



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΑΤΡΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΥ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑ

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: ΜΙΧΑΛΟΠΟΥΛΟΥ ΕΛΕΝΑ

ΠΑΤΡΑ, 2021

Ευχαριστίες...

Με την ολοκλήρωση της πτυχιακής εργασίας θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου, στην επιβλέπουσα καθηγήτρια μου Κα. Μιχαλοπούλου Έλενα για την άψογη συνεργασία που συντέλεσε στην ολοκλήρωση του παρακάτω πονήματος.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η κατάθλιψη αποτελεί την μάστιγα της σημερινής εποχής. Η ύπαρξη της, ενώ είναι διαδεδομένη από αρχαιοτάτων, σύμφωνα με ιστορικές πηγές, σήμερα δυσχεραίνει την ζωή εκατομμυρίων ανθρώπων σε όλο τον κόσμο. Το κυριότερο πρόβλημα δεν είναι ο αριθμός των ασθενών που πάσχουν, αλλά η βαρύτητα των συμπτωμάτων που εμφανίζονται και μπορούν να οδηγήσουν και στην αυτοκτονία.

Κοινωνικοοικονομικά, ψυχοσωματικά και διάφορα άλλα προβλήματα που βιώνουν τα άτομα προκαλούν θλίψη στους νοσούντες και στις οικογένειες τους. Πολλές φορές αρνούνται την ίδια την ζωή και απομονώνονται από το περιβάλλον τους.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η νόσος της κατάθλιψης αποτελεί αδιαμφισβήτητα σημαντικό πρόβλημα της σύγχρονης εποχής. Είναι μια κατάσταση χαμηλής διάθεσης που έχει αρνητικές συνέπειες στην συμπεριφορά, στις σκέψεις και στα συναισθήματα του ατόμου που νοσεί. Η κατάθλιψη εκδηλώνεται διαφορετικά σε κάθε άτομο, με διαφορετική αιτιολογία και συμπτώματα. Η θεραπεία της περιλαμβάνει κυρίως φαρμακευτική αγωγή, όπου υπάρχει κίνδυνος εμφάνισης παρενεργειών, ψυχοθεραπεία και σε βαριά μορφή ηλεκτροσπασμοθεραπεία. Σημαντική θέση στην κατάθλιψη κατέχει και ο ρόλος του νοσηλευτή στην αντιμετώπιση της θεραπείας της.

Σκοπός : Σκοπός της παρούσας πτυχιακής εργασίας είναι μέσα από τεκμηριωμένα δεδομένα να αναλυθεί σε βάθος η κατάθλιψη και ο ρόλος του νοσηλευτή.

Υλικό και μέθοδος: Η πτυχιακή εργασία υλοποιήθηκε με την μέθοδο της έρευνας σε ιατρικές βάσεις δεδομένων, σε βιβλία της βιβλιοθήκης του Πανεπιστημίου και σε πηγές του διαδικτύου. Πιο συγκεκριμένα, το υλικό που χρησιμοποιήθηκε για την υλοποίηση της πτυχιακής αποτελείται από την αναζήτηση κλινικών και ανασκοπικών μελετών οι οποίες περιλαμβάνονται στις βάσεις δεδομένων Medline, PubMed και Embase και επιπλέον έχει συλλεχθεί υλικό από βιβλιογραφικές πηγές, τόσο ελληνικές όσο και διεθνείς, και από αναγνωρισμένες ιστοσελίδες του διαδικτύου.

Αποτελέσματα: Η κατάθλιψη είναι ευρέως αναγνωρισμένη ως μια ψυχική νόσος που χρειάζεται αντιμετώπιση. Ο θεραπευτικός της σχεδιασμός θα πρέπει να είναι συνεχής και αποτελεσματικός όσο και η φαρμακευτική αγωγή.

Συμπεράσματα: Η κατάθλιψη είναι η συχνότερη ψυχική διαταραχή και από τις κυριότερες αιτίες θανάτου παγκοσμίως. Τέλος μπορεί να εμφανιστεί σε όλες τις ηλικιακές ομάδες ανεξαρτήτως.

Λέξεις ευρετηρίου : κατάθλιψη, ψυχική υγεία, ρόλος νοσηλευτή, νοσηλευτικές παρεμβάσεις, μορφές της κατάθλιψης.

ABSTRACT

Depression is undoubtedly a major problem in modern times. It is a state of low mood that has a negative effect on the behavior, thoughts and feelings of a person who is ill. Depression manifests itself differently in each person with different etiology and symptoms. Treatment

mainly includes medication, where there is a risk of side effects, psychotherapy and in severe of electroconvulsive therapy. The role of the nurse is really important when it comes to deal with depression.

Purpose: The purpose of this thesis is documented through scientific studies be studied and analyzed in depth mental illness depression and the role of the nurse.

Material and Method: The project was carried out using the method of research in medical databases, in books of the University library and in internet sources. The material used for the implementation of the dissertation consists of the search for clinical and review studies which are included in the databases Medline, PubMed and Embase and material has been collected from bibliographic sources, both Greek and international, and from recognized websites.

Results: Depression is now widely recognized as a mental illness that needs immediate attention. In particular, the therapeutic planning should be continuous and effective as medication. Depression is the most common mental illness and one of the most major causes of death worldwide. Finally, it can occur regardless the age of the person.

Key words: depression, mental health, role of the nurse, nursing interventions, types of depression.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

| | |
|---------------------------------------|----|
| ΠΡΟΛΟΓΟΣ..... | 3 |
| ΠΕΡΙΛΗΨΗ..... | 3 |
| ABSTRACT..... | 4 |
| ΕΙΣΑΓΩΓΗ | 11 |
| <i>ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</i> | |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 | |
| 1.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ..... | 12 |
| 1.2 ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ..... | 13 |
| 1.3 ΨΥΧΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ..... | 14 |
| 1.4 ΟΡΙΣΜΟΣ..... | 14 |
| 1.5 ΑΙΤΙΑ..... | 14 |
| 1.5 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ..... | 18 |
| 1.7 ΜΟΡΦΕΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ | |
| 1.7.1 ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΥΠΟΥ 1..... | 19 |
| 1.7.2 ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΥΠΟΥ 2..... | 21 |

| | |
|--|-----------|
| 1.7.3 ΜΕΙΖΩΝ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ..... | 21 |
| 1.7.4 ΔΥΣΘΥΜΙΑ..... | 23 |
| 1.7.5 ΚΥΚΛΟΘΥΜΙΑ..... | 24 |
| 1.7.6 ΕΠΙΛΟΧΕΙΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ..... | 25 |
| 1.7.7 ΕΠΟΧΙΑΚΗ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ..... | 26 |
| 1.7.8 ΨΥΧΩΣΙΚΗ Ή ΠΑΡΑΛΗΡΗΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ..... | 27 |
| 1.7.9 ΛΑΝΘΑΣΟΥΣΑ Ή ΣΥΓΚΑΛΥΜΜΕΝΗ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ..... | 27 |
| 1.7.10 ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΤΗΝ ΒΡΕΦΟΝΗΠΙΑΚΗ ΚΑΙ ΠΡΟΣΧΟΛΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ..... | 27 |
| 1.7.11 ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ..... | 29 |
| 1.7.12 ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ..... | 29 |
| 1.7.13 ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ..... | 31 |
| 1.7.14 ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ..... | 31 |
| 1.7.15 ΠΕΝΘΟΣ ΚΑΙ ΘΛΙΨΗ..... | 33 |
| 1.8 ΨΥΧΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΝΕΥΡΩΣΕΙΣ..... | 34 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 | |
| 2.1 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ..... | 36 |

| | |
|--|-----------|
| 2.2 ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ..... | 37 |
| 2.3 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ..... | 38 |
| 2.4 ΠΡΟΛΗΨΗ..... | 39 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 | |
| 3.1 ΠΕΡΙΟΡΙΣΤΙΚΑ ΜΕΤΡΑ ΑΠΟΜΟΝΩΣΗΣ..... | 39 |
| 3.2 ΑΚΟΥΣΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑ..... | 40 |
| 3.3 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΟΝ ΠΕΡΙΓΥΡΟ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΑ..... | 40 |
| 3.4 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΟ ΑΤΟΜΟ..... | 41 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 | |
| 4.1 ΔΙΑΓΝΩΣΗ..... | 42 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 | |
| 5.1 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ..... | 46 |
| 5.1.1 ΓΝΩΣΤΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ..... | 46 |
| 5.1.2 ΨΥΧΑΝΑΛΥΣΗ..... | 46 |
| 5.1.3 ΓΝΩΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ..... | 47 |
| 5.1.4 ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ..... | 47 |

| | |
|--|-----------|
| 5.1.5 ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ..... | 47 |
| 5.1.6 ΑΤΟΜΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ..... | 48 |
| 5.1.7 ΟΜΑΔΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ..... | 48 |
| 5.1.8 ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑ..... | 49 |
| 5.2 ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ..... | 49 |
| 5.3 ΗΛΕΚΤΡΟΣΠΑΣΜΟΘΕΡΑΠΕΙΑ..... | 50 |
| 5.4 ΜΑΓΝΗΤΙΚΗ ΔΙΑΚΡΑΝΙΚΗ ΔΙΕΓΕΡΣΗ..... | 50 |
| 5.5 ΕΠΑΝΑΛΑΜΒΑΝΟΜΕΝΗ ΔΙΑΚΡΑΝΙΚΗ ΔΙΕΓΕΡΣΗ..... | 51 |
| 5.6 ΑΝΤΙΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ..... | 51 |
| 5.7 ΦΩΤΟΘΕΡΑΠΕΙΑ..... | 51 |
| 5.8 ΑΣΚΗΣΗ..... | 52 |
| 5.9 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΑΝΤΙΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΩΝ..... | 52 |
| 5.10 ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΑΝΤΙΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΩΝ..... | 53 |

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

| | |
|--------------------------------------|-----------|
| 6.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ..... | 53 |
|--------------------------------------|-----------|

| | |
|---|-----------|
| 6.2 ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ..... | 54 |
| 6.3 ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ..... | 54 |
| 6.4 TELENURSING..... | 55 |
| 6.5 ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ..... | 56 |
| 6.6 ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ..... | 56 |
| 6.7 ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ..... | 57 |
| ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ | |
| ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ Α..... | 59 |
| ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ Β..... | 63 |
| ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ..... | 66 |
| ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ..... | 67 |

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η κατάθλιψη είναι μια νόσος που υφίσταται στην ανθρώπινη ζωή από την αρχαιότητα έως και σήμερα. Στην αρχαία Ελλάδα ονομαζόταν μελαγχολία και θεωρούνταν πάθηση της ψυχής και του πνεύματος, αντίθετα στον Μεσαίωνα και στην Αναγέννηση επικρατούσε η θέση, πως η ψυχική πάθηση είναι θεϊκή ή δαιμόνια κατάσταση. Μετά ξεκίνησαν να αποσαφηνίζονται ορθολογικές απόψεις για την έννοια, τα αίτια και την αντιμετώπιση της νόσου. Μετά το 19^ο αιώνα οι έρευνες που έλαβαν χώρα οδήγησαν σε νέες διαγνωστικές διεργασίες και νέα αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση.

Η κατάθλιψη σήμερα ορίζεται ως μια ψυχική διαταραχή, όπου το άτομο πλήττεται από καταθλιπτική διάθεση, απόγνωση και προκαλείται επιβράδυνση των ψυχοκινητικών, νοητικών και οργανικών διαδικασιών του οργανισμού. Αρκετές φορές παρατηρείται σύγχυση της κλινικής κατάθλιψης και της θλίψης ενός ατόμου για αυτό το λόγο στην παρούσα εργασία γίνεται ανάλυση των διάφορων ειδών της νόσου. Στόχος της πτυχιακής εργασίας, είναι να παρατεθούν οι βασικές πληροφορίες για την κατάθλιψη, την διαφοροποίηση της από άλλα νοσήματα, τα συμπτώματα, την διάγνωση και τη θεραπευτική της αντιμετώπιση.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Τα ψυχικά νοσήματα υπήρχαν πριν κάνουν την εμφάνιση τους οι ψυχίατροι και οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας. Στα αρχαία χρόνια υπήρχε η αντίληψη, πως η ψυχική νόσος προκαλούνταν από υπερφυσικές δυνάμεις. Ψυχικά ασθενείς αντιμετωπιζόνταν σαν να είχαν εξουσιαστεί από θεϊκές ή δαιμόνιες δυνάμεις.

Ο Ιπποκράτης τον 4^ο αιώνα π.Χ απέρριψε την αντίληψη που επικρατούσε πως οι ψυχικές διαταραχές οφείλονταν σε αίτια υπερφυσικά. Αντιθέτως θεωρούσε πως οι ασθένειες αυτές έχουν φυσικά αίτια και άρα πρέπει να αντιμετωπιστούν με την κατάλληλη θεραπεία και όχι με εξορκισμούς όπως συνηθίζονταν. Επίσης πίστευε ότι η σωστή λειτουργία του εγκεφάλου εξαρτάται από την ισορροπία τεσσάρων υγρών του σώματος, την κίτρινη και την μαύρη χολή, το αίμα και το φλέγμα. Θεωρούσε δηλαδή πως η απουσία ισορροπίας μεταξύ αυτών των υγρών ήταν η αιτία εμφάνισης ψυχικών διαταραχών (King et al., 2010).

Στην Ευρώπη του Μεσαίωνα και της Αναγέννησης υπήρχε η άποψη πως οι ψυχικά διαταραγμένοι άνθρωποι είχαν επηρεαστεί από την σελήνη. Οι άνθρωποι με ψυχική νόσο αντιμετωπιζόνταν σαν δαίμονες, μάγισσες ή αιρετικοί για το λόγο αυτό κλείνονταν σε ιδρύματα. Τιμωρούνταν για την συμπεριφορά τους μέσω των ξυλοδαρμών, της απομόνωσης, της ανεπαρκούς ένδυσης και σίτισης.

Τα άτομα αυτά συνέχισαν να αντιμετωπίζονται με αυτό τον τρόπο μέχρι την δεκαετία του 1970, όπου πήρε την σκυτάλη ο Γάλλος ιατρός Pinel, ξεκίνησε την ηθική θεραπεία των ψυχικά ασθενών. Ακολούθησε μια προσέγγιση ψυχολογικής θεραπείας, όπου αποσκοπούσε στην κάλυψη βασικών αναγκών, μελετώντας την συμπεριφορά τους, προκειμένου να αντιληφθεί τον παθολογικό τρόπο σκέψης τους (Kennedy et al., 2010).

Ο Sigmund Freud το 1917, όρισε την μελαγχολία σαν μια αντίδραση στην απώλεια είτε πραγματική (θάνατος ενός αγαπημένου ατόμου), είτε συμβολική(αποτυχία επίτευξης ενός στόχου). Θεωρούσε πως ο ασυνείδητος θυμός λόγω της απώλειας αποδυναμώνει το εγώ του ατόμου με αποτέλεσμα το άτομο να συμπεριφέρεται αυτοκαταστροφικά. Έτσι πρότεινε την ψυχανάλυση ως μέσο επίλυσης των ασυνείδητων συγκρούσεων και μείωσης της ανάγκης για αυτοκαταστροφικές σκέψεις (Kessing et al., 2010).

Η δεκαετία του 1950 θεωρήθηκε σημαντική για την διερεύνηση των οργανικών παραγόντων, αλλά και της θεραπείας της ψυχικής ασθένειας. Ανακαλύφθηκαν φάρμακα που αντιμετωπίζουν τα ψυχικά νοσήματα με αποτέλεσμα πολλά άτομα να καταφέρουν να φύγουν από τα ψυχιατρικά ιδρύματα που διαβίωναν. Την ίδια λοιπόν περίοδο άρχισε η μεταρρύθμιση της αποασυλοποίησης, που στόχο είχε οι ψυχικά ασθενείς να βρίσκονται σε ένα λιγότερο περιοριστικό περιβάλλον, διότι η θεραπευτική τους αντιμετώπιση στην κοινότητα ήταν σαφώς φθηνότερη από ότι σε ένα κρατικό ίδρυμα. Το πείραμα αυτό απέτυχε σημαντικά, διότι σε 2,2 εκατομμύρια ασθενείς στις ΗΠΑ δεν παρέχονταν καμία ψυχιατρική περίθαλψη. Οι ανάγκες τους δεν καλύπτονταν στα πλαίσια της κοινότητας, με αποτέλεσμα οι ασθενείς να στιγματίζονται, να δέχονται διακρίσεις στην εύρεση στέγης και δυσκολία στην απόκτηση ασφαλιστικής κάλυψης.

Η δεκαετία του 1990 ή αλλιώς δεκαετία του εγκεφάλου όπως ονομάστηκε, γιατί έρευνες οδήγησαν σε νέες διαγνωστικές δοκιμασίες και νέα φάρμακα για τα ψυχικά νοσήματα. Η κατάθλιψη σύμφωνα με σύγχρονες προσεγγίσεις εμφανίζεται τόσο από ψυχικά, όσο και σωματικά αίτια. Επειδή πλέον έχει γίνει αποδεκτή θέση, πως η εμφάνιση της κατάθλιψης προέρχεται αρκετές φορές από πληθώρα αιτιών, έτσι επιδέχεται πλέον πολλές θεραπευτικές προσεγγίσεις που παίζουν σημαντικό ρόλο στην υποστήριξη και στην βοήθεια των ατόμων που νοσούν (Ancibure et al., 2010).

1.2 ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

Η ψυχική υγεία σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας αποτελεί μια κατάσταση που αντικατοπτρίζει την ευημερία ενός ατόμου. Ευημερία του ατόμου σημαίνει πως το άτομο είναι σε θέση να κατανοήσει τις δικές του δυνατότητες, να αντιμετωπίσει τις φυσιολογικές πιέσεις της ζωής να διαχειριστεί διάφορες καταστάσεις που του προκαλούν άγχος, καθώς επίσης και να εργαστεί παραγωγικά και να συντελέσει στην ομαλή λειτουργία της κοινωνίας (World Health Organization, 2015).

Η εμφάνιση ψυχικών νόσων εξαρτάται από μια πληθώρα κοινωνικών, οικονομικών περιβαλλοντικών, ατομικών παραγόντων που επιδρούν στην ψυχοσύνθεση του ατόμου. Η

ψυχική υγεία είναι εξαρτώμενη σε μεγάλο βαθμό από εσωτερικούς παράγοντες που έχουν να κάνουν με την διαμόρφωση του χαρακτήρα του ατόμου, καθώς και από εξωτερικούς παράγοντες (αρνητικά ή θετικά γεγονότα της ζωής, αγχώδεις καταστάσεις) γεγονότα που καθορίζουν την εμφάνιση ή όχι μιας ψυχικής διαταραχής. Επίσης η ψυχική υγεία σχετίζεται με την κληρονομική προδιάθεση, η οποία μπορεί να είναι εμφανής ή και να συνδέεται με διαταραγμένα στοιχεία της προσωπικότητας του ή να μην σχετίζεται (Fekadu, 2017).

Η διατήρηση της ψυχικής υγείας ενός ατόμου είναι πολύ σημαντική για κάθε στάδιο της ζωής του από την παιδική ηλικία μέχρι και την ενηλικίωση (World Health Organization, 2017). Την περασμένη δεκαετία παρατηρήθηκε σημαντική βελτίωση της ψυχικής υγείας και ευημερίας, όχι μόνο του υγιούς πληθυσμού αλλά και των ατόμων που νοσούν από ψυχικές διαταραχές διότι η στρατηγική των παρεμβάσεων ήταν στοχευόμενη στην προαγωγή της υγείας και όχι μόνο στην αντιμετώπιση της νόσου. Δόθηκε βάση σε παρεμβάσεις που ενισχύουν την θεραπεία και έχουν να κάνουν με διάφορες πλευρές της ψυχικής ευημερίας και των ψυχικά ασθενών (Van Genugten et al., 2017).

1.3 ΨΥΧΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ

Η ψυχική ασθένεια σχετίζεται με την διαταραχή της σκέψης, του συναισθήματος του ατόμου, επηρεάζοντας την προσωπικότητα και την ψυχισμό του αρνητικά, παράγοντες οι οποίοι είναι αρκετοί για να θέσουν την ασφάλεια του ατόμου σε κίνδυνο. Ο ψυχικά ασθενής λόγω της ψυχικής και πνευματικής του δυσλειτουργίας δεν μπορεί να τελέσει τα προσωπικά, κοινωνικά, εργασιακά του καθήκοντα. Έτσι το άτομο απομονώνεται από τους γύρω του και μπορεί να στιγματιστεί. Τα αποτελέσματα της κατάστασης αυτής συμβάλλουν αρνητικά στην εξέλιξη της υγείας του ατόμου. Για αυτό γίνεται αντιληπτό ότι η καταπολέμηση του κοινωνικού στίγματος που συνεπάγεται η ψυχική ασθένεια αποτελεί μέρος των προσπαθειών για την αντιμετώπισή της.

Ο όρος ψυχική ασθένεια για πολλούς ανθρώπους παραπέμπει στην διάκριση της ψυχικής κατάστασης, μεταξύ του φυσιολογικού και του παθολογικού, κάτι που συμβαίνει σε οργανικό επίπεδο. Αυτό όμως το γεγονός όσο αναφορά στην ανθρώπινη ψυχική κατάσταση δεν ισχύει. Η ψυχική υγεία και ψυχική ασθένεια είναι έννοιες βαθύτερες που σχετίζονται με ευρύτερους περιβαντολλογικούς παράγοντες (Δασκαλόπουλος, 2019).

1.4 ΟΡΙΣΜΟΣ

Οι διαταραχές διάθεσης, οι οποίες είναι γνωστές στην διεθνή βιβλιογραφία, και ως συναισθηματικές διαταραχές, που συγκροτούν μια ομάδα διαταραχών, άμεσα συνδεδεμένων με την λεγόμενη διαταραχή της συναισθηματικής διάθεσης. Ο χαρακτήρας και η διάθεση του ατόμου έχουν να κάνουν με αυτό. Πιο διαδεδομένη συναισθηματική διαταραχή είναι η κατάθλιψη (Patel, 2017).

Η κατάθλιψη δεν είναι μια απλή ασθένεια, αλλά μια από τις θεμελιώδεις ψυχικές διαταραχές η οποία δυσχεραίνει τους ρυθμούς της ζωής, πλήττοντας ανεξαρτήτως όλες τις ηλικιακές ομάδες. Ειδικότερα ορίζεται, ως μια ψυχική διαταραχή, η οποία προκαλεί δυσλειτουργία στην σκέψη, την ομιλία και την φυσιολογία, στην οποία υπερισχύουν συναισθήματα, όπως αναξιότητα, ανεπάρκεια, αλλά και απελπισία, με κυρίαρχο το συναίσθημα βαθιάς θλίψης. Η διαταραχή αυτή είναι ένα θέμα το οποίο έχει εξεταστεί και συζητηθεί εκτενώς τα τελευταία χρόνια. Επιπλέον, θεωρείται ότι ενδέχεται να εκδηλώνεται σε ανθρώπους που πάσχουν από άγχος και άλλες διαταραχές (Sefer, et al., 2019).

1.5 ΑΙΤΙΑ

- Βιολογικά Αίτια

Ο εγκέφαλος είναι το κέντρο εντολών του ανθρώπινου οργανισμού, ελέγχει τις βασικές του λειτουργίες, τα συναισθήματα και τις σκέψεις. Η επίδραση των νευροδιαβιβαστών και των ορμονών συμβάλλουν στην εμφάνιση της κατάθλιψης. Μελέτες έχουν δείξει, πως η νόσος συνδέεται με ανισορροπίες των νευροδιαβιβαστών σεροτονίνη, ντοπαμίνη και νορεπινεφρίνη. Η επίδραση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων σε αυτές τις βιοχημικές ουσίες επιβεβαιώνει, πως η αύξηση της συγκέντρωσης αυτών των ουσιών σημαίνει και την αύξηση του ποσοστού αντιμετώπισης της νόσου (Howard, 2019).

- Γενετικά Αίτια

Έρευνες δείχνουν πως σχεδόν το 40% των διάφορων παραγόντων που προκαλούν την δημιουργία κλινικής κατάθλιψης μπορεί να ευθύνονται από γενετικούς παράγοντες. Όπως και οι περισσότερες ψυχιατρικές διαταραχές, έτσι και η κατάθλιψη μπορεί να οφείλεται σε κληρονομικούς παράγοντες. Υπάρχει η θεωρία ότι διάφορα γονίδια εμπλέκονται στην μεταβίβαση χαρακτηριστικών που αυξάνουν την προδιάθεση του ατόμου να παρουσιάσει κατάθλιψη. Το 2018, μια μελέτη συσχέτισης γονιδιωμάτων έδειξε λοιπόν 44 παραλλαγές στο γονιδίωμα, που συνδέεται με τον κίνδυνο για μείζονα κατάθλιψη (Wray, 2018). Ύστερα

μια μελέτη του 2019, βρήκε 102 παραλλαγές στο γονιδίωμα που συνδέεται με την κατάθλιψη. Παρόλα αυτά η γενετική προδιάθεση ευθύνεται σε ένα βαθμό για την εμφάνιση της κατάθλιψης, καθώς υπάρχουν και άλλοι παράγοντες που παίζουν σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση της (Howard, 2019).

- Περιβαντολογικά Αίτια

Άτομα που έχουν βιώσει δύσκολες καταστάσεις, όπως μετανάστευση, τρομοκρατία, πόλεμο, ανεργία ή οποιαδήποτε άλλα οικονομικά προβλήματα, φυσικές περιβαλλοντικές καταστροφές (τυφώνες, πλημμύρες, σεισμοί) έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να υποστούν κατάθλιψη ως ενήλικες. Επίσης αλλαγές στην καθημερινότητα και στον τρόπο που είχαν συνηθίσει, για παράδειγμα ένας χωρισμός, ένας γάμος, ή ο ερχομός ενός παιδιού επηρεάζουν τον ψυχισμό του ατόμου (Ladegaard et al., 2015).

Οποιαδήποτε μορφή κακοποίησης, διαπροσωπικές συγκρούσεις ή διαφωνίες, θάνατος ή απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου αποτελούν κάποιους παράγοντες. Άλλοι παράγοντες είναι τα παιδικά τραύματα, άσχημες εμπειρίες και άλλες αγχωτικές καταστάσεις.

Τα παραπάνω αφορούν εξατομικευμένες καταστάσεις που εκλαμβάνονται διαφορετικά από το κάθε άτομο (Goldberg, 2016).

- Ιατρικά Αίτια

Ιατρικά προβλήματα, καθώς και η δράση κάποιων φαρμάκων συνδέεται με την εμφάνιση όλων των ειδών κατάθλιψης με ποσοστό περίπου 10-15%.

Τα καρδιαγγειακά νοσήματα έχουν συνδεθεί με την κατάθλιψη, διότι άτομα που έχουν υποστεί καρδιακή προσβολή είχαν αναφερθεί σε αίσθημα μελαγχολίας που βίωναν, είτε είχαν διαγνωστεί με κατάθλιψη. Αν και οι γιατροί διστάζουν να χορηγήσουν σε καρδιοπαθείς τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά λόγω των προβλημάτων που προκαλούν στον καρδιακό ρυθμό, υπάρχουν αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης που δεν αποτελούν κίνδυνο για την υγεία των ασθενών.

Επιρρεπείς στην εμφάνιση κατάθλιψης είναι επίσης ασθενείς οι οποίοι νοσούν από μια ασθένεια, όπως ο καρκίνος, το Πάρκινσον, η νόσος του Αλτσχάιμερ. Υπάρχουν βέβαια και άλλες τέτοιες ιατρικές καταστάσεις, όπως ιοί και λοιμώξεις, για παράδειγμα: λοιμώδης μονοπυρήνωση, ασθένειες του ανοσοποιητικού συστήματος, όπως ο ερυθριματώδης λύκος, ενδοκρινικές διαταραχές, διατροφικές ελλείψεις και η στυτική δυσλειτουργία στους άνδρες. Ο γιατρός επομένως θα πρέπει να εξετάσει προσεκτικά το ατομικό ιστορικό του ασθενούς

και να προβεί σε φυσική εξέταση προκειμένου να διαπιστωθεί αν εμφανίστηκε πρώτα η κατάθλιψη ή η ιατρική πάθηση(Ghadirian, 2015).

- **Ψυχολογικά Αίτια**

Ερευνητές αναφέρονται σε ψυχολογικά αίτια, υποστηρίζοντας πως τα άτομα με χαμηλή αυτοεκτίμηση και εξάρτηση από άλλα πρόσωπα είναι πολύ πιθανό να βιώσουν αυτό το συναίσθημα.

Πιο συγκεκριμένα ένας περιορισμένος αριθμός μελετών έχει διερευνήσει την επίδραση διαφόρων παραγόντων που έδειξαν πως κυριότερη αιτία εμφάνισης της νόσου στους φοιτητές είναι η κοινωνικοοικονομική κατάσταση. Το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο των σπουδαστών έχει αποδειχθεί ότι παίζει σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση συμπτωμάτων κατάθλιψης.

Οι ερευνητές διαπίστωσαν, πως μεγάλο ρόλο στο φαινόμενο αυτό συμπεριλαμβάνονται παράγοντες, όπως η μόρφωση και η οικονομική κατάσταση των γονιών τους, ο τόπος διαμονής τους και γενικότερα ο ευρύτερος κοινωνικός περίγυρο. Αξίζει να αναφερθεί ότι οι σπουδαστές οι οποίοι, κατάγονταν από την ύπαιθρο ήταν πιο επιρρεπείς στην εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε σχέση με τους φοιτητές που προέρχονταν από μεγάλα αστικά κέντρα (Ghadirian, 2015).

Μια ενδιαφέρουσα έρευνα στο περιοδικό της Αμερικάνικης Ψυχιατρικής Ένωσης απέδειξε, πως οι γυναίκες που υπέστησαν σωματική ή σεξουαλική κακοποίηση κατά την παιδική τους ηλικία, παρουσίασαν πιο ακραίες κρίσεις άγχους από εκείνες που δεν είχαν κακοποιηθεί, επίσης η καρδιά τους χτυπούσε γρηγορότερα, όταν επιτελούσαν αγχωτικές δραστηριότητες, όπως επίλυση μαθηματικών εξισώσεων ή μιλώντας μπροστά σε κοινό, τέλος είχαν υψηλότερα επίπεδα κορτιζόλης και ορμονών του στρες.

Πολλοί επιστήμονες θεωρούν πως τα τραύματα αλλάζουν ανεπαίσθητα την λειτουργία του εγκεφάλου που ευθύνεται για καταθλιπτικά και αγχωτικά συμπτώματα. Οι αλλαγές αυτές μπορεί να αφορούν, αυξομειώσεις στην συγκέντρωση των νευροδιαβιβαστών, δυσλειτουργία των νευρικών κυττάρων. Βέβαια αναγκαία είναι η περαιτέρω διερεύνηση της ακριβής σχέσης μεταξύ εγκεφάλου-κατάθλιψης-άγχους (Miller et al., 2015).

1.5 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Κάθε άτομο που υποφέρει από κατάθλιψη αντιμετωπίζει μια σειρά προβλημάτων συναισθηματικών, σωματικών αλλά και γνωστικών.

Η αδυναμία του να σκέφτεται κάποιος την θετική πλευρά των πραγμάτων, να απολαμβάνει με ξεχωριστό τρόπο τις στιγμές της ζωής, η δυσκολία στην κοινωνικοποίηση είναι μερικά συμπτώματα της νόσου. Άλλα κοινά συμπτώματα της καταθλιπτικής διάθεσης είναι το συνεχόμενο και αναίτιο άγχος, η εσωτερική ανησυχία, ο πανικός, η επιθετικότητα, καθώς και η απάθεια προς σημαντικές ή μη καταστάσεις. Η πλήξη και οι αυτοκτονικές σκέψεις είναι επίσης συμπτώματα κατάθλιψης, που αυξάνουν τον κίνδυνο απόπειρας αυτοκτονιών. Άλλα συμπτώματα της κατάθλιψης μπορεί να είναι η δυσκολία στην συγκέντρωση ή λήψη αποφάσεων, η παθητικότητα και η αναποτελεσματικότητα. Η κατάθλιψη μπορεί επίσης να οδηγήσει σε διαταραγμένο ύπνο, όπως αϋπνία, διακοπτόμενο ύπνο ή ακόμα και αγουροξύπνημα. Φυσικά συμπτώματα όπως σφίξιμο στο στήθος, η κούραση είναι φαινόμενα που προδιαθέτουν το άτομο να καταφύγει σε υγειονομική παροχή. (Semioshkina & Voigt, 2016). Ανεξήγητα σωματικά προβλήματα, όπως ο πόνος στην πλάτη ή οι πονοκέφαλοι (Carrellas et al., 2017).

Υπάρχουν ορισμένες σωματικές, συναισθηματικές, αλλαγές στην συμπεριφορά του. Το καταθλιπτικό άτομο ταλανίζεται από, απώλεια ή αύξηση βάρους, αλλαγές στη λίμπιντο. Η κούραση μετά από ακόμη και ελάχιστη προσπάθεια είναι μεταξύ των πιο συχνών συμπτωμάτων. Ορισμένες ιδέες περί ενοχής ή αστάθειας είναι συχνά παρούσες (Stoyanova, 2014). Προτιμούν τη μοναξιά, έχουν επίσης βραδύτητα στις κινήσεις και την ομιλία τους. Αισθάνονται ότι το μυαλό τους είναι μπερδεμένο και η ότι η σκέψη τους δεν τους βοηθά να επεξεργαστούν τις πληροφορίες (Suzuki et al., 2015).

Η κατάθλιψη εκδηλώνεται με συμπτώματα τόσο σε συναισθηματικό, όσο και σωματικό επίπεδο. Τα κυριότερα σε νοητικό-συναισθηματικό επίπεδο είναι: (ΕΠΨΥ, 2019)

- **Καταθλιπτική διάθεση στο μεγαλύτερο μέρος της μέρας**: το άτομο που βιώνει κατάθλιψη, νιώθει μια αναίτια θλίψη, είναι συναισθηματικά ευάλωτο σε ερεθίσματα του περιβάλλοντος και αρκετές φορές ξεσπάει σε κλάματα χωρίς κάποια σοβαρή αιτία. Νιώθει πως κανείς δεν μπορεί να τον καταλάβει, έτσι κλείνεται στον εαυτό του, απομονώνεται και τέλος εκνευρίζεται πολύ εύκολα.
- **Έλλειψη ενδιαφέροντος για δραστηριότητες**: το καταθλιπτικό άτομο δεν θέλει να πραγματοποιήσει καθημερινές δραστηριότητες που τον ευχαριστούν και γεμίζουν την μέρα του, δεν έχει όρεξη να πάει στην δουλειά, να ασχοληθεί με δουλειές του σπιτιού και να φροντίσει τους αγαπημένους του ανθρώπους.

- **Αρνητικές και απαισιόδοξες σκέψεις:** το άτομο που πάσχει από κατάθλιψη τα <<βλέπει όλα μαύρα>>. Νιώθει πως όλα τα πράγματα θα έχουν την χειρότερη κατάληξη ακόμα και αν δεν ισχύει αυτό, γεγονός που θεωρεί πως δεν μπορεί να ανατραπεί.
- **Ιδέες αυτοκτονίας και θανάτου:** ο ασθενής αισθάνεται ανήμπορος, βρίσκεται σε απόγνωση και θεωρεί τον θάνατο λύση στο αδιέξοδο του. Κυριεύεται από το αίσθημα του θανάτου, εξετάζοντας πιθανά σενάρια αυτοκτονίας και νιώθοντας ανακούφιση με αυτή την προοπτική.
- **Αισθήματα απαξίωσης και ενοχής:** το άτομο κατηγορεί συνέχεια τον εαυτό του και κατακρίνει την συμπεριφορά του. Νιώθει ενοχές και φτάνει στο σημείο να κατηγορεί τον εαυτό του ακόμα και για λάθη των άλλων. Θεωρεί πως δεν αξίζει την αγάπη, τον σεβασμό και το ενδιαφέρον από τον περίγυρο του.
- **Έλλειψη συγκέντρωσης, μνήμης και αποφασιστικότητας :** ο ασθενής παρουσιάζει δυσκολία στην συγκέντρωση, ξεχνά εύκολα και αδυνατεί να πάρει αποφάσεις για σημαντικά ή ασήμαντα πράγματα της καθημερινότητας.
- **Άγχος και ανησυχία:** το άτομο καταλαμβάνεται από ανεξήγητο άγχος και ανησυχεί πως θα συμβεί κάτι κακό.
- **Τάσεις απομόνωσης:** το άτομο κλείνεται στον εαυτό του, διότι θεωρεί πως δεν τον καταλαβαίνει κανείς. Αισθάνεται μόνος ακόμα και όταν έχει άτομα δίπλα του και, όταν κάποιος ενδιαφερθεί και θέλει να τον βοηθήσει αυτός εκνευρίζεται αρνούμενος οποιαδήποτε βοήθεια.

Σε σωματικό επίπεδο ο καταθλιπτικός ταλανίζεται από τα ακόλουθα συμπτώματα (ΕΠΨΥ, 2019):

- **Πονοκέφαλοι και ημικρανίες.** Το άτομο υποφέρει από σχεδόν καθημερινούς έντονους πονοκεφάλους και ζαλάδες καθ' όλη σχεδόν την διάρκεια της ημέρας.
- **Πόνοι στα άκρα και στις αρθρώσεις.** Οι πόνοι αυτοί συνοδεύουν την κατάθλιψη, ενώ αν προϋπήρχαν γίνονται εντονότεροι. Το άτομο εμφανίζει πόνους στην πλάτη, στον αυχένα, στα άκρα ακόμα και στον θώρακα.
- **Πεπτικά προβλήματα.** Περιλαμβάνονται πόνοι στην κοιλιακή χώρα, αίσθημα καψίματος στο στομάχι, ναυτία, διάρροια, δυσκοιλιότητα και το σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου.
- **Προβλήματα στον ύπνο.** Οι διαταραχές εκδηλώνονται είτε με δυσκολία του ατόμου να κοιμηθεί (αϋπνία), είτε με ανάγκη για υπερβολικό ύπνο σε συνδυασμό με δυσχέρεια στην αφύπνιση (υπερυπνία).

- **Διαταραχές στον διατροφή.** Παρατηρείται απώλεια όρεξης που οδηγεί σε απώλεια βάρους, ενώ από την άλλη πλευρά μπορεί να συμβεί το ακριβώς αντίθετο, το άτομο καταναλώνει μεγάλες ποσότητες τροφής με αποτέλεσμα την αύξηση του βάρους του.
- **Αισθήματα κόπωσης και αδυναμίας.** Ο ασθενής εξαντλείται και χάνει την ενεργητικότητα του, ακόμα και από τις πρώτες πρωινές ώρες.
- **Προβλήματα στην κίνηση.** Το άτομο παρουσιάζει δυσκολία στην κίνηση, στο περπάτημα, επιλέγοντας την ακινησία. Η κατάσταση αυτή μπορεί να επεκταθεί και στην ομιλία, το άτομο μιλά με μονότονο και πιο αργό ρυθμό, μη μπορώντας αρκετές φορές να ολοκληρώσει την φράση του. Ωστόσο ένα μεγάλο ποσοστό προτιμά την συνεχή κίνηση και ορθοστασία, διότι αδυνατεί να παραμείνει ήρεμο σε ένα σημείο.
- **Σεξουαλική δυσλειτουργία.** Το άτομο που νοσεί πέρα από μειωμένη ερωτική επιθυμία, εμφανίζει και προβλήματα στύσης.

1.7 ΜΟΡΦΕΣ

1.7.1 Διπολική διαταραχή

Η διπολική διαταραχή είναι γνωστή και ως μανιακή κατάθλιψη, είναι μια ψυχική διαταραχή που χαρακτηρίζεται από διαστήματα ασυνήθιστα έντονης διάθεσης και διαστήματα κατάθλιψης. Η αυξημένη διάθεση ονομάζεται μανία ή υπομανία ανάλογα με την σοβαρότητα της αλλά και αν υπάρχουν συμπτώματα ψύχωσης. Κατά την διάρκεια της μανίας το άτομο λοιπόν δρα ή αισθάνεται έντονα ενεργητικό, ευτυχισμένο ή ευερέθιστο και συχνά αποφασίζει βιαστικά χωρίς να σκέφτεται τις συνέπειες. Κατά την διάρκεια των μανιακών επεισοδίων η ανάγκη για ύπνο μειώνεται και το άτομο ακόμα και μετά από 3 ώρες ύπνου δεν νιώθει κούραση. Σοβαρός είναι ο κίνδυνος το άτομο να εκδηλώσει παραληρητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις, χάνοντας επαφή με την πραγματικότητα. Στο διάστημα της κατάθλιψης το άτομο κατακλύζεται από θλίψη, άγχος, ενοχή, θυμό και εμφανίζει διαταραχές στην διατροφή και στον ύπνο. Παρουσιάζει επίσης μειωμένο ενδιαφέρον για την εκτέλεση δραστηριοτήτων, προβλήματα συγκέντρωσης αισθάνεται μοναξιά, απάθεια και εμφανίζει αυτοκτονικές τάσεις (American Psychiatric Association, 2015).

Τα αίτια της διπολικής διαταραχής ποικίλουν από άτομο σε άτομο, καθώς οι τραυματικές εμπειρίες της παιδικής ηλικίας συνδέονται με την ύπαρξη και την εξέλιξη της. Η πραγματοποίηση των ερευνών έχει δείξει, πως ανωμαλίες στην δομή του εγκεφάλου ίσως συμβάλλουν στην εμφάνιση της νόσου. Ευρήματα μαγνητικών τομογραφιών παρουσιάζουν

μια ανώμαλη διαφοροποίηση στην αμυγδαλή, που ίσως συμβάλλει στην κακή ρύθμιση των συναισθημάτων.

Η θεραπεία της διπολικής διαταραχής στηρίζεται στην φαρμακευτική αγωγή εφ' όρου ζωής και σε περιπτώσεις ύφεσης δεν θα διακόπτεται η αγωγή γιατί θα προκληθεί υποτροπή. Τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται ονομάζονται σταθεροποιητές της διάθεσης με κυριότερο το λίθιο, καθώς και αντιεπιληπτικά, αντικαταθλιπτικά και αγχολυτικά. Η ψυχοθεραπεία είναι απαραίτητη, ώστε τα άτομα να αντιληφθούν την νόσο και να ζήσουν φυσιολογικά (American Psychiatric Association, 2015).

1.7.1 Διπολική διαταραχή τύπου 1

Σχετικά με την διπολική διαταραχή η οποία περιγράφεται πολύ συχνά στην διεθνή βιβλιογραφία και με τον όρο μανιοκαταθλιπτική διαταραχή, αποτελεί την μια από τις σοβαρότερες ψυχικές ασθένειες η οποία κάνει την πρώτη εμφάνισή της κατά κύριο λόγο μέχρι και την ηλικία των 25. Πολλές φορές εμφανίζεται στην παιδική ηλικία έντονα για ένα διάστημα. Στην συνέχεια μπορεί είτε να κάνει αισθητή την εμφάνισή της μέσα από κάποια συμπτώματα, μπορεί όμως και να προκαλεί στον ασθενή μια σημαντική περίοδο υποτροπής (Grande et al., 2015). Η διπολική διαταραχή δεν είναι η ίδια με τη φυσιολογική εξέλιξη που ο καθένας περνάει. Οι μεταβολές της διάθεσης είναι πιο ακραίες από αυτές και συνοδεύονται από αλλαγές στον ύπνο, το επίπεδο ενέργειας και την ικανότητα να σκέφτονται καθαρά (Aas et al., 2016).

1.7.2 Διπολική διαταραχή τύπου 2

Η διπολική διαταραχή τύπου 2 είναι γνωστή και ως υπομανία. Πρόκειται στην ουσία για μια αρκετά πιο ήπια μορφή μανίας η οποία δεν είναι τόσο σοβαρή που να προκαλέσει προβλήματα στη λειτουργικότητα του ατόμου. Συνήθως εμφανίζεται κατά την ηλικία των 30. Κύριο χαρακτηριστικό είναι το γεγονός ότι προκαλεί τεράστιες αλλαγές στην γενική συμπεριφορά του ατόμου με σημαντικότερη διαφορά την έξαρση της διάθεσής του η οποία είναι ανεξήγητη. Επίσης δεν φέρει χαρακτηριστικά ψύχωσης. Η πάθηση αυτή δεν θεωρείται επικίνδυνη. Σχετικά με την θεραπεία της διπολικής διαταραχής, μπορεί να επιτευχθεί μέσω της κατάλληλης φαρμακευτικής αγωγής με σκοπό να μειωθούν τα συμπτώματα του ασθενή και να προληφθούν οι υποτροπές (McCormick et al., 2015).

1.7.3 Μείζων καταθλιπτική διαταραχή

Η μείζων καταθλιπτική διαταραχή ή αλλιώς μονοπολική διαταραχή είναι μια από τις σοβαρότερες μορφές κατάθλιψης και κάνει την εμφάνισή της πολύ συχνά σε άτομα ηλικίας 20-40 ετών, όπου οι γυναίκες είναι πιο επιρρεπείς από τους άνδρες. Επηρεάζει αρνητικά την επαγγελματική και προσωπική ζωή, καθώς και τις βιολογικές ανάγκες, την διατροφή και τον ύπνο. Το άτομο με σοβαρό καταθλιπτικό επεισόδιο βιώνει έντονη θλίψη, χαμηλή διάθεση και διακατέχεται από ενοχικές σκέψεις και απελπισία. Μπορεί να οδηγηθεί στην ανορεξία αφού σημειώνονται σημαντικές μεταβολές στις διατροφικές του συνήθειες. Οι αυτοκτονικές τάσεις και ιδέες θανάτου δεν λείπουν. Το ίδιο και η αϋπνία, είτε είναι μέση είτε τελική. Στην μέση το άτομο ξυπνά κατά τη διάρκεια της νύχτας και δεν μπορεί να ξανακοιμηθεί εύκολα, ενώ στην τελική το άτομο να μην προσπαθεί να ξανακοιμηθεί αλλά δεν τα καταφέρνει. Ένα ακόμα σύμπτωμα είναι η υπερυπνία, κατά την οποία ο ασθενής αφιερώνει πολλές ώρες στον ύπνο τόσο τη νύχτα όσο και την ημέρα (Wu & Zhang, 2015). Σε πολλές περιπτώσεις τα άτομα παραπονιούνται για σωματικούς πόνους, όπως πονοκέφαλο, πόνο σε κάποιο μέρος του σώματος, κόπωση και μειωμένο ενδιαφέρον για δραστηριότητες. Άλλα συμπτώματα είναι ανεξήγητος θυμός, δυσκολία στην μνήμη και στη συγκέντρωση. Τα κοινά χαρακτηριστικά μεταξύ των ασθενών είναι η θλίψη, η μελαγχολία, η απογοήτευση και ο θυμός. Ωστόσο παρουσιάζει αρκετές διαφορές από την κοινή κατάθλιψη και από το απλό αίσθημα της θλίψης (Suzuki et al. 2015). Στις περισσότερες περιπτώσεις συνίσταται μόνο από ένα επεισόδιο, αλλά είναι δυνατόν να οδηγηθεί το άτομο σε υποτροπή ανεξαρτήτως ηλικίας (Health Quality Ontario, 2017). Τα συμπτώματα δεν κάνουν την εμφάνισή τους απότομα. Αντιθέτως εμφανίζονται σταδιακά και μπορεί να έχουν διάρκεια μερικών εβδομάδων. Η πλειοψηφία των ασθενών δεν παραδέχεται ότι πάσχει από κατάθλιψη. Υποστηρίζει ότι αισθάνεται ατονία, μελαγχολία, θλίψη και απογοήτευση. Επίσης δεν απουσιάζουν τα ξεσπάσματα, όπου είναι συχνά.

Το DSM-5 αναφέρει ότι η νόσος συνδέεται με την θνησιμότητα. Ο αυτοκτονικός ιδεασμός διαφέρει σημαντικά σε ένταση. Ενώ μερικοί ασθενείς δημιουργούν ένα συγκεκριμένο πλάνο, το οποίο πρόκειται να υλοποιήσουν, άλλοι έχουν περισσότερο παθητικό ιδεασμό. Η επιθυμία του ατόμου να μην ξυπνήσει ή να μην υπάρχει, υποδηλώνει την κατάθλιψη, αλλά όχι ένα ακριβές πλάνο για αυτοκτονία.

Είναι άγνωστη η ακριβής αιτία της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής, καθώς βιολογικοί, ψυχολογικοί και κοινωνικοί παράγοντες διαδραματίζουν ρόλο στην εμφάνιση

της. Η ιδιοσυγκρασία του ατόμου είναι ένας τεκμηριωμένος παράγοντας κινδύνου. Τα άτομα με υψηλά επίπεδα αρνητικότητας είναι πιθανότερο να παρουσιάσουν καταθλιπτικά επεισόδια ως αντίδραση σε στρεσογόνους παράγοντες. Καταστάσεις, όπως τραυματική και δύσκολη παιδικά ηλικία, αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης της νόσου. Οι επιστήμονες έχουν ανακαλύψει μια γενετική συνιστώσα που συνδέεται με την μείζων καταθλιπτική διαταραχή. Το DSM-5 θέτει την κληρονομικότητα γύρω στο 40%. Το άτομο με άμεσο μέλος του οικογενειακού περιβάλλοντος που πάσχει από κατάθλιψη έχει δυο έως τέσσερις φορές πιθανότητα να εμφανίσει την νόσο συγκριτικά με τον γενικό πληθυσμό (American Psychiatric Association, 2015).

Οι συνηθέστερες θεραπείες για την νόσο είναι η φαρμακευτική αγωγή και ψυχοθεραπεία, ενώ σημαντικό ρόλο διαδραματίζει η ψυχολογική υποστήριξη από το οικογενειακό περιβάλλον. Πολλές φορές όταν η οικογένεια αγνοεί πώς νοσεί το άτομο και με κάποιες συμπεριφορές μπορεί να τον κάνουν να αισθανθεί άσχημα, θεωρώντας τον εγωκεντρικό. Η φαρμακευτική αγωγή απαρτίζεται από τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, τους εκλεκτικούς αναστολείς της επαναπρόσληψης της σεροτονίνης και τους αναστολείς της μονοαμινοοξειδάσης. Σε περίπτωση πιο βαριάς μορφής κατάθλιψης χρησιμοποιείται ηλεκτροσπασμοθεραπεία, ιδιαίτερα στις ψυχώσεις και στις αυτοκτονικές τάσεις. Η δράση της είναι άμεση και οι συνεδρίες γίνονται 3-4 φορές την εβδομάδα. Οι ασθενείς με μερική ή καθόλου ανταπόκριση στη θεραπεία παρουσιάζουν σημαντικές μειώσεις στην ποιότητα ζωής και τη λειτουργικότητα (Cohen et al., 2017).

1.7.4 Δυσθυμία

Η επίμονη καταθλιπτική διαταραχή, γνωστή και ως δυσθυμία, είναι μια διαταραχή διάθεσης που χαρακτηρίζεται από κοινά φυσικά και γνωστικά προβλήματα της κατάθλιψης με λιγότερο σοβαρά και μακροχρόνια συμπτώματα. Η σημαντικότερη διαφορά της με την μείζων καταθλιπτική διαταραχή, βασίζεται στον αριθμό και την διάρκεια των συμπτωμάτων. Είναι λιγότερο έντονα, δεν παρουσιάζονται σε καθημερινή βάση, αλλά εμφανίζονται τις περισσότερες μέρες σε διάστημα δυο ετών. Τα συμπτώματα της διαφέρουν από άτομο σε άτομο, με βασικό χαρακτηριστικό την καταθλιπτική διάθεση σχεδόν καθόλη την διάρκεια της ημέρας. Άλλα συμπτώματα είναι μειωμένη όρεξη για φαγητό ή υπερφαγία, αϋπνία, αίσθημα απελπισίας, χαμηλή αυτοεκτίμηση, κόπωση και μειωμένη συγκέντρωση.

Παρουσιάζει μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης στον γυναικείο πληθυσμό, ενώ στο γενικό πληθυσμό τα ποσοστά φτάνουν το 5-6%. Αναφορικά με τα αίτια της δυσθυμίας,

σημειώνεται ότι βιοχημικοί, περιβαντολλογικοί, αλλά και γενετικοί παράγοντες είναι αυτοί που την προκαλούν.

Ο θάνατος ενός αγαπημένου προσώπου, η σωματική ή ψυχολογική κακοποίηση, οι διαταραγμένες οικογενειακές σχέσεις συνδέονται με την εμφάνιση της νόσου.

Η επίμονη καταθλιπτική διαταραχή αντιμετωπίζεται με φαρμακευτική αγωγή, βασισμένη στα αντικαταθλιπτικά φάρμακα, όπως αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης, που είναι νεότερης γενιάς και ασφαλέστερα στην αντιμετώπιση της, καθώς και τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά. Τέλος η ψυχοθεραπεία και η ψυχολογική υποστήριξη της οικογένειας θεωρούνται σημαντικοί παράγοντες, στην σταδιακή αντιμετώπιση της νόσου (Melrose, 2017).

1.7.5 Κυκλοθυμία

Αποτελεί μια κατάσταση όπου υπάρχει εναλλαγή μεταξύ των περιόδων κατάθλιψης και υπερβολικής ευθυμίας. Πριν από μερικά χρόνια οι ειδικοί υποστήριζαν ότι συνιστά μια διαταραχή διάθεσης. Ωστόσο οι νεότεροι επιστήμονες την κατέταξαν στις διπολικές διαταραχές. Οι κυκλοθυμικοί ασθενείς υφίστανται πολλές περιόδους υπομανίας και κατάθλιψης για τουλάχιστον δυο χρόνια, όπου εναλλάσσουν τα συναισθήματά τους ανάμεσα στην χαρά και την απαισιοδοξία. Βέβαια δεν πρόκειται για μια σοβαρή κατάσταση με επικίνδυνα συμπτώματα. Μπορεί να διαγνωσθεί σε παιδιά και εφήβους και είναι εύκολα διακριτό από τις άλλες ψυχικές διαταραχές της παιδικής ηλικίας.

Τα συμπτώματα δεν είναι τόσο σοβαρά για να εντάσσεται στην μείζονα κατάθλιψη με μανιακά επεισόδια. Δεν συγχέονται με κάποια σχιζοφρενική διαταραχή, καθώς οφείλονται από το ίδιο το άτομο και όχι από εξωτερικούς παράγοντες. Οι περισσότεροι άνθρωποι με κυκλοθυμία, είναι κουρασμένοι και κοιμούνται συχνά για μεγάλες χρονικές περιόδους. Παρόλα αυτά αρκετοί εμφανίζουν αϋπνία. Άλλα συμπτώματα της νόσου είναι η αδιαφορία προς ανθρώπους ή δραστηριότητες που τους προκαλούσαν ευχαρίστηση στο παρελθόν. Επίσης έχουν την τάση να επικρίνουν τους άλλους και να παραπονιούνται εύκολα. Οι αυτοκτονικές σκέψεις εμφανίζονται συχνά, ακόμα και σε ήπιες μορφές κυκλοθυμίας, επίσης βιώνουν σωματικές δυσλειτουργίες, όπως σφίξιμο στο στήθος και στο κεφάλι, συχνούς πονοκεφάλους, αδυναμία, μείωση βάρους και απώλεια μαλλιών. Όσον αναφορά την κοινωνική και επαγγελματική λειτουργία τους παρουσιάζουν ακανόνιστη και ανάρμοστη συμπεριφορά, με αποτέλεσμα αρκετές φορές να χάνουν την εργασία τους.

Σύμφωνα με το DSM-5 υπάρχουν έξι διαγνωστικά κριτήρια με έναν παρονομαστή:

1. Δεν υφίστανται ιστορικό για μανιακό, υπομανιακό ή καταθλιπτικό επεισόδιο.

2. Τα συμπτώματα δημιουργούν άγχος, μειωμένη επαγγελματική , κοινωνική λειτουργικότητα.
3. Τα συμπτώματα δεν εξηγούνται από την χρήση ουσιών ή άλλη ιατρική κατάσταση.
4. Τα συμπτώματα δεν δικαιολογούνται από ψυχωτική διαταραχή.
5. Διάρκεια συμπτωμάτων 2 έτη.
6. Επεισόδια υπομανίας και καταθλιπτική διάθεση που δεν ακολουθούν τα διαγνωστικά κριτήρια για την υπομανία ή την μείζονα καταθλιπτική διαταραχή.

Η πάθηση αντιμετωπίζεται με συνδυασμό ψυχοθεραπείας και φαρμακευτικής αγωγής, αλλά σε αρκετές περιπτώσεις μόνο η ψυχοθεραπεία οδηγεί στην αποφυγή του προβλήματος. Η θεραπευτική αντιμετώπιση που θα επιλεγεί εξαρτάται από την βαρύτητα της κυκλοθυμίας αλλά και από την ιδιοσυγκρασία του κάθε ασθενούς. Αρκετές φορές οι ασθενείς δεν παραδέχονται το νόσημα τους, προσπαθώντας να δικαιολογήσουν την κατάσταση αυτή με ποικίλους τρόπους (Fekadu et al., 2017).

1.7.6 Επιλόχεια κατάθλιψη

Η κατάθλιψη μετά τον τοκετό είναι μια διαταραχή της διάθεσης που συμβαίνει μέσα σε 4 εβδομάδες από τον τοκετό και η οποία είναι πιθανό να εμφανιστεί έως και 30 εβδομάδες μετά. Εκδηλώνεται με συμπτώματα που περιλαμβάνουν αλλαγές στον ύπνο και τα πρότυπα διατροφής, κόπωση, θλίψη, κλάμα, άγχος και ενοχές που σχετίζονται με την ικανότητα φροντίδας του βρέφους. Είναι πιθανό η μητέρα να μην θέλει να αποδεχθεί το βρέφος της , να μην θέλει να το ταΐσει, να το αγκαλιάσει, ενώ ακόμα μπορεί να θέλει να το τραυματίσει. Οι γυναίκες με ιστορικό κατάθλιψης και όσες έχουν νοσήσει σε προηγούμενες εγκυμοσύνες είναι πιθανότερο να εμφανίσουν κατάθλιψη. Αναγκαίο είναι να παρατηρούνται στενά μετά τον τοκετό.

Αποτελεί ένα σημαντικό πρόβλημα που πλήττει τις μητέρες παγκοσμίως τόσο στις χώρες χαμηλού όσο και μεσαίου εισοδήματος αντίστοιχα. Το άγχος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, η έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης, η κακοποίηση από τον σύντροφο, η χαμηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ,το ιστορικό ψυχικών ασθενειών, αποτελούν παράγοντες εμφάνισης της νόσου (Gelaye et al., 2016).

Επιπρόσθετα, δεδομένου ότι οι μητέρες που υποφέρουν από κατάθλιψη σταματούν να θηλάζουν νωρίτερα, τα βρέφη είναι πιο πιθανό να έχουν επεισόδια διάρροιας, αδύναμη σχέση μητέρων-βρέφους, μπορεί να επηρεάσουν την ανάπτυξη του παιδιού και την εμφάνιση μολυσματικών ασθενειών (Kerie et al., 2018).

Οι ορμονικές αλλαγές αποτελούν την κυριότερα αιτία κατάθλιψης μετά τον τοκετό. Ωστόσο η απουσία υποστήριξης από τον πατέρα ή από άλλα μέλη του οικογενειακού περιβάλλοντος αποτελούν παράγοντα εμφάνισης της νόσου. Επίσης η απώλεια κοινωνικής υποστήριξης ή άλλες αγχωτικές καταστάσεις συνδυαστικά με την μεγάλη πίεση φροντίδας του βρέφους, οδηγούν αρκετές φορές την μητέρα να απομακρυνθεί από τις σωματικές και ψυχολογικές διεργασίες της με αποτέλεσμα την καταθλιπτική διάθεση.

Η ασφαλέστερη αντιμετώπιση της επιλόχειας κατάθλιψης βασίζεται στην ορμονοθεραπεία, η οποία συντελεί στην απότομη πτώση των οιστρογόνων και στην ελάττωση των συμπτωμάτων. Αν η ορμονοθεραπεία αποδειχθεί αναποτελεσματική, ο θεράπων ιατρός προχωρά στην χορήγηση αντικαταθλιπτικής αγωγής, αποφεύγεται ο θηλασμός προκειμένου να μην επιβαρυνθεί το βρέφος. Σημαντικός παράγοντας είναι η ψυχοθεραπεία και η ψυχολογική υποστήριξη της οικογένειας, έτσι ώστε η μητέρα να πατάξει τα αρνητικά συναισθήματα (O'Connor et al., 2016).

1.7.7 Εποχιακή κατάθλιψη

Είναι ένα είδος κατάθλιψης που συμβαίνει το φθινόπωρο και τον χειμώνα όταν οι μέρες είναι μικρότερες και έχουν λιγότερο φως από τον ήλιο. Τα καταθλιπτικά συμπτώματα εμφανίζονται σε αυτές τις εποχές και συνεχίζονται μέχρι και την άνοιξη. Τα άτομα που πάσχουν από εποχιακή συναισθηματική διαταραχή είτε δεν δύναται να είναι ενεργοί είτε είναι ελάχιστα δραστηριοποιημένοι κατά την περίοδο που νοσοούν. Τα συμπτώματα της διαταραχής μοιάζουν με άλλων μορφών κατάθλιψης συμπεριλαμβανομένων της θλίψης, του λήθαργου, της απελπισίας και της κοινωνικής απόσυρσης.

Ο κίνδυνος της νόσου αυξάνεται σημαντικά ανάλογα με την γεωγραφική θέση του ατόμου, όπου αυξημένος επιπολασμός παρατηρείται σε υψηλότερα γεωγραφικά πλάτη. Ιδιαίτερα επιρρεπείς είναι οι γυναίκες διότι έχουν τέσσερις φορές περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν την διαταραχή σε σχέση με τους άνδρες. Η θεραπεία της διαταραχής απαρτίζεται από φαρμακευτική αγωγή. Επίσης βοηθητικοί παράγοντες στην μείωση των συμπτωμάτων της αποτελούν η άσκηση και οι πρακτικές διαχείρισης του στρες (Kerrie et al., 2018).

1.7.8 Ψυχωσική ή παραληρητική διαταραχή

Από τις πιο επικίνδυνες μορφές της νόσου θεωρείται η ψυχωτική διαταραχή. Είναι μια κυκλική κατάσταση στην οποία ήπια συμπτώματα κατάθλιψης συνδυάζονται με εκδηλώσεις ακραίας ψύχωσης. Κυριότερα συμπτώματα της διαταραχής είναι οι παραισθήσεις, οι εμμονές, οι αυταπάτες, ενώ ο πάσχων βιώνει θυμό και απελπισία. Οι ψυχωτικοί ασθενείς παρουσιάζουν νοητική εξασθένηση, κοινωνική απόσυρση και μεγιστοποιείται ο κίνδυνος αυτοκτονίας εξαιτίας των παραισθήσεων και των προβλημάτων στην σκέψη. Η ψύχωση συνοδεύεται από διαταραχή στη λόγο και έλλειψη οργανωτικότητας. Τα άτομα αυτά αρκετές φορές θεωρούν, πως κάποιος τους παρακολουθεί και προσπαθεί να τους κάνει κακό για αυτό ακριβώς τον λόγο εμφανίζουν επιθετική συμπεριφορά.

Οι ερευνητές δεν είναι απολύτως σίγουροι για τα αίτια που προκαλούν την ψυχωτική διαταραχή, αλλά αρκετές φορές την συνδυάζουν με τα υψηλά επίπεδα κορτιζόλης στο αίμα. Τα επίπεδα της στεροειδούς αυτής ορμόνης στο αίμα, εμφανίζουν χαμηλά επίπεδα γύρω στις 4 το απόγευμα. Βέβαια περισσότερη κορτιζόλη παράγεται, όταν το άτομο βιώνει στρεσογόνες καταστάσεις. Δεν υπάρχουν ορατοί παράγοντες κινδύνου, όμως πιο επιρρεπείς είναι οι άνθρωποι με οικογενειακό ιστορικό κατάθλιψης ή ψυχωτικής ασθένειας (Cardinall & Bullmore 2015).

1.7.9 Λανθάνουσα ή συγκαλυμμένη κατάθλιψη

Τα ορατά σημάδια της αυτής της μορφής κατάθλιψης είναι άτυπα. Το άτομο δεν παρουσιάζει καταθλιπτικά συμπτώματα αλλά εμφανίζει συμπτώματα αποφυγής. Από πολλούς ερευνητές τα συμπτώματα παρουσιάζονται σαν μηχανισμός άμυνας όπου χρησιμοποιούν τα άτομα, προκειμένου να αποφύγουν την έκδηλη εμφάνιση της κατάθλιψης. Η συγκαλυμμένη κατάθλιψη καταχωνιάζεται κάτω από τις εξής συμπεριφορές : εθισμό στο αλκοόλ, στην κατάχρηση ουσιών, στην πορνογραφία, αλλά και με την εκδήλωση ψυχαναγκαστικών συμπεριφορών όπως εργασιομανία, τελειομανία. Δεν εκδηλώνεται πάντα με το να νιώθει το άτομο άσχημα. Η συνθήκη της κατάθλιψης μπορεί να αποδοθεί με αλεξιθυμία. Οι μηχανισμοί αντιμετώπισης της διαταραχής, έχουν δημιουργηθεί για να απομακρύνουν την έκδηλη κατάθλιψη.

Αρκετές φορές το άτομο διαχειρίζεται τα συναισθήματα του και τα διοχετεύει μέσω σωματικής ή ψυχολογικής βίας, ασυνείδητα σε κάποιον άλλο. Αυτός που δέχεται τα συναισθήματα, τα παρουσιάζει ως δικά του. Πολλές φορές η κατάσταση αυτή μεταβιβάζεται στις επόμενες γενιές, δίνοντας συνέχεια στον κύκλο της συγκαλυμμένης κατάθλιψης. Τέλος άτομα που έχουν αποτυπωμένα μέσα τους τραύματα από την παιδική ηλικία, δημιουργούν

αμυντικούς μηχανισμούς, προκειμένου να θάψουν το τραύμα, το οποίο αποτελεί βάση της κατάθλιψης στη συνέχεια της ζωής τους (Cardinall & Bullmore, 2015).

1.7.10 Κατάθλιψη στην βρεφονηπιακή και προσχολική ηλικία

Έχει παρατηρηθεί από μελέτες πως τα βρέφη μπορούν να βιώσουν αγχωτικές καταστάσεις, αισθήματα λύπης και αποχωρισμού, όμως δεν μπορούν να εξωτερικεύσουν με λόγια τέτοια συναισθήματα. Ένα βρέφος 6-8 μηνών που αποχωρίστηκε την μητέρα του εμφάνισε απώλεια βάρους, διαταραχές στον ύπνο, κλάμα, καθυστέρηση στην κινητικότητα, χωρίς την ύπαρξη παθολογικών αιτιών. Η βρεφική κατάθλιψη μπορεί να είναι επικίνδυνη για την ευημερία του μωρού και να οδηγήσει μέχρι και σε θάνατο. Βέβαια η στρεσογόνα αυτή κατάσταση μπορεί να τερματιστεί αν κατά τον 3^ο-5^ο μήνα του αποχωρισμού βρεθεί μητρικό ή πατρικό υποκατάστατο. Επιπλέον αν νοσεί η μητέρα, είτε απουσιάζει για επαγγελματικούς λόγους και δεν είναι συναισθηματικά επαρκής το βρέφος εκλαμβάνει την κατάσταση αυτή ως απουσία ή απώλεια (Kneisl et al., 2016).

Η κατάθλιψη είναι εξίσου σημαντικό φαινόμενο στα παιδιά 5-6 ετών. Τα συμπτώματα της κατάθλιψης σε αυτή την περίπτωση είναι η άρνηση της τροφής, η κοινωνική απόσυρση, τα προβλήματα στον ύπνο, η έκφραση του προσώπου, οι εφιάλτες και η ψυχοκινητική βραδύτητα.

Επίσης συχνά παραπονούνται για σωματικές δυσλειτουργίες (κοιλιακό άλγος) και εκδηλώνουν νευρικότητα, εκρήξεις οργής, μειωμένο ενδιαφέρον για παιχνίδι. Παρουσιάζουν αστάθεια ως προς την συμπεριφορά και τα συναισθήματα, γεγονός που εντάσσεται στην γνωστική ανωριμότητα του παιδιού (Kneisl et al., 2016).

Επικρατέστεροι παράγοντες εμφάνισης παιδικής κατάθλιψης είναι η οικογενειακή κατάσταση, η κληρονομικότητα, το περιβάλλον που διαβιώνει το παιδί. Τραυματικές καταστάσεις όπως κακοποίηση, θάνατος αγαπημένων προσώπων, διαζύγιο αποτελούν έδαφος για την νόσο. Αν κάποιος από τους δυο γονείς είναι καταθλιπτικός υπάρχει πιθανότητα 25% εμφάνισης της νόσου, ενώ στην περίπτωση που νοσούν και οι δυο γονείς το ποσοστό εμφάνισης φθάνει το 70% (American Psychiatric Association, 2015).

1.7.11 Κατάθλιψη στην εφηβεία

Η διαταραχή αυτή μπορεί να γίνει χρόνια και να επηρεάσει τόσο την ζωή του εφήβου, όσο και των γονιών. Μοιάζει με την κατάθλιψη των ενηλίκων και συνδέεται με τραυματικές

εμπειρίες ή άλλες ψυχικές διαταραχές , όπως χρήση ναρκωτικών ουσιών, αλκοόλ, ψυχογενή ανορεξία και χαμηλή αυτοεκτίμηση. Εκδηλώνεται με πράξεις όπως σκασιαρχείο, ψέματα και κλοπή στα μέλη της οικογένειας. Η κλοπή είναι ένα μέσο διεκδίκησης αγάπης και φροντίδας από τους γονείς. Τα αίτια της κατάθλιψης ποικίλουν από έφηβο σε έφηβο. Παραδείγματα όπως ο θάνατος ενός αγαπημένου ατόμου, η κακοποίηση οποιασδήποτε μορφής, η συναισθηματική απουσία των γονιών, ο σχολικός εκφοβισμός αποτελούν παράγοντες εμφάνισης καταθλιπτικού επεισοδίου. Άλλα αίτια είναι επίσης η ερωτική απογοήτευση , η αλλαγή σχολείου και η αποτυχία εύρεσης φίλων. Τέλος σε βαριές μορφές της νόσου απαραίτητη είναι η λήψη φαρμακευτικής αγωγής και η προσοχή για αυτοκτονικές τάσεις. (American Psychiatric Association, 2015).

1.7.12 Κατάθλιψη στην Τρίτη ηλικία

Οι ηλικιωμένοι σπάνια αναζητούν ψυχιατρική περίθαλψη. Η κλινική κατάθλιψη στην τρίτη ηλικία είναι διαταραχή διάθεσης που συνοδεύεται από συναισθήματα θλίψης, απόγνωσης θυμού, μελαγχολίας. Άλλα συμπτώματα είναι η μειωμένη ενεργητικότητα οι διαταραχές τροφής και ύπνου και οι σωματικές ενοχλήσεις. Σημαντικό ρόλο στη διάγνωση της νόσου είναι, τα συμπτώματα να μην έχουν παροδική διάρκεια. Πολλές φορές οι ηλικιωμένοι εκμυστηρεύονται σε δικά τους άτομα, πως επιθυμούν να βάλουν τέλος στην ζωή τους, για αυτό ακριβώς το λόγο πρέπει να λαμβάνονται στα σοβαρά. Συχνά τα κοινά συμπτώματα της κατάθλιψης μεταφράζονται λανθασμένα ως αποτέλεσμα της κακής υγείας, της άνοιας και της μεγάλης ηλικία του ατόμου. Συχνά τα συμπτώματα αυτά παρερμηνεύονται με αποτέλεσμα, να μην διαγιγνώσκεται η νόσος και συνάμα το άτομο να μένει χωρίς θεραπεία για μεγάλο χρονικό διάστημα.

Μεταξύ των συμπτωμάτων που παρουσιάζονται είναι :

Χρόνια ανεξήγητα σωματικά προβλήματα: οι ηλικιωμένοι κάνουν παράπονα για σωματικά συμπτώματα στα οποία δεν μπορεί να δοθεί σαφής επιστημονική εξήγηση. Μέσα στα κοινά συμπτώματα εμπεριέχονται :η ζάλη, η δυσκοιλιότητα , η απώλεια βάρους ,οι χρόνιοι πόνοι. Τα συμπτώματα της κατάθλιψης όταν γίνουν ορατά, εξετάζονται και παρακολουθούνται ενδελεχώς, ενώ υπάρχει περίπτωση το άτομο να αρνείται ή να μην μπορεί να κατανοήσει πως έχει πρόβλημα. Ακραίες είναι οι περιπτώσεις που ο ηλικιωμένος νομίζοντας πως πάσχει από ανίατη ασθένεια, οδηγείται σε αυτοκτονία.

Απώλεια μνήμης: το είδος αυτό της κατάθλιψης συνδέεται με δυσλειτουργία της μνήμης. Αν το άτομο δεν υποφέρει από άνοια, η θεραπεία της νόσου μπορεί να επιλύσει τα προβλήματα της μνήμης.

Αλλαγές στην συμπεριφορά: ο ηλικιωμένος αποφεύγει να βγαίνει από το σπίτι, αρνείται να φάει και καταφεύγει στην χρήση αλκοόλ. Εμφανίζει έντονη ανησυχία, απομακρύνεται από τα αγαπημένα του άτομα και συζητά επίμονα για τον θάνατο και τον σκοπό της ζωής (Villada et al. 2013).

Στη Τρίτη ηλικία κυριότερη αιτία εμφάνισης κατάθλιψης αποτελεί η μοναξιά. Η απώλεια συντρόφου είναι ο μεγαλύτερος παράγοντας εμφάνισης της νόσου και αυτοκτονιών. Καταλυτικό ρόλο στην εμφάνιση της νόσου διαδραματίζουν η εγκατάλειψη από τα παιδιά και η μεταφορά σε οίκο ευγηρίας. Άλλα αίτια είναι το χαμηλό οικονομικό και μορφωτικό επίπεδο και τα αρνητικά βιώματα. Τέλος η κοινωνική απομόνωση αλλά και η απώλεια καθημερινών συνηθειών όπως η αυτοεξυπηρέτηση και η οδήγηση, συμβάλουν στην ύπαρξη της νόσου.

Η χορήγηση αντικαταθλιπτικών βελτιώνει την καταθλιπτική συμπτωματολογία περίπου στο 60% ,ενώ υπάρχουν ηλικιωμένοι που παρά την φαρμακευτική αγωγή συνεχίζουν να έχουν καταθλιπτική συμπεριφορά. Όταν ο ασθενής αναρρώσει θα πρέπει να συνεχίσει την αγωγή διότι η κατάθλιψη είναι υποτροπιάζουσα νόσος και μπορεί να επανεμφανιστεί.

Η ψυχοθεραπεία αποτελεί επίσης θεραπευτικό παράγοντα και σε άτομα με ισχυρή αντίδραση στο πένθος, χρήσιμες είναι και οι ομάδες υποστήριξης. Η παρέμβαση της οικογένειας είναι μείζονος σημασίας, διότι οι ηλικιωμένοι χρειάζονται ψυχολογική υποστήριξη από οικεία πρόσωπα. Τέλος η χρήση της ηλεκτροσπασμοθεραπείας ,που εφαρμόζεται σε περιπτώσεις έντονων ψυχικών διαταραχών της διάθεσης .

1.7.13 Οικονομική κρίση και κατάθλιψη

Από το 2009 μέχρι σήμερα η παγκόσμια οικονομία υφίσταται μια από τις βαθύτερες οικονομικές κρίσεις ιδιαίτερα στις χώρες του νότου καθώς και στον ελλαδικό χώρο. Οι δυσχερείς οικονομικές συνθήκες αποτελούν παράγοντα κινδύνου για την ψυχική υγεία. Χαρακτηριστικές διαστάσεις της οικονομικής κρίσης που φέρουν επιπτώσεις στην ψυχική υγεία είναι: η πτώση της οικονομικής δραστηριότητας, η ανεργία, η αύξηση των ατόμων που ζουν σε συνθήκες φτώχειας, η εργασιακή ανασφάλεια, η αποδιοργάνωση της οικογένειας, τα χρέη. Ο τομέας υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας πλήττεται, λόγω περικοπών με αποτέλεσμα

την δυσλειτουργία των υπηρεσιών υγείας που προσφέρονται σε άτομα με ψυχικά προβλήματα.

Η οικονομική κρίση και τα αυξημένα ποσοστά ανεργίας επηρεάζουν τους ανθρώπους όλων των ηλικιών με διαφορετικό τρόπο. Τα άτομα της τρίτης ιδιαίτερα μετά την συνταξιοδότηση τους είναι ευάλωτα στα αποτελέσματα που επιφέρει η οικονομική κρίση, λόγω της δύσκολης θέσης που βρίσκονται είτε οι ίδιοι, είτε τα παιδιά τους μολονότι δεν επηρεάζονται άμεσα οι ηλικιωμένοι από την ανεργία. Οι άνθρωποι με χαμηλό εισόδημα και ιδίως αυτοί που ζουν στο όριο της φτώχειας βιώνουν έντονα ψυχοκοινωνικό στρες. Η σύνδεση της ψυχοπαθολογίας με την φτώχεια έχει αποδείξει, πως οι οικονομικές απώλειες που σχετίζονται με την οικονομική κρίση, παρουσιάζουν αυξήσεις των αυτοκτονιών.

Σύμφωνα με την έρευνα των Χριστοδούλου το 2013, η σωματική υγεία επηρεάζεται άμεσα από την κρίση. Η οικονομική ένδεια και το χρέος δυσχεραίνουν την ψυχική υγεία, ενώ οι υψηλές χρηματικές απολαβές προστατεύουν τα άτομα από ενδεχόμενη αυτοκτονία. Όπως αναφέρουν και οι ίδιοι στην Ελλάδα γίνονται περικοπές σε βασικά χρηματικά ποσά που προορίζονται σε υπηρεσίες για την κάλυψη αναγκών ψυχικά ευάλωτων κοινωνικών ομάδων. Οι υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας όταν είναι προσβάσιμες και αποτελεσματικές για να υποστηρίξουν τα άτομα που βρίσκονται σε κίνδυνο, μπορούν να προφυλάξουν την ψυχική υγεία. Τα βοηθήματα κοινωνικής πρόνοιας και τα διάφορα είδη προγραμμάτων στήριξης μπορούν να επιφέρουν την αλλαγή (Οικονόμου και συν. 2018).

1.7.14 Γυναίκες και κατάθλιψη

Εμμηνορροϊκός Κύκλος

Ο αναπαραγωγικός κύκλος των γυναικών αποτελείται από τον εμμηνορροϊκό κύκλο, την εγκυμοσύνη, την επιλόχεια περίοδο και την εμμηνόπαυση. Οι καταστάσεις αυτές επηρεάζουν την διάθεση των γυναικών και πολλές φορές οδηγούν σε κατάθλιψη. Σύμφωνα με τους επιστήμονες οι ορμόνες επιδρούν στο τμήμα του εγκεφάλου που έχει να κάνει με τα συναισθήματα και την διάθεση. Πολλές φορές παρουσιάζουν αλλαγές στο σώμα και στην συμπεριφορά, γεγονός που εξαρτάται από την φάση του έμμηνου κύκλου που υφίστανται. Αρκετές φορές οι αλλαγές αυτές είναι σοβαρές και εκδηλώνονται και με καταθλιπτικά συναισθήματα, είναι γνωστές με τον όρο προεμμηνορροϊκό σύνδρομο, ή προεμμηνορροϊκή δυσφορική διαταραχή.

Οι έρευνες έχουν δείξει ότι η συμπτωματολογία του προεμμηνορροϊκού συνδρόμου είναι αποτέλεσμα της ανώμαλης απόκρισης των οιστρογόνων και της προγενεστερόνης. Στην

προεμμηνορροϊκή δυσφορική διαταραχή η γυναίκα εμφανίζει σοβαρά καταθλιπτικά συμπτώματα, ευερεθιστότητα και ένταση πριν την έμμηνο ρύση. Τα συμπτώματα της είναι παρόμοια με εκείνα του προεμμηνορροϊκού συνδρόμου όμως σοβαρότερα και πιο εξουθενωτικά. Πέντε ή περισσότερα από τα παρακάτω συμπτώματα πρέπει να εμφανίζονται για την διάγνωση της συμπεριλαμβανομένου ενός συμπτώματος αλλαγής της διάθεσης που σχετίζεται με :

- Κανένα ενδιαφέρον για διαπροσωπικές σχέσεις και δραστηριότητες
- Κόπωση ή χαμηλή ενέργεια
- Έντονο άγχος, κρίσεις πανικού
- Εναλλαγή της διάθεσης σε συνδυασμό με περιόδους κλάματος
- Διαταραχές στον ύπνο και στην διατροφή
- Δυσκολία στην συγκέντρωση
- Σωματικά συμπτώματα όπως πονοκεφάλους, μυϊκούς πόνους, ευαισθησία στο στήθος (Beddig et al. 2019).

Μητρότητα

Το 1/3 των γυναικών που γεννά πρώτη φορά εμφανίζει συμπτώματα κατάθλιψης. Τα συμπτώματα αυτά συνδέονται με την περίοδο κύησης, την γέννηση και τα πρώτα τέσσερα χρόνια ζωής του παιδιού. Σύγχρονες έρευνες κρίνουν επιτακτική την ανάγκη οι γυναίκες να παρακολουθούν την ψυχική τους υγεία, προκειμένου να διασφαλιστεί η καταγραφή όσων περισσότερων μητέρων αντιμετωπίζουν τέτοιες καταστάσεις.

Μελέτες στην Αγγλία, αλλά και σε άλλες χώρες εκτιμούν ότι το 10-15 % των γυναικών που κυοφορεί πρώτη φορά παρουσιάζει καταθλιπτικά συμπτώματα. Παρ όλα αυτά υπάρχει περίπτωση το ποσοστό εμφάνισης επιλόχειας κατάθλιψης να είναι μεγαλύτερο, διότι πολλές φορές μπορεί να παραπλανούνται από τα συμπτώματα αυτά (συχνότερο κλάμα, περισσότερη ευαισθησία από ότι συνήθως ,αδυναμία απόλαυσης της μητρότητας, αναίτια ανησυχία για την κατάσταση του μωρού)σαν φυσιολογικές καταστάσεις που βιώνουν όλες οι γυναίκες στην πρώτη τους τεκνοποίηση (Stuart & Stuart, 2014).

1.7.15 Πένθος και θλίψη

Όταν κάποιος βιώνει μια κατάσταση πένθους είναι σημαντικό να την κατανοήσει. Ορίζεται ως μια βαθιά θλίψη ή αγωνία για το θάνατο ενός αγαπημένου ατόμου. Το πένθος

επίσης μπορεί να προκαλείται από το θάνατο κατοικίδιου, απώλεια εργασίας, ή ακόμα απώλεια μιας οικείας συνθήκης. Ο τρόπος με τον οποίο πενθεί ένα άτομο εξαρτάται από πολλούς παράγοντες εκ των οποίων οι εμπειρίες και τα βιώματα και ο τρόπος που έχει μεγαλώσει .

Όταν το άτομο βιώνει θλίψη, περνά από ποικίλα στάδια. Τα στάδια αυτά είναι άρνηση και απομόνωση, θυμός, κατάθλιψη και στο τέλος αποδοχή. Αν και η ακολουθία αυτή είναι σωστή, πολλοί άνθρωποι μπορεί να την βιώσουν με τυχαία σειρά, ενώ άλλοι δεν μπορούν να περάσουν κάθε στάδιο. Ενώ οι άνθρωποι θλίβονται με διαφορετικούς τρόπους, υπάρχουν συμπτώματα που φανερώνουν πως το άτομο επηρεάζεται από συναισθήματα θλίψης. Εμφανίζονται σωματικά συμπτώματα όπως ναυτία, αϋπνία, απώλεια ή αύξηση βάρους. Μερικοί μπορεί να γίνουν ευερέθιστοι με τον φόβο και την αγωνία για τον θάνατο και τη μοναξιά. Επίσης μπορεί να παρουσιαστούν αιφνίδια κρίσεις πανικού χωρίς απαραίτητα να υπήρχαν παρελθοντικά.

Κατά τη διάρκεια της θλίψης, οι άνθρωποι δεν σκέφτονται την υγεία και ευημερία τους, το άγχος επιδρά αρνητικά στο σώμα και αρκετές φορές το άτομο καταφεύγει στην χρήση αλκοόλ και ναρκωτικών για να απαλύνει τον πόνο του. Τα συναισθήματα της θλίψης και του πένθους για αρκετούς δεν μειώνονται με το πέρασμα του χρόνου . Οι συνθήκες αυτές είναι πιθανό να επηρεάσουν την εργασία του, τις κοινωνικές σχέσεις και γενικότερα την δραστηριοποίηση του. Αποτέλεσμα όλων αυτών είναι η εμφάνιση κλινικής κατάθλιψης. Ένα καταθλιπτικό άτομο αισθάνεται άχρηστο και πως δεν έχει καμιά ελπίδα, τέλος είναι ληθαργικό στην ομιλία και την κινητικότητα του. Οι άνθρωποι που πάσχουν από περίπλοκη θλίψη ή κατάθλιψη είναι αναγκαίο να εξετάζονται από ειδικό ψυχικής υγείας. Σε περίπτωση που δεν απευθυνθούν για βοήθεια μπορεί να τραυματιστούν είτε να αναπτύξουν άλλα προβλήματα λόγω της αδυναμίας φροντίδας του εαυτού τους (Αργαλιά και συν, 2013).

1.8 ΨΥΧΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΝΕΥΡΩΣΕΙΣ

Στις ψυχικές διαταραχές εντάσσονται και οι ψυχώσεις, όπου χαρακτηρίζονται από έντονες ψυχοπαθολογικές συμπεριφορές. Οι ψυχωσικές διαταραχές όπως αναφέρεται και παρακάτω εμφανίζονται με διάφορες μορφές. Κοινό χαρακτηριστικό των ψυχώσεων είναι πως το άτομο αποκλίνει από την πραγματικότητα. Διεγείρεται και επηρεάζεται από εσωτερικές καταστάσεις και ενστερνίζεται μια εξωπραγματική λογική. Είναι συγχυσμένος νοητικά και δεν είναι ικανός να ανταποκριθεί σε κοινωνικο-επαγγελματικές υποχρεώσεις.

Επίσης αρκετές φορές είναι επικίνδυνος για τον εαυτό του και για άλλα άτομα, για αυτό ακριβώς τον λόγο χρειάζεται, περίθαλψη και νοσηλεία σε ψυχιατρική κλινική (Villada et al., 2013).

Οι συνηθέστερες μορφές ψυχώσεων είναι :

Η *σχιζοφρένεια*: περιλαμβάνει ομάδα ψυχοπαθολογικών εκδηλώσεων η οποία λοιπόν συνοδεύεται από διαταραχές στην σκέψη, στο συναίσθημα ,στην συμπεριφορά και αποτελεί τον συνηθέστερο τύπο ψύχωσης. Οι διαταραχές στην σκέψη χαρακτηρίζονται από μεταβολή στον τρόπο αντίληψης και κρίσης, με αποτέλεσμα, να παρερμηνεύεται η πραγματικότητα και να δημιουργούνται ψευδείς, παραληρητικές ιδέες. Οι διαταραχές στο συναίσθημα χαρακτηρίζονται από αμφιθυμικές καταστάσεις και συναισθηματικές μεταβολές. Οι διαταραχές στον συμπεριφορικό τομέα περιλαμβάνουν εσωστρέφεια, αδράνεια, απόσυρση και εκδήλωση παιδικών προτύπων συμπεριφοράς. Τα σχιζοφρενή άτομα απομονώνονται, κλείνονται στον εαυτό τους και μένουν απαθής στα ερεθίσματα του περιβάλλοντος τους. Πολλές φορές κάθονται αμίλητοι και βυθίζονται στις σκέψεις τους. Τους διακατέχουν αυταπάτες μεγαλείου, μανίας καταδίωξης ,έχουν ακουστικές και οπτικές παραισθήσεις. Μιλάνε στον εαυτό τους και στις φωνές που μόνο οι ίδιοι ακούν.

Η *διπολική διαταραχή του συναισθήματος ή μανιοκαταθλιπτική διαταραχή*: Το άτομο που εμφανίζει αυτή την διαταραχή παρουσιάζει, δυο αντίθετους πόλους που έχουν να κάνουν με την διάθεση του. Η μια όψη ονομάζεται μανία και χαρακτηρίζεται από συναισθήματα έντονης χαράς, διαχυτικότητας και ευφορίας .Τα άτομα σε αυτή την περίπτωση αστειεύονται και μιλάνε συνεχώς χωρίς βέβαια να είναι ευτυχισμένα ή ικανοποιημένα. Είναι συνέχεια εν κίνηση, διότι καταβάλλονται εσωτερικά από μια ισχυρή ένταση. Η κατάσταση αυτής της υπερενεργητικότητας συνοδεύεται από αυταπάτες μεγαλείου. Αφού βιώσουν το στάδιο της μανίας ύστερα μπορεί να περάσουν στο στάδιο της κατάθλιψης. Στην περίπτωση αυτή αισθάνονται απελπισία, απόγνωση και σκέφτονται την αυτοκτονία. Παρουσιάζουν μειωμένη επιθυμία για φαγητό, ύπνο, κίνηση, ομιλία και περνούν τον περισσότερο χρόνο της μέρας κλαίγοντας (Οικονόμου και συν, 2018).

Υπάρχουν βέβαια και ελαφριάς μορφής ψυχικές διαταραχές με κύριο χαρακτηριστικό το έντονο άγχος και μια διαρκή ανησυχία. Οι ψυχικές αυτές διαταραχές ονομάζονται νευρώσεις. Το νευρωσικό άτομο έχει αντίληψη της πραγματικότητας, είναι κοινωνικά και επαγγελματικά δραστήριο παρά ταύτα αισθάνεται διαρκώς μια δυσάρεστη εσωτερική ένταση, εκνευρισμό, συναισθήματα ενοχής και φόβου. Επίσης το άτομο νιώθει ανεπαρκές

αδυναμία να πάρει αποφάσεις για σοβαρά ζητήματα και παρουσιάζει δυσκαμψία στην σκέψη.

Οι νευρώσεις συνοδεύονται επίσης από λειτουργικές ή νευροφυτικές διαταραχές όπως ονομάζονται και πρωτο-εκδηλώνονται στην εφηβική και στην πρώιμη ώριμη ηλικία. Οι συνηθέστερες μορφές νευρώσεων είναι οι εξής :

- Φοβίες : Έντονος φόβος μπροστά σε ερεθίσματα και καταστάσεις, ο οποίος είναι αναίτιος. Τέτοιες μορφές είναι για παράδειγμα υδροφοβία, κλειστοφοβία, ακροφοβία, αγοραφοβία, πυροφοβία.
- Αγχώδης νεύρωση : Χαρακτηρίζεται από αόριστο και γενικευμένο φόβο που μπορεί να οδηγήσει σε πανικό. Η συνεχής ανησυχία που βιώνει το άτομο δεν σχετίζεται με καμία απειλή. Το άτομο που έχει αγχώδη νεύρωση δεν μπορεί να συγκεντρωθεί, παρουσιάζει αϋπνία, υπερκινητικότητα.
- Ψυχοσωματικές διαταραχές: Αυτή η μορφή διαταραχών περιλαμβάνει οργανικά συμπτώματα όπως πονοκεφάλους και στομαχόπονους. Παρουσιάζεται σωματοποίηση των ψυχικών συμπτωμάτων με κυριότερο στοιχείο τον πόνο.
- Νευρωσική κατάθλιψη: Τα άτομα αυτά είναι ιδιαίτερα ευαίσθητα σε δυσάρεστα γεγονότα τα οποία προκαλούν βαθειά και συνεχή απελπισία.
- Ιδεοψυχαναγκαστική νεύρωση: Χαρακτηρίζεται από έμμονες ιδέες, επίμονη επανάληψη μέσα από μια τελετουργική σειρά στερεοτυπικών πράξεων.
- Υποχονδρίαση: Το άτομο καταπιάνεται διαρκώς με θέματα σωματικής υγείας και είναι ιδιαίτερα ευαισθητοποιημένο ακόμα και στο πιο ασήμαντο σωματικό σύμπτωμα.
- Υστερική νεύρωση: Σε βαριές περιπτώσεις εκδηλώνονται σοβαρά συμπτώματα όπως, ολική ή μερική δυσλειτουργία οργάνων ή μελών του σώματος, χωρίς την ύπαρξη οργανικών βλαβών. Τέλος συνηθέστερες μορφές υστερίας είναι η υστερική αλαλία, υστερική τύφλωση, υστερική κώφωση (Goldberg, 2016).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Το Εθνικό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας (2011), υποστηρίζει ότι η κατάθλιψη είναι η δεύτερη σημαντική αιτία αναπηρίας μέχρι το 2020 και είναι επίσης αποτελεί την τέταρτη αιτία αναπηρίας στην Αμερική (Naushad et al., 2014).

Σε μια μελέτη που διεξήχθη μεταξύ εφήβων στην κεντρική Ουγκάντα, ο Nalugya-Sserunjogi παρατηρεί ότι σε σύγκριση με εφήβους που προέρχονται από πυρηνικές και μονογονεϊκές οικογένειες, τα παιδιά που άνηκαν στις μονογονεϊκές είχαν δύο φορές περισσότερες πιθανότητες να παρουσιάσουν καταθλιπτικά συμπτώματα (Sserunjogi et al., 2016).

Σύμφωνα με τον ΠΟΥ η κατάθλιψη είναι η κύρια αιτία κακής υγείας και αναπηρίας παγκοσμίως και περισσότερα από 300 εκατομμύρια άνθρωποι ζουν υποφέροντας από αυτή την διαταραχή. Σύμφωνα με έρευνα του European Health Interview Survey (EHIS 2014/2015), τα ποσοστά των Ευρωπαίων που διαγνώστηκαν με κατάθλιψη διαφέρουν από χώρα σε χώρα. Η Ιρλανδία παρουσίαζε το υψηλότερο ποσοστό το οποίο έφτανε το 12.1%, ενώ στη Ρουμανία είναι χαμηλότερο από 1.5%. Στη Μάλτα το 5.4% ηλικίας 15 ετών και άνω δήλωσε ότι είχε νιώσει καταθλιπτικά συναισθήματα κάποια στιγμή στη ζωή του. Ο αριθμός αυξάνεται σε 6.7% αν συμπεριληφθούν και τα άτομα τα οποία είχαν λάβει διάγνωση (World Health Organization, 2017).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) για το 2014, υποστηρίζεται ότι η κατάθλιψη αντιπροσωπεύει το 4,3% του παγκόσμιου πληθυσμού. Μάλιστα, αναφέρεται ότι οι γυναίκες είναι πιο επιρρεπείς στην εμφάνιση του φαινομένου, ενώ την ίδια στιγμή αναφέρει την σύνδεση της κατάθλιψης με την αυτοκτονία. Η αυτοκτονία είναι η κύρια αιτία θανάτου μεταξύ εφήβων 15- 19 ετών. Το 2012 υπήρχαν 804.000 αυτοκτονίες παγκοσμίως, που αντιπροσωπεύουν ποσοστό 11,4% ανά 100.000.

Τα δεδομένα που πάρθηκαν από έρευνες της Κίνας συνολικά αναφέρουν ότι οι ψυχιατρικές διαταραχές επηρεάζουν περίπου το ένα τρίτο του πληθυσμού κατά τη διάρκεια της ζωής τους.

Στις Ηνωμένες Πολιτείες, η κατάθλιψη, από το σύνολο των ασθενών, επηρεάζει το 7% των ανδρών και το 12% των γυναικών ετησίως. Αναφέρεται επίσης ότι το 25,6% των ανδρών και το 29,5% των γυναικών στην Ιαπωνία παρουσίαζαν γενικά συμπτώματα κατάθλιψης (World Health Organization, 2014).

Το ποσοστό του παγκόσμιου πληθυσμού με κατάθλιψη εκτιμήθηκε στο 10-12% για το 2018, δηλαδή περίπου 154 εκατομμύρια άνθρωποι, από τους οποίους μόνο το 1/3 καταφεύγει στην αναζήτηση βοήθειας από ειδικούς. Το ποσοστό κατάθλιψης σε άτομα ηλικίας πάνω των 60 ετών ανέρχεται σε 12% (7% μεταξύ των ηλικιωμένων γυναικών και 5% στους άνδρες). Η κατάθλιψη συμβαίνει επίσης σε παιδιά και εφήβους, με ποσοστό 50% των ψυχικών ασθενειών να παρατηρείται από την ηλικία των 14 ετών. Τέλος, πάνω από 800.000 άτομα τον χρόνο αυτοκτονούν, η κατάθλιψη είναι η 2η κύρια αιτία αυτοκτονιών σε άτομα ηλικίας 15-29 ετών και αναμένεται έως το 2020 να είναι η κυριότερη αιτία αυτοκτονιών στον κόσμο (World Health Organization, 2018).

Το 2020 σύμφωνα με την Eurostat το 4% όλων των θανάτων στην Ευρώπη προέρχεται από ψυχικές διαταραχές, με το 7% του πληθυσμού της Ευρωπαϊκής Ένωσης σημειώνει ότι πάσχει από χρόνια κατάθλιψη. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός πως ποιο επιρρεπείς στην εμφάνιση καταθλιπτικών διαταραχών είναι οι γυναίκες. Το υψηλότερο ποσοστό γυναικών αντιστοιχεί στην Πορτογαλία με ποσοστό 17.2% (Eurostat, 2020).

2.2 ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Συχνά λέγεται πως η κατάθλιψη προκαλείται από μια σειρά χημικών ανισορροπιών στον οργανισμό του ανθρώπου, κάτι το οποίο δεν εξηγεί σε καμία περίπτωση την πολυπλοκότητα της νόσου. Οι μελέτες που έχουν γίνει διαπιστώνουν, πως η νόσος δεν είναι αποτέλεσμα της μειωμένης ή υπέρμετρης συγκέντρωσης κάποιων εγκεφαλικών ουσιών. Η κατάθλιψη έχει τις σε ρίζες τις σε άλλους παράγοντες, όπως γεγονότα που έχει βιώσει το άτομο, φαρμακευτικά, αλλά και ιατρικά προβλήματα. Η εμφάνιση της νόσου προκαλείται από μια πληθώρα παραγόντων που επιδρούν στην ιδιοσυγκρασία του ατόμου και στο κοινωνικό του πλαίσιο. Επομένως βιολογικές και ψυχοκοινωνικές συνθήκες παύουν να

θεωρούνται ανεξάρτητες αλλά αλληλοσυμπληρώνονται σχετικά με την αιτιολογία της κατάθλιψης (Miller et al., 2015).

2.3 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Εξωτερικά λοιπόν, ο ασθενής που υποφέρει από κατάθλιψη παρουσιάζει πεσμένα χαρακτηριστικά προσώπου, με βλέμμα απαθές, και άτονο, είναι σε αδράνεια και περπατά με δυσκολία. Ταυτόχρονα η ατομική του υγιεινή είναι παραμελημένη. Κάποιες συνήθειες όπως η νευρικότητα, ή η συνήθεια να τρώει τα νύχια του δείχνουν την κατάσταση που βρίσκεται (Akhondali et al., 2015).

Οι διαταραχές σκέψεις, όπως επίσης και η ψυχοκινητική του κατάσταση είναι σημαντικό να αναφερθούν. Ο ασθενής έτσι παρουσιάζει διαταραγμένη σκέψη η οποία επηρεάζεται, δυσκολεύεται να πάρει αποφάσεις λόγω των καταθλιπτικών και άσχημων συναισθημάτων. Κάποιες φορές παρερμηνεύει τα πράγματα και κατακλύζεται από παραλυτικές ιδέες, όπως ενοχή και υποτίμηση. Τα καταθλιπτικά άτομα συνήθως έχουν σημαντική απώλεια βάρους ή αύξηση βάρους (αλλαγή πάνω από 5% του σωματικού βάρους σε ένα μήνα) Χαρακτηριστικό είναι πως ο ασθενής βιώνει έντονη κούραση και αυτό φαίνεται και στην ομιλία του (Akhondali et al., 2015).

Το καταθλιπτικό συναίσθημα είναι η κυριότερη διαταραχή που παρουσιάζει το άτομο. Ο καταθλιπτικός ασθενής βιώνει συχνά συναισθήματα λύπης, μελαγχολίας και απογοήτευσης, ενώ αισθάνεται πως δεν υπάρχει λόγος να συνεχίσει να ζει. Επίσης ο ασθενής σχεδόν καθημερινά μπορεί να εμφανίσει διαταραχές στον ύπνο του αϋπνία ή υπερυπνία. Ανύπαρκτο ή μειωμένο ενδιαφέρον να επιτελέσει καθημερινές δραστηριότητες. Τα συμπτώματα της κατάθλιψης εμφανίζονται καθημερινά για τουλάχιστον 2 εβδομάδες. Είναι σημαντικό να γίνει αναφορά και στην σχέση του άγχους με την συνολική κατάσταση. Το άγχος προκαλεί ανεξήγητο φόβο για τον επικείμενο κίνδυνο. Μάλιστα, πολλές φορές ο ασθενής παρουσιάζει προβλήματα όπως, είναι η ταχυκαρδία, ξηροστομία, χαμηλή λίμπιντο, και ναυτία. Επιπλέον, το άτομο με κατάθλιψη βιώνει έντονη ανησυχία, ενώ σε κάποιες άλλες περιπτώσεις παρατηρούνται επαναλαμβανόμενες σκέψεις θανάτου ή αυτοκτονίας (Stoyanova, 2014).

2.4 ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Είναι γενικά αποδεκτό πως η σωστή θεραπευτική αντιμετώπιση, αλλά και η συστηματική φαρμακευτική και ψυχοθεραπευτική υποστήριξη μειώνουν την διάρκεια του καταθλιπτικού επεισοδίου και προστατεύουν το άτομο από τυχόν υποτροπή της νόσου. Η πρόληψη αποτελεί σημαντικό παράγοντα στην καταπολέμηση της νόσου ιδιαίτερα στις περιπτώσεις που το άτομο είναι αυτοκτονικό. Μεγαλύτερος κίνδυνος της κατάθλιψης είναι η αυτοκτονία η οποία, αποτελεί την μόνη λύση στα προβλήματα, η έγκαιρη παρέμβαση όμως είναι ο αποτελεσματικότερος τρόπος αντιμετώπισης της.

Η κοινωνική απόσυρση και η παραμέληση της ατομικής υγιεινής προκαλούν μια πληθώρα επιπλοκών οι οποίες μπορούν να προληφθούν με την αποφυγή κατάχρησης ουσιών και την διατήρηση καλής σωματικής κατάστασης μέσα από υποστηρικτικές δομές που στοχεύουν στην βελτίωση της ποιότητας της ζωής του καταθλιπτικού ατόμου.

Πρωτίστης σημασίας είναι και αναζήτηση ψυχικής υποστήριξης, από ειδικό ψυχικής υγείας όταν υπάρχουν συμπτώματα της νόσου, διότι πολλές φορές η νόσος καθίσταται χρόνια όταν παραμένει αθεράπευτη. Μετά την θεραπεία της νόσου απαραίτητη είναι η παρακολούθηση από τον θεράποντα γιατρό προκειμένου να αποφευχθούν υποτροπιασμός της κατάθλιψης (Stoyanova, 2014).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3.1 ΠΕΡΙΟΡΙΣΤΙΚΑ ΜΕΤΡΑ ΑΠΟΜΟΝΩΣΗΣ

Είναι δικαίωμα των ασθενών να λάβουν την θεραπεία τους με όσο το δυνατόν λιγότερα περιοριστικά μέτρα. Σε πολλές ψυχιατρικές κλινικές και ιδρύματα παρατηρείται, εκμετάλλευση του ασθενή και για ευκολία του προσωπικού προβαίνουν στην καθήλωση και απομόνωση του ασθενή. Ο ασθενής περιορίζεται στη κλίνη με ιμάντες στα άκρα, για να αποφευχθεί αυτοτραυματισμός ή επιθετική συμπεριφορά στους γύρω του. Απαραίτητος είναι ο έλεγχος του ασθενούς ανά 15 λεπτά. Αρκετοί από αυτούς κατά την καθήλωση τους έχουν αυτοτραυματιστεί ή έχει χειροτερέψει η ψυχική τους κατάσταση, για αυτό ακριβώς τον λόγο δεν πρέπει να εφαρμόζονται τέτοιες πρακτικές, για την διευκόλυνση του προσωπικού ή για τιμωρία του αρρώστου. Αυτές οι μέθοδοι θα πρέπει να επιλέγονται ,όταν εξαντληθούν οι εναλλακτικές παρεμβάσεις που αποσκοπούν στην μείωση της διέγερσης του ασθενή. Ασθενείς που περιορίστηκαν με τέτοια μέθοδο κάνουν αναφορά για συναισθήματα φόβου και ένιωθαν αβοήθητοι και πως τους συμπεριφέρονται απάνθρωπα(Madre et al., 2016).

3.2 ΑΚΟΥΣΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑ

Η νοσηλεία στην ψυχιατρική κλινική καθίσταται ακόμα πιο δύσκολη για το άτομο που δεν έχει αποδεχθεί την ψυχική του κατάσταση. Στην περίπτωση αυτή ακολουθείται ακούσια νοσηλεία, η οποία προκειμένου να πραγματοποιηθεί, χρειάζεται την συνεργασία της οικογένειας, του γιατρού και της αστυνομίας. Πριν το προγραμματισμό αυτής της ενέργειας, ο γιατρός ψυχικής υγείας έχει προσπαθήσει να μιλήσει στον ασθενή για την αναγκαιότητα της νοσηλείας του στην κλινική.

Το δικαίωμα της θεραπείας είναι θεμελιώδες για κάθε άτομο, όπως βέβαια και η άρνηση παροχής της, αν δεν είναι ικανοποιητική για τον ασθενή. Ο ασθενής που έχει εισαχθεί οικειοθελώς στην κλινική μπορεί να ισορροπήσει τα υπέρ και τα κατά της θεραπείας, καθώς και ποια θεραπεία καλύπτει σε μέγιστο βαθμό τις ανάγκες του, κάτι στο οποίο υστερεί ο ακούσιος ασθενής (Madre et.al, 2016).

Προϋποθέσεις για να εφαρμοστεί αυτή η θεραπευτική μέθοδος είναι οι εξής : ο ασθενής να πάσχει από κάποια ψυχική διαταραχή και να μην είναι σε θέση να αντιληφθεί το συμφέρον της υγείας του. Επίσης αποτελεί ένα μέσο αποφυγής πρόκλησης βίας στον εαυτό του και σε τρίτους (Fujii et.al, 2014).

3.3 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΠΕΡΙΓΥΡΟ ΚΑΙ ΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΑ

Η οικογένεια του ατόμου είναι αυτή που δυσκολεύεται περισσότερο από την καθημερινή τριβή με τον ασθενή και θα πρέπει να προσαρμοστεί στις νέες συνθήκες. Ο ασθενής δεν είναι σε θέση να λάβει μέρος στις ανάγκες του σπιτιού, γεγονός που ίσως προκαλέσει ένταση στα μέλη της οικογένειας γιατί επιφορτίζονται με περαιτέρω υποχρεώσεις και γίνονται ευερέθιστοι. Επίσης νιώθουν υπεύθυνοι που δεν αντιλήφθηκαν εξαρχής τον κίνδυνο.

Η εργασία του ατόμου είναι ένας ακόμα τομέας που επηρεάζεται. Ο ασθενής δεν μπορεί να συγκεντρωθεί και να είναι αποτελεσματικός στην δουλειά του, εξαιτίας σωματικής και ψυχικής κόπωσης. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να απουσιάζει ή να κινδυνεύει με αναστολή της εργασίας του σε συνδυασμό με μείωση των απολαβών του (Mollinea, 2015).

3.4 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟ ΑΤΟΜΟ

Η κατάθλιψη όπως επισημάνθηκε παραπάνω επιφέρει αλλαγές σε ψυχολογικό, αλλά και σε σωματικό επίπεδο. Επηρεάζεται η ψυχοσύνθεση και η επικοινωνία του ατόμου με άτομα του περιβάλλοντος του. Το άτομο έτσι αισθάνεται μόνο του θεωρεί πως δεν έχει κατανόηση από το περιβάλλον του αρνούμενο για οποιαδήποτε κοινωνική επαφή αποσύρεται και κλείνεται στον εαυτό του. Νιώθει τύψεις για αυτό που συμβαίνει και εκλαμβάνει αυτή την κατάσταση την μοναξιά, ως ένα είδος αυτοτιμωρίας που είναι υποχρεωμένος να θέσει στον εαυτό του. Δεν είναι σε θέση να λάβει οποιαδήποτε είδους απόφαση και να επιτελέσει δραστηριότητες και υποχρεώσεις.

Σημαντικότερη επίπτωση είναι ο κίνδυνος της αυτοκτονίας που κρύβει η κατάθλιψη με μεγαλύτερη συνέπεια το θάνατο, καθώς η νόσος συμπεριλαμβάνεται στους κυριότερους παράγοντες κινδύνου για απόπειρα αυτοκτονίας τόσο σε μεγαλύτερες όσο και σε νεαρότερες ηλικίες. Οι λόγοι που μπορεί να οδηγήσουν κάποιον στην αυτοκτονία σχετίζονται με ψυχολογικούς, κοινωνικούς και βιολογικούς παράγοντες.

Όσο αναφορά τους ψυχολογικούς και κοινωνικούς γίνονται αντιληπτοί μέσα από τα συμπτώματα με τα οποία εκδηλώνονται, όπως είναι για παράδειγμα η απουσία κοινωνικών συναναστροφών, απομόνωση, απόγνωση κ.α.

Σε σχέση με τους βιολογικούς παράγοντες, επιστημονικές έρευνες έχουν διασαφηνίσει ότι σφάλματα στους υποδοχείς των νευροδιαβιβαστών του εγκεφάλου σχετίζονται με αυτοκτονικές τάσεις. Συγκεκριμένα, υπάρχουν σοβαρές ενδείξεις ότι τα μειωμένα επίπεδα σεροτονίνης, επηρεάζουν τη συμπεριφορά του ατόμου που μπορεί να οδηγηθεί σε επιθετικές συμπεριφορές και απόπειρες αυτοκτονίας (Gibbons et al., 2015).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

4.1 ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διάγνωση της κατάθλιψης είναι κλινική και όχι εργαστηριακή. Αυτό όμως δεν σημαίνει, ότι δεν προκύπτουν εργαστηριακά ευρήματα, απλώς είναι ενδεικτικά μόνο της κατάθλιψης. Δεν σχετίζονται εξ ολοκλήρου με την νόσο, αλλά αποκλείουν κάποια πιθανή σωματική διαταραχή, προκειμένου να αναζητηθούν και να εξεταστούν τα συμπτώματα που παίζουν ρόλο με την εμφάνιση της. Σε πρώτο στάδιο το άτομο πρέπει να επισκεφθεί παθολόγο προκειμένου να διαπιστώσει αν τα καταθλιπτικά συμπτώματα είναι αποτέλεσμα κάποιας άλλης ιατρικής πάθησης ή προκύπτουν από την χρήση διαφόρων φαρμάκων. Αν αποδειχθεί πως δεν υπάρχει συσχέτιση με άλλη ασθένεια, επόμενο στάδιο είναι η επίσκεψη σε κλινικό ψυχολόγο ή ψυχίατρο προκειμένου να εκτιμήσει το ιστορικό του ασθενή και να ακολουθήσει ενέργειες ώστε να φθάσει στην διάγνωση της νόσου.

Στόχος της φυσικής εξέτασης είναι να αποκλειστούν τα φυσικά αίτια της κατάθλιψης, διότι υπάρχουν ιατρικές παθήσεις που παρουσιάζουν κοινά συμπτώματα με την νόσο της κατάθλιψης, όπως για παράδειγμα ορμονικές διαταραχές ορισμένοι τύποι καρκίνων, η νόσος του Cushing, το Alzheimer κ.α. Η κατάθλιψη λόγω της συμπτωματολογίας της θα πρέπει να εξετάζεται από τις ειδικούς όχι μονόπλευρα αλλά πολυδιάστατα. Για αυτό ακριβώς τον λόγο θα πρέπει να ληφθούν υπόψη και οι ψυχοσωματικές διαταραχές. Στην διαφορική διάγνωση θα πρέπει να εξεταστούν περιπτώσεις νευρολογικών αιτιών όπως, η επιληψία, η άνοια ενδοκρινικών αιτιών όπως ο υπεραλδοστερονισμός, η λοχειία, αλλά και άλλες παθήσεις όπως η αβιταμίνωση (Hirschfeld , 2014).

Στην συνέχεια ο γιατρός θα προβεί σε εργαστηριακές εξετάσεις έτσι ώστε να αποκλειστούν οι άλλες διαγνώσεις. Με εξετάσεις αίματος ελέγχονται οι δείκτες αναιμίας, τα επίπεδα ασβεστίου, οι ορμόνες του θυρεοειδούς, η ηπατική και νεφρική λειτουργία. Με ουρολογικές εξετάσεις γίνεται έλεγχος για τυχόν λοιμώξεις, καθώς και των επιπέδων πρωτεϊνών και σακχάρου. Άλλες εξετάσεις μπορούν να επιβεβαιώσουν την διάγνωση άλλων ασθενειών απομονώνοντας την κατάθλιψη. Ειδικότερα το ηλεκτροκαρδιογράφημα για καρδιακά νοσήματα, η αξονική ή μαγνητική τομογραφία για σοβαρές εγκεφαλικές παθήσεις και το εγκεφαλογράφημα για την καταγραφή της ηλεκτρικής λειτουργίας του εγκεφάλου. Τέλος στην διαφορική διάγνωση αξιολογούνται φλεγμονώδεις παθήσεις και λοιμώδεις νόσοι όπως η φυματίωση, η πνευμονία, η ρευματοειδής αρθρίτιδα και το σύνδρομο χρόνιας κόπωσης. Επίσης η νόσος μπορεί να εμφανιστεί από σωματικά νοσήματα (Hirschfeld, 2014). Από την στιγμή που δεν έχουν εντοπιστεί παθολογικά αίτια που να ερμηνεύουν την εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων ο ιατρός αποστέλλει τον ασθενή σε ένα επαγγελματία ψυχικής υγείας. Ο ειδικός θα ζητήσει από τον ασθενή πλήρες ιστορικό των συμπτωμάτων σχετικά με το πότε εμφανίστηκαν, την διάρκεια, την συχνότητα, την σοβαρότητα τους, αν υπήρχε συμπτωματολογία στο παρελθόν, καθώς και τον τρόπο αντιμετώπισης τους. Επίσης θα ρωτήσει τον ασθενή αν καταβάλλεται από θανατικές και αυτοκτονικές ιδέες και αν υπάρχει οικογενειακό ιστορικό καταθλιπτικών διαταραχών. Στο πλαίσιο της εκτίμησης εξετάζονται πολιτισμικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες που επηρεάζουν ή έχουν επηρεάσει παρελθοντικά το άτομο καθώς και αν έχει γίνει χρήση αλκοόλ ή ναρκωτικών ουσιών.

Πρέπει να επισημανθεί πως δεν πρέπει να γίνει συσχετισμός της κατάθλιψης με κάποια άλλη ψυχική νόσο. Κάθε ψυχική διαταραχή αποτελείται από διαφορετικά συμπτώματα για αυτό το λόγο τόσο η διάγνωση όσο και η θεραπεία που επιλέγεται είναι ξεχωριστή. Η διαταραχή της κατάθλιψης, είναι μια ποικιλόμορφη ασθένεια που επηρεάζεται από διάφορους παράγοντες. Επιπρόσθετα το γεγονός ότι δεν εμφανίζουν όλα τα άτομα τα ίδια συμπτώματα, αλλά και η διακύμανση των συμπτωμάτων στο ίδιο άτομο ανάλογα με την χρονική περίοδο, κάνουν την διάγνωση της ιδιαίτερα προβληματική. Η αποδοχή, η αντίληψη και η ειλικρίνεια του ασθενούς σχετικά με την νόσο διευκολύνουν την διάγνωση της (Journal of affective disorders, 2015).

Τα διαγνωστικά κριτήρια του καταθλιπτικού επεισοδίου σύμφωνα με το DSM-5 αναφέρονται παρακάτω. Τουλάχιστον πέντε από τα συμπτώματα αυτά πρέπει να υπάρχουν ταυτόχρονα το λιγότερο για 2 εβδομάδες καθόλη την διάρκεια της ημέρας και ένα τουλάχιστον από αυτά πρέπει να είναι η καταθλιπτική διάθεση ή το μειωμένο ενδιαφέρον :

1. Μειωμένο ενδιαφέρον και ευχαρίστηση για διάφορες δραστηριότητες.

2. Καταθλιπτικό συναίσθημα και ευερεθιστικότητα στους εφήβους.
3. Απώλεια ή αύξηση του βάρους.
4. Μείωση ή αύξηση της όρεξης.
5. Αϋπνία ή υπερυπνία.
6. Ψυχοκινητική ανησυχία ή επιβράδυνση.
7. Αισθήματα αναξιότητας ή ενοχής.
8. Κόπωση χωρίς ιδιαίτερη σωματική άσκηση.
9. Επίμονες αυτοκτονικές ιδέες και σκέψεις θανάτου,
10. απόπειρα αυτοκτονίας (American Psychiatric Association, 2015).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Όπως ισχύει για οποιαδήποτε ασθένεια έτσι και για την κατάθλιψη η θεραπεία της έχει μεγαλύτερο ποσοστό αποτελεσματικότητας όταν ξεκινήσει έγκαιρα. Παρ όλα αυτά σε αυτό διαφέρει η κατάθλιψη από τις άλλες παθήσεις, διότι κινητήριος δύναμη για την έναρξη της θεραπείας πρέπει να γίνει από τον ίδιο τον ασθενή, όπου θα πρέπει να αποδεχθεί την κατάσταση και πως χρήζει βοήθειας προκειμένου να αντιμετωπιστεί. Επειδή τα αίτια της εμφάνισης της νόσου ποικίλουν, έτσι και η αντιμετώπιση της θα είναι περισσότερο επιτυχημένη με τον συνδυασμό διαφόρων ειδών θεραπείας που προτείνονται από τον θεράποντα γιατρό (American Psychiatric Association, 2015).

Ο επαγγελματίας υγείας πριν την διάγνωση και την θεραπεία της νόσου θα πρέπει να προβεί σε διαγνωστική αξιολόγηση, σε συνέντευξη αλλά και φυσική εξέταση του ασθενούς. Προκειμένου να γίνει η αξιολόγηση πρέπει να εξεταστούν και να ληφθούν υπόψη οικογενειακοί, περιβαλλοντικοί και άλλοι παράγοντες, για να γίνει διάγνωση και σχεδίαση του θεραπευτικού πλάνου (NIMY, 2016).

5.1 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ

5.1.1 Γνωστική συμπεριφορική θεραπεία

Θεωρείται μια μη φαρμακευτική προσέγγιση που συχνά δρα συμπληρωματικά και ενισχύει την εξέλιξη της φαρμακευτικής θεραπείας με στόχο να ανακουφίσει το άτομο από τα συμπτώματα και τυχόν υποτροπές της νόσου. Ο επαγγελματίας υγείας συνεργάζεται με τον ασθενή, αναλύοντας τις αρνητικές σκέψεις που τον κατακλύζουν. Ο ασθενής θα πρέπει να κατανοήσει πως οι σκέψεις του επηρεάζουν αρνητικά την διάθεση και τον χαρακτήρα του και ότι μόνο ο ίδιος θα αλλάξει τον τρόπο που σκέφτεται και δραστηριοποιείται. Θέτονται στόχοι και προγραμματίζονται δραστηριότητες προκειμένου το άτομο να αρχίσει να εκτιμά τον εαυτό του, να διαχειρίζεται καταστάσεις και να αποκτά κίνητρα. Η ποικιλομορφία των τεχνικών που χρησιμοποιούνται, αλλά και ο εκπαιδευτικός χαρακτήρας της διαδικασίας συμβάλουν στην αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση της κατάθλιψης (Ye et al., 2016).

5.1.2 Ψυχανάλυση

Ο Freud ήταν αυτός που ανέπτυξε την ψυχανάλυση στις αρχές του 20^{ου} αιώνα. Αποτελεί μια θεραπευτική διαδικασία που στοχεύει στην λύση των ασυνείδητων συγκρούσεων του ατόμου. Ο ασθενής θα πρέπει να μιλάει ελεύθερα χωρίς να περιορίζει τα λεγόμενα φοβούμενος την λογοκρισία του θεραπευτή. Η θεραπεία για να θεωρηθεί αποτελεσματική θα πρέπει να τελείται για 50 λεπτά, 4-5 φορές την εβδομάδα με διάρκεια 2 έως 3 έτη (Steinert et al, 2015).

5.1.3 Γνωστική αναλυτική θεραπεία

Συμβάλει αποτελεσματικά στη βελτίωση της αυτογνωσίας τόσο σε ατομικό όσο και σε ομαδικό επίπεδο. Εξετάζονται προβλήματα και αρνητικές εμπειρίες του παρελθόντος, κατά κύριο λόγο της παιδικής ηλικίας, ανιχνεύονται και εξηγούνται με σκοπό το άτομο να αποκτήσει ξανά αυτοεκτίμηση. Στο γνωστικό μέρος χρησιμοποιείται η ικανότητα του ατόμου για να παρατηρεί και να μελετά τον εαυτό του. Στο αναλυτικό πλαίσιο, ερευνώνται και εξετάζονται οι ασυνείδητοι παράγοντες που επηρεάζουν τη λειτουργικότητα ενός ατόμου (Steinert et.al, 2015).

5.1.4 Διαπροσωπική θεραπεία

Θεμελιώδη αρχή της θεραπείας είναι ότι η κατάθλιψη και τα διαπροσωπικά προβλήματα συνδέονται άμεσα. Παράγοντες όπως συγκρούσεις με τον περίγυρο, απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου, κοινωνική αποξένωση, είτε οποιαδήποτε αλλαγή στην ζωή του ατόμου το επηρεάζουν . Η θεραπεία αυτή αποβλέπει στην βελτίωση των δεξιοτήτων του ατόμου και των κοινωνικών του σχέσεων. Η διάρκεια της εκτείνεται συνήθως στο διάστημα 3-4 μηνών (Λυράκος, 2020).

5.1.5 Ψυχοθεραπεία

Αυτό το είδος θεραπείας περιλαμβάνει διαδικασίες που αφορούν είτε ένα άτομο είτε μια ομάδα και ένα ψυχοθεραπευτή. Στοχεύει στο να αυξήσει την αίσθηση ευημερίας του ατόμου. Οι ψυχοθεραπευτές εφαρμόζουν τεχνικές που αποσκοπούν στην βελτίωση της

ψυχικής υγείας του ασθενή και των σχέσεων μιας οποιαδήποτε ομάδας όπως της οικογένειας. Υπάρχουν πάνω από χίλια διαφορετικά είδη ψυχοθεραπειών κάποιες εκ των οποίων, είναι παραλλαγές υποδεέστερης σημασίας, ενώ άλλες θεμελιώνουν διαφορετικές αντιλήψεις, της ψυχολογίας και της ηθικής. Η θεραπεία αυτή χρησιμοποιείται γενικά σε μια πληθώρα ειδικών ή όχι διαγνωσμένων κλινικών εκδηλώσεων (Steinert et al., 2015).

5.1.6 Ατομική ψυχοθεραπεία

Η ατομική ψυχοθεραπεία αφορά δύο πρόσωπα, τον ψυχοθεραπευτή και το άτομο που αναζητά την ψυχική περίθαλψη. Υπάρχουν στιγμές που το άτομο θα νιώσει έντονα συναισθήματα, αυτό όμως αποτελεί σημαντικό κομμάτι της ψυχοθεραπείας διότι αφήνει τον θεραπευτή να «εισχωρήσει» στο μυαλό και στο χαρακτήρα του ώστε να καταλάβει περισσότερα πράγματα για τον ψυχισμό και την ιδιοσυγκρασία του (Steinert et al., 2015).

Σκοπός λοιπόν της ατομικής ψυχοθεραπείας είναι να κατανοήσει το πρόβλημα του και να μειωθούν τα αρνητικά συναισθήματα που βιώνει. Το άτομο πρέπει να νιώσει εμπιστοσύνη για να μοιραστεί τις σκέψεις του. Πολλοί εξακριβώνουν, πως απολαμβάνουν τον δρόμο προς την αναζήτηση του εαυτού τους και μπορούν να χρησιμοποιήσουν την θεραπεία ως μέσο αυτοπραγμάτωσης και αυτοβελτίωσης. Ο θεραπευτής μπορεί να καταστήσει εύκολα τις αλλαγές στον τρόπο ζωής, τον εντοπισμό των διαφορών, βαθύτερων παραγόντων των συμπτωμάτων και να χρησιμοποιήσει τεχνικές καταπολέμησης των ανεπιθύμητων συμπεριφορών και σκέψεων.

Τα άτομα μαθαίνουν να διαχειρίζονται αγχωτικές καταστάσεις, συμπτώματα της νόσου καθώς και να φέρνουν εις πέρας καθημερινές προκλήσεις .

Οι ατομικές συνεδρίες συνήθως έχουν διάρκεια 45-60 λεπτά .Η διάρκεια και η συχνότητα εξαρτάται από τους στόχους που έχουν τεθεί, τις ανάγκες του ασθενούς και την πρόοδο της νόσου .Αρκετά προβλήματα επιλύονται με βραχύχρονη θεραπεία, ενώ χρόνια ή πολύπλοκα ζητήματα απαιτούν μακροπρόθεσμη προσέγγιση πριν παρουσιαστεί βελτίωση (Λυράκος, 2020).

5.1.7 Ομαδική ψυχοθεραπεία

Η διαφορά της από την ομαδική ψυχοθεραπεία είναι πως σε αυτή συμμετέχουν περισσότερα από δυο άτομα. Πρόκειται για μια ομάδα ατόμων που επιζητούν να γνωρίσουν

και να αποδεχτούν τον εαυτό τους μέσα από συζητήσεις με ειδικούς και με την χρήση διάφορων μεθόδων.

Η έννοια της ομαδικής θεραπείας μπορεί να συνδεθεί με οποιαδήποτε διαδικασία που υλοποιείται σε μια ομάδα συμπεριλαμβανομένων των ομάδων υποστήριξης, κατάρτισης δεξιοτήτων και ομαδικής ψυχο-εκπαίδευσης.

Οι άνθρωποι που παίρνουν μέρος σε τέτοιες ομάδες πρέπει να μοιραστούν τα προβλήματα τους με τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας. Τα υπόλοιπα μέλη πρέπει να ασκούν εποικοδομητική κριτική και να μοιραστούν με τη σειρά τους σκέψεις και προβληματισμούς. Αρκετές φορές τα προβλήματα είναι κοινά, τα άτομα διαπιστώνουν, πως δεν είναι τα μόνα που αντιμετωπίζουν το συγκεκριμένο θέμα και ανακουφίζονται. Τέλος το άτομο αρχίζει να συνειδητοποιεί πως δεν είναι μόνο του, εξωτερικεύει τα συναισθήματα του, αποκτά ελπίδα για το μέλλον και μαθαίνει να στηρίζεται στις δυνάμεις του (Λυράκος, 2020).

5.1.8 Εργοθεραπεία

Η εργοθεραπεία είναι η θεραπεία για την ομαλή διατήρηση των συνθηκών της καθημερινότητας και την ανάπτυξη των δεξιοτήτων του ατόμου με σωματική ή πνευματική διαταραχή. Οι εργοθεραπευτές επικεντρώνονται στην εύρεση και εξάλειψη των περιβαλλοντικών εμποδίων, στην συμμετοχή των ατόμων σε διάφορες δραστηριότητες και στην ανεξαρτητοποίηση τους. Οι παρεμβάσεις της αφορούν την προσαρμογή στο περιβάλλον ενισχύοντας την ικανότητα του ατόμου που πάσχει, να συμμετέχει σε καθημερινές δραστηριότητες. Αρκετά συχνή είναι η συνεργασία των εργοθεραπευτών με λογοθεραπευτές, φυσιοθεραπευτές αλλά και νοσηλευτές ψυχικής υγείας (Λυράκος, 2020).

5.2 ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

Τα αντικαταθλιπτικά ανήκουν στην πρώτη ζώνη της φαρμακευτικής αγωγής. Ποιο διαδεδομένα είναι τα τρικυκλικά όπως η αμυτριπτυλίνη και η χλωριμιπραμίνη. Το ίδιο ισχύει και για τους εκλεκτικούς αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης SSRIs, της μονοαμινοοξειδάσης και της νοραδρεναλίνης. Ευρείας χρήσης είναι τα σεροτονινεργικά αντικαταθλιπτικά (μιρταζαπίνη) καθώς επίσης και αντικαταθλιπτικά της φαινοθιλαμίνης, όπως η βενλαφαξίνη.

Άλλη κατηγορία φαρμάκων που χορηγούνται είτε θεραπευτικά είτε προληπτικά είναι ηρεμιστικά φάρμακα ή αλλιώς σταθεροποιητές διάθεσης. Τέτοια είναι το λίθιο, η

καρβαμαζεπίνη και το βαλπροικό. Τα φάρμακα αυτά δίνονται μόνο με συνταγή γιατρού για όσο χρόνο απαιτείται και σε περιπτώσεις πρόκλησης παρενεργειών, απαιτείται αλλαγή και αντικατάσταση με άλλη φαρμακευτική αγωγή κατάθλιψης. Πρέπει επίσης να επισημανθεί πως οι παρενέργειες είναι αρκετές φορές πιο δυσάρεστες από την ίδια την νόσο και το ποσοστό υποτροπής ιδιαίτερα υψηλό (NIMY, 2016).

Το λίθιο, όπως η καρβαμαζεπίνη και η λαμοτριγίνη αποτελούν την ομάδα φαρμάκων που αποκαλούνται σταθεροποιητές διάθεσης. Επαναφέρουν την διάθεση στα φυσιολογικά επίπεδα όταν έχει εξάρσεις. Η θεραπευτική αξία του λιθίου ανακαλύφθηκε από τον Cade όπου μελέτησε την κατευναστική του δράση στα ζώα. Στη συνέχεια ο ερευνητής δοκίμασε το λίθιο σε ψυχωτικούς ασθενείς και ανακάλυψε ότι 10 άτομα με μανία που τους χορηγήθηκε λίθιο έδειξαν βελτίωση. Έρευνες που έλαβαν χώρα στην Ευρώπη έχουν αποδείξει την αντιμετώπιση του καταθλιπτικού επεισοδίου (Jann, 2014).

5.3 ΗΛΕΚΤΡΟΣΠΑΣΜΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Περιλαμβάνει μια σύντομη ηλεκτρική διέγερση του εγκεφάλου, με τον ασθενή να βρίσκεται σε αναισθησία. Ο ασθενής μετά από ολική αναισθησία δέχεται ηλεκτρικό ρεύμα στις κροταφικές περιοχές, το οποίο ενεργοποιεί τα νευρικά κύτταρα, ενώ στη συνέχεια προκαλείται επιληπτική κρίση για λίγα δευτερόλεπτα. Τα φαινόμενα που συνδέονται με την επιληπτική κρίση παρέχουν στο άτομο αντικαταθλιπτική επίδραση. Από αρκετούς θεωρείται η πιο αποτελεσματική και γρηγορότερη, διότι σε κάποιες περιπτώσεις είναι η μόνη λύση, λόγω της άμεσης και ταχείας λειτουργίας της. Ανεπιθύμητες ενέργειες της συγκεκριμένης θεραπείας είναι παροδική αύξηση της αρτηριακής πίεσης, προβλήματα στην μνήμη, ζάλη, κεφαλαλγία χωρίς ιδιαίτερη κλινική σημασία.

Σύγχρονες απεικονιστικές μελέτες έδειξαν πως η ηλεκτροσπασμοθεραπεία, δεν δημιουργεί δομική εγκεφαλική βλάβη ακόμα και σε ασθενείς που έχουν υποστεί πολλές συνεδρίες στην ζωή τους. Προκαλεί βιοχημικές μεταβολές στις ορμόνες και στους νευροδιαβιβαστές, ενώ αυξάνει τον επιληπτικό ουδό, διεργασίες που συνδέονται με την δράση της. Συνολικός αριθμός συνεδριών είναι 6-12, με συχνότητα 2 ή 3 φορές την εβδομάδα. Όμως για ασθενείς που η φαρμακευτική προφύλαξη ήταν αναποτελεσματική χορηγούνται νέες συνεδρίες, μία ανά μήνα για 3 έως 6 μήνες είτε για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα (Λυράκος, 2020).

5.4 ΜΑΓΝΗΤΙΚΗ ΔΙΑΚΡΑΝΙΚΗ ΔΙΕΓΕΡΣΗ

Είναι μια επεμβατική μέθοδος στην οποία αποπολώνονται ή υπερπολώνονται νευρώνες του εγκεφάλου, με αποτέλεσμα την δημιουργία μαγνητικού πεδίου που τονώνει τις αντίστοιχες περιοχές του εγκεφάλου. Μια παραλλαγή της μαγνητικής διακρανικής διέγερσης είναι η επαναλαμβανόμενη μαγνητική διακρανική διέγερση που έχει δοκιμαστεί σαν μέσο θεραπείας για ψυχολογικές διαταραχές, αν και ερευνάται ακόμα η αποτελεσματικότητά της.

5.5 ΕΠΑΝΑΛΑΜΒΑΝΟΜΕΝΗ ΔΙΑΚΡΑΝΙΚΗ ΜΑΓΝΗΤΙΚΗ ΔΙΕΓΕΡΣΗ

Η επαναλαμβανόμενη διακρανική μαγνητική διέγερση αποτελεί μια μορφή διέγερσης του εγκεφάλου. Για την ενεργοποίηση τμημάτων του εγκεφάλου χρησιμοποιούνται αντί της ηλεκτρικής ενέργειας μαγνητικοί παλμοί. Μπορεί επίσης να πραγματοποιηθεί και σε άλλες ψυχολογικές και νευρολογικές διαταραχές για παράδειγμα στην νόσο του Πάρκινσον, στο εγκεφαλικό επεισόδιο, στην ιδεο-ψυχαναγκαστική διαταραχή, στις εμβοές.

Ο γιατρός τοποθετεί στο μέτωπο του ασθενούς ένα ηλεκτρομαγνητικό πηνίο κοντά στην περιοχή του εγκεφάλου που ρυθμίζει την διάθεση. Το πηνίο στέλνει μαγνητικούς παλμούς σε συγκεκριμένο τμήμα του εγκεφάλου διοχετεύοντας ηλεκτρικό ρεύμα σε ειδικά νευρικά κύτταρα. Η διέγερση αυτή είναι αντίθετη της ηλεκτροσπασμωδικής θεραπείας στην οποία παροχετεύεται ηλεκτρικό ρεύμα σε όλο τον εγκέφαλο. Μια συνεδρία διαρκεί λιγότερο από μια ώρα. Είναι μια νέα μορφή θεραπείας. Οι γιατροί συνεχίζουν να ερευνούν τα αποτελέσματα της, ενώ οι επιστήμονες υποστηρίζουν, ότι η μαγνητική διέγερση επαναφέρει τις συχνότητες των εγκεφαλικών κυμάτων σε φυσιολογικά επίπεδα και βελτιώνει τα συμπτώματα της νόσου. Συνίσταται μόνο μετά από την αποτυχημένη ανταπόκριση του ασθενούς στο συνδυασμό φαρμακευτικής αγωγής και ψυχοθεραπείας (Λυράκος, 2020).

5.6 ΑΝΤΙΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΑ ΒΟΤΑΝΑ

Τα βότανα που θεωρούνται πως ανακουφίζουν κάποια από τα συμπτώματα της κατάθλιψης είναι το μελισσόχορτο, το βαλσαμόχορτο και το δεντρολίβανο. Το βαλσαμόχορτο έχει αποδειχθεί από έρευνες, πως μειώνει κάποια συμπτώματα που αισθάνεται το άτομο, εμποδίζοντας την επαναπρόσληψη των νευροδιαβιβαστών (Deligiannidis & Freeman, 2015).

5.7 ΦΩΤΟ-ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Ο ασθενής εκτίθεται σε άφθονο τεχνητό φως σε ορισμένες ώρες της μέρας και θεωρείται πως παίζει σημαντικό ρόλο στην παραγωγή σεροτονίνης, η οποία χαρίζει σε ενέργεια. Η εφαρμογή τεχνητού φωτός στο άμεσο περιβάλλον του αρρώστου μπορεί να θεραπεύσει τη διαταραγμένη του διάθεση. Παρόλα αυτά αναμένονται περισσότερες σχετικές κλινικές έρευνες.

5.8 ΑΣΚΗΣΗ

Η άσκηση λειτουργεί συμπληρωματικά στις διάφορες μορφές τις αντικαταθλιπτικής θεραπείας. Υπάρχουν λίγες μελέτες που να περιλαμβάνουν άσκηση, που να βασίζεται σε μεθοδολογικά πρότυπα. Σε μια μοναδική μελέτη ελέγχου όπου έλαβαν μέρος ασθενείς με κατάθλιψη αποδείχθηκε, πως μόνο η άσκηση ήταν εξίσου αποτελεσματική με την σερταλίνη, αν και η σερταλίνη προκάλεσε ταχύτερη έναρξη της απάντησης. Στην εξάμηνη παρακολούθηση αυτής της μελέτης, η άσκηση είχε χαμηλότερα ποσοστά υποτροπής από το φάρμακο. Η προσθήκη άσκησης σε ένα θεραπευτικό πρόγραμμα μπορεί να συμβάλει στην αντιμετώπιση των θεμάτων αύξησης του βάρους από τα φάρμακα (Delligianidis & Freeman, 2015).

5.9 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΑΝΤΙΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΩΝ

Ορισμένες φορές η χρήση αντικαταθλιπτικής αγωγής προκαλεί αρνητικές επιπτώσεις, όπως τα μανιακά επεισόδια κατά την διάρκεια της θεραπείας. Αναγκαία πρέπει να είναι η χρήση του λιθίου, προκειμένου να αντιμετωπιστούν τα μανιακά επεισόδια. Οι επιπτώσεις αυτές μπορούν να αντιμετωπιστούν με αλλαγές στην χρήση των αντικαταθλιπτικών για παράδειγμα από τρικυκλικό αντικαταθλιπτικό σε αναστολέα της μονοαμινοξειδάσης. Αν η διαδικασία αυτή δεν φέρει αποτέλεσμα και θετική επίδραση στον ασθενή επόμενο βήμα είναι η ηλεκτροσπασμοθεραπεία. Έτσι, όταν ο συνδυασμός αντικαταθλιπτικών και αντιμανιακών φαρμάκων είναι αναποτελεσματικός, μπορούν να χρησιμοποιηθούν εναλλακτικά κάποια άτυπα αντιψυχωτικά φάρμακα εκτός από την κλοζαπίνη, τα οποία έχουν αντικαταθλιπτικές ιδιότητες (Woutes et.al, 2015).

Η υπερσυνταγογράφηση μπορεί να εξηγήσει σε ένα βαθμό την αδυναμία συμμόρφωσης των ασθενών στην λήψη της φαρμακευτικής αγωγής. Τέλος ένα σημαντικό μειονέκτημα των αντικαταθλιπτικών είναι η έλλειψη συνεργασίας των ασθενών γεγονός που

εξηγείται από τις ανεπιθύμητες ενέργειες τους, όπως η υπνηλία και καταστολή (Woutes et.al, 2015).

5.10 ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΑΝΤΙΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

Επειδή τα αντικαταθλιπτικά ανήκουν σε διαφορετικές ομάδες, οι παρενέργειες δεν είναι κοινές και για αυτό τον λόγο θα πρέπει να αναφερθούν στα πλαίσια της κατηγορίας στην οποία υπάγονται. Τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά εκδηλώνουν τις ακόλουθες παρενέργειες: θολή όραση, υπνηλία, ζάλη, ξηροστομία, δυσκοιλιότητα, προβλήματα στην ουροδόχο κύστη, εφίδρωση, δερματικά εξανθήματα, απώλεια ή αύξηση βάρους, σεξουαλική δυσλειτουργία. Οι ανεπιθύμητες παρενέργειες μειώνονται με το πέρασμα 7-10 ημερών. Η υπερβολική δόση τέτοιου φαρμάκου μπορεί να προκαλέσει θάνατο και χρήζει άμεσης ιατρικής παρέμβασης. Τα συμπτώματα της υπερδοσολογίας εμφανίζονται μία ώρα μετά την κατάποση και συνοδεύονται από αναπνευστική ανεπάρκεια απώλεια συνείδησης, καταπληξία, υπερθερμία, σπασμούς και διεσταλμένες κόρες.

Στην κατηγορία των εκλεκτικών αναστολέων επαναπρόσληψης της σεροτονίνης SSRIs εμφανίζονται οι παρακάτω νευρολογικές και γαστρεντερικές παρενέργειες : Ναυτία, διάρροια, δυσπεψία, κοιλιακό άλγος, διέγερση, εφίδρωση, μυϊκή δυσκαμψία, σπασμοί, αϋπνία ή υπερυπνία, αύξηση των αντανεκλαστικών. Λιγότερο συχνά μπορεί να εμφανιστεί σύγχυση, πυρετός, κοιλιακή αιμορραγία, βίαιη συμπεριφορά και προβλήματα στύσης. Ο συνδυασμός με άλλα φάρμακα ή η κατάχρηση των SSRIs είναι δυνατόν να προκαλέσει τοξικό σύνδρομο που συνοδεύεται καρδιακή αρρυθμία, υψηλό πυρετό, απώλεια των αισθήσεων και νεφρικά προβλήματα (NHS, 2015).

Στα άτομα που χορηγούνται αντικαταθλιπτικά της κατηγορίας των αμινοξέων μονοαμινοοξειδάσης, πρέπει να δίνεται προσοχή στην διατροφή τους. Πρέπει να μην καταναλώνουν τρόφιμα που περιέχουν αμινοξέα και τυραμίνη διότι συμβάλλουν σημαντικά στην αύξηση της αρτηριακής πίεσης.

Το λίθιο μπορεί να προκαλέσει ναυτία, δίψα, εμέτους, συχνουρία, ξηροδερμία, τρέμουλο, απώλεια αισθήσεων και διαταραχές στην ομιλία. Αν δημιουργηθεί αφυδάτωση μπορεί να γίνει τοξικό και να επιφέρει προβλήματα στην νεφρική λειτουργία. Επίσης σε μια τέτοια περίπτωση, ο ασθενής μπορεί να εμφανίσει : επιληπτική κρίση, βρογχοκήλη ακόμα και καρδιακή ανακοπή για αυτό το λόγο απαραίτητη είναι η παρέμβαση του γιατρού(NHS, 2015).

Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα φαινοθλαμίνης, διακόπτουν την επαναπρόσληψη της σεροτονίνης και της ντοπαμίνης για αυτό το λόγο τα συμπτώματα είναι ιδιαίτερα σοβαρά, όταν συνδυάζονται με άλλα φάρμακα. Ειδικά η χορήγηση βενλαφαξίνης δεν πρέπει να ξεκινήσει μέχρι το πέρασμα 2 εβδομάδων αφότου διακόπτεται η θεραπεία με ένα μη αναστρέψιμο αναστολέα της μονοαμινοοξειδάσης και πρέπει να γίνεται διακοπή 7 μέρες μετά την θεραπεία. Στις συχνότερες παρενέργειες ανήκουν :η εφίδρωση, η ναυτία, η ζάλη, η ξηροστομία, η νευρική κατάσταση, οι διαταραχές στον ύπνο και στην κινητικότητα. Η χρήση της βενλαφαξίνης μπορεί να προκαλέσει αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης αυτοκτονικών επεισοδίων και υπονατριαιμία. Πολλές φορές τα συμπτώματα της κατάθλιψης, είναι παρενέργεια κάποιων φαρμάκων όπως των στεροειδών. Ο γιατρός μπορεί να διαπιστώσει αν κάποιο φάρμακο, κάποια αλλαγή στη δοσολογία ή αλληλεπιδράσεις φαρμάκων επηρεάζουν την διάθεση. Οι ερευνητές όμως διαφωνούν σχετικά με την δράση μερικών φαρμάκων όπως η προπρανολόλη στην εμφάνιση της νόσου. Μερικά φάρμακα προκαλούν συμπτώματα όπως μειωμένη όρεξη ή αίσθημα κακουχίας και να θεωρηθεί λανθασμένα ως κατάθλιψη:

Μερικές από τις κατηγορίες φαρμάκων είναι οι αντιμικροβιακές ουσίες, αντικαταθλιπτικά φάρμακα όπως τα εξής: κυκλοσερίνη(seromycin), ακυκλοβίρη(zovirax), μετρονιδαζόλη(flagyl), εθαμβουτόλη(myambutol), λεβοφλοξασίνη(levaquin), τετρακυκλίνη. Καρδιακά ατενολόλη(tenormin), β αναστολείς (inderal), μετοπρολόλη(lopressor,toprol XI), νιφεδιπίνη(adalat cc ,prokardia X), διγοξίνη(digitek,lanoxin,lanoxicaps).

Ορμόνες όπως αναβολικά στεροειδή ,αντισυλληπτικά από το στόμα, δαναζόλη (danocrine),οιστρογόνα(premarin,prempro).

Ηρεμιστικά, ηρεμιστικά βαρβιτουρικά, βοηθήματα αντιμετώπισης της απνίας, κλοναζεπάμη(klonopin), διαζεπάμη(valium), φαινοβαλιβάλη(solfoton). Διάφορες άλλες ουσίες όπως ακεταζολαμίδη(diamox), αντικαρκινικά φάρμακα(elspar), ναρκωτικά φάρμακα αντιμετώπισης πόνου(Demerolμορφίνη,κωδεΐνη),αντιόξινα(zantac,tagamet),λεβοντόπα(larodopa), απεξάρτηση από την κοκαΐνη, αμφεταμίνες (Goldgerg, 2016).

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

6.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ

Η νοσηλευτική εκτίμηση είναι το πρώτο στάδιο της νοσηλευτικής διεργασίας, όπου ξεκινά με τη λήψη του νοσηλευτικού ιστορικού του κατά το οποίο συλλέγονται τα δεδομένα για τη γενικότερη κατάστασή του ασθενούς. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να λάβει το ιστορικό του ασθενούς και να καταγράψει τα συμπτώματά του. Εκτιμώντας τους παράγοντες κινδύνου και τις πιθανές αυτοκτονικές συμπεριφορές που μπορεί να φανούν μοιραίες, μπορεί να κάνει την εκτίμηση (Lea, 2014). Τέλος, ο νοσηλευτής έχει υποχρέωση να εκτιμήσει την κατάσταση που επικρατεί στο οικογενειακό περιβάλλον, αλλά και να εξετάσει τις γνώσεις των συγγενικών προσώπων σχετικά με την κατάσταση του ασθενούς (Anaebere, 2016).

Σε μια έρευνα που έλαβε χώρα το 2019 το δείγμα αποτέλεσαν 851 άτομα νοσηλευτικού προσωπικού. Σκοπός ήταν να εξεταστούν οι θέσεις και οι γνώσεις των νοσηλευτών απέναντι στην νόσο. Οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να απαντήσουν ένα ερωτηματολόγιο αυτοελέγχου. Οι πιο σημαντικές ερωτήσεις αφορούσαν γενικές γνώσεις για την πορεία της νόσου και τις ανάγκες των ασθενών. Τέλος, σημαντικές ήταν και οι ερωτήσεις, σχετικά με το ρόλο του νοσηλευτή σχετικά με την υποστήριξη και την παροχή συμβουλευτικής φροντίδας στα άτομα που νοσούν.

Τα ευρήματα έδειξαν ότι το 78,9% δήλωσε ότι οι γνώσεις του για τις ψυχικές διαταραχές ξεπερνούσε το μέσο όρο, ενώ το 82,1% του 50 δείγματος πίστευε το ίδιο για την κατάθλιψη. Μόνο το 3,1% δήλωνε ότι είναι σε θέση να εντοπίσει βασικά συμπτώματα. Ανησυχητικό είναι το γεγονός ότι το 91,1% του δείγματος δήλωσε, ότι δεν είχε ασχοληθεί ποτέ με κάποιο εργαλείο μέτρησης της κατάθλιψης, γεγονός που φανερώνει την έλλειψη κατάρτισης των νοσηλευτών (Park et al., 2015).

Αναλύονται τα επίπεδα άγχους του ασθενούς, η διάθεση του, τα συμπτώματα που παρουσιάζει και ελέγχεται ο κίνδυνος, να προβεί ο ασθενής σε κάποιες πράξεις που είναι επικίνδυνες και ίσως τον βλάψουν. Σε επόμενο στάδιο εφαρμόζεται εξατομικευμένη νοσηλευτική διάγνωση για τους ασθενείς και την οικογένεια τους και ύστερα ιεραρχούνται παράγοντες όπως η απελπισία, η λύπη, το άγχος, διαταραχές στην διατροφή και στον ύπνο καθώς και καταστάσεις όπως η κοινωνική απομόνωση, η σεξουαλική ζωή, αισθήματα υποτίμησης και η ικανότητα για αυτόνομη διαβίωση (Park et al., 2015).

Σημαντικό παράγοντα στην θεραπεία της κατάθλιψης αποτελεί ο συνδυασμός φαρμακοθεραπείας και ψυχοθεραπείας, όπου παίρνει θέση και ο νοσηλευτής ξεφεύγοντας από τον παραδοσιακό του ρόλο. Βοηθάει τον ασθενή με τις υποχρεώσεις του, φροντίζει στο να λυθούν τα προβλήματα που προκαλούνται από τη νόσο και εμφανίζονται και κατά τη διάρκεια της νοσηλείας (Wood et al., 2017). Τα τελευταία χρόνια όμως, ο νοσηλευτής μπορεί να έχει και ένα άλλο θεραπευτικό ρόλο, αυτό του ψυχοθεραπευτή. Σε πολλά ψυχιατρικά νοσοκομεία ο νοσηλευτής ασχολείται με την ομαδική ψυχοθεραπεία. Έτσι οι παρεμβάσεις όλων των επαγγελματιών υγείας και των νοσηλευτών θα πρέπει να στοχεύουν στην πρόληψη και στην αντιμετώπιση της νόσου και να συμβάλλουν στο να έχουν οι ασθενείς καλύτερη ποιότητα ζωής (Wanat et al., 2015).

6.2 ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ

Στο στάδιο του σχεδιασμού νοσηλευτικής παρέμβασης καθορίζονται μαζί με τον ασθενή οι στόχοι για το επιθυμητό αποτέλεσμα. Ο ασθενής σταδιακά θα εμφανίσει μείωση του άγχους και θα είναι σε θέση να έρθει αντιμέτωπος με τα στρεσογόνα συμβάντα της ζωής του.

Δεν θα είναι πλέον εγκλωβισμένος στις σκέψεις του και θα μοιράζεται τα προβλήματα που τον απασχολούν τόσο με την οικογένεια, που θα είναι υποστηρικτική μαζί του, όσο και με τους οικείους του, και θα παίρνει μέρος σε ομαδικές δραστηριότητες. Επιπλέον θα βελτιώσει την διαταραγμένη διατροφή και τον προβληματικό ύπνο, διότι θα τρέφεται με θρεπτικά συστατικά και θα κοιμάται χωρίς διακοπή 7-8 ώρες. Τέλος θα έχει μια φυσιολογική ερωτική ζωή και ο περίγυρος του θα είναι ενημερωμένος σχετικά με την θεραπεία και την υποτροπή της κατάθλιψης (Thompson et al., 2015).

6.3 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Προκειμένου να δημιουργηθεί μια επιτυχημένη παρέμβαση ο νοσηλευτής είναι υποχρεωμένος να υποστηρίζει, να συμπεριφέρεται άψογα προς τον ασθενή του, δείχνοντάς του συμπόνια. Απαραίτητη προϋπόθεση για την επίτευξη αυτή είναι η ενσυναίσθηση, δηλαδή ο επαγγελματίας υγείας να μπαίνει στην θέση και να καταλαβαίνει τις ανάγκες του ασθενή του. Ο νοσηλευτής πρέπει να κερδίσει την εμπιστοσύνη του ασθενούς για να έχει αποτελέσματα η διαδικασία. Σε πρώτο στάδιο πρέπει να εξασφαλίσει την επαρκή σίτιση και την καθημερινή του ατομική φροντίδα και στην συνέχεια να εφαρμόσει μέτρα που θα προστατεύουν και θα προλαμβάνουν τον ασθενή από τις αυτοκτονικές απόπειρες. Σημαντικό είναι ο νοσηλευτής, να παροτρύνει τον ασθενή του να συμμετέχει σε ομαδικές αθλητικές ή κοινωνικές δραστηριότητες, κάτι που θα τον βοηθήσει στο να βελτιώσει τα επίπεδα ύπνου του (Bauchat et al., 2016).

Οι Wu and Zhang κάνοντας μια έρευνα με δείγμα 120 ασθενείς που είχαν διαγνωστεί με οξύ αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο προσπάθησαν να παρουσιάσουν, πως η υψηλή ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας, αποτελεί παράγοντα βελτίωσης του άγχους και της κατάθλιψης. Η απεικονιστική μέθοδος MRI που χρησιμοποιήθηκε για την έρευνα, είναι μια περίπλοκη διαδικασία για τους ασθενείς όπου τους προκαλεί άγχος και αρνητικά συναισθήματα, κάτι που οδηγεί στην κατάθλιψη. Αποδείχθηκε λοιπόν πως όσο το δυνατόν υψηλότερης ποιότητας είναι η περίθαλψη τόσο περισσότερο προάγεται η βελτίωση της κατάθλιψης και της ανησυχίας των νοσούντων (Wu & Zhang, 2017).

Στην έρευνά τους οι Reynolds και συν το 2015 στάθηκαν στην παροχή ψυχικής υγείας με την χρήση τεχνολογιών και στις νοσηλευτικές παρεμβάσεις οι οποίες γίνονται από απόσταση. Δόθηκε έμφαση στα πλεονεκτήματα της εξ αποστάσεως παρακολούθησης των ασθενών, αλλά και στην ανάγκη για εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας πάνω σε τεχνολογικά θέματα. Οι ερευνητές υποστηρίζουν, ότι έτσι μειώνεται ο χρόνος φροντίδας του νοσηλευτή για τους ασθενείς χωρίς να χάνεται η ποιότητα των παροχών ψυχικής περίθαλψης. Οι νοσηλευτές στα πλαίσια αυτά θα παρακολουθούν και θα ενθαρρύνουν τους νοσούντες να ζουν αυτόνομα (Reynolds et al., 2015).

6.4 TELENURSING

Το Telenursing είναι γενικά η χρήση τεχνολογίας πληροφοριών, για την παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης από απόσταση κάτι το οποίο γίνεται γρήγορα ένα ουσιαστικό μέρος του νέου ρόλου του νοσηλευτή. Γίνεται αλληλεπίδραση του νοσηλευτή με έναν ασθενή σε μια απομακρυσμένη περιοχή, για να λαμβάνει ηλεκτρονικά τα δεδομένα

της κατάστασης της υγείας του. Για να διασφαλιστεί η ποιότητα και η επάρκεια, οι επαγγελματίες υγείας και συγκεκριμένα οι νοσηλευτές πρέπει να κατανοήσουν και να εξοικειωθούν με την τεχνολογία (Reynolds et al., 2015). Αυτό μπορεί να φέρει καλύτερα αποτελέσματα στην αυτοφροντίδα, δίνοντας την δυνατότητα στους ασθενείς να παραμείνουν στο σπίτι τους (Nagel, 2016).

Σύμφωνα με τον Ben-Zeev, η καλύτερη ψυχική υγεία εξαρτάται από την γρήγορη ανίχνευση προβλημάτων ψυχικής υγείας. Πολλοί ασθενείς που υποφέρουν από κατάθλιψη δεν εντοπίζονται ή δεν λαμβάνουν επαρκή θεραπεία. Ενώ οι γιατροί είναι υπεύθυνοι για την ανίχνευση και τη διάγνωση της κατάθλιψης και στο να δημιουργήσουν ένα θεραπευτικό πλάνο οι νοσηλευτές διαδραματίζουν βασικό ρόλο στο να συντονίσουν το θεραπευτικό πλάνο για να εξασφαλίσουν την επιτυχία της περίθαλψης. Οι νοσηλευτές συμβουλεύουν τους ασθενείς σχετικά με διαπροσωπικές, κοινωνικές και οικογενειακές σχέσεις, για ένα υγιή τρόπο ζωής, αλλά και για θέματα αυτοβοήθειας (Ben-Zeev, 2015). Οι νοσηλευτές είναι υπεύθυνοι για την καλή συνεργασία μεταξύ της ομάδας ασθενών και της οικογένειας. Σύμφωνα με τους Nagel και Penner (2016), όταν ο ίδιος ο ασθενής συμμετέχει ενεργά στην διαδικασία λήψης αποφάσεων, τα αποτελέσματα είναι καλύτερα για την υγεία του.

6.5 ΡΟΛΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Εξέχοντας είναι ο ρόλος των νοσηλευτών στην φαρμακευτική θεραπεία, διότι έχουν την ευθύνη της χορήγησης των φαρμάκων, να εκπαιδεύσουν τους ασθενείς και να παρατηρούν την πορεία της κατάθλιψης. Είναι αναγκαίο να έχουν φαρμακευτικές γνώσεις και να είναι σε θέση να αξιολογήσουν την κατάσταση του ασθενούς πριν και μετά την χορήγηση της φαρμακευτικής αγωγής. Ιδιαίτερη προσοχή θα πρέπει να δίνεται στην προετοιμασία των φαρμάκων για να μειωθούν δυσμενείς επιδράσεις και έλεγχος της τοξικότητας (American Psychiatric Association, 2015).

Απαραίτητη προσοχή πρέπει να δίνεται και στην συνταγογράφηση τους προκειμένου να αποφευχθεί συσχέτιση της χρήσης άλλων φαρμάκων και πρόκλησης παρενεργειών. Η συνταγογράφηση πολλαπλών φαρμάκων απαιτεί συνεχή προσοχή και φροντίδα, καθώς υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ της χρήσης άλλων φαρμάκων και των παρενεργειών. Επιπλέον θα πρέπει να επανεξετάζονται από τους νοσηλευτές έτσι ώστε να μειωθούν οι ουσίες που χρησιμοποιούνται (Gartlehner et al., 2015).

6.6 ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ

Ο άνθρωπος που προσπαθεί να αυτοκτονήσει αισθάνεται απελπισμένος και θεωρεί αυτή την πράξη ως μοναδική διέξοδο στα προβλήματα του. Η έννοια αυτή συνδέεται με τον αυτοκτονικό ιδεασμό και την αυτοκτονική συμπεριφορά. Ο αυτοκτονικός ιδεασμός, λοιπόν συνδυάζεται με ή χωρίς πρόθεση για θάνατο. Η αυτοκτονική συμπεριφορά όμως προσδιορίζεται σαν μια κατάσταση στην οποία το άτομο στοχεύει στον θάνατο, η οποία περιλαμβάνει είτε αποτυχημένες προσπάθειες αυτοκτονίας, είτε ολοκληρωμένες. Επιπλέον η αυτοκτονική συμπεριφορά σχετίζεται και με τον αυτοτραυματισμό. Ο αυτοτραυματισμός δεν στοχεύει στο θάνατο, αλλά στην ανακούφιση δυσάρεστων συναισθημάτων μέσω του πόνου. Έχει βέβαια πως οι αυτοτραυματισμοί αποτελούν πρόδρομο στάδιο αυτοκτονικών συμπεριφορών (Κουκία, 2015).

Σύμφωνα με τα δεδομένα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας η αυτοκτονικότητα είναι ένα παγκόσμιο ζήτημα που θέτει σε κίνδυνο την δημόσια υγεία. Σε μια έρευνα του 2016 παρατηρήθηκε ότι στις περισσότερες χώρες εμφανίζονται περισσότεροι από 5 θάνατοι προερχόμενοι από αυτοκτονία ανά 100.000 θανάτους. Διαπιστώθηκε, έτσι ότι χώρες με χαμηλότερο οικονομικό υπόβαθρο είναι πιο επιρρεπείς σε σχέση με πιο ανεπτυγμένες χώρες. Ιδιαίτερα υψηλά ήταν τα ποσοστά ηλικίας μεταξύ 20-30 ετών. Επιπλέον όσο μεγαλύτερη είναι η ηλικία ενός ατόμου, τόσο μεγαλύτερη, είναι η μείωση της επίδρασης της οικονομικής κατάστασης στην τάση του ατόμου για αυτοκτονία. Στην ηλικία των 85+ τα ποσοστά είναι πάνω –κάτω ίδια ανεξάρτητα του εισοδήματος. Στην πράξη της αυτοκτονίας αλληλεπιδρούν παράγοντες βιολογικοί, κοινωνικοί, δημογραφικοί και προσωπικοί (World Health Organization, 2019).

Εκτός από την αυτοκτονία υπάρχουν και άλλες αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές, όπου περιλαμβάνουν τα εξής δάγκωμα των νυχιών, τράβηγμα μαλλιών, λήψη αλκοόλ και ναρκωτικών ουσιών και χαπιών, επικίνδυνη οδήγηση, γρατζούνισμα ή κόψιμο των καρπών, τριχοτιλοφαγία. Αρκετοί επίσης αυτό-ακρωτηριάζονται για παράδειγμα κόβονται, καίγονται με τσιγάρα, καίγονται ακουμπώντας θερμά αντικείμενα, έτσι ώστε να αντιμετωπίσουν το άγχος και την θλίψη. Ο ακρωτηριασμός ίσως να σχετίζεται με παιδικά τραύματα όπως κακοποίηση και παραμέληση. Άλλες συμπεριφορές σχετικά αβλαβείς είναι η κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων φαγητού και η χαρτοπαιξία (Κουκία, 2015).

6.7 ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ

Ο ρόλος του νοσηλευτή, είναι ιδιαίτερα σημαντικός στην αντιμετώπιση του αυτοκτονικού ασθενή λόγω της άμεσης επαφής με αυτό. Κύριος στόχος του είναι να διασώσει την ζωή του πάσχοντα. Ο νοσηλευτής δεν θα πρέπει μόνο να αποσκοπεί στην παρεμπόδιση της αυτοκτονίας, αλλά θα πρέπει να βελτιώσει την ποιότητα ζωής και να στοχεύσει στην διεύρυνση των οριζόντων της ζωής του. Η εκτίμηση του κινδύνου του θανάτου αποτελεί την προσπάθεια του νοσηλευτή να προβλέψει την πιθανότητα αυτοκτονίας και είναι απαραίτητα για το πλάνο νοσηλείας του ασθενή. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να διερευνήσει τους παρακάτω παράγοντες: τον τρόπο ζωής του ατόμου, την ψυχική του κατάσταση, τα αυτοκτονικά συμπτώματα, το πλάνο της αυτοκτονίας και κατά πόσο το περιβάλλον του είναι υποστηρικτικό. Το θεραπευτικό πλάνο θα πρέπει να επικεντρώνεται στην προστασία του ατόμου, στην τόνωση της αυτοπεποίθησης του, στην εκπαίδευση και αποδοχή σχετικά με την νόσο, στην εύρεση εναλλακτικών λύσεων στα προβλήματα του αλλά και στην ενεργοποίηση του οικογενειακού κύκλου του (Κουκία, 2015).

Σε όλες τις περιπτώσεις ο νοσηλευτής θα πρέπει κατά την νοσηλευτική εκτίμηση να εξετάσει κάθε θέση του ασθενή, να κερδίσει την εμπιστοσύνη του, να του δείξει πως σκοπός του είναι να επιλύσει τα προβλήματα του και να του διασαφηνίσει πως χρειάζεται βοήθεια.

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε άτομα που παρακολουθούνταν από μια νοσηλεύτρια, ενώ δεν λάμβαναν μέρος σε συνεδρίες, διαπιστώθηκε ότι τα άτομα που αποφάσισαν να παρακολουθήσουν μια συνεδρία ύστερα από την επικοινωνία τους με την νοσηλεύτρια παρουσίασαν μείωση των αποπειρών. Τα αποτελέσματα υπέδειξαν, ότι η συμμετοχή των νοσηλευτών μπορεί να βελτιώσει την θεραπευτική παρέμβαση των ασθενών αυτών, ενώ μπορεί να εφαρμόζεται και σε ασθενείς που επιδέχονται την θεραπεία. Στα πλαίσια της εντατικής παρακολούθησης περιλαμβάνονται επισκέψεις στο σπίτι του ασθενή, με ατομικές ή ομαδικές συναντήσεις (Fekadu, 2017).

Κατά την νοσηλευτική παρέμβαση ο επαγγελματίας υγείας είναι αναγκαίο να προβεί στην συλλογή πληροφοριών. Σε πρώτο στάδιο να ερευνήσει το ιστορικό του για παλαιότερες απόπειρες αυτοκτονίας. Η εξωτερική εικόνα (σκυθρωπό πρόσωπο) καθώς και τα λεγόμενα του ασθενούς σχετικά με τις σκέψεις και τα συναισθήματα του(αν εκφράζει αισθήματα ενοχής, αν έχει φόβους, σκέψεις ότι πάσχει από κάποιο νόσημα) είναι σημαντικά για τις επόμενες διεργασίες που πρέπει να ακολουθήσει ο επαγγελματίας υγείας. Παρατήρηση σχετικά με την αλλαγή διάθεσης καθώς και της φύλαξης αντικειμένων που αποτελούν κίνδυνο σωματικής βλάβης (Δασκαλόπουλος, 2020).

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

Κλινική περίπτωση Α

Άνδρας ασθενής ηλικίας 25 ετών, άγαμος και άνεργος, εισήχθη στην Ψυχιατρική κλινική του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Πατρών με την συνοδεία της αδερφής του με τα εξής **συμπτώματα**:

Έντονη θλίψη

Αϋπνία

Ανορεξία

Αυτοκτονικές ιδέες

ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

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

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Ο πατέρας του ασθενή συνήθιζε να ασκεί σωματική-λεκτική βία κατά την παιδική του ηλικία, λόγω της συνεχούς υπερκινητικότητας του. Ο ασθενής κατά την εφηβική του ηλικία απομακρύνθηκε από τον πατέρα του και άρχισε την χρήση ουσιών. Επίσης, η αδερφή του μας πληροφόρησε πως ο αδερφός του πατέρα του, έκανε απόπειρα αυτοκτονίας στο παρελθόν και νοσηλεύθηκε σε ψυχιατρική κλινική.

ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Χρόνια νοσήματα: Κανένα

Αλλεργίες: Όχι

Χειρουργικές επεμβάσεις: Ναι

Χρήση ουσιών: Ναι

Κάπνισμα: Ναι

Κατανάλωση αλκοόλ: Ναι

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

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

Παραμονή στην ψυχιατρική κλινική και συνεχή παρακολούθηση.

Χορήγηση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων.

Θεραπευτικές συνεδρίες με ψυχολόγο, ψυχίατρο, εργοθεραπευτή.

| Λήψη ιστορικού | Νοσηλευτική Διάγνωση | Σχεδιασμός | Εφαρμογή | Αξιολόγηση αποτελεσμάτων |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---|--|--|
| Ο ασθενής αναφέρει αυτοκτονικές ιδέες | Κίνδυνος αυτοκατευθυνόμενης βίας | Απομάκρυνση αιχμηρών αντικειμένων Συνεχής επίβλεψη του ασθενή. Επικοινωνία και Συζήτηση με τον ασθενή. | Επιτεύχθηκε έλεγχος και απομάκρυνση των επικίνδυνων αντικειμένων. Επίτευξη υποστηρικτικής σχέσης μεταξύ νοσηλεύτη και ασθενή. Συνεχής συζήτηση και επικοινωνία με τον ασθενή, έτσι ώστε να νιώσει ασφάλεια και ότι δεν είναι μόνος του. Επίσης θα κατανοήσει το θεμελιώδες αγαθό της ανθρώπινης ζωής. | Ο ασθενής δεν εκφράζει καμία αυτοκτονική σκέψη. Βλέπει το μέλλον του με αισιοδοξία. |
| Διαταραχές στις διατροφικές συνήθειες | Ελλιπής πρόσληψη θρεπτικών συστατικών | Προαγωγή της διατροφής του ασθενή με γεύματα της προτίμησης του. Συζήτηση και εκπαίδευση του ασθενή για τις συνέπειες της μειωμένης πρόσληψης τροφών στον οργανισμό. | Παρέχονται στον ασθενή συχνά και μικρά γεύματα, πλούσια σε θρεπτικά συστατικά, ιδιαίτερα της αρεσκείας του. Εκπαίδευση του ασθενή για την ισορροπημένη διατροφή που πρέπει να ακολουθεί. Επικοινωνία με τον | Ο ασθενής τρώει το γεύμα του με ευχαρίστηση. Ο ασθενής δεν παραλείπει κανένα από τα ημερήσια γεύματα του. |

| | | | | |
|--|-----------------|--|--|---|
| | | | ασθενή και δημιουργία υποστηρικτικής σχέσης ώστε ο ασθενής να εμπιστευτεί τον νοσηλευτή και να κατανοήσει τις συμβουλές του. | |
| Διαταραχές στον ύπνο | Αυπνία | Προαγωγή του ύπνου του ασθενή, στοχεύοντας στην τοποθέτηση του σε ήρεμο περιβάλλον. Διαμόρφωση του χώρου, ώστε να επικρατεί χαμηλός φωτισμός . Ώρες κοινής ησυχίας. Διατροφικές συνήθειες που συμβάλλουν στον ύπνο. Έναρξη σωματικής άσκησης και συμμετοχής σε ομάδες. | Τοποθέτηση του ασθενή σε ήσυχο περιβάλλον. Οριοθέτηση ωραρίων ανάπαυσης. Δίνεται στον ασθενή γάλα το οποίο χάρης τα συστατικά του βελτιώνει την ποιότητα του ύπνου. Ενθάρρυνση για Περπάτημα στο διάδρομο και ύστερα στο προαύλιο με την παρουσία νοσηλευτή. Συμμετοχή σε ομάδα εργοθεραπείας και συζήτηση με άλλους ασθενείς. | Ο ασθενής κοιμάται κανονικά 7-8 ώρες τη μέρα. Ο ασθενής δεν έχει διακοπτόμενο ύπνο. |
| Ο ασθενής είναι θλιμμένος, σκεπτικός και εκφράζει ανησυχία για το μέλλον | Έλλειψη ελπίδας | Δημιουργία επικοινωνιακής σχέσης και επικοινωνίας μεταξύ νοσηλευτή και ασθενή. Ο διάλογος θα βοηθήσει στην πνευματική και ψυχική ευημερία του. | Καθημερινή επικοινωνία με τον ασθενή. Ο νοσηλευτής θα δείξει στον ασθενή πως τα προβλήματα λύνονται και πως δεν είναι μόνος του. Ενθάρρυνση του για συμμετοχή σε ομαδικές δραστηριότητες και ανταλλαγή με άλλους ασθενείς. | Ο ασθενής αισθάνεται χαρούμενος. Το συναίσθημα θλίψης έχει εξαλειφθεί. |
| | | | | |

Κλινική περίπτωση Β

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

Αίσθημα απελπισίας

Άγχος

Παραισθήσεις

Κίνδυνος βίας προς τρίτους

Κοινωνική απομόνωση

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

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

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Η ασθενής έχει μεγαλώσει σε ένα φυσιολογικό και σχετικά υποστηρικτικό περιβάλλον. Από τα 18 της χρόνια, είχε έντονα τα συμπτώματα της νόσου, καθώς νωρίτερα τα σημάδια που φανέρωναν ότι έπασχε από κάποια ψυχική διαταραχή ήταν αμυδρά και παρεξηγήσιμα από την οικογένεια της λόγω της εφηβείας. Είχε νοσηλευτεί στο παρελθόν στην ψυχιατρική κλινική της Τρίπολης για περίπου 8 μήνες και στην συνέχεια παρακολουθούταν στο σπίτι όπου δεν είχε εμφανή σημάδια υποτροπής της νόσου. Τέλος, ο σύζυγος της αναφέρει ότι τον τελευταίο καιρό είχε απομονωθεί από όλους καθώς φοβόταν ότι κάποιος προσπαθεί να της κάνει κακό και άκουγε μία φωνή στο κεφάλι της που της έλεγε ότι δεν είναι καλό για εκείνη να βγει έξω από το σπίτι.

ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Χρόνια νοσήματα: Ψυχωτική διαταραχή

Αλλεργίες: Όχι

Χειρουργικές επεμβάσεις: Καισαρική

Χρήση ουσιών: Όχι

Κατανάλωση αλκοόλ: Σπάνια

Κάπνισμα: Όχι

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

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

Διαμονή στην ψυχιατρική κλινική και συνεχή παρακολούθηση.

Θεραπευτικές συνεδρίες. (ψυχοθεραπεία, εργοθεραπεία).

Ρύθμιση της φαρμακευτικής αγωγής που λαμβάνει (αντιψυχωτικά φάρμακα).

| Λήψη ιστορικού | Νοσηλευτική Διάγνωση | Σχεδιασμός | Εφαρμογή | Αξιολόγηση αποτελεσμάτων |
|---|----------------------------|--|---|---|
| Η ασθενής αναφέρει πως ασφυκτιεί και απελπίζεται με την κατάσταση της | Αίσθημα απελπισίας | Δημιουργία σχέσης εμπιστοσύνης και υποστήριξης μεταξύ νοσηλευτή και ασθενή. Συνεχής συζήτηση με την ασθενή, προκειμένου να αναπτρωθεί η ψυχολογία της και να νιώθει συμπαράσταση. | Καθημερινή συζήτηση και επικοινωνία με τον ασθενή. Ο νοσηλευτής παρακινεί την ασθενή να εκφράσει τους προβληματισμούς της για να ανακουφιστεί. | Η ασθενής δεν νιώθει πια απελπισία. Η ασθενής νιώθει αισιόδοξα συναισθήματα. |
| Η ασθενής απομονώνεται από τους γύρω της | Κοινωνική απομόνωση | Ενθάρρυνση εύρεσης ατόμων για κοινωνική συναναστροφή. Ενθάρρυνση για συμμετοχή σε δραστηριότητες. Συζήτηση προκειμένου η ασθενής να καταλάβει πως δεν είναι μόνο στην πορεία της νόσου, έχοντας σύμμαχο τον νοσηλευτή. | Συντονισμός ομαδικών δραστηριοτήτων από τον νοσηλευτή. Δημιουργία ομάδας από τον νοσηλευτή για συζήτηση μεταξύ των ασθενών. | Η ασθενής απολαμβάνει την να παίρνει μέρος σε ομαδικές δραστηριότητες. |
| Αναφορά για επιθετική συμπεριφορά σε άτομο του περιγύρου της. | Κίνδυνος βίας προς τρίτους | Συζήτηση και επίβλεψη του ασθενή. Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής για να την μείωση της επιθετικότητας. Δημιουργία ήρεμου περιβάλλοντος χωρίς εντάσεις. Παροχή άνετου χώρου για περπάτημα και εκτόνωση. | Χορήγηση ενδομυϊκής ή peros φαρμακευτικής αγωγής και επίβλεψη της ασθενούς για αποφυγή άρνησης ή ρίψης της αγωγής. Επικοινωνία του νοσηλευτή με την ασθενή προκειμένου να κατανοήσει την αποφυγή τριβής με άλλα άτομα σε έντονα συναισθηματικά καταστάσεις. | Η ασθενής είναι ήρεμη και δεν εμφανίζει επιθετική συμπεριφορά. Η ασθενής επικοινωνεί ευχάριστα με τον νοσηλευτή και με άλλους ασθενείς. |

| | | | | |
|--|----------------|---|---|--|
| | | | Τοποθέτηση σε δωμάτιο με μειωμένο αριθμό ασθενών. Χαμηλός τόνος της φωνής και διαβεβαίωση από τον νοσηλευτή πως είναι δίπλα της. | |
| Γίνεται αναφορά από το οικογενειακό περιβάλλον για ύπαρξη παραισθήσεων. | Χρόνια σύγχυση | Χορήγηση αντιψυχωτικών φαρμάκων σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες. Συζήτηση με την ασθενή. | Χορήγηση ενδομυϊκής ή reτος φαρμακευτικής αγωγής και επίβλεψη της ασθενούς για αποφυγή άρνησης ή ρίψης της αγωγής. Aloperidin 1x1 Akineton 1x1 Ο νοσηλευτής μέσω της συζήτησης θα καθοδηγήσει τον ασθενή να αντιληφθεί την πραγματικότητα σε συνδυασμό με την λήψη φαρμάκων. | Η ασθενής δεν παρουσιάζει παραισθήσεις. |
| Γίνεται αναφορά από την ίδια πως η ψυχική της κατάσταση της προκαλεί άγχος | Άγχος | Σχεδιασμός περιόδων ανάπαυσης μέσα στην μέρα. Παρακίνηση της ασθενούς να εκφράζει τα συναισθήματά της. Υποστηρικτική σχέση μεταξύ νοσηλευτή και ασθενή. Χορήγηση αγχολυτικών φαρμάκων με ιατρική οδηγία. Ενασχόληση σε ομαδικές δραστηριότητες. | Εφαρμόστηκε ωράριο ανάπαυσης. Η ασθενής απέκτησε σχέση εμπιστοσύνης με τον νοσηλευτή. Χορηγήθηκε 1 tab Lexotanil 1x1 με οδηγία ιατρού. Συμμετοχή σε ομάδα εργοθεραπείας, επικοινωνία με άλλους ασθενείς και πραγματοποίηση παιχνιδιών με την συμμετοχή και του νοσηλευτή. | Η ασθενής είναι ήρεμη και ευδιάθετη. Η ασθενής κοινωνικοποιείται. |

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η κατάθλιψη είναι ένα σημαντικό πρόβλημα υγείας, όπου τα τελευταία χρόνια παρουσιάζει αύξηση τόσο στα ποσοστά εμφάνισης όσο και θνησιμότητας. Η κατάθλιψη, ως μία διαταραχή της διάθεσης, είναι πολυδιάστατη και επηρεάζει όχι μόνο το άτομο αλλά και τον ευρύτερο κοινωνικό του περίγυρο. Η εμφάνιση της κατάθλιψης μπορεί να γίνει σε οποιαδήποτε ηλικιακή ομάδα και εξαρτάται από ποικίλους παράγοντες. Η νόσος όσο ποιο

γρήγορα γίνεται αντιληπτή τόσο ποιο γρήγορα αντιμετωπίζεται Η θεραπεία της περιλαμβάνει ποικίλους τρόπους αντιμετώπισης που εξαρτάται από το άτομο, τον χαρακτήρα και τα συμπτώματα του. Σε πρώτο στάδιο το άτομο πρέπει να αντιληφθεί ότι νοσεί και να αναζητήσει περίθαλψη. Η θεραπεία περιλαμβάνει φαρμακευτική αγωγή, ψυχοθεραπεία και σε βαριά μορφή κατάθλιψης ηλεκτροσπασμοθεραπεία και διακρανική μαγνητική διέγερση. Τέλος, όπως διαπιστώθηκε από τα παραπάνω, ο ρόλος του νοσηλευτή είναι πολυδιάστατος καθώς δεν περιορίζεται μόνο στον παραδοσιακό ρόλο του, δηλαδή στο να απαλύνει μόνο τα σωματικά, αλλά και τα ψυχικά συμπτώματα. Με την εμπειρία και τις γνώσεις του καλείται να ανταποκριθεί στη δυσκολία αυτή με βασικό στόχο την πρόληψη και την αντιμετώπιση της νόσου, την προστασία του θεμελιώδους αγαθού της ανθρώπινης ζωής καθώς και την προσφορά μιας ποιοτικής ζωής του ασθενή.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Aas M., Henry C., Andreassen O., Bellivier F., Melle I., Etain B. (2016). The role of childhood trauma in bipolar disorders. *International Journal of Bipolar Disorders*, 4(6), 342-348.

Akhondali Z., Dianat M., Radan M. (2015). Electronic Physician. *Electronic Physician*, 7(5), 971–976.

American Psychiatric Association, Diagnostic and statistical manual of mental disorders <https://dsm.psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9780890425596> (2015). Τελευταία προσπέλαση Σεπτέμβριος 1, 2020 .

Anaebere A. & Delilly C. (2016). Faith community nursing: Supporting mental health during life transitions. *Issues in Mental Health Nursing*, 33(2), 337–339.

Ancibure F., Ancibure M.G., Sauret M.J. (2010). Κατάθλιψη. Εκδόσεις Νόβολι, Αθήνα.

Bauchat J.R, Seropian M., Jeffries P. R. (2016). Communication and Empathy in the Patient-Centered Care Model-Why Simulation Based Training Is Not Optional. *Clinical Simulation in Nursing*, 12(3), 356–359.

Beddig T., Reinhard I., Kuehner C. (2019). Stress, mood, and cortisol during daily life in women with Premenstrual Dysphoric Disorder. *Psychoneuroendocrinology*, 10(3), 231-234.

Ben-Zeev D., Scherer E., Wang R., Xie H. & Campbell A. (2015). Next-generation psychiatric assessment: Using smartphone sensors to monitor behavior and mental health. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 38(3), 218-221.

Cardinal Rudolf N. & Bullmore Edward T. (2015). *The Diagnosis of Psychosis*. Cambridge University Press, 15(2),57-59.

Carrellas N., W. Biederman, & Uchida M. (2017). How prevalent and morbid are subthreshold manifestations of major depression in adolescents? A literature review *Journal of Affective Disorders*, 11(7), 166-173.

Kingston D., Biringer A., Toosi M., Heaman I., Lasiuk G., McDonald C., Kingston J. Sword W., Jarema K., Austin P. (2015) "Disclosure during prenatal mental health screening," *Journal of Affective Disorders*, 48(4), 90–94.

Deligiannidis K.M & Freeman M.P. (2015). Complementary and alternative medicine for the treatment of depressive disorders in women. *Psychiatric Clinics of North America*, 100 (1) 441.

Fekadu N., Shibeshi I., & Engidawork E. (2017) 'Major Depressive Disorder: Pathophysiology and Clinical Management.', *Journal of Depression and Anxiety* 6, (6), 1–7.

Fujii D.E. & Ahmed I. (2014) Psychotic Disorder Caused by Traumatic Brain Injury. *Psychiatric Clinics of North America* 101 (11), 113-124.

Gartlehner G, Hansen RA., Morgan LC. (2016). Comparative benefits and harms of second-generation antidepressants for treating major depressive disorder: an updated meta-analysis. *15(5)*, 772-79.

Gelaye B, Rondon M., Araya.R, Williams M.A(2016). Epidemiology of maternal depression, risk factors, and child outcomes in low-income and middle-income countries. *Lancet Psychiatry*, 3(9), 973–982.

Gibbons R., Hur K., Brown C., Davis L. & Mann J., (2015). Benefits from antidepressants: synthesis of 6-week patient level outcomes from double blind placebo controlled randomized trials of fluoxetine and venlafaxine. *Archives of general psychiatry*, 69(7), 572-579.

Ghadirian A. (2015). 'Depression: Biological, Psychosocial, and Spiritual Dimensions and Treatment', *The Journal of Baha'i Studies*, 35(4), 25–29.

Goldberg J. (2016). Causes of Depression, *Web MD Medical Reference* 22(2), 47-49.

Grande I., Berk M., Birmaher B. (2015) 'Bipolar disorder', *The Lancet*, 6736 (11), 1– 12.

Gajic-Veljanoski K., Wells O., Higgin D. & Walter M. (2017). Psychotherapy for Major Depressive Disorder and Generalized Anxiety Disorder: A Health Technology Assessment. Ontario Health Technology Assessment Series, 342(15), 1–16.

Hirschfeld (2014) ‘Differential diagnosis of bipolar disorder and major depressive disorder’, *Journal of affective disorders*. 56(1), 12.

Howard D., Adams J., Clarke T.K., Hafferty D., Gibson J.& Shirali M., (2019). "Genome-wide meta-analysis of depression identifies 102 independent variants and highlights the importance of the prefrontal brain regions". *Nature Neuroscience*. 22(9), 343–352.

Jann M. (2014). Diagnosis and Treatment of Bipolar Disorders in Adults: A Review of the Evidence on Pharmacologic Treatments. *Am Health Drug Benefits* 7(10), 489–499.

Kennedy H., McIntyre R., Soczynska J.K., Nguyen T., Bilkey S., Woldeyohannes H., Nathanson A., Joshi S., Cheng J.S., Benson M. & Muzina D. (2010). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Adults with Bipolar Disorder or Major Depressive Disorder: Results from the International Mood Disorders Collaborative Project. *Prim Care Companion J. Clin Psychiatry*, 61(5), 612-617.

Kerie S., Menberu M. & Niguse W. (2018). Prevalence and associated factors of postpartum depression in Southwest, Ethiopia, 2017: a cross-sectional study. *BMC Research Notes*, 7(1), 623.

Kessing L., Bukh J.& Bock C., (2010). Does bereavement related first episode depression differ from other kinds of first depressions? *Soc Psychiatry Epidemiol.*, 132(7),801-808.

King A.M., Davison G.C., Neale J.M & Johnson S.L., (2010). Ψυχοπαθολογία (μετάφραση: Καραμπά). Εκδόσεις: Gutenberg, Αθήνα, 108(8),123-131.

Kneisl C.R, Wilson H.S. & Trigoboff E., (2016). Σύγχρονη Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας, Εκδόσεις Έλλην, Αθήνα .

Ladegaard N., Videbech P., Lysaker P.H. & Larsen E.R., (2015). The course of social cognitive and metacognitive ability in depression: Deficit is only partially normalized after full remission of first episode major depression. *Br. J. Clinic Psychology* 1222 (2), 660-662.

Lea.P. (2014). Factors affecting nurses' intent to assess for depression in heart failure patients. *Dimens Crit Care Nurs* 342(6), 320-6.

Madre M., Canales-Rodriguez E., Ortiz-Gil J., Marru A., Torrent C., Bramon E., Perez V., Orth M., Brambilla P., Vietta E., Amman B. (2016) Neuropsychological and neuroimaging underpinnings of schizoaffective disorder: a systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 9(1) 231.

Mccormick U., Murray B & Mcne B. (2015) 'Diagnosis and treatment of patients with bipolar disorder: A review for advanced practice nurses', *Journal of the American Association of Nurse Practitioners* 13 (12), 530–542.

Melrose S. (2017) 'Persistent Depressive Disorder or Dysthymia: An Overview of Assessment and Treatment Approaches', *Open Journal of Depression* 32, (12), 1–13.

Mollinea L. (2015) Consequences of untreated depression. <http://www.livestrong.com>
Τελευταία προσπέλαση Δεκέμβριος 19, 2016.

Nalugya-Sserunjogi J., Rukundo G., Ovuga E., Kiuwua S., Musisi M., Nakimuli-Mpungu E. (2016). Prevalence and factors associated with depression symptoms among school-going adolescents in Central Uganda. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 14 (7), 1-8.

Naushad S., Farooqui W., Sharma S., Rani M., Singh R., Verma S. (2014) 'Study of proportion and determinants of depression among college students in Mangalore city', *Nigerian Medical Journal* 54 (1), 156.

NIMH, (2016). "Bipolar Disorder". National Institutes of Health. <http://www.nimh.nih.gov>
Τελευταία προσπέλαση Ιούνιος 12, 2017.

NHS Choices, (2015). Treating Depression. <http://www.nhs.uk>. Τελευταία προσπέλαση Ιανουάριος 21, 2019.

O'Connor E., Rossom R., Henninger C., Groom M., Burda H. (2016). Primary care screening for and treatment of depression in pregnant and postpartum women: evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. *Jama* 31 (8), 388-406.

Park S., Young Lee H., Woo Lee D., Choi J., Ju K., (2015) 'Knowledge and attitude of 851 nursing personnel toward depression in general hospitals of Korea', *Journal of Korean Medical Science* 1, (6)953–959.

Patel V. (2017) 'Talking sensibly about depression', <http://www.ncbi.nlm.nih.gov> (Τελευταία προσπέλαση Ιούλιος 11, 2018).

Reynolds J., Griffiths K., Cunningham J., Bennett K. & Bennett A. (2015). Clinical Practice Models for the Use of E-Mental Health Resources in Primary Health Care by Health Professionals and Peer Workers: A Conceptual Framework. *JMIR Mental Health*, 13(1), 6.

Reynolds, C. R. & Kamphaus, R. W. (2015) 'DSM-5 TM Diagnostic Criteria', *Diagnostic & Statistical Manual of Mental Disorders* 123 (2), 32–34.

Seçer I, Gülbahçe A., & Ulas S. (2019). An investigation into the effects of anxiety sensitivity in adolescents on childhood depression and anxiety disorder (Published Research Paper), Department of Guidance and Counselling, Faculty of Education, Atatürk University, Turkey, 14(6) 293-299.

Semioshkina, N. and Voigt, G. (2016) An overview on depression, *Journal of Radiation Research*, 47(5), 95–100.

Steinert C., Schauenburg H., Dinger U. & Leichsenring F. (2015). Short-Term Psychodynamic Therapy in Depression - An Evidence-Based Unified Protocol]. *Psychother Psychosom Med Psychol* 13(2), 278-279.

Stoyanova S. Y. (2014) ‘Depression — Factors, Symptoms, Prevention and the Role of Open Journal of Depression’ 7(1), 3–4.

Stuart-Parrigon K. & Stuart S. (2014). Perinatal depression: an update and overview. *Current psychiatry reports*, 16(1), 468.

Suzuki K., Kumei K., Ohhira M., Nozu T., Okumura T., (2015) ‘Screening for major depressive disorder with the Patient Health Questionnaire (PHQ-9 and PHQ-2) in an outpatient clinic staffed by primary care physicians in Japan: A case control study’, 10(7), 2-9.

Thompson L., Howes C. & McCabe R., (2015). Effect of questions used by psychiatrists on therapeutic alliance and adherence. *Br J Psychiatry*, 8(6), 216- 222.

Van Genugten L., Dusseldorp E., Massey E. K. & Van Empelen P. (2017). Effective self-regulation change techniques to promote mental wellbeing among adolescents: a meta-analysis. *Health Psychology Review*, 11(18), 53-71.

Villada P., Vélez A. & Baena L.Z. (2013). Physical Exercise and Depression in the Elderly: A Systematic Review, *Rev. Colomb. Psiquiatr.*, 42 (3), 198-211.

Wanat M., Walker J., Hodges L., Richardson A., & Sharpe M. (2015). Selecting, training and supervising nurses to treat depression in the medically ill: experience and recommendations from the SMART oncology collaborative care trials. *Gen Hosp Psychiatry*. 43(3), 518-21.

WHO Regional Committee for Europe. (2015) (63rd session). Fact sheet –Mental Health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. <https://www.euro.who.int/en/about-us/governance/regional-committee-for-europe/past-sessions/sixty-third-session>

Τελευταία προσπέλαση Μάρτιος 11, 2020.

Wood E., Ohlsen S. & Ricketts T. (2017). What are the barriers and facilitators to implementing Collaborative Care for depression? A systematic review. *Journal of Affective*

Disorders, 53 (214), 26-43. World Health Organization (2017). 'Depression and other common mental disorders: global health estimates', World Health Organization, 7(23), 1-24.

World Health Organization (2014) 'Preventing suicide.', CMAJ: Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne 21, (1), 609-610.

Wouters H., Bouvy M., Van Geffen L. (2015). Antidepressants in primary care Dove press 22(11), 179-190.

Wu J & Zhang Y.J (2017) 'Effect of High-quality Nursing on Improvement of Anxiety and Depression of Patients with Acute Stroke in MRI Examination', 11 (5), 1646-1651.

Wu J & Zhang Y.J (2015) 'Practice Matters: Screening and Referring Congregants with Major Depression'. International Journal of Faith Community Nursing, 66 (9), 81-90.

Ευθυμίου Κ., Αργαλιά Ε., Κασκαμπά Ε., Μακρή Α. (2013). Οικονομική κρίση και ψυχική υγεία. Τι γνωρίζουμε για τη σημερινή κατάσταση στην Ελλάδα. Εκδόσεις Εγκέφαλος, 50(8), 22-30.

Κούκια Ε. (2015) Ψυχιατρική Νοσηλευτική . Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας. Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα.

ΕΠΨΥ, Στεφάνης Κ. Κατάθλιψη-άγχος. <http://www.depressionanxiety.gr> Τελευταία προσπέλαση Οκτώβριος 11, 2020.

Λυράκος Δ. Ο ψυχίατρος, η ψυχιατρική και η ψυχοθεραπεία. http://psi-gr.tripod.com/psychiatric_disease.html. Τελευταία προσπέλαση Ιανουάριος 22, 2020.

Οικονόμου Δ., Χαρίτση Μ., Πέππου Λ., Διέτη Ε., Σουλιώτης Κ. (2018). Η ψυχική υγεία στην Ελλάδα της οικονομικής κρίσης: Κοινωνικοοικονομικοί προσδιοριστές της κατάθλιψης. ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ, 35(12), 17-29.

