόμενες με το παραληρηματικό σύνδρομο. Μία ακόμη συνιστώσα εμφάνισης παραληρήματος είναι ο τύπος και η δοσολογία φαρμακευτικής αγωγής που λαμβάνει ο εκάστοτε ασθενής. Εξαιτίας της ικανότητας τροποποίησης της συγκεκριμένης, η επιστημονική κοινότητα έχει μελετήσει αρκετά την τελευταία δεκαετία τη σχέση των φαρμάκων με την παρουσίαση του παραληρήματος. Τα πιο σημαντικά φάρμακα τα οποία σχετίζονται με το παραλήρημα είναι τα αναισθητικά και τα αναλγητικά, τα οποία χρησιμοποιούνται σε μεγάλο βαθμό στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (Jackson & Khan, 2015). Τα συγκεκριμένα, λειτουργούν κατά κύριο λόγο μεταβάλλοντας το επίπεδο των νευροδιαβιβαστών κατά μήκος του εγκεφάλου. Σύμφωνα με ερευνητικές ομάδες, οι οποίες μελέτησαν αυτή την ιδιότητα, θεωρείται ότι υπάρχει η πιθανότητα η μεταβολή των επιπέδων των νευροδιαβιβαστών να λειτουργεί και ως πρωταρχικός μηχανισμός για την ανάπτυξη παραληρήματος. Οι βενζοδιαζεπίνες, σε υψηλές δόσεις, δηλαδή άνω των 15mg, έχουν αποδειχθεί ότι συνδέονται με το παραλήρημα. Πιο συγκεκριμένα, η λοραζεπάμη, η οποία ανήκει στην κατηγορία των βενζοδιαζεπινών και δρα ως αγχολυτικό, αποτελεί ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου για τη μετάβαση σε παραληρηματικό σύνδρομο. Η φαιντανύλη, η προποφόλη και η μορφίνη αναφέρθηκαν επίσης σε αρκετές έρευνες ως αίτια παραληρήματος (Zaal et al., 2015)

Κατά τη νοσηλεία στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, οι ασθενείς μπορεί να εμφανίσουν συμπτώματα παραληρήματος τα οποία σχετίζονται με στερητικό σύνδρομο. Η παρουσία στερητικού συνδρόμου οφείλεται είτε σε αλκοόλ, είτε σε κάποια φαρμακευτική ουσία. Οι φαρμακευτικές ουσίες αφορούν παράνομα ή συνταγογραφούμενα φάρμακα τα οποία λάμβαναν οι ασθενείς για εκτεταμένο χρονικό διάστημα ή φάρμακα τα οποία χορηγούνται ως μέσο φροντίδας κατά τη νοσηλεία τους στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. Ασθενείς που παρουσιάζουν στερητικό σύνδρομο το οποίο αφορά τις φαρμακευτικές ουσίες που περιλαμβάνει η θεραπεία τους, είναι ασθενείς οι οποίοι εκτέθηκαν για μεγάλο χρονικό διάστημα σε οπιοειδή και αναισθητικά. Επιπλέον, η παρατεταμένη χρήση βενζοδιαζεπινών αυξάνει τις πιθανότητες παρουσίας παραληρήματος, ιδιαίτερα όταν η αγωγή διακόπτεται απότομα (Pisani et al., 2009). Άλλες φαρμακευτικές ουσίες οι οποίες μπορούν να προκαλέσουν συμπτώματα στέρησης και ως επακόλουθο παραλήρημα, είναι η δεξμεδετομιδίνη (dexmedetomidine), ένας εκλεκτικός αγωνιστής των άλφα-2 υποδοχέων με συμπαθητικολυτική δράση μειώνοντας την έκλυση νοραδρεναλίνης στις απολήξεις του συμπαθητικού νεύρου, η μιδαζολάμη (midazolam), η οποία είναι ένα παράγωγο της ομάδας των ιμιδαζοβενζο-διαζεπινών με κατασταλτική και υπναγωγό ενέργεια, καθώς και η προπροφόλη (Van Rompaey et al., 2008).

Η στέρηση του ύπνου ή η απώλεια του κιρκάδιου ρυθμού είναι ένας δυνητικά τροποποιήσιμος παράγοντας κινδύνου ο οποίος σχετίζεται με τις συνθήκες του περιβάλλοντος. Ασθενείς με κρίσιμη ασθένεια έχουν σοβαρή στέρηση ύπνου και διακοπή της δομής του ύπνου. Κατά μέσο όρο επιτυγχάνεται περίπου 2 ώρες ύπνος κάθε 24 ώρες. Οι αιτίες της στέρησης ύπνου στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας αποτελείται από υπερβολικό θόρυβο και φωτισμό, δραστηριότητες φροντίδας ασθενών, συνέπειες της κρίσιμης ασθένειας, μηχανικό αερισμό και ηρεμιστικά ή αναλγητικά φάρμακα (Zaal et al., 2015). Είναι γνωστό ότι η διαταραχή της διάρκειας και της ποιότητας του ύπνου έχει επιβλαβείς επιδράσεις στη σύνθεση πρωτεϊνών, στην κυτταρική ανοσία, και στην ενεργειακή δαπάνη που έχει ως αποτέλεσμα καρδιοπνευμονικές και γνωστικές επιδράσεις, ωστόσο η σχέση μεταξύ ύπνου και παραληρήματος κατά τη διάρκεια νοσηλείας στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας δεν έχει αποδειχθεί ακόμη. Άλλοι παράγοντες κινδύνου οι οποίοι αφορούν το περιβάλλον του ασθενή είναι ο χρόνος νοσηλείας στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, η έλλειψη ηλιακού φωτός, η έλλειψη οπτικό-ακουστικών ερεθισμάτων και η ελάχιστη επαφή ή επίσκεψη από συγγενικά πρόσωπα (Jackson & Khan, 2015).

Το 2012 ο Van den Boogard και συνεργάτες του εξέτασαν 1613 διαδοχικούς ασθενείς σε ένα μόνο νοσοκομείο στην Ολλανδία και ανέπτυξαν ένα μοντέλο πρόβλεψης για την ανάπτυξη παραληρήματος χρησιμοποιώντας 10 παράγοντες κινδύνου: ηλικία, APACHE-II βαθμολόγηση (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II), ομάδα εισαγωγής, κώμα, λοίμωξη, μεταβολική οξέωση, χρήση ηρεμιστικών και μορφίνης, συγκέντρωση ουρίας και επείγουσα εισαγωγή. Το σύστημα βαθμολόγησης εγκρίθηκε προσωρινά στο ίδιο κέντρο και επικυρώθηκε εξωτερικά με 894 άλλους ασθενείς σε 4 πρόσθετα κέντρα εντός της Ολλανδίας. Το μοντέλο χρησιμοποιεί 10 παράγοντες κινδύνου που είναι άμεσα διαθέσιμοι εντός 24 ωρών από την εισαγωγή στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας και έχει αποδειχθεί ότι διαθέτει υψηλή προγνωστική ικανότητα (Van den Boogard et al., 2012).

#### **4.2.3 Παθογένεια και Αιτιολογία παραληρήματος σε ασθενείς της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας**

Οι θεωρίες σχετικά με την παθογένεια του παραληρήματος βασίζονται στους παράγοντες κινδύνου. Ένας από τους πιο κοινούς συσχετισμούς είναι η σοβαρότητα της ασθένειας και της σήψης. Η εγκεφαλοπάθεια που σχετίζεται με τη σήψη είναι αρκετά κοινή με

επικράτηση έως και 32% (Salluh et al., 2010). Το παραλήρημα στη σήψη θεωρείται ότι μεσολαβεί μέσω φλεγμονωδών κυτοκινών και ενδοτοξινών (McGrane et al., 2011). Αυξημένη συχνότητα παραληρήματος σχετίζεται με υψηλούς συστηματικούς φλεγμονώδεις δείκτες σε ασθενείς με σηψαιμία, συμπεριλαμβανομένης της C-αντιδρώσας πρωτεΐνης (CRP), της κορτιζόλης και της ιντερλευκίνης 8 (IL-8) και της ιντερλευκίνης 6 (IL-6). (Zhang et al., 2014; Alexander et al., 2014)

Άλλες υποθέσεις σχετικά με το παραλήρημα στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, περιλαμβάνουν μεταβολές στα νευροδιαβιβαστικά επίπεδα στο κεντρικό νευρικό σύστημα. Κάποιοι από τους νευροδιαβιβαστές που εμπλέκονται είναι η ακετυλοχολίνη και οι μονοαμίνες (ντοπαμίνη, νορεπινεφρίνη και σεροτονίνη. Η θεωρία ότι η ακετυλοχολίνη διαμεσολαβεί στην εξέλιξη του παραληρήματος υποστηρίζεται από το κλινικό εύρημα ότι τα αντιχολινεργικά φάρμακα συνήθως προκαλούν αλλοιώσεις της συνείδησης. Πολλοί από τους παράγοντες κινδύνου, όπως τα αναισθητικά και τα οπιοειδή, είναι γνωστό ότι επηρεάζουν την απελευθέρωση της ακετυλοχολίνης και τη διαθεσιμότητα των μετασυναπτικών υποδοχέων. Η νευροαπεικόνιση έδειξε επίσης ότι περιοχές με υψηλή σύνθεση ακετυλοχολίνης έχουν αλλοιώσεις κατά τη διάρκεια του παραληρήματος, υποδεικνύοντας έτσι μειωμένη ικανότητα του εγκεφάλου να συνθέσει επαρκή επίπεδα ακετυλοχολίνης. Η φλεγμονή στον εγκέφαλο προάγει ένα χολινεργικό έλλειμμα μέσω διαφόρων οδών, συμπεριλαμβανομένης της ισχαιμίας, καθώς και πιο άμεσες επιδράσεις φλεγμονωδών μεσολαβητών. Δοκιμές με αναστολείς χολινεστεράσης για την πρόληψη και θεραπεία του παραληρήματος είχαν αρνητικά αποτελέσματα, αναδεικνύοντας τον πολύπλοκο και πολυπαραγοντικό χαρακτήρα της διαταραχής. Η θεωρία ότι η ντοπαμίνη συνδέεται με την εμφάνιση παραληρήματος στηρίζεται στην παρατήρηση ότι οι αγωνιστές της ντοπαμίνης, όπως τα αντιχολινεργικά, αυξάνουν τον κίνδυνο παραληρήματος και ότι η αλοπεριδόλη και τα άτυπα αντιψυχωσικά που ανταγωνίζονται ντοπαμίνη έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικά για τη θεραπεία του παραληρήματος.

#### **4.2.4 Συμπτώματα παραληρήματος σε ασθενείς της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας**

Το παραλήρημα είναι ένα σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από την οξεία έναρξη της εγκεφαλικής δυσλειτουργίας με μια μεταβολή ή διακύμανση της αρχικής πνευματικής κατάστασης, της απροσεξίας και είτε της αποδιοργανωμένης σκέψης, είτε ενός τροποποιημένου επιπέδου συνείδησης. Τα βασικά χαρακτηριστικά του παραληρήματος είναι: διαταραγμένο επίπεδο συνείδησης (δηλαδή, μειωμένη σαφήνεια και ευαισθητοποίηση), με μειωμένη ικανότητα εστίασης, διατήρησης ή να μεταβολής της προσοχής, και είτε μια γνωστική αλλαγή (δηλαδή, έλλειψη μνήμης, αποπροσανατολισμός, διαταραχή γλώσσας), είτε ανάπτυξη μιας διαταραχής της αντίληψης (δηλαδή ψευδαισθήσεις, παραληρητικές ιδέες) (Zaal et al., 2012). Άλλα συμπτώματα που συνήθως σχετίζονται με το παραλήρημα περιλαμβάνουν διαταραχές του ύπνου, ανώμαλη ψυχοκινητική δραστηριότητα και συναισθηματικές διαταραχές (δηλαδή φόβος, άγχος, θυμός, κατάθλιψη, απάθεια, ευφορία). Οι ασθενείς με παραλήρημα μπορεί να είναι ταραγμένοι (υπερενεργητικό παραλήρημα), ήρεμοι ή ληθαργικοί (υποενεργητικό παραλήρημα), ή μπορεί να κυμαίνονται μεταξύ των δύο τύπων. Το υπερνεργητικό παραλήρημα συνδέεται με ψευδαισθήσεις και παραληρητικές ιδέες, ενώ το υποενεργητικό παραλήρημα χαρακτηρίζεται συχνότερα από σύγχυση, και συχνά αποτυγχάνει να διαγνωστεί σε ασθενείς της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας (Pun, & Ely, 2007).

#### **4.2.5 Αρνητικά Αποτελέσματα**

Πολλές μελέτες έχουν δείξει ότι οι ασθενείς που αναπτύσσουν παραλήρημα βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο για ανεπιθύμητες εκβάσεις τόσο κατά τη διάρκεια νοσηλείας τους στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας όσο και στη μετέπειτα ζωή τους (Salluh et al., 2010). Ο κίνδυνος είναι ανεξάρτητος από την προϋπάρχουσες συννοσηρότητες, σοβαρότητα της ασθένειας, ηλικία και άλλες παραλλαγές που μπορεί να είναι απλώς συσχετιστικές. Σύμφωνα με τους Barr et al. (2013), η παρουσία παραληρήματος κατά τη διάρκεια νοσηλείας στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας σχετίζεται με αυξημένη θνησιμότητα, εκτεταμένη διάρκεια παραμονής στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας αλλά και γενικότερα νοσοκομειακής διαμονής και γνωστική εξασθένηση. Επιπλέον, αυξάνεται σημαντικά και το κόστος νοσηλείας.

### **4.3 Πρόληψη και Θεραπεία του παραληρήματος**

Οι επαγγελματίες της Εντατικής φροντίδας προσπαθούν να καταλάβουν ποιες πτυχές του παραληρήματος είναι προβλέψιμες, ανιχνεύσιμες και θεραπεύσιμες, εξαιτίας των αρνητικών αποτελεσμάτων που εμφανίζονται ως συνέχεια αυτού. Η θεραπεία του παραληρήματος στηρίζεται αρχικά στη διαχείριση της επικείμενης νόσου. Παρ' όλα αυτά, η καθυστέρηση της αντιμετώπισης του παραληρήματος φαίνεται ότι σχετίζεται με αρνητικά αποτελέσματα στη γενική κατάσταση υγείας του ασθενή (Heymann et al., 2010). Γενικά, η διέγερση και οι ψευδαισθήσεις αντιμετωπίζονται με συμπτωματολογική θεραπεία. Σύμφωνα με τη μελέτη των Van den Boogard et al. (2012), το παραλήρημα μπορεί να προβλεφθεί εφόσον οι επαγγελματίες υγείας λάβουν υπόψιν τους και εξετάσουν τους παράγοντες κινδύνου, οι οποίοι σχετίζονται με το παραλήρημα, σε κάθε ασθενή.

#### **4.3.1 Μη-φαρμακευτική πρόληψη και θεραπεία του παραληρήματος**

Η πρόληψη του παραληρήματος μπορεί να επιτευχθεί μόνο μέσω της ελαχιστοποίησης των τροποποιήσιμων παραγόντων κινδύνου και την αντιμετώπιση της υπάρχουσας νοσηρότητας. Σε μελέτη η οποία δεν αναφέρθηκε σε ασθενείς της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας, η τροποποίηση του παράγοντα κινδύνου οδήγησε σε σχετική μείωση κατά 40% στην ανάπτυξη παραληρήματος. Οι τροποποιήσεις περιλαμβάνουν επαναλαμβανόμενο αναπροσανατολισμό των ασθενών, επαναλαμβανόμενη παροχή γνωστικών διεγερτικών δραστηριοτήτων για τους ασθενείς, πρωτόκολλο μη φαρμακολογικού ύπνου, πρόωρη κινητοποίηση, έγκαιρη αφαίρεση καθετήρων και φυσικών περιορισμών, χρήση γυαλιών και μεγεθυντικών φακών, βοηθημάτων ακοής, επαρκή ενυδάτωση, χρήση προγραμματισμένων πρωτοκόλλων πόνου και ελαχιστοποίηση περιττών θορύβων και ερεθισμάτων. Άλλες μελέτες αναφέρθηκαν σε αποτελεσματικές παρεμβάσεις, οι οποίες περιλάμβαναν μια προληπτική καθημερινή διαβούλευση των γηριάτρων και τη συνδρομή των μελών της οικογένειας, οι οποίοι τοποθετούσαν οικεία αντικείμενα στο δωμάτιο, κάτι το οποίο βοήθησε με τον προσανατολισμό του ασθενή. Βέβαια, οι μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις βρίσκονται ακόμη σε ερευνητικό επίπεδο και η αποτελεσματικότητά τους δεν είναι δεδομένη. Μολαταύτα, λόγω της πολυπαραγοντικής φύσης του παραληρήματος η προσέγγιση του είναι αναγκαίο να είναι και αυτή πολυπαραγοντική. Τέλος, όσον αφορά μεμονωμένα τη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας και τους ασθενείς της, η μη-φαρμακευτική αντιμετώπιση του παραληρήματος προτείνεται να περιλαμβάνει ένα πρόωρο πρόγραμμα κινητοποίησης, τη χρήση ωτοασπίδων, τη μείωση του φωτός της νύχτας και του θορύβου, με αυξημένη έκθεση στο φως της ημέρας και ένα πρόγραμμα αναπροσανατολισμού (Tabet & Howard, 2009).

#### **4.3.2 Φαρμακευτική πρόληψη του παραληρήματος**



Οι μελέτες σχετικά με τη φαρμακευτική πρόληψη του παραληρήματος δεν είναι πολλές. Παρ' όλα αυτά, βασίζονται στη παθογένεια του παραληρήματος, έτσι είναι λογικό να προτείνουν την αποφυγή φαρμάκων όπως τα αντιψυχωσικά, τους αγωνιστές άλφα-2-υποδοχέων, τις στατίνες, τα κορτικοστεροειδή και τους αναστολείς χολινεστεράσης. Επιπλέον, όπως είναι ευρέως γνωστό τα αναισθητικά φάρμακα είναι αρκετά αναγκαία στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, όμως μελέτες έχουν δείξει ότι συνεχόμενη καταστολή με οποιοδήποτε παράγοντα οδηγεί σε περισσότερο χρόνο στον αναπνευστήρα καθώς και στην αύξηση της θνησιμότητας. Η μείωση της χρήσης φαρμάκων, ιδιαίτερα των ηρεμιστικών και των βενζοδιαζεπινών, μπορεί επίσης να οδηγήσει σε μείωση της επίπτωσης του παραληρήματος. Η ταραχή που προκαλείται εξαιτίας το πόνου μπορεί να οδηγήσει σε περισσότερα ηρεμιστικά που θα μπορούσε να καταλήξει σε αύξηση της πιθανότητας παραληρήματος. Γενικά, η αποφυγή των φαρμάκων που έχουν αποδειχθεί ότι συμβάλλουν στην εμφάνιση παραληρήματος θα μπορούσε να αποτελεί αποτελεσματική στρατηγική για την αντιμετώπιση του παραληρήματος. Στη συγκεκριμένη περίπτωση, η χορήγηση βενζοδιαζεπινών έχει τις ισχυρότερες ενδείξεις ως παράγοντας κινδύνου για το παραλήρημα (Zaal et al., 2015).

#### **4.3.3. Φαρμακευτική θεραπεία του παραληρήματος**

Η φαρμακευτική θεραπεία του παραληρήματος βασίζεται κυρίως σε κλινική εμπειρία. Μία θεωρία είναι ότι τα αντιψυχωσικά μπορούν να αποτελέσουν θεραπεία. Γεγονός που συμβαίνει εξαιτίας της συσχέτισης του παραληρήματος με αυξημένη ντοπαμινεργική δραστηριότητα και μειωμένη χολινεργική δραστηριότητα. Η αλοπεριδόλη (haloperidol) είναι ένας ισχυρός ανταγωνιστής της ντοπαμίνης και έτσι, ένα ταχείας δράσεως νευροληπτικό, που ανήκει στην ομάδα των βουτυροφαινονών και έχει μεγάλο φάσμα δράσης. Πιο πιθανός τρόπος δράσεως θεωρείται ο αποκλεισμός των υποδοχέων D2 της ντοπαμίνης. Η συγκεκριμένη ιδιότητα φαίνεται να συσχετίζεται θετικά με τη θεραπευτική της αποτελεσματικότητα. Ακόμη, η εμφάνιση εξωπυραμιδικών συμπτωμάτων και η αύξηση της προλακτίνης οφείλεται στην αντιντοπαμινεργική της δράση. Η αλοπεριδόλη αποτελεί αντιψυχωσικό πρώτης γενιάς, ή αλλιώς ανήκει στην κατηγορία τυπικών αντιψυχωσικών και χρησιμοποιείται συχνά για την αντιμετώπιση του παραληρήματος σε ασθενείς που νοσηλεύονται στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (Meagher, 2001). Η χορήγηση είναι ενδοφλέβια και ακολουθεί το παρακάτω σχήμα δοσολογίας: Μια δόση φόρτισης 2 mg ενδοφλέβια, η οποία μπορεί να επαναληφθεί κάθε 20 λεπτά αν η διέγερση επιμένει, με χαμηλότερη δόση σε ηλικιωμένους ασθενείς. Όταν το παραλήρημα ελέγχεται, μπορεί να δοθεί δόση συντήρησης τακτικά κάθε 4-6 ώρες για μερικές ημέρες, σύμφωνα με τα συμπτώματα. Ενώ δεν υπάρχουν στοιχεία ότι η αλοπεριδόλη μειώνει τη διάρκεια του παραληρήματος, διαπιστώθηκε ότι μειώνει τη διέγερση. Μη τυπικά αντιψυχωσικά έχουν μελετηθεί κατά καιρό, με σκοπό να αντικαταστήσουν την αλοπεριδόλη και ίσως να αποτελέσουν μια πιο αποτελεσματική θεραπεία για το παραλήρημα, με λιγότερες παρενέργειες. Η ολανζαπίνη και η κιοετιαπίνη φαίνεται ότι είχαν θετικά αποτελέσματα, παρ' όλα αυτά μπορούν να χορηγηθούν μόνο PEROS. Η δεξαμετρομιδίνη (εκλεκτικός αγωνιστής των άλφα-2 υποδοχέων) φάνηκε να αυξάνει τις μέρες που δεν χρειάζεται αναπνευστική βοήθεια ο ασθενής, αλλά και να μειώνει τη διάρκεια του παραληρήματος (Slooter, Van De Leur, & Zaal, 2017).

# Κεφάλαιο 5 Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες

## 5.1 Γενικά

### 5.1.1 Ορισμός

Η Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες-ΔΜΣ (Post Traumatic Stress Disorder, PTSD) πρόκειται για ένα σύνδρομο που έπεται μιας έκθεσης σε πραγματικό ή απειλητικό για τη ζωή τραυματισμό, ή σε σεξουαλική προσβολή. Το σύνδρομο μπορεί να προκληθεί είτε από μια τραυματική κατάσταση όπου εμφανίζεται ο κίνδυνος θανάτου, είτε από σοβαρό τραυματισμό. Επίσης, συχνά παρατηρείται ότι μπορεί να προκληθεί λόγω βιώματος θανάτου ή εμπειρίας κοντά στον θάνατο κάποιου τρίτου. Η αναγνώριση του συνδρόμου έγινε για πρώτη φορά σε βετεράνους πολέμου από την Αμερικάνικη Ψυχιατρική Εταιρεία (APA) το 1980, η οποία το πρόσθεσε και στο Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών. Ψυχολογικοί και νευροβιολογικοί παράγοντες αλλά και οι μεταξύ τους πολύπλοκες αλληλεπιδράσεις προκαλούν τα σημεία και συμπτώματα της συγκεκριμένης διαταραχής, για παράδειγμα οι αμυγδαλές, ο προμετωπιαίος φλοιός, το μεσολόβιο, ο άξονας υποθαλάμου της υπόφυσης φαίνεται να παρουσιάζουν αλλοίωση στη λειτουργία τους σύμφωνα με έρευνες που έχουν διεξαχθεί (American Psychiatric Association, 2013).

### 5.1.2 Σημεία και Συμπτώματα

Κάποια από τα βασικά χαρακτηριστικά της αντίδρασης του ατόμου μετά από ένα τραυματικό γεγονός, το οποίο πάσχει από ΔΜΣ, είναι το αίσθημα ότι είναι αβοήθητο, η φρίκη και ο φόβος. Η διέγερση και η αποδιοργάνωση είναι πιο συχνή σε νεαρές ηλικίες και παιδιά. Πιο συγκεκριμένα, τα συμπτώματα της διαταραχής περιλαμβάνουν ενοχλητικά όνειρα, επίμονες αναμνήσεις του τραυματικού γεγονότος, εφιάλτες, δυσάρεστες σκέψεις και υπενθυμίσεις του γεγονότος, όπως επίσης και αρνητική, επίμονη συναισθηματική αντίδραση σ' αυτές, ακούσιες σταθερές υπενθυμίσεις και αναδρομές (flashbacks). Είναι σημαντικό, επίσης, να αναφερθεί ότι ο ασθενής μπορεί να αναβιώσει το τραυματικό γεγονός είτε κατά τη διάρκεια του ύπνου, είτε όχι και να θεωρεί ότι συμβαίνει πραγματικά εκείνη τη στιγμή. Συναισθήματα, οσμές, ήχοι του πραγματικού γεγονότος περιλαμβάνονται σε τέτοιες αναβιώσεις. Η εκούσια υπενθύμιση της τραυματικής εμπειρίας και η συζήτηση της συνήθως αποφεύγεται (American Psychiatric Association, 2013).

Επιπλέον συμπτώματα είναι η αντιδραστικότητα και η υπερδιέγερση, καθώς και ο αυτοτραυματισμός και η ευερεθιστότητα. Πολύ συχνά εμφανίζονται, επίσης, προβλήματα ύπνου, για παράδειγμα αυπνία, όπως και αυξημένη επιφυλακή για κίνδυνο, υπερβολική αντίδραση στο ξάφνιασμα, αδυναμία συγκέντρωσης σε μία συγκεκριμένη εργασία. Η αδυναμία να θυμηθεί ο ασθενής σημαντικές πληροφορίες όσον αφορά το τραυματικό γεγονός είναι ένα πρόβλημα που προκαλεί η ΔΜΣ και αφορά αλλοιώσεις στη γνωστική λειτουργία και στη διάθεση. Η διάθεση επηρεάζεται λόγω επίμονων αρνητικών πεποιθήσεων για τον εαυτό του, για τους άλλους και ίσως και για όλο τον κόσμο που τον περιβάλλει. Αρκετά συχνά, ο ασθενής θεωρεί ότι ο ίδιος είναι υπεύθυνος για το γεγονός το οποίο τον τραυμάτισε ψυχικά και υπερβάλλει για το είδος αλλά και το μέγεθος των συνεπειών του γεγονότος. Η ενοχή και ο φόβος και γενικότερα τα αρνητικά συναισθήματα είναι συχνά συμπτώματα της συγκεκριμένης διαταραχής, αλλά σύμπτωμα αποτελεί, επίσης, και η «ψυχική άμβλυση» ή το «συναισθηματικό μούδιασμα», δηλαδή ο ασθενής χάνει ενδιαφέρον για πράγματα που ήταν

σημαντικά στο παρελθόν και απομακρύνεται από κοινωνικά δρώμενα και κοντινούς του ανθρώπους (Lancaster et al., 2016).

### 5.1.3 Αιτιολογία

Όπως προαναφέρθηκε, η ΔΜΣ μπορεί να προκληθεί από πολλές και διαφορετικές τραυματικές εμπειρίες. Κάποιες ,επιπλέον, είναι η σεξουαλική επίθεση και ο βιασμός, η σωματική βία και η ληστεία, η εμπλοκή και η συμμετοχή σε πολέμους, η τρομοκρατία, η ομηρία, τα βασανιστήρια, η αιχμαλωσία, τα στρατόπεδα συγκέντρωσης, τα τροχαία ατυχήματα αλλά και ατυχήματα με όλα τα μέσα μεταφοράς, οι καταστροφές, η διάγνωση απειλητικής για τη ζωή νόσου και σοβαρή ασθένεια. Στα παιδιά, η παιδική κακοποίηση με όλες τις μορφές μπορεί να προκαλέσει ΔΜΣ. Το κατά πόσο είναι σχετιζόμενα το είδος και η διάρκεια της τραυματικής εμπειρίας με τη σοβαρότητα της διαταραχής είναι ακόμη υπό έρευνα. Παρ' όλα αυτά υπάρχουν, παράγοντες κινδύνου για τη συγκεκριμένη διαταραχή οι οποίοι κατηγοριοποιούνται σε προϋπάρχοντες, σε περιτραυματικούς και σε μετατραυματικούς. Στους προϋπάρχοντες παράγοντες κινδύνου, περιλαμβάνεται το φύλο (το γυναικείο φύλο είναι πιο επιρρεπής σε αγχώδεις διαταραχές, συμπεριλαμβανομένου και της ΔΜΣ) , η προηγούμενη έκθεση σε τραυματικές εμπειρίες, η προ υπάρχουσα ψυχική νόσος, το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό υπόβαθρο, το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο και η έλλειψη ευφυΐας και τέλος το περιβάλλον στο οποίο μεγάλωσε το εκάστοτε άτομο και η παιδική του ηλικία. Για παράδειγμα τα άτομα τα οποία έχουν βρεθεί αντιμέτωπα ήδη μια φορά στη ζωή τους ή και περισσότερες με ένα τραυματικό γεγονός είναι πιο πιθανό να εμφανίσουν ΔΜΣ από κάποιο άτομο το οποίο έρχεται πρώτη φορά αντιμέτωπο με ένα τραυματικό γεγονός. Επίσης, μια υπάρχουσα ψυχική νόσος αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης μετατραυματικού στρες ανεξάρτητα με το αν η πρώτη αντιμετωπίζεται την τρέχουσα χρονική στιγμή ή όχι. Το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο καθώς και η μόρφωση παίζουν σημαντικό ρόλο ,καθώς άτομα με υψηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο και επαρκής μόρφωση ίσως να έχουν πρόσβαση σε δομές και τεχνικές αντιμετώπισης και πρόληψης τέτοιων καταστάσεων. Επίσης, η παιδική ηλικία και τα βιώματα της αποτελούν μείζων παράγοντα όχι μόνο σε παιδιά αλλά και σε ενήλικες, αφού όπως αναφέρθηκε προηγουμένως η παιδική κακοποίηση είναι ένα τραυματικό γεγονός και ιδιαίτερα η συνεχόμενη παιδική κακοποίηση η οποία δεν έχει αντιμετωπιστεί μπορεί να είναι παράγοντας κινδύνου για τη ΔΜΣ αλλά και για άλλα σοβαρά ψυχικά νοσήματα κατά τη διάρκεια της ζωής του ατόμου. Στους περιτραυματικούς παράγοντες περιλαμβάνονται η σοβαρότητα και η φύση της τραυματικής εμπειρίας, για παράδειγμα ο βιασμός και τα βασανιστήρια τα οποία είναι αποτελέσματα ανθρώπινης βίας είναι πιθανόν να αυξήσουν τον κίνδυνο εμφάνισης της ΔΜΣ, αλλά ίσως και τη διάρκεια του. Έτσι, η διαπροσωπική βία αποτελεί τον δεύτερο περιτραυματικό παράγοντα (Perkonig et al., 2000).

Δεν είναι αναγκαίο να βιώσει το άτομο αυτοπροσώπως την τραυματική εμπειρία για να εμφανιστεί ΔΜΣ, μπορεί δηλαδή να βρίσκεται στον ίδιο χώρο ενώ κάποιος άλλος τραυματίζεται ή να ακούσει για αυτήν , φαίνεται, όμως, πως το να το βιώσει ο ίδιος αυξάνει τις πιθανότητες. Ένας ακόμη παράγοντας είναι οι αυξημένοι καρδιακοί παλμοί αμέσως μετά την έκθεση σε ένα τραυματικό γεγονός και τέλος όσον αφορά τους περιτραυματικούς παράγοντες η αποσταθεροποίηση του ατόμου κατά τη χρονική περίοδο στην οποία συνέβη το τραυματικό γεγονός. Η τρίτη και τελευταία κατηγορία παραγόντων κινδύνου ΔΜΣ είναι οι μετατραυματικοί παράγοντες. Σ' αυτούς περιέχεται η παρουσία Οξείας Διαταραχής Άγχους (Acute Stress Disorder), άλλοι στρεσογόνοι παράγοντες, όπως για παράδειγμα οικονομικά προβλήματα ή προβλήματα οικογενειακά, καθώς και δυσάρεστες ή αρνητικές καταστάσεις που επηρεάζουν συναισθηματικά και προκαλούν άγχος στο άτομο. Τέλος, σημαντικό ρόλο παίζει η έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης και πρόσβασης σε κατάλληλες δομές (Yehuda et al., 2015).

### 5.1.4 Ιστορική Αναδρομή

Το 1980 με την έκδοση του DSM-III αναφέρθηκε για πρώτη φορά το PTSD. Η συμπεριφορά και η λειτουργικότητα του ανθρώπου μεταβάλλονται όταν συμβαίνει μία καταστροφή ή σε περίοδο πολέμου και είναι σχετικά γνωστό από την αρχή της ανθρωπότητας. Είναι γεγονός ότι από την αρχαιότητα οι συγγραφείς λογοτεχνίας αναφέρθηκαν σε διαταραχές και τη σχέση αυτών με τραυματικές εμπειρίες (Kucmin et al., 2016).

Το ενδιαφέρον για τη μελέτη των διαφορετικών συμπτωμάτων λόγω μίας τραυματικής εμπειρίας και η σύσταση της ΔΜΣ στην επιστημονική κοινότητα και την ιατρική ήταν αποτέλεσμα του Δευτέρου Παγκόσμιου Πολέμου, του Πολέμου στο Βιετνάμ και του μαζικού ψυχολογικού τραύματος που δημιουργήθηκε μετά απ' αυτούς, καθώς και της συνεργασίας θεραπευτών με θύματα βιασμού. Τα τρία αυτά γεγονότα έχουν σοβαρό ψυχολογικό αντίκτυπο και τράβηξαν το ενδιαφέρον των επιστημόνων και ερευνητών. Από το 1980 όμως, έως και σήμερα, όπου έχει εκδοθεί το DSM-5, έχουν γίνει αρκετές αλλαγές όσον αφορά τα διαγνωστικά κριτήρια. Για παράδειγμα, αναφέρεται ότι δεν είναι απαραίτητο να υπάρχει κίνδυνος θανάτου για να παρουσιαστεί η διαταραχή. Επίσης, παλαιότερα οι επιστήμονες θεωρούσαν ότι πρέπει η τραυματική εμπειρία να είναι ακραία και σπάνια για να παρουσιαστεί διαταραχή, όμως, όπως και αποδείχθηκε αργότερα, ακόμη και τροχαία ατυχήματα, τα οποία είναι αρκετά συχνά, μπορούν να προκαλέσουν ψυχολογικό τραύμα (Eby & Brown, 2010).

Σημαντικό είναι να αναφερθεί, ότι έχει αλλάξει και η κατηγορία στην οποία ανήκει το PTSD, στο Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών-V (DSM-V). Πλέον, ανήκει στην κατηγορία “Διαταραχές που σχετίζονται με το τραύμα και το στρες (Trauma- and Stressor-Related Disorders)” και όχι στις “Αγχώδεις Διαταραχές (Anxiety Disorders)”. (O'Donnell et al., 2014). Εκτός από τη ΔΜΣ, στην καινούργια κατηγορία ανήκουν διαταραχές όπως η διαταραχή αντιδραστικής προσκόλλησης, η οξεία διαταραχή άγχους, η αποδυναμωμένη διαταραχή κοινωνικής εμπλοκής και διαταραχές προσαρμογής. Ανήκουν, δηλαδή, διαταραχές όπου εμφανίζονται έπειτα από δυσμενείς καταστάσεις. Η καινούργια κατηγορία δημιουργήθηκε για να κάνει ευδιάκριτη την ανομοιογένεια των ψυχολογικών επιπλοκών που έχουν άτομα τα οποία έχουν εκτεθεί σε ένα τραυματικό γεγονός. Η αλλαγή κατηγορίας όμως δεν ήταν κάτι που έγινε ξαφνικά. Υπήρχαν σκέψεις και προβληματισμοί όσον αφορά την τοποθέτηση του στις “Αγχώδεις Διαταραχές” από το DSM-III. Το κύριο πρόβλημα ήταν το κυρίαρχο σύμπτωμα της διαταραχής, το οποίο είναι η αναβίωση του τραύματος, και όχι το άγχος ή ο φόβος όπως θα έπρεπε να είναι για να ανήκει στις “Αγχώδεις Διαταραχές”. Σημαντικό είναι, επίσης, το γεγονός ότι παρ' όλο που το άγχος και ο φόβος υπάρχουν ως συμπτώματα στη ΔΜΣ, υπάρχουν και άλλα συναισθήματα τα οποία παίζουν σημαντικό ρόλο στη διατήρηση της συγκεκριμένης διαταραχής. Πολλές μελέτες έχουν δείξει ότι ένα μεγάλο ποσοστό ανθρώπων με ΔΜΣ τείνουν να το εξωτερικεύουν με συμπεριφορές όπως αντικοινωνικότητα, κατάχρηση ουσιών και προβλήματα ελέγχου (Miller et al., 2014).

Παρ' όλο που υπήρχαν σκέψεις ότι η ΔΜΣ ανήκει σε άλλη κατηγορία, η μετακίνηση του αλλού και η απομάκρυνσή του από τις “Αγχώδεις Διαταραχές” ήταν αμφιλεγόμενη. Πράγματι, η ύπαρξη της ΔΜΣ στις “Αγχώδεις διαταραχές” βοήθησε στη δημιουργία εννοιολογικών θεωριών της διαταραχής, αφού αυτές προέρχονταν από συμπεριφορικές θεωρίες που αφορούν τον φόβο και την απομάκρυνση. Επίσης, υπήρξε και πρόοδος όσον αφορά το τραυματικό άγχος και την πορεία του ενώ βρισκόταν στην κατηγορία των “Αγχωδών διαταραχών”. Επιπρόσθετα, οι θεραπείες για τη συγκεκριμένη διαταραχή υποστηρίζεται ότι αναπτύχθηκαν παράλληλα με θεραπείες που αφορούν άλλες διαταραχές άγχους. Όμως, οι αμφιβολίες για την αλλαγή σχετίζονται και προέρχονται από την ετερογένεια που έχει η

ψυχοπαθολογία της ΔΜΣ. Συγκεκριμένα, αναφέρεται και στο DSM-5 ότι σε ορισμένες περιπτώσεις τα συμπτώματα της ΔΜΣ μπορούν να κατανοηθούν καλά σε ένα πλαίσιο το οποίο βασίζεται σε φόβο και άγχος (APA, 2013, σελ. 265). Γεγονός που σημαίνει ότι ο φόβος και το άγχος υπάρχουν απαραίτητα στη ΔΜΣ, παρ' όλα αυτά εξαρτάται με την περίπτωση το κατά πόσο είναι σημαντικά τα συγκεκριμένα συμπτώματα (Zoellner et al., 2013).

Τα παιδιά τα οποία είναι μέχρι 6 ετών έχουν διαφορετικά διαγνωστικά κριτήρια, επίσης, στο DSM-5, κάτι που παλαιότερα δεν ίσχυε, με τις προ απαιτούμενες διαφοροποιήσεις σε σχέση με αυτά των ενηλίκων. Και, τέλος, προστέθηκε ένα καινούργιος διαχωριστικός υπότυπος της ΔΜΣ. Στη συγκεκριμένη περίπτωση, η ΔΜΣ συνοδεύεται από σύμπτωμα αποπροσωπότητας και/ή απορρύθμιση (Miller et al., 2014).

### 5.1.5 Διάγνωση

Η διάγνωση της ΔΜΣ βασίζεται σε ορισμένες προϋποθέσεις. Συγκεκριμένος τύπος και επίπεδο της τραυματικής εμπειρίας είναι προ απαιτούμενο, καθώς και ένας συνδυασμός από τα απαιτούμενα συμπτώματα. Επίσης, χρειάζεται και η απουσία κριτηρίων αποκλεισμού.

Αρχικά, η αιτία απαιτεί έκθεση σε πραγματικό ή απειλούμενο θάνατο, σοβαρό τραυματισμό ή σεξουαλική βία. Αυτά μπορεί να συμβούν με τέσσερις τρόπους. Πρώτον, υπάρχει η άμεση εμπειρία του τραυματικού γεγονότος, δεύτερον η μαρτυρία ενός γεγονότος το οποίο όμως έχει συμβεί σε άλλο άτομο, τρίτον η πληροφορία ότι κάποιο τραυματικό γεγονός συνέβη σε κοντινό πρόσωπο του ατόμου και τέταρτον η συνεχόμενη έκθεση σε αποτρεπτικές πληροφορίες για κάποιο αποτρεπτικό γεγονός (δεν ισχύει για τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης). Στη συνέχεια, είναι απαραίτητη η αναβίωση των τραυματικών γεγονότων μέσω εφιαλτών, ενοχλητικών σκέψεων, αναδρομών στο παρελθόν, έντονης συναισθηματικής δυσφορίας όταν υπάρχει υπενθύμιση του συμβάντος και ισχυρή αντίδραση όταν υπάρχει υπενθύμιση. Η διάγνωση περιλαμβάνει, επίσης, την αποφυγή (Lancaster et al., 2016). Η αποφυγή μπορεί να γίνει με δύο τρόπους. Ο πρώτος είναι η αποφυγή σκέψεων, συναισθημάτων, ή συζητήσεων που σχετίζονται με το γεγονός και ο δεύτερος αποτελείται από αποφυγή ανθρώπων, τοποθεσιών ή δραστηριοτήτων που μπορεί να προκαλέσουν υπενθύμιση του γεγονότος. Απαιτείται η ύπαρξη ενός από τους δύο για τη διάγνωση. Έπειτα, απαιτούνται δύο αρνητικές γνωσιακές και σχετιζόμενες με τη διάθεση αλλοιώσεις. Αυτές μπορεί να είναι η ανικανότητα μνήμης σημαντικών γεγονότων που συνέβησαν κατά τη διάρκεια του τραύματος, η συνεχόμενη αρνητική συναισθηματική κατάσταση, η συνεχόμενη ανικανότητα βίωσης θετικών συναισθημάτων, η επίμονη και υπερβολική αρνητική πεποίθηση για τον εαυτό του, άλλους ή τον κόσμο, η διαστρεβλωμένη άποψη για την αιτία ή τις επιπτώσεις του γεγονότος και τέλος συναισθήματα όπως αυτά της αποξένωσης και αποσύνδεσης (Eby & Brown, 2010).

Δύο συμπτώματα υπερδιέγερσης απαιτούνται επίσης, για παράδειγμα πρόβλημα συγκέντρωσης, προβλήματα στον ύπνο, ευερεθιστότητα και ξεσπάσματα θυμού, αυτοκαταστροφική και ριψοκίνδυνη συμπεριφορά και υπερβολικές αντιδράσεις. Τα συμπτώματα χρειάζεται να διαρκούν τουλάχιστον ένα μήνα έτσι ώστε να μπορεί να γίνει διάγνωση της διαταραχής και η διαταραχή δεν μπορεί να αποδοθεί στα αποτελέσματα από κάποια ουσία ή άλλης ιατρικής κατάστασης (American Psychiatric Association, 2013). Τέλος, όσον αφορά τα διαγνωστικά κριτήρια, χρειάζεται να επισημανθεί ότι τα παιδιά άνω των 12 ετών έχουν παρόμοια συμπτώματα με αυτά των ενηλίκων, όμως σε παιδιά μικρότερης ηλικίας το κλάμα, ο φόβος μήπως χωριστεί από τους γονείς του, οι τρομαγμένες εκφράσεις προσώπου, τα ουρλιαχτά και η παλινδρόμηση είναι χαρακτηριστικές αντιδράσεις τραύματος. Επίσης αναφορικά με τα παιδιά, ο τρόπος που αντιδρούν οι γονείς σε μία κατάσταση καθώς και η

ικανότητα των γονιών να παρέχουν στήριξη παίζουν σημαντικό ρόλο στη ψυχοπαθολογία τους (Rynoos et al., 2009)

### **5.1.6 Πρόγνωση της ασθένειας**

Η ικανότητα προσαρμογής του εκάστοτε ατόμου, η παρουσία ή η απουσία στήριξης, οι δευτερογενείς στρεσογόνοι παράγοντες, άλλες τραυματικές καταστάσεις ή εμπειρίες που έχει βιώσει το άτομο, καθώς και η σοβαρότητα του τραυματικού γεγονότος είναι κάποιοι από τους προγνωστικούς δείκτες της διαταραχής. Άλλοι παράγοντες είναι, επίσης, η παιδική κακοποίηση, ιατρικά προβλήματα και νοσήματα, συναισθηματικές διαταραχές και η αγνόηση άλλων ψυχιατρικών συμπτωμάτων στο παρελθόν. Αρκετά άτομα εμφανίζουν κατάχρηση ουσιών. Για παράδειγμα, η κατάχρηση αναλγητικών φαρμάκων είναι αρκετά συχνή, ανεξάρτητα αν τα αναλγητικά είναι οπιοειδή ή όχι. Επίσης, η χρήση και η εξάρτηση στο αλκοόλ, φαίνεται να είναι αυξημένη σε άτομα με μετατραυματική διαταραχή. Επιπλέον συνέπειες και συννοσηρότητες της ΔΜΣ, είναι και οι διαταραχές της διάθεσης, η διαταραχή πανικού και άλλες αγχώδεις διαταραχές καθώς και διάφορες νευρολογικής φύσεως παθήσεις, όπως η άνοια και η έντονη κεφαλαλγία (Perkonigg et al., 2000).

### **5.1.7 Επιδημιολογία**

Τα περισσότερα άτομα έχουν βιώσει ή θα βιώσουν κάποια στιγμή της ζωής τους ένα ή περισσότερα τραυματικά γεγονότα. Περίπου το 50% των ενηλίκων γυναικών και το 60% των ενηλίκων ανδρών έχουν βιώσει μια τραυματική εμπειρία. Ωστόσο, το ποσοστό αυτών που εμφανίζουν ΔΜΣ είναι μικρότερο του 10%. Σύμφωνα με τους Darves-Bornoz et al. (2008) και τους Atwoli et al. (2013), ο επιπολασμός της ΔΜΣ φαίνεται να είναι παρόμοιος στη Νότια Αφρική (2,3%), την Ισπανία (2,2%) και την Ιταλία (2,4%), ενώ στην Ιαπωνία φαίνεται να είναι χαμηλότερος (1,3%) (Kawakami et al., 2014). Η Βόρεια Ιρλανδία, αντιθέτως, ανέφερε τον υψηλότερο επιπολασμό ΔΜΣ σε διάρκεια ζωής κατά 8,8% (Ferry et al., 2013).

### **5.1.8 Παθοφυσιολογία**

Η ανατομία και η νευροφυσιολογία του εγκεφάλου φαίνεται ότι βιώνει κάποιες αλλαγές οι οποίες οφείλονται στη ΔΜΣ. Για να κατανοηθεί η ΔΜΣ, αρχικά πρέπει να κατανοηθεί πώς επεξεργάζεται ο εγκέφαλος ένα ευρύ φάσμα δοκιμασιών (για παράδειγμα μία σοβαρή ασθένεια ή έναν τραυματισμό). Τέτοιου είδους γεγονότα ενεργοποιούν το “σύστημα συναγερμού” του εγκεφάλου, δηλαδή το σύστημα «πάλης-φυγής» (fight or flight system). Όταν ενεργοποιείται, το σύστημα του υποθαλάμου, των βλεννογόνων και των επινεφριδίων συνεργάζονται ώστε να δώσουν σήμα στο συμπαθητικό σύστημα. Το συγκεκριμένο είναι ένα σύστημα που επικοινωνεί με τα επινεφρίδια και τα εσωτερικά όργανα για να ρυθμίσει βασικές λειτουργίες, όπως η αναπνοή και ο καρδιακός ρυθμός. Τα σήματα αυτά ενεργοποιούν χημική απελευθέρωση διαφόρων ορμονών που σχετίζονται με το στρες και προκαλούν αλλαγές που προετοιμάζουν το σώμα να “υπερασπιστεί” τον εαυτό του (Maeng & Milad, 2017). Για παράδειγμα, αυξάνεται ο καρδιακός ρυθμός και η αναπνοή γίνεται ταχεία, ενώ οι μυς είναι τεταμένοι. Ακόμη και μέρες μετά το γεγονός τα υψηλά επίπεδα ορμονών του στρες παραμένουν προκαλώντας συμπτώματα. Στη ΔΜΣ όμως, τα συμπτώματα επιμένουν τουλάχιστον ένα μήνα μετά. Μία θεωρία υποστηρίζει ότι η κορτιζόλη ενεργοποιεί συνεχόμενα το σύστημα «πάλης-φυγής» ενώ μειώνει τη συνολική λειτουργία του εγκεφάλου (Bailey et al., 2013).

Πιο συγκεκριμένα, τα νοραδρενεργικά, σεροτονικά, ενδογενή κανναβοειδή, οπιοειδή συστήματα καθώς και ο άξονας υποθαλάμου-υπόφυσης των επινεφριδίων σχετίζονται με την παθοφυσιολογία της ΔΜΣ. Το νοραδρενεργικό σύστημα και η σχέση του με τη ΔΜΣ έχει μελετηθεί αρκετά αφού επηρεάζεται η λειτουργία των αμυγδαλών και της σηματοδότησης του φόβου. Πιο συγκεκριμένα οι αμυγδαλές επεξεργάζονται τα συναισθήματα και την αντίδραση στον φόβο. Στα άτομα όμως που πάσχουν από ΔΜΣ φαίνεται ότι είναι πολύ πιο αντιδραστικό σε σχέση με τα άτομα που δεν πάσχουν. Μελέτες έχουν αποδείξει τη συγκεκριμένη θεωρία, για παράδειγμα ήταν αυξημένα τα ποσοστά νοραδρεναλίνης του πλάσματος αφού προηγήθηκαν υπενθυμίσεις του τραυματικού γεγονότος ή κρίση πανικού, όπως επίσης ήταν αυξημένος ο καρδιακός ρυθμός και η αρτηριακή πίεση (Bailey et al., 2013). Επίσης, έρευνες έχουν δείξει ότι άτομα με διαταραχή μετατραυματικού στρες είχαν αυξημένο καρδιακό ρυθμό και συστολική αρτηριακή πίεση πριν από τις υπενθυμίσεις του τραυματικού γεγονότος, κατά τη διάρκεια όμως αυξήθηκαν περαιτέρω και για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα, σε σχέση με άτομα τα οποία δεν είχαν τη διαταραχή (Hendrickson & Raskin, 2016).

Όσον αφορά τους σεροτονεργικούς υποδοχείς, το σύστημα 5-HT εμπλέκεται στη γνωστική λειτουργία, συναισθηματική επεξεργασία και ρύθμιση συμπεριφοράς. Τα τελευταία χρόνια έχουν υπάρξει μελέτες όπου έδειξαν ότι κάποια συμπτώματα που εμφανίζονται στη διαταραχή σχετίζονται με την εμφάνιση μεταβολής στην πυκνότητα υποδοχέα 5-HT<sub>1B</sub>. Το συγκεκριμένο στοιχείο είναι αρκετά σημαντικό για την περαιτέρω κατανόηση της διαταραχής, αφού υποδηλώνει ότι η λειτουργία του υποδοχέα και οι επιπτώσεις σε αυτόν σχετίζονται με την έκθεση στο τραύμα και έτσι μπορεί να δοθεί εξήγηση για ορισμένες συμπεριφορικές, νευρολογικές και ψυχολογικές αλλαγές που εμφανίζονται στη ΔΜΣ (Kelmendi et al., 2017).

Μία έρευνα έδειξε ότι το ανανδαμίδιο (anandamine, επίσης γνωστό και ως AEA), το οποίο είναι νευροδιαβιβαστής λιπαρών οξέων, και ασκεί μεγάλο ποσοστό της δράσης του μέσω των κανναβοειδών υποδοχέων, εμφανίζεται μειωμένο στο πλάσμα στους ασθενείς με ΔΜΣ (Bailey et al., 2013). Εντούτοις, χρειάζονται κι άλλες έρευνες έτσι ώστε να επιβεβαιωθεί και να αξιοποιηθεί η συγκεκριμένη ένδειξη. Οι νευροορμονικές και οι νευροδιαβιβαστικές διαταραχές που εντοπίζονται σε ασθενείς με ΔΜΣ, αφορούν κυρίως τα χαμηλά επίπεδα κορτιζόλης και τα υψηλά επίπεδα του Παράγοντα Απελευθέρωσης της Κορτικοτροπίνης (Corticotropin Releasing Factor-CRF), τα οποία έχουν ως αποτέλεσμα την απελευθέρωση νορεπινεφρίνης από την πρόσθια έλικα του προσαγωγίου (μεταιχμιακό σύστημα) (Hendrickson & Raskin, 2016).

### **5.1.9 Διαφορική Διάγνωση**

Η ΔΜΣ δεν είναι η μόνη διαταραχή που μπορεί να προκληθεί από ένα τραυματικό συμβάν. Άλλες διαταραχές (και δείκτες) που χρειάζεται να ληφθούν υπόψιν είναι η κατάθλιψη (κυριαρχεί χαμηλή διάθεση, έλλειψη ενέργειας, απώλεια ενδιαφέροντος, αυτοκτονικός ιδεασμός), ειδικές φοβίες (ο φόβος και η αποφυγή περιορίζονται σε ορισμένες καταστάσεις), διαταραχές προσαρμογής (λιγότερο σοβαρό άγχος), διαρκής αλλαγή προσωπικότητας μετά από καταστροφική εμπειρία (παρατεταμένη ακραία πίεση), διασχιστική διαταραχή ταυτότητας, νευρολογικές βλάβες λόγω τραυματισμών που υπέστησαν κατά τη διάρκεια του συμβάντος και ψύχωση (ψευδαισθήσεις, παραισθήσεις). Φυσικά, η ΔΜΣ μπορεί, επίσης, να υπάρξει συνυφασμένη με πολλές από τις παραπάνω διαταραχές, ιδιαίτερα με την κατάθλιψη και τις διαταραχές άγχους (Perkonig et al., 2000).

## **5.2 Μετατραυματική Διαταραχή σε ασθενείς που νοσηλεύτηκαν σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας**

Όπως προαναφέρθηκε, η ΔΜΣ μπορεί να προκληθεί από την «έκθεση» σε ένα τραυματικό γεγονός. Το τραυματικό γεγονός μπορεί να είναι και μία κρίσιμη ασθένεια και η νοσηλεία στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους οι ασθενείς αυτοί μπορεί να εμφανίσουν οξύ στρες και μετατραυματικό στρες μετά τη νοσηλεία τους. Οι παράγοντες κινδύνου για ψυχιατρική νοσηρότητα λόγω νοσηλείας στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας διαφέρουν από ασθενή σε ασθενή, όμως το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων που κάποια στιγμή της ζωής τους βίωσαν κάποια κρίσιμη ασθένεια ένιωσαν να απειλείται η ζωή τους. Εκτός αυτού, βίωσαν σε μεγάλο βαθμό σωματικό και ψυχολογικό στρες λόγω των διαδικασιών και του περιβάλλοντος της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας (Cuthbertson et al., 2004).

### **5.2.1 Μέθοδοι Αξιολόγησης της ΔΜΣ σε επιζώντες της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας**

Η αξιολόγηση των ασθενών της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας, καθώς και η διευκρίνιση του επιπολασμού της ΔΜΣ ήταν αρκετά διαδεδομένη την προηγούμενη δεκαετία. Οι πιο γνωστοί μέθοδοι αξιολόγησης είναι τα ερωτηματολόγια τα οποία τα συμπληρώνει μόνος του ο ασθενής και οι διαγνωστικές συνεντεύξεις. Επίσης, ανάλογα με τη μέθοδο αξιολόγησης διαφέρει και η αξιολόγηση του χρόνου εμφάνισης συμπτωμάτων. Στα ερωτηματολόγια οι πιο συχνοί μέθοδοι αξιολόγησης είναι το IER-S (Impact of Events Scale-Revised), το PTSS-10 ( Posttraumatic Symptom Scale-10) ,καθώς και το PCL (PTSD checklist – civilian version). Όσον αφορά της συνεντεύξεις, το CAPS (clinician-administered PTSD scale), είναι ευρέως χρησιμοποιούμενο. Οι μέθοδοι που χρησιμοποιούνται είναι απόφαση του ερευνητή και τα αποτελέσματα από όλες τις μελέτες είναι εξίσου σημαντικά (Jackson et al., 2013).

### **5.2.2 Επιπολασμός ΔΜΣ σε ασθενείς της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας**

Σε μία μελέτη που έγινε στο Nashville των Ηνωμένων Πολιτειών όπου μελετήθηκαν ασθενείς με αναπνευστική ανεπάρκεια ή σοκ και νοσηλεύτηκαν σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, το ποσοστό των επιζώντων που εμφάνισε συμπτώματα ΔΜΣ ήταν 7% (Jackson et al., 2014). Ενώ, σε μία άλλη έρευνα που έγινε στην Ελλάδα και συμμετείχαν ασθενείς από 5 γενικά νοσοκομεία της Αθήνας βρέθηκε ότι η νοσηλεία στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας αυξάνει την πιθανότητα εμφάνισης ΔΜΣ κατά 3,48 φορές συγκριτικά με νοσηλεία σε άλλη κλινική του νοσοκομείου (Ασημακοπούλου & Μαδιανός, 2014). Σε μία ανασκόπηση που πραγματοποιήθηκε, παρατηρήθηκε ότι κλινικά σημαντικά συμπτώματα ΔΜΣ εμφανίστηκαν στο ένα πέμπτο των επιζώντων με κρίσιμη ασθένεια κατά την παρακολούθηση ενός έτους, ενώ σε όλες τις μελέτες της συγκεκριμένης ανασκόπησης, η συχνότητα των συμπτωμάτων ΔΜΣ κυμαινόταν από 4% έως 62% (Parker et al., 2015). Επίσης, αναφέρεται ότι το ποσοστό των ατόμων που εμφανίζουν ΔΜΣ λόγω της διαμονής στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας μπορεί να προσεγγίζει και να ξεπερνάει το 60%, ποσοστό παρόμοιο με αυτό των επιζώντων από φυσική καταστροφή που εμφανίζουν ΔΜΣ. Η παραπάνω συσχέτιση επιβεβαιώνει την τραυματική φύση της νοσηλείας στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας και την ανάγκη για βελτιστοποίηση της συγκεκριμένης εμπειρίας.



### **5.2.3 Αιτιολογία της ΔΜΣ σε ασθενείς που νοσηλεύονται στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας**

Έχει γνωστοποιηθεί ότι η εμπειρία της νοσηλείας σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας είναι τραυματική. Γενικά, έχει υποστηριχθεί ότι οι Μονάδες Εντατικής Θεραπείας είναι από μόνες τους τραυματικές και αυτές που συμβάλλουν κυρίως στη ψυχοπαθολογία. Παρ' όλα αυτά, υπάρχει και η άποψη ότι η ψυχοπαθολογία σχηματίζεται λόγω της αλληλεπίδρασης ενός τραυματισμού ή μίας σοβαρής ασθένειας με τις θεραπείες και το περιβάλλον της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας. Ακόμη είναι αρκετά δύσκολο να προσδιοριστεί αν η ΔΜΣ οφείλεται στην κατάσταση που οδήγησε τον ασθενή να νοσηλευτεί στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, στις συγκεκριμένες θεραπείες της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας ή στο συνδυασμό και των δύο (McGiffin, Galatzer-Levy & Bonanno, 2016).

#### **5.2.3.1 Η Μονάδα Εντατικής Θεραπείας ως μεμονωμένος αιτιολογικός παράγοντας**

Σημαντικό ρόλο έχουν οι θεραπείες και οι ιατρικές παρεμβάσεις που γίνονται στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. Για παράδειγμα, η διάρκεια διαμονής, η διασωλήνωση, ο καθετηριασμός πνευμονικής αρτηρίας, ο σωματικός περιορισμός κατά τη διάρκεια θεραπείας, ο μηχανικός αερισμός, η τραχειοστομία, η αναλγησία και η αναισθησία φαίνεται ότι σχετίζονται με την εμφάνιση ΔΜΣ (Wade et al., 2013).

Αρχικά, ενώ ο χρόνος διαμονής στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας φαίνεται να είναι σοβαρός αιτιολογικός παράγοντας, λίγες είναι οι έρευνες που υποστήριξαν ότι υπάρχει σχέση μεταξύ του χρόνου νοσηλείας και της εμφάνισης ΔΜΣ και συγκεκριμένα κάποιες από τις έρευνες αυτές αφορούσαν ασθενείς με Σύνδρομο Οξείας Αναπνευστικής Δυσχέρειας. Έτσι, ακόμη δεν είναι επιβεβαιωμένο, αν και κατά πόσο η διάρκεια νοσηλείας επηρεάζει και δρα αρνητικά στη ψυχολογία του ασθενή (McGiffin, Galatzer-Levy & Bonanno, 2016).

Ο μηχανικός αερισμός, που χρησιμοποιείται για να διευκολυνθεί η αναπνοή και μπορεί να επιτευχθεί είτε με ενδοτραχειακό σωλήνα, είτε με μέσω τραχειοστομίας, φαίνεται ότι σχετίζεται με αυξημένα επίπεδα ψυχοπαθολογίας σε ασθενείς της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας. Για παράδειγμα ασθενείς ανέφεραν αναμνήσεις στις οποίες ένιωθαν να “πνίγονται” από τον ενδοτραχειακό σωλήνα ή ότι “δεν μπορούσαν να πάρουν αρκετό αέρα”. Ωστόσο, και σε αυτή την περίπτωση τα δεδομένα είναι ανακριβή, αφού τα αποτελέσματα από τις μελέτες έδειξαν ότι ο μηχανικός αερισμός σχετίζεται με ψυχολογικά προβλήματα μικρής χρονικής διάρκειας και όχι μακράς διάρκειας όπως είναι η ΔΜΣ. Παρ' όλα αυτά, ο μηχανικός αερισμός είναι μια ιδιαίτερη περίπτωση. Οι ιδιαιτερότητες είναι η χρονική διάρκεια που χρειάστηκε μηχανικό αερισμό ο ασθενής, καθώς και το αν χρησιμοποιήθηκε αναισθησία ώστε να γίνει αποδεκτός και να μην δημιουργηθούν προβλήματα (συνήθως χρησιμοποιείται) (Weinert & Sprenkle, 2007).

Παλαιότερα, υπήρξαν ενδείξεις για σχέση μεταξύ ΔΜΣ και χρόνου παραμονής σε μηχανικό αερισμό, όμως πιο πρόσφατες έρευνες έδειξαν ότι η σχέση που παρατηρείται είναι είτε πολύ μικρή, είτε ανύπαρκτη. Αρκετό ενδιαφέρον έχει σημειωθεί για την αναισθησία και την αναλγησία (βενζοδιαζεπίνες, προπופόλη και οπιοειδή) και πιο συγκεκριμένα για τον τύπο που χρησιμοποιείται αλλά και για τη διάρκεια. Η αναισθησία είναι αρκετά σημαντική για τη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. Οι περισσότεροι ασθενείς που χρειάζονται εντατική θεραπεία, χρειάζονται επίσης και σοβαρές επεμβατικές τεχνικές, όπως για παράδειγμα η τοποθέτηση

ενδοτραχειακού σωλήνα. Όταν είναι αναγκαίες τέτοιου είδους τεχνικές η αναισθησία διευκολύνει το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, αφού ο ασθενής δεν μπορεί να αρνηθεί και να αποβάλλει τις παρεμβάσεις που είναι απαραίτητες για τη ζωή του. Ωστόσο, ακόμη και αν θεωρηθεί ότι η αναισθησία είναι λιγότερο τραυματική απ' ό,τι να βρίσκεται κάποιος χωρίς καταστολή στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, υπάρχουν δεδομένα που δείχνουν ότι σχετίζεται με κινδύνους. Οι Bienvenu et al. (2013), έδειξαν στην έρευνα τους ότι στους παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση ΔΜΣ μετά από διαμονή στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας ανήκει η δόση της μιδαζολάμης (η οποία ανήκει στις βενζοδιαζεπίνες) και της μορφίνης.

Σε μία άλλη έρευνα, η δόση της λοραζεπάμης (βενζοδιαζεπίνη) φαίνεται ότι σχετίζεται με συμπτώματα ΔΜΣ μετά τη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (Girard et al., 2007). Επίσης, σε μία τυχαία δοκιμή παρατηρήθηκε ότι οι ασθενείς της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας με μεγαλύτερα ποσοστά αναισθησίας ήταν πιο πιθανό να εμφανίσουν συμπτώματα ΔΜΣ (Treggiari et al., 2009). Για την αναισθησία στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας χρησιμοποιούνται και η προποφόλη, η κεταμίνη και ο εκλεκτικός αγωνιστής των άλφα-2 υποδοχέων δεξμεδετομιδίνη. Οι ουσίες αυτές αλληλοεπιδρούν με διάφορα νευροδιαβιβαστικά συστήματα με αποτέλεσμα να εμπλέκονται στη ρύθμιση του συναισθηματικού σχηματισμού της μνήμης. Η χορήγηση κεταμίνης στα πλαίσια της επείγουσας περίθαλψης σχετίζεται με συμπτωματολογία ΔΜΣ, όπως και η προποφόλη που σχετίζεται με αλλαγές στη διάθεση καθώς και αυξημένο ποσοστό τραυματικών μνημών. Σε μία μελέτη που έγινε με αρουραίους με ΔΜΣ εξετάστηκαν οι επιπτώσεις της κεταμίνης, προποπόλης και δεξμεδετομιδίνης στη σταθεροποίηση τραυματικών μνημών. Η αναισθησία της προποπόλης είχε βαθιές επιπτώσεις στον σχηματισμό τραυματικής μνήμης, καθώς τα ζώα εμφάνιζαν μια πολύ ισχυρή και διαρκή μνήμη του τραυματικού γεγονότος δύο εβδομάδες μετά την έκθεσή τους σε αυτό. Η κεταμίνη και η δεξμεδετομιδίνη δεν άλλαξαν τη μακροπρόθεσμη τραυματική μνήμη. Όμως, τόσο η κεταμίνη όσο και η προποφόλη προκάλεσαν επίμονες και έντονες συναισθηματικές δυσλειτουργίες στους αρουραίους. Τα ζώα που έλαβαν αυτά τα δύο φάρμακα αμέσως μετά την έκθεσή στο τραύμα, παρουσίασαν συναισθηματική δυσφορία και κοινωνικό άγχος, καθώς έδειξαν μειωμένο χρόνο στην κοινωνική αλληλεπίδραση δεκαέξι ημέρες αργότερα (Morena et al., 2017). Τα αποτελέσματα αυτά υποδεικνύουν ότι είναι απαραίτητο να διεξαχθούν περισσότερες έρευνες και μελέτες έτσι ώστε να εξακριβωθεί ποιες είναι οι ουσίες που επηρεάζουν και μπορούν να αποτελέσουν αιτία εμφάνισης ΔΜΣ μετά από νοσηλεία στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. Παρ' όλα αυτά, τα δεδομένα δείχνουν ότι η αναισθησία σχετίζεται με τη ΔΜΣ.

Η τραχειοστομία είναι, επίσης, μία τεχνική που χρησιμοποιείται ευρέως σε ασθενείς εντατικής θεραπείας. Οι ασθενείς που υποβάλλονται στη διαδικασία της τραχειοστομίας συνήθως χρειάζονται για μεγάλο χρονικό διάστημα μηχανικό αερισμό ή αντιμετωπίζουν δυσκολία ως προς τη διακοπή αυτού (Wade et al., 2013). Η τραχειοστομία έχει αρκετά πλεονεκτήματα όσον αφορά τη θεραπεία του ασθενή, αφού σχετίζεται με βελτιωμένη αναπνοή, χαμηλά ποσοστά τραυματισμού λάρυγγα, τραχείας και στοματικής κοιλότητας. Επίσης, φαίνεται ότι τα ποσοστά νοσηρότητας και θνησιμότητας είναι ελαττωμένα σε σχέση με ασθενείς χωρίς τραχειοστομία και η διαμονή της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας είναι για μικρότερο χρονικό διάστημα. Σημαντικό είναι ακόμη ότι το κόστος της τραχειοστομίας είναι χαμηλό. Παρ' όλα αυτά, η τραχειοστομία είναι μια επεμβατική διαδικασία η οποία δημιουργεί δυσφορία στον ασθενή και μπορεί να προκαλέσει αρνητικά συναισθήματα και στρες. Ασθενείς έχουν αναφερθεί σε σωματική και ψυχολογική δυσφορία, η οποία όταν προστίθεται με τον πόνο, την αδυναμία επικοινωνίας καθώς και την αλλοιωμένη εικόνα που σχηματίζεται για το σώμα τους λόγω της τραχειοστομίας, μπορεί να αποτελέσει τραυματική εμπειρία (Breckenridge, Chlan, & Savik 2014).

Οι σωματικοί περιορισμοί είναι εξίσου διαδεδομένοι στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. Γεγονός που συμβαίνει εξαιτίας της χρήσης για θεραπεία, παροχών υποστήριξης ζωής, όπως οι αρτηριακοί καθετήρες, οι οποίες δεν πρέπει να αφαιρεθούν. Για να αποτραπεί η προσπάθεια αφαίρεσης τέτοιων παροχών από τους ασθενείς, μπορεί να χρησιμοποιηθεί σωματικός περιορισμός. Ο σωματικός περιορισμός, όμως αναφέρεται από τους ασθενείς ως μία από τις πιο δυσάρεστες αναμνήσεις που έχουν από τη διαμονή τους στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (De Jonghe et al., 2012).

### **5.2.3.2 Ψευδαισθήσεις, παραισθήσεις και ΔΜΣ**

Πολλοί ασθενείς της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας δεν έχουν ανάμνηση από πραγματικά γεγονότα κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους. Έχουν, όμως, έντονες παραληρηματικές αναμνήσεις (για παράδειγμα ότι το προσωπικό προσπαθεί να τους σκοτώσει). Αυτές οι παραληρηματικές αναμνήσεις φαίνονται να σχετίζονται με εμφάνιση συμπτωμάτων ΔΜΣ. Η ΔΜΣ, δηλαδή, τροφοδοτείται από αναμνήσεις οι οποίες δεν είναι πραγματικές και έτσι καθιστά τον πληθυσμό που πάσχει από τη συγκεκριμένη διαταραχή εξαιτίας της νοσηλείας του στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, αρκετά ασυνήθιστο (McGiffin, Galatzer-Levy & Bonanno, 2016).

Σε μία έρευνα που διεξάχθηκε, το 88% των συμμετεχόντων είτε είχε παραληρηματικές αναμνήσεις, είτε δεν ήξερε αν οι τραυματικές αναμνήσεις του ήταν πραγματικά γεγονότα τα οποία συνέβησαν κατά τη διάρκεια της διαμονής του στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (Wade et al., 2014). Οι ασθενείς κατά τη διάρκεια της παραμονής τους στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας αντιμετωπίζουν το πρόβλημα του αποπροσανατολισμού. Οι περισσότεροι (εξαιτίας της καταστολής κατά την εισαγωγή τους) δεν γνωρίζουν πού βρίσκονται. Η καταστολή συνεχίζεται κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους με αποτέλεσμα ο αποπροσανατολισμός να εντείνεται. Όμως, δεν χρησιμοποιείται ο ίδιος βαθμός αναισθησίας σε όλους τους ασθενείς, επίσης υπάρχουν χρονικές στιγμές κατά τις οποίες ο ασθενής δεν βρίσκεται σε καταστολή. Η διάρκεια αυτών των περιόδων εξαρτάται από τη δόση της αναισθησίας που έχει αποφασιστεί να χρησιμοποιηθεί από το ιατρικό προσωπικό. Ακόμη, όμως, και στα διαστήματα κατά τα οποία η αναισθητική δράση εξασθενεί ο ασθενής δεν είναι πλήρως διαυγής. Επιπλέον, προστίθενται σε αυτή την κατάσταση τα προβλήματα επικοινωνίας που αντιμετωπίζει ο ασθενής και ο διακοπτόμενος ύπνος (Jones et al., 2007).

Το γεγονός ότι οι ασθενείς εμφανίζουν συμπτώματα ΔΜΣ, τα οποία σχετίζονται με το παραλήρημα που σχηματίστηκε στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, καθιστά το παραλήρημα παράγοντα κινδύνου. Σε μία ανασκόπηση που εκδόθηκε στο *International Nursing Review*, η συσχέτιση μεταξύ παραληρηματικών αναμνήσεων και συμπτωμάτων ΔΜΣ επιβεβαιώθηκε από τα ευρήματα. Παρ' όλα αυτά, οι αναμνήσεις πραγματικών γεγονότων δεν βρέθηκε να δρουν προστατευτικά κατά των συμπτωμάτων (Kiekkas et al., 2010). Αναφέρεται, βέβαια, ότι οι αναμνήσεις επηρεάζονται από τα συμπτώματα της ΔΜΣ, έτσι συνίσταται να συλλέγονται αναμνήσεις λίγο μετά την έξοδο από τη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας και να αξιολογούνται τα συμπτώματα της ΔΜΣ λίγους μήνες αργότερα (Nouwen et al., 2012).

### **5.2.3.3 Μνήμες**

Για να κατανοηθεί η σημασία και η συμβολή των μνημών στη ΔΜΣ είναι σημαντική η αναφορά στη λειτουργία τους. Είναι γνωστό ότι οι μνήμες είναι "εύπλαστες". Το 1974 η Elisabeth F. Loftus, η οποία είναι ψυχολόγος και ειδικεύεται στην ανθρώπινη μνήμη, διεξήγαγε

μία εκτεταμένη μελέτη η οποία επιβεβαίωσε την “πλαστικότητα” της μνήμης. Μέχρι τότε ήταν γνωστό ότι η διαδικασία κατά την οποία μία σκέψη ορίζεται ως μνήμη ακολουθεί κάποια στάδια. Τα στάδια αυτά είναι η κωδικοποίηση, η ενοποίηση και η αποθήκευση. Μολαταύτα, η επισήμανση της E. Loftus ήταν ότι ψυχολογικός χειρισμός μπορεί να αλλοιώσει ή να συμπληρώσει τις αναμνήσεις σε ένα άτομο. Γεγονός που σημαίνει ότι κατά τη διαδικασία της ανάκλησης της μνήμης, η μνήμη μπορεί να τροποποιηθεί και να επαναποθηκευτεί αλλοιωμένη. Η συγκεκριμένη επισήμανση άλλαξε τελείως τα δεδομένα στην επιστημονική κοινότητα και δημιούργησε καινούργιες προοπτικές (Gardner & Griffiths, 2014).

Πιο αναλυτικά, η μνήμη ορίζεται ως μία διαδικασία κατά την οποία τα βιώματα και οι γνώσεις ενός ατόμου καταγράφονται στο κεντρικό νευρικό σύστημα. Η καταγραφή αυτή ονομάζεται καταχώρηση. Εκεί διατηρείται με ένα μεταβλητό βαθμό μονιμότητας (διατήρηση). Η μνήμη μπορεί να ανακληθεί ή να αποσυρθεί από την αποθήκευση κατά βούληση (Sadock & Sadock, 2015). Η μνήμη έχει διάφορους τύπους όπως η βραχυπρόθεσμη, η μακροπρόθεσμη και η άμεση. Στη βραχυπρόθεσμη μνήμη αποθηκεύονται αρχικά οι μνήμες. Όμως, στο συγκεκριμένο στάδιο η μνήμη μπορεί να “χαθεί”. Ένα γεγονός το οποίο μπορεί να το προκαλέσει είναι η απόσπαση της προσοχής κατά το συγκεκριμένο στάδιο. Η μακροχρόνια μνήμη σχηματίζεται μετά από δομικές αλλαγές που διαδραματίζονται κατά τη διάρκεια των επόμενων ωρών. Για παράδειγμα λαμβάνει χώρα η μακροπρόθεσμη ενίσχυση (long-term potentiation – LTP). Κατά το τελευταίο στάδιο της LTP προκύπτουν καινούργιες και διαρκείς αλλαγές σε νευρωνικό και κυρίως σε συναπτικό επίπεδο γεγονός που οφείλεται σε πρωτεΐνες, οι οποίες εκφράζονται από τους νευρώνες. Ο φαρμακολογικός αποκλεισμός των NMDA υποδοχέων του γλουταμικού, ο οποίος προκαλείται από φάρμακα που χρησιμοποιούνται για την καταστολή των ασθενών, μπορεί να επηρεάσει τη LTP και συνεπώς την αποθήκευση της μνήμης. Οι Walker et al. (2003), απέδειξαν ότι ο ύπνος “προστατεύει” τις μνήμες και τις επαναφέρει. Έδειξαν επίσης ότι κατά την περίοδο ανάκλησης μίας γνώσης, η μνήμη επαναφέρεται σε ασταθές στάδιο και γίνεται ευάλωτη. Η συγκεκριμένη πληροφορία είναι χρήσιμη για την κατανόηση της λειτουργίας της μνήμης ασθενών με ΔΜΣ.

#### **5.2.3.4 Προβλήματα Μνήμης και ΔΜΣ**

Όπως αναφέρθηκε, η κατάσταση της μνήμης των ασθενών της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας μεταβάλλεται και είναι συχνά ευάλωτη. Πολλοί ασθενείς έχουν καθόλου ή αποσπασματική μνήμη της νοσηλείας τους. Σύμφωνα με τους Granja et al. (2008) η απουσία μνήμης φαίνεται να είναι προγνωστικός δείκτης εμφάνισης συμπτωμάτων ΔΜΣ. Ωστόσο, δεδομένου ότι η αμνησία στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας σχετίζεται, επίσης, με μεγαλύτερη διάρκεια διαμονής στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, μεγαλύτερη σοβαρότητα της ασθένειας και περισσότερες προηγούμενες εισαγωγές σε νοσοκομείο, οι συγγραφείς προειδοποίησαν ότι η σχέση μεταξύ της αμνησίας της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας και της ΔΜΣ μπορεί να είναι στατιστικό artifact, και ίσως ανήκει στον αιτιολογικό παράγοντα «σοβαρότητα της ασθένειας».

#### **5.2.3.5 Δημογραφικά Στοιχεία**

Τα επιδημιολογικά δεδομένα σύμφωνα με τη ΔΜΣ υποστηρίζουν ότι το γυναικείο φύλο αποτελεί παράγοντα κινδύνου. Συγκεκριμένα, όμως, για τη ΔΜΣ που σχετίζεται με τη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας τα αποτελέσματα είναι διχασμένα. Σύμφωνα με τους Davydow et al. (2009), δεν βρέθηκε συσχέτιση μεταξύ γυναικείου φύλου και εμφάνισης συμπτωμάτων ΔΜΣ. Παρ’ όλα αυτά, έρευνες έχουν δείξει ότι εμφανίζεται σχέση και με το γυναικείο φύλο αλλά και με τη νεαρή ηλικία. Αναφέρεται, επίσης, ότι ίσως η νεαρή ηλικία να οφείλεται στο γεγονός ότι

χρησιμοποιείται πιο επιθετική θεραπεία σε νεότερα άτομα. Επίσης, φαίνεται ότι η κοινωνικοοικονομική κατάσταση δεν αποτελεί προγνωστικό δείκτη (Wade et al., 2013).

### **5.2.3.6 Ατομικό Ιστορικό**

Στο ατομικό ιστορικό εξετάζονται οι πιθανότητες συσχέτισης της ΔΜΣ μετά τη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας με την προηγούμενη νοσηρότητα από αγχώδεις διαταραχές, και συγκεκριμένα με κατάθλιψη και γενικευμένο άγχος. Παρατηρείται ότι σε πολλές έρευνες έχουν αποκλειστεί τα άτομα με προηγούμενη διαταραχή. Γεγονός που συμβαίνει επειδή τα συγκεκριμένα άτομα δύναται να έχουν προηγούμενα ψυχολογικά τραύματα και τραυματικές εμπειρίες και έτσι κατά την αξιολόγηση για τη ΔΜΣ μπορεί να αξιολογηθούν και αυτά, ενώ το ζητούμενο είναι να αξιολογηθούν μόνο τα τραύματα τα οποία έχουν δημιουργηθεί εξαιτίας της νοσηλείας στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. Εντούτοις, στην πραγματικότητα ποσοστό των ατόμων αυτών πάσχει από ΔΜΣ εξαιτίας της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας, και είναι σημαντικό για την πρόληψη και τη θεραπεία να διευκρινιστεί κατά πόσο προηγούμενη ψυχική νόσος αποτελεί παράγοντα κινδύνου. Σύμφωνα με τις έρευνες που έχουν ασχοληθεί με την παράμετρο, τα αποτελέσματα υποστήριξαν στο μεγαλύτερο ποσοστό ότι προηγούμενη ψυχική ασθένεια σχετίζεται με αυξημένο ποσοστό εμφάνισης συμπτωμάτων ΔΜΣ. Πιο συγκεκριμένα, ιστορικό κατάθλιψης αναφέρεται ότι αποτελεί παράγοντα κινδύνου. Οι Bienvenu et al. (2013) κατέληξαν στο συγκεκριμένο συμπέρασμα στην έρευνα τους, όπως και οι Davydow et al. (2009). Γενικότερα, τα αποτελέσματα αυτά είναι αναμενόμενα, αφού το ιστορικό ψυχικής ασθένειας αποτελεί παράγοντα κινδύνου για εμφάνιση επόμενης ψυχικής διαταραχής.

### **5.2.3.7 Σοβαρότητα της ασθένειας**

Οι ασθενείς που χρειάζεται να νοσηλευτούν στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας πάσχουν από κάποιο σοβαρό νόσημα, βίωσαν κάποιο τραυματισμό ή νοσηλεύονται μετά από χειρουργείο. Γεγονός που σημαίνει ότι η κατάσταση τους σωματικά είναι αρκετά κρίσιμη. Ωστόσο, έχει ερευνηθεί και το γεγονός να σχετίζεται ο βαθμός σοβαρότητας της ασθένειας με την εμφάνιση ΔΜΣ.

Για τη μελέτη της σχέσης χρησιμοποιείται η κλίμακα θνησιμότητας για τη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. Η κλίμακα ονομάζεται APACHE II score. Το APACHE II score χρησιμοποιείται κατά την εισαγωγή του ασθενή στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας και προβλέπει τα ποσοστά θνησιμότητας που έχει ανάλογα με την κατάσταση του. Παρ' όλα αυτά το APACHE II score δεν συνιστάται να καθοδηγεί τη θεραπεία ή να επηρεάζει τη διαχείριση του περιστατικού. Για τον υπολογισμό χρησιμοποιούνται τα εξής δεδομένα: Ιστορικό σοβαρής ανεπάρκειας οργάνου ή ανοσοκαταστολής (καρδιακή ανεπάρκεια κατηγορίας IV, κίρρωση, χρόνια πνευμονική νόσο ή αιμοκάθαρση), ηλικία, θερμοκρασία σώματος, μέση αρτηριακή πίεση, pH, καρδιακός ρυθμός/παλμός, ρυθμός αναπνοής, νάτριο, κάλιο, κρεατινίνη, αιματοκρίτης, κλίμακα Γλασκώβης, FiO<sub>2</sub> (Fraction of inspired oxygen). (Knaus et al., 1985). Σύμφωνα με μία έρευνα η αύξηση στην κλίμακα APACHE κατά μία μονάδα συνδέεται με αύξηση της πιθανότητας εμφάνισης ΔΜΣ κατά 14% (Ασημακοπούλου & Μαδιανός., 2014). Όμως, σε μία μετά - ανάλυση που πραγματοποιήθηκε αργότερα από τους (Parker et al., 2015) δεν βρέθηκε κάποια σημαντική συσχέτιση.

### **5.2.3.8 Στρατηγικές προσαρμογής και αντιμετώπισης στρεσογόνων καταστάσεων**

Εκτός από τους παράγοντες κινδύνους που επισημάνθηκαν, τα τελευταία χρόνια στρέφεται το ενδιαφέρον και στην ικανότητα του εκάστοτε ατόμου να προσαρμοστεί και να αντιμετωπίσει τις καταστάσεις και τα γεγονότα (Maeng & Milad, 2017). Τα δεδομένα αυτά βρίσκουν εφαρμογή γενικότερα στη ψυχοπαθολογία που σχηματίζεται μετά τη νοσηλεία στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, έτσι σχετίζονται και με τη ΔΜΣ. Για παράδειγμα οι διαφορές στις στρατηγικές αντιμετώπισης και η γνωστική εκτίμηση διαφέρει από άτομο σε άτομο. Παρόμοια συμβαίνει, επίσης, και με τη συναισθηματική ρύθμιση και ευελιξία, όπως και με άλλες μεταβλητές της προσωπικότητας. Ωστόσο, και ενώ έχει αποδειχθεί ότι τα στοιχεία αυτά της προσωπικότητας επηρεάζουν το πώς θα ανταποκριθεί το άτομο σε έναν στρεσογόνο παράγοντα, ακόμη δεν έχει μελετηθεί η σχέση τους με τη ΔΜΣ μετά από διαμονή στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. Παρ' όλα αυτά, θα μπορούσε να περιληφθεί σε επόμενες έρευνες και μελέτες (Erb, Jackson & Jutte, 2015).

### **5.2.3.9 Γενετικά αποτελέσματα**

Αν και γενετικά δεν υπάρχει κάποια μεταβολή που μπορεί να πραγματοποιηθεί, ορισμένες έρευνες μελέτησαν την περίπτωση να σχετίζεται η πιθανότητα εμφάνισης ΔΜΣ μετά από νοσηλεία στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας με κάποια γενετική ιδιαιτερότητα (Hauer et al., 2011). Στην μία έρευνα τα αποτελέσματα έδειξαν, ότι ασθενείς με συμπτώματα ΔΜΣ ήταν ομόζυγοι για ένα μονονουκλεοτιδικό πολυμορφισμό (single nucleotide polymorphism-SNP) του γονιδίου του γλυκοκορτικοειδούς υποδοχέα. Τα συγκεκριμένα δεδομένα και άλλα όμοια του μπορούν να συμβάλλουν κυρίως στην αναγνώριση ασθενών που βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο να εμφανίζουν ΔΜΣ μετά τη νοσηλεία τους στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (Davydow et al., 2014).

### **5.2.4 Συμπτώματα**

Γενικά, για τη Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες, τα κύρια συμπτώματα με τα οποία έρχεται αντιμέτωπος ο ασθενής είναι η επίμονη αναβίωση των τραυματικών γεγονότων, αποφυγή καταστάσεων και ερεθισμάτων που σχετίζονται ή υπενθυμίζουν το τραυματικό γεγονός και υπερδιέγερση. Τα συμπτώματα αυτά προκαλούν προβλήματα απόδοσης στην κοινωνική, επαγγελματική ζωή και γενικότερα στην καθημερινότητα του ατόμου. Εκτός από τα βασικά συμπτώματα της διαταραχής ο ασθενής μπορεί να εκφράσει αντικοινωνική συμπεριφορά, να βιώσει κρίσεις πανικού ή ακόμη να βιώσει ψευδαισθήσεις και παραισθήσεις. Εξίσου σημαντικά συμπτώματα, είναι η βίαιη συμπεριφορά και επιθετικότητα, η έλλειψη ελέγχου, η αδυναμία ελέγχου των παρορμήσεων του και η εμφάνιση διαταραχών που αφορούν εξάρτηση από ουσίες. Τα ίδια συμπτώματα εμφανίζουν και αντιμετωπίζουν οι ασθενείς που πάσχουν από ΔΜΣ, εξαιτίας της νοσηλείας τους στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (Marra, Pandharipande & Patel, 2017).

Πιο συγκεκριμένα, οι ασθενείς αυτοί εμφανίζουν φόβο, ο οποίος αφορά την επανάληψη της ιατρικής κατάστασης και της νόσου. Επιπλέον, φόβος εμφανίζεται και αφορά την επανάληψη της νοσηλείας τους και ιδιαίτερα στο περιβάλλον της εντατικής θεραπείας. Ο φόβος δεν περιορίζεται στην προηγούμενη κατάσταση που οδήγησε στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, αλλά περιλαμβάνει και οποιαδήποτε άλλη νόσο ή δυσλειτουργία που θα μπορούσε να απαιτεί εντατική φροντίδα ή νοσηλεία. Τα συμπτώματα τα οποία σχετίζονται με την αποφυγή ερεθισμάτων που υπενθυμίζουν το τραυματικό γεγονός είναι κυρίως η άρνηση συζήτησης της ιατρικής κατάστασης ή νόσου. Εκτός αυτού, παρατηρείται συχνά η αποφυγή αντιμετώπισης δυσκολιών της καθημερινότητας (Marra, Pandharipande & Patel, 2017). Κοινό

χαρακτηριστικό των ασθενών με ΔΜΣ μετά από νοσηλεία στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας αποτελεί, επίσης, και η ανησυχία για τη συζήτηση ενδεχόμενων σημείων ή συμπτωμάτων μιας πιθανής ιατρικής πάθησης με αρμόδιους υγείας. Οι ασθενείς οι οποίοι εμφανίζουν το παραπάνω σύμπτωμα είναι πιθανό να μην αναζητήσουν ιατρική βοήθεια γενικότερα. Για παράδειγμα, είναι πιθανό να παραλείψουν κρίσιμες ιατρικές εξετάσεις ή προγραμματισμένα ιατρικά ραντεβού. Στη συγκεκριμένη περίπτωση, ελλοχεύει ο κίνδυνος καθυστερημένης διάγνωσης νοσημάτων και ως επακόλουθο καθυστέρηση ή απουσία θεραπευτικής αγωγής και μεγαλύτερη σοβαρότητα χρόνιων παθήσεων (Erb, Jackson & Jutte, 2015).

Επίσης, οι ασθενείς με ΔΜΣ μετά τη διαμονή τους στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας αναβιώνουν τραυματικές μνήμες από τη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. Η αναβίωση τραυματικών μνημών μπορεί να συμβεί κατά τη διάρκεια εφιαλτών. Οι τραυματικές μνήμες που έχουν από τη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας πολλές φορές δεν αφορούν πραγματικά αλλά παραληρηματικά γεγονότα. Το περιεχόμενο των παραληρηματικών αναμνήσεων περιλαμβάνει απόπειρες δολοφονίας από το προσωπικό, φυλάκιση, ύπαρξη σε ξένη χώρα και στραγγαλισμό. Κάποιοι ασθενείς έχουν τη δυνατότητα να αναγνωρίσουν το είδος των αναμνήσεων τους και να συνειδητοποιήσουν ότι η ανάμνηση μπορεί να προέρχεται από το παραλήρημα που βίωσαν κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους. Παρ' όλα αυτά η ανάκληση τους και η επίμονη αναβίωση τους εξαιτίας της ΔΜΣ, καθιστά της παραληρηματικές μνήμες εξίσου τραυματικές με κάποιο άλλο πραγματικό γεγονός που οδήγησε σε ΔΜΣ (Marra, Pandharipande & Patel, 2017).

Η αντικοινωνική συμπεριφορά αποτελεί ακόμη ένα σύμπτωμα της διαταραχής, το οποίο παρατηρείται και στη ΔΜΣ μετά από νοσηλεία στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. Ένας σημαντικός αριθμός ασθενών παρουσιάζει αντικοινωνική συμπεριφορά και αποξένωση όταν επιστρέφει στην καθημερινότητα του (Marra, Pandharipande & Patel, 2017). Πολύ συχνά, παρατηρείται, επίσης, επιθετική ή βίαιη συμπεριφορά σε οικεία πρόσωπα και συγγενείς μετά τη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. Το συγκεκριμένο γεγονός δυσχεραίνει την κατάσταση του ασθενή, αφού η μοναχικότητα εντείνει τις ψυχικές διαταραχές. Τέλος, η εξάρτηση από ουσίες παρατηρείται σε ασθενείς με Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες εξαιτίας της νοσηλείας τους στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας και είναι αρκετά επικίνδυνη για τη μετέπειτα πορεία της διαταραχής αλλά και της συνολικής υγείας του ατόμου (Parker et al., 2015).

### **5.2.5 Οξύ μετατραυματικό στρες**

Το οξύ μετατραυματικό στρες μπορεί να εμφανιστεί και να χαρακτηρίσει την έξοδο του ασθενή από τη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. Αποτελεί έναν από τους αιτιολογικούς παράγοντες της Διαταραχής Μετατραυματικού Στρες μετά από νοσηλεία στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, καθώς και προγνωστικό δείκτη της διαταραχής. Αρχικά, το οξύ μετατραυματικό στρες (Acute Stress Disorder) περιλαμβάνει τα ίδια διαγνωστικά κριτήρια με τη ΔΜΣ. Αναλυτικότερα, είναι απαραίτητο για τη διάγνωση το άτομο να έχει βιώσει τουλάχιστον ένα τραυματικό γεγονός. Επιπλέον, περιλαμβάνονται συμπτώματα επίμονης αναβίωσης των τραυματικών γεγονότων (flashbacks), εφιαλτικών ονείρων, έντονων σκέψεων που αφορούν το γεγονός. Στο συγκεκριμένο σημείο προστίθενται η υπερδιέγερση και η αποφυγή ερεθισμάτων τα οποία υπενθυμίζουν το γεγονός. Σε αντίθεση με τη ΔΜΣ, κατά την οποία απαιτείται η διάρκεια των συμπτωμάτων να είναι τουλάχιστον ένας μήνας, στο Οξύ Μετατραυματικό Στρες τα συμπτώματα πρέπει να παρουσιάζονται από δύο ημέρες έως τέσσερις εβδομάδες (American Psychiatric Association, 2013). Στην περίπτωση που τα συμπτώματα επιμένουν και μετά τις τέσσερις εβδομάδες, τότε γίνεται διάγνωση για ΔΜΣ (Erb, Jackson & Jutte, 2015).

### **5.3 Θεραπεία ΔΜΣ**

Η θεραπεία της Διαταραχής Μετατραυματικού Στρες αποτελείται από τη συνεργασία φαρμακευτικής αγωγής και ψυχοθεραπείας. Οι αρχικές ενέργειες των επαγγελματιών υγείας σε ασθενείς με ΔΜΣ είναι η παροχή υποστήριξης και ενημέρωσης (Eby & Brown, 2010). Ο ασθενής χρειάζεται να συζητήσει για την τραυματική του εμπειρία και να ενημερωθεί για τη διαταραχή που αντιμετωπίζει. Έπειτα, είναι απαραίτητο να παρέχεται εκπαίδευση στους ασθενείς σχετικά με τη διαταραχή και τις στρατηγικές αντιμετώπισης της. Έκτος από την εκπαίδευση όμως, το θεραπευτικό πλάνο περιλαμβάνει φαρμακευτική αγωγή και ψυχοθεραπεία (Horn & Feder, 2018).

#### **5.3.1 Συνδυαστική Θεραπεία**

Η συνδυαστική θεραπεία, δηλαδή η χρήση ψυχοθεραπείας και φαρμακευτικής αγωγής εξαρτάται από τη ψυχιατρική νόσο και τη συμμόρφωση του ασθενή. Σε μείζων ψυχικές διαταραχές, τα ψυχοτρόπα φάρμακα τα οποία χορηγούνται ελαττώνουν τα συμπτώματα επιθετικότητας και άγχους και έτσι βελτιώνεται η ικανότητα της επικοινωνίας. Εφόσον τα συμπτώματα αυτά έχουν ελαττωθεί, ο ασθενής μπορεί να συμμετέχει στη διαδικασία της ψυχοθεραπείας και να επωφεληθεί από αυτήν. Σε διαφορετικές διαταραχές, όπως η Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες, η συνδυαστική θεραπεία πραγματοποιείται όταν μεμονωμένα η ψυχοθεραπεία δεν καταφέρνει να ελαττώσει συμπτώματα τα οποία δημιουργούν πρόβλημα στη λειτουργικότητα του ασθενή (Hetrick et al., 2015). Αναλυτικότερα, σε περιπτώσεις όπου τα συμπτώματα είναι αρκετά επίμονα, είναι απαραίτητη η βελτίωση της λειτουργικότητας του ατόμου σε σύντομο χρονικό διάστημα, κάτι που επιτυγχάνεται με τη χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής. Γενικά, η ψυχοθεραπεία ωφελεί τη φαρμακοθεραπεία, και αντίστροφα. Τα πλεονεκτήματα μιας συνδυαστικής θεραπείας για τον ασθενή και την αντιμετώπιση της διαταραχής του είναι αρκετά. Για παράδειγμα, ο ασθενής μέσω της συνδυαστικής θεραπείας μπορεί να συμμορφωθεί πιο εύκολα με τη φαρμακευτική του αγωγή και να ελαττωθεί η πιθανότητα υποτροπής του. Επιπλέον, εξαιτίας της συνδυαστικής θεραπείας επιτυγχάνεται μια καλύτερη και πιο συχνή παρακολούθηση της κλινικής εικόνας, καθώς και της πορείας της διαταραχής. Έτσι, μπορεί να βελτιωθεί η λειτουργικότητα και η κοινωνικότητα του εκάστοτε ασθενή (Sadock & Sadock, 2015).

#### **5.3.2 Ψυχοθεραπεία**

Για τη θεραπεία της Διαταραχής Μετατραυματικού Στρες είναι αναγκαία η ψυχοθεραπεία η οποία εστιάζει στο τραύμα. Η ψυχοθεραπεία γενικά είναι μία διαδικασία η οποία απαιτεί χρόνο και δέσμευση, εξού και η αποτελεσματικότητά της εξαρτάται από την ενημέρωση και την αποδοχή του ασθενή για την κατάσταση της ψυχικής του υγείας. Επιπρόσθετα, η ψυχοθεραπεία ασθενών οι οποίοι έχουν βιώσει μία τραυματική εμπειρία είναι πρόκληση και για τους επαγγελματίες ψυχοθεραπευτές. Οι ασθενείς αυτοί είναι αρκετά ευάλωτοι και η θεραπεία που θα επιλεγεί χρειάζεται να είναι εξατομικευμένη. Επιπλέον, η διαδικασία υπενθύμισης και αναβίωσης των τραυματικών γεγονότων μπορεί καταπιέσει και να αναστατώσει τον ασθενή, έτσι απαιτείται προσοχή και διακριτικότητα. Οι πιο συχνές μέθοδοι ψυχοθεραπείας ασθενών με ΔΜΣ είναι η συμπεριφορική, η γνωστική και η τεχνική της ύπνωσης (Sadock et al., 2015).

Η συμπεριφορική ψυχοθεραπεία βασίζεται στην ελάττωση της δυσλειτουργίας του ατόμου και διασφάλιση της ποιότητας της ζωής. Γεγονός που μπορεί να επιτευχθεί μέσω της



αλλαγής της συμπεριφοράς του ασθενή. Η συμπεριφορά του ασθενή απαρτίζεται από ενέργειες και αντιδράσεις, οι οποίες εξαρτώνται από την κατάσταση στην οποία βρίσκεται. Απαραίτητο εφόδιο για τη συμπεριφορική θεραπεία είναι η ανάλυση της συμπεριφοράς του ατόμου, έτσι ώστε να παρατηρηθούν και τα εξακριβωθούν τα σημεία που είναι δυσλειτουργικά και να σχεδιαστεί ένα πλάνο μέσα στο οποίο ο ασθενής θα τα συνειδητοποιήσει και θα καταβάλλει προσπάθειες για να τα μεταβάλλει (Kirkpatrick & Heller, 2014).

Η γνωστική ψυχοθεραπεία βασίζεται στη συνεργασία μεταξύ θεραπευτή και ασθενή. Πρόκειται για μία θεραπεία που διαρκεί μικρό χρονικό διάστημα (περίπου 25 εβδομάδες) και στοχεύει στην αναγνώριση των τρέχων προβλημάτων και στην αποτελεσματική διόρθωση και αντιμετώπιση. Είναι αναγκαίο για την επιτυχία της συγκεκριμένης θεραπείας ο ασθενής και ο θεραπευτής να επικοινωνούν έτσι ώστε να πραγματοποιηθούν οι θεραπευτικοί στόχοι. Ο κύριος στόχος είναι η αναγνώριση των γνωστικών αλλοιώσεων που μπορεί να έχει το εκάστοτε άτομο. Συνήθως, η γνωστική θεραπεία είναι ατομική, ωστόσο υπάρχουν περιπτώσεις όπου η ομαδική θεραπεία είναι αποτελεσματική. Επίσης, η γνωστική θεραπεία ελαττώνει την πιθανότητα εμφάνισης θεραπευτικής εξάρτησης. Γεγονός που συμβαίνει εξαιτίας της μικρής διάρκειας της. Αντίθετα όμως, η συμμόρφωση στη θεραπεία μπορεί να επηρεαστεί από προβλήματα τα οποία χαρακτηρίζουν τους ασθενείς με ΔΜΣ, όπως για παράδειγμα οι παρανοϊκές σκέψεις και η έλλειψη εμπιστοσύνης (Bourdon et al., 2018). Για την καταπολέμηση της ΔΜΣ χρησιμοποιείται αρκετά ο συνδυασμός συμπεριφορικής και γνωστικής ψυχοθεραπείας (Watkins, Sprang & Rothbaum, 2018). Σε μία έρευνα που πραγματοποιήθηκε οι ασθενείς που έλαβαν συνδυασμό συμπεριφορικής και γνωστικής ψυχοθεραπείας αμέσως μετά τη διάγνωση τους παρουσίασαν σημαντική βελτίωση όσον αφορά τα συμπτώματα της ΔΜΣ (Macdonald et al., 2016).

Για την αποτελεσματική ψυχοθεραπεία της ΔΜΣ, ο θεραπευτής πρέπει να λαμβάνει υπόψιν του συγκεκριμένα βήματα έτσι ώστε να επέμβει στη κρίση που αντιμετωπίζει ο ασθενής. Αυτά τα βήματα επικεντρώνονται στην αποδοχή των γεγονότων που έχουν προκαλέσει το τραύμα και στην απομάκρυνση των ασθενών από την πηγή που προκαλεί άγχος. Επιπλέον, η ψυχοθεραπεία που σχετίζεται με τραύμα μπορεί να επιτευχθεί με διάφορες ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις. Μία προσέγγιση είναι η έκθεση στο τραύμα. Ο ασθενής βιώνει τα συναισθήματα που έχει προκαλέσει στον ίδιο η τραυματική εμπειρία μέσω τεχνικών που διεγείρουν τη μνήμη ή μέσω της επαφής του με ερεθίσματα που του προκαλούν φόβο. Η τεχνολογία έχει ανακαλύψει έναν τρόπο με τον οποίο ο ασθενής μπορεί να έρθει σε επαφή με τέτοιου είδους ερεθίσματα, μέσω της εικονικής πραγματικότητας (Virtual Reality) (Rizzo & Shilling, 2017).

Μία διαφορετική προσέγγιση επικεντρώνεται στη διαχείριση του άγχους. Ο ασθενής εκπαιδεύεται να χρησιμοποιεί τεχνικές έτσι ώστε να αντιμετωπίζει καταστάσεις που προκαλούν δυσάρεστα συναισθήματα. Η απευαισθητοποίηση και επανεπεξεργασία της κίνησης των οφθαλμών (eye movement desensitization and reprocessing- EMDR) αποτελεί επίσης μία ψυχοθεραπευτική προσέγγιση για τη ΔΜΣ. Αποτελέσματα έχουν δείξει ότι η συγκεκριμένη τεχνική είναι αρκετά αποτελεσματική. Βασίζεται στις σακκαδικές κινήσεις του οφθαλμού (ταχείες οφθαλμικές κινήσεις). Αναλυτικότερα, πραγματοποιείται μέσω της συγκέντρωσης του ασθενή στο δάχτυλο του θεραπευτή, το οποίο κινείται πλαγίως, ενώ παράλληλα σκέφτεται την τραυματική του εμπειρία. Τέλος, η ύπνωση είναι μία τεχνική η οποία βελτιώνει την συγκέντρωση και τη διαδικασία της νοητικής απεικόνισης. Παράλληλα, καταφέρνει να ελαττώσει για τη συγκεκριμένη χρονική στιγμή την περιφερική ευαισθητοποίηση (Bisson et al., 2013).

### 5.3.3 Φαρμακοθεραπεία

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (World Health Organization-WHO) δεν συνιστούν φαρμακευτική αγωγή ως θεραπεία πρώτης γραμμής για τη ΔΜΣ, παρ' όλα αυτά η Αμερικάνικη Ψυχιατρική Εταιρεία (American Psychiatric Association) προτείνει τη χορήγηση εκλεκτικών αναστολέων επαναπρόσληψης σεροτονίνης (SSRIs- Selective Serotonin Reuptake Inhibitor), οι οποίοι έχουν αντικαταθλιπτική δράση. Τα φάρμακα αυτά αναστέλλουν, κυρίως, την επαναπρόσληψη της σεροτονίνης και χρησιμοποιούνται αποδεδειγμένα ως θεραπεία για τη ΔΜΣ, εξαιτίας της αποτελεσματικότητάς τους και των αξιολογήσεων ασφαλείας που έχουν πραγματοποιηθεί. Τα SSRIs, δεν ελαττώνουν μόνο τα συμπτώματα της ΔΜΣ τα οποία παρουσιάζονται ή είναι όμοια με αυτά άλλων διαταραχών, αλλά ελαττώνουν όλα τα είδη συμπτωμάτων της ΔΜΣ (Kirkpatrick & Heller, 2014). Ένα φάρμακο που ανήκει στη κατηγορία των SSRIs και χρησιμοποιείται για τη θεραπεία της ΔΜΣ είναι η σετραλίνη (Zoloft), το οποίο εκτός από τη ΔΜΣ χορηγείται και σε διαταραχή πανικού, κοινωνική φοβία, ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή και τέλος μπορεί να χορηγηθεί σε γυναίκες οι οποίες έχουν υπάρξει θύματα βίας και βιασμού. Η παροξετίνη (Paxil, Paxeva) είναι επίσης SSRI και φάρμακο εκλογής για τη ΔΜΣ. Εκτός από αναστολέας επαναπρόσληψης της σεροτονίνης, έχει, επίσης, επίδραση στην επαναπρόσληψη της νορεπινεφρίνης και της ντοπαμίνης. Προτείνεται και για διαφορετικές διαταραχές όπως η κατάθλιψη, η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, η κοινωνική φοβία και η διαταραχή πανικού. Ένας ακόμη αναστολέας επαναπρόσληψης της σεροτονίνης είναι η φλουοξετίνη (Prozac) (Steckler & Risbrough, 2012).

Τα τρικλυκικά (όπως η ιμιπραμίνη και η αμιτριπυλίνη) είναι μια κατηγορία που μπορεί να φανεί επίσης χρήσιμη για τη ΔΜΣ, όπως είναι και οι αποκλειστές των β αδρενεργικών υποδοχέων (Beta-blockers). Η προπρανολόλη (Inderal) έχει φανεί ότι μπορεί να διαχωρίσει την κατάσταση της συμπαθητικής διέγερσης της ανάμνησης και να ελαττώσει την ανάκληση της μνήμης και την αντίδραση σε κάποιο ερέθισμα (Gardner & Griffiths, 2014). Παρ' όλα αυτά δεν είναι αποδεδειγμένα φάρμακα εκλογής για τη Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες. Έχει μελετηθεί εξίσου και η πραζοσίνη (α αδρενεργικός ανταγωνιστής), με σημαντική ελάττωση των εφιαλτών. Όμως και στη συγκεκριμένη, δεν υπάρχει απόδειξη έτσι ώστε να αποτελεί φάρμακο εκλογής. Όσον αφορά τα αντιψυχωσικά φάρμακα και τα φάρμακα όπως η αλοπεριδόλη (Hardol) δεν φαίνεται να υπάρχει κάποια πιθανότητα χρησιμότητας σε διαταραχές όπως η ΔΜΣ.

# Κεφάλαιο 6 Ο ρόλος του νοσηλευτή

## 6.1 Ο ρόλος του νοσηλευτή στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας

Εξαιτίας της πολυπλοκότητας και της ιδιαιτερότητας των ασθενών της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας, το νοσηλευτικό προσωπικό το οποίο απαρτίζει τη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας διαφέρει από το νοσηλευτικό προσωπικό άλλων τμημάτων του νοσοκομείου. Γενικά, ο νοσηλευτής της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας, εξειδικεύεται στην παροχή φροντίδας σε βαρέως πάσχοντες. Εξαιτίας αυτού, απαιτείται ο συνδυασμός γνώσεων, δεξιοτήτων και ανθρωπίνων αξιών (Williams, Schmollgruber & Alberto, 2006).

Η φροντίδα των ασθενών με κρίσιμη νόσο απαιτεί εξειδικευμένη γνώση και εκπαίδευση, παρατηρητικότητα, ενεργητικότητα, αποφασιστικότητα, ψυχραιμία, αυτοκυριαρχία και συνεργατικότητα. Αυτό συμβαίνει λόγω της αναγκαιότητας αντιμετώπισης επειγόντων καταστάσεων, διεκπεραίωση απαιτητικών διαδικασιών και αξιολόγηση περίπλοκων και εξειδικευμένων πληροφοριών. Έτσι, το νοσηλευτικό προσωπικό χρειάζεται να πληροί όλες τις προϋποθέσεις και να μπορεί να ανταποκριθεί αυτόνομα και ταχέως σε απαιτητικές καταστάσεις (Williams, Schmollgruber & Alberto, 2006).

Εκτός από τη γενική φροντίδα του ασθενή, ο νοσηλευτής της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας απαιτείται να βρίσκεται σε θέση να χειρίζεται και να επιβλέπει προηγμένο τεχνολογικό εξοπλισμό, όπως για παράδειγμα τα μηχανήματα συνεχούς καταγραφής ζωτικών σημείων (monitors). Γίνεται, λοιπόν, αντιληπτό ότι τα καθήκοντα του νοσηλευτή της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας περιλαμβάνουν, εκτός από την καταγραφή και τη μέτρηση βασικών παραμέτρων, την αναγνώριση, γνώση και άμεση αντιμετώπιση όλων των απαιτητικών προβλημάτων που μπορεί να παρουσιάσει οποιαδήποτε στιγμή ο ασθενής, αφού κάθε αλλαγή της κατάστασης υγείας μπορεί να προκαλέσει κίνδυνο για την ζωή του. Έτσι, στα προσόντα του νοσηλευτή της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας προστίθενται η επιστημονική κατάρτιση, οι κλινικές δεξιότητες οι οποίες αφορούν το περιβάλλον της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας και τις τεχνικές που μπορεί να χρειαστούν και η εξοικείωση με εξειδικευμένο τεχνολογικό εξοπλισμό (Αδάμου et al., 2011).

### 6.1.1 Κλινικές Δεξιότητες του Νοσηλευτή στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας

Οι κλινικές δεξιότητες που απαιτούνται από τους νοσηλευτές που εργάζονται σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας περιλαμβάνουν αρχικά την συνεχόμενη παρακολούθηση των ζωτικών σημείων των ασθενών. Στην πλειονότητά τους, οι ασθενείς που νοσηλεύονται σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας, χρειάζονται ωριαία παρακολούθηση και μέτρηση των ζωτικών τους σημείων. Σε αυτό το σημείο γίνεται κατανοητή η βασική διαφορά σε σχέση με ασθενείς οι οποίοι νοσηλεύονται σε άλλες κλινικές του νοσοκομείου (Williams, Schmollgruber & Alberto, 2006).

Το νοσηλευτικό προσωπικό απαιτείται να βρίσκεται σε θέση να ελέγχει συνεχώς τα ζωτικά σημεία των ασθενών και να παρεμβαίνει όταν είναι απαραίτητο. Η παρακολούθηση των συστημάτων του ανθρωπίνου σώματος σε ασθενείς της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας αποτελείται από την παρακολούθηση του καρδιαγγειακού συστήματος, μέσω της μέτρησης του καρδιακού ρυθμού, της αρτηριακής πίεσης και της κεντρικής φλεβικής πίεσης. Ο νοσηλευτής που εργάζεται σε Μονάδας Εντατικής Θεραπείας χρειάζεται, επίσης, να διαθέτει

την απαραίτητη γνώση έτσι ώστε να παρακολουθεί και να αξιολογεί το αναπνευστικό σύστημα των νοσηλευμένων. Αυτό επιτυγχάνεται μέσω της εξακρίβωσης της συχνότητας και του είδους των αναπνοών. Η ικανότητα αναγνώρισης διαταραχών στην αναπνοή, όπως ταχύπνοια, υπέρπνοια ή άπνοια, θεωρείται απαραίτητη σε ένα νοσηλευτή της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας (Thijs et al., 1996).

Συμπληρωματικά, το νοσηλευτικό προσωπικό της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας χρειάζεται να έχει την εμπειρία και την επιστημονική κατάρτιση έτσι ώστε να ελέγχει συνεχώς το ουροποιητικό σύστημα των ασθενών. Εκτός από την ωριαία μέτρηση των αποβαλλόμενων ούρων, απαιτείται η ικανότητα αξιολόγησης της ποιότητας των ούρων των ασθενών. Η ποιότητα των ούρων διευκρινίζεται μέσω της πυκνότητάς τους και του χρώματός τους. Απαραίτητο προσόν για κάθε νοσηλευτή της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας αποτελεί, επίσης, η δυνατότητα παρακολούθησης και εκτίμησης του επιπέδου καταστολής των ασθενών και του επιπέδου συνείδησης. Με το συγκεκριμένο τρόπο επιτυγχάνεται ο έλεγχος του κεντρικού νευρικού συστήματος, ο οποίος είναι ύψιστης σημασίας στο χώρο της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας (Lucena et al., 2010).

Στις ικανότητες και στην προ-απαιτούμενη γνώση του νοσηλευτή της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας προστίθεται, επίσης, και η προσεκτική παρακολούθηση του πεπτικού συστήματος και του δέρματος των ασθενών με κρίσιμη νόσο. Το πεπτικό σύστημα αξιολογείται μέσω του σχήματος και της μορφής των κοπράνων και μέσω της ικανότητας των ασθενών για εντερική σίτιση. Σχετικά με το δέρμα, ο νοσηλευτής της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας χρειάζεται να επισκοπεί λεπτομερώς όλη την επιφάνεια του σώματος του ασθενή για τυχόν κατακλίσεις, ξηροδερμία, εκζέματα ή εξανθήματα.

Εκτός από την παρακολούθηση των συστημάτων του οργανισμού, οι κλινικές δεξιότητες των νοσηλευτών που εργάζονται σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας περιλαμβάνουν την γενική και τοπική καθαριότητα και την επίτευξη της υγιεινής των ασθενών σε καθημερινή βάση. Οι περισσότεροι ασθενείς της Μονάδας, δεν βρίσκονται σε θέση να αναλάβουν οι ίδιοι την ατομική τους υγιεινή, έτσι οι νοσηλευτές είναι υπεύθυνοι για το λουτρό και την περιποίηση της κλίνης τους. Η συνηθέστερη αναφορά είναι τουλάχιστον ένα πλήρες λουτρό καθημερινά και ένα “μικρό” λουτρό (χέρια, πρόσωπο και περινεϊκή περιοχή) κάποια άλλη στιγμή της ημέρας. Με τον συγκεκριμένο τρόπο παρέχεται νοσηλευτική φροντίδα η οποία βασίζεται στην αξιοπρέπεια και στο σεβασμό προς τον ασθενή. Επιπλέον, η περιποίηση του σώματος του ασθενή παρέχει αίσθημα άνεσης στον ασθενή (Thijs et al., 1996).

Ο ρόλος του νοσηλευτή στη Μονάδα της Εντατικής Θεραπείας απαιτεί, επίσης, τη χορήγηση φαρμάκων από όλες τις οδούς, σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες, τη περιποίηση, το χειρισμό και τον έλεγχο κεντρικών και περιφερικών καθετήρων, παροχετεύσεων και στομιών που φέρει ο ασθενής, καθώς και την πρόληψη λοιμώξεων. Επιπλέον, εξαιτίας της περιπλοκότητας και της φύσης των ασθενειών που χρειάζονται να αντιμετωπιστούν στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας, πολύ συχνά απαιτείται η διασωλήνωση των ασθενών ή η τοποθέτηση τραχειοσωλήνα. Έτσι, λοιπόν, το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να κατέχει την κατάλληλη τεχνογνωσία, ώστε να παρακολουθεί και να φροντίζει τις διασωληνώσεις ή τις τραχειοστομίες.

Ο νοσηλευτής της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας χρειάζεται να προλαμβάνει και να φροντίζει τις επιπλοκές έπειτα από μακροχρόνια κατάκλιση. Ένα από τα κύρια χαρακτηριστικά των ασθενών που νοσηλεύονται σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας, είναι η παρατεταμένη ακινητοποίηση, η προκαλεί αρνητικές επιπτώσεις στη γενική κατάσταση υγείας τους, όπως έλκη κατάκλισης, κατακράτηση πνευμονικών εκκρίσεων και ατελεκτασία. Εξαιτίας του

συγκεκριμένου γεγονότος, είναι αναγκαία η συχνή αλλαγή της στάσης του σώματος από το νοσηλευτικό προσωπικό (Lucena et al., 2010).

Τέλος, μέρος των καθηκόντων ενός νοσηλευτή της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας είναι η παροχή ψυχολογικής υποστήριξης στον ασθενή. Ο βαρέως πάσχοντας είναι ευάλωτος και καλείται να αντιμετωπίσει δύσκολες και επίπονες διαδικασίες, τόσο σωματικά, όσο και ψυχικά. Εφόσον, το νοσηλευτικό προσωπικό βρίσκεται δίπλα στον ασθενή όλο το 24ωρο, χρειάζεται να καλύπτει τις ανάγκες του ασθενή και να εντοπίζει εκτός από τα σωματικά συμπτώματα, και τα ψυχικά. Οποιαδήποτε παρέκκλιση και ανησυχία, αποτελεί σημάδι κινδύνου για επιβάρυνση της γενικής κατάστασης της υγείας του ασθενή, γι' αυτό είναι ζωτικής σημασίας η καταγραφή και η προσπάθεια αντιμετώπισής τους. Εξάλλου, η νοσηλευτική επιστήμη έχει ως θεμελιώδη αρχή την κάλυψη όλων των αναγκών του ασθενή, παρέχοντας ανθρωποκεντρική φροντίδα (Williams, Schmollgruber & Alberto, 2006).

## **6.2 Νοσηλευτική παρέμβαση στην πρόληψη και αντιμετώπιση ψυχολογικών επιπτώσεων ασθενών σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας**

Η επιβίωση μετά από τη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, δεν ισοδυναμεί με την πλήρη λειτουργικότητα. Στις περισσότερες περιπτώσεις οι ασθενείς μετά τη νοσηλεία τους στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, έρχονται αντιμέτωποι με δυσλειτουργική σωματική και ψυχική λειτουργία. Παρουσιάζονται, δηλαδή, σωματικές αδυναμίες και προκλήσεις, καθώς και συναισθήματα άγχους, κατάθλιψης και αναβιώσεις ψευδαισθήσεων ή τραυματικών εμπειριών από τη νοσηλεία τους. Ο συνδυασμός αυτών των εμπειριών και συναισθημάτων, δυσκολεύουν το άτομο να αντιμετωπίσει αποτελεσματικά τα γεγονότα και να αποκαταστήσει πλήρως τη λειτουργικότητά του.

Ωστόσο, συχνά οι επαγγελματίες υγείας, αποτυγχάνουν να εντοπίσουν και να δώσουν την απαραίτητη έμφαση στις ψυχολογικές δυσλειτουργίες του ασθενούς. Είναι γεγονός, ότι το χάσμα επικοινωνίας μεταξύ των παροχών υγείας και του ασθενή είναι αυξημένο, και ιδιαίτερα όταν η κατάσταση υγείας του ασθενή είναι κρίσιμη και η θεραπεία αρκετά επεμβατική. Ωστόσο, είναι ύψιστης σημασίας η ενσωμάτωση της πρόληψης και θεραπείας των ψυχολογικών αποτελεσμάτων στο θεραπευτικό πλάνο των συγκεκριμένων ασθενών, έτσι ώστε να επιτευχθεί η πλήρης αποκατάστασή τους.

Εξαιτίας της ατελής κατανόησης των διανοητικών πτυχών και των στρεσογόνων παραγόντων που βιώνουν οι ασθενείς, οι ουσιαστικές αλλαγές πρακτικής είναι ακατόρθωτες. Η κατανόηση της αντίληψης του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας για το ψυχολογικό στρες των ασθενών είναι ένα σημαντικό αρχικό βήμα στην κατανόηση αυτού του ζητήματος. Σε μία μελέτη των Karnatovskaia et al. (2017), το 82 % του νοσηλευτικού προσωπικού δήλωσε ότι διαβεβαιώνει και προσπαθεί να εφησυχάσει τους ασθενείς, ωστόσο πολλές φορές δεν υπάρχει ο απαραίτητος χρόνος έτσι ώστε να επιτευχθεί το συγκεκριμένο ή βασίζονται στο γεγονός ότι υπάρχουν αρμόδιοι οι οποίοι παρέχουν τέτοιες ενέργειες. Ωστόσο, το 89% δήλωσε ότι προσπαθεί να επικοινωνήσει με τον ασθενή αρχικά, όταν φαίνεται ανήσυχος, έτσι ώστε να εντοπίσει την αιτία, αντί να χορηγήσει φάρμακα ως πρωταρχικό βήμα. Σχετικά, με τον τομέα που εξετάζει παράγοντες επιδείνωσης / μετριασμού, μεταξύ των νοσηλευτών, το 69%, απάντησαν ότι πάντα προσπαθούν να ελαχιστοποιήσουν τον θόρυβο και το 73% δήλωσε ότι προσπαθεί ενεργά να προωθήσει την ανάπαυση του ασθενή. Επιπλέον, το νοσηλευτικό προσωπικό, δήλωσε ότι οι περιπτώσεις ανησυχίας του ασθενή επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό τη δική τους ψυχολογία.

### **6.2.1 Επικοινωνία μεταξύ νοσηλευτή και ασθενή στα πλαίσια της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας**

Η νοσηλευτική επιστήμη απαιτεί εκτός από τη γνώση παθολογίας, φυσιολογίας και ανατομίας οργανικών νοσημάτων, τη γνώση και την ικανότητα ερμηνείας και αντιμετώπισης εσωτερικών και ψυχολογικών διεργασιών στην εμπειρία σοβαρής νόσου ή τραυματισμού. Η ψυχοκοινωνική φροντίδα και η προσοχή και παρακολούθηση όλων των πτυχών του ασθενή αποτελεί κομμάτι της νοσηλευτικής παρέμβασης γενικά, αλλά και ειδικά για τις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας.

Η επικοινωνία με τον ασθενή κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας είναι μεγάλης σημασίας. Αρκεί, όμως, η επικοινωνία να χαρακτηρίζεται από ενδιαφέρον και ενσυναίσθηση. Η Μονάδα Εντατικής Θεραπείας είναι ένα περιβάλλον το οποίο παρουσιάζει πολλές προκλήσεις στους επαγγελματίες υγείας, με πιο βασική την έλλειψη προτύπων επικοινωνίας μεταξύ του προσωπικού και του ασθενούς. Πολλές φορές οι νοσηλευτές δεν έχουν τις κατάλληλες γνώσεις αποτελεσματικής επικοινωνίας, γεγονός που προκαλεί τη δημιουργία μη ρεαλιστικών προσδοκιών, επιπλέον στρες, άγχος και αβεβαιότητα. Έχει αποδεχτεί ότι οι ασθενείς εκτιμούν και επωφελοούνται από συζητήσεις με νοσηλευτές που είναι ενεργητικοί ακροατές και καταλαβαίνουν πότε ένας ασθενής χρειάζεται να μιλήσει και να εκφράσει τις ανησυχίες του. Επίσης, φαίνεται ότι οι ασθενείς της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας βιώνουν λιγότερο στρες όταν ο νοσηλευτής δείχνει σεβασμό, είναι προσεκτικός και εξηγεί τις διαδικασίες στον ασθενή, ακόμη και αν ο ασθενής δεν μπορεί να μιλήσει (Dithole et al., 2016).

Εξαιτίας της φύσης της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας, συχνά, οι συζητήσεις μπορεί να είναι άβολες και δύσκολες, παρ' όλα αυτά ο νοσηλευτής δεν πρέπει να τις αποφεύγει και χρειάζεται να εξηγεί και να αντιμετωπίζει οποιαδήποτε απορία του ασθενή, με τις κατάλληλες στρατηγικές επικοινωνίας. Αρχικά, είναι σημαντικό να αξιολογηθεί το επίπεδο γνώσεων του ασθενή αλλά και των συγγενών, έτσι ώστε να μην χρησιμοποιούνται ορολογίες οι οποίες είναι άγνωστες. Εξίσου σημαντικό είναι να ερωτηθούν οι ασθενείς και οι συγγενείς για παρελθοντική εμπειρία με Μονάδες Εντατικής Θεραπείας, ώστε να εκφραστούν τυχόν ανησυχίες. Το περιβάλλον της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας, συχνά προκαλεί φόβο, και δυσκολεύει τα άτομα να εξοικειωθούν με αυτό, έτσι το ύψος επικοινωνίας χρειάζεται να είναι ανοιχτό και φιλόξενο. Επιπρόσθετα, οι περίπλοκες, δύσκολες και πολλές φορές επεμβατικές διαδικασίες, μπορεί να αποτελούν ρουτίνα για τους νοσηλευτές, όμως μπορεί να φοβίζουν και να τρομοκρατούν τους ασθενείς. Έτσι, είναι αναγκαίο να επεξηγούνται όλες οι διαδικασίες με γλώσσα κατανοητή και να επαναλαμβάνονται οι πληροφορίες όσες φορές χρειάζεται. Εξαιτίας του στρες οι ασθενείς μπορεί να παρουσιάζουν ελλείψεις στη συγκέντρωση και τη μνήμη και να μην μπορούν να συγκρατήσουν όλες τις πληροφορίες που τους παρουσιάζονται (Harr et al., 2011).

Εκτός από τις τεχνικές πτυχές της περίθαλψης, είναι αναγκαίες και οι ουσιαστικές συζητήσεις με τους ασθενείς και τους συνοδούς, έτσι ώστε να εκφραστούν τυχόν συμπτώματα, άγχος, φόβου, απόγνωσης ή ψευδαισθήσεων. Απαιτείται, λοιπόν, η εκτεταμένη, ουσιαστική επικοινωνία, η οποία πρέπει να επιτευχθεί ακόμη και σε ασθενείς οι οποίοι δεν μπορούν να μιλήσουν. Σε αυτήν την περίπτωση υπάρχουν πίνακες επικοινωνίας και άλλα εργαλεία, τα οποία πρέπει να χρησιμοποιηθούν. Όσον αφορά τους ασθενείς που δεν έχουν τις αισθήσεις τους ή είναι σε καταστολή, η επεξήγηση των νοσηλευτικών πράξεων και η ομιλία είναι εξίσου απαραίτητη, αφού μπορεί να δράσει μόνο θετικά για τον ασθενή και να τον βοηθήσει. Επιπλέον, οι ασθενείς που νοσηλεύονται στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας βρίσκονται υπό

μεγάλο σωματικό και ψυχολογικό στρες και εξαιτίας αυτού, η υπομονή από την πλευρά των νοσηλευτών κατά τις προσπάθειες επικοινωνίας, και η αργή αλλά κατανοητή ομιλία είναι καίριες (Harrp et al., 2014).

Ως αποτέλεσμα της επικοινωνίας μεταξύ ασθενή και νοσηλευτή επιτυγχάνεται, επίσης, και η εμπιστοσύνη. Οι ασθενείς κατά τη διάρκεια νοσηλείας τους στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας εξαρτώνται κυρίως από τους επαγγελματίες υγείας, έτσι είναι αρκετά σημαντικό να γνωρίζουν ότι θα βοηθηθούν έτσι ώστε να ξεπεράσουν την ασθένεια και ότι οι επαγγελματίες υγείας βρίσκονται σε θέση να αντιμετωπίσουν οποιαδήποτε δυσκολία προκύψει. Ως εκ τούτου, είναι πιο εύκολο να εκφραστούν οποιαδήποτε αισθήματα στρες, άγχους και φόβου και να καταπολεμιστούν. Ωστόσο, εάν οι νοσηλευτές δεν ακολουθούν τα λεγόμενα τους ή παρέχουν ακατάλληλες πληροφορίες, η σχέση εμπιστοσύνης νοσηλευτή- ασθενή κλονίζεται (Fox, 2014).

Επιπλέον, η παροχή φροντίδας η οποία βασίζεται στη διατήρηση και την ενίσχυση της αξιοπρέπειας του ασθενή παίζει κύριο λόγο στην πρόληψη και στον εντοπισμό ψυχολογικών προβλημάτων. Άλλωστε, ο ασθενής αποτελείται εκτός από το σώμα και από τη ψυχή και από το πνεύμα του, όπως οποιοδήποτε άλλο ανθρώπινο ων. Ιδιαίτερα στην περίπτωση των ασθενών που απαιτείται η νοσηλεία τους στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, εξαιτίας κάποιας σοβαρής νόσου, η αξιοπρέπεια είναι πολύ πιθανόν να πληχθεί. Οι συγκεκριμένοι ασθενείς δεν βρίσκονται σε θέση να πάρουν μόνοι τους αποφάσεις, να φροντίσουν την ατομική τους καθαριότητα αλλά και σε πολλές περιπτώσεις είναι ανίκανοι να κουνηθούν ή να μιλήσουν, δραστηριότητες που μέχρι προσφάτως ήταν δεδομένες. Έτσι, ο νοσηλευτής πρέπει να παρέχει φροντίδα η οποία να ενισχύει την αξιοπρέπεια του ασθενούς, αφού με τον συγκεκριμένο τρόπο μπορούν να αντιμετωπιστούν αισθήματα απελπισίας και κατάθλιψης. Ο σεβασμός προς την αξιοπρέπεια μπορεί να επιτευχθεί με την προσφώνηση των ασθενών με το όνομα ή με τον τίτλο που επιθυμούν. Επίσης, η καθαριότητα και απουσία οσμών συμβάλλει στην αίσθηση αξιοπρέπειας των ασθενών. Η φυσική επαφή και ένα απλό άγγιγμα ως ένδειξη κατανόησης μπορεί να δράσει προληπτικά και θεραπευτικά. Έχει αποδειχθεί ότι το άγγιγμα του ασθενή από τους επαγγελματίες υγείας μετά την ολοκλήρωση διαδικασιών ή δραστηριοτήτων φροντίδας αποτελεί σημαντικό μέρος της ίασης των ασθενών και της ψυχολογικής τους υγείας. (Nyholm, & Koskinen, 2015).

Η νοσηλεία και η έκθεση στο περιβάλλον της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας αποτελεί μία αγχωτική κατάσταση εξαιτίας της βαρύτητας της ασθένειας, των επεμβατικών διαδικασιών και της αβεβαιότητας για την πορεία της υγείας του ασθενή. Η αντιμετώπιση αγχωτικών καταστάσεων βασίζεται στην ενεργοποίηση συνειδητών ή και ασυνείδητων στρατηγικών αντιμετώπισης και αμυντικών μηχανισμών. Ωστόσο, είναι πολύ πιθανό οι συγκεκριμένες στρατηγικές να μην έχουν αποτέλεσμα στην αντιμετώπιση του άγχους κατά τη νοσηλεία στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, λόγω της αυξημένης βαρύτητας της. Σε αυτήν την περίπτωση ο νοσηλευτής μπορεί να χρησιμοποιήσει την τεχνική της ενεργητικής ακρόασης, έτσι ώστε να εντοπίσει πιθανόν ελλείμματα και ανικανότητα αντιμετώπισης των στρεσογόνων παραγόντων και να απευθυνθεί σε ειδικούς ψυχολόγους και ψυχιάτρους, οι οποίοι σε συνεργασία με το νοσηλευτικό προσωπικό θα αναπτύξουν καινούργιες δεξιότητες αντιμετώπισης.

Το στρες και άγχος μπορεί, επίσης, να αποφευχθεί μέσω της προτροπής για λήψη αποφάσεων, εφόσον η κρίση των ασθενών δεν είναι αλλοιωμένη. Εάν οι ασθενείς είναι ικανοί να αναλάβουν την προσωπική τους υγιεινή ή να αποφασίσουν για τη διατροφικές τους προτιμήσεις, η απόκτηση του ελέγχου στη λήψη αποφάσεων θεωρείται ότι μπορεί να είναι αρκετά θετική για τη ψυχολογική τους κατάσταση και βελτίωση. Επιπρόσθετα, η έννοια του ελέγχου στη φροντίδα και στο περιβάλλον πραγματοποιείται με την ενημέρωση των ασθενών από τους νοσηλευτές σχετικά με το χρονοδιάγραμμα των καθημερινών δραστηριοτήτων, όπως

για παράδειγμα των προγραμματισμένων εξετάσεων, των θεραπειών και των αναμενόμενων αποτελεσμάτων (Stajduhar et al., 2009). Ωστόσο, απαιτείται από το νοσηλευτικό προσωπικό να κρίνει εάν ο ασθενής βρίσκεται στην κατάλληλη θέση για να αποφασίσει και να συμμετέχει στο θεραπευτικό του πλάνο, αφού σε κάποιες περιπτώσεις η πληθώρα διαθέσιμων επιλογών έχει ως αποτέλεσμα την πρόκληση μεγαλύτερου άγχους και στρες. Για να είναι ικανός ο νοσηλευτής να κρίνει την ικανότητα αυτή του ασθενή, χρειάζεται να τον θεωρεί μία ξεχωριστή οντότητα με διαφορετικές ανάγκες και προοπτικές από υπόλοιπους ασθενείς και να έχει αφιερώσει χρόνο, έτσι ώστε να τον γνωρίσει (Philbrick et al., 2016).

### **6.2.2 Ο ρόλος του νοσηλευτή στη δημιουργία θεραπευτικού περιβάλλοντος**

Εξαιτίας του περιβάλλοντός της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας, το οποίο συχνά έχει αρκετή φασαρία, κινητικότητα και έντονο φωτισμό, οι ασθενείς δυσκολεύονται να νιώσουν άνεση και να εξοικειωθούν. Έτσι, οι νοσηλευτές μπορούν να πραγματοποιήσουν ορισμένες αλλαγές, ώστε οι ασθενείς να νιώθουν πιο οικεία και άνετα. Εξάλλου, είναι κοινώς αποδεκτό, ότι οι άνθρωποι έχουν μία φυσική συνέχεια με το περιβάλλον τους. Εάν το περιβάλλον είναι αφιλόξενο και ψυχρό, τότε αυξάνονται οι πιθανότητες για διαταραχές ψυχικά και σωματικά. Η δημιουργία ενός θεραπευτικού περιβάλλοντος μπορεί να βελτιώσει τις δυνατότητες των ασθενών για αντιμετώπιση των καταστάσεων, να διευκολύνουν την ίαση αλλά και προσφέρουν μία αίσθηση ηρεμίας (Bazuin, & Cardon, 2011). Γεγονός που επιτυγχάνεται μέσω της ελάττωσης του θορύβου, όσον είναι δυνατό. Η Μονάδα Εντατικής Θεραπείας αποτελείται από εξοπλισμό παρακολούθησης των ζωτικών σημείων (monitors), τα οποία παράγουν αρκετό θόρυβο. Είναι λοιπόν σημαντικό να απενεργοποιείται ο περιττός θορυβώδης εξοπλισμός, όταν δεν βρίσκεται σε χρήση. Επίσης, οι πόρτες των δωματίων χρειάζεται να παραμένουν κλειστές, κατά το μέγιστο δυνατό, έτσι ώστε να προάγεται η ιδιωτικότητα του ασθενή και η ησυχία. Το προσωπικό χρειάζεται, επιπλέον, να επικοινωνεί σε χαμηλούς τόνους και ο θόρυβος που πραγματοποιείται στον νοσηλευτικό σταθμό να είναι ο ελάχιστος δυνατός (Xie, Kang, & Mills, 2009).

Εκτός, όμως, από την ελάττωση του περιττού θορύβου, η ηρεμία και δημιουργία ενός θεραπευτικού περιβάλλοντος μπορεί να επιτευχθεί και με τη μουσικοθεραπεία. Η μουσική μπορεί να συμβάλλει σε μεγάλο βαθμό στη μείωση του άγχους και στην εξοικείωση στο περιβάλλον Εντατικής Θεραπείας (Mofredj et al., 2016). Πολλές μελέτες έχουν αποδείξει ότι επιπλέον εναλλακτικές θεραπείες όπως για παράδειγμα η ζωγραφική, το μασάζ ή η προσευχή έχουν αποτέλεσμα ως θεραπευτικές νοσηλευτικές παρεμβάσεις. Ωστόσο, ο τύπος των εναλλακτικών θεραπειών που μπορεί να χρησιμοποιηθεί, εξαρτάται από την προσωπικότητα, τις φυσικές δυνατότητες και τις προτιμήσεις του ασθενή (Gélinas et al., 2012).

Μέσα στα πλαίσια της δημιουργίας ενός θεραπευτικού περιβάλλοντος, περιλαμβάνεται ο φωτισμός. Ο φωτισμός χρειάζεται να ακολουθεί τις προτιμήσεις του ασθενή και να μην είναι πολύ έντονος. Στην περίπτωση πολύ έντονου φωτισμού, μπορεί να υπάρξει δυσκολία στον ύπνο. Γενικά, είναι αρκετά σημαντικό να επιτρέπεται η έκθεση στο ηλιακό φως, όσο είναι δυνατόν. Επιπρόσθετα, οι ασθενείς στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, προτιμάται να μπορούν να βλέπουν από τα παράθυρα. Έτσι, η διαρρύθμιση του χώρου της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας, προτείνεται να ακολουθεί τα εξής χαρακτηριστικά : Θέα του ασθενή προς το παράθυρο και τοποθέτηση κλινών με τέτοιο τρόπο, ώστε να υπάρχει έκθεση στο φως του ηλίου. Ακόμη και αν η θέα από την κλινική δεν περιλαμβάνει φύση, θεωρείται προτιμότερο να κοιτάζουν οι ασθενείς το εξωτερικό περιβάλλον, παρά άλλους ασθενείς ή επεμβατικές διαδικασίες (Dunn, Anderson & Hill, 2010). Τα οικεία αντικείμενα, μπορούν επίσης να προσφέρουν εξοικείωση με το περιβάλλον της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας. Διάφορες



ζωγραφίες από την οικογένεια, κάρτες ή φωτογραφίες μπορούν να βρίσκονται κοντά στον ασθενή, έτσι ώστε να τον ηρεμούν και να του παρέχουν ασφάλεια και ελπίδα. Εντούτοις, δεν επιτρέπεται η διακόσμηση των δωματίων σε όλα τα νοσοκομεία, έτσι οι νοσηλευτές πρέπει να επιτρέπουν προσωπικά αντικείμενα σύμφωνα με την πολιτική της εκάστοτε Μονάδας Εντατικής Θεραπείας (Bazuin, & Cardon, 2011).

### **6.2.3 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην εκπαίδευση του ασθενούς**

Η εκπαίδευση των ασθενών αποτελεί μέρος της ολιστικής φροντίδας που χρειάζεται να παρέχεται και ξεκινάει σχετικά νωρίς, πιο συγκεκριμένα προτείνεται να ξεκινάει από τη διάγνωση της νόσου. Η εκπαίδευση συνεχίζεται έως ότου ο ασθενής πάρει εξιτήριο από το νοσοκομείο ή πραγματοποιηθεί ίαση και έχει ως σκοπό την διατήρηση ή βελτίωση της υγείας μέσω της τροποποίησης της ανθρώπινης συμπεριφοράς. Η εκπαίδευση μπορεί να πραγματοποιηθεί μέσω της απόκτησης γνώσεων ή βελτίωσης των ήδη υπάρχοντων γνώσεων και δεξιοτήτων (Johnson, 2007).

Στην περίπτωση των ασθενών της Μονάδας Εντατικής Νοσηλείας, η εκπαίδευση διαδραματίζει σημαντικό ρόλο για την πορεία της νόσου και την πρόληψη ψυχολογικών αποτελεσμάτων. Έτσι, το νοσηλευτικό προσωπικό οφείλει να περιλαμβάνει τη διαδικασία εκπαίδευσης στο θεραπευτικό πλάνο του ασθενούς. Ο τρόπος με τον οποίο ένα εκπαιδευτικό πρόγραμμα είναι αποτελεσματικό, εξαρτάται από την ικανότητά του να τροποποιεί τη συμπεριφορά του ασθενή με τέτοιο τρόπο ώστε να ενισχύεται η αυτό-φροντίδα, η συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων, ο αυτό- έλεγχος, η πραγματοποίηση ρεαλιστικών στόχων για το άμεσο μέλλον και γενικά η ποιότητα ζωής και η διαχείριση της υγείας του (Paterick et al., 2017).

Ωστόσο, η εκπαίδευση που μπορούν να προσφέρουν οι νοσηλευτές στους ασθενείς χρειάζεται να βασίζεται στις ατομικές ανάγκες του εκάστοτε ασθενή. Πιο συγκεκριμένα, ο τρόπος και η διαδικασία της εκπαίδευσης εξαρτάται από την προσωπικότητα, τις ικανότητες και τις πεποιθήσεις του ασθενή (Πολυκανδριώτη & Κουτελέκος, 2013). Ο τρόπος με τον οποίο ο ασθενής θα προσεγγίσει την κατάσταση της υγείας του, τους στόχους και τα καθήκοντα που αφορούν την υγεία του εξαρτάται από την πίστη που έχει στις ικανότητες του. Γι' αυτό το λόγο, η εκπαίδευση που βασίζεται στην ενίσχυση της αυτό-αποτελεσματικότητας είναι αρκετά σημαντική ώστε να εκτελέσει ο ασθενής τα καθήκοντα του, όπως η τήρηση της φαρμακευτικής του αγωγής και η αξιολόγηση των προσωπικών παραγόντων κινδύνου

Εξαιτίας της τάσης των ενήλικων ατόμων να έχουν ισχυρή αίσθηση της αυτό-αντίληψης, συχνά επιθυμούν να λαμβάνουν τις δικές τους αποφάσεις. Έτσι, ο ρόλος του νοσηλευτή στην εκμάθηση του ασθενή πρέπει να βασίζεται αρχικά στο σεβασμό του ασθενή ως άτομο. Επίσης, επειδή οι ενήλικες έχουν εξατομικευμένο ύψος μάθησης και, συχνά, δεν έχουν εμπιστοσύνη στην ικανότητά τους να μάθουν, μπορεί να παρουσιάσουν αντίσταση στην εκπαίδευση. Στη συγκεκριμένη περίπτωση, ο νοσηλευτής χρειάζεται να καταστήσει σαφές ότι οι πληροφορίες που δίνει και το περιεχόμενο της εκπαίδευσης δεν έρχεται σε σύγκρουση με την εικόνα που έχει το άτομο για τον εαυτό του, ούτε προσβάλλουν την προσωπικότητά του και τις εμπειρίες του (Polikandrioti & Ntokou, 2011).

Η εκπαίδευση από το νοσηλευτικό προσωπικό σε ασθενείς που χρειάστηκε να νοσηλευτούν στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας δεν βελτιώνει μόνο την πορεία της νόσου, αλλά προλαμβάνει ή/ και διευκολύνει τη διάγνωση ψυχολογικών ασθενειών που τείνουν να αναπτύσσονται στο περιβάλλον της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας. Γι' αυτό το λόγο, η εκπαίδευση πρέπει να είναι συνεχόμενη και μετά την έξοδο του ασθενή από τη Μονάδα

Εντατικής Θεραπείας. Για παράδειγμα μετά την έξοδό του από το νοσοκομείο, ο ασθενής θα χρειαστεί να έρθει σε επαφή με κάποιον κοινοτικό νοσηλευτή. Κατά τη διάρκεια της επαφής αυτής ο κοινοτικός νοσηλευτής πρέπει να είναι σε θέση να αξιολογήσει τη διατήρηση της γνώσης, που επιτεύχθηκε μέσω του εκπαιδευτικού προγράμματος, και να συνεχίσει τη διαβίβαση γνώσης και την ενθάρρυνση της ενεργή συμμετοχής στην προαγωγή της υγείας τους (Thornicroft, Deb & Henderson, 2016).

#### **6.2.4 Προώθηση οικογενειοκεντρικής φροντίδας**

Η αντιμετώπιση μιας σοβαρής νόσου αποτελεί ένα ψυχοτραυματικό γεγονός για κάθε ασθενή. Λόγω αυτού, η παρουσία της οικογένειας κατά τη διάρκεια της νοσηλείας, είναι απαραίτητη για την υποστήριξη και τη συμμετοχή σε δύσκολες αποφάσεις. Κάθε άτομο το οποίο καλείται να αντιμετωπίσει μία αγχωτική κατάσταση μόνο του, χωρίς στήριξη από οικεία άτομα, πολύ συχνά παρουσιάζει συμπτώματα απελπισίας και αυξημένου στρες. Μολαταύτα, η παρουσία της οικογένειας κατά τη διάρκεια της νοσηλείας, μπορεί να προλάβει ψυχολογικά αποτελέσματα ή να τα εξαλείψει. Κατά συνέπεια, προτείνεται η παροχή πρόσβασης στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας στο άτομα που έχει επιλέξει ο ασθενής. Με τον συγκεκριμένο τρόπο επιτυγχάνεται η δημιουργία ενός πιο ανθρώπινου περιβάλλοντος το οποίο διευκολύνει το θεραπευτικό πλάνο (Liu, Read, Scruth & Cheng, 2013).

Η ικανοποίηση των ασθενών, επίσης, αυξάνεται, με αποτέλεσμα να εμφανίζονται λιγότερα ψυχολογικά αρνητικά αποτελέσματα. Επιπλέον, τα μέλη της οικογένειας, γνωρίζουν αρκετά καλά τον ασθενή και μπορούν να συμβάλλουν στον εντοπισμό περιεργων συμπεριφορών ή προτιμήσεων και να παρέχουν χρήσιμες πληροφορίες στο νοσηλευτικό προσωπικό. Για να πραγματοποιηθεί, όμως μία εποικοδομητική συνεργασία του νοσηλευτικού προσωπικού με την οικογένεια του ασθενούς απαιτείται σεβασμός, στήριξη και επικοινωνία. Οι νοσηλευτές χρειάζεται να δείχνουν κατανόηση και αποδοχή, ιδιαίτερα τις πρώτες μέρες νοσηλείας, και στην οικογένεια εκτός από τον ασθενή και να παρέχουν τις κατάλληλες πληροφορίες ή να λύνουν τις απορίες τους, πάντα ανάλογα με τον χρόνο που έχουν διαθέσιμο (Goldfarb et al., 2017).

#### **6.2.5 Προαγωγή ποιοτικού ύπνου**

Οι διαταραχές του ύπνου είναι ένα συχνό πρόβλημα στους ασθενείς της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας και παράγοντας κινδύνου για εμφάνιση ψυχολογικών διαταραχών. Εξαιτίας αυτού, είναι ευθύνη των νοσηλευτών να εξασφαλίζουν το κατάλληλο περιβάλλον που προάγει τον ποιοτικό ύπνο. Υπάρχουν διάφορες τεχνικές οι οποίες μπορούν να βοηθήσουν τον ασθενή να χαλαρώσει και να αναπαυτεί (Altman, Knauert & Pisani, 2017).

Μία από αυτές είναι το μασάζ, το οποίο μπορεί να μειώσει τον πόνο και το άγχος. Εξαρτάται, βέβαια, από τους πόρους και τις δυνατότητες του νοσοκομείου, εάν μπορεί να παρέχει κάποιον επαγγελματία που εξειδικεύεται στο μασάζ για τους ασθενείς που είναι ανήσυχτοι και δυσκολεύονται να κοιμηθούν. Εκτός από το μασάζ, θετικά αποτελέσματα σε σχέση με τον ύπνο έχει η παρουσία χαλαρωτικής μουσικής. Η χαλαρωτική μουσική μπορεί να ηρεμήσει και να βοηθήσει στη διαδικασία ενός ποιοτικού ύπνου. Επιπλέον, το νοσηλευτικό προσωπικό μπορεί να προάγει τον ξεκούραστο ύπνο, με την προτροπή κάποιου οικογενειακού μέλους του ασθενής να παραμένει ήσυχα πλάι στο κρεβάτι του ασθενή. Με

συγκεκριμένο τρόπο, ίσως ο άρρωστος να νιώθει μεγαλύτερη ασφάλεια (Owens, Huynh & Netzer, 2017).

Είναι αρκετά σημαντικό, επίσης, το φως κατά την διάρκεια της νύχτας να είναι το λιγότερο δυνατόν και οι ήχοι να περιορίζονται. Εξαιτίας της μεγάλης συσχέτισης του ύπνου με παραλήρημα, εφιάλτες και ψευδαισθήσεις, ο νοσηλευτής της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας προτείνεται να καταγράψει το ιστορικό ύπνου του ασθενή στο έντυπο 24ωρης πορείας, έτσι ώστε να αξιολογείται η ποσότητα και η ποιότητά του και οι πιθανές παρεμβάσεις που χρειάζεται να γίνουν (Van de Pol, van Iterson & Maaskant.,2017).

### **6.2.6 Καταγραφή ημερολογίου για τη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας**

Ένας από τους παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση ψυχολογικών προβλημάτων μετά τη νοσηλεία στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας είναι η παρουσία παραληρηματικών αναμνήσεων κατά τη διάρκεια της νοσηλείας των ασθενών ή η απουσία αναμνήσεων κατά την παραμονή τους. Μία αποτελεσματική παρέμβαση για την πρόληψη των ψυχολογικών προβλημάτων είναι η καταγραφή της διαμονής του ασθενή, σε καθημερινή γλώσσα, η οποία περιγράφει τον λόγο εισαγωγής και τις καθημερινές δραστηριότητες που πραγματοποιούνται (Blair et al., 2017). Ο αριθμός καταχωρήσεων του ημερολογίου μπορεί να είναι παραπάνω από ένας και στο τέλος της καταχώρησης χρειάζεται να υπάρχει η υπογραφή του ατόμου που έκανε την καταχώρηση. Το ημερολόγιο της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας συμβάλλει στην αποτροπή του χάσματος μνήμης του ασθενή.

Οι υπεύθυνοι για τις καταχωρήσεις είναι συνήθως, οι υπεύθυνοι νοσηλευτές. Παρ' όλα αυτά, τα μέλη της οικογένειας μπορούν επίσης να γράψουν στο ημερολόγιο, εφόσον το επιθυμούν ή είναι ικανά. Οι θεράποντες γιατροί έχουν το δικαίωμα, επίσης, να κάνουν καταχωρήσεις σε κάποιες χώρες (Garrouste-Orgeas et al., 2017). Σύμφωνα με έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί, η καθημερινή καταγραφή ημερολογίου, ελάττωσε την πιθανότητα εμφάνισης διαταραχής μετατραυματικού στρες. Πιο συγκεκριμένα, οι Jones et al. (2010) απέδειξαν ότι η εμφάνιση μετατραυματικού στρες μειώθηκε από 13% σε 5%. Η καταγραφή ημερολογίου αποτελεί, λοιπόν, μία αποδεδειγμένα θετική νοσηλευτική παρέμβαση, η οποία μπορεί να βοηθήσει στην πρόληψη και την ελάττωση της πιθανότητας εμφάνισης ψυχολογικών προβλημάτων μετά τη νοσηλεία στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. Επομένως, προτείνεται να χρησιμοποιείται από το νοσηλευτικό προσωπικό, εφόσον είναι δυνατόν (Garrouste-Orgeas et al., 2012).

### **6.2.7 Προώθηση της πρώιμης ψυχολογικής παρέμβασης**

Η παροχή ψυχολογικής υποστήριξης στον ασθενή σχετικά από νωρίς μπορεί να έχει θετικά αποτελέσματα στη διαχείριση στρεσογόνων παραγόντων και στην αντιμετώπιση συμπτωμάτων που σχετίζονται με άγχος, κατάθλιψη ή διαταραχή μετατραυματικού στρες. Το νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας είναι υπεύθυνο για την παρακολούθηση του ασθενή και την αναγνώριση συγκεκριμένων συμπτωμάτων, καθώς και για την έγκαιρη ενημέρωση ειδικών ψυχολόγων και ψυχιάτρων για γνωμάτευση και παρέμβαση (Hatch, McKechnie & Griffiths, 2011).

Οι παρεμβάσεις από κλινικούς ψυχολόγους είναι συνήθως 5 ή 6, και απαιτείται ο ασθενής να έχει ανακτήσει τη συνείδηση του. Οι παρεμβάσεις αποτελούνται από παροχή συμβουλών, τεχνικές αντιμετώπισης στρες, ψυχολογική υποστήριξη, εκπαιδευτικές

παρεμβάσεις και στρατηγικές αντιμετώπισης άγχους, κατάθλιψης, φόβου, απελπισίας και αδυναμίας, καθώς επίσης συμβάλλουν στην ελάττωση της ταλαιπωρίας που προκαλείται από τις απαιτητικές συνθήκες υγείας και τις ιατρικές διαδικασίες. Κατά τη διάρκεια που ο ασθενής δεν έχει ακόμη τη συνείδηση του, ψυχολογικές παρεμβάσεις μπορούν επίσης να προσφερθούν και στα μέλη της οικογενείας του, έτσι ώστε προετοιμαστούν κατάλληλα για την υποστήριξη του ασθενή (Peris et al., 2011).

### **6.3 Ο ρόλος του νοσηλευτή στο παραλήρημα**

Οι ασθενείς οι οποίοι παρουσιάζουν παραλήρημα κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, έχουν παράλληλα και άλλες κλινικές εκδηλώσεις. Εντούτοις, το παραλήρημα πολύ συχνά υπό-διαγιγνώσκεται εξαιτίας της ελαττωμένης του κλινικής σημασίας, και της διακύμανσής του κατά την διάρκεια της ημέρας. Έτσι, είναι ύψιστης σημασίας η αναγνώριση και η γνώση των σημείων και των συμπτωμάτων του παραληρήματος από το νοσηλευτικό προσωπικό της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας, έτσι ώστε να μπορέσει να οριστεί ένα θεραπευτικό πλάνο το οποίο θα έχει ως σκοπό την άμεση ελάττωση αυτών, αλλά και την πρόληψη αρνητικών αποτελεσμάτων που μπορεί να προκύψουν εξαιτίας του παραληρήματος συνολικά στην υγεία του ασθενή (Giavasi et al., 2016).

Έκτος, όμως, από την αναγνώριση των σημείων και συμπτωμάτων ο νοσηλευτής της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας χρειάζεται να παρέμβει με σκοπό την ενίσχυση της γνωστικής κατάστασης του ασθενή, της αίσθησης ασφάλειας και της ανακούφισης του. Αρχική παρέμβαση για την αντιμετώπιση του παραληρήματος είναι ο προσανατολισμός του ασθενή. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί μέσω επαρκή φωτισμού στο χώρο της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας και μέσω της ύπαρξης ενός 24ωρου ρολογιού και ημερολογίου σε σημείο που είναι εμφανές στον ασθενή. Απαραίτητη νοσηλευτική παρέμβαση αποτελεί, επίσης, η τακτική υπενθύμιση επαναπροσανατολισμού στο χώρο, και στα πρόσωπα. Ένας ακόμη τρόπος με τον οποίο το παραλήρημα μπορεί να προληφθεί αλλά και να αντιμετωπιστεί είναι οι ασκήσεις γνωστικής εκγύμνασης, όπως για παράδειγμα οι αναδρομές στο παρελθόν. Επιπλέον, ο προσανατολισμός του ασθενή μπορεί να βελτιωθεί μέσω τακτικών επισκέψεων των οικείων στο χώρο της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας.

Εξίσου σημαντική προϋπόθεση για την αντιμετώπιση του παραληρήματος είναι η ικανότητα του ασθενή να βλέπει και να αντιλαμβάνεται το χώρο χωρίς δυσκολίες. Γι' αυτό το λόγο, απαιτείται η διόρθωση των αισθητηριακών ελλειμάτων. Η αισθητηριακή αποστέρηση εντείνει τον αποπροσανατολισμό και συμβάλλει στην ύπαρξη του παραληρήματος, έτσι το νοσηλευτικό προσωπικό απαιτείται να ενεργήσει με τέτοιο τρόπο ώστε να διορθώσει αναστρέψιμες αιτίες αισθητηριακής αποστέρησης, όπως αφαίρεση κυψελιδικών βυσμάτων ωτός. Αναγκαία νοσηλευτική παρέμβαση αποτελεί, επίσης, και η εξασφάλιση ορθής λειτουργίας των ακουστικών βαρηκοΐας και γυαλιών όρασης (Attard, Ranjith & Taylor, 2008).

Εξίσου σημαντική για την πρόληψη και την αντιμετώπιση του παραληρήματος είναι η προαγωγή υγιεινής ύπνου. Το νοσηλευτικό προσωπικό χρειάζεται να λειτουργεί με τέτοιο τρόπο ώστε να αποφεύγονται, όσο είναι δυνατόν, οι νοσηλευτικές πράξεις κατά τις ώρες ύπνου. Συμπληρωματικά, η χορήγηση φαρμάκων μπορεί να προγραμματιστεί έτσι ώστε να μη διαταράσσεται ο ύπνος των ασθενών. Η προαγωγή ποιοτικού ύπνου επιτυγχάνεται, επίσης, με τη μείωση θορύβου και φωτισμού στο ελάχιστο κατά τη διάρκεια των ωρών αναπαύσεως. Σε περίπτωση αύπνιας ή ανησυχίας κατά τις βραδινές ώρες οι νοσηλευτές της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας, προτείνεται να αποτρέπουν τον ασθενή από το να αποκοιμάται τις πρωινές ώρες και εγκατασταθεί αναστροφή ύπνου. Ιδανικά συστήνεται η διατάραξη πρωινού

ύπνου (αφύπνιση κάθε 10-15') ώστε ο ασθενής να παραμείνει άυπνος και να κοιμηθεί το επόμενο βράδυ, ώστε να επαναρρυθμιστεί το βιολογικό του ρολόι (Brajtman et al., 2008).

Σημαντική, επίσης, παρέμβαση αποτελεί και η ομιλία με σύντομες προτάσεις οι οποίες μπορούν να προσανατολίσουν τον ασθενή. Ακόμη και σε συγχυτικο-διεγερτικές καταστάσεις ο ασθενής δύναται να αντιληφθεί απλές προτάσεις, τις οποίες πιθανόν να θυμηθεί με την αποδρομή του επεισοδίου. Γι' αυτό το λόγο, είναι καθήκον του νοσηλευτή να χρησιμοποιεί τέτοιου είδους προτάσεις σε συχνή βάση. Συμπληρωματικά, η σύγχυση και οι ψευδαισθήσεις τείνουν να εντείνονται κατά τη διάρκεια της νύχτας. Έτσι, προτείνεται η διασφάλιση φωτός σε περιστάσεις παραληρηματικού επεισοδίου ή έντονης ψυχικής ανησυχίας. Το νοσηλευτικό προσωπικό είναι, επίσης, υπεύθυνο για την καταγραφή της συμπεριφοράς του ασθενή, καθώς και οποιασδήποτε παρέκκλιση αυτής. Πολύ συχνά, οι ασθενείς με παραλήρημα μπορεί να γίνουν και αυτό- ή/ και ετερο-καταστροφικοί, έτσι οι νοσηλευτές χρειάζεται να προστατεύονται οι ίδιοι αλλά και να προστατεύουν τους υπόλοιπους ασθενείς της κλινικής. Εφόσον ο παραληρηματικός ασθενής κριθεί επικίνδυνος, το νοσηλευτικό προσωπικό μπορεί να τον περιορίσει. Ο περιορισμός και η καθήλωση του ασθενή χρειάζεται να τηρεί τα πρωτόκολλα καθήλωσης και να βασίζεται στον σεβασμό του ασθενή. Επίσης, ο ασθενής πρέπει να βρίσκεται εντός του οπτικού πεδίου του νοσηλευτικού προσωπικού (Attard, Ranjith & Taylor, 2008).

Τέλος, οι νοσηλευτές της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας χρειάζεται να λαμβάνουν υπόψιν τους ότι σε περιπτώσεις παραληρήματος είναι εξίσου σημαντική η μέτρηση του ισοζυγίου προσλαμβανομένων- αποβαλλόμενων υγρών, λόγω κινδύνου αφυδάτωσης, και η συνεχόμενη παρακολούθηση της αναπνευστικής και καρδιαγγειακής λειτουργίας του ασθενή (Αδάμου et al., 2011).

## **6.4 Ηθικές Αρχές στη νοσηλευτική της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας**

Στην υγειονομική περίθαλψη, οι αρχές και τα δικαιώματα αποτελούν τη βάση των πλαισίων ηθικής. Πολλές φορές το νοσηλευτικό προσωπικό της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας, εξαιτίας των πολλαπλών καθημερινών προκλήσεων, καλείται να αντιμετωπίσει ηθικά διλήμματα, τα οποία σχετίζονται με την περίθαλψη του ασθενή. Ωστόσο, η αποτελεσματική φροντίδα και εξυπηρέτηση των ασθενών δεν μπορεί να πραγματοποιηθεί χωρίς την τήρηση των ηθικών αρχών.

### **6.4.1 Σεβασμός Αυτονομίας**

Μία από τις βασικές ηθικές αρχές είναι ο σεβασμός της ατομικότητας και της ιδιαιτερότητας του ασθενή. Το νοσηλευτικό προσωπικό απαιτείται να σέβεται το δικαίωμα του ασθενή στην αυτονομία, προστατεύοντας προσωπικές πληροφορίες και αποκτώντας συγκατάθεση για κάθε παρέμβαση. Επίσης, χρειάζεται να σέβεται τις απόψεις και τα δικαιώματα των ασθενών, αρκεί να μη βλάπτουν άλλα άτομα. Εφόσον ο ασθενής κρίνεται ικανός, μπορεί να αυτό-προσδιορίσει την πορεία δράσης του και να συναινέσει ή να αρνηθεί ορισμένες θεραπείες. Ωστόσο, εάν ο ασθενής δεν είναι σε θέση να λαμβάνει αποφάσεις, τότε κάποιο άτομο της οικογένειας του χρειάζεται να πάρει τις αποφάσεις εκ μέρους του. Σε περιπτώσεις ψυχολογικής διαταραχής, είναι απαραίτητη η αξιολόγηση του ασθενή, σχετικά με την ικανότητά να λαμβάνει αποφάσεις που μπορεί να επηρεάσουν τη ζωή του. Εάν ο ασθενής δεν βρίσκεται σε θέση να αποφασίσει, το νοσηλευτικό προσωπικό έχει το καθήκον να

ενημερώσει και να διευκρινίσει όλες τις πληροφορίες στην οικογένεια, έτσι ώστε να παρθεί μία απόφαση η οποία είναι σύμφωνη με τις αξίες και του ασθενή (Huycke & All, 2000).

#### **6.4.2 Ευεργεσία και Αποφυγή Πρόκλησης Βλαβών**

Εντός των νοσηλευτικών καθηκόντων και αρχών θεωρείται η προώθηση της ευημερίας των ασθενών και η ελαχιστοποίηση δυνητικών βλαβών στον ασθενή. Το νοσηλευτικό προσωπικό οφείλει να προλαμβάνει, να αντιμετωπίζει και να διορθώνει επιβλαβείς καταστάσεις, εφόσον αυτό είναι δυνατό. Οι νοσηλευτές πρέπει να παρέχουν ένα πρότυπο φροντίδας που να αποφεύγει τον κίνδυνο ή να το ελαχιστοποιεί. Κύριος στόχος στην περίθαλψη του ασθενή είναι η ελάττωση των βλαβών. Εντούτοις, στο περιβάλλον και στις συνθήκες της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας, οι τεχνικές που απαιτούνται, μπορεί να έχουν αυξημένες πιθανότητες πρόκλησης κάποιας βλάβης. Στις περιπτώσεις αυτές, αξιολογείται η αναγκαιότητα πραγματοποίησης διαδικασιών με αυξημένη πιθανότητα κινδύνου από την θεραπευτική ομάδα σε συνεργασία με τον ασθενή (Huycke & All, 2000).

#### **6.4.3 Αφοσίωση**

Η νοσηλευτική επιστήμη χαρακτηρίζεται σε μεγάλο βαθμό από την αρχή της αφοσίωσης. Οι ασθενείς που νοσηλεύονται σε κάποιο νοσοκομείο, και συγκεκριμένα οι ασθενείς που νοσηλεύονται σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας εξαρτώνται από το νοσηλευτικό προσωπικό για την φυσική και ψυχική τους υγεία. Αυτή η σχέση εξάρτησης πηγάζει από την εμπιστοσύνη ότι το νοσηλευτικό προσωπικό είναι καταρτισμένο και θα κάνει ότι είναι επαγγελματικά υποχρεωμένο να κάνει. Σε αυτή την σχέση εμπιστοσύνης βασίζεται η αφοσίωση του νοσηλευτή στον ασθενή. Ο εκάστοτε νοσηλευτής πρέπει να μπορεί να προσφέρει εμπιστοσύνη στον ασθενή και να σέβεται την ιδιωτικότητά του. Πιο συγκεκριμένα, σε περιπτώσεις ψυχικής διέγερσης ο νοσηλευτής πρέπει να εξασφαλίζει την ιδιωτικότητα του ασθενή, κλείνοντας τις πόρτες και τις κουρτίνες του θαλάμου (Huycke & All, 2000).

#### **6.4.4 Δικαιοσύνη**

Η δικαιοσύνη σημαίνει ισότιμη κατανομή διαθέσιμων πόρων. Το νοσηλευτικό προσωπικό απαιτείται να είναι αμερόληπτο και δίκαιο. Οι νοσηλευτές που λαμβάνουν αμερόληπτες αποφάσεις το αποδεικνύουν αυτό, παρέχοντας φροντίδα ανεξαρτήτως περιορισμένων πόρων, νέων θεραπειών, οικονομικής κατάστασης, εθνικότητας, θρησκείας, χρώμα δέρματος και σεξουαλικού προσανατολισμού. Η πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη αποτελεί ζήτημα κοινωνικής δικαιοσύνης (Huycke & All, 2000).

### **6.5 Ψυχολογικές επιπτώσεις νοσηλευτών σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας**

#### **6.5.1 Σύνδρομο εξάντλησης (Burn out Syndrome- BOS)**

Η Μονάδα Εντατικής Θεραπείας είναι ένα ιδιαίτερα αγχωτικό περιβάλλον, όχι μόνο για τους ασθενείς και συγγενείς, αλλά και για το προσωπικό. Νοσηλευτές και γιατροί που εργάζονται στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, μπορούν να εκτεθούν σε σημαντικό εργασιακό άγχος. Συμπτώματα ψυχολογικού κινδύνου μεταξύ του προσωπικού είναι αρκετά συχνά, όπως είναι και τα επίπεδα συμπτωμάτων εξουθένωσης στους υπαλλήλους της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας (Chen & McMurray, 2001).

Το BOS εντοπίστηκε στις αρχές της δεκαετίας του '70 από επαγγελματίες του τομέα των ανθρώπινων υπηρεσιών, και είναι μια ψυχολογική έννοια που συχνά χρησιμοποιείται ως απάντηση σε μακροχρόνια συναισθηματικούς και διαπροσωπικούς στρεσογόνους παράγοντες, συνήθως στο πλαίσιο της εργασίας. Το BOS μπορεί να είναι αποτέλεσμα συνεχόμενης εργασίας και λίγης ανάκαμψης. Το σύνδρομο του BOS έχει χαρακτηριστεί ως αδυναμία αντιμετώπισης του συναισθηματικού στρες στην εργασία ή ως υπερβολική χρήση ενέργειας και πόρων που οδηγεί σε αισθήματα αποτυχίας και εξάντλησης. Αν και η κατάθλιψη επηρεάζει σχεδόν κάθε πτυχή της ζωής του ατόμου, τα συμπτώματα του Burn out εμφανίζονται μόνο κατά την εργασία. Ωστόσο, το BOS μειώνει και τη γενική ευημερία των επαγγελματιών υγείας. Η ανίχνευση και τη μέτρηση της σοβαρότητας του BOS αξιολογείται με τρεις τομείς, τη συναισθηματική εξάντληση, την αποπροσωποποίηση (αρνητική ή κυνική στάση απέναντι στους ασθενείς) και απώλεια αισθήματος προσωπικής επίτευξης στην εργασία (Mealer et al., 2009).

Η κλινική επίδραση της εξουθένωσης είναι η ελάττωση της ευημερίας (αϋπνία, ευερεθιστότητα, προβλήματα σχετικά με την πρόσληψη τροφής και καταθλιπτικά προβλήματα και ακαμψία στις σχέσεις με άλλους ανθρώπους. Αν και η ύπαρξη του Burn out έχει παρατηρηθεί σε όλες τις ειδικότητες, τόσο σε γιατρούς, όσο και σε νοσηλευτές, τα υψηλότερα επίπεδα του συνδρόμου βρέθηκαν σε ογκολόγους, αναισθησιολόγους, γιατρούς για ασθενείς με AIDS και γιατρούς σε τμήματα έκτακτης ανάγκης. Οι Μονάδες εντατικής θεραπείας χαρακτηρίζονται από υψηλό επίπεδο στρες που σχετίζεται με την εργασία, γεγονός που είναι γνωστό ότι αυξάνει τον κίνδυνο για εμφάνιση του Burn out. Υψηλά ποσοστά σοβαρού Burn out αναφέρθηκαν στο νοσηλευτικό προσωπικό της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας, εδώ και τουλάχιστον τρεις δεκαετίες (Mealer et al., 2009).

### **6.5.1.1 Παράγοντες Κινδύνου για BOS**

Τόσο τα προσωπικά χαρακτηριστικά όσο και οι παράγοντες που σχετίζονται με την εργασία συσχετίζονται με την εμφάνιση του BOS σε νοσηλευτές της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας. Όσον αφορά τα προσωπικά χαρακτηριστικά, η ηλικία κάτω των 40 ετών αποτελεί έναν παράγοντα κινδύνου για το BOS. Ωστόσο, σύμφωνα με μελέτες το υψηλό ποσοστό γυναικών νοσηλευτριών στην ομάδα εργασίας φαίνεται να συνδέεται με μειωμένο κίνδυνο BOS. Σχετικά με την οικογενειακή κατάσταση των νοσηλευτών, υψηλότερο επίπεδο BOS συνδέονται με νοσηλευτές που είναι ανύπαντροι και χωρίς παιδιά. Επιπλέον, τα λιγότερα χρόνια εργασίας σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας αλλά και λιγότερα χρόνια νοσηλευτικής εμπειρίας αποτελούν στατιστικά σημαντικούς παράγοντες κινδύνου για εμφάνιση του συνδρόμου (Mealer et al., 2009).

Μεταξύ των παραγόντων που σχετίζονται με την εργασία, το κλίμα στο χώρο εργασίας και ο φόρτος εργασίας επηρεάζουν τον κίνδυνο εμφάνισης του συγκεκριμένου συνδρόμου. Η αυξημένη συχνότητα νυχτερινών βάρδιών ανά μήνα και η χρονική διάρκεια από την τελευταία μη εργάσιμη εβδομάδα, συνδέεται αμφοτέρωτα με αυξημένο κίνδυνο εξάντλησης. Επίσης, οι αντιληπτές συγκρούσεις με ασθενείς, οικογένειες ή άλλα μέλη του προσωπικού αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης του BOS και η συναισθηματική εξάντληση είναι άμεση συνέπεια της σύγκρουσης που οδηγεί στην αποπροσωποποίηση και στην απώλεια μιας αίσθησης προσωπικής ολοκλήρωσης των εργαζομένων. Τόσο οι αντιληπτές συγκρούσεις, όσο και οι αντιληπτές κακές σχέσεις με άλλα μέλη του προσωπικού ήταν ισχυροί παράγοντες κινδύνου για σοβαρό BOS, όσον αφορά το νοσηλευτικό προσωπικό (Chen & McMurray, 2001).

Έχουν αναφερθεί, επίσης, υψηλά ποσοστά BOS στο προσωπικό που παρέχει φροντίδα στο τέλος της ζωής. Πολύ συχνά, το νοσηλευτικό προσωπικό της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας, χρειάζεται να παρέχει παρηγορητική φροντίδα σε ασθενείς και τους συγγενείς τους, γεγονός που αυξάνει την πιθανότητα εμφάνισης BOS. Πιο συγκεκριμένα, η ηθική λήψη αποφάσεων σχετικά με ζητήματα τελικού βίου (συμπεριλαμβανομένης της απόφασης για απόσυρση της θεραπείας) συνδέθηκε με αυξημένα ποσοστά BOS (Chen & McMurray, 2001).

### **6.5.1.2 Αρνητικά αποτελέσματα του BOS**

Το BOS σχετίζεται με μείωση της ευημερίας μεταξύ των μελών του νοσηλευτικού προσωπικού, μειωμένη ποιότητα της φροντίδας και έξοδα που συνδέονται με την αυξημένη άδεια ασθενείας μεταξύ του προσωπικού και τον υψηλό κύκλο εργασιών, τα οποία έχουν ιδιαίτερα καταστροφικές συνέπειες στη λειτουργικότητα της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας (Mealer et al., 2009).

Η συναισθηματική εξάντληση, ο λήθαργος και η έλλειψη προσοχής συχνά χαρακτηρίζουν τους νοσηλευτές με σύνδρομο Burn out και δημιουργούν δυσμενείς αποτελέσματα, τα οποία σχετίζονται με χαμηλότερο επίπεδο παροχής φροντίδας. Οι νοσηλευτές οι οποίοι εκτίθενται στο συγκεκριμένο σύνδρομο, μπορεί επίσης να έχουν μειωμένη προσοχή, μνήμη και εκτελεστική λειτουργία, που ελαττώνει την ανάκληση και την προσοχή στη λεπτομέρεια, γεγονός που θέτει τους νοσηλευτές σε υψηλότερο κίνδυνο σφαλμάτων. Συμπληρωματικά, οι νοσηλευτές που βιώνουν εξάντληση είναι συχνά «κυνικά αποσπασμένοι» από το έργο τους, με αποτέλεσμα την εκδήλωση ταραχής και επιθετικότητας απέναντι στους ασθενείς τους, το έργο τους ή τους συναδέλφους τους. Τέτοιες στάσεις μπορούν να βλάψουν την επικοινωνία των ασθενών και την ομάδα φροντίδας, οι οποίες είναι απαραίτητες για την ποιοτική υγειονομική περίθαλψη (Chen & McMurray, 2001).

### **6.5.2 Η Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες (ΔΜΣ)**

Εξαιτίας του αγχωτικού εργασιακού περιβάλλοντος, οι νοσηλευτές της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας αντιμετωπίζουν τον κίνδυνο εμφάνισης ψυχολογικών διαταραχών όπως το BOS και τη ΔΜΣ. Η ΔΜΣ αναπτύσσεται μετά από άμεση ή έμμεση έκθεση σε ακραίο τραυματικό γεγονός. Στη νοσηλευτική, το τραυματικό γεγονός μπορεί να είναι μια πραγματική ή απειλητική επίθεση, ή μαρτυρία του θανάτου ή τραυματισμού ενός άλλου ατόμου.

Η εργασία σε ένα εχθρικό περιβάλλον μπορεί να επηρεάσει τους νοσηλευτές κοινωνικά, συναισθηματικά, σωματικά και ψυχολογικά. Αξιοσημείωτα σημεία και συμπτώματα της ΔΜΣ περιλαμβάνουν μειωμένο ηθικό, ημικρανίες, μειωμένη συγκέντρωση, άγχος και εφιάλτες. Παρόμοια με άλλες ψυχιατρικές διαταραχές, η ΔΜΣ συχνά παρεμποδίζει δραστηριότητες καθημερινής διαβίωσης ή επαγγελματικές διαδικασίες, οι οποίες μπορεί αρχικά να είναι εμφανείς στον τόπο εργασίας του νοσηλευτή. Η ΔΜΣ μπορεί να έχει σαν αποτέλεσμα, το αίσθημα ότι θα μπορούσαν ή θα έπρεπε να έχουν σώσει κάποιον που απεβίωσε. Επίσης, οι νοσηλευτές με ΔΜΣ, μπορεί να γίνουν “κυνικοί” ή να αποφύγουν τους ασθενείς που τους υπενθυμίζουν το τραυματικό συμβάν. Συχνά, παρουσιάζουν απώλεια ελπίδας για το μέλλον, μειωμένο ενδιαφέρον για εργασία ή έλλειψη συγκέντρωσης. Οι νοσηλευτές που εργάζονται σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας μπορεί να αντιμετωπίζουν συνεχώς κρίσιμες καταστάσεις χωρίς να έχουν επιλύσει τις συναισθηματικές πιέσεις που ακολουθούν ένα τραυματικό γεγονός. Αυτό παρέχει περαιτέρω κίνητρα για συναισθηματική αποφυγή, εάν οι κρίσεις δεν μπορούν να επεξεργαστούν και να ανακτηθούν με υγιή τρόπο. Το άλμα από κρίση σε κρίση μπορεί να αφήσει τους νοσηλευτές να αισθάνονται υπερβολικά, να



φοβούνται μελλοντικά τραύματα και τελικά να οδηγηθούν σε BOS ή αλλαγή σταδιοδρομίας (Mealer et al., 2007).

### **6.5.2.1 Παράγοντες Κινδύνου ΔΜΣ**

Σύμφωνα με έρευνες, έχει διαπιστωθεί ότι οι σχέσεις με συνεργάτες και άλλα μέλη της ομάδας διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στο αν οι νοσηλευτές αναπτύσσουν ΔΜΣ ή άλλες διαταραχές άγχους μετά από τραυματικά γεγονότα. Πιο συγκεκριμένα, οι αυξημένες διαπροσωπικές συγκρούσεις και η έλλειψη στήριξης μεταξύ του προσωπικού μπορεί να αυξήσουν την ευαισθησία των νοσηλευτών μετά από τραυματικά συμβάντα εργασίας, προκαλώντας τους να γίνουν πιο επιρρεπείς σε ψυχολογικές διαταραχές (Mealer et al., 2007).

Ένας άλλος παράγοντας που προκαλεί την ανάπτυξη της ΔΜΣ σε νοσηλευτές είναι η βία στο χώρο εργασίας. Το πιο συχνά αναφερόμενο περιστατικό που προκαλεί στρες σε νοσηλευτές είναι η βία που στρέφεται προς αυτούς από ασθενείς, μέλη της οικογένειας των ασθενών και άλλα μέλη του προσωπικού. Πολύ συχνά, οι νοσηλευτές των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας βιώνουν άγχος μετά από άμεσες απειλές και λεκτική κατάχρηση από ασθενείς και τα μέλη των οικογενειών τους. Επιπλέον, είναι αρκετά συχνό φαινόμενο η συναισθηματική κακοποίηση από το υπόλοιπο προσωπικό σε καθημερινή βάση, η οποία μπορεί να προκαλέσει συναισθήματα άγχους και ΔΜΣ (Mealer et al., 2007).

### **6.5.2.2 Αρνητικά Αποτελέσματα της ΔΜΣ**

Η ΔΜΣ, μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την ικανότητα των νοσηλευτών να παρέχουν αποτελεσματική φροντίδα στους ασθενείς. Το συναισθηματικό στρες, σε συνδυασμό με τα συμπτώματα της ΔΜΣ, λειτουργεί αρνητικά όσον αφορά τη φροντίδα των ασθενών, το επίπεδο επαγρύπνησης του νοσηλευτή, καθώς και την ικανότητα επικοινωνιακής επικοινωνίας με τους ασθενείς, το οικογενειακό τους περιβάλλον και το υπόλοιπο προσωπικό της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας. Επιπλέον, οι νοσηλευτές που εμφανίζουν τόσο συμπτώματα BOS, όσο και συμπτώματα ΔΜΣ, έχουν περισσότερες πιθανότητες να αισθάνονται ότι τα συμπτώματά τους παρεμποδίζουν τη σταδιοδρομία τους και είναι πιο πιθανό να εξετάσουν το ενδεχόμενο αποχώρησης από το νοσηλευτικό επάγγελμα (Mealer et al., 2009).

### **6.5.3 Αντιμετώπιση των ψυχολογικών επιπτώσεων νοσηλευτών σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας**

Το περιβάλλον της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας, αποτελεί ένα δύσκολο και απαιτητικό περιβάλλον εργασίας. Έτσι, η αποτελεσματική και ανακουφιστική φροντίδα και η αφοσίωση στον ασθενή μερικές φορές πλήττονται. Απαραίτητο χαρακτηριστικό του νοσηλευτή είναι η διαδικασία της αυτό-φροντίδας. Αρχικό βήμα αυτό-φροντίδας αποτελεί η ενδοσκόπηση των αιτιών που προκαλούν την συναισθηματική αστάθεια. Οι νοσηλευτές χρειάζεται να διατηρούν την συναισθηματική και ψυχική τους ισορροπία, έτσι ώστε να μπορούν να παρέχουν την κατάλληλη φροντίδα στους ασθενείς. Η ενδοσκόπηση, συμβάλλει στην αναγνώριση και συνειδητοποίηση των αιτιών, με σκοπό τον προγραμματισμό για αντιμετώπιση. Στη συνέχεια, το στρες μπορεί να διαχειριστεί μέσω τεχνικών αντιμετώπισης. Οι τεχνικές χαλάρωσης έπειτα από την εργασία, προάγουν τη συναισθηματική υγεία του νοσηλευτή. Με τον συγκεκριμένο

τρόπο, το στρες δεν συσσωρεύεται, η κρίση και οι αντοχές του δεν πλήττονται και η φροντίδα που παρέχεται είναι η βέλτιστη δυνατή (Costa & Moss, 2018).

Επίσης, οι νοσηλευτές χρειάζεται να εκπαιδεύονται για την ευαισθησία τους όταν εργάζονται με βαρέως πάσχοντες και να αναγνωρίζουν τα σημεία, τα συμπτώματα και τους πιθανούς παράγοντες κινδύνου που συνδέονται με ψυχολογικές επιπτώσεις. Τέλος, τα νοσοκομεία απαιτείται να δημιουργήσουν περισσότερα προγράμματα αναμετάδοσης, καθώς και να αυξήσουν την ευαισθητοποίηση σχετικά με τους διαθέσιμους πόρους και την παροχή συμβουλών (Mealer et al., 2009).

## 6.6 Νοσηλευτική Διεργασία

### 6.6.1 Περιστατικό 1

#### Στοιχεία ασθενούς

**Όνοματεπώνυμο:** Μ.Π

**Ηλικία:** 72 ετών

**Επάγγελμα:** Συνταξιούχος

**Καταγωγή:** Πάτρα, Αχαΐας

**Οικογενειακή Κατάσταση:** Παντρεμένη

**Τόπος Κατοικίας:** Πάτρα

#### Ιστορικό Ασθενούς

Γυναίκα Μ.Π 72 ετών εισήχθη στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Πατρών, κατόπιν μικροβιακής λοίμωξης του κατώτερου αναπνευστικού. Η εισαγωγή στη Μονάδα Εντατικής επήλθε έπειτα από υψηλό πυρετό, οποίος δεν ελαττώθηκε με τη χορήγηση αντιπυρετικών φαρμάκων, και την αποτυχία αντιβιοτικών να ελαττώσουν τα συμπτώματα της λοίμωξης. Η ασθενής παρουσίασε συμπτώματα άγχους κατά το δεύτερο 24ωρό της νοσηλείας της στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας.

Αξιολόγηση- Ανάγκες	Διάγνωση	Ιεράρχηση Αναγκών	Στόχοι	Νοσηλευτική Παρέμβαση	Εφαρμογή	Εκτίμηση
<b>Αισθήματα ανησυχίας και δυσφορίας</b>	Ανησυχία και Δυσφορία	Εξάλειψη ανησυχίας και δυσφορίας	Έκφραση συναισθημάτων και των ανησυχιών  Ο ασθενής να μην αναφέρει ανησυχία   Μεταφορά ασθενή σε μονόκλινο δωμάτιο με στόχο τη μείωση της δυσφορίας	Ενημέρωση του ασθενή και της οικογενείας του σχετικά με την διάγνωση, τη θεραπεία και τη φροντίδα  Εξασφάλιση ήρεμου περιβάλλοντο ς	Ο νοσηλευτής συζήτησε με τον ασθενή και την οικογένειά του σχετικά με τις ανησυχίες του ασθενή   Το νοσηλευτικό προσωπικό σε συνεννόηση με το ιατρικό προσωπικό μετέφερε τον ασθενή σε μονόκλινο θάλαμο	Ο ασθενής παρουσιάζεται ήρεμος κατόπιν συζήτησης με το νοσηλευτικό προσωπικό και την οικογένειά του   Παρουσιάστηκ ε μείωση της δυσφορίας του ασθενή έπειτα από τη μεταφορά σε μονόκλινο θάλαμο   Κατόπιν ψυχιατρικής εκτίμησης ο ασθενής δεν χρήζει ψυχιατρική φαρμακευτική αγωγή
<b>Μειωμένο ωράριο ύπνου (3-4 ώρες/ μέρα) εξαιτίας του άγχους</b>	Αυπνία	Προαγωγή ποιοτικού ύπνου	Επαναφορά ύπνου στις απαιτούμενες ώρες (8 ώρες/ ημέρα)	Δημιουργία ήρεμου και χαλαρωτικού περιβάλλοντο ς με σκοπό την προαγωγή του ποιοτικού ύπνου	Ο νοσηλευτής επιμελήθηκε τη δημιουργία ήρεμου και χαλαρωτικού περιβάλλοντο ς(Χαμηλός φωτισμός, χαλαρωτική μουσική, ελάττωση περιττού θορύβου)	Ο ασθενής κοιμάται 8 ώρες/ μέρα

Έλλειψη ενδιαφέροντος για την ατομική του υγιεινή	Έλλειψη αυτοφροντίδας	Αποκατάσταση του ενδιαφέροντος του ασθενή για την ατομική του υγιεινή	Ο ασθενής να ενδιαφέρεται για την αυτοφροντίδα του	Να γίνει εκπαίδευση του ασθενή σε δραστηριότητες αυτοφροντίδας (λουτρό, περιποίηση άκρων)	Ο νοσηλευτής διέθεσε χρόνο για την εκπαίδευση του ασθενή σχετικά με τις δραστηριότητες αυτοφροντίδας	Ο ασθενής ανέλαβε τον έλεγχο των δραστηριοτήτων αυτοφροντίδας
				Παρότρυνση και επιβράβευση του ασθενή για την επίτευξη ολοκλήρωσης δραστηριοτήτων αυτοφροντίδας	Το νοσηλευτικό προσωπικό παρότρυνε και επιβράβευσε τον ασθενή για την επίτευξη δραστηριοτήτων ατομικής υγιεινής	Ο ασθενής εκφράζει αίσθημα ικανοποίησης έπειτα από την επιβράβευση του από το νοσηλευτικό προσωπικό για την ολοκλήρωση δραστηριοτήτων ατομικής υγιεινής

## 6.6.2 Περιστατικό 2

### Στοιχεία ασθενούς

**Όνοματεπώνυμο:** Δ.Δ

**Ηλικία:** 24 ετών

**Επάγγελμα:** Φοιτητής

**Καταγωγή:** Πάτρα, Αχαΐας

**Οικογενειακή Κατάσταση:** Ανύπαντρος

**Τόπος Κατοικίας:** Πάτρα

### Ιστορικό Ασθενούς

Ασθενής Δ.Δ 24 ετών εισήλθε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Πατρών, έπειτα από επίθεση που δέχθηκε. Ο ασθενής παρουσίασε κάκωση στη δεξιά κροταφική περιοχή της κεφαλής και αρκετούς μώλωπες στη περιοχή του προσώπου. Η κρανιοεγκεφαλική κάκωση χαρακτηρίστηκε ως εστιακή και η σκληρά μήνιγγα παρουσιάστηκε ανέπαφη. Ο ασθενής κατά τη διάρκεια της εισαγωγής του στο τμήμα επειγόντων περιστατικών παρουσίασε διαταραχές στη συνείδηση. Η αρχική ιατρική εκτίμηση ανέφερε ενδοκρανιακή αιμορραγία, η οποία όμως δεν επέφερε διάχυτη βλάβη. Εξαιτίας της ύπαρξης ενδοκρανιακής αιμορραγίας, ο ασθενής μεταφέρθηκε στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας για εντατική παρακολούθηση και αποφυγή αρνητικών αποτελεσμάτων. Ο ασθενής παρουσίασε παραληρηματικά συμπτώματα κατά το τρίτο 24ωρο της νοσηλείας του στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας.

Αξιολόγηση- Ανάγκες	Διάγνωση	Ιεράρχηση Αναγκών	Σκοποί	Νοσηλευτική Παρέμβαση	Εφαρμογή	Αξιολόγηση
<b>Πόνος στη δεξιά πλευρά της κεφαλής εξαιτίας της επίθεσης</b>	Κεφαλαλγία	Μείωση πόνου	Ο ασθενής να μην αναφέρει πόνο στις επόμενες 3 ώρες	Χορήγηση αναλγητικών ανά 4 ώρες σύμφωνα με ιατρικές οδηγίες	Χορηγήθηκε Apotel 100 ml IV	Ο ασθενής δεν αναφέρει πόνο
<b>Δυσκολία προσανατολισμού και επαφής με το περιβάλλον</b>	Απώλεια της ικανότητας προσανατολισμού εξαιτίας κρανιοεγκεφαλικής κάκωσης	Επαναφορά του προσανατολισμού του ασθενή και της επαφής με το περιβάλλον	Ο ασθενής να επανακτήσει την ικανότητα προσανατολισμού και της επαφής με το περιβάλλον	Υπενθύμιση τύπου και χρόνου	Συχνή υπενθύμιση τύπου και χρόνου από το νοσηλευτικό προσωπικό στον ασθενή	Ο ασθενής παρουσιάζεται να αναγνωρίζει επιτυχώς την τοποθεσία του
				Αποφυγή περαιτέρω παραληρηματικών συμπτωμάτων	Εξασφάλιση άνετου περιβάλλοντος  Χορήγηση αντιψυχωσικού φαρμάκου Aloperidin 2mg IV	Επιτυχής αποφυγή περαιτέρω παραληρηματικών συμπτωμάτων
<b>Επιθετικότητα</b>	Επιθετική συμπεριφορά εξαιτίας παραισθήσεων και ψευδαισθήσεων	Αποφυγή τραυματισμού του ασθενή και του προσωπικού	Εξάλειψη επιθετικότητας του ασθενή και αποφυγή αυτοτραυματισμού	Περιορισμός του ασθενή στη κλίνη μέσω μαλακών συστημάτων συγκράτησης	Το νοσηλευτικό προσωπικό περιόρισε τον ασθενή με μαλακά συστήματα συγκράτησης	Διακόπτεται ο περιορισμός του ασθενή
		Εξάλειψη παραισθήσεων και ψευδαισθήσεων		Χορήγηση αντιψυχωσικού φαρμάκου ανά 6 ώρες σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες	Χορήγηση Aloperidin 2 mg	Ο ασθενής εμφανίζεται ήρεμος μετά από χορήγηση αντιψυχωσικού φαρμάκου

<b>Αδυναμία συνεργασίας ασθενή με νοσηλευτικό προσωπικό</b>	Παρεμπόδιση ολοκλήρωσης θεραπευτικού πλάνου	Ενημέρωση του ασθενή για τη σημασία της ολοκλήρωσης της θεραπείας του	Συμμόρφωση του ασθενή με το θεραπευτικό πλάνο	Επεξήγηση των διαδικασιών που αποτελούν το θεραπευτικό πλάνο	Ο νοσηλευτής επεξήγησε το θεραπευτικό πλάνο με χρήση κατανοητής γλώσσας	Ο ασθενής συμμορφώθηκε με το θεραπευτικό του πλάνο και κατανόησε την σημασία του
		Ανάγκη για ομαλή συνεργασία του ασθενή με το προσωπικό της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας	Συνεργασία με το προσωπικό	Επικοινωνία η οποία βασίζεται στην κατανόηση και στην ενσυναίσθηση	Επικοινωνιακή ή συζήτηση με τον ασθενή	Ο ασθενής συνεργάζεται με το προσωπικό της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας ομαλά



## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Alexander, S. A., Ren, D., Gunn, S. R., Kochanek, P. M., Tate, J., Ikonovic, M., & Conley, Y. P. (2014). Interleukin 6 and Apolipoprotein E as Predictors of Acute Brain Dysfunction and Survival in Critical Care Patients. *American Journal of Critical Care*, 23(1), 49–57.
- Alexopoulos, G.S., & Chester J.G. (1992). Outcomes of geriatric depression. *Clin Geriatr Med*, 8(2), 363-376.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Bailey, C. R., Cordell, E., Sobin, S. M., & Neumeister, A. (2013). Recent Progress in Understanding the Pathophysiology of Post-Traumatic Stress Disorder. *CNS Drugs*, 27(3), 221–232.
- Ballenger, J. C. (2007). Anxiety Disorders and Risk for Suicidal Ideation and Suicide Attempts: A Population-Based Longitudinal Study of Adults. *Yearbook of Psychiatry and Applied Mental Health*, 2007, 249–250.
- Bandelow, B., Boerner J, R., Kasper, S., Linden, M., Wittchen, H. U., & Möller, H. J. (2013). The diagnosis and treatment of generalized anxiety disorder. *Deutsches Arzteblatt international*, 110(17), 300–310.
- Bandelow, B., Michaelis, S., Wedekind, D. (2017). Treatment of anxiety disorders. *Dialogues Clin Neurosci.*, 19(2), 93-107.
- Barr, J., Fraser, G. L., Puntillo, K., Ely, E. W., Gélinas, C., Dasta, J. F., et al. (2013). Clinical Practice Guidelines for the Management of Pain, Agitation, and Delirium in Adult Patients in the Intensive Care Unit. *Critical Care Medicine*, 41(1), 263–306.
- Batelaan, N. M., de Graaf, R., Penninx, B. W. J. H., van Balkom, A. J. L. M., Vollebergh, W. A. M., & Beekman, A. T. F. (2009). The 2-year prognosis of panic episodes in the general population. *Psychological Medicine*, 40(01), 147.
- Battle, C. E., James, K., Bromfield, T., & Temblett, P. (2017). Predictors of post-traumatic stress disorder following critical illness: A mixed methods study. *Journal of the Intensive Care Society*, 18(4), 289–293.
- Battle, C., James, K., & Temblett, P. (2014). Depression following critical illness: Analysis of incidence and risk factors. *Journal of the Intensive Care Society*, 16(2), 105–108.
- Bazuin, D., & Cardon, K. (2011). Creating Healing Intensive Care Unit Environments. *Critical Care Nursing Quarterly*, 34(4), 259–267.
- Bienvenu, O. J., Gellar, J., Althouse, B. M., Colantuoni, E., Sricharoenchai, T., Mendez-Tellez, P. A., et al. (2013). Post-traumatic stress disorder symptoms after acute lung injury: a 2-year prospective longitudinal study. *Psychological Medicine*, 43(12), 2657–2671.
- Binder, E. B., Salyakina, D., Lichtner, P., Wochnik, G. M., Ising, M., Pütz, B., et al. (2004). Polymorphisms in FKBP5 are associated with increased recurrence of depressive episodes and rapid response to antidepressant treatment. *Nature Genetics*, 36(12), 1319–1325.

- Bisson, J. I., Roberts, N. P., Andrew, M., Cooper, R., & Lewis, C. (2013). Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
- Blazer, D. G. (2003). Depression in Late Life: Review and Commentary. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 58(3), M249–M265.
- Boogaard, M. v. d., Pickkers, P., Slooter, A. J. C., Kuiper, M. A., Spronk, P. E., Voort, P. H. J. v. d. et al. (2012). Development and validation of PRE-DELIRIC (PREdiction of DELIRium in ICu patients) delirium prediction model for intensive care patients: observational multicentre study. *BMJ*, 344
- Bourdon, D.-É., El-Baalbaki, G., Girard, D., Lapointe-Blackburn, É., & Guay, S. (2018). Schemas and Coping Strategies in Cognitive-Behavioral Therapy for PTSD: A Systematic Review. *European Journal of Trauma & Dissociation*.
- Brajtman, S., Hall, P., Weaver, L., Higuchi, K., Allard, P., & Mullins, D. (2008). An interprofessional educational intervention on delirium for health care teams: Providing opportunities to enhance collaboration. *Journal of Interprofessional Care*, 22(6), 658–660.
- Breckenridge, S. J., Chlan, L., & Savik, K. (2014). Impact of tracheostomy placement on anxiety in mechanically ventilated adult ICU patients. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, 43(5), 392–398.
- Briley, M., & Lépine. (2011). The increasing burden of depression. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 3.
- Brummelte, S., & Galea, L. A. M. (2016). Postpartum depression: Etiology, treatment and consequences for maternal care. *Hormones and Behavior*, 77, 153–166.
- Bush, S. H., & Lawlor, P. G. (2014). Delirium. *Canadian Medical Association Journal*, 187(2), 129–129.
- Cerejeira, J., & Mukaetova-Ladinska, E. B. (2011). A Clinical Update on Delirium: From Early Recognition to Effective Management. *Nursing Research and Practice*, 1–12.
- Cerejeira, J., Batista, P., Nogueira, V., Firmino, H., Vaz-Serra, A., & Mukaetova-Ladinska, E. B. (2011). Low preoperative plasma cholinesterase activity as a risk marker of postoperative delirium in elderly patients. *Age and Ageing*, 40(5), 621–626.
- Chen, S.M., McMurray, A. (2001). "Burnout" in intensive care nurses. *The Journal of Nursing Research: JNR*, 9(5):152-164.
- Chlan, L., & Savik, K. (2011). Patterns of Anxiety in Critically Ill Patients Receiving Mechanical Ventilatory Support. *Nursing Research*, 60(Supplement), S50–S57.
- Choi, J., Tate, J. A., Rogers, M. A., Donahoe, M. P., & Hoffman, L. A. (2016). Depressive symptoms and anxiety in intensive care unit (ICU) survivors after ICU discharge. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, 45(2), 140–146.
- Colin, J. H., & Vardi K. (2014). Delirium: Presentation, Epidemiology, and Diagnostic Evaluation (Part 1). *Rhode Island Medical Journal*, 18-23.
- Costa, D. K., & Moss, M. (2018). The Cost of Caring: Emotion, Burnout, and Psychological Distress in Critical Care Clinicians. *Annals of the American Thoracic Society*, 15(7), 787–790.

- Cuthbertson, B. H., Hull, A., Strachan, M., & Scott, J. (2004). Post-traumatic stress disorder after critical illness requiring general intensive care. *Intensive Care Medicine*, 30(3), 450–455.
- Damasio, A. (1990). Individuals with sociopathic behavior caused by frontal damage fail to respond autonomically to social stimuli. *Behavioural Brain Research*, 41(2), 81–94.
- Dani, M., Owen, L. H., Jackson, T. A., Rockwood, K., Sampson, E. L., & Davis, D. (2017). Delirium, Frailty, and Mortality: Interactions in a Prospective Study of Hospitalized Older People. *The Journals of Gerontology: Series A*, 73(3), 415–418.
- Danilenko, K. V., & Levitan, R. D. (2012). Seasonal affective disorder. *Handbook of Clinical Neurology*, 279–289.
- Darves-Bornoz, J. M., Alonso, J., de Girolamo, G., et al. (2008). Main traumatic events in Europe: PTSD in the European study of the epidemiology of mental disorders survey. *J Trauma Stress*, 21, 455–462.
- Dasgupta, M., & Brymer, C. (2013). Prognosis of delirium in hospitalized elderly: worse than we thought. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 29(5), 497–505.
- Davydow DS, Kohen R, Hough CL, et al. (2014). A pilot investigation of the association of genetic polymorphisms regulating corticotrophin-releasing hormone with posttraumatic stress and depressive symptoms in medical-surgical intensive care unit survivors. *J Crit Care*, 29.
- Davydow, D. S., Desai, S. V., Needham, D. M., & Bienvenu, O. J. (2008). Psychiatric Morbidity in Survivors of the Acute Respiratory Distress Syndrome: A Systematic Review. *Psychosomatic Medicine*, 70(4), 512–519.
- Davydow, D. S., Gifford, J. M., Desai, S. V., Bienvenu, O. J., & Needham, D. M. (2009). Depression in general intensive care unit survivors: a systematic review. *Intensive Care Medicine*, 35(5), 796–809.
- Davydow, D. S., Zatzick, D. F., Rivara, F. P., Jurkovich, G. J., Wang, J., Roy-Byrne, P. P., MacKenzie, E. J. (2009). Predictors of posttraumatic stress disorder and return to usual major activity in traumatically injured intensive care unit survivors. *General Hospital Psychiatry*, 31, 428 – 435.
- Davydow, D. S., Zatzick, D., Hough, C. L., & Katon, W. J. (2013). A longitudinal investigation of posttraumatic stress and depressive symptoms over the course of the year following medical–surgical intensive care unit admission. *General Hospital Psychiatry*, 35(3), 226–232.
- De Jonghe, B., Constantin, J.-M., Chanques, G., Capdevila, X., Lefrant, J.-Y., et al. (2012). Physical restraint in mechanically ventilated ICU patients: a survey of French practice. *Intensive Care Medicine*, 39(1), 31–37.
- Dithole, K., Sibanda, S., Moleki, M. M., & Thupayagale-Tshweneagae, G. (2016). Exploring Communication Challenges Between Nurses and Mechanically Ventilated Patients in the Intensive Care Unit: A Structured Review. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 13(3), 19.
- Dowdy, D. W., Bienvenu, O. J., Dinglas, V. D., Mendez-Tellez, P. A., Sevransky, J., Shanholtz, C., & Needham, D. M. (2009). Are intensive care factors associated with depressive symptoms 6 months after acute lung injury? *Critical Care Medicine*, 37(5), 1702–1707.
- Downing, L. J., Caprio, T. V., & Lyness, J. M. (2013). Geriatric Psychiatry Review: Differential Diagnosis and Treatment of the 3 D's - Delirium, Dementia, and Depression. *Current Psychiatry Reports*, 15(6)

- Dunlop, B. W., & Nemeroff, C. B. (2007). The Role of Dopamine in the Pathophysiology of Depression. *Archives of General Psychiatry*, 64(3), 327.
- Dunn, H., Anderson, M. A., & Hill, P. D. (2010). Nighttime Lighting in Intensive Care Units. *Critical Care Nurse*, 30(3), 31–37.
- Eby L., Brown N. J., (2010). Η Νοσηλευτική στην Ψυχική Υγεία Β' έκδοση, Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός, Αθήνα.
- Ekers, D., Webster, L., Van Straten, A., Cuijpers, P., Richards, D., & Gilbody, S. (2014). Behavioural Activation for Depression; An Update of Meta-Analysis of Effectiveness and Sub Group Analysis. *PLoS ONE*, 9(6).
- Engdahl Mtango, S., Lugazia, E., Baker, U., Johansson, Y., & Baker, T. (2019). Referral and admission to intensive care: A qualitative study of doctors' practices in a Tanzanian university hospital. *PLOS ONE*, 14(10).
- Erb, C., Jackson, J., & Jutte, J. (2015). Physical, Cognitive, and Psychological Disability Following Critical Illness: What Is the Risk? *Seminars in Respiratory and Critical Care Medicine*, 36(06), 943–958.
- Farach, F. J., Pruitt, L. D., Jun, J. J., Jerud, A. B., Zoellner, L. A., & Roy-Byrne, P. P. (2012). Pharmacological treatment of anxiety disorders: Current treatments and future directions. *Journal of Anxiety Disorders*, 26(8), 833–843.
- Fava, M., & Kendler, K. S. (2000). Major Depressive Disorder. *Neuron*, 28(2), 335–341.
- Ferri, M., Zygun, D. A., Harrison, A., & Stelfox, H. T. (2015). Evidence-based design in an intensive care unit: End-user perceptions. *BMC Anesthesiology*, 15(1).
- Ferry, F., Bunting, B., Murphy, S., O'Neill, S., Stein, D., & Koenen, K. (2013). Traumatic events and their relative PTSD burden in Northern Ireland: a consideration of the impact of the "Troubles." *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49(3), 435–446.
- Fox, M. Y. (2014). Improving Communication with Patients and Families in the Intensive Care Unit. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 16(2), 93–98.
- Gardner, A. J., & Griffiths, J. (2014). Propranolol, post-traumatic stress disorder, and intensive care: incorporating new advances in psychiatry into the ICU. *Critical Care*, 18(6).
- Garrouste-Orgeas M, Coquet I, Perier A, Timsit JF, Pochard F, Lancrin F, Philippart F, Vesin A, Bruel C, Blel Y, et al. (2012). Impact of an intensive care unit diary on psychological distress in patients and relatives. *Crit Care Med*. 40(7), 2033–40.
- Garrouste-Orgeas, M., Flahault, C., Fasse, L., Ruckly, S., Amdjar-Badidi, N., Argaud, L., et al. (2017). The ICU-Diary study: prospective, multicenter comparative study of the impact of an ICU diary on the wellbeing of patients and families in French ICUs. *Trials*, 18(1).
- Gelenberg, A.J, Freeman M.P., Markowitz. J.C., et al. (2010). American Psychiatric Association Practice Guideline for the Treatment of Patients with Major Depressive Disorder, Third Edition. *Am J Psychiatry*, 167(suppl), 1-152.
- Gelfuso, E., Rosa, D., Fachin, A., Mortari, M., Cunha, A., & Belebani, R. (2014). Anxiety: A Systematic Review of Neurobiology, Traditional Pharmaceuticals and Novel Alternatives from Medicinal Plants. *CNS & Neurological Disorders - Drug Targets*, 13(1), 150–165.

- Gélinas, C., Arbour, C., Michaud, C., Robar, L., & Côté, J. (2012). Patients and ICU nurses' perspectives of non-pharmacological interventions for pain management. *Nursing in Critical Care*, 18(6), 307–318.
- Gillies, L.A. (2001) Interpersonal psychotherapy for depression and other disorders. Barlow D.H. *Clinical Handbook of Psychological Disorders: A Step-by-Step Treatment Manual*, 3<sup>rd</sup> ed. New York: The Guilford Press.
- Gingerich, W. J., & Peterson, L. T. (2013). Effectiveness of Solution-Focused Brief Therapy. *Research on Social Work Practice*, 23(3), 266–283.
- Girard, T. D., Pandharipande, P. P., & Ely, E. W. (2008). Delirium in the intensive care unit. *Critical Care*, 12(Suppl 3), S3.
- Girard, T. D., Shintani, A. K., Jackson, J. C., Gordon, S. M., Pun, B. T., Henderson, M. S., et al. (2007). Risk factors for post-traumatic stress disorder symptoms following critical illness requiring mechanical ventilation: a prospective cohort study. *Critical Care*, 11(1), R28.
- Goldfarb, M. J., Bibas, L., Bartlett, V., Jones, H., & Khan, N. (2017). Outcomes of Patient- and Family-Centered Care Interventions in the ICU. *Critical Care Medicine*, 45(10), 1751–1761.
- Granja, C., Gomes, E., Amaro, A., Ribeiro, O., Jones, C., Carneiro, A., & Costa-Pereira, A. (2008). Understanding posttraumatic stress disorder-related symptoms after critical care: The early illness amnesia hypothesis\*. *Critical Care Medicine*, 36(10), 2801–2809.
- Gregurek, R., & Gregurek, R. (2016). *The Integration of Psychodynamic Theories and Biological Aspects in the Development of Anxiety and Anxiety Disorders*. New Developments in Anxiety Disorders.
- Hamilton, M., Tomlinson, G., Chu, L., Robles, P., Matte, A., Burns, S., et al. (2019). Determinants of Depressive Symptoms at One Year after Intensive Care Unit Discharge in Survivors of  $\geq 7$  Days of Mechanical Ventilation: Results from the RECOVER Program – a Secondary Analysis of a Prospective Multi-Centre Cohort Study. *Chest*.
- Hammen, C. (2005). Stress and Depression. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1(1), 293–319.
- Happ, M. B., Garrett, K. L., Tate, J. A., DiVirgilio, D., Houze, M. P., Demirci, J. R., et al. (2014). Effect of a multi-level intervention on nurse–patient communication in the intensive care unit: Results of the SPEACS trial. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, 43(2), 89–98.
- Happ, M. B., Garrett, K., Thomas, D. D., Tate, J., George, E., Houze, M., et al. (2011). Nurse-Patient Communication Interactions in the Intensive Care Unit. *American Journal of Critical Care*, 20(2), e28–e40.
- Hasler, G., van der Veen, J. W., Grillon, C., Drevets, W. C., & Shen, J. (2010). Effect of Acute Psychological Stress on Prefrontal GABA Concentration Determined by Proton Magnetic Resonance Spectroscopy. *American Journal of Psychiatry*, 167(10), 1226–1231.
- Hatch, R., Young, D., Barber, V., Griffiths, J., Harrison, D. A., & Watkinson, P. (2018). Anxiety, Depression and Post Traumatic Stress Disorder after critical illness: a UK-wide prospective cohort study. *Critical Care*, 22(1).
- Hauer, D., Weis, F., Papassotiropoulos, A., et al. (2011). Relationship of a common polymorphism of the glucocorticoid receptor gene to traumatic memories and posttraumatic stress disorder in patients after intensive care therapy. *Crit Care Med*, 39(4), 643–50.

- Hendrickson, R. C., & Raskind, M. A. (2016). Noradrenergic dysregulation in the pathophysiology of PTSD. *Experimental Neurology*, 284, 181–195.
- Hetrick, S. E., Purcell, R., Garner, B., & Parslow, R. (2010). Combined pharmacotherapy and psychological therapies for post-traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
- Heymann, A., Radtke, F., Schiemann, A., Lütz, A., MacGuill, M., Wernecke, K., & Spies, C. (2010). Delayed Treatment of Delirium Increases Mortality Rate in Intensive Care Unit Patients. *Journal of International Medical Research*, 38(5), 1584–1595.
- Hirschfeld, R. M. (2014). Differential diagnosis of bipolar disorder and major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders*, 169, S12–S16.
- Hopkins, R. O., Key, C. W., Suchyta, M. R., Weaver, L. K., & Orme, J. F. (2010). Risk factors for depression and anxiety in survivors of acute respiratory distress syndrome. *General Hospital Psychiatry*, 32(2), 147–155.
- Horn, S. R., & Feder, A. (2018). Understanding Resilience and Preventing and Treating PTSD. *Harvard Review of Psychiatry*, 26(3), 158–174.
- Huycke, L., & All, A. C. (2000). Quality in health care and ethical principles. *Journal of Advanced Nursing*, 32(3), 562–571.
- Inouye, S. K., Westendorp, R. G., & Saczynski, J. S. (2014). Delirium in elderly people. *The Lancet*, 383(9920), 911–922.
- Ishak, W. W., Ha, K., Kapitanski, N., Bagot, K., Fathy, H., Swanson, B., et al. (2011). The Impact of Psychotherapy, Pharmacotherapy, and Their Combination on Quality of Life in Depression. *Harvard Review of Psychiatry*, 19(6), 277–289.
- Jackson, J. C., Pandharipande, P. P., Girard, T. D., Brummel, N. E., Thompson, J. L., Hughes, C. G., et al. (2014). Depression, post-traumatic stress disorder, and functional disability in survivors of critical illness in the BRAIN-ICU study: a longitudinal cohort study. *The Lancet Respiratory Medicine*, 2(5), 369–379.
- Jackson, P., & Khan, A. (2015). Delirium in Critically Ill Patients. *Critical Care Clinics*, 31(3), 589–603.
- Johnson, V. D. (2007). Promoting Behavior Change: Making Healthy Choices in Wellness and Healing Choices in Illness—Use of Self-Determination Theory in Nursing Practice. *Nursing Clinics of North America*, 42(2), 229–241.
- Jones C, Backman C, Capuzzo M, Egerod I, Flaatten H, Granja C, Rylander C, Griffiths RD. (2010). Intensive care diaries reduce new onset post-traumatic stress disorder following critical illness: a randomised, controlled trial. *Crit Care*. 14(5).
- Jones, C., Bäckman, C., Capuzzo, M., Flaatten, H., Rylander, C., & Griffiths, R. D. (2007). Precipitants of post-traumatic stress disorder following intensive care: a hypothesis generating study of diversity in care. *Intensive Care Medicine*, 33(6), 978–985.
- Jubran, A., Lawm, G., Duffner, L. A., Collins, E. G., Lanuza, D. M., Hoffman, L. A., & Tobin, M. J. (2010). Post-traumatic stress disorder after weaning from prolonged mechanical ventilation. *Intensive Care Medicine*, 36(12), 2030–2037.
- Kalabalik, J., Brunetti, L., & El-Srougy, R. (2013). Intensive Care Unit Delirium. *Journal of Pharmacy Practice*, 27(2), 195–207.

- Karnatovskaia, L. V., Johnson, M. M., Dockter, T. J., & Gajic, O. (2017). Perspectives of physicians and nurses on identifying and treating psychological distress of the critically ill. *Journal of Critical Care*, 37, 106–111.
- Katon, W., Unützer, J., & Russo, J. (2010). Major depression: the importance of clinical characteristics and treatment response to prognosis. *Depression and Anxiety*, 27(1), 19–26.
- Kawakami, N., Tsuchiya, M., Umeda, M., Koenen, K. C., & Kessler, R. C. (2014). Trauma and posttraumatic stress disorder in Japan: Results from the World Mental Health Japan Survey. *Journal of Psychiatric Research*, 53, 157–165.
- Kelmendi, B., Adams, T. G., Southwick, S., Abdallah, C. G., & Krystal, J. H. (2017). Posttraumatic Stress Disorder: An Integrated Overview of the Neurobiological Rationale for Pharmacology. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 24(3), 281–297.
- Kiekkas, P., Theodorakopoulou, G., Spyrtos, F., & Baltopoulos, G. I. (2010). Psychological distress and delusional memories after critical care: a literature review. *International Nursing Review*, 57(3), 288–296.
- Kirkpatrick, H. A., & Heller, G. M. (2014). Post-Traumatic Stress Disorder: Theory and Treatment Update. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 47(4), 337–346.
- Knaus, W. A., Draper, E. A., Wagner, D. P., & Zimmerman, J. E. (1985). APACHE II: A severity of disease classification system. *Critical Care Medicine*, 13: 818 – 829.
- Kucmin, T., Kucmin, A., Nogalski, A., Sojczuk S., Jojczuk M. (2016). History of trauma and posttraumatic disorders in literature. *Psychiatr. Pol.* 50(1), 269–281.
- Kuyken, W., Warren, F. C., Taylor, R. S., Whalley, B., Crane, C., Bondolfi, G., et al. (2016). Efficacy of Mindfulness-Based Cognitive Therapy in Prevention of Depressive Relapse. *JAMA Psychiatry*, 73(6), 565.
- Lancaster, C. L., Teeters, J. B., Gros, D. F., & Back, S. E. (2016). Posttraumatic Stress Disorder: Overview of Evidence-Based Assessment and Treatment. *Journal of clinical medicine*, 5(11), 105.
- Leichsenring, F., & Leweke, F. (2017). Social Anxiety Disorder. *New England Journal of Medicine*, 376(23), 2255–2264.
- Liu, V., Read, J., Scruth, E., & Cheng, E. (2013). Visitation policies and practices in US ICUs. *Critical Care*, 17(2), R71.
- Liu, Y., Zhao, J., & Guo, W. (2018). Emotional Roles of Mono-Aminergic Neurotransmitters in Major Depressive Disorder and Anxiety Disorders. *Frontiers in Psychology*, 9.
- Lohoff, F. W. (2010). Overview of the Genetics of Major Depressive Disorder. *Current Psychiatry Reports*, 12(6), 539–546.
- Long, A. C., Kross, E. K., Davydow, D. S., & Curtis, J. R. (2014). Posttraumatic stress disorder among survivors of critical illness: creation of a conceptual model addressing identification, prevention, and management. *Intensive Care Medicine*, 40(6), 820–829.
- Lucena, A. de F., Gutiérrez, M. G. R. de, Echer, I. C., & Barros, A. L. B. L. de. (2010). Nursing Interventions in the Clinical Practice of an Intensive Care Unit. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(5), 873–880.

- Macdonald, A., Pukay-Martin, N. D., Wagner, A. C., Fredman, S. J., & Monson, C. M. (2016). Cognitive-behavioral conjoint therapy for PTSD improves various PTSD symptoms and trauma-related cognitions: Results from a randomized controlled trial. *Journal of Family Psychology, 30*(1), 157-162.
- MacQueen, G.M. (2009). Magnetic resonance imaging and prediction of outcome in patients with major depressive disorder. *J Psychiatry Neurosci. 34*, 343–349.
- Maeng, L. Y., & Milad, M. R. (2017). Post-Traumatic Stress Disorder: The Relationship Between the Fear Response and Chronic Stress. *Chronic Stress*.
- Maldonado, J. R. (2013). Neuropathogenesis of Delirium: Review of Current Etiologic Theories and Common Pathways. *The American Journal of Geriatric Psychiatry, 21*(12), 1190–1222.
- Marcantonio, E. R., Kiely, D. K., Simon, S. E., John Orav, E., Jones, R. N., Murphy, K. M., & Bergmann, M. A. (2005). Outcomes of Older People Admitted to Postacute Facilities with Delirium. *Journal of the American Geriatrics Society, 53*(6), 963–969.
- Maron, E., Hetteema, J. M., & Shlik, J. (2010). Advances in molecular genetics of panic disorder. *Molecular Psychiatry, 15*(7), 681–701.
- Marra, A., Pandharipande, P. P., & Patel, M. B. (2017). Intensive Care Unit Delirium and Intensive Care Unit-Related Posttraumatic Stress Disorder. *Surgical Clinics of North America, 97*(6), 1215–1235.
- Marshall, J. C., Bosco, L., Adhikari, N. K., Connolly, B., Diaz, J. V., Dorman, T., et al. (2017). What is an intensive care unit? A report of the task force of the World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine. *Journal of Critical Care, 37*, 270–276.
- Martinowich, K., Manji, H., & Lu, B. (2007). New insights into BDNF function in depression and anxiety. *Nature Neuroscience, 10*(9), 1089–1093.
- Mayberg, H. S., Lozano, A. M., Voon, V., McNeely, H. E., Seminowicz, D., Hamani, C., et al. (2005). Deep Brain Stimulation for Treatment-Resistant Depression. *Neuron, 45*(5), 651–660.
- Mealer, M., Burnham, E. L., Goode, C. J., Rothbaum, B., & Moss, M. (2009). The prevalence and impact of post-traumatic stress disorder and burnout syndrome in nurses. *Depression and anxiety, 26*(12).
- Mealer, M. L., Shelton, A., Berg, B., Rothbaum, B., & Moss, M. (2007). Increased Prevalence of Post-traumatic Stress Disorder Symptoms in Critical Care Nurses. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine, 175*(7), 693–697.
- McCusker, J., Cole, M., Abrahamowicz, M., Primeau, F., & Belzile, E. (2002). Delirium Predicts 12-Month Mortality. *Archives of Internal Medicine, 162*(4), 457.
- McGiffin, J. N., Galatzer-Levy, I. R., & Bonanno, G. A. (2016). Is the intensive care unit traumatic? What we know and don't know about the intensive care unit and posttraumatic stress responses. *Rehabilitation Psychology, 61*(2), 120–131.
- McGrane, S., Girard, T. D., Thompson, J. L., Shintani, A. K., Woodworth, A., Ely, E. W., & Pandharipande, P. P. (2011). Procalcitonin and C-reactive protein levels at admission as predictors of duration of acute brain dysfunction in critically ill patients. *Critical Care, 15*(2), R78.



- McKinley, S., Coote, K., & Stein-Parbury, J. (2003). Development and testing of a Faces Scale for the assessment of anxiety in critically ill patients. *Journal of Advanced Nursing*, 41(1), 73–79.
- McNicoll, L., Pisani, M. A., Zhang, Y., Ely, E. W., Siegel, M. D., & Inouye, S. K. (2003). Delirium in the Intensive Care Unit: Occurrence and Clinical Course in Older Patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51(5), 591–598.
- Miller, G. E., Rohleder, N., Stetler, C., & Kirschbaum, C. (2005). Clinical Depression and Regulation of the Inflammatory Response During Acute Stress. *Psychosomatic Medicine*, 67(5), 679–687.
- Miller, M. W., Wolf, E. J., & Keane, T. M. (2014). Posttraumatic Stress Disorder in DSM-5: New Criteria and Controversies. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 21(3), 208–220.
- Morena, M., Berardi, A., Peloso, A., Valeri, D., Palmery, M., Trezza, V., et al. (2017). Effects of ketamine, dexmedetomidine and propofol anesthesia on emotional memory consolidation in rats: Consequences for the development of post-traumatic stress disorder. *Behavioural Brain Research*, 329, 215–220.
- Morrissey, M., & Collier, E. (2016). Literature review of post-traumatic stress disorder in the critical care population. *Journal of Clinical Nursing*, 25(11-12), 1501–1514.
- Nates, J. L., Nunnally, M., Kleinpell, R., Blosser, S., Goldner, J., Birriel, B., et al. (2016). ICU Admission, Discharge, and Triage Guidelines. *Critical Care Medicine*, 44(8), 1553–1602.
- Neumeister, A., Nugent, A. C., Waldeck, T., Geraci, M., Schwarz, M., Bonne, O., et al. (2004). Neural and Behavioral Responses to Tryptophan Depletion in Unmedicated Patients With Remitted Major Depressive Disorder and Controls. *Archives of General Psychiatry*, 61(8), 765.
- Newman, M. G., & Przeworski, A. (2018). The increase in interest in GAD: Commentary on Asmundson & Asmundson. *Journal of Anxiety Disorders*, 56, 11–13.
- Nikayin, S., Rabiee, A., Hashem, M. D., Huang, M., Bienvenu, O. J., Turnbull, A. E., & Needham, D. M. (2016). Anxiety symptoms in survivors of critical illness: a systematic review and meta-analysis. *General Hospital Psychiatry*, 43, 23–29.
- Nouwen, M. J., Klijn, F. A. M., van den Broek, B. T. A., & Slooter, A. J. C. (2012). Emotional consequences of intensive care unit delirium and delusional memories after intensive care unit admission: A systematic review. *Journal of Critical Care*, 27(2), 199–211.
- Nyholm, L., & Koskinen, C. A.-L. (2015). Understanding and safeguarding patient dignity in intensive care. *Nursing Ethics*, 24(4), 408–418. 7–206.
- O’ Toole, A., & Welt, S. (Eds.). (1989). *Interpersonal theory in nursing practice. Selected works of Hildegard E. Peplau*. New York: Springer.
- O’Donnell, M. L., Alkemade, N., Nickerson, A., Creamer, M., McFarlane, A. C., Silove, D., ... Forbes, D. (2014). Impact of the diagnostic changes to post-traumatic stress disorder for DSM-5 and the proposed changes to ICD-11. *British Journal of Psychiatry*, 205(03), 230–235.
- Owens, R. L., Huynh, T.-G., & Netzer, G. (2017). Sleep in the Intensive Care Unit in a Model of Family-Centered Care. *AACN Advanced Critical Care*, 28(2), 171–178.
- Paparrigopoulos, T., Melissaki, A., Tzavellas, E., Karaiskos, D., Ilias, I., & Kokras, N. (2014). Increased co-morbidity of depression and post-traumatic stress disorder symptoms

- and common risk factors in intensive care unit survivors: A two-year follow-up study. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 18(1), 25–31.
- Park, S., Na, S. H., Oh, J., Lee, J. S., Oh, S.-T., Kim, J.-J., & Park, J. Y. (2018). Pain and anxiety and their relationship with medication doses in the intensive care unit. *Journal of Critical Care*, 47, 65–69.
- Parker, A. M., Sricharoenchai, T., Raparla, S., Schneck, K. W., Bienvenu, O. J., & Needham, D. M. (2015). Posttraumatic Stress Disorder in Critical Illness Survivors. *Critical Care Medicine*, 43(5), 1121–1129.
- Paterick, T. E., Patel, N., Tajik, A. J., & Chandrasekaran, K. (2017). Improving Health Outcomes Through Patient Education and Partnerships with Patients. *Baylor University Medical Center Proceedings*, 30(1), 112–113.
- Peris, A., Bonizzoli, M., Iozzelli, D., Migliaccio, M. L., Zagli, G., Bacchereti, A., et al. (2011). Early intra-intensive care unit psychological intervention promotes recovery from post-traumatic stress disorders, anxiety and depression symptoms in critically ill patients. *Critical Care*, 15(1).
- Perkonig, A., Kessler, R.C., Storz, S., et al. (2000) Traumatic events and posttraumatic stress disorder in the community: prevalence, risk factors and comorbidity. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101, 46–59.
- Philbrick, K., Parker, A., Needham, D., & Karnatovskaia, L. (2016). Early Psychological Therapy in Critical Illness. *Seminars in Respiratory and Critical Care Medicine*, 37(01), 136–142.
- Pirracchio, R., Sprung, C., Payen, D., & Chevret, S. (2011). Benefits of ICU admission in critically ill patients: Whether instrumental variable methods or propensity scores should be used. *BMC Medical Research Methodology*, 11(1).
- Polikandrioti, M. & Ntokou, M. (2011). Needs of hospitalized patients. *Health science journal*, 5(1), 15-22.
- Pun, B. T., & Ely, E. W. (2007). The Importance of Diagnosing and Managing ICU Delirium. *Chest*, 132(2), 624–636.
- Pynoos, R. S., Steinberg, A. M., Layne, C. M., Briggs, E. C., Ostrowski, S. A., & Fairbank, J. A. (2009). DSM-VPTSD diagnostic criteria for children and adolescents: A developmental perspective and recommendations. *Journal of Traumatic Stress*, 22(5), 391–398.
- Ramnarain, D., Slobbe, C., Schapendonk, W., Gorp, J. V., Gnirrip, I., Voermans, S., et al. (2015). Hospital anxiety and depression after ICU survival: results of a post-ICU aftercare program. *Critical Care*, 19(Suppl 1), 552.
- Reisner-Sénélar, L. (2011). The birth of intensive care medicine: Björn Ibsen's records. *Intensive Care Medicine*, 37(7), 1084–1086.
- Rice, F. (2010). Genetics of childhood and adolescent depression: insights into etiological heterogeneity and challenges for future genomic research. *Genome Medicine*, 2(9), 68.
- Rizzo, A. "Skip", & Shilling, R. (2017). Clinical Virtual Reality tools to advance the prevention, assessment, and treatment of PTSD. *European Journal of Psychotraumatology*, 8(sup5).

- Rudolph, J. L., Jones, R. N., Rasmussen, L. S., Silverstein, J. H., Inouye, S. K., & Marcantonio, E. R. (2007). Independent Vascular and Cognitive Risk Factors for Postoperative Delirium. *The American Journal of Medicine*, 120(9), 807–813.
- Sadock, B., Sadock, V., Ruiz, P. and Kaplan, H. (2015). *Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry*. Philadelphia, Pa: Wolters Kluwer.
- Salluh, J. I., Soares, M., Teles, J. M., Ceraso, D., Raimondi, N., et al. (2010). Delirium epidemiology in critical care (DECCA): an international study. *Critical Care*, 14(6), R210.
- Samuel, W. P. (1990). Organic mental disorders caused by HIV: update on early diagnosis and treatment. *American Journal of Psychiatry*, 147(6), 696–710.
- Schmidt, N. B., Lerew, D. R., Santiago, H., Trakowski, J. H., & Staab, J. P. (2000). Effects of heart-rate feedback on estimated cardiovascular fitness in patients with panic disorder. *Depression and Anxiety*, 12(2), 59–66.
- Showalter, S. E. (2010). Compassion Fatigue: What Is It? Why Does It Matter? Recognizing the Symptoms, Acknowledging the Impact, Developing the Tools to Prevent Compassion Fatigue, and Strengthen the Professional Already Suffering from the Effects. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine®*, 27(4), 239–242.
- Siddiqi, N., House, A. O., & Holmes, J. D. (2006). Occurrence and outcome of delirium in medical in-patients: a systematic literature review. *Age and Ageing*, 35(4), 350–364.
- Siegmann, E.-M., Müller, H. H. O., Luecke, C., Philippsen, A., Kornhuber, J., & Grömer, T. W. (2018). Association of Depression and Anxiety Disorders with Autoimmune Thyroiditis. *JAMA Psychiatry*, 75(6), 577.
- Slooter, A. J. C., Van De Leur, R. R., & Zaal, I. J. (2017). Delirium in critically ill patients. *Critical Care Neurology Part II*, 449–466.
- Smith, G., & Nielsen, M. (1999). ABC of intensive care: Criteria for admission. *BMJ*, 318(7197), 1544–1547.
- Stajduhar, K. I., Thorne, S. E., McGuinness, L., & Kim-Sing, C. (2009). Patient perceptions of helpful communication in the context of advanced cancer. *Journal of Clinical Nursing*, 19(13-14), 2039–2047.
- Steckler, T., & Risbrough, V. (2012). Pharmacological treatment of PTSD – Established and new approaches. *Neuropharmacology*, 62(2), 617–627.
- Sullivan, R. M., & Gratton, A. (1999). Lateralized Effects of Medial Prefrontal Cortex Lesions on Neuroendocrine and Autonomic Stress Responses in Rats. *The Journal of Neuroscience*, 19(7), 2834–2840.
- Tabet, N., & Howard, R. (2009). Non-pharmacological interventions in the prevention of delirium. *Age and Ageing*, 38(4), 374–379.
- Thijs L.G., Baltopoulos G., Bihari D., Burchardi H., Carlt J., Chiolero R., Dragsted L., Edwards 93 D.J., Tegtmeyer F. (1996), Guidelines for a training programme in intensive care medicine, *Intensive Care Medicine*, 22, 166-172
- Thornicroft, G., Deb, T., & Henderson, C. (2016). Community mental health care worldwide: current status and further developments. *World Psychiatry*, 15(3), 276–286.

- Tohen, M., Khalsa, H.-M. K., Salvatore, P., Vieta, E., Ravichandran, C., & Baldessarini, R. J. (2012). Two-year outcomes in first-episode psychotic depression. *Journal of Affective Disorders*, 136(1-2), 1–8.
- Trapani, J., Scholes, J., & Cassar, M. (2016). Dual agency in critical care nursing: Balancing responsibilities towards colleagues and patients. *Journal of Advanced Nursing*, 72(10), 2468–2481.
- Treggiari, M. M., Romand, J. A., Yanez, N. D., Deem, S. A., Goldberg, J., Hudson, L., Weiss, N. S. (2009). Randomized trial of light versus deep sedation on mental health after critical illness. *Critical Care Medicine*, 37, 2527–2534.
- Van de Pol, I., van Iterson, M., & Maaskant, J. (2017). Effect of nocturnal sound reduction on the incidence of delirium in intensive care unit patients: An interrupted time series analysis. *Intensive and Critical Care Nursing*, 41, 18–25.
- Van Rompaey, B., Schuurmans, M. J., Shortridge-Baggett, L. M., Truijen, S., & Bossaert, L. (2008). Risk factors for intensive care delirium: A systematic review. *Intensive and Critical Care Nursing*, 24(2), 98–107.
- Wade, D. M., Brewin, C. R., Howell, D. C. J., White, E., Mythen, M. G., & Weinman, J. A. (2014). Intrusive memories of hallucinations and delusions in traumatized intensive care patients: An interview study. *British Journal of Health Psychology*, 20(3), 613–631.
- Wade, D., Hardy, R., Howell, D., Mythen, M. (2013). Identifying clinical and acute psychological risk factors for PTSD after critical care: a systematic review. *Minerva Anestesiologica*, 79(8), 944-963.
- Walker, M. P., Brakefield, T., Allan Hobson, J., & Stickgold, R. (2003). Dissociable stages of human memory consolidation and reconsolidation. *Nature*, 425(6958), 616–620.
- Watkins, L.E., Sprang, K.R., and Rothbaum, B.O. (2018). Treating PTSD: A Review of Evidence-Based Psychotherapy Interventions. *Front. Behav. Neurosci.* 2, 258.
- Weil, M. H., & Tang, W. (2011). From Intensive Care to Critical Care Medicine. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 183(11), 1451–1453.
- Weinert, C. R., & Sprenkle, M. (2007). Post-ICU consequences of patient wakefulness and sedative exposure during mechanical ventilation. *Intensive Care Medicine*, 34(1), 82–90.
- White, S. T., Cardenas, Y. R., & Nates, J. L. (2017). What every intensivist should know about intensive care unit admission criteria. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 29(4).
- Williams, G., Schmollgruber, S., & Alberto, L. (2006). Consensus Forum: Worldwide Guidelines on the Critical Care Nursing Workforce and Education Standards. *Critical Care Clinics*, 22(3), 393–406.
- Xie, H., Kang, J., & Mills, G. H. (2009). Clinical review: The impact of noise on patients' sleep and the effectiveness of noise reduction strategies in intensive care units. *Critical Care*, 13(2), 208.
- Yaribeygi, H., Panahi, Y., Sahraei, H., Johnston, T. P., & Sahebkar, A. (2017). The impact of stress on body function: A review. *EXCLI journal*, 16, 1057–1072.
- Yehuda, R., Hoge, C. W., McFarlane, A. C., Vermetten, E., Lanius, R. A., Nievergelt, C. M., ... Hyman, S. E. (2015). Post-traumatic stress disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 15057.

- Yoshimi, N., Fujita, Y., Ohgi, Y., Futamura, T., Kikuchi, T., & Hashimoto, K. (2014). Effects of brexpiprazole, a novel serotonin-dopamine activity modulator, on phencyclidine-induced cognitive deficits in mice: A role for serotonin 5-HT<sub>1A</sub> receptors. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, 124, 245–249.
- Zaal, I. J., & Slooter, A. J. C. (2012). Delirium in Critically Ill Patients. *Drugs*, 72(11), 1457–1471.
- Zaal, I. J., Devlin, J. W., Hazelbag, M., Klein Klouwenberg, P. M. C., van der Kooij, A. W., Ong, D. S. Y., et al. (2015). Benzodiazepine-associated delirium in critically ill adults. *Intensive Care Medicine*, 41(12): 2130–2137.
- Zaal, I. J., Devlin, J. W., Peelen, L. M., & Slooter, A. J. C. (2015). A Systematic Review of Risk Factors for Delirium in the ICU\*. *Critical Care Medicine*, 43(1), 40–47.
- Zarate, C. A., Singh, J. B., Carlson, P. J., Brutsche, N. E., Ameli, R., Luckenbaugh, D. A., et al. (2006). A Randomized Trial of an N-methyl-D-aspartate Antagonist in Treatment-Resistant Major Depression. *Archives of General Psychiatry*, 63(8), 856.
- Zhang, X., Gainetdinov, R. R., Beaulieu, J.-M., Sotnikova, T. D., Burch, L. H., Williams, R. B., et al. (2005). Loss-of-Function Mutation in Tryptophan Hydroxylase-2 Identified in Unipolar Major Depression. *Neuron*, 45(1), 11–16.
- Zhang, Z., Pan, L., Deng, H., Ni, H., & Xu, X. (2014). Prediction of delirium in critically ill patients with elevated C-reactive protein. *Journal of Critical Care*, 29(1), 88–92.
- Zoellner, L. A., Bedard-Gilligan, M. A., Jun, J. J., Marks, L. H., & Garcia, N. M. (2013). The Evolving Construct of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD): DSM-5 Criteria Changes and Legal Implications. *Psychological Injury and Law*, 6(4), 277–289.
- Αδάμου Ε., Γιακουμιδάκης Κ., Καδδά Ο., Αργυρίου Γ., Καπάδοχος Θ., Βασιλόπουλος Γ., Μαρβάκη Χ. (2011). Διερεύνηση του ρόλου των νοσηλευτών στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας. Το βήμα του Ασκληπιού, 10(2), 221-239.
- Ασημακοπούλου Ε., & Μαδιανός Μ. (2014). Κατάθλιψη και διαταραχή μετατραυματικού στρες σε ασθενείς μονάδων εντατικής θεραπείας. *Ψυχιατρική*, 25, 257–269.
- Κούμη Α., & Μιχαήλ Ν. (2006). Ο ρόλος των νοσηλευτών στην πρόληψη κατακλίσεων στην μονάδα εντατικής θεραπείας, Αθήνα: Νοσηλευτική Σχολή Υπουργείου Υγείας.
- Παπακωνσταντίνου Κ., Καραμπίνης Α., Μπαλτόπουλος Γ. (2006). Η Νοσηλευτική στην Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Αθήνα, Κατσάτος, Ι.
- Πολυκανδριώτη Μ. & Κουτελέκος Ι. (2013). Ανάγκες ασθενών. *Περιεγχειρητική Νοσηλευτική*. 2(2), 73-83.

