

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ
Σ.Ε.Υ.Π
ΤΜΗΜΑ : ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΘΕΜΑ: " Η ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ "



«Η κατάθλιψη είναι
μια ασθένεια
που μπορεί να γίνει καλά.
Δεν αποτελεί σημάδι
αδυναμίας χαρακτήρα
ή τεμπελιάς».

Ονοματεπώνυμο Σπουδάστριας:
ΜΑΤΑ ΓΡΗΓΟΡΙΑ

Ονοματεπώνυμο Υπεύθυνης:
ΤΣΑΜΠΑ ΕΥΔΟΚΙΑ

ΠΑΤΡΑ 2000

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	3353
----------------------	------

Η επιτροπή για την έγκριση της Πτυχιακής Εργασίας :

Επιβλέπουσα: Τσαμπά Ευδοκία

Παπαθανασοπούλου Ελένη

Χαραλάμπους Μαίρη

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣ

Σε αυτή την εργασία γίνεται μια προσπάθεια θεωρητικής προσέγγισης της κατάθλιψης μέσα από Έλληνες ψυχιάτρους κατά κύριο λόγο.

Πιο συγκεκριμένα στο τρίτο κεφάλαιο της μελέτης, μετά δηλαδή από την παρουσίαση της εισαγωγής και της μεθοδολογίας, γίνεται μια γενική αναφορά στην ιστορική αναδρομή, για να δούμε πότε έχουμε τις πρώτες ενδείξεις για τη νόσο αυτή. Κατόπιν αναφέρεται στις αιτίες της κατάθλιψης, στα συμπτώματα και πως επηρεάζουν τον άνθρωπο. Συνεχίζει με τις δυο κυριότερες μορφές της κατάθλιψης. Παρακάτω αναφέρονται οι παράγοντες κινδύνου νόσησης των συναισθηματικών διαταραχών. Γίνεται μια συσχέτιση του άγχους με την κατάθλιψη, τις διαταραχές του ύπνου που επιφέρει η κατάθλιψη και οι ψυχικές λειτουργίες που διαταράσσονται από αυτήν. Αναφέρεται η σοβαρή επιπλοκή της κατάθλιψης και η συχνότερη αιτία θανάτου των καταθλιπτικών ασθενών που είναι για αυτοκτονία. Η εργασία συνεχίζεται με την αναφορά της κατάθλιψης στην παιδική και εφηβική ηλικία. Τα αίτια που οδηγούν τα παιδιά στη νόσο αυτή, τα συμπτώματα που εμφανίζουν και ποιες είναι οι σημαντικότερες θεραπείες για την καταπολέμηση της νόσου αυτής. Γίνεται ακόμη αναφορά για την κατάθλιψη στην τρίτη ηλικία, τα καταθλιπτικά σύνδρομα που εμφανίζουν τα άτομα στην τρίτη ηλικία και οι σημαντικότερες θεραπείες για την καταπολέμηση της νόσου στην ηλικία αυτή. Γίνεται μια αναφορά για την πρόληψη της κατάθλιψης, πόσο σημαντική είναι και πως μπορεί να την αποφύγει κανείς. Αναφέρεται στις υπάρχουσες θεραπείες που έχουμε στη διάθεσή μας σήμερα και τέλος στο ρόλο του κοινωνικού λειτουργού σε ασθενείς που πάσχουν από κατάθλιψη.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣ

Κεφάλαιο I : ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	1
Το πρόβλημα.....	1
Σκοπός της μελέτης.....	3
Ορισμοί όρων.....	4
ΚΕΦΑΛΑΙΟ II : ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....	6
ΚΕΦΑΛΑΙΟ III : ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΑΛΛΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ ΚΑΙ ΣΧΕΤΙΚΩΝ ΣΥΓΓΡΑΜΜΑΤΩΝ	
1. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ.....	7
2. ΑΙΤΙΕΣ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ.....	8
3. ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ	11
Α. ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑ.....	11
Β. ΦΥΤΙΚΟ ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ.....	12
Γ. ΚΙΝΗΤΟΠΟΙΗΣΗ.....	13
Δ. ΣΚΕΨΗ – ΑΝΤΙΛΗΨΗ.....	14
Ε. ΣΩΜΑΤΙΚΑ ΕΝΟΧΛΗΜΑΤΑ.....	14
4. ΜΟΡΦΕΣ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ.....	17
Α. ΠΑΡΑΛΗΡΗΤΙΚΗ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ.....	17
Β. ΣΥΓΚΑΛΥΜΜΕΝΗ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ.....	20
5. ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ ΣΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ.....	25
6. ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΑΓΧΟΣ.....	28
7. ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΟΥ ΥΠΝΟΥ ΣΤΗΝ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ.....	31
8. ΨΥΧΙΚΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ ΠΟΥ ΔΙΑΤΑΡΑΣΣΟΝΤΑΙ ΑΠΟ ΤΗΝ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ.....	33
9. ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ.....	36
10. Η ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΚΑΙ ΕΦΗΒΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ.....	39
Α. ΒΡΕΦΟΝΗΠΙΑΚΗ ΚΑΙ ΠΡΟΣΧΟΛΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ.....	40
Β. ΛΑΝΘΑΝΟΥΣΑ / ΣΧΟΛΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ.....	41
Γ. ΕΦΗΒΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ.....	42
Δ. ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ.....	44
-Κληρονομικότητα.....	44
- Ψυχοδυναμικοί και ψυχοκοινωνικοί παράγοντες.....	45
Ε. ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	45
11. Η ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ.....	47
Α. ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΑ ΣΥΝΔΡΟΜΑ.....	48
- Μείζων κατάθλιψη.....	48
- Δυσθυμία.....	48

- Κατάθλιψη και άνοια.....	49
- Ψυχωτική κατάθλιψη.....	50
- Κατάθλιψη με αναστρέψιμη άνοια.....	50
- Αντίδραση πένθους.....	51
- Κίνδυνος αυτοκτονίας.....	51
B. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΣΤΗ	
ΓΗΡΙΑΤΡΙΚΗ.....	52
- Φαρμακοθεραπεία.....	52
- Ηλεκτροσπασμοθεραπεία.....	53
- Ψυχοθεραπεία.....	54
- Αντιμετώπιση της αντίδρασης πένθους.....	55
- Συνεχιζόμενη εφαρμογή θεραπείας και συντήρησης	
αποτελέσματος.....	55
12. ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ.....	56
13. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ.....	59
A. ΒΙΟΛΟΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	59
- Ηλεκτροσπασμοθεραπεία.....	59
- Στέρηση ύπνου.....	61
- Φωτοθεραπεία.....	62
- Φαρμακευτική θεραπεία.....	63
B. ΨΥΧΑΝΑΛΥΤΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	65
Γ. ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	67
Δ. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΥΝΤΗΡΗΣΗΣ.....	67
14. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΣΕ	
ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ.....	69
ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV : ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ –ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	74
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	

Το πρόβλημα

Η κατάθλιψη είναι μια πάθηση που βασανίζει τους ανθρώπους από την αρχή της ύπαρξής τους. Αυτό φαίνεται και από τα ιατρικά κείμενα και τις ιστορικές πηγές. Οι άνθρωποι που νοσούν από κατάθλιψη υπολογίζονται σε εκατομμύρια ενώ 1 στους 11 ανθρώπους θα νοσήσουν σε κάποια περίοδο της ζωής τους. Οι κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις της κατάθλιψης είναι οι εξής: δυσκολία στο να επιτελέσει επαγγελματική δραστηριότητα το άτομο, δυσκολία στη διατήρηση στενών διαπροσωπικών σχέσεων, αλκοολισμός, τροχαία ατυχήματα, κατάχρηση των υπηρεσιών υγείας, επιπτώσεις σε όλη την οικογένεια και περισσότερο στα παιδιά, πρόωμη συνταξιοδότηση και κατάχρηση ουσιών. Το καταθλιπτικό άτομο υποφέρει από τη νόσο αυτή με αποτέλεσμα να βρίσκει ως καλύτερη λύση την αυτοκτονία. Η κατάθλιψη μπορεί να μεταμορφώνεται και να εκφράζεται με πολλούς τρόπους όπως υποχονδριακά συμπτώματα, σεξουαλική ανικανότητα, αϋπνία ή υπερϋπνία, ανοϊκόμορφη συμπτωματολογία, ανορεξία ή πολυφαγία, παραπρωματική συμπεριφορά.

(Γ.Ν.Χριστοδούλου, 1996, σελ.9 –10)

Επειδή η κατάθλιψη μπορεί να ξεγελάσει τον ιατρό, χρειάζεται προσεκτική εξέταση για τρεις σοβαρούς λόγους:

« 1. Η οδύνη που προκαλεί η κατάθλιψη ξεπερνάει συχνά τα ανθρώπινα μέτρα και όρια αντοχής.

2. Έχει τεράστιο κοινωνικό κόστος, γιατί αφορά το πιο παραγωγικό κομμάτι του πληθυσμού, δηλ. τους συναισθηματικούς, εξωστρεφείς συμπαθείς, συνεπείς και δημιουργικούς συνανθρώπους μας, που κάποιος ψυχίατρος, ο Myre Sim, ονόμασε "το άλας της γής".

3. Είναι μια κατάσταση ιάσιμη».

(Γ.Ν.Χριστοδούλου, 1996, σελ.11 –12).

Όσον αφορά τη διάγνωσή της έχουν γίνει σημαντικά βήματα, το ίδιο ισχύει και για τον τομέα της ψυχοπροφύλαξης. Δυστυχώς η κατάθλιψη είναι μια πάθηση που δεν μπορεί να φύγει από τη ζωή μας. Πρέπει λοιπόν να μάθουμε να συνυπάρχουμε με αυτή για πολλά χρόνια ακόμη και για πάντα παράλληλα με τις φροντίδες για πρωτοβάθμια πρόληψη και να γίνεται έγκαιρη διάγνωση της κατάθλιψης πράγμα που δεν ισχύει για τη χώρα μας. Αυτοί που έρχονται σε επαφή με την κατάθλιψη πρώτη φορά είναι ιατροί άλλων ειδικοτήτων και όχι ψυχίατροι. Θα πρέπει οι ιατροί αυτοί να είναι πολύ καλά ενημερωμένοι για το θέμα αυτό. Καλό θα ήταν επίσης να βρεθούν αποτελεσματικοί τρόποι αντιμετώπισης και συνδυασμοί θεραπευτικών μεθόδων της κατάθλιψης. Η κατάθλιψη στην πιο σοβαρή μορφή της είναι μια νόσος που διαρκεί όσο και η ζωή του ανθρώπου. Η εφαρμογή προφυλακτικής αγωγής της μείζονος κατάθλιψης είναι απαραίτητη. Επίσης απαραίτητη είναι και η ενημέρωση του κοινού και των ιατρών για την πολυμορφία, την πορεία στον χρόνο και τις διαθέσιμες θεραπευτικές και ψυχοπροφυλακτικές δυνατότητες της κατάθλιψης.

(Γ.Ν. Χριστοδούλου, 1996,σελ. 12-13).

ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Βασικός σκοπός αυτής της μελέτης είναι η παρουσίαση της νόσου της κατάθλιψης.

Ειδικότερα επιδιώκονται οι παρακάτω στόχοι:

- Να φανεί η επίδραση που έχει η κατάθλιψη στο άτομο και πως εκδηλώνεται
- Να επισημάνει τη νόσο αυτή κυρίως στην παιδική, εφηβική και τρίτη ηλικία.
- Να παρουσιάσει τις κυριότερες θεραπείες που έχουμε στη διάθεσή μας σήμερα για τη θεραπεία της νόσου αυτής.

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Ορισμοί όρων

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ: Η λέξη προέρχεται από το ρήμα «καταθλίβω» που μπορεί να σημαίνει «καταπιέζω» ή «ζουλώ», αλλά και στενοχωρώ, «συγκινώ». Κατάθλιψη δεν σημαίνει να έχει κάποιος άσχημη διάθεση. Εκτός από τα συναισθήματά μας επηρεάζει τη σκέψη μας, την ενεργητικότητά μας, τη συγκέντρωση της προσοχής μας, τον ύπνο μας, ακόμη και την ερωτική μας διάθεση.

(Paul Gilbert, 1999, σελ.40).

ΔΥΣΘΥΜΙΑ: Καταθλιπτική διάθεση στο μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, τις περισσότερες ημέρες, τουλάχιστον για δύο χρόνια. Το άτομο πρέπει να παρουσιάζει τουλάχιστον δύο από τα παρακάτω συμπτώματα:

Ελαττωμένη όρεξη ή υπερφαγία, αϋπνία ή υπερυπνία, ελαττωμένη ενέργεια, χαμηλή αυτοεκτίμηση, ελαττωμένη ικανότητα για συγκέντρωση ή δυσκολία λήψης αποφάσεων, αισθήματα έλλειψης ελπίδας.

(N.Μάνος, 1992, σελ.189).

MANIA: Διαταραχή της διάθεσης αρκετά σοβαρή ώστε να προκαλέσει έκπτωση στην επαγγελματική λειτουργικότητα, στις συνηθισμένες κοινωνικές δραστηριότητες, στις σχέσεις με τους άλλους ή να κάνει απαραίτητη τη νοσηλεία για να προληφθεί κακό στον εαυτό ή στους άλλους.

(N.Μάνος, 1992, σελ.209).

ΠΑΡΑΛΗΡΗΤΙΚΗ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ: Οι παραληρητικές ιδέες και οι ψευδαισθήσεις είναι τα χαρακτηριστικά που διακρίνουν την παραληρητική

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

κατάθλιψη.

(Ε. Λύκουρας, 1996, σελ.89).

ΣΥΓΚΑΛΥΜΜΕΝΗ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ: Η κατάθλιψη αυτή εκδηλώνεται με σωματικά συμπτώματα. Πόνοι στο σώμα, αϋπνία, δυσκοιλιότητα, διαταραχές της όρεξης, απώλεια σεξουαλικής επιθυμίας.

(Ε.Χ.Δημητρίου, 1996, σελ.81)

ΜΕΙΖΩΝ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ: Ένα άτομο πάσχει από μείζονα κατάθλιψη όταν παρουσιάζει πέντε από τα παρακάτω συμπτώματα, για διάστημα δύο εβδομάδων: κακή διάθεση, ελάττωση του ενδιαφέροντος ή της ευχαρίστησης, ελάττωση ή αύξηση της όρεξης, διαταραχές στον ύπνο, αίσθημα αναξιοτήτας, δυσκολία συγκέντρωσης, σκέψεις θανάτου και αυτοκτονίας.

(Paul Gilbert, 1999,σελ.46).

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Για την προσέγγιση του θέματος έγινε επισκόπηση της σχετικής επιστημονικής βιβλιογραφίας.

Για το σκοπό αυτό συμβουλευτήκαμε τις εξής βιβλιοθήκες:

- Βιβλιοθήκη Τ.Ε.Ι. Πατρών.
- Δημοτική Βιβλιοθήκη Πατρών.
- Κεντρική Βιβλιοθήκη Πανεπιστημίου Πατρών
- Αγορά βιβλίων από βιβλιοπωλεία.

Να τονίσουμε ότι κατά την διάρκεια συλλογής των στοιχείων συναντήσαμε διάφορα προβλήματα όπως οι περιορισμένες μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί στη χώρα μας σχετικά με το θέμα . Αυτό είχε σαν αποτέλεσμα η ανεύρεση της βιβλιογραφίας να είναι αρκετά δύσκολη.

Η εργασία αυτή είναι καθαρά συνθετική βιβλιογραφική.

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Ο Ιπποκράτης (460-370 π.χ.) είναι ο πρώτος που χρησιμοποίησε τους όρους μελαγχολία και μανία. Ο όρος μανία αντιστοιχούσε στις λειτουργικές ψυχώσεις, ενώ ο όρος μελαγχολία αναφερόταν στις χρόνιες ψυχικές διαταραχές και όχι στη νοσολογική έννοια της κατάθλιψης όπως έχει διαμορφωθεί σήμερα. Η Ιπποκρατική ταξινομική αντίληψη διατηρήθηκε για πολλά χρόνια. Ο Φίλιππος Pinel (1745-1826) σε γενικές γραμμές χρησιμοποίησε ένα σύστημα παρόμοιο με εκείνο του Ιπποκράτη. Περιγραφές για τη μελαγχολία βρέθηκαν και σε αιγυπτιακά και σουμερικά κείμενα του 2.600π.χ. Οι Γάλλοι Ψυχίατροι J. Farlet και J. Baillarger περιέγραψαν τη διπολική συναισθηματική νόσο στα μέσα του 19^{ου} αιώνα. Ο Γερμανός ψυχίατρος Kahllbanm (1882) περιέγραψε τη διπολική μορφή χρησιμοποιώντας τον όρο "κυκλοθυμία". Ο πατέρας της περιγραφικής ψυχιατρικής Γερμανός ψυχίατρος Emil Kraepelin (1856-1926) λίγο πριν την αρχή του 20ου αιώνα καθόρισε τα διαγνωστικά κριτήρια της μανιοκαταθλιπτικής ψύχωσης, διαχώρισε την πάθηση αυτή από την πρόιμη άνοια (dementia praecox) που αργότερα ονομάστηκε από τον Bleuler σχιζοφρένεια. Βασική ήταν και η συμβολή του Kraepelin που βασιζόμενος και σε παρατηρήσεις προγενεστέρων του, στήριξε την ταξινόμησή του όχι στην κλινική περιγραφή αλλά και στην πορεία και πρόγνωση της μανιοκαταθλιπτικής νόσου, διαχωρίζοντας την από την σχιζοφρένεια. (Γ. Ν. Χριστοδούλου, 1996, σελ. 14-15).

ΑΙΤΙΕΣ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Οι αρχαίοι Έλληνες θεωρούσαν ότι η κατάθλιψη προκαλείται από πολύ υψηλά επίπεδα μέλαινας χολής στο σώμα. Θεωρούσαν ότι υπάρχουν άνθρωποι που από τη φύση τους έχουν περισσότερη μέλαινα χολή. Πίστευαν επίσης ότι και το άγχος, η διατροφή και οι εποχιακές αλλαγές είναι δυνατόν να επηρεάσουν την ποσότητα της μέλαινας χολής στο σώμα. Αναγνώριζαν ότι τα διάφορα γεγονότα ζωής προκαλούν αναστάτωση και η αναστάτωση αυτή επηρεάζει τις σωματικές λειτουργίες. Ορισμένοι ψυχολόγοι αποδίδουν την κατάθλιψη αποκλειστικά στον τρόπο σκέψης μας ή στις σχέσεις μας.

(Paul Gilbert, 1999, σελ.54 –55).

Όλο και περισσότερες ενδείξεις τα τελευταία χρόνια συγκλίνουν στο ότι η κατάθλιψη αποτελεί νόσο οφειλόμενη σε εγκεφαλική δυσλειτουργία. Η ακριβής φύση της διαταραχής αυτής δεν είναι γνωστή. Κλινικές γενετικές μελέτες οδηγούν στο συμπέρασμα ότι η συμμετοχή της κληρονομικότητας στην εκδήλωση της κατάθλιψης είναι πάρα πολύ σημαντική. Επίσης οι περιβαλλοντικοί οικογενειακοί παράγοντες συμβάλλουν σε πολύ μικρότερο βαθμό από τους κληρονομικούς στην εμφάνιση της κατάθλιψης. Όσον αφορά τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες, το πένθος, η μετανάστευση, η ανεργία και η εμφάνιση σοβαρής σωματικής νόσο συνήθως προηγούνται της πρώτης εκδήλωσης της κατάθλιψης αν και, συχνά, η νόσος αργότερα “αυτονομείται”

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

και δεν χρειάζεται πλέον η παρουσία τέτοιων ψυχοπιεστικών γεγονότων για την εμφάνιση υποτροπιών. Η πρώιμη απώλεια ενός γονέα ή και ύπαρξη ιστορικού κακής γονεϊκής συμπεριφοράς κατά την παιδική ηλικία του ασθενούς, η κοινωνική απομόνωση, το χαμηλό κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο και εκπαίδευση, οι κακές συζυγικές σχέσεις και η χηρεία σχετίζονται με την εμφάνιση κατάθλιψης. Άλλα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας ενός ατόμου όπως η εσωστρέφεια, το κοινωνικό άγχος και η αδυναμία ελέγχου των παρορμήσεων, επίσης προδιαθέτουν σε εμφάνιση κατάθλιψης (Δ . Γ. Δίκαιος, Κ.Ρ. Σολδάτος, 1999, σελ. 55 – 56).

Σύμφωνα με τον Π.Ν. Σακκά τα οργανικά αίτια της κατάθλιψης είναι:

« Ενδοκρινολογικές διαταραχές :

Υποθυρεοειδισμός

Σύνδρομο Cushing

Σύνδρομο Addison

Σακχαρώδης διαβήτης

Αυτοάνοσες νόσοι :

Ερυθματώδης λύκος

Νευρολογικές διαταραχές :

Σκλήρυνση κατά πλάκας

Όγκος μετωπιαίου λοβού

Νόσος του Parkinson

Χορεία του Hautington

Αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Αυτοί που πάσχουν από κατάθλιψη έχουν σοβαρή και μελαγχολική εμφάνιση, φαίνονται αξιολύπητοι, είναι σκυφτοί και η φωνή τους είναι άχρωμη, μονότονη σε χαμηλούς τόνους. Είναι κλειστοί τύποι, όταν παραβρεθούν σε μια συζήτηση δεν δίνουν παρά μόνο σύντομες απαντήσεις και δεν κάνουν ποτέ καμία πρόταση. Έχουν χαμηλή ενεργητικότητα, κάθονται μόνοι και ονειροπολούν.

(Μ.Αρτζυλ, 1981, σελ.98).

« Η δομική συγκρότηση των καταθλιπτικών διαταραχών μας επιτρέπει να κατανεύουμε τα επιμέρους συμπτώματα και σημεία τους σε 5 βασικές διαστάσεις που συγκροτούν το καταθλιπτικό σύνδρομο: τη συναισθηματική/βιωματική (πως νιώθει ο καταθλιπτικός άρρωστος), τη γνωστική (πως σκέπτεται και εκτιμά τη ζωή του), γ) τη συμπεριφορική (πως συμπεριφέρεται), δ) τη σωματική (τι εκδηλώνεται μέσω των σωματικών λειτουργιών) και ε) τη λειτουργική (πως λειτουργεί συνολικά ο καταθλιπτικός άρρωστος στην εργασία του και στις διαπροσωπικές του σχέσεις). Η αντίληψη της συνδρομικής δομής των καταθλιπτικών διαταραχών μας προφυλάσσει από το συχνό υπεραπλουστευτικό σφάλμα της ταύτισης των καταθλιπτικών διαταραχών απλώς και μόνο με μια διαταραγμένη συναισθηματική διάθεση».

(Σ.Χ. Ντώνιας , 1999 , σελ. 37)

Παρακάτω γίνεται μια ομαδοποίηση των πολυάριθμων συμπτωμάτων και σημείων της κατάθλιψης :

A. ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑ

Η καταθλιπτική διαταραχή στην οποία , βρίσκεται το άτομο επηρεάζει και

τη διάθεσή του. Το άτομο διαμαρτύρεται ότι νιώθει θλίψη, λύπη, απογοήτευση, απελπισία. Ένα άλλο συχνό φαινόμενο είναι και τα εύκολα κλάματα. Ένα βασικό σύμπτωμα της κατάθλιψης είναι και η απώλεια της ευχαρίστησης σε δραστηριότητες που πριν ήταν ευχάριστες. Οι δραστηριότητες αυτές είναι το σεξ, φαγητό, χόμπυ, σπορ, οι κοινωνικές, και οικογενειακές εκδηλώσεις. Το άγχος σε μορφή εσωτερικής δυσφορίας φόβου, προσβολών πανικού, αίσθηματος επικειμένου κινδύνου με συμπτώματα όπως ταχυκαρδία, ιδρώτες και αίσθημα παλμών είναι κάτι που νιώθουν πολλοί καταθλιπτικοί ασθενείς. Όταν συνυπάρχει το άγχος με την κατάθλιψη, είναι δύσκολο να καταλάβουμε από ποια διαταραχή πάσχει το άτομο.

(Ν.Μάνος, 1992, σελ.176).

Β. ΦΥΤΙΚΟ ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Η αναγνώριση συμπτωμάτων από το φυτικό νευρικό σύστημα είναι σημαντική για τη διάγνωση και τη θεραπεία της κατάθλιψης. Οι περισσότεροι παρουσιάζουν διαταραχή του ύπνου. Συνήθως αϋπνία και υπερϋπνία λιγότερες φορές. Άλλοι παρουσιάζουν διαταραχές της όρεξης, ανορεξία που συνοδεύεται από απώλεια βάρους. Η απώλεια βάρους μπορεί να είναι μικρή, μεγάλη ή και απειλητική για τη ζωή. Κάποιες φορές η όρεξη αυξάνεται με αποτέλεσμα να αυξάνεται και το βάρος και ειδικά στις νεαρές γυναίκες. (Ν.Μάνος, 1992, σελ.177)

Οι καταθλιπτικοί ασθενείς παραπονιούνται για εξάντληση και κόπωση. Το αίσθημα αυτό είναι ανυπόφορο. Η συναισθηματική διάθεση διακυμάνεται, οπότε μπορεί να έχουμε κατάθλιψη και κόπωση το πρωί αλλά να βελτιώνεται καθώς περνάει η μέρα.

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Η ελάττωση της σεξουαλικής διάθεσης, ιδιαίτερα στους άντρες που εκφράζεται και με διαταραχή της στύσης, πληγώνει την αυτοεκτίμησή τους. Πολλοί ασθενείς παρουσιάζουν επιβράδυνση του λόγου, των κινήσεων και της σκέψης. Δίνουν φτωχές ή μονολεκτικές απαντήσεις, το βλέμμα τους είναι απλανές, ο λόγος μονότονος και οι κινήσεις του σώματος αργές. Ιδιαίτερα τα ηλικιωμένα άτομα παρουσιάζουν εκνευρισμό, ένταση ή και διέγερση και ανησυχία. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα οι ασθενείς να βηματίζουν πάνω – κάτω, τραβούν τα μαλλιά τους, τα ρούχα τους, το δέρμα τους, στριφογυρνούν τα χέρια τους, φωνάζουν και παραπονιούνται έντονα.

(Ν.Μάνος, 1992, σελ.177 –178)

Γ. ΚΙΝΗΤΟΠΟΙΗΣΗ

Οι καταθλιπτικοί ασθενείς δεν βιώνουν μόνο την απώλεια της ικανότητας για ευχαρίστηση, αλλά και ελάττωση της κινητοποίησης σ' όλες τις εκφράσεις της ζωής. Τα άτομα χάνουν το ενδιαφέρον για εργασία, οικογενειακή ζωή, σπορ και δεν έχουν ικανότητα – διάθεση για την εκτέλεση συνηθισμένων ασχολιών. Το άτομο νιώθει ανίκανο να φροντίσει την εμφάνισή του και την υγιεινή του. Επίσης νιώθει χωρίς ελπίδες για το μέλλον. Σοβαρή και πολύ επικίνδυνη επιπλοκή είναι η αυτοκτονία. Το 1% των ασθενών αυτοκτονεί σε 12 μήνες από την έναρξη του καταθλιπτικού επεισοδίου. Επικίνδυνη είναι η περίοδος των 6 ως 9 μηνών που ακολουθεί τη συμπτωματική βελτίωση των ασθενών. Θεωρεί τη ζωή του αρκετά αρνητική και έχει έντονη την επιθυμία της αυτοκτονίας.

(Ν.Μάνος, 1992, σελ.178 –179)

Δ. ΣΚΕΨΗ – ΑΝΤΙΛΗΨΗ

Αισθήματα και σκέψεις ενοχής, αναξιότητας, χαμηλή εκτίμηση είναι έντονα στον ασθενή. Η αυτοεκτίμηση επηρεάζεται επειδή είναι ανίκανοι να εκτιμήσουν ρεαλιστικά την απόδοσή τους στις καθημερινές υποχρεώσεις. Όταν αυτά τα συναισθήματα φτάσουν στο σημείο να είναι σταθερά και ακλόνητα αποτελούν παραληρητικές ιδέες. Οι ασθενείς δυσκολεύονται να προσέξουν τι γίνεται γύρω τους. Έχουν έκπτωση της μνήμης και δυσκολία να συγκεντρωθούν. Αυτό φαίνεται όταν προσπαθούν να διαβάσουν ή να παρακολουθήσουν τηλεόραση. Στα ηλικιωμένα άτομα είναι δύσκολο να καταλάβεις αν πάσχουν από άνοια λόγω των ίδιων συμπτωμάτων. Συχνά παρουσιάζουν επιβράδυνση της σκέψης και αναποφασιστικότητα. Όταν η κατάθλιψη είναι βαριά παρουσιάζει ψυχωτικά συμπτώματα όπως ψευδαισθήσεις και παραληρητικές ιδέες. Π.χ. το άτομο πιστεύει ότι το καταδιώκουν επειδή είναι αμαρτωλό ή ανεπαρκές ή έχει ακουστικές ψευδαισθήσεις που το κατηγορούν για αμαρτίες ή λάθη του. Μπορεί να εμφανιστούν μηδενιστικές παραληρητικές ιδέες καταστροφής του κόσμου ή του ατόμου, ψευδαισθήσεις καρκίνου ή άλλης σοβαρής ασθένειας, παραληρητικές ιδέες φτώχειας, σωματικές παραληρητικές ιδέες.

(Ν.Μάνος, 1992, σελ.179 – 180).

Ε. ΣΩΜΑΤΙΚΑ ΕΝΟΧΛΗΜΑΤΑ

Πέρα από τα συμπτώματα που αναφέραμε παραπάνω υπάρχουν και τα σωματικά. Οι γενικοί γιατροί, παθολόγοι κλπ. ακούνε συχνά για τέτοια ενοχλήματα όπως είναι πόνοι στη μέση, πονοκέφαλοι, ναυτία, εμετός, μυϊκοί σπασμοί, δυσκοιλιότητα, δυσκολία στην αναπνοή, πόνος στο στήθος, υπέρπνοια.

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Γίνεται ένας μεγάλος αριθμός εξετάσεων χωρίς λόγο μέχρι ο γιατρός να καταλάβει ότι το πρόβλημα είναι ψυχολογικό.

(Ν. Μάνος , 1992, σελ..180)

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Συμπτώματα της κατάθλιψης

Συναίσθημα

Καταθλιπτική διάθεση

Ανηδονία

Άγχος

Φυτικό (Αυτόνομο) Νευρικό Σύστημα

Διαταραχή του ύπνου

Διαταραχή της όρεξης

Κόπωση εξάντληση(απώλειαενέργειας)- Χαμηλή αυτοεκτίμηση

Ελάττωση της σεξουαλικής

διάθεσης (libido)

Ψυχοκινητική επιβράδυνση

Ψυχοκινητική διέγερση

Κινητοποίηση

Απώλεια του ενδιαφέροντος

Ανημπόρια , έλλειψη ελπίδας

Σκέψεις ή απόπειρες αυτοκτονίας

Σκέψη-Αντίληψη

Αισθήματα-σκέψεις

ενοχής ή/και αναξιότητας

Δυσκολία στη συγκέντρωση

Ψύχωση (ψευδαισθήσεις ,
παραληρητικές ιδέες κ.λ.π.)

Σωματικά ενογλήματα

(Ν. Μάνος , 1992 , σελ. 176).

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

ΜΟΡΦΕΣ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Α. ΠΑΡΑΛΗΡΗΤΙΚΗ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Οι παραληρητικές ιδέες σε βαριές μορφές κατάθλιψης έχουν περιγραφεί από τον προηγούμενο αιώνα. Επικρατούσε η άποψη ότι παραληρητικοί και μη παραληρητικοί ασθενείς απαντούν εξίσου καλά στη βιολογική θεραπεία. Την τελευταία 20ετία, ερευνητές διαπίστωσαν ότι τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα δεν ήταν αποτελεσματικά στη θεραπεία καταθλίψεων που συνοδεύονταν από παραληρητικές ιδέες και ψευδαισθήσεις. Το 1978, για πρώτη φορά ο Spitzer και οι συνεργάτες του, αναφέρουν την ψυχωσική κατάθλιψη με την παρουσία παραληρητικών ιδεών, ψευδαισθήσεων και εμβροντησίας ως υποκατηγορία της καταθλιπτικής διαταραχής.

(Ε.Λύκουρας, 1996, σελ.88).

« Στην Τρίτη έκδοση του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου των Ψυχικών Διαταραχών της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρίας (DSM-III, 1980) υιοθετείται η υποκατηγορία αυτή και αναφέρεται ως μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο με ψυχωσικά στοιχεία (α) που εναρμονίζονται και (β) που δεν εναρμονίζονται με το συναίσθημα ». (Ε.Λύκουρας, 1996,σελ.88).

« Στην αναθεωρημένη Τρίτη (DSM-III-R, 1987) και Τέταρτη έκδοση (ΔΣΜ-II, 1994) του ίδιου ταξινομικού Συστήματος, ο τύπος αυτός της κατάθλιψης διατηρείται, αλλά δεν συμπεριλαμβάνεται πλέον στα διαγνωστικά κριτήρια η εμβροντησία. Επίσης στις δύο τελευταίες εκδόσεις του Διεθνούς Συστήματος Ταξινόμησης των Ψυχικών Νοσημάτων και Διαταραχών και Συμπεριφοράς ΚD-9 (1978) και ΚD-10 (1992) βρίσκουμε το μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο με ψυχωσικά στοιχεία (α) εναρμονισμένα και (β) μη

εναρμονισμένα με το συναίσθημα ως διαγνωστική υποκατηγορία της «μείζονος κατάθλιψης»

(Ε. Λύκουρας, 1996, σελ. 88-89).

Οι παραληρητικές ιδέες και οι ψευδαισθήσεις είναι τα κλινικά χαρακτηριστικά που διακρίνουν την παραληρητική-ψυχωσική, από τη μη παραληρητική κατάθλιψη. Οι ψευδαισθήσεις συναντώνται συνήθως με την παρουσία παραληρητικών ιδεών. Οι πιο συνηθισμένες είναι οι οπτικές, οι ακουστικές και οι οσφρητικές. Μελέτες έχουν δείξει ότι ένα ποσοστό 50%-60% καταθλιπτικών ασθενών παρουσιάζουν ψυχωσικά συμπτώματα. Οι παραληρητικές ιδέες και οι ψευδαισθήσεις επηρεάζουν την πορεία, τη θεραπεία και τη βιολογία της κατάθλιψης. Οι ψυχίατροι και οι γενικοί ιατροί θα πρέπει να γνωρίζουν καλά τα συμπτώματα της κατάθλιψης γιατί πολλές φορές δεν είναι θορυβώδη. Επομένως χρειάζεται και η κατάλληλη προσοχή έτσι ώστε να μπορούν να τα εντοπίσουν. Τα ψυχωσικά συμπτώματα πολλές φορές δεν αναφέρονται από τους καταθλιπτικούς ασθενείς. Άσχετα αν είναι ήπια ή παροδικά έχουν την ίδια σημασία με τα βαρύτερα. Τα συμπτώματα αυτά είναι εύκολο να τα αναγνωρίσει ο θεράπων ιατρός. (Ε.Λύκουρας, 1996, σελ.90).

Έχουμε περιπτώσεις ασθενών, που δεν ανταποκρίνονται στην θεραπεία με αντικαταθλιπτικά φάρμακα, είχαν ψευδαισθήσεις αλλά ο γιατρός δεν γνώριζε τίποτα γι' αυτό. Οι ασθενείς που επισκέπτονται τον γιατρό τους δεν τον ενημερώνουν για συμπτώματα, είτε επειδή δεν τους πειράζει να ζουν με αυτά, είτε φοβούνται ότι θα παρεξηγηθούν και θα θεωρηθούν "τρελοί". Πολλές φορές ούτε και οι συγγενείς μπορούν να δώσουν πληροφορίες για τους ασθενείς.

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Τα ψυχωσικά αυτά συμπτώματα μπορούν να γίνουν γνωστά στον ιατρό μετά από επανειλημμένες ερωτήσεις.

(Ε.Λύκουρας, 1996, σελ.90 – 91)

«Έρευνες που έγιναν για τη θεραπεία της κατάθλιψης τα τελευταία χρόνια έφεραν τα εξής συμπεράσματα:

- 1) Οι ασθενείς με παραληρητική κατάθλιψη έχουν ιδιαίτερα χαμηλά ποσοστά απάντησης στη θεραπεία με placebo. Οι μη παραληρητικοί καταθλιπτικοί ασθενείς έχουν υψηλότερα ποσοστά.
- 2) Αντίθετα με τους μη παραληρητικούς καταθλιπτικούς ασθενείς, οι ασθενείς με παραληρητική κατάθλιψη δεν απαντούν ικανοποιητικά στα τρικυκλικά Α.Κ. φάρμακα όταν αυτά χορηγούνται μόνα τους.
- 3) Οι ασθενείς με παραληρητική κατάθλιψη απαντούν ευνοϊκά στην Η.Σ.Θ.
- 4) Ο συνδυασμός αντικαταθλιπτικών και αντιψυχωσικών (Α.Ψ.) φαρμάκων έχει τεκμηριωθεί ότι είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικός 70-80% των ασθενών απαντούν θετικά (παρόμοιο είναι το ποσοστό στην Η.Σ.Θ.
- 5) Εργασίες της προηγούμενης εικοσαετίας, στις οποίες αξιολογήθηκε η αποτελεσματικότητα των Α.Ψ. φαρμάκων στην παραληρητική κατάθλιψη δίνουν ποσοστά ικανοποιητικής βελτίωσης 40%.

Ωστόσο, θα πρέπει να σημειωθούν οι μεθοδολογικές αδυναμίες διαγνωστικά κριτήρια, μικρός αριθμός ασθενών, μη ελεγχόμενες μελέτες κ.α.των εργασιών αυτών».

(Ε. Λύκουρας, 1996, σελ. 91).

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Συμπερασματικά, παραληρητική κατάθλιψη θεραπεύεται με έναν συνδυασμό αντικαταθλιπτικών και αντιψυχωσικών φαρμάκων. Η θεραπεία μετά από ένα ψυχωσικό καταθλιπτικό επεισόδιο θα πρέπει να συνεχιστεί για ένα διάστημα 6 μηνών τουλάχιστον. Δεδομένα έχουν δείξει ότι η παραληρητική κατάθλιψη με ψυχωσικά στοιχεία μη εναρμονισμένα με το συναίσθημα, ως προς την ψυχοπροφύλαξη δεν επαρκούν, τα άλατα λιθίου και τα αντικαταθλιπτικά, για την πρόληψη νέων επεισοδίων. (Ε.Λύκουρας, 1996, σελ.90).

Από τη διερεύνηση του κληρονομικού διαπιστώθηκε ότι τα ψυχωσικά στοιχεία εμφανίζονται σε καταθλίψεις με πιο έντονα τα στοιχεία της "ενδογένειας". Σχετικές μελέτες έδειξαν ότι η πρόγνωση στους καταθλιπτικούς ασθενείς με ψυχωσικά στοιχεία εναρμονισμένα στο συναίσθημα είναι καλύτερη σε σύγκριση με εκείνους με ψυχωσικά στοιχεία μη εναρμονισμένα με το συναίσθημα.

(Ε. Λύκουρας, 1996, σελ. 90-93).

Β. ΣΥΓΚΑΛΥΜΜΕΝΗ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Η κατάθλιψη αποτελεί την συχνότερη ψυχική διαταραχή. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών παραμένει αδιάγνωστο και αυτό γιατί εκδηλώνεται συνήθως με άτυπη συμπτωματολογία. Ο κίνδυνος της λανθάνουσας διάγνωσης τίθεται όταν ο ασθενής παρουσιάσει σωματικά συμπτώματα, με αποτέλεσμα να επισκεφθεί γιατρό κάποιας ειδικότητας και όχι τον ψυχίατρο. Στην περίπτωση αυτή υπάρχει ο κίνδυνος να γίνει λάθος διάγνωση. Αυτό βέβαια συμβαίνει και

λόγω της προκατάληψης που υπάρχει για το ψυχικό νόσημα καθώς και για τους ψυχιάτρους. (Ε. Χ. Δημητρίου, 1996, σελ.81).

Η ανάγκη της εκπαίδευσης και εξοικείωσης του μη ψυχιάτρου σε θέματα ψυχιατρικής και κυρίως της κατάθλιψης είναι απαραίτητη. Πολύ περισσότερο πρέπει να μπορεί να την διαγνώσει όταν αυτή εκδηλώνεται συγκαλυμμένα, δηλαδή με σωματικά συμπτώματα και οδηγούν τους ασθενείς σε γιατρούς άλλους ειδικοτήτων και όχι στον ψυχίατρο.

(Ε.Χ. Δημητρίου, 1996, σελ. 81).

« Τα σωματικά συμπτώματα που παρατηρούνται στους ενήλικες καταθλιπτικούς ασθενείς είναι τα εξής:

- 1) Αϋπνία και πολύ πρωινό ξύπνημα.
- 2) Δυσκοιλιότητα.
- 3) Διαταραχές εμμηνορροής.
- 4) Ψυχοσωματικές διαταραχές.
- 5) Σοβαρές διαταραχές στην όρεξη που οδηγούν σε ελάττωση ή αύξηση βάρους
- 6) Πόνοι στο σώμα
- 7) Αίσθημα συνεχούς σωματικής αδυναμίας.
- 8) Απώλεια της σεξουαλικής επιθυμίας.

Συχνά συμπτώματα είναι επίσης: κεφαλαλγία, ζάλη, ξηροστομία, "κόμβος" στο λαιμό, πίεση στο στήθος, ιδρώτες, προκαρδιακή δυσφορία, αρρυθμία, έκτακτες συστολές, διαταραχές του σφυγμού, γαστρικό άλγος και αίσθημα επιγαστρίας πίεσης, δυσκοιλιότητα ή διάρροια, συχνουρία, αρθραλγίες κ.α.»

. (Ε.Χ. Δημητρίου, 1996, σελ. 82).

Μελέτες έγιναν σε ένα μεγάλο δείγμα ασθενών, ενδοноσοκομειακών και εξωτερικών ιατρείων για να παρατηρήσουν τη συχνότητα και την ψυχοπαθολογία της συγκαλυμμένης κατάθλιψης. Το 24% των ασθενών που εξετάστηκαν έπασχε από νευρωτική ή ψυχωτική κατάθλιψη. Οι διαταραχές από το γαστρεντερικό, οι διαταραχές από το κυκλοφορικό, τα μυοσκελετικά, η πάλη και η κεφαλαλγία ήταν τα συχνότερα συμπτώματα στους ενήλικες, ενώ στα παιδιά ήταν κυρίως η κεφαλαλγία και οι διαταραχές από το κυκλοφορικό. Πρέπει να σημειωθεί ότι το σημαντικότερο χαρακτηριστικό των περιπτώσεων ήταν ότι είχαν προηγηθεί στρεσογόνα ερεθίσματα. Στην εκδήλωση της κατάθλιψης τα ερεθίσματα αυτά έπαιξαν σημαντικό ρόλο. (Ε.Χ.Δημητρίου, 1996, σελ. 82).

Πολλές φορές τα σωματικά συμπτώματα κυριαρχούν στην κλινική εικόνα από τα ψυχικά, τα οποία εκδηλώνονται με υποκλινική μορφή. Η ένταση των σωματικών συμπτωμάτων παρασύρει τους γιατρούς σε λανθασμένη διάγνωση, όταν δεν είναι γνώστες της σωματικής και ψυχικής καταθλιπτικής συμπτωματολογίας. (Ε. Χ. Δημητρίου, 1996, σελ.83).

Ανάλογα με την ηλικία η κλινική εικόνα της συγκαλυμμένης κατάθλιψης διαφέρει. Στα νήπια έχουμε την "ανακλητική" κατάθλιψη του Spitz. Αυτό συμβαίνει με τον αποχωρισμό τους από τη μητέρα και την απουσία μητρικού προτύπου. Εκδηλώνεται με καθυστέρηση της σωματικής, νοητικής και συναισθηματικής ανάπτυξης του νηπίου. Τα μικρά παιδιά παρουσιάζουν τα παρακάτω συμπτώματα: εγκόπριση, διαταραχές του ύπνου, ριπτασμοί, διαταραχές της όρεξης, παροξυντικό κλάμα, στερεοτυπίες και υπερβολική ενασχόληση με τα γεννητικά όργανα. Στα παιδιά σχολικής ηλικίας εκδηλώνεται

με ονυχοφαγία, ενούρηση, κλάμα, μικροκλοπές, ανυπακοή, σχολική φοβία, φυγές από το σπίτι. Στους εφήβους εκδηλώνονται πολλά από τα παραπάνω χαρακτηριστικά και συχνότερα ευερεθιστότητα, αντικοινωνική συμπεριφορά, κοινωνική απόσυρση, διαταραχές πρόσληψης τροφής, βουλιμία και ψυχογενής ανορεξία. Στους υπερήλικες παρουσιάζεται αϋπνία, απώλεια βάρους, ανορεξία, ζάλη, κεφαλαλγίες, αίσθημα σωματικής κόπωσης. Λόγω της δυσκολίας έκφρασης των συναισθημάτων τους οι ηλικιωμένοι καταφεύγουν στα σωματικά συμπτώματα, που γίνονται εύκολα κατανοητά από το περιβάλλον τους. Ορισμένες φορές η κατάθλιψη καλύπτεται από άλλα ψυχικά συμπτώματα γι' αυτό θα πρέπει τα άτομα με τα συμπτώματα αυτά να θεωρούνται καταθλιπτικά ως να αποδειχθεί το αντίθετο. Πρόβλημα είναι και η "ψευδοάνοια" που θεωρείται ισοδύναμο καταθλιπτικό και τα συμπτώματά της αρχικά είναι η έκπτωση της μνήμης και οι διαταραχές της συγκέντρωσης.

(Ε. Χ. Δημητρίου, 1996, σελ.83 – 84).

Τα "ψυχοσωματικά" νοσήματα έχουν άμεση σχέση με την κατάθλιψη και ανταποκρίνονται στην αντικαταθλιπτική αγωγή. Η σωστή διάγνωση της συγκαλυμμένης κατάθλιψης είναι δύσκολο να γίνει. Οι προϋποθέσεις που χρειάζονται για την διεξαγωγή της είναι η καλή κλινική κατάρτιση του ιατρού, η προσεκτική παρατήρηση και η διάθεση ικανού χρόνου για την εξέταση. Η οργανική νόσος μπορεί να αξιολογηθεί και να αποκλειστεί με τη λεπτομερή λήψη ιστορικού, τη σωματική εξέταση, τη νευρολογική εξέταση και τη σωστή χρήση των εργαστηριακών μεθόδων. Η γνώση των ιατρών για τα σωματικά και ψυχικά συμπτώματα της κατάθλιψης, στις διάφορες ηλικίες καταλήγει στη σωστή διάγνωση. Σε ορισμένες δύσκολες περιπτώσεις διάγνωσης είναι καλό

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

να θεωρηθεί ως πιθανή η κατάθλιψη. Να γίνει χορήγηση αντικαταθλιπτικών που είναι εύκολα ανεκτά και δεν έχουν σοβαρές παρενέργειες. Η διάγνωση με βάση το θεραπευτικό αποτέλεσμα οριστικοποιείται μετά από έναν μήνα. Η θεραπεία είναι όπως και αυτή των άλλων καταθλίψεων. Τα νεότερα αντικαταθλιπτικά φάρμακα, η σεροτονίνη, σεροτονίνη-νοραδρεναλίνη και η μιανσερίνη είναι καλύτερα για την συγκαλυμμένη κατάθλιψη απ' ό,τι τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά έχουν παρενέργειες. Οι δόσεις που θα χρησιμοποιηθούν θα πρέπει να είναι θεραπευτικές. Η φαρμακευτική αγωγή θα πρέπει να συνεχίζεται έξι μήνες μετά την αποδρομή των συμπτωμάτων. Τέλος απαραίτητη για τη θεραπεία είναι η ψυχοθεραπευτική υποστήριξη του ασθενή από ειδικά εκπαιδευμένο ψυχίατρο.

(Ε.Χ. Δημητρίου, 1996, σελ. 84 - 85).

ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ ΣΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ

Διάφορες αναλύσεις έχουν αποδείξει τους παρακάτω παράγοντες κινδύνου νόσησης συναισθηματικών διαταραχών. Το φύλο, έχουμε περισσότερες γυναίκες που νοσούν από καταθλιπτικές διαταραχές απ' ότι άντρες. Η φυλή, οι λευκοί νοσούν περισσότερο από τους μαύρους. Η ηλικία, μεγαλύτερη πιθανότητα νόσησης έχουν τα άτομα νεαρής ηλικίας. Η κοινωνικο-οικονομική κατάσταση, η υψηλότερη κοινωνικο-οικονομική κατάσταση αποτελεί παράγοντα κινδύνου για τα άτομα που νοσούν ενώ η χαμηλότερη ενοχοποιείται όταν εμφανίζεται καταθλιπτική διαταραχή. Τα διαζευγμένα άτομα έχουν μεγάλη πιθανότητα να νοσήσουν από κάποια συναισθηματική διαταραχή. Η πρώιμη αποστέρηση των γονέων λόγω θανάτου καθώς και η διαταραγμένη οικογενειακή ζωή κατά την παιδική ηλικία επιδρούν αρνητικά και υπάρχουν πολλές πιθανότητες το παιδί να νοσήσει σε κάποια φάση της ζωής του. Τα αρνητικά ψυχοπιεστικά γεγονότα ζωής όπως και η ύπαρξη stress έχουν σχέση με αυξημένο κίνδυνο νόσησης κάποιας διαταραχής. Η ανεργία, είναι πολύ σημαντικός παράγοντας γιατί πυροδοτεί συναισθηματικές διαταραχές. Ο τόπος μόνιμης κατοικίας, τα άτομα των αστικών περιοχών παρουσιάζουν περισσότερες συναισθηματικές διαταραχές από τα άτομα της επαρχίας. Η διαμόρφωση της προσωπικότητας παίζει σημαντικό ρόλο για τη μετέπειτα εμφάνιση της κατάθλιψης.

(Γ. Δ. Μαδιανός, 1996, σελ.23 – 25)

Η Εθνική Στατιστική Υπηρεσία υπολόγισε τα ποσοστά των αρρώστων, ως προς την ηλικία, που νοσηλεύθηκαν σε όλα τα ψυχιατρεία, δημόσια και ιδιωτικά από το 1978 ως το 1993 με "συναισθηματικές ψυχώσεις" (Πίνακας 3). Οι γυναίκες που νοσηλεύτηκαν με συναισθηματική ψύχωση ήταν περισσότερες από τους άνδρες. Ψυχιατρικές έρευνες από το 1978, με ειδικά όργανα και έγκυρα κριτήρια, σε μεγάλα δείγματα πληθυσμού, έχουν προσφέρει πολλές πληροφορίες για τις συναισθηματικές διαταραχές. Οι έρευνες αυτές έφεραν κάποια συμπεράσματα. Ορισμένα από αυτά είναι: Οι γυναίκες 18 – 64 ετών στο γενικό πληθυσμό της Ελλάδας υποφέρουν από καταθλιπτικά συμπτώματα σε μεγαλύτερο ποσοστό απ' ό,τι οι άνδρες της ίδιας ηλικίας. Οι έρευνες έγιναν το 1978 και 1984 και παρατηρήθηκε μια διαχρονική αύξηση των ποσοστών αυτών. Με την 9^η διεθνή ταξινόμηση της Π.Ο.Υ., έρευνα που έγινε σε δύο δήμους της Αθήνας οι συναισθηματικές ψυχώσεις βρέθηκαν στο 0,5% ενώ η νευρωτική κατάθλιψη και η καταθλιπτική αντίδραση στο 7,8%. Σε τρεις ελληνικούς μεταναστευτικούς πληθυσμούς, τα ποσοστά των ερευνών για τις συναισθηματικές διαταραχές έδειξαν το 7,7% στην έρευνα της Ν. Υόρκης, το 6,2% του Λονδίνου και το 15,2% στους επαναπατρισμένους μετανάστες στο νομό Ιωαννίνων. Η επανεξέταση για τη διαχρονική εξέλιξη των συναισθηματικών διαταραχών το 1994 έδειξαν ότι 2 από τα 20 άτομα που έπασχαν από καταθλιπτικό επεισόδιο το 1980/81, εμφάνιζαν και το 1994 την ίδια νόσηση. Οι γυναίκες που έπασχαν από δυσθυμία το 1980/81 το 1994 έπασχαν από οργανικές διαταραχές, δυσθυμία, αγχώδεις διαταραχές και το 40% είχε πέσει σε μείζονα κατάθλιψη.

(Γ.Δ. Μαδιανός, 1996, σελ: 23 –25).

Στο διεθνή και ελληνικό χώρο, υποφέρουν από κατάθλιψη και συναισθηματικές διαταραχές , σημαντικά ποσοστά του γενικού πληθυσμού. Αυτό επιφέρει αρνητικά αποτελέσματα όπως έκπτωση της κοινωνικής λειτουργικότητας και κακή σωματική υγεία. Η βοήθεια που προσφέρεται και ιδιαίτερα στις καταθλιπτικές γυναίκες είναι πρωτοβάθμια φροντίδα ή σε εξωτερικές ψυχιατρικές υπηρεσίες. Ένα μεγάλο ποσοστό των ατόμων αυτών δεν απευθύνονται στους ειδικούς.

(Γ.Δ. Μαδιανός , 1996, σελ. 29).

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΑΓΧΟΣ

Το άγχος είναι αντιδράσεις φόβου όπου η αιτία δεν είναι γνωστή. Είναι μία κατάσταση γενικευμένης ανησυχίας. Το άτομο αισθάνεται κάποιον αόριστο φόβο, χωρίς να είναι σε θέση να καθορίσει πρόσωπο, κατάσταση ή γεγονός που να ενεργοποιεί αυτό το φόβο. Το άγχος κατακλύζει και κυριαρχεί όλη την ύπαρξη του ατόμου και επηρεάζει αρνητικά όλες τις πτυχές της ζωής: συναισθηματική, κοινωνική, επαγγελματική, οικογενειακή.

(Χ. Α. Χριστοφίδης, 1991, σελ.200).

«Οι κυριότερες ενδείξεις αναφορικά με τη συννοσηρότητα της κατάθλιψης και των αγχώδων διαταραχών προέρχονται από κλινικές παρατηρήσεις, επιδημιολογικά δεδομένα, μελέτες οικογενειών, γενετικές μελέτες, βιολογικά δεδομένα, καθώς και από τη διερεύνηση ψυχοκοινωνικών παραγόντων».

(Α.Δ. Ραμπαβίλας, 1996, σελ. 103-104).

Το συχνότερο και πιο δισεπίλυτο πρόβλημα στην ψυχιατρική είναι η κατάθλιψη με τη συνύπαρξη του άγχους. Διαταραχές όπως οι σωματομορφές, λήψεως τροφής, ουσιοεξαρτήσεις και προσωπικότητας, παρουσιάζουν θετική ή και αρνητική συννοσηρότητα με την κατάθλιψη και τις αγχώδεις διαταραχές. Ασθενείς με ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή έχει διαπιστωθεί ότι έχουν 11 φορές περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν κατάθλιψη σε σύγκριση με άτομα χωρίς αυτή την διαταραχή. Ένας περίπου στους τρεις ασθενείς με αγχώδη διαταραχή παρουσιάζει παράλληλα και κατάθλιψη. Συννοσηρότητα με την κατάθλιψη και μάλιστα υψηλή παρουσιάζει και η διαταραχή πανικού. Τα άτομα

με μείζονα κατάθλιψη έχουν 9-19 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να παρουσιάσουν κάποια αγχώδη διαταραχή. Επιδημιολογικές έρευνες έδειξαν ότι οι συναισθηματικές και οι αγχώδης διαταραχές, παρουσιάζουν αυξημένες πιθανότητες συνύπαρξης στα ίδια άτομα και δεν κατανέμονται τυχαία στον ίδιο πληθυσμό. Ένα ποσοστό 30-42% αγχωδών ατόμων παρουσιάζουν τουλάχιστον ένα καταθλιπτικό επεισόδιο στο ιστορικό τους. Η κατάθλιψη συνυπάρχει τις περισσότερες φορές με κάποια αγχώδη διαταραχή. Η κοινωνική φοβία και η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή είναι οι κυριότερες αγχώδεις διαταραχές που συνυπάρχουν με την κατάθλιψη και ακολουθεί η αγοραφοβία και η ψυχαναγκαστική νεύρωση. Έρευνες που πραγματοποιήθηκαν σε παιδιά και εφήβους δείχνουν ακριβώς το ίδιο πράγμα. Παιδιά με κατάθλιψη παρουσιάζουν αγχώδης διαταραχές, ενώ παιδιά με αγχώδη διαταραχή παρουσιάζουν και κατάθλιψη.

(Α.Δ. Ραμπαβίλας, 1996, σελ. 104-105).

«Το μεγαλύτερο ίσως μειονέκτημα των μέχρι τώρα γενετικών μελετών αφορά κυρίως την ερμηνεία των σχετικών αποτελεσμάτων. Αυτό κατά κύριο λόγο οφείλεται στο γεγονός ότι συμπτώματα, ομάδες συμπτωμάτων και περιγεγραμμένες διαταραχές αλληλοεπικαλύπτονται στη μεθοδολογία αξιολόγησης και επιλογής υλικού των παραπάνω μελετών. Η χρησιμοποίηση στο μέλλον εξειδικευμένων στατικών μεθόδων διαχωρισμού των "γενετικών" και "περιβαλλοντικών" παραγόντων επικινδυνότητας συγκεκριμένων διαταραχών θα μπορούσε να δώσει πλέον σαφείς απαντήσεις αναφορικά με την ενδεχόμενη συννοσηρότητα της κατάθλιψης με τις αγχώδεις διαταραχές στο γενετικό επίπεδο».

(Α.Δ.Ραμπαβίλας, 1996, σελ.106)

Υπάρχουν ορισμένες ενδείξεις που αναφέρουν, ότι μπορεί να υφίστανται κοινοί βιολογικοί μηχανισμοί μεταξύ της κατάθλιψης και κάποιων αγχώδων διαταραχών. Οι μηχανισμοί αυτοί λειτουργούν σε διάφορα επίπεδα. Τα επίπεδα αυτά είναι : ψυχοενδοκρινολογικά, νευροχημικά, νευροψυχολογικά, και ψυχοφαρμακολογία. Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες μπορούν να οδηγήσουν σε ειδικές ψυχολογικές αντιδράσεις όπως είναι η κατάθλιψη ή το άγχος. Το άτομο ανάλογα με το βιολογικό του υπόστρωμα και την απαντήτικότητα του στις κοινωνικές συνθήκες μορφοποιεί τις αντιδράσεις αυτές και καταλήγει σε διάφορες ψυχολογικές ή ψυχοπαθολογικές καταστάσεις. Η συννοσηρότητα της κατάθλιψης με τις αγχώδης διαταραχές βασίζεται σε ενδείξεις που προέρχονται από το χώρο της ψυχιατρικής. Οι ενδείξεις αυτές είναι πειστικές γιατί προέρχονται από την κλινική παρατήρηση, τις μελέτες οικογενειών, το βιολογικό επίπεδο και τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες. Η ερμηνεία της συννοσηρότητας περιλαμβάνει αρκετά ενδεχόμενα όπως το γεγονός ότι η κατάθλιψη και το άγχος προδιαθέτουν ή προκαλούν το ένα το άλλο. Επίσης και οι δύο καταστάσεις μπορεί να οφείλονται στην επίδραση κάποιας άλλης διαταραχής. Τέλος μπορεί αυτές οι δύο καταστάσεις να αποτελούν τμήματα κάποιου συνδρόμου, το οποίο διαιρέθηκε τεχνητά για να ικανοποιήσει τις ανάγκες κάποιου ταξινομικού συστήματος.

(Α.Δ. Ραμπαβίλας, 1996, σελ.106-108).

ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΟΥ ΥΠΝΟΥ ΣΤΗΝ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Ένα από τα κυριότερα συμπτώματα της κατάθλιψης είναι οι διαταραχές του ύπνου. Μπορεί να εκδηλωθεί με καθυστέρηση επέλευσης και συχνές διακοπές του ύπνου αλλά και με πρόωμη τελική αφύπνιση. Επιδημιολογικές μελέτες έχουν αποδείξει ένα υψηλό ποσοστό καταθλιπτικών ασθενών που παρουσιάζουν αϋπνία καθώς και ένα υψηλό ποσοστό ατόμων με αϋπνία που παρουσιάζουν κατάθλιψη. Σύμφωνα με τις καταγραφές που έγιναν σε εργαστήριο ύπνου οι καταθλιπτικοί ασθενείς, συχνότερα εμφανίζουν μείωση του ολικού χρόνου ύπνου. Επίσης εμφανίζουν αύξηση του χρόνου από τη στιγμή της κατάκλισης, μέχρι τη στιγμή που θα εισέλθει ο ύπνος, συχνές αφυπνίσεις με αποτέλεσμα τον κατακερματισμό του ύπνου κατά τη διάρκεια της νύχτας και η τελική αφύπνιση να γίνεται πολύ νωρίς το πρωί.

(Κ.Ρ.Σολδάτος, 1999, σελ.111).

Τα άτομα που πάσχουν από εποχιακή συναισθηματική διαταραχή βλέπουμε ότι παρουσιάζουν αύξηση του συνολικού χρόνου ύπνου. Ορισμένοι ασθενείς αποδίδουν την "υπερυπνία" αυτή στο γεγονός ότι "δεν κοιμήθηκαν ικανοποιητικά" και "δεν νιώθουν ξεκούραστοι και ανανεωμένοι όταν ξυπνούν". Σύμφωνα με τα παραπάνω βγαίνει το συμπέρασμα ότι η ποιότητα του ύπνου των καταθλιπτικών είναι κακή ανεξάρτητα από την ποσότητά του. Θα μπορούσαμε να πούμε ότι η ποιότητα και η ποσότητα του ύπνου στα καταθλιπτικά άτομα είναι παρόμοια με εκείνη των ατόμων με ψυχικές διαταραχές όπως είναι η μανία, σχιζοφρένεια, άνοια, ψυχογενής ανορεξία και γενικά αγχώδεις διαταραχές. Ο ύπνος στην κατάθλιψη είναι σίγουρο ότι παρουσιάζει τις εντονότερες διαταραχές ως προς την έναρξή του και ως προς τη

συντήρησή του.

(Κ.Ρ. Σολδάτος , 1999, σελ. 111 – 112)

Με την αύξηση του αριθμού των αφυπνίσεων και τις αλλαγές κατά τη διάρκεια της νύχτας έρευνες έχουν δείξει ότι ο ύπνος των καταθλιπτικών δεν είναι μόνο μειωμένος ποσοτικά αλλά και πιο αβαθής σε σύγκριση με εκείνων των φυσιολογικών .

(Κ.Ρ, Σολδάτος , 1999, σελ. 114)

Οι διαφορές μεταξύ ψυχιατρικών ασθενών και φυσιολογικών ατόμων είναι εντονότερες α) στις μεγαλύτερες ηλικίες β) όταν υπάρχουν ψυχωσικά συμπτώματα γ) όταν η συνολική συμπτωματολογία είναι εντονότερη. Διαταραχές του ύπνου που άλλοτε είχαν αποδοθεί αποκλειστικά και μόνο στην κατάθλιψη , ίσως σχετίζονται περισσότερο με την επίδραση προσφάτου stress. Ορισμένα νευρωτικά συστήματα που ρυθμίζουν την ποσότητα του ύπνου προφανώς εμπλέκονται και ρυθμίζουν τη συναισθηματική διάθεση όπως και άλλες ψυχονοητικές λειτουργίες.

(Κ.Ρ. Σολδάτος , 1999 , σελ. 116)

ΨΥΧΙΚΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ ΠΟΥ ΔΙΑΤΑΡΑΣΣΟΝΤΑΙ ΑΠΟ ΤΗΝ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Ο Στ. Ντώνιας (1996) αναφέρει τις παρακάτω ψυχικές λειτουργίες που διαταράσσονται από την κατάθλιψη:

« α) Η προσοχή και η συγκέντρωση. Η έκπτωση προσοχής είναι σχετικά ελαφρά, αλλά επηρεάζει την αρχική φάση της απόκτησης και της κωδικοποίησης των πληροφοριών. Η σοβαρότητα της έκπτωσης δεν συνδέεται με τη διάγνωση συγκεκριμένων καταθλιπτικών διαταραχών επίσης, η ποσοτική διαταραχή της προσοχής συνδέεται με τη σοβαρότητα της κατάθλιψης (μόνο το εύρος της προσοχής συσχετίζεται αρνητικά με τη σοβαρότητα της κατάθλιψης).

β) Η μνήμη: οι καταθλιπτικοί παραπονούνται για εύκολη λησμοσύνη, η οποία συσχετίζεται θετικά με τη σοβαρότητα της κατάθλιψης. Η έκπτωση της μνήμης δεν μπορεί να δικαιολογηθεί από μια γενική έκπτωση της προσοχής, κι επίσης δεν αποτελεί συνέπεια της ελαττωμένης κινητοποίησης των αρρώστων εξ' αιτίας της κατάθλιψης. Οι διαταραχές της μνήμης μπορούν να αφορούν σε: α) αναποτελεσματική επεξεργασία των πληροφοριών στη βραχύχρονη μνήμη, ιδίως όταν το πληροφοριακό υλικό δεν είναι δομημένο κι απαιτεί προσπάθεια, β) αναποτελεσματική μεταφορά των πληροφοριών από τη βραχύχρονη στη μακρόχρονη μνήμη, γ) έκπτωση της ανάσυρσης των αποθηκευμένων στη μνήμη πληροφοριών.

Οι παραπάνω διαταραχές συσχετίζονται με τη σοβαρότητα της κατάθλιψης (μέχρι του σημείου να μοιάζουν μ' εκείνες της άνοιας).

Ενδεχομένως, οι διαταραχές της μνήμης ν' αποτελούν φαινόμενο ξεχωριστό από το διαταραγμένο συναίσθημα του καταθλιπτικού συνδρόμου.

γ) Υπάρχει μια (αναστρέψιμη) έκπτωση της απόδοσης σε οπτικοχωρικά εγχειρήματα ιδίως σε σοβαρότερες καταθλίψεις. Επίσης, μπορεί να υπάρχει κακή απόδοση σε κινητικά εγχειρήματα που απαιτούν συνεχή προσοχή και εννοιολογική ευκαμψία.

δ) Εκπτώσεις στη γνωστική λειτουργία των καταθλιπτικών αρρώστων συμβαίνουν σε καταστάσεις ή εγχειρήματα που απαιτούν προσπάθεια και ενεργητική και γνωστική δραστηριότητα. Επηρεάζονται κυρίως οι ανώτερης τάξης ("διευθυντικές") δεξιότητες επίλυσης προβλημάτων. Ο επηρεασμός αυτός συσχετίζεται θετικά με τη σοβαρότητα της κατάθλιψης. Το συνολικό γνωστικό στυλ των αρρώστων είναι διαφορετικό κατά το καταθλιπτικό επεισόδιο και μάλλον μεταβάλλεται με την ύφεση του τελευταίου, χωρίς αυτό να είναι εντελώς διευκρινισμένο.

Παρά τις κάποιες μεθοδολογικές επιφυλάξεις αναφορικά με τα παραπάνω ευρήματα, έχουν προταθεί διάφοροι μηχανισμοί που θα μπορούσαν να δικαιολογήσουν τις παρατηρούμενες νευροψυχολογικές εκπτώσεις: α) μια παθολογική ενεργοποίηση του(πρόσθιου) ΔΗ, με παράλληλη άρση της ανασταλτικής δράσης ενός δυσλειτουργούντος ΑΗ (που θα δικαιολογούσε τα φαινόμενα της ψυχοκινητικής επιβράδυνσης και των γνωστικών εκπτώσεων). β) Μια παθολογική ενεργοποίηση του πρόσθιου ΔΗ, που αίρει την αναστολή επί των σύστοιχων οπισθιαίτερων περιοχών ή επί των σύστοιχων φλοιομεταιχμιακών συστημάτων συμπεριφορικής αφύπνισης (που θα δικαιολογούσε την επίταση της αρνητικής συναισθηματικής διάθεσης).

Ειδικότερα για τη διπολική κατάθλιψη, ενδεχομένως μια ΔΗ δυσλειτουργία συστημάτων αφύπνισης θα μπορούσε να δικαιολογήσει τις ελαφρές γνωστικές εκπτώσεις και τις κερκαδιανές διαταραχές του ύπνου.

Από πρακτική άποψη, πρέπει να επισημανθεί ότι οι νευροψυχολογικές εκπτώσεις αποτελούν αναπόσπαστο τμήμα της κλινικής εικόνας του μείζονος καταθλιπτικού συνδρόμου. Διαθέτουν, έτσι, μια αυτοδύναμη σπουδαιότητα, η οποία γίνεται ακόμη πιο σημαντική σ' ορισμένες δύσκολες διαφοροδιαγνωστικές περιπτώσεις: α) στη διάκριση της μείζονος κατάθλιψης από ανοϊκές καταστάσεις και στην αντιμετώπιση της καταθλιπτικής "ψευδοάνοιας, β) στη διάκριση των επιπτώσεων του φυσιολογικού γήρατος από εκείνες της κατάθλιψης, γ) στην αντιμετώπιση των καταθλίψεων που επικάθηνται στα αρχικά στάδια μιας άνοιας και δ) στις περιπτώσεις της κατάθλιψης που συνοδεύει συγκεκριμένες εγκεφαλικές βλάβες».

(Στ. Ντώνιας, 1996, σελ.45 – 46)

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ

Η αυτοκτονία θεωρείται η σοβαρότερη επιπλοκή της κατάθλιψης και η συχνότερη αιτία θανάτου των καταθλιπτικών ασθενών. Υπολογίζεται ότι περισσότερο από 15% των ασθενών που πάσχουν από κατάθλιψη θα καταλήξουν αυτοκτονώντας, ενώ οι περισσότεροι από αυτούς αναμένεται ότι θα πραγματοποιήσουν απόπειρες αυτοκτονίας. Μεγάλο μέρος των καταθλιπτικών ασθενών που αυτοκτονούν, για ένα μικρό χρονικό διάστημα πριν πραγματοποιήσουν την πράξη αυτή, εκφράζουν τις ιδέες της αυτοκτονίας στο γιατρό τους. Με τα παραπάνω δεδομένα χρειάζεται η εφαρμογή προληπτικών παρεμβάσεων που θα έχουν ως στόχο την έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία της κατάθλιψης. Αποτέλεσμα των παρεμβάσεων αυτών θα είναι η μείωση των αυτοκτονιών. Τα καταθλιπτικά άτομα που αυτοκτονούν, έχουν τα εξής συμπτώματα: αισθήματα απελπισίας και αδιεξόδου, ιδέες υποτίμησης, αναλιότητας και πεσσιμισμού, διαταραχές συγκέντρωσης και προσοχής, διαταραχές του ύπνου, μείωση των ενδιαφερόντων, παραμέληση εαυτού, κοινωνική μόνωση, απώλεια βάρους, άγχος, ανησυχία, αισθήματα εχθρικότητας. Τα αισθήματα απελπισίας και αδιεξόδου παίζουν σημαντικό ρόλο στην πραγματοποίηση και άλλων αυτοκαταστροφικών πράξεων. Ο καταθλιπτικός ασθενής που αυτοκτονεί έχει τα εξής χαρακτηριστικά: άνδρας, ώριμης ηλικίας, χωρισμένος, χήρος, διαζευγμένος ή άγαμος, ζει μόνο, έχει πραγματοποιήσει απόπειρα αυτοκτονίας στο παρελθόν, έχει πρώιμη εμπειρία γονεϊκής στέρησης, δεν έχει καλή συνεργασιμότητα σε θεραπευτικού τύπου παρεμβάσεις, λαμβάνεται ανεπαρκείς δόσεις αντικαταθλιπτικών

φαρμάκων. Η περισσότερο επικίνδυνη περίοδος που ο ασθενής μπορεί να πραγματοποιήσει αυτοκτονία είναι αμέσως μετά την έξοδό του από το νοσοκομείο και ως 6 μήνες αργότερα , στην αρχή ή στο τέλος του καταθλιπτικού επιδοδείου. Ο κίνδυνος αυτοκτονίας του ασθενή αυξάνεται σημαντικά με τη συνύπαρξη διαφόρων ψυχοπαθολογικών καταστάσεων όπως είναι η επιθετικότητα, η παρορμητικότητα, η διαταραχή της προσωπικότητας και η κατάχρηση οινόπνευματων ή άλλων ουσιών. Οι αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές καταθλιπτικών ασθενών μελετώνται τα τελευταία χρόνια και αυτό οφείλεται στις προόδους που σημειώθηκαν στο επίπεδο των νευροεπιστημών.

(Β.Π. Κονταξάκης, 1996 , σελ. 121 – 122).

Τα χαρακτηριστικά των ατόμων που κάνουν απόπειρες αυτοκτονίας διαφέρουν από τα χαρακτηριστικά των ατόμων που αυτοκτονούν. Τα άτομα που κάνουν απόπειρες αυτοκτονίας είναι συνήθως γυναίκες, νεαρής ηλικίας, με ελάσσονα ψυχοπαθολογία, που χρησιμοποιούν με βίαιους και λιγότερο σοβαρούς τρόπους αυτοκαταστροφής. Ενώ σε αντίθεση τα άτομα που αυτοκτονούν είναι συνήθως άνδρες, μεγαλύτερης ηλικίας, με μείζονα ψυχοπαθολογία που χρησιμοποιούν βίαιους και πιο σοβαρούς τρόπους αυτοκαταστροφής. Ένα ορισμένο ποσοστό καταθλιπτικών ατόμων που παρουσιάζουν βίαιη αυτοκαταστροφή έχουν πραγματοποιήσει απόπειρες αυτοκτονίας στο παρελθόν ενώ το υπόλοιπο ποσοστό θα πραγματοποιήσει τουλάχιστον μια απόπειρα αυτοκτονίας στη διάρκεια της ζωής τους. Καταθλιπτικοί ασθενείς με ιστορικό αποπειρών αυτοκτονίας παρουσιάζουν τα εξής χαρακτηριστικά : εμφάνιση μεγάλου βαθμού αυτοκτονιών, ιδεασμού, μόνωση, αισθήματα αποτυχίας, απώλεια βάρους, αϋπνία, ευερεθιστότητα,

Η ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΚΑΙ ΕΦΗΒΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ

Μέχρι το 1960 αμφισβητείται η ύπαρξη κατάθλιψης στα παιδιά. Από το 1970 όμως ερευνητές αναφέρουν τα σωματικά συμπτώματα που έχουν τα καταθλιπτικά παιδιά. Τα κυριότερα είναι: κεφαλαλγίες, απώλεια βάρους και όρεξης, διαταραχές της συμπεριφοράς και κοιλιακά άλγη. Λόγω της ψυχικής και συναισθηματικής ανωριμότητας των παιδιών είναι δύσκολο να εκφράσουν συναισθήματα θλίψης και απελπισίας που νιώθουν. Η κατάθλιψη στα παιδιά είναι δύσκολο να διαγνωστεί. Και αυτό επειδή δεν εκφράζεται μέσω του λόγου αλλά σωματικών συμπτωμάτων. Το αποτέλεσμα είναι να δίδεται μια λανθασμένη ερμηνεία για τη συμπεριφορά του παιδιού. Επειδή πολλές φορές τα παιδιά αυτά δεν προξενούν προβλήματα στους γύρω, η συμπεριφορά τους περνάει απαρατήρητη με αποτέλεσμα να μην γίνεται διάγνωση και να υποφέρουν. Στα διάφορα στάδια ανάπτυξης του παιδιού λόγω των αλλαγών που συμβαίνουν στην παιδική και εφηβική ηλικία, παρουσιάζονται διαφορές στην έκφραση και πορεία της κατάθλιψης.

(Ι. Σ. Τσιάντης, Β.Σ. Χαντζάρα, 1999, σελ. 232-233).

«Τα καταθλιπτικά παιδιά είναι οι “μοναχικοί” όχι με την έννοια της σχιζοειδούς προσωπικότητας, αλλά επειδή η καταθλιπτική τους κατάσταση τα εμποδίζει να συνάψουν σχέσεις με τους άλλους».

(Ρ. Βλαχάκη, 1982, σελ. 20).

Α.ΒΡΕΦΟΝΗΠΙΑΚΗ ΚΑΙ ΠΡΟΣΧΟΛΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ

Τα βρέφη και τα μικρά παιδιά δεν μπορούν να εκφράσουν τα συναισθήματα δυσφορίας που νιώθουν. Τα συμπτώματα που παρουσιάζουν είναι: κλάμα, διαταραχές του ύπνου, άρνηση λήψης τροφής και επιβράδυνση της σωματικής τους ανάπτυξης χωρίς να υπάρχουν οργανικά αίτια.

Μια από τις πρώτες μελέτες που αναφέρονται σε αυτή την ηλικία είναι η μελέτη του Spitz που αναφέρεται στην "Ανακλιτική Κατάθλιψη" (Anaclitic Depression). Ο Spitz αναφέρει ότι τα βρέφη που αποχωρίστηκαν τη μητέρα τους παρουσίασαν κλάμα, απώλεια βάρους, αδιαφορία, απόσυρση και διαταραχές ύπνου καθώς επίσης και καθυστέρηση στην κινητικότητα και κάποιες φορές μεγάλη απάθεια. Ο Spitz και Wolf υποστηρίζουν ότι ο σημαντικότερος αιτιολογικός παράγων ήταν η απώλεια του προσώπου που τους φρόντιζε (μητέρα-πατέρας). Άλλοι ερευνητές (π.χ. Goldfarb) παρατηρούν παρόμοιες αλλαγές στη συμπεριφορά σε παιδιά που μεγαλώνουν σε ιδρύματα. Τα παιδιά αυτά ήταν συχνά αδιάφορα, απαθή και παρουσίαζαν ψυχοκινητική βραδύτητα. Οι Engel και συνεργ. περιέγραψαν το σύνδρομο απόσυρσης/συντήρησης που εμφανίζεται με θλίψη και μειωμένο ενδιαφέρον όπως και μειωμένη ανταπόκριση στα εξωτερικά ερεθίσματα και παρατηρείται συνήθως σε παιδιά που παρουσιάζουν χρόνια σωματική νόσο και σε παιδιά που υπέστησαν παραμέληση ή κακοποίηση. Μερικοί μελετητές υποστήριξαν ότι τα εργαλεία του Spitz για την αξιολόγηση της κατάθλιψης δεν ήταν σταθμισμένα και ότι δεν έλαβε υπόψη τους άλλους παράγοντες που πιθανόν να οδηγούσαν στα ίδια αποτελέσματα π.χ. αποστέρηση. Αρκετοί συγγραφείς θεωρούν την Ανακλιτική Κατάθλιψη του Spitz σαν μια μορφή καταθλιπτικής διαταραχής της

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

παιδικής ηλικίας. Έχει δε προταθεί ότι η αποστέρηση είναι ο βασικός παράγων στην αιτιολογία της καταθλιπτικής διαταραχής της παιδικής ηλικίας. Αργότερα ο Trad αναφέρθηκε στις ομοιότητες της κλινικής εικόνας του παιδιού που έχει αποστερηθεί τη μητέρα του και του παιδιού με κλινική κατάθλιψη. Τα φαινόμενα επίσης που παρατηρήθηκαν στα ιδρυματικά παιδιά και η σειρά εμφάνισης τους διαμαρτυρία-απόγνωση-αποσύνδεση αποτελούν μια συναισθηματικής μορφής αντίδραση. (Ι.Σ.Τσιάντης,Β.Σ.Χατζαρά,1999,σελ.234)

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

(Ι. Σ. Τσιάντης, Β. Σ. Χαντζαρά, 1999, σελ. 234-235).

Β. ΛΑΝΘΑΝΟΥΣΑ / ΣΧΟΛΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ

Στην ηλικία αυτή τα παιδιά μπορούν να εκφράζουν λεκτικά τα συναισθήματα

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

και τις σκέψεις τους. Το σχολικό περιβάλλον και οι δάσκαλοι μπορούν να πληροφορήσουν για την ύπαρξη κατάθλιψης σε κάποιο παιδί αυτής της ηλικίας. Ορισμένες φορές βλέπουμε ότι στην οικογένεια υπάρχει ένας καταθλιπτικός γονιός που δεν μπορεί να δει αντικειμενικά την ψυχική κατάσταση του παιδιού. Το παιδί θα περάσει από συνέντευξη για να δώσει πληροφορίες για τα συναισθήματά του, τις σκέψεις και τις συμπεριφορές του. Το ίδιο και οι γονείς του. Πολλές φορές οι γονείς αναφέρουν συμπτώματα και συμπεριφορές διαφορετικές από του παιδιού. Είναι απαραίτητο να ερωτηθούν και οι δυο γονείς γιατί συχνά δεν συμφωνούν για τα συναισθήματά του μεταξύ τους. Τα παιδιά ηλικίας 9-12 εμφανίζουν φοβίες, απελπισία, απόγνωση, μονότονη ομιλία. Μιλούν για τον εαυτό τους αρνητικά και με αυτο-υποτίμηση. Οι διαταραχές που παρουσιάζουν είναι: προσοχής, συγκέντρωσης, και μαθησιακής αποτυχίας. Στην ηλικία αυτή εμφανίζουν απόπειρες αυτοκτονίας.

(Ι.Σ.Τσιάντης, Β.Σ.Χαντζαρά, 1999, Σελ.235 – 236)

Γ. ΕΦΗΒΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ

Η κατάθλιψη στην ηλικία αυτή μοιάζει με εκείνη των ενηλίκων. Μπορεί και να συνυπάρχει με χρήση αλκοόλ και ναρκωτικών ουσιών. Σύμφωνα με τους Ι.Σ.Τσιάντη, Β.Σ.Χαντζαρά (1999), οι Strober και Carlson με την ερευνά τους διατυπώνουν δύο τύπους εφηβικής κατάθλιψης:

1. Πρωτογενής κατάθλιψη των εφήβων.

Είναι η πρώτη εκδήλωση μιας μανιοκαταθλιπτικής διαταραχής. Τα συμπτώματα είναι τα εξής: Μειωμένη όρεξη, διαταραγμένος ύπνος, ιδέες και πράξεις αυτοκαταστροφής και αυτοκτονίας, ζοφερές και απαισιόδοξες

προοπτικές για το μέλλον, ιδέες ενοχής και αναξιοσύνης, μειωμένη αυτοεκτίμηση και εμπιστοσύνη στον εαυτό, μειωμένη συγκέντρωση και προσοχή, περιορισμένη δραστηριότητα, αυξημένη κόπωση, μειωμένη ενεργητικότητα, απώλεια ενδιαφερόντων και ευχαρίστησης, καταθλιπτικό συναίσθημα.

2. Δευτερογενής κατάθλιψη.

Είναι μια συγκεχυμένη μορφή κατάθλιψης. Τα συμπτώματα είναι η δυσφορική διάθεση, απάθεια, κοινωνική απόσυρση, κεφαλαλγίες. Συνδέεται με απώλειες και τραυματικές εμπειρίες ή άλλες ψυχιατρικές διαταραχές: χρήση αλκοόλ ή τοξικών ουσιών, ψυχογενής ανορεξία, χαμηλή αυτοεκτίμηση και μαθησιακή δυσκολία, φοβικά ή ψυχαναγκαστικά συμπτώματα. Η εφηβική κατάθλιψη εκδηλώνεται κυρίως με διαταραχές στη συμπεριφορά όπως: το σκασιαρχείο, χρήση αλκοόλ και άλλων ουσιών, κλοπή από την μητέρα ή την οικογένεια και ψέματα. Η κλοπή είναι αποτέλεσμα συναισθηματικής αποστέρησης και ένας έμμεσος τρόπος διεκδίκησης αγάπης, προσοχής και φροντίδας από τους γονείς.

(Ι. Σ. Τσιάντης, Β. Σ. Χαντζαρά, 1999, σελ. 236-237).

«Σύμφωνα με τον Nissen τα καταθλιπτικά συμπτώματα σε παιδιά και εφήβους είναι τα εξής:

1 .ΠΑΙΔΙΑ ΠΡΟΣΧΟΛΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ

Ψυχικά συμπτώματα, δυσκολία στο παιχνίδι, διέγερση, ψυχοσωματικά συμπτώματα, κρίσεις δακρύων και φωνές, μη έλεγχος του ορθού, αϋπνία, μυορρυθμίες, διαταραχές στην όρεξη.

2. ΠΑΙΔΙΑ ΣΧΟΛΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Ευερεθιστότητα, έλλειψη ασφάλειας, δυσκολία στο παιχνίδι, δίψα για επαφή, δυσκολίες στη μάθηση, ενούρηση, νυχτερινό άγχος, αυνανισμός, κρίσεις δακρύων και φωνές.

3. ΠΡΟΕΦΗΒΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ

Μυρηκασμοί, παρορμητικές τάσεις για αυτοκτονία, αίσθημα κατωτερότητας, αθυμία, κεφαλαλγίες».

(Ρ. Βλαχάκη, 1982, σελ. 21-22).

Δ. ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Για την κατάθλιψη στην παιδική και εφηβική ηλικία δεν ευθύνεται ένας παράγοντας. Συνήθως είναι πολλοί οι αιτιολογικοί παράγοντες που οδηγούν στην κατάθλιψη.

■ Κληρονομικότητα

Όταν ένας από τους δυο γονείς πάσχει από κατάθλιψη ή κάποιο κοντινότερο μέλος της οικογένειας, υπάρχουν περισσότερες πιθανότητες να νοσήσει το παιδί. Τα παιδιά που έχουν γονείς που πάσχουν από κατάθλιψη και οι δυο έχουν 4 φορές περισσότερες πιθανότητες να νοσήσουν από τα παιδιά με υγιείς γονείς. Γενετικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες είναι μια κύρια αιτία για την εμφάνιση της κατάθλιψης. Όπως επίσης και χρωμοσωμιακές ελλείψεις τόσο στο Χ-Χρωμόσωμα όσο και στο χρωμόσωμα. Η κατάθλιψη της μητέρας ευθύνεται περισσότερο από αυτή του πατέρα. Καταθλιπτικοί γονείς έχουν την τάση να κακοποιούν και να παραμελούν τα παιδιά τους. Επίσης είναι ανίκανοι να αναγνωρίσουν την κατάθλιψη του παιδιού τους με αποτέλεσμα να μην ζητούν ιατρική βοήθεια.

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

■ Ψυχοδυναμικοί και ψυχοκοινωνικοί παράγοντες

Μελέτες έχουν δείξει ότι διάφορα γεγονότα ζωής ευθύνονται για την ύπαρξη της κατάθλιψης. Συνήθως η κατάθλιψη αρχίζει με μια εμπειρία απώλειας ή στέρησης. Η απώλεια του αντικειμένου αγάπης βιώνεται από το νήπιο σαν ένα σοβαρό ψυχικό τραύμα. Για το πως θα εξελιχθεί η ανάπτυξη αυτού του παιδιού εξαρτάται από το γονεϊκό υποκατάστατο που θα πρέπει να ανταποκριθεί στις μεγάλες ανάγκες του. Η προβληματική σχέση γονέα-παιδιού είναι αιτία καταθλιπτικής αντίδρασης. Στην αρχή κυριαρχούν αισθήματα θλίψης και ανησυχίας ενώ η χαρά, το ενδιαφέρον και η περιέργεια βιώνονται όλο και λιγότερο. Το παιδί μαθαίνει να εσωτερικεύει την ανικανότητα και την απελπισία. Κατά την εφηβεία η αποδέσμευση του εφήβου από τις γονεϊκές μορφές, δημιουργεί επώδυνες εσωτερικές συγκρούσεις. Αυτό οδηγεί τον έφηβο στην απογοήτευση και μετά σε μια καταθλιπτική αντίδραση. Έφηβοι που βίωσαν εμπειρίες στέρησης έχουν δυσκολίες και περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν κατάθλιψη που εκδηλώνεται συνήθως με διαταραχές στη συμπεριφορά.

(Ι.Σ.Τσιάντης, Β.Σ.Χατζαρά, 1999, σελ.238 – 240)

Ε. ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Οι μορφές θεραπείας που αναφέρονται για την κατάθλιψη είναι οι παρακάτω: (α) Ατομική ψυχοθεραπεία, (β) παιχνιδοθεραπεία, (γ) Οικογενειακή θεραπεία, (δ) Εκπαίδευση - Συμβουλευτική γονιών, (ε) Ομαδική ψυχοθεραπεία, (στ) Ενδονοσοκομειακή θεραπεία και (η) φαρμακοθεραπεία. Μελέτες έχουν δείξει ότι στην εφηβεία η αντικαταθλιπτική αγωγή ανταποκρίνεται θετικά. Θα πρέπει να γίνεται όμως και καρδιολογικός έλεγχος, ορμονολογικός και της

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

λειτουργίας των νεφρών. Οι ψυχολογικές θεραπείες υπόσχονται περισσότερα. Ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις με τη μορφή γνωσιακής θεραπείας έχουν επίσης θετικά αποτελέσματα. Η θεραπεία της οικογένειας έχει τα ίδια αποτελέσματα και αυτή. Είναι απαραίτητο να πραγματοποιηθούν επιστημονικές μελέτες που να γίνεται σύγκριση των αποτελεσμάτων των θεραπειών παιδιών και εφήβων. Η επανεξέταση των παιδιών μετά από 1-2 χρόνια είναι απαραίτητη. Πολύ προσοχή πρέπει να δοθεί στους εφήβους με σοβαρή καταθλιπτική διαταραχή με απόπειρες και ιδέες αυτοκτονίας. Σε τέτοιες περιπτώσεις χρειάζεται η νοσηλεία του εφήβου σε ενδονοσοκομειακή μονάδα με εξειδικευμένο προσωπικό. Βάση πρέπει να δοθεί στη δημιουργία ψυχοθεραπευτικής ατμόσφαιρας ώστε ο έφηβος να μπορέσει να αναρρώσει σ' αυτό το περιβάλλον. Καλό θα ήταν να υπάρχουν εκπαιδευτικές εμπειρίες και ψυχαγωγικές εκδηλώσεις, τις οποίες να παρακολουθεί ο έφηβος όταν μπορεί και θέλει. Οι έφηβοι με σοβαρή συναισθηματική αποστέρηση θα πρέπει να αντιμετωπίζονται από το προσωπικό σε εκδηλώσεις εκδραμάτισης. Οσοι βγαίνουν από το νοσοκομείο μετά από απόπειρα αυτοκτονίας θα πρέπει να εξετάζονται από παιδοψυχίατρο και να γίνεται εκτίμηση της ψυχολογικής τους κατάστασης. Στον τόπο μας δυστυχώς λόγω της έλλειψης αυτών των μονάδων, οι έφηβοι μπορεί να κάνουν μια επιτυχή απόπειρα την επόμενη φορά. Τα παιδιά και οι έφηβοι είναι πολύ ευάλωτοι σε κοινωνικές και οικονομικές πιέσεις. Για το λόγο αυτό χρειάζεται η εκπαίδευση γιατρών, δασκάλων, νοσοκόμων και ευαισθητοποίηση του κοινού σε θέματα που αφορούν την ψυχική υγεία. Η καλύτερη αντιμετώπιση της κατάθλιψης είναι η πρόληψη. Η σφαιρική εκτίμηση και αντιμετώπιση της κάθε περίπτωσης καθώς και η χορήγηση φαρμάκων στην εφηβεία, όταν υπάρχουν ενδείξεις είναι απαραίτητα για την αντιμετώπιση και την θεραπεία της κατάθλιψης. (Ι. Σ. Τσιάντης Β.Σ. Χαντζαρά, 1999, σελ. 238-243).

Η ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

«Με επιδημιολογικές μελέτες υπολογίζεται ότι η μείζων κατάθλιψη εμφανίζεται στο 1% των ηλικιωμένων στο γενικό πληθυσμό. Μεταξύ των ηλικιωμένων που κατοικούν στην κοινότητα 3% υποφέρουν από δυσθυμία και 8%-15% παρουσιάζουν κλινικά αξιολόγηση καταθλιπτική συμπτωματολογία».

(Γ. Σ. Αλεξόπουλος, 1999, σελ. 250).

Οι ασθενείς που πάσχουν από κατάθλιψη εμφανίζουν μείωση της λειτουργικότητάς τους. Οι κοινωνικές δραστηριότητες επηρεάζονται περισσότερο από τις παθήσεις της καρδιάς και των πνευμόνων, την αρθρίτιδα, τον σακχαρώδη διαβήτη, την υπέρταση. Η αντικαταθλιπτική θεραπεία βελτιώνει την ποιότητα ζωής των ασθενών με σωματικές παθήσεις και την ψυχική διάθεση των ασθενών που πάσχουν από κατάθλιψη. Έρευνες έχουν δείξει ότι οι ασθενείς που πάσχουν από κατάθλιψη παρουσιάζουν περισσότερες παθολογικές ασθένειες από αυτούς που δεν πάσχουν. Ακόμη αυξάνεται η αίσθηση της κακής υγείας των ασθενών. Οι καταθλιπτικοί ασθενείς είχαν περισσότερο χρόνο παραμονής στο νοσοκομείο σε σύγκριση με τους μη καταθλιπτικούς. Τέλος καταθλιπτικοί ασθενείς λάμβαναν περισσότερο από πέντε φαρμακευτικά σκευάσματα από τους μη καταθλιπτικούς. (Γ. Σ. Αλεξόπουλος, 1999, σελ.250)

Οι καταθλιπτικοί ασθενείς επιβαρύνουν οικονομικά το σύστημα υγείας περισσότερο από τους άλλους ασθενείς. Η αδυναμία αναγνώρισης και αντιμετώπισης της κατάθλιψης στην πρωτοβάθμια περίθαλψη έχει τις εξής επιπτώσεις: προσωπική και οικογενειακή δυσφορία, αυξάνει τη γενική νοσηρότητα, επιβαρύνει το κόστος της υγειονομικής περίθαλψης και προκαλεί μεγάλο βαθμό αναπηρίας. Οι παραπάνω επιπτώσεις είναι συνήθως

εξοντωτικές για την τρίτη ηλικία.

(Γ. Σ. Αλεξόπουλος, 1999, σελ. 251-252).

ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΑ ΣΥΝΔΡΟΜΑ

1. Μείζον κατάθλιψη

« Η διάγνωση της μείζονος κατάθλιψης απαιτεί πέντε από τα ακόλουθα εννέα συμπτώματα με διάρκεια τουλάχιστον δυο εβδομάδων: κακή διάθεση, μειωμένο ενδιαφέρον ή μειωμένη ικανοποίηση από όλες ή σχεδόν όλες τις δραστηριότητες, μείωση ή αύξηση σωματικού βάρους (με ποσοστό μεταβολής μεγαλύτερο από το 5% του σωματικού βάρους), αϋπνία ή υπερυπνία, ψυχοκινητική ανησυχία ή επιβράδυνση, κόπωση, αίσθημα αναξιότητας ή αδικαιολόγητης ενοχής, μειωμένη ικανότητα για συγκέντρωση, επαναλαμβανόμενες ιδέες θανάτου ή αυτοκτονίας. Η κακή διάθεση ή η έλλειψη ενδιαφέροντος ή ικανοποίησης είναι απαραίτητα συμπτώματα προκειμένου να πληρωθούν τα κριτήρια της μείζονος κατάθλιψης και θα πρέπει να περιλαμβάνονται στα πέντε απαραίτητα για τη διάγνωση συμπτώματα».

(Γ. Σ. Αλεξόπουλος, 1999, σελ. 252).

2. Δυσθυμία

Μια χρόνια κατάθλιψη ήπιας ή βαριάς μορφής που διαρκεί περισσότερο από δύο χρόνια είναι η δυσθυμία. Το κυριότερο σύμπτωμα της είναι η κακή διάθεση και παρουσιάζεται για ένα διάστημα πάνω από δύο μήνες. Για να γίνει η διάγνωσή της ο ασθενής θα πρέπει να παρουσιάσει δύο τουλάχιστον από τα παρακάτω συμπτώματα : αϋπνία ή υπερυπνία , αίσθημα αναξιότητας , κόπωση , απελπισία , μειωμένη ικανότητα για συγκέντρωση ή δυσκολία στη λήψη αποφάσεων και ανορεξία ή αυξημένη όρεξη.

Η διάγνωση της μείζων κατάθλιψης και της δυσθυμίας είναι εξαιρετικά δύσκολη λόγω των νευρολογικών και σωματικών συμπτωμάτων που παρουσιάζουν.

(Γ. Σ. Αλεξόπουλος, 1999, σελ.252).

3. Κατάθλιψη και Άνοια

Το 50% των ηλικιωμένων ασθενών με άνοια παρουσιάζουν καταθλιπτικά συμπτώματα. Η κατάθλιψη παρουσιάζεται σε ασθενείς με αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια. Τα άτομα που πάσχουν από κατάθλιψη σε μεγάλη ηλικία πάσχουν και από νευρολογικές εγκεφαλικές παθήσεις που μπορεί να μην φαίνονται στην έναρξη της κατάθλιψης. Προβλήματα διάγνωσης εμφανίζονται λόγω της ομοιότητας των εκδηλώσεων της κατάθλιψης με τα συμπτώματα της άνοιας. Στοιχεία χρήσιμα για τη διαφορική διάγνωση καταθλιπτικών ασθενών με άνοια και ασθενών που πάσχουν μόνο από άνοια είναι η θλίψη, η πεσιμιστική διάθεση και τα ψυχολογικά και νευροφυτικά χαρακτηριστικά της κατάθλιψης. Είναι άγνωστο μέχρι σήμερα αν η έκπτωση των γνωσιακών λειτουργιών που παρουσιάζεται στα άτομα που πάσχουν από άνοια συμβαίνει λόγω της παρουσίας κατάθλιψης. Η διάγνωση της άνοιας πρέπει να γίνεται με την εξέταση του ασθενή αλλά και να βασίζεται στις αναφορές των οικείων του. Και αυτό γιατί οι ασθενείς με άνοια δεν μπορούν να αναγνωρίσουν και να εκφράσουν τα συναισθήματα δυσφορίας. Αυτό που πρέπει να γίνεται είναι σωστή διάγνωση για το αν ο ασθενής πάσχει μόνο από άνοια ή και από κατάθλιψη. Σημαντική είναι η αναγνώριση της κατάθλιψης σε ασθενείς με άνοια επειδή υπάρχει κατάλληλη φαρμακευτική θεραπεία και ηλεκτροσπασμοθεραπεία που ανταποκρίνεται θετικά στη θεραπεία της κατάθλιψης. (Γ.Σ.Αλεξόπουλος, 1999,σελ.252 - 254)

4. Ψυχωτική Κατάθλιψη

Τα συμπτώματα των ασθενών με ψυχωτική κατάθλιψη είναι οι ψευδαισθήσεις και οι παραληρητικές ιδέες τύπου: ενοχής δίωξης, υποχονδρίασης, μηδενισμού και ζηλοτυπίας. Το ποσοστό εμφάνισης ψυχωτικής κατάθλιψης στα ηλικιωμένα άτομα που νοσηλεύονται είναι 20% με 45%. Οι καταθλιπτικές παραληρητικές ιδέες των ασθενών που πάσχουν από άνοια δεν είναι συμβατές με τις διαταραχές του συναισθήματος και είναι λιγότερο συστηματικές από τις διαταραχές των ασθενών που δεν πάσχουν από άνοια. Η επιτυχία δεν επιτυγχάνεται μόνο με τα αντικαταθλιπτικά. Χρησιμοποιείται ένας συνδυασμός αντικαταθλιπτικών και νευροληπτικών ή εφαρμογή ηλεκτροσπασμοθεραπείας.

(Γ.Σ.Αλεξόπουλος, 1999, σελ.254)

5. Κατάθλιψη με αναστρέψιμη άνοια.

Είναι ένα σύνδρομο που αναπτύσσεται ορισμένες φορές σε ηλικιωμένους καταθλιπτικούς. Μετά την ύφεση της κατάθλιψης, παρουσιάζει κάποια βελτίωση ή πλήρη θεραπεία. Οι ασθενείς που θα παραμείνουν με κάποιες εκπτώσεις των γνωστικών λειτουργιών θα παρουσιάσουν ένα πρώιμο στάδιο άνοιας με αποτέλεσμα να αυξάνονται οι εκπτώσεις των γνωστικών λειτουργιών. Αναστρέψιμη άνοια παρουσιάζει το 20% των ηλικιωμένων κατά τη διάρκεια της παρακολούθησης. Για δυο περίπου χρόνια οι ασθενείς παραμένουν χωρίς εκπτώσεις των γνωστικών λειτουργιών πριν εμφανιστεί μη-αναστρέψιμη άνοια. Η συχνή παρακολούθηση είναι απαραίτητη σε ηλικιωμένους που παρουσιάζουν αυτό το σύνδρομο.

(Γ.Σ.Αλεξόπουλος, 1999, σελ.254)

6. Αντίδραση Πένθους

Καταθλιπτικά συμπτώματα παρουσιάζει το άτομο και στη περίπτωση απώλειας του ή της συζύγου. Τα δυο πρώτα έτη της χηρείας, το άτομο παρουσιάζει δυσθυμία. Τα ηλικιωμένα άτομα κινδυνεύουν περισσότερο από τους νεότερους να εμφανίσουν καταθλιπτικά συμπτώματα τους πρώτους μήνες της χηρείας. Τόσο οι νεότεροι όσο και οι γηραιότεροι χήροι παρουσιάζουν κατάθλιψη σε ένα μεγάλο ποσοστό. Όσοι χήροι δεν νοσήσουν από κατάθλιψη καταλήγουν με μειωμένη λειτουργικότητα, υποβάθμιση της ποιότητας ζωής και αναπηρία.

(Γ.Σ.Αλεξόπουλος, 1999, σελ.254 – 255)

7. Κίνδυνος αυτοκτονίας.

Οι άνδρες πάνω των 65 λευκής φυλής είναι τα άτομα με το μεγαλύτερο κίνδυνο αυτοκτονιών. Οι ηλικιωμένοι είναι τα άτομα που διατρέχουν τον μεγαλύτερο κίνδυνο αυτοκτονιών από κάθε άλλη ηλικιακή ομάδα. Ο κυριότερος λόγος που ωθεί τα άτομα αυτά στην αυτοκτονία είναι η μοναξιά. Υπάρχουν βέβαια και άλλοι λόγοι που οι ηλικιωμένη σκέφτονται την αυτοκτονία ως την καλύτερη λύση. Οι λόγοι αυτοί είναι τα οικονομικά προβλήματα, η κακή υγεία και η κατάθλιψη. Το 60% των ηλικιωμένων που αυτοκτονούν είναι άνδρες ενώ το 75% που κάνουν απόπειρες αυτοκτονίας είναι οι γυναίκες. Οι περισσότεροι αυτοκτονούν με όπλα ή απαγχονίζονται, άλλοι παίρνουν υπερβολική δόση φαρμάκων και ένα μικρό ποσοστό κόβουν τις φλέβες τους. Σύμφωνα με ψυχιατρικές μελέτες τα άτομα που αυτοκτονούν είχαν ψυχική νόσο και τις περισσότερες φορές κατάθλιψη. Οι ηλικιωμένοι χρησιμοποιούν πιο βίαιες μεθόδους από τους νεότερους ενώ η χρήση αλκοόλ και το ψυχιατρικό ιστορικό

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

αφορά κυρίως τα νεότερα άτομα. Όπως όλα τα άτομα με κατάθλιψη που αποπειρώνται να αυτοκτονήσουν, έτσι και οι ηλικιωμένοι εκφράζουν αυτές τις σκέψεις τους σε συγγενείς και φίλους. Η υποβολή για κλινική εκτίμηση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και αυτοκτονικού ιδεασμού είναι απαραίτητη σε ηλικιωμένα άτομα με σοβαρές ασθένειες ή πρόσφατη απώλεια αγαπημένου προσώπου. Ο ασθενής θα πρέπει να ενημερώνεται για την αυτοκτονία και να του γίνονται σχετικές ερωτήσεις. Αυτό δεν πρέπει να ανησυχεί γιατί δεν αποτελεί κίνδυνο να εμφανίσει το άτομο αυτοκτονική συμπεριφορά.

(Γ. Σ. Αλεξόπουλος, 1999, σελ. 255-256).

Β. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΣΤΗ ΓΗΡΙΑΤΡΙΚΗ

Δυο είναι οι βασικοί στόχοι όταν πρόκειται για την θεραπεία της γηριατρικής κατάθλιψης: (α) η υποχώρηση της και (β) να μειωθεί ο κίνδυνος υποτροπής και επανεμφάνισης της. Οι θεραπείες θα πρέπει να στοχεύουν στην επανένταξη του ηλικιωμένου. Η αντικαταθλιπτική αγωγή θα πρέπει να δώσει τη δυνατότητα στους ηλικιωμένους να απαιτήσουν και πάλι τη λειτουργικότητά τους όταν υποχωρήσει καταθλιπτική συνδρομή.

(Γ.Σ.Αλεξόπουλος, 1999, σελ.258)

1. Φαρμακοθεραπεία

Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα βελτιώνουν την καταθλιπτική συμπτωματολογία σε ποσοστό 60% περίπου. Υπάρχουν κάποια άτομα που αν και υποβάλλονται σε φαρμακοθεραπεία, συνεχίζουν να παρουσιάζουν καταθλιπτική συμπτωματολογία. Τα φαρμακολογικά σκευάσματα ωφελούν τους

ηλικιωμένους όπως και τους νεότερους αλλά θα πρέπει να λαμβάνεται υπ' όψιν από τους γιατρούς το γεγονός το γήρας των ατόμων αυτών και τις ασθένειες που σχετίζονται με αυτό. Οι δόσεις των αντικαταθλιπτικών θα πρέπει να είναι επαρκής και η αγωγή να διαρκεί μεγαλύτερο χρονικό διάστημα από των νεότερων ατόμων. Η αγωγή χορηγείται για 7-9 εβδομάδες τουλάχιστον. Για τη θεραπεία της γηριατρικής κατάθλιψης υπάρχουν τέσσερις οικογένειες αντικαταθλιπτικών: τα τρικυκλικά, οι αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης, οι αναστολείς της νονοαμινοοξειδάσης και άλλα αντικαταθλιπτικά. (Γ.Σ.Αλεξόπουλος, 1999, σελ.258 – 259)

2. Ηλεκτροσπασμοθεραπεία

Εφαρμόζεται σε άτομα με έντονες διαταραχές της ψυχικής διάθεσης, τα οποία δεν είναι ικανά να αντέξουν τη μακρά αναμονή από τη χορήγηση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων. Ακόμη προτιμάται και σε ασθενείς με ανωμαλίες της καρδιακής αγωγιμότητας, με υπερπλασία του προστάτη ή με γλαύκωμα. Για τη θεραπεία της κατάθλιψης χρειάζονται εννιά συνεδρίες ηλεκτροσπασμοθεραπείας. Έχει αποδειχθεί ότι ταχύτερη ανάρρωση προκαλείται με τρεις θεραπείες την εβδομάδα και όχι με μία. Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία θεωρείται ασφαλής θεραπεία. Οι θάνατοι που έχουν σχέση με αυτή οφείλονται σε καρδιακές επιπλοκές. Με τη στενή παρακολούθηση, την ιατρική εξέταση και τις παρεμβάσεις, τα επεισόδια αυτά αντιμετωπίζονται. Το φαινόμενο που παρατηρείται μετά από μια συνεδρία είναι η σύγχυση και οι ηλικιωμένοι είναι επιρρεπείς στις πτώσεις. Η χορήγηση ηλεκτροσπασμοθεραπείας σε ανοιακούς ασθενείς μια ή το πολύ δυο φορές την εβδομάδα μειώνει τις επιπλοκές που εμφανίζονται. Ενδείξεις για το ότι η

ηλεκτροσπασμοθεραπεία επιταχύνει την πορεία της άνοιας δεν υπάρχουν. Η θεραπεία αντενδείκνυται σε ασθενείς με πρόσφατο έμφραγμα του μυοκαρδίου επειδή υπάρχει κίνδυνος να αυξηθούν οι αρρυθμίες. Σε ασθενείς με ενδοκρανιακούς όγκους δεν πρέπει να χορηγείται η θεραπεία επειδή μπορεί να οδηγήσει σε παραλήρημα ή ακόμη και σε θάνατο.

(Γ.Σ.Αλεξόπουλος, 1999, σελ.265 – 266)

3. Ψυχοθεραπεία

Η διαπροσωπική, η γνωσιακή -συμπεριφορική και η ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία μαζί με τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα έχει θετικά αποτελέσματα στη θεραπεία της γηριατρικής κατάθλιψης. Η διαπροσωπική θεραπεία απευθύνεται σε τέσσερις παράγοντες οι οποίοι αποτελούν μέρος του διαπροσωπικού περιβάλλοντος των ασθενών. Τη θλίψη, τη μεταβατικότητα των ρόλων, την αμφισβήτηση των ρόλων και τα ελλείματα διαπροσωπικών σχέσεων. Οι μηνιαίες συνεδρίες έχει αποδειχθεί ότι μειώνουν τις πιθανότητες υποτροπής στα νεότερα ενήλικα άτομα που ανάρρωσαν από ένα καταθλιπτικό επεισόδιο. Οι γνωσιακές - συμπεριφορικές θεραπείες χρησιμοποιούν μια ποικιλία μεθόδων που έχουν ως σκοπό να μειώσουν τις παθολογικές ιδέες και συμπεριφορές που σχετίζονται με την κατάθλιψη. Οι ψυχοθεραπείες στη γηριατρική κατάθλιψη έχουν αποτελεσματικότητα και δεν παρουσιάζουν ανεπιθύμητες ενέργειες. Παρόλα αυτά δεν χρησιμοποιούνται αρκετά. Η οικογενειακή παρέμβαση βοηθάει στη θεραπεία των γηριατρικών συναισθηματικών διαταραχών. Οι ηλικιωμένοι περιμένουν από την οικογένειά τους στήριξη για την αντιμετώπιση της ασθένειάς τους. Όσοι φροντίζουν ηλικιωμένους ασθενείς και ειδικά ανοιακούς ασθενείς, ορισμένοι μπορεί να αναπτύξουν και οι ίδιοι κατάθλιψη, η

οποία αντιμετωπίζεται με ψυχοθεραπευτικές ή οικογενειακές παρεμβάσεις.
(Γ.Σ.Αλεξόπουλος, 1999, σελ.267)

4. Η αντιμετώπιση της Αντίδρασης του Πένθους.

Η θεραπεία του ατόμου που πενθεί εξαρτάται από τα συμπτώματα που έχει. Πολλοί γιατροί πιστεύουν ότι η ψυχοθεραπεία και η αντικαταθλιπτική φαρμακευτική αγωγή πρέπει να χρησιμοποιείται όταν η κατάθλιψη διαρκεί πάνω από ένα έτος. Η διαπροσωπική ψυχοθεραπεία είναι κατάλληλη γιατί αναφέρεται σε θέματα που έχουν σχέση με απώλεια, αλλαγή ρόλων και κατάθλιψη. Σε άτομα με έντονη αντίδραση πένθους είναι χρήσιμες οι ομάδες υποστήριξης, η ομαδική θεραπεία, η συμβουλευτική θεραπεία και η ατομική δυναμική ψυχοθεραπεία.

(Γ.Σ.Αλεξόπουλος, 1999, σελ.264 – 265)

5. Συνεχιζόμενη Εφαρμογή Θεραπείας και Συντήρηση Αποτελέσματος

Όταν ο ασθενής επιτύχει την ανάρρωση, η θεραπεία θα πρέπει να συνεχιστεί για 6 μήνες τουλάχιστον με την ίδια δοσολογία. Επειδή η κατάθλιψη είναι υποτροπιάζουσα ασθένεια αυτό θα πρέπει να τηρείται. Οι ασθενείς βρίσκονται σε κίνδυνο για νέο καταθλιπτικό επεισόδιο μετά από έξι μήνες χωρίς συμπτώματα. Όσοι βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο υποτροπής η θεραπεία συνεχίζεται για ένα με δύο χρόνια. Πολλοί ασθενείς και οι οικογένειές τους δεν λαμβάνουν υπ' όψιν τους τη σοβαρότητα της λήψης φαρμακευτικής αγωγής και παραλείπουν δόσεις φαρμάκων. Οι παράλληλες σωματικές παθήσεις επηρεάζουν τη θεραπευτική αγωγή. Ο αλκοολισμός και οι τοξικές ουσίες υπονομεύουν τη φαρμακοθεραπεία.(Γ. Σ. Αλεξόπουλος, 1999, σελ. 266).

ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Η πρόληψη οποιασδήποτε κατάστασης είναι αποτελεσματικότερη από τη θεραπεία. Η πρόληψη της κατάθλιψης είναι πιο πολύπλοκη από την πρόληψη άλλων ανθρώπινων ασθενειών. Όταν λέμε πρόληψη εννοούμε την αποφυγή της χρόνιας κατάθλιψης και των παγίδων που ο χρόνια καταθλιπτικός μπορεί να στήσει. Οι καταθλιπτικοί πρέπει να ξέρουν πως και που να βρίσκουν επιστημονική βοήθεια όταν τη χρειάζονται και να το κάνουν το γρηγορότερο δυνατό. Η κατάθλιψη θεωρείται πρόβλημα υγείας, άρα η πρόληψή της μπορεί να καταταχθεί σε τρεις βαθμούς: τρίτο, δεύτερο και πρώτο. Η τρίτου βαθμού πρόληψη απαιτεί τη λήψη μέτρων του ατόμου που γιατρεύτηκε από την κατάθλιψη για να μην ξαναπέσει σε αυτήν. Ο καταθλιπτικός αναβάλλει να αντιμετωπίσει μόνος του καταστάσεις που είναι δύσκολες ή δυσάρεστες. Ένα καταθλιπτικό άτομο για να αναρρώσει και να κρατηθεί μακριά από την κατάθλιψη, χρειάζεται συνεργασία και ειλικρίνεια από τα μέλη της οικογένειάς του. Ορισμένες φορές η κατάθλιψη προέρχεται από κάποια σημαντική αλλαγή στη ζωή μας. Τότε η ανάρρωση και η αναπροσαρμογή απαιτούν καινούργιο προσανατολισμό και τρόπο ζωής. Η επαφή με άτομα που αντιμετωπίζουν το ίδιο πρόβλημα μπορεί να βοηθήσει το θεραπευόμενο να γνωρίσει τις ευκαιρίες που υπάρχουν και πώς να τις εκμεταλλευτεί με τον καλύτερο τρόπο. Η δευτεροβάθμια πρόληψη απαιτεί συνεχή επιμόρφωση των επιστημών που ασχολούνται με

καταθλιπτικούς ασθενείς. Απαραίτητη είναι η αφύπνιση του κοινού για τη φύση της κατάθλιψης ώστε εκείνοι που χρειάζονται βοήθεια να την βρίσκουν το συντομότερο. Το σοβαρότερο εμπόδιο στη δευτεροβάθμια πρόληψη είναι οι ανεπαρκείς γνώσεις ψυχιατρικής που προσφέρονται στη διάρκεια της ιατρικής εκπαίδευσης. Η συνεχής επιμόρφωση του ψυχιάτρου και των άλλων επιστημών που ασχολούνται με την κατάθλιψη είναι πολύ σημαντική. Ψυχολόγοι και κοινωνικοί λειτουργοί συχνά χρειάζονται επιπρόσθετη εκπαίδευση στις μεθόδους της σύντομης ψυχοθεραπείας και στη γνώση των κριτηρίων για χρήση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων και ηρεμιστικών. Η πρωτοβάθμια πρόληψη έχει δύο στόχους: να αυξήσει την επίγνωση του κοινού για καλύτερη αντιμετώπιση επεισοδίων οξείας κατάθλιψης και να διδάξει το άτομο πώς να αποφεύγει την παγίδευση στη χρόνια κατάθλιψη ή σε καταθλιπτογενές περιβάλλον. Η μάθηση εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την ποιότητα του δεσμού μεταξύ μητέρας και παιδιού κατά τη διάρκεια βρεφικής και παιδικής ηλικίας. Η καλή επικοινωνία με τα μέλη της οικογένειας αποτελεί σημαντικό μέτρο για την πρόληψη της κατάθλιψης. Η πρόληψη απαιτεί τρόπους με τους οποίους το άτομο θα μάθει να αντιμετωπίζει την ένταση της ζωής του. Αυτό μπορεί να διδαχθεί στο σπίτι, στη δουλειά, στο σχολείο. Τα προληπτικά προγράμματα έχουν συγκεντρώσει τις δραστηριότητές τους στα παιδιά μέχρι έξι ετών, με την πεποίθηση ότι η δομή του χαρακτήρα σχηματίζεται σε αυτό το διάστημα. Με τον κατάλληλο προγραμματισμό η ικανότητα ενός ατόμου να αντιμετωπίζει της

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

εντάσεις της ζωής, μπορεί να βελτιωθεί σε οποιαδήποτε ηλικία. Το σπίτι είναι ένας χώρος που το άτομο μπορεί να κάνει πολλά για να αλλάξει το περιβάλλον του.

(F.F.Flach, 1998, σελ.222 – 236)

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

A. ΒΙΟΛΟΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Ηλεκροσπασμοθεραπεία

Η μέθοδος αυτή απαιτεί ηλεκτρικό ερέθισμα και τονικοκλονικό σπασμό. Σήμερα το "ηλεκτροσόκ" αναφέρεται μόνο στην πρόσκληση σπασμών σε πειραματόζωα για ερευνητικούς σκοπούς. Όταν επιλέγουμε την ΗΣΘ για τη θεραπεία της κατάθλιψης θα πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά η φύση και η βαρύτητα της κλινικής συμπτωματολογίας. Ως μέθοδος έχει σημαντική θεραπευτική αποτελεσματικότητα και κυρίως στην αντιμετώπιση της μείζονος κατάθλιψης που συνοδεύεται με παραληρητικές ιδέες, κακοήθη πορεία με εκδήλωση αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς, καχεξία, εξάντληση και αφυδάτωση. Ο χρόνος νοσηλείας είναι μικρότερος σε σχέση με τα αντικαταθλιπτικά. Αντενδείξεις για την εφαρμογή της ΗΘΣ δεν υπάρχουν αλλά υπάρχουν καταστάσεις υψηλού κινδύνου όπως :

1. Αυξημένη ενδοκράνια πίεση
2. Πρόσφατο έμφραγμα του μυοκαρδίου
3. Πρόσφατη ενδοεγκεφαλική αιμορραγία
4. Αγγειακό ενεύρυσμα ή δυσπλασία
5. Αποκόλληση αμφιβληστροειδούς
6. Φαιοχρωμοκύττωμα
7. Κίνδυνοι από την αναισθησία

(Γ.Ν. Παπαδημητρίου, 1999, σελ. 85 – 87)

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Η ΗΣΘ χρησιμοποιείται σε νοσηλευόμενους αλλά και σε εξωτερικούς ασθενείς. Η γραπτή συγκατάθεση του ίδιου και των συγγενών του είναι απαραίτητη. Στην πράξη εφαρμόζεται η τροποποιημένη ΗΣΘ με τη χρήση αναισθησίας, μυοχάλασης και οξυγόνωσης που έχει ως αποτέλεσμα τη μείωση του φόβου των ασθενών για τη θεραπεία και την έλλειψη καταγμάτων και σπασμών που συνέβαιναν στο παρελθόν. Τα ψυχοφάρμακα κόβονται κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Η θεραπεία εφαρμόζεται σπάνια σε παιδιά και εφήβους ενώ η χρήση της θεωρείται ασφαλής σε ηλικιωμένους άνω των 90 ετών. Για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης αρκούν 6-12 συνεδρίες. Κυριότερες ανεπιθύμητες ενέργειες της ΗΣΘ είναι :

1. Γνωσιακή δυσλειτουργία
2. Καρδιοαγγειακή δυσλειτουργία
3. Παρατεταμένη άπνοια
4. Παρατεταμένοι σπασμοί
5. Σωματικά ενοχλήματα
6. Εμφάνιση μανιακής συμπτωματολογίας

Συμπερασματικά, η ΗΣΘ αποτελεί μια σημαντική θεραπευτική μέθοδο στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης, χαρακτηρίζεται από υψηλή αποτελεσματικότητα και ασφάλεια, γίνεται δε καλά ανεκτή από τους ασθενείς. Η σύγχρονη εφαρμογή της έχει τροποποιήσει ριζικά τους μύθους και την προκατάληψη απέναντί της, όπως ότι ταυτίζεται με το ηλεκτροσόκ, είναι βαριά και επικίνδυνη θεραπεία που προκαλεί εγκεφαλική βλάβη, και ότι δεν γνωρίζει

κανείς τίποτα για τον τρόπο δράσης της.

(Γ.Ν. Παπαδημητρίου , 1999 , σελ. 85 – 88)

Στέρηση ύπνου

Στην κλινική πράξη εφαρμόζεται η ολική (total) στέρηση ύπνου διάρκειας 36 – 40 ωρών , η μερική (partial) υπνική στέρηση του πρώτου ή του πρώτου ή του δεύτερου μισού της νύχτας , καθώς και η στέρηση του REM ύπνου που δεν μπορεί να πραγματοποιηθεί μακριά από οργανωμένο εργαστήριο ύπνου. Η στέρηση του δεύτερου μισού της νύχτας αρχίζει από τη στιγμή (περί την 01.30 ώρα) που οι ρυθμοί σφίξεων και θερμοκρασίας από το ελάχιστο επίπεδό τους αρχίζουν να αυξάνονται. Θεωρείται δε το ίδιο αποτελεσματική με την ολική στέρηση. Αντίθετα , η μερική στέρηση του πρώτου μισού της νύχτας φαίνεται να εμφανίζει μειωμένη αντικαταθλιπτική αποτελεσματικότητα. Εφαρμόζεται σε νοσηλεύομενους και σε εξωτερικούς ασθενείς, μόνη ή με ταυτόχρονη χορήγηση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων. (Γ. Ν. Παπαδημητρίου, 1999, σελ.88)

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα μελέτης που έγινε στην Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών , ο “τύπος” του καταθλιπτικού ασθενούς που έχει τις περισσότερες πιθανότητες να ανταποκριθεί τόσο στη θεραπευτική όσο και στην προφυλακτική υπνική στέρηση είναι συνήθως γυναίκα κάτω των 50 ετών, με κληρονομική επιβάρυνση για συναισθηματική νόσο διαταραχή της έμμηνης ρύσης και κυρίως με ταχεία εναλλαγή επεισοδίων (rapid cycling), δηλαδή με εκδήλωση τεσσάρων και περισσότερων επεισοδίων το χρόνο. Ανεπιθύμητες ενέργειες από τη θεραπεία αυτή δεν παρατηρούνται, εκτός από σωματικά ενοχλήματα που αναφέρονται από τους ασθενείς. Η μέθοδος μπορεί να ενεργοποιήσει εκδήλωση μανιακής συμπτωματολογίας και σε ορισμένες

περιπτώσεις αυτοκαταστροφική συμπεριφορά. Χωρίς τη χρήση ψυχοφαρμάκων, η στέρηση ύπνου εμφανίζει σημαντική αντικαταθλιπτική αποτελεσματικότητα και γίνεται ανεκτή από την πλειονότητα των ασθενών. Η μέθοδος είναι ασφαλής λόγω της απουσίας σοβαρών ανεπιθύμητων ενεργειών σε ασθενείς με καρδιαγγειακά προβλήματα. Η επανάληψη των συνεδριών ενισχύει το αντικαταθλιπτικό της αποτέλεσμα.

(Γ. Ν. Παπαδημητρίου, 1999, σελ. 88 – 90).

Φωτοθεραπεία

« Στην πράξη ο ασθενής εκτίθεται σε έντονο τεχνητό λαμπρό (bright) φως εντάσεως τουλάχιστον 2500 Lux. Αντίθετα, έκθεση σε φως κανονικής έντασης (< 300 Lux) φαίνεται να έχει μειωμένη η ανύπαρκτη θεραπευτική ιδιότητα. Έκθεση σε φως εντάσεως 10000 Lux αναφέρεται ότι αυξάνει το θεραπευτικό αποτέλεσμα, αλλά τούτο δεν έχει τεκμηριωθεί. Η διάρκεια της έκθεσης ποικίλει από 1 – 3 ώρες. Το φως θα πρέπει να κατευθύνεται στους οφθαλμούς του ασθενούς ώστε να προκληθεί διέγερση του αμφιβληστροειδούς και στη συνέχεια του υπερχιασματικού πυρήνα στον υποθάλαμο. Όπως είναι γνωστό ο υπερχιασματικός πυρήνας θεωρείται ο μείζων ενδογενής βηματοδότης, ενώ αντίθετα ο κύκλος φως-σκοτάδι ο μείζων ενδογενής χρονοδότης. Τελευταία όμως διαπιστώθηκε ότι δεν είναι απαραίτητη η κατευθείαν έκθεση στο φως. Η φωτοθεραπεία εφαρμόζεται κατά τις πρωϊνές ή τις απογευματινές ώρες. Οι ερευνητές αναφέρουν ότι δεν υπάρχουν διαφορές στην αποτελεσματικότητα μεταξύ των δύο χρονικών περιόδων. Βραχεία έκθεση στο φως μιας ώρας το βράδυ δεν βελτίωσε την κλινική εικόνα, ενώ αντίθετα τριώρη πρωϊνή και απογευματινή έκθεση παρουσίασε σαφή μείωση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας. Φαίνεται ότι όχι η ώρα της ημέρας αλλά η

διάρκεια της φωτοθεραπείας παίζουν σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση του θεραπευτικού αποτελέσματος. Γενικά, οι μελέτες συγκλίνουν ότι η φωτοθεραπεία μπορεί να θεωρηθεί ως μέθοδος θεραπείας της κατάθλιψης με ταχεία εμφάνιση του αντικαταθλιπτικού αποτελέσματος, από την πρώτη μάλιστα εβδομάδα της εφαρμογής της, σε ορισμένους ασθενείς. Η απάντηση όμως στη θεραπεία δεν εμφανίζει μεγάλη διάρκεια παρά μόνον όσο εφαρμόζεται η μέθοδος με συνέπεια να συνιστάται η καθημερινή εφαρμογή της καθόλη τη διάρκεια του χειμώνα. Όπως και για τη στέρηση ύπνου, έτσι και για τη φωτοθεραπεία αναφέρθηκαν περιπτώσεις εκδήλωσης μανιακής και αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς. Θα πρέπει να τονισθεί όμως ότι η μέθοδος γίνεται καλά ανεκτή από τους ασθενείς και δεν έχουν παρατηρηθεί σημαντικές ανεπιθύμητες ενέργειες, που να απαιτήσουν τη διακοπή της, πέρα από την εμφάνιση κεφαλαλγίας σε έκθεση των ασθενών σε υψηλής έντασης τεχνητό φως, καταπόνησης των οφθαλμών και ευερεθιστότητας. Η φωτοθεραπεία και η στέρηση ύπνου, παρά τη βιβλιογραφικά τεκμηριωμένη αποτελεσματικότητά τους, δεν έχουν ευρεία χρήση στην κλινική πρακτική ίσως λόγω "δυσκολιών" κατά την εφαρμογή τους ή από το γεγονός ότι η λήψη φαρμάκων θεωρείται η πλέον "απλή" θεραπευτική παρέμβαση».

(Γ. Ν. Παπαδημητρίου, 1999, σελ 90 – 91)

Φαρμακευτική θεραπεία

Στόχος της φαρμακοθεραπείας είναι η επαναφορά του καταθλιπτικού ασθενούς, η υποχώρηση των συμπτωμάτων του και η πλήρη ψυχοκοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση. Σύμφωνα με τη σύγχρονη επιστημονική άποψη, η κατάθλιψη είναι "βιολογική" νόσος και συνεπώς χρειάζεται κυρίως "βιολογική" αντιμετώπιση. Αυτό πρέπει να γίνει σαφώς κατανοητό,

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

επειδή συχνά οι συγγενείς και φίλοι, αλλά ακόμη και οι γιατροί των καταθλιπτικών ασθενών, αγνοώντας τη φύση της νόσου προσπαθούν ανεπιτυχώς να την αντιμετωπίσουν με παραινέσεις προς τον άρρωστο "να κάνει κουράγιο", "να σταθεί στα πόδια του" και "να το ρίξει έξω". Μερικές φορές, ο ασθενής επισύρει μομφές ότι είναι "αδιάφορος", "τεμπέλης", μη συνεργάσιμος" κ.λ.π. (Κ. Ρ. Σολδάτος, Δ. Γ. Δικαίος, 1999, σελ.67-70)

Γενικά υπάρχουν δύο κύριες κατηγορίες αντικαταθλιπτικών φαρμάκων : οι αναστολείς επαναπρόσληψης των μονοαμινών (αναστέλλουν κυρίως την επαναπρόσληψη της σεροτονίνης και της νοραδρεναλίνης από τον προσυναπτικό νευρώνα) και οι αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης (παρεμποδίζουν τον καταβολισμό των μονοαμινικών νευρομεταβιβαστών μέσω αναστολής του κυριότερου ενζύμου που τον καταλύει). Η αντικαταθλιπτική δράση όλων αυτών των φαρμάκων συνήθως εκδηλώνεται 2 – 3 εβδομάδες μετά την έναρξη της χορήγησής τους. Από την πρώτη δε εμφάνιση κάποιου βαθμού βελτίωσης μέχρι την πλήρη αποδρομή όλων των καταθλιπτικών συμπτωμάτων , συνήθως παρεμβάλλεται διάστημα μερικών ακόμη εβδομάδων κατά το οποίο ο ασθενής βελτιώνεται σταδιακά. Εκτός από τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα , για την πρόληψη των υποτροπών της κατάθλιψης χρησιμοποιούνται και τα θυμορρυθμιστικά (σταθεροποιητικά του συναισθήματος) φάρμακα. Ο ακριβής τρόπος δράσης τους δεν είναι γνωστός , θεωρείται όμως πιθανόν ότι εμπλέκονται σε ενδοκυττάριας διαδικασίες μεταφοράς του νευρικού σήματος στο μετασυναπτικό νευρώνα. Τα κυριότερα προβλήματα είναι τυχόν απόπειρα αυτοκτονίας και εμφάνιση υποτροπής παρά τη μακροχρόνια χρήση φαρμάκων.

Ο ασθενής που παίρνει φαρμακευτική αγωγή και επανεμφανίζεται η νόσος πρέπει να αυξήσει τη δόση των φαρμάκων που παίρνει. Οι κανόνες της αντικαταθλιπτικής φαρμακοθεραπείας περιλαμβάνουν την χορήγηση επαρκούς δόσεως του σκευάσματος για επαρκές χρονικό διάστημα. Συμπερασματικά, η χρήση της φαρμακευτικής αντικαταθλιπτικής αγωγής κατέχει σήμερα σημαντικότερη θέση στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης. Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα είναι γενικά αποτελεσματικά, ασφαλή, και με σχετικά λίγες ανεπιθύμητες ενέργειες, το είδος και η συχνότητα των οποίων διαφοροποιείται μεταξύ των διαφόρων σκευασμάτων. Το κυριότερο πρόβλημα που σχετίζεται με τη χρήση όλων αυτών των σκευασμάτων είναι η καθυστερημένη εμφάνιση της αντικαταθλιπτικής τους δράσης (μερικές εβδομάδες μετά την έναρξη της χορήγησής τους). Με την κατάλληλη όμως πληροφόρηση του ασθενούς και των οικείων του, και την παροχή διαβεβαιώσεων ότι η καθυστέρηση στην εμφάνιση της δράσης του φαρμάκου δεν αποτελεί ένδειξη θεραπευτικής αποτυχίας του, διασφαλίζεται συνήθως η συνεργασία του ασθενούς μέχρι να εμφανισθεί το θεραπευτικό αποτέλεσμα.

(Κ. Ρ. Σολδάτος, Δ. Γ. Δικαίος, 1999, σελ. 70-77).

B. ΨΥΧΑΝΑΛΥΤΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ .

Οι ατομικές και ομαδικές ψυχοθεραπείες εφαρμόζονται σε επείγουσα αντιμετώπιση της κατάθλιψης και στη μακρόχρονη θεραπεία συναισθηματικής διαταραχής. Οι ατομικές ψυχοθεραπείες είναι: η γνωσιακή, η συμπεριφορική, η γνωσιακή-συμπεριφορική, η βραχεία ψυχοδυναμική και η διαπροσωπική. Σε ομαδικό επίπεδο είναι η ομαδική ψυχοθεραπεία και η θεραπεία συζύγων. Για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης αποτελεσματικότερη είναι η γνωσιακή

ψυχοθεραπεία κυρίως σε ασθενείς με ελαφριά ή μέτρια κατάθλιψη. Οι ατομικές ψυχοθεραπείες έχουν περιορισμένο χρόνο. Στόχος τους είναι η επίλυση του συμπτώματος ή του προβλήματος και όχι η αλλαγή της προσωπικότητας. Οι θεραπείες ζεύγους και οικογενειών έχουν ως στόχο τη σταθεροποίηση του οικογενειακού περιβάλλοντος και την αύξηση της συνεργασιμότητας των ασθενών και των οικογενειών τους για την αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση της συναισθηματικής διαταραχής. Το ποσοστό αποτελεσματικότητας των ψυχοθεραπειών είναι 50-55%. Ο αριθμός των συνεδρίων κυμαίνεται από 1-3 συνεδρίες το μήνα, ανάλογα με την ανάγκη που έχει ο ασθενής για θεραπεία. (Γ. Ν. Παπαδημητρίου, 1999, σελ. 92-94).

Η θεραπεία της κατάθλιψης είναι δύσκολη γι' αυτό και ο θεραπευτής θα πρέπει να προσέξει προτού αναλάβει κάποιον ασθενή. Αν θα γίνει ή όχι ψυχοθεραπευτική παρέμβαση στην κατάθλιψη από την αρχή μέχρι το τέλος επεισοδίου εξαρτάται από τον θεραπευτή. Ο θεραπευτής βρίσκεται a priori σε μια κατάσταση διαθεσιμότητας, που εκφράζεται με εμπραθητική στάση (empathy) πριν απ' την έκκληση της κατάθλιψης για βοήθεια. Ο όρος "empathy" ψυχαναλυτικά σημαίνει η εσωτερική εμπειρία να αντιλαμβάνεται κανείς την ψυχολογική κατάσταση του άλλου προσώπου. Στα ελληνικά ο όρος αυτός εκφράζεται και ως "ενσυναίσθηση". Στην αντιμετώπιση του καταθλιπτικού αρρώστου με αυτοκτονικές τάσεις, θεραπευτικός παράγοντας είναι η εμπραθητική στάση του θεραπευτή. Ο ασθενής πρέπει να βεβαιωθεί ότι ο θεραπευτής υπολογίζει σοβαρά στον αυτοκτονικό κίνδυνο αλλά δεν πανικοβάλλεται απ' αυτόν. Επίσης ότι "συμμερίζεται" την απελπισία του και να προσπαθεί να καταλάβει τους λόγους της. Ένα οργανωμένο θεραπευτικό πλαίσιο χρειάζεται δεκτικότητα, διαθεσιμότητα και αποφυγή των υποδείξεων

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

και της κριτικής.

(Μ. Μακρίδης, Γρ. Βασλαματζής, 1996, σελ. 143-146).

Γ. ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

«Η συνεχιζόμενη θεραπεία βασίζεται στην υπόθεση ότι τα επεισόδια της κατάθλιψης δεν τερματίζονται με την υποχώρηση των συμπτωμάτων και ότι για μια περίοδο μηνών μετά τη διακοπή της θεραπείας η υποτροπή της νόσου είναι δυνατή. Με τη μείζονα κατάθλιψη, η συνήθης πρακτική είναι να συνεχίζεται η φαρμακοθεραπεία για μια περίοδο 4-12 μηνών μετά την υποχώρηση των συμπτωμάτων και στη συνέχεια η δόση να μειώνεται προοδευτικά με προσεκτική παρακολούθηση για ενδεχόμενη υποτροπή. Ο κίνδυνος υποτροπής μειώνεται σημαντικά μετά μια περίοδο τουλάχιστον 16-20 εβδομάδων, κατά την οποία ο ασθενής παραμένει ελεύθερος συμπτωμάτων, ενώ η αρχική περίοδος των 8 εβδομάδων είναι περισσότερο επικίνδυνη για υποτροπή. Η χρονιότητα της νόσου με πολλά επεισόδια στο παρελθόν, η μη συμμόρφωση του ασθενούς στη θεραπεία, συνυπάρχουσα σωματική νόσος, διαταραχές προσωπικότητας και συνεχιζόμενο ψυχοκοινωνικό stress, αποτελούν παράγοντες κινδύνου που ευνοούν την επανεμφάνιση των συμπτωμάτων. Οι ασθενείς θα πρέπει να λαμβάνουν την πλήρη θεραπευτική δόση που χρησιμοποιήθηκε για την υποχώρηση του επεισοδίου, με την προϋπόθεση ότι η δόση αυτή δεν προκαλεί σημαντικές ανεπιθύμητες ενέργειες που θα μπορούσαν να επηρεάσουν τη συνεργασιμότητά του».

(Β.Αλεβίζος, 1996, σελ.136).

Δ. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΥΝΤΗΡΗΣΗΣ

« Η κατάθλιψη είναι μια περιοδική νόσος. Έχει υπολογιστεί ότι από τους ασθενείς που εμφανίζουν ένα επεισόδιο μείζονος κατάθλιψης, 50-85% θα εμφανίσουν τουλάχιστον ένα ακόμα επεισόδιο στη διάρκεια της ζωής τους,

συνήθως στα πρώτα 2-3 χρόνια. Στους ασθενείς που παρουσιάζουν νέα επεισόδια θα πρέπει να εφαρμόζεται θεραπεία συντήρησης. Υπάρχει επαρκής απόδειξη της αποτελεσματικότητας των αντικαταθλιπτικών και των θυμοσταθεροποιητικών ουσιών στη θεραπεία συντήρησης των συναισθηματικών διαταραχών. Όταν η πλήρης θεραπευτική δόση χορηγήθηκε σε ασθενείς με μονοπολική κατάθλιψη, μια σημαντική ευεργετική επίδραση της θεραπείας ήταν ακόμη εμφανής στο τέλος της πενταετούς διάρκειας παρατήρησης. Η πρακτική της θεραπείας συντήρησης είναι να χορηγείται η πλήρης θεραπευτική δόση, η οποία επέφερε το αρχικό θεραπευτικό αποτέλεσμα και η θεραπεία να συνεχίζεται για διάστημα ετών, ανάλογα με την ύπαρξη παραγόντων κινδύνου (παρουσία δυσθυμικών συμπτωμάτων μετά την υποχώρηση του επεισοδίου, συνυπάρχουσα σωματική ή ψυχική νόσος και ιστορικό πολλών επεισοδίων). Για πολλούς ασθενείς η θεραπεία συντήρησης θα πρέπει να συνεχίζεται επ' αόριστον. Ως προϋπόθεση εφαρμογής συντηρητικής θεραπείας η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (WHO consensus statement) θεωρεί τα 3 επεισόδια, ιδίως εάν τα 2 τελευταία έχουν εκδηλωθεί στη διάρκεια των 5 τελευταίων ετών. Στη διπολική διαταραχή η θεραπεία συντήρησης θα πρέπει να εφαρμόζεται μετά 2 επεισόδια. Η διακοπή θα πρέπει να γίνεται βαθμιαία για αποφυγή παλίνδρομων χολινεργικών συμπτωμάτων και νέων επεισοδίων της νόσου. Υπάρχουν επίσης ενδείξεις ότι η απότομη διακοπή της θεραπείας συντήρησης με λίθιο οδηγεί πολλούς μανιοκαταθλιπτικούς ασθενείς σε φαινόμενο αναπήδησης (rebound).

(Β. Αλεβίζος, 1996, σελ. 136-137).

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΣΕ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Ο κοινωνικός λειτουργός είναι ένας ειδικός επαγγελματίας με στόχο να ευνοεί μια καλύτερη αμοιβαία προσαρμογή των ατόμων, των οικογενειών, των ομάδων και του κοινωνικού περιγύρου, μέσα στο οποίο ζουν και να αναπτύξει το αίσθημα της αξιοπρέπειας και της ευθύνης των ατόμων, κάνοντας έκκληση στις ικανότητες των προσώπων, στις διαπροσωπικές σχέσεις και στους πόρους της κοινότητας.

Όταν ο ασθενής έρθει στον κοινωνικό λειτουργό για βοήθεια, ο κοινωνικός λειτουργός πρέπει να ακολουθήσει την παρακάτω μέθοδο. Πρώτα απ'όλα να δημιουργήσει μια σχέση με τον πελάτη ώστε να μειωθεί το άγχος του και να δημιουργηθεί μια σχέση εμπιστοσύνης. Στη συνέχεια να του δοθεί βοήθεια να εκφράσει το πρόβλημά του και τέλος να καταφέρουν μαζί να εξασφαλίσουν λύση για το πρόβλημα.

Έπειτα από ορισμένες συναντήσεις ο κοινωνικός λειτουργός θα πρέπει να διατυπώσει μια κλινική διάγνωση. Αυτό είναι αρκετά δύσκολο γιατί απαιτεί γνώσεις που τις αποκτά κυρίως από την επαναλαμβανόμενη εμπειρία της παρατήρησης και της εργασίας με ανθρώπους που παρουσιάζουν το ίδιο πρόβλημα.

Η αποστολή του κοινωνικού λειτουργού είναι να συμβάλει στη θεραπεία του αρρώστου. Με τις ειδικές γνώσεις που διαθέτει μπορεί

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

να κατανοήσει τις συναισθηματικές, κοινωνικές και οικονομικές παραμέτρους της κατάστασης του ασθενούς. Μπορεί επίσης να βοηθήσει τον ασθενή σε θέματα ασφαλιστικής κάλυψης, επιδομάτων και άλλων παροχών που προβλέπονται για τη νόσο αυτή. Σε ασθενείς με χρόνια κατάθλιψη που τους είναι δύσκολο να ξαναπάρουν τη θέση τους στο χώρο τους όπως πριν, ο κοινωνικός λειτουργός μπορεί να τους παραπέμψει σε κάποιον ειδικό γιατρό. Στη συνέχεια η δουλειά του είναι να βοηθήσει στην αποκατάσταση του ασθενή καθώς επίσης και το περιβάλλον του να δεχθεί την κατάσταση αυτή.

Στον ασθενή που υποφέρει από κατάθλιψη όλες οι δραστηριότητες της ημέρας μπορεί να φαίνονται δύσκολες. Άρα το πιο σημαντικό βήμα είναι να πείσουμε τον ασθενή να ολοκληρώσει κάποιες δραστηριότητες κατά τη διάρκεια της ημέρας. Αυτό μπορεί να γίνει σταδιακά αρχίζοντας ο ασθενής με κάποιες ευχάριστες δραστηριότητες. Ορισμένα άτομα νοιώθουν πλήξη, κοινωνική και συναισθηματική απομόνωση, μοναξιά και έλλειψη κινήτρων. Ο κοινωνικός λειτουργός βοηθάει το άτομο να σκεφθεί πράγματα που θα ήθελε να κάνει και στη συνέχεια να πραγματοποιήσει ορισμένα από αυτά. Στην κατάθλιψη τα άτομα τείνουν να σκέπτονται συνεχώς αρνητικά. Στην περίπτωση αυτή ο κοινωνικός λειτουργός προσπαθεί να κάνει το άτομο να σκεφθεί θετικά. Ο κοινωνικός λειτουργός μπορεί να προτείνει στον καταθλιπτικό ασθενή τη σωματική άσκηση και τη χαλάρωση.

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Η θεραπεία οικογένειας, η συζήτηση και ανάλυση δηλαδή της κατάστασης με τα άλλα μέλη της οικογένειας, βοηθά στο να γίνει αντιληπτό πως τα μέλη της οικογένειας αλληλοεπηρεάζονται, έτσι ώστε να βοηθηθεί ο ασθενής και η οικογένειά του να επιλύσει διάφορες δυσκολίες και προβλήματα και να ζήσει μια πιο φυσιολογική ζωή. Ο κοινωνικός λειτουργός πρέπει να προετοιμάσει την οικογένεια για τις δυσκολίες που θα αντιμετωπίσει με τη συμβίωση του ασθενή. Πρέπει να είναι πολύ προσεκτικός και προστατευτικός σε ασθενείς που έχουν τάσεις αυτοκτονίας. Η οικογένεια παίζει πολύ σημαντικό ρόλο στη γρήγορη θεραπεία του.

Εκτός από την εργασία με άτομα, ο κοινωνικός λειτουργός χρησιμοποιεί τη μέθοδο της κοινωνικής εργασίας με ομάδες. Στόχος του είναι να δημιουργήσει ομάδες που αντιμετωπίζουν την ίδια ασθένεια ή το ίδιο πρόβλημα. Στην περίπτωση αυτή δημιουργεί ομάδες με καταθλιπτικούς ασθενείς με σκοπό να εκφράσουν τους φόβους και τα συναισθήματα που νοιώθουν. Τέτοιες ομάδες μπορεί να δημιουργήσει και με τις οικογένειες των καταθλιπτικών ασθενών.

Πρέπει να επιστήσουμε την προσοχή στην πρόληψη και στη θεραπεία της κατάθλιψης. Μια καλύτερη γνώση των αναγκών και των μέσων που διαθέτουμε επιτρέπει να αποφευχθούν προβλήματα δισεπίλυτα.

Ένας πολύ σημαντικός ρόλος του κοινωνικού λειτουργού είναι η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση του καταθλιπτικού ασθενή. Η αποκατάσταση είναι μια διαδικασία, που μέσα από την εφαρμογή

επαγγελματικών μέτρων έχει ως στόχο να βοηθήσει το άτομο να φθάσει στο μέγιστο δυνατό επίπεδο λειτουργικότητας και να ενταχθεί στην κοινωνία. Ο κοινωνικός λειτουργός προσπαθεί να διεκδικήσει για τον ασθενή μια φυσιολογική θέση στην κοινότητα μέσα στα όρια των δυνατοτήτων του ή στην ελεύθερη αγορά εργασίας ή στο σπίτι. Η αποκατάσταση πρέπει να αρχίζει με την έναρξη και τη διάγνωση της νόσου και να συνεχίζεται μέχρι την τελική τοποθέτηση του ατόμου στην πιο κατάλληλη εργασία ή συνθήκες διαμονής. Οι τεχνικές της αποκατάστασης εφαρμόζονται σε όλες τις ηλικίες από τη βρεφική μέχρι και τη γεροντική. Πρωταρχικός στόχος της αποκατάστασης είναι η βελτίωση των ικανοτήτων του ατόμου. Η ενεργητική συμμετοχή του ατόμου στην αποκαταστασιακή διαδικασία βοηθάει πολύ. Για την αποκαταστασιακή παρέμβαση η μακρόχρονη φαρμακοθεραπεία είναι απαραίτητη. Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού σε ένα πρόγραμμα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης είναι: α) Να αποκαταστήσει τη λειτουργικότητα του καταθλιπτικού μέσα από τις θεραπευτικές δραστηριότητες σε συνεργασία με την οικογένεια και την ίδια την κοινότητα. β) Να αποτελέσει το σύνδεσμο μεταξύ ασθενή και ομάδας ψυχικής υγείας ως προς τις διαγνωστικές κλινικές και θεραπευτικές πληροφορίες. γ) Να εργαστεί αυτόνομα ή σε συνεργασία με άλλα μέλη στην αξιολόγηση και την έρευνα θεραπευτικών δραστηριοτήτων και των προγραμμάτων ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Βασικές αρχές που πρέπει να ακολουθεί ο κοινωνικός λειτουργός στην αποκατάσταση του καταθλιπτικού ασθενή είναι οι εξής: Αμοιβαία

συνεργασία με αρμόδιες υπηρεσίες, η αισιοδοξία, ο σχεδιασμός εναλλακτικών λύσεων, ο σχεδιασμός ρεαλιστικών στόχων, η διακρίτικότητα, η συνεχής ενίσχυση κάθε προσπάθειας του πελάτη, η ενημέρωση, η υποστήριξη της οικογένειας, ευαισθητοποίηση των φορέων κοινότητας και άλλων φορέων, η διερεύνηση εργασιακών ευκαιριών στην ελεύθερη αγορά και προσαρμογή των προγραμμάτων επαγγελματικής αποκατάστασης.

Είναι πολύ σημαντικό για τον ασθενή να ξέρει, πως η κατάθλιψη είναι μια ασθένεια που είναι θεραπεύσιμη και ότι η διάθεση για συνεργασία από μέρους του, μπορεί να βοηθήσει στη συντομότερη αποκατάστασή του.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ :

Η κατάθλιψη είναι μια ψυχολογική κατάσταση που μπορεί να βιώσει ο κάθε άνθρωπος. Η κατάθλιψη επηρεάζει πολλούς τομείς της ζωής μας. Οι άνθρωποι που πάσχουν από τη νόσο αυτή, υποφέρουν πραγματικά για ένα μεγάλο χρονικό διάστημα στη ζωή τους. Με τη βοήθεια των ειδικών ιατρών και τα μέσα που έχουμε στη διάθεσή μας σήμερα μπορεί να θεραπευτεί. Η ενημέρωση για τη νόσο αυτή είναι ελλιπής. Όσον αφορά τους επαγγελματίες της ψυχικής υγείας αλλά και άλλων ιατρών όπως είναι οι οικογενειακοί ιατροί θα πρέπει να δίνεται βαρύτητα στα συμπτώματα της κατάθλιψης. Ακόμα περισσότερο να δίνεται σημασία στους παράγοντες κινδύνου για αυτοκτονία. Οι παράγοντες αυτών των αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών μπορεί να περιλαμβάνουν ψυχοπαθολογικές, βιολογικές και κοινωνικοδημογραφικές παραμέτρους. Η δυσκολία πρόβλεψης αυτών των συμπεριφορών είναι μεγάλη. Είναι γνωστό ότι πολλοί από τους παράγοντες αυτούς μπορεί και να τροποποιηθούν με το πέρασμα του χρόνου.

Οι μη ψυχίατροι χρειάζεται να είναι πλήρως ενημερωμένοι για να αναγνωρίζουν αμέσως τα συμπτώματα της κατάθλιψης σε ένα άτομο και να αποφευχθεί κάθε αυτοκαταστροφική συμπεριφορά. Είναι ήδη γνωστό ότι οι περισσότεροι οικογενειακοί ιατροί συναντούν ιδιαίτερη δυσκολία στην αναγνώριση της καταθλιπτικής νόσου. Επίσης αδυνατούν να θεραπεύσουν τον ασθενή και να χειριστούν την περίπτωση του. Οπότε χρειάζεται η παραπομπή του ασθενή σε ειδικές υπηρεσίες που είναι ικανές να τον βοηθήσουν.

Οι μονάδες επείγουσας τηλεφωνικής βοήθειας που αποτελούνται από εθελοντές αλλά και επαγγελματίες πρέπει να έχουν ειδική εκπαίδευση. Και αυτό

για να υπάρχει η δυνατότητα να αναγνωρίσουν τα άτομα με τέτοιες αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές και να τα παραπέμπουν στους ειδικούς επαγγελματίες ψυχικής υγείας αλλά και στις αρμόδιες υπηρεσίες.

Χρειάζεται να αναπτυχθούν οι ειδικές υπηρεσίες για τους ασθενείς αυτούς και να συνεργαστούν με τους φορείς της κοινότητας. Με τον τρόπο αυτόν θα γίνεται η εκπαίδευση της οικογένειας του ασθενούς, ούτως ώστε να μπορεί να αναγνωρίζει έγκαιρα τα συμπτώματα της κατάθλιψης. Έτσι όταν ο ασθενής υποτροπιάσει η οικογένειά του θα μπορέσει να του προσφέρει ψυχοκοινωνική υποστήριξη, συστηματικότερη επίβλεψη και τήρηση της ψυχοπροφυλακτικής φαρμακοθεραπείας. Σημαντική είναι και η βελτίωση στις ασφαλιστικές καλύψεις, έτσι ώστε να ενθαρρύνει τους ανθρώπους να αναζητούν την επιστημονική βοήθεια που χρειάζονται.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Β.Αλεβίζος, 22^ο Ετήσιο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο, «Κατάθλιψη», Ιατρική Εταιρεία Αθηνών, Αθήνα 1996.
2. Γ.Σ.Αλεξόπουλος, 25^ο Ετήσιο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο, «Άγχος και Κατάθλιψη», Ιατρική Εταιρεία Αθηνών, 1999.
3. Μάικλ Άρτζυλ, «Ψυχολογία της συμπεριφοράς», εκδόσεις:Θυμάρη, Αθήνα 1981.
4. Γ.Ρ.Βασλαματζής, 22^ο Ετήσιο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο, «Κατάθλιψη», Ιατρική Εταιρεία Αθηνών, Αθήνα 1996.
5. Ρ.Βλαχάκη, «Ψυχολογικό Σχήμα», Έτος 1^ο Αριθ.5, Ιανουάριος-Φεβρουάριος 1982.
6. Ε.Χ.Δημητρίου, 22^ο Ετήσιο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο, Ιατρική Εταιρεία Αθηνών, Αθήνα 1966.
7. Δ.Γ.Δικαίος, 25^ο Ετήσιο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο, «Άγχος και Κατάθλιψη», Ιατρική Εταιρεία Αθηνών, Αθήνα 1999.
8. Β.Π.Κονταξάκης, 22^ο Ετήσιο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο, «Κατάθλιψη», Ιατρική Εταιρεία Αθηνών, Αθήνα 1996.
9. Ε.Λύκουρας, 22^ο Ετήσιο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο, «Κατάθλιψη», Ιατρική Εταιρεία Αθηνών, Αθήνα 1996.
10. Δ.Μαδιανός, 22^ο Ετήσιο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο, «Κατάθλιψη», Ιατρική Εταιρεία Αθηνών, Αθήνα 1996.
11. Μ.Μακρίδης, 22^ο Ετήσιο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο, «Κατάθλιψη», Ιατρική Εταιρεία Αθηνών, Αθήνα 1996.
12. Ν.Μάνος, «Βασικά Στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής», εκδόσεις:University studio press, Θεσσαλονίκη 1922.
13. Σ.Χ.Ντώνιας, 25^ο Ετήσιο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο, «Άγχος και Κατάθλιψη», Ιατρική Εταιρεία Αθηνών, Αθήνα 1999.
14. Γ.Ν.Παπαδημητρίου, 25^ο Ετήσιο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο, «Άγχος και Κατάθλιψη», Ιατρική Εταιρεία Αθηνών, Αθήνα 1999.
15. Α.Δ.Ραμπαβίλας, 22^ο Ετήσιο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο, «Κατάθλιψη», Ιατρική Εταιρεία Αθηνών, Αθήνα 1996.
16. Π.Ν.Σακκάς, «Στοιχεία Συμβουλευτικής- Διασυνδετικής Ψυχιατρικής:Η Ψυχιατρική του Γενικού Νοσοκομείου», εκδόσεις:Ε.Π.Ε., Αθήνα 1997.
17. Κ.Ρ.Σολδάτος, 25^ο Ετήσιο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο, «Άγχος και Κατάθλιψη», Ιατρική Εταιρεία Αθηνών, Αθήνα 1999.

18. Ι.Σ.Τσιάντης, 25^ο Ετήσιο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο, «Άγχος και Κατάθλιψη», Ιατρική Εταιρεία Αθηνών, Αθήνα 1999.
19. Β.Σ.Χαντζαρά, 25^ο Ετήσιο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο, « Άγχος και Κατάθλιψη», Ιατρική Εταιρεία Αθηνών, Αθήνα 1999.
- 20.Γ.Ν.Χριστοδούλου, 22^ο Ετήσιο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο, «Κατάθλιψη», Ιατρική Εταιρεία Αθηνών, Αθήνα 1996.
- 21.Χ.Α.Χριστοφίδης, «Ψυχικές διαταραχές και αντιμετώπισή τους» Λευκωσία 1981.
- 22.Frederic F. Flach, «Κατάθλιψη», εκδόσεις:δίοδος, Αθήνα 1998
- 23.Paul Gilbert, «Ξεπερνώντας την κατάθλιψη», εκδόσεις:Ελληνικά γράμματα, Αθήνα 1999.

