

ΓΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ - ΕΡΕΥΝΑ

*"ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΕΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ
ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ"*



Υπεύθυνη καθηγήτρια

Dr. Παπαδημητρίου Μαρία

Σπουδάστριες

Βαβαρούτα Ευαγγελία
Γκλαβά Βασιλική
Κατσαρού Ιωάννα
Στανίτσα Βασιλική

Πάτρα, 1999

ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΕΛΑΓΟΥΣ	2676
---------------------	------

Σε μας που κουραστήκαμε
και σε όσους δουλεύοντας ακούραστα
επιτρέπουν σε κάποιους άλλους να
ανελίσσουν τη Νοσηλευτική Επιστήμη.

Αντί προλόγου...

"Και είδα μια γερασμένη γυναίκα κουρνιασμένη πλάι μου, εντελώς ατημέλητη κι αδιάφορη για την αφροντισιά της, στεγνή και μαραμμένη, με μια χλωμή, ασύσπαστη, χωμάτινη όψη, με χαμηλωμένο βλέμμα, διστακτική φωνή και κατεβασμένα χείλη... Καθώς σύρθηκε κοντά μου, ξαφνικά, μες στη σιωπή, με άρπαξε στα μπράτσα της και με σκέπασε απ' την κορφή ως τα νύχια με το μανδύα της δυστυχίας της, και με κράτησε τόσο σφιχτά στην αγκαλιά της που ένιωσα σαν μια μέγκενη να συνθλίβει την καρδιά και το στήθος μου και με την παλάμη της σκέπασε τα μάτια μου κι έκλεισε τ' αυτιά μου ώστε να μην μπορώ ούτε να δω, ούτε ν' ακούσω... Κι έμαθα αργότερα ότι το όνομα αυτής της γριάς ήταν Μελαγχολία, που μπερδεύει τη σκέψη, στεγνώνει το κορμί, δηλητηριάζει τους χυμούς του, εξασθενεί τις αισθήσεις κι εγκαταλείπει τους ανθρώπους στην αρρώστια και το θάνατο".

(Chartier, 1428)

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

<i>Αντί προλόγου</i>	3
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	4
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	6
<i>Εισαγωγή</i>	7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο	8
1.1 <i>Τι είναι κατάθλιψη;</i>	8
1.2 <i>Συμπτώματα κατάθλιψης</i>	9
1.3 <i>Αιτιολογία</i>	10
1.4 <i>Ταξινόμηση των Καταθλιπτικών Διαταραχών</i>	14
1.5 <i>Ταξινόμηση και Διάγνωση της Κατάθλιψης κατά το DSM-III και DSM-III R</i>	18
1.6 <i>Διαφορική διάγνωση</i>	28
1.7 <i>Κλινική πορεία - Πρόγνωση</i>	32
1.8 <i>Επιδημιολογία</i>	35
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο	37
2.1 <i>Θεραπεία</i>	37
2.1.1 <i>Σωματική θεραπεία</i>	38
2.1.2 <i>Βιολογική θεραπεία</i>	40
2.1.3 <i>Ψυχοθεραπείες</i>	49
2.1.4 <i>Ψυχόδραμα</i>	55
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο	59
3.1 <i>Κατάθλιψη και συνέπειες στην οικονομία</i>	59
3.2 <i>Κατάθλιψη και συνέπειες στην οικογένεια</i>	60
3.3 <i>Κατάθλιψη και συνέπειες στην κοινωνία</i>	62
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο	63
4.1 <i>Ψυχιατρική και πρόληψη της κατάθλιψης</i>	63
4.2 <i>Νοσηλεύτης και πρόληψη της κατάθλιψης</i>	64
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	70
ΥΛΙΚΟ	71
ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	71
ΥΠΟΘΕΣΗ	79
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	80
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	97
ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΩΝ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	98
ΠΟΛΛΑΠΛΗ ΠΑΛΙΝΔΡΟΜΗΣΗ ΚΑΤΑ ΒΗΜΑΤΑ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	105
ΣΥΖΗΤΗΣΗ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	112
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	115
SUMMARY	116
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	117



ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Εισαγωγή

Φτάνοντας στις μέρες μας η κατάθλιψη ν' αποτελεί μια απ' τις κυριότερες εκφάνσεις της καθημερινότητας μας και με την τάση να αυξάνονται τα "θύματα" της, θελήσαμε να προσδιορίσουμε τη θέση του Έλληνα νοσηλευτή και βοηθού νοσηλευτή στο πρόβλημα αυτό. Πιστεύοντας στη σημασία της νοσηλευτικής παρέμβασης και έξω από τα ψυχιατρικά τμήματα, καταρτίσαμε ένα ερωτηματολόγιο που απευθύνεται σε μη ειδικευμένους και μη εργαζομένους σε ψυχιατρικές κλινικές νοσηλευτές και βοηθούς νοσηλευτών.

Σκοποί της εργασίας μας είναι: α) να διερευνηθεί η ικανότητα του νοσηλευτικού προσωπικού να εντοπίσει πιθανή κατάθλιψη, βάσει των γνώσεων, της ευαισθησίας και της παρατηρητικότητάς του. β) να παρουσιαστούν βιβλιογραφικά όποιες θέσεις για την πρόληψη, γ) να βγουν συμπεράσματα και να συζητηθούν τα ζητήματα που προκύπτουν, καθώς και να προταθούν οι λύσεις, που ενδείκνυνται. Απώτερος στόχος μας, βέβαια, είναι τα αποτελέσματα που θα παρατεθούν να χρησιμοποιηθούν, προκειμένου να υπάρξει η πραγματική τροχόπεδη στην ψυχική οδύνη της κατάθλιψης.

Επιπρόσθετα, αναφερόμαστε γενικά στην κατάθλιψη και τις συνέπειές της στην οικονομία, την οικογένεια και την κοινωνία, αξιώνοντας να υπάρχει μια ολοκληρωμένη εικόνα του προβλήματος αυτού.

Πάτρα, Σεπτέμβριος 1999

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

1.1 Τι είναι κατάθλιψη;

Είναι δύσκολο να προσδιορισθεί χρονικά πότε εμφανίστηκε ο πρώτος "ψυχιατρικός" ασθενής. Είναι πολύ πιθανόν από τον πρώτο κιόλας καιρό, που οι άνθρωποι άρχισαν να σχηματίζουν μικρές κοινωνίες, να υπήρξαν ορισμένοι που με τη "διαφορετική" συμπεριφορά τους να τράβηξαν την προσοχή των άλλων, των περισσότερων, που ίσως αντέδρασαν με δέος μπροστά στο ακατανόητο. (Γιαννοπούλου, 1996) Οι περιγραφές θέλουν την κατάθλιψη να υπάρχει από τότε που άρχισε να καταγράφεται η ανθρώπινη ιστορία. Ο Ιπποκράτης την ονόμασε μελαγχολία, επειδή πίστευε ότι την προκαλούσε η επίδραση της "μαύρης χολής" στο μυαλό. (Χαρτοκόλλης, 1991)

Σήμερα, καλείται ως μια διαταραχή της συναισθηματικής διάθεσης, όπου συναισθηματική διάθεση ή απλά διάθεση είναι ο καθολικός και σταθερός συναισθηματικός τόνος που βιώνεται εσωτερικά και που σε ακραίες περιπτώσεις μπορεί να επηρεάσει σε πολύ μεγάλο βαθμό τη συμπεριφορά ενός ατόμου, καθώς και την αντίληψή του για τον κόσμο.

Όλοι μας γνωρίζουμε τι θα πει καταθλιπτική ή ευφορική διάθεση. Όλοι μας έχουμε περάσει από περιόδους απογοήτευσης ή ικανοποίησης που επηρέασαν τη διάθεσή μας. (Μάνος, 1988) Μας λυπεί ένα θλιβερό γεγονός, όπως μια αποτυχία ή μια απώλεια. Φοβόμαστε ή αισθανόμαστε άγχος όταν κάτι μας απειλεί. Δεν υπάρχει τίποτε το παθολογικό στα συναισθήματα αυτά, έστω και αν είναι εξαιρετικά έντονα, έστω και αν εκφράζονται με τρόπο υπερβολικό ή ανάρμοστο, γιατί υπάρχει κάποιος λόγος που τα δικαιολογεί.

Οι συναισθηματικές διαταραχές, έτσι, λοιπόν, και η κατάθλιψη, χαρακτηρίζονται από συναισθήματα που δεν έχουν λόγο να υπάρχουν που δεν έχουν λογική δικαιολογία. Το άτομο το οποίο τα αισθάνεται μπορεί να τα δικαιολογεί, αλλά η δικαιολογία που δίνει δεν πείθει. Φυσικά, υπάρχει λόγος, αλλά δεν είναι αυτός που δίνει ο άρρωστος. (Χαρτοκόλλης, 1991) Για να μπορέσουμε να διακρίνουμε τη φυσιολογική από την παθολογική κατάσταση θα πρέπει να εξετάσουμε τα συμπτώματα. Σημειώνουμε από την αρχή, ότι σε ένα καταθλιπτικό άτομο μπορεί να μην είναι η καταθλιπτική διάθεση πάντα εμφανής ή ακόμα και παρούσα και άλλα συμπτώματα να μας οδηγήσουν στη διάγνωση (Μάνος, 1988)

1.2 Συμπτώματα κατάθλιψης

- Βαθμιαία έναρξη των συμπτωμάτων
- Παραμελημένη εξωτερική εμφάνιση, κουρασμένο πρόσωπο, μειωμένη κινητικότητα.
- Συναίσθημα καταθλιπτικό: Κλαίει εύκολα για όλα, είναι απαισιόδοξος, δεν γελάει, απομονώνεται. Το συναίσθημα αυτό είναι πιο έντονο το πρωί και μειώνεται κάπως το απόγευμα.
- Λιμνασμός της σκέψης του στις καταθλιπτικές ιδέες.
- Παραληρητικές ιδέες ενοχής, υποτίμησης του εγώ, μηδενισμού, αναξιότητας και υποχονδριακές ιδέες.
- Ομιλία αργή και χαμηλόφωνη, ανηδονία.
- Βούληση μειωμένη, με αποτέλεσμα τα σχέδια του για αυτοκτονία να μην πραγματοποιούνται. Μπορεί, ν' αυτοκτονήσει ή στην αρχή της ασθένειας που η βούληση δεν είναι τόσο μειωμένη ή μόλις αρχίσει η βελτίωση από την θεραπεία.

- Σωματικά συμπτώματα: Αϋπνία (ξυπνάει το πρωί νωρίς), δεν τρώει λόγω ανορεξίας και κατά συνέπεια χάνει βάρος, έχει δυσκοιλιότητα, πεσμένη Α.Π., ξηροστομία και διαταραχή της εμμηνορρυσίας. (Γιαννοπούλου, 1996)

1.3 Αιτιολογία

Αν αυτά που λέει ο άρρωστος για να δικαιολογήσει τα συναισθήματά του είναι φανταστική, τότε τι τον κάνει να υποφέρει; Γιατί δεν υπάρχει αμφιβολία ότι ο άνθρωπος που πάσχει από κατάθλιψη υποφέρει όσο κανένας άλλος ψυχιατρικός άρρωστος. Απόδειξη ότι πολύ συχνά αυτοκτονεί. Και όταν άτομα με άλλες ψυχιατρικές διαταραχές αυτοκτονούν, είναι συνήθως επειδή φτάνουν στο ίδιο σημείο που βρίσκεται ο μελαγχολικός άρρωστος, το άτομο που υποφέρει από μια καταθλιπτική διαταραχή. Αισθάνονται το ίδιο άσχημα.

Όπως και με την αιτιολογία της σχιζοφρένειας, οι θεωρίες που ζητούν να εξηγήσουν το μηχανισμό των συναισθηματικών διαταραχών αντιπροσωπεύουν τα διάφορα ιδεολογικά ρεύματα που υπάρχουν στην ψυχιατρική. Και είναι δύσκολο να πει κανένας ποια απ' αυτές τις θεωρίες βρίσκεται περισσότερο κοντά στην αλήθεια. Προκειμένου για την αξιοπιστία τους, εκείνο που θα μπορούσε να πει κανένας είναι ότι αλληλοσυμπληρώνονται, έτσι ώστε να δίνουν τη δυνατότητα στο γιατρό να προσφέρει κάποια σχετικώς αποτελεσματική θεραπεία.

A. Γενετική υπόθεση

Υποστηρίζεται ότι οι συναισθηματικές διαταραχές είναι σε έναν μεγάλο βαθμό κληρονομικές. Μελέτες με διδύμους και οικογένειες διδύμων ή ατόμων που έχουν υιοθετεί

σε μια πολύ νεαρή ηλικία από οικογένειες εγκατεστημένες σε διαφορετικούς τόπους έχουν διαπιστώσει ένα ποσοστό ομοιομορφίας ως προς την αρρώστια, για μεν τους μονοζυγωτικούς διδύμους περίπου 69%, για δε τους διζυγωτικούς διδύμους περίπου 13%. Έχει βρεθεί ότι σε συγγενείς πρώτου βαθμού το ενδεχόμενο να εμφανιστεί μια συναισθηματική διαταραχή (νοσηρός παράγοντας) είναι για τους άντρες 6 ως 18%, για τις γυναίκες 7 ως 32%. Κατά μια παλαιότερη του Κάλμαν, που αναφέρεται και σε στοιχεία από άλλες ανάλογες μελέτες, ο βαθμός της κληρονομικότητας για συναισθηματικές διαταραχές κυμαίνεται, για μεν τα μονοζυγωτικά δίδυμα αδέρφια από 66 ως 96%, για δε τα διζυγωτικά δίδυμα και άλλα αδέρφια από 20 ως 25%.

Β. Ιδιοπαθής Υπόθεση

Ως μια επέκταση ή άλλη πλευρά της θεωρίας της κληρονομικότητας υπάρχει ακόμα η ιδιοπαθής θεωρία ή υπόθεση, που είχε πολύ πέραση στα τελευταία χρόνια του περασμένου αιώνα και ως ένα βαθμό διατηρεί ακόμα το ενδιαφέρον της. Αναφέρεται στη σωματική διάπλαση του ατόμου και την πιθανότητα κάποιας σχέσης με το χαρακτήρα του και την τάση για μίαν ορισμένη ψυχοπαθολογία. Άνθρωποι με μανιοκαταθλιπτικές τάσεις συμβαίνει να είναι κοντόχοντροι, με αναπτυγμένο στομάχι - να ανήκουν στον *πυκνοειδή* τύπο, όπως τον προσδιόρισε ο Γερμανός ψυχίατρος Κρέτσεμπερ. Ο ίδιος ερευνητής περιέγραψε επίσης έναν *ασθενικό* τύπο, που υποτίθεται ότι χαρακτηρίζει τη σωματική διάπλαση ατόμων επιρρεπών στη σχιζοφρένεια, και ακόμα έναν *αθλητικό* και έναν *δυσπλαστικό*.

Γ. Βιολογική θεωρία

Με βάση τις θεραπευτικές ιδιότητες ορισμένων ψυχοφαρμάκων έχουν αναπτυχθεί δύο υποθέσεις, που επιχειρούν να εξηγήσουν το μηχανισμό των συναισθηματικών

διαταραχών: η *κατεχολαμινική υπόθεση*, κατά την οποία η μεν κατάθλιψη οφείλεται σε μια μείωση των μονοαμινών (ή βιογενών αμινών), ειδικότερα της νορεπινεφρίνης, που ενεργοποιούν τους νευροχημικούς υποδοχείς του εγκεφάλου, η δε μανία σε μιαν υπερβολική δραστηριότητα των ίδιων ουσιών και η *ινδολαμινική υπόθεση*, που αποδίδει τις διαταραχές αυτές σε ανωμαλίες μεταβολισμού της σεροτονίνης. Αλληλοσυγκρουόμενα εργαστηριακά ευρήματα, όμως, οδηγούν στο συμπέρασμα ότι και οι δύο υποθέσεις υπεραπλουστεύουν τα πράγματα.

Δ. Ψυχολογικές θεωρείες

Από την άλλη μεριά, υπάρχουν διάφορες ψυχολογικές απόψεις, παλιές και καινούριες, από τις οποίες πιο γνωστή, αν όχι πιο ολοκληρωμένη, είναι η φαινομενολογική, που κάπως ταυτολογικά αποδίδει τη μελαγχολία στην αδυναμία του ατόμου να δώσει ένα νόημα στην ύπαρξη του. Ανάλογη είναι η άποψη της θεωρίας συμπεριφοράς και ειδικότερα η υπόθεση του Μπεκ, κατά την οποία κάποιος που πάσχει από μελαγχολία ξεκινάει από μια παθολογική εκτίμηση του εαυτού του, που του δημιουργεί αρνητικές προσδοκίες.

Ε. Ψυχαναλυτική Άποψη

Αλλά η πιο πρωτότυπη, ολοκληρωμένη και δυναμική, τόσο στη σύλληψη της όσο και στην κλινική της εφαρμογή, ερμηνεία της καταθλίψεως είναι εκείνη που προσφέρει η ψυχανάλυση.

Κατά την ψυχαναλυτική άποψη, η μελαγχολία -σε αντίθεση με το πένθος, την κοινή αυτή συναισθηματική αντίδραση στην απώλεια ενός αγαπημένου αντικειμένου- οφείλεται σε μιαν εχθρικήτητα που δημιουργείται μέσα στον άνθρωπο για τον ίδιο τον εαυτό του.

Ο μηχανισμός μιας τέτοιας καταθλίψεως, όπως τον περιέγραψε ο Φρόυντ και ο Άμπραχαμ, είναι ο ακόλουθος: τα συναισθήματα που τρέφει ο άρρωστος για ένα αγαπημένο πρόσωπο που χάθηκε αποσύρονται απ' αυτό και ξαναγυρίζουν στον εαυτό του και μαζί τους η εικόνα του, που ενσωματώνεται μέσα στο εγώ -γίνεται ένα με το εγώ του. Αλλά επειδή ποτέ κανένας δεν αγαπάει χωρίς επίσης να μισεί, μαζί με την καλή εικόνα του αγαπημένου αντικειμένου ενσωματώνεται και μία μισητή, εχθρική, αποκρουστική εικόνα με την οποία ο ίδιος αρχίζει να ταυτίζεται. Μια τέτοια ταύτιση κάνει την καταθλιπτικό άρρωστο να απεχθάνεται τον εαυτό του, να τον οικτρίζει και να τον μισεί. Με άλλα λόγια, όλα τα σαδιστικά, επιθετικά, καταστρεπτικά συναισθήματα, που μπορούσε να κατευθύνει προς το αγαπημένο πρόσωπο όταν αυτό ήταν ακόμα στη ζωή, στρέφονται τώρα εναντίον του, βασανίζοντας τον χωρίς έλεος, σε σημείο που να καταφεύγει συχνά στην αυτοκτονία.

Στ. Ναρκισσισμός και Μελαγχολία

Δεν είναι απαραίτητο, ωστόσο, για μια κατάθλιψη να συνδέεται με την απώλεια αγαπημένου προσώπου. Όπως το επισήμαναν ο Μπίμπρινγκ και η Τζέικομπσον, τροποποιώντας ή, μάλλον, συμπληρώνοντας την κλασική ψυχαναλυτική ερμηνεία, δεν είναι καν αναγκαίο να υπάρχει μια αντικειμενική απώλεια για να πάθει κανένας κατάθλιψη. Κάτι το αρνητικό σε σχέση με το ναρκισσισμό του, δηλαδή με την αγάπη και την εκτίμηση που τρέφει κανένας για το άτομό του, μια απογοήτευση ή αποτυχία που θα κλονίσει σοβαρά το συναίσθημα του αυτοσεβασμού, μπορεί να παραλύσει την ικανότητα ενός ατόμου για δράση και το ενδιαφέρον του για τη ζωή, με αποτέλεσμα μια ανακλιτική κατάθλιψη. Παλαιά ψυχικά τραύματα, προπάντων μια, πραγματική ή φανταστική, απώλεια κατά τη δεύτερη στοματική (σαδιστική) ή την πρωκτική φάση της ψυχοσεξουαλικής ανάπτυξεως,

που συνδέονται με προσπάθειες ελέγχου των επιθετικών ενορμήσεων, προδιαθέτουν το άτομο για μια καταθλιπτική αντίδραση, νευρωτική ή ψυχωτική.

Z. Ερμηνεία της Μανιακής Ψυχώσεως

Η μανιακή φάση της διπολικής συναισθηματικής ψυχώσεως, από την άλλη μεριά, ερμηνεύεται ως μια αντίδραση του οργανισμού ενάντια σε μια κατάθλιψη, ως μια αυτοάμυνα, με την άρνηση της ιδέας της απωλείας και την ταύτιση με μια φανταστική εικόνα παντοδυναμίας του αγαπημένου αντικειμένου που χάθηκε.

1.4 Ταξινόμηση των Καταθλιπτικών Διαταραχών

Η ανασκόπηση της συμπτωματολογίας της κατάθλιψης, που παραθέσαμε παραπάνω, κάνει σαφή την τεράστια ποικιλία συμπτωμάτων που την χαρακτηρίζει. Αν αναλογισθούμε επιπλέον την ποικιλία των τύπων της κατάθλιψης ανάλογα με την ύπαρξη και τη μορφή των εκλυτικών παραγόντων, το οικογενειακό ιστορικό και την κλινική πορεία, το φάσμα γίνεται πραγματικά απεριόριστο. Έτσι, μερικοί άνθρωποι πέφτουν σε κατάθλιψη μετά από σαφή τραυματικά γεγονότα, ενώ άλλοι φαίνονται να βυθίζονται σε κατάθλιψη χωρίς φανερή αιτία. Μερικοί ασθενείς έχουν οικογενειακό δέντρο φορτωμένο με καταθλιπτικούς συγγενείς, ενώ άλλοι έχουν οικογενειακό ιστορικό εντελώς ελεύθερο από ψυχική ασθένεια. Άλλοι ασθενείς βιώνουν σαφή περιγεγραμμένα επεισόδια κατάθλιψης, ενώ άλλοι παραπονούνται ότι ήταν καταθλιπτικοί σ' όλη τους τη ζωή.

Εξαιτίας αυτής της ποικιλομορφίας έχουν προταθεί μέχρι σήμερα πολλές ταξινομήσεις της κατάθλιψης, οι περισσότερες βασισμένες σε θεωρίες της αιτιολογίας της

κατάθλιψης, που όμως δεν αποδείχθηκαν. Έτσι, υπάρχουν τα παλιότερα συστήματα, που αν και ουσιαστικά όχι ακριβή, εντούτοις χρησιμοποιούνται ακόμα από πολλούς κλινικούς και το νεότερο σύστημα που περιέχεται στο DSM-III και στο DSM-III-R, που είναι ακριβέστερο καθώς βασίζεται στα συμπτώματα και στην κλινική πορεία.

Παλιότερα συστήματα ταξινόμησης

Ενδογενής κατάθλιψη έναντι αντιδραστικής κατάθλιψης

Ως ενδογενής κατάθλιψη ορίζεται το σύνδρομο που θεωρείται ότι προέρχεται από μέσα από τον άρρωστο, δηλαδή ότι είναι αποτέλεσμα βιολογικών παραγόντων και έχει πορεία και εξέλιξη ανεξάρτητη από περιβαλλοντικές επιδράσεις. Τα κύρια χαρακτηριστικά της ενδογενούς κατάθλιψης είναι έντονες διαταραχές του αυτόνομου νευρικού συστήματος (ύπνος, όρεξη, ενέργεια), απουσία περιβαλλοντικών εκλυτικών παραγόντων (θάνατοι, προσωπικές απώλειες) και σταθερή προνοσηρή προσωπικότητα χωρίς υποχονδρίαση, αυτολύπηση κλπ.

Η αντιδραστική κατάθλιψη, αντίθετα, αναφέρεται στο σύνδρομο εκείνο που εκλύεται από παράγοντες στο περιβάλλον του ασθενή, παρά από βιολογικούς παράγοντες. Χαρακτηριστικά της κατάθλιψης αυτής είναι η αναγνώριση εμφανών εκλυτικών γεγονότων και στρες της ζωής, η απουσία σημαντικών φυτικών διαταραχών, η διακύμανση των συμπτωμάτων ανάλογα με ψυχολογικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες και η ασταθής, "νευρωτική" προνοσηρή προσωπικότητα.

Η αξία της διάκρισης της κατάθλιψης σε ενδογενή ή αντιδραστική βρίσκεται στο ότι τονίζει τη σημασία των φυτικών σημείων, δηλαδή της διαταραχής ύπνου, της απώλειας βάρους, της εξάντλησης και της ψυχοκινητικής επιβράδυνσης ή διέγερσης και στην έμφαση

της ευνοϊκής απάντησης των συμπτωμάτων αυτών στα αντικαταθλιπτικά και την ηλεκτροσπασμοθεραπεία. Το πρόβλημα, όμως, είναι ότι πολύ λίγοι ασθενείς μπορούν να ενταχθούν στη μία ή στην άλλη κατηγορία, γιατί οι περισσότεροι αν πιεσθούν μπορούν να αναφέρουν κάποια γεγονότα, που μπορεί να θεωρηθούν εκλυτικά και πολλοί έχουν και εμφανή στρεσογόνα συμβάντα και φυτικά σημεία. Επιπλέον, τα φάρμακα ή το ηλεκτροσόκ μπορεί να βοηθήσουν και τις περιπτώσεις με αναγνωρίσιμα στρεσογόνα συμβάντα, τα οποία τελικά δεν αποτελούν αντένδειξη. Έτσι, ουσιαστικά, οι περισσότεροι καταθλιπτικοί ασθενείς βρίσκονται σε κάποιο σημείο ενός συνεχούς του οποίου τα άκρα αποτελούν η ενδογενής και η αντιδραστική κατάθλιψη

Ψυχωτική κατάθλιψη έναντι νευρωτικής κατάθλιψης

Ο όρος *ψυχωτική κατάθλιψη* χρησιμοποιείται αρκετά εξειδικευμένα για τη μορφή της κατάθλιψης στην οποία το άτομο έχει χάσει την ικανότητα του ελέγχου της πραγματικότητας, οπότε και παρουσιάζονται παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις ή βαθιά σύγχυση. Αδρά 10% των καταθλιπτικών ασθενών έχουν ψυχωτικά συμπτώματα. Στην καθημερινή πράξη, όμως, ο όρος χρησιμοποιείται πολύ πιο πλατιά για κάθε κατάθλιψη που παρουσιάζει έκπτωση της κοινωνικής και επαγγελματικής λειτουργικότητας, αδυναμία εκτέλεσης των βασικών καθημερινών καθηκόντων και απόσυρση από τον κόσμο - δηλαδή "βαριά" κατάθλιψη. Οι ψυχωτικές καταθλίψεις θεωρούνται ότι έχουν βιολογική βάση.

Στη *νευρωτική κατάθλιψη*, ο έλεγχος της πραγματικότητας παραμένει ανέπαφος και σε πιο ευρεία χρήση του όρου η καθημερινή λειτουργικότητα δεν παραβλάπτεται σε σημαντικό βαθμό. Ο όρος υποδηλώνει κοινωνικο-ψυχολογική προέλευση της κατάθλιψης παρά βιολογική αιτιολογία.

Και αυτή η ταξινόμηση-διάκριση έχει περιορισμένη χρησιμότητα. Η εφαρμογή του όρου «ψυχωτικός» στην κατάθλιψη είναι τελικά ασαφής, γιατί μπορεί ν' αναφέρεται είτε σε συγκεκριμένα ψυχωτικά συμπτώματα είτε στη βαρύτητα του συνδρόμου. Επίσης, αν λάβει κανείς υπόψη την ευρύτητα του φάσματος της βαρύτητας των καταθλιπτικών διαταραχών, είναι μάλλον αυθαίρετο το να αποφασίσει κανείς ότι ένα άτομο έχει κατάθλιψη ψυχωτικού επιπέδου και ένα άλλο άτομο νευρωτικού.

Παρόλα αυτά, η παρουσία ή απουσία συγκεκριμένων ψυχωτικών συμπτωμάτων είναι σημαντικό στοιχείο για την κλινική εκτίμηση κάθε καταθλιπτικού ασθενή (γι' αυτό και προσδιορίζονται στην ταξινόμηση κατά DSM-III και DSM-III-R, βλ. παρακάτω). Εκτός από τη σημασία τους για τη θεραπευτική αγωγή του ασθενή, η παρουσία ψυχωτικών συμπτωμάτων θάπρεπε να προειδοποιήσει τον κλινικό για αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονίας και για σοβαρή αντιμετώπιση της απόφασης για νοσηλεία του ασθενή.

Διεγερμένη κατάθλιψη έναντι επιβραδυμένης κατάθλιψης

Η διεγερμένη κατάθλιψη είναι η μορφή της κατάθλιψης, της οποίας η κλινική εικόνα περιλαμβάνει ψυχοκινητική διέγερση - υπερβολική, μη παραγωγική και με σκοπό την ανακούφιση της έντασης δραστηριότητα, όπως στριφογύρισμα των χεριών, τράβηγμα των μαλλιών, δάγκωμα των νυχιών, βηματισμό πάνω κάτω, αναστεναγμούς, βογγητά.

Διεγερμένες καταθλίψεις είναι πολύ πιο συχνές στα ηλικιωμένα άτομα (50-70 ετών) και συχνά περιλαμβάνουν ψυχωτικά συμπτώματα (το ηλεκτροσόκ και τα αντιψυχωτικά σε συνδυασμό με τα αντικαταθλιπτικά βοηθούν στη θεραπεία τους).

Η επιβραδυμένη κατάθλιψη αναφέρεται στην κλινική εικόνα που περιλαμβάνει ψυχοκινητική επιβράδυνση - αργή, χωρίς αυθορμητισμό σκέψη και δραστηριότητα.

Η παρουσία ψυχοκινητικής επιβράδυνσης θεωρείται καλό προγνωστικό σημείο για την απάντηση σε τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά. Και αυτή η διάκριση έχει περιορισμένη χρησιμότητα γιατί πολλοί καταθλιπτικοί ασθενείς παρουσιάζουν μίγμα σημείων διέγερσης και επιβράδυνσης. Επίσης, πολλοί καταθλιπτικοί ασθενείς έχουν φυσιολογικό επίπεδο ψυχοκινητικότητας, οπότε δεν μπορούν να ενταχθούν σε καμιά από τις δύο κατηγορίες.

Πρωτοπαθής κατάθλιψη έναντι δευτεροπαθούς κατάθλιψης

Ο όρος *πρωτοπαθής κατάθλιψη* αναφέρεται στην κατάθλιψη της οποίας δεν προηγείται και η οποία δεν συνδυάζεται με άλλη ψυχιατρική διαταραχή - ψύχωση, νευρώση, αλκοολισμό κλπ. *Δευτεροπαθής κατάθλιψη* θεωρείται η κατάθλιψη όπου από το ιστορικό ή την εξέταση αναγνωρίζεται η ύπαρξη και άλλης ψυχιατρικής διαταραχής.

Αν και αυτή η διάκριση δεν θεωρήθηκε ότι έχει ιδιαίτερη σημασία, το DSM-III-R πρόσφατα τη χρησιμοποίησε για τη Δυσθυμία (βλ. σχετικά).

1.5 Ταξινόμηση και Διάγνωση της Κατάθλιψης κατά το *DSM-III* και *DSM-III R*

Εκτός από το Οργανικό Σύνδρομο Διαταραχής της Διάθεσης, καταθλιπτικού τύπου, τη Διαταραχή Προσαρμογής με Καταθλιπτική Διάθεση, τη Σχιζοσυναισθηματική Διαταραχή, καταθλιπτικού τύπου και την κατάθλιψη (Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο) που μπορεί να επικαθήσει σε Σχιζοφρένεια Υπολειμματικού Τύπου, το DSM-III και DSM-III-R ορίζουν δύο βασικές καταθλιπτικές καταστάσεις: το Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο και τη Δυσθυμία. Στο Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο τα συμπτώματα είναι σοβαρά και επίμονα και η ασθένεια έχει μία διακριτή, επεισοδιακή μορφή. Στη Δυσθυμία, τα συμπτώματα

παρουσιάζουν διακυμάνσεις, είναι λιγότερο σοβαρά, ψύχωση δεν υπάρχει και η διάρκεια της ασθένειας είναι μακρά. Η Δυσθυμία λεγόταν Δυσθυμική διαταραχή στο DSM-III και Καταθλιπτική νεύρωση στο DSM-II.

Ανάλογα με το αν το άτομο έχει παρουσιάσει ένα μοναδικό Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο (χωρίς φυσικά ποτέ να εμφανίσει Μανιακό ή αναμφισβήτητο Υπομανιακό Επεισόδιο) ή δυο ή περισσότερα Μείζονα Καταθλιπτικά Επεισόδια, το καθένα διαχωρισμένο από το άλλο με τουλάχιστον δύο μήνες ενδιάμεσο διάστημα επιστροφής στην κατά το μάλλον και ήττον συνηθισμένη του λειτουργικότητα (και χωρίς πάλι ιστορικό Μανιακού ή αναμφισβήτητου Υπομανιακού επεισοδίου), το *DSM-III-R* διακρίνει **Μείζονα Κατάθλιψη, Μοναδικό Επεισόδιο** και **Μείζονα Κατάθλιψη, Υποτροπιάζουσα**. (Επιπλέον, προσδιορίζουμε αν είναι **εποχιακού σχήματος** (βλ. παρακάτω)).

Παρακάτω παραθέτουμε τα διαγνωστικά κριτήρια του Μείζονος Καταθλιπτικού Επεισοδίου (δηλαδή της Μείζονος Κατάθλιψης) και της Δυσθυμίας κατά DSM-III-R.

Σημειώνουμε, ότι κατά το *DSM III R* υπάρχει και η κατηγορία **Καταθλιπτική Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς (ΜΠΑ)**, για διαταραχές με καταθλιπτικά στοιχεία που δεν πληρούν τα κριτήρια για καμιά συγκεκριμένη Διαταραχή της Διάθεσης ή Διαταραχή Προσαρμογής με Καταθλιπτική Διάθεση.

Παραδείγματα:

- Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο επκαθήμενο σε υπολειμματική Σχιζοφρένεια
- υποτροπιάζουσα, ήπια, καταθλιπτική διαταραχή που δεν πληρεί τα κριτήρια για Δυσθυμία
- μη σχετιζόμενα με στρες καταθλιπτικά επεισόδια που δεν πληρούν τα κριτήρια

για Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο.

Προσδιορίστε εάν είναι εποχιακού σχήματος.

Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο (Διαγνωστικά κριτήρια κατά *DSM III R*)

Σημ.: Ένα Μείζον Καταθλιπτικό Σύνδρομο» ορίζεται ως το παρακάτω κριτήριο Α.

Α. Τουλάχιστον πέντε από τα παρακάτω συμπτώματα υπάρχουν κατά τη διάρκεια της ίδιας περιόδου δύο εβδομάδων και αντιπροσωπεύουν μια αλλαγή στην προηγούμενη λειτουργικότητα του ατόμου' τουλάχιστον ένα από τα συμπτώματα είναι είτε (1) καταθλιπτική διάθεση είτε (2) απώλεια του ενδιαφέροντος ή της ευχαρίστησης. (Μην περιλαμβάνετε συμπτώματα που οφείλονται σαφώς σε μια σωματική διαταραχή, παραληρητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις ασύμφωνες με τη συναισθηματική διάθεση, ασυναρτησία ή εκσεσημασμένη χάλαση των συνειρμών).

- καταθλιπτική συναισθηματική διάθεση (ή μπορεί να είναι ευερέθιστη διάθεση σε παιδιά και εφήβους) κατά το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, σχεδόν κάθε μέρα, όπως φαίνεται είτε με υποκειμενική εκτίμηση είτε σύμφωνα με τις παρατηρήσεις άλλων
- εκσεσημασμένη ελάττωση τον ενδιαφέροντος ή της ευχαρίστησης σε όλες ή σχεδόν όλες τις δραστηριότητες κατά το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, σχεδόν κάθε μέρα (όπως φαίνεται είτε με υποκειμενική εκτίμηση είτε σύμφωνα με τις παρατηρήσεις άλλων ότι φαίνεται απαθής τον περισσότερο καιρό)
- σημαντική απώλεια βάρους ή αύξηση του βάρους όταν δεν κάνει δίαιτα (π.χ. περισσότερο από 5% τον βάρους του σώματος σε ένα μήνα) ή ελάττωση ή αύξηση της όρεξης σχεδόν κάθε μέρα (σε παιδιά λαμβάνεται υπόψη η μη πρόσληψη του

αναμενόμενου βάρους)

- αϋπνία ή υπερυπνία σχεδόν κάθε μέρα
- ψυχοκινητική διέγερση ή επιβράδυνση σχεδόν κάθε μέρα (που την παρατηρούν άλλοι, όχι απλά υποκειμενικά αισθήματα ανησυχίας ή επιβράδυνσης)
- κόπωση ή απώλεια ενέργειας/ενεργητικότητας σχεδόν κάθε μέρα
- αισθήματα αναξιότητας ή υπερβολικής ή απρόσφορης ενοχής (που μπορεί να είναι παραληρητικά) σχεδόν κάθε μέρα (όχι απλώς αυτομομφή ή ενοχή για το ότι είναι άρρωστος(η))
- ελαττωμένη ικανότητα του ατόμου για να σκεφθεί ή να συγκεντρωθεί ή αναποφασιστικότητα, σχεδόν κάθε μέρα (είτε με υποκειμενική εκτίμηση είτε σύμφωνα με τις παρατηρήσεις άλλων)
- υποτροπιάζουσες σκέψεις θανάτου (όχι απλώς φόβος θανάτου), υποτροπιάζων αυτοκτονικός ιδεασμός χωρίς συγκεκριμένο σχέδιο ή μια απόπειρα αυτοκτονίας ή ένα συγκεκριμένο σχέδιο για αυτοκτονία

B. (1) Δεν μπορεί ν' αποδειχθεί ότι κάποιος οργανικός παράγοντας άρχισε ή συντήρησε τη διαταραχή

(2) Η διαταραχή δεν είναι μια φυσιολογική αντίδραση στο θάνατο ενός αγαπημένου προσώπου (Μη επιπλεγμένο πένθος).

Σημ.: Νοσηρή ενασχόληση με αναξιότητα, αυτοκτονικός ιδεασμός, εκσεσημασμένη λειτουργική έκπτωση ή ψυχοκινητική επιβράδυνση ή παρατεταμένη διάρκεια προτείνει επιπλοκή του πένθους με Μείζονα Κατάθλιψη.

- Γ. Ποτέ κατά τη διάρκεια της διαταραχής δεν υπήρξαν παραληρητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις τουλάχιστον για δύο εβδομάδες με απουσία προεξαρχόντων συμπτωμάτων διαταραχής της διάθεσης (δηλαδή πριν αναπτυχθούν τα συμπτώματα διαταραχής της διάθεσης ή μετά την υποχώρησή τους).
- Δ. Η διαταραχή δεν επικάθεται σε Σχιζοφρένεια, Σχιζοφρενικόμορφη Διαταραχή, Παραληρητική Διαταραχή ή Ψυχωτική Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς.

Τύποι Μείζονος Καταθλιπτικού Επεισοδίου σύμφωνα με το *DSM III-R* (Βαρύτητα τωρινής κατάστασης)

- **Ήπιο:** Λίγα ή καθόλου περισσότερα συμπτώματα από αυτά που απαιτούνται για να μπει η διάγνωση και τα συμπτώματα έχουν σαν αποτέλεσμα μόνο ελάχιστη έκπτωση στην επαγγελματική λειτουργικότητα ή στις συνηθισμένες κοινωνικές δραστηριότητες ή στις σχέσεις με τους άλλους.
- **Μέτριο:** Συμπτώματα ή λειτουργική έκπτωση ανάμεσα στο "ήπιο" και το "σοβαρό".
- **Σοβαρό, χωρίς Ψυχωτικά Στοιχεία:** Αρκετά περισσότερα συμπτώματα από αυτά που απαιτούνται για να μπει η διάγνωση και τα συμπτώματα παραβλάπτουν έντονα την επαγγελματική λειτουργικότητα ή τις συνηθισμένες κοινωνικές δραστηριότητες ή τις σχέσεις με τους άλλους.
- **Με Ψυχωτικά Στοιχεία:** Παραληρητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις. Αν είναι δυνατόν προσδιορίστε αν τα ψυχωτικά στοιχεία είναι σύμφωνα ή ασύμφωνα με τη

συναισθηματικῆς διάθεσης.

Ψυχωτικά στοιχεία σύμφωνα με τη συναισθηματική διάθεση: Παραληρητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις των οποίων το περιεχόμενο εναρμονίζεται πλήρως με τα τυπικά καταθλιπτικά θέματα προσωπικής ανεπάρκειας, ενοχής, νόσησης, θανάτου, μηδενισμού ή επάξιας τιμωρίας.

Ψυχωτικά στοιχεία ασύμφωνα με τη συναισθηματική διάθεση: Παραληρητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις των οποίων το περιεχόμενο δεν περιλαμβάνει τυπικά καταθλιπτικά θέματα προσωπικής ανεπάρκειας, ενοχής, νόσησης, θανάτου, μηδενισμού ή επάξιας τιμωρίας. Εδώ περιλαμβάνονται συμπτώματα όπως παραληρητικές ιδέες δίωξης (που δεν σχετίζονται άμεσα με καταθλιπτικά θέματα), τοποθέτηση σκέψης, εκπομπή σκέψης και παραληρητικές ιδέες εξωτερικού ελέγχου.

- **Σε Μερική Ύφεση:** Ενδιάμεσος τύπος μεταξύ του "Σε πλήρη Ύφεση" και "Ηπιο" και χωρίς προηγούμενη Δυσθυμία (εάν ένα Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο είχε επικαθήσει στη Δυσθυμία, θα δοθεί η διάγνωση μόνο της Δυσθυμίας, εφόσον τα πλήρη κριτήρια του Μείζονος Καταθλιπτικού Επεισοδίου δεν πληρούνται πια).

- **Σε Πλήρη Ύφεση:** Όταν δεν υπήρξαν σημαντικά συμπτώματα και σημεία της διαταραχής κατά τους τελευταίους έξι μήνες.

0- Απροσδιόριστο

Προσδιορίστε αν είναι χρόνιο, εάν δηλαδή το τωρινό επεισόδιο έχει διαρκέσει δύο συνεχόμενα χρόνια χωρίς μια περίοδο δύο ή περισσότερων μηνών στη διάρκεια της οποίας δεν υπήρχαν σημαντικά καταθλιπτικά συμπτώματα.

Προσδιορίστε αν το τωρινό επεισόδιο είναι Μελαγχολικού Τύπου, δηλαδή είναι

παρόντα τουλάχιστον πέντε από τα παρακάτω:

(1) απώλεια τον ενδιαφέροντος ή της ευχαρίστησης σε όλες ή σχεδόν όλες τις δραστηριότητες

(2) έλλειψη αντίδρασης σε συνήθως ευχάριστα ερεθίσματα (δεν νιώθει πολύ καλύτερα, έστω και προσωρινά, όταν συμβαίνει κάτι καλό)

(3) η κατάθλιψη είναι συστηματικά χειρότερη το πρωί

(4) πρόωμη πρωινή αφύπνιση (τουλάχιστον δύο ώρες πριν τη συνηθισμένη ώρα αφύπνισης)

(5) ψυχοκινητική επιβράδυνση ή διέγερση (όχι απλά υποκειμενικά ενοχλήματα)

(6) σημαντική ανορεξία ή απώλεια βάρους (π.χ. περισσότερο από 5β6 του βάρους του σώματος σε ένα μήνα)

(7) όχι σημαντική διαταραχή της προσωπικότητας πριν από το πρώτο Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο

(8) ένα ή περισσότερα προηγούμενα Μείζονα Καταθλιπτικά Επεισόδια ακολουθούμενα από πλήρη ή σχεδόν πλήρη ανάρρωση

(9) προηγούμενη καλή απάντηση σε ειδική και επαρκή σωματική αντικαταθλιπτική θεραπεία, π.χ. τρικυκλικά, ηλεκτροσόκ, MAOA, λίθιο.

Προσδιορίστε αν υπάρχει **εποχιακό σχήμα**, δηλαδή αν πληρούνται τα παρακάτω κριτήρια:

A. Υπάρχει κανονική χρονική σχέση ανάμεσα στην έναρξη ενός επεισοδίου Διπολικής Διαταραχής (συμπεριλαμβανόμενης της Διπολικής Διαταραχής Μη Προσδιοριζόμενης Αλλιώς (ΜΠΑ) ή Υποτροπιάζουσας Μείζονος Κατάθλιψης

(συμπεριλαμβανόμενης της Καταθλιπτικής Διαταραχής ΜΠΑ) και μια συγκεκριμένη περίοδο 60 ημερών του έτους (π.χ. συστηματικά εμφάνιση κατάθλιψης ανάμεσα στην αρχή του Οκτώβρη και το τέλος του Νοέμβρη).

Σημ.: Μην περιλαμβάνετε περιπτώσεις απς οποίες υπάρχει φανερή επίδραση εποχιακά σχετιζόμενων ψυχοκοινωνικών στρεσογόνων παραγόντων, π.χ. συστηματικά χωρίς δουλειά κάθε χειμώνα.

Β. Πλήρεις υφέσεις (ή αλλαγή από κατάθλιψη σε μανία ή υπομανία) συνέβηκαν επίσης μέσα σε μια συγκεκριμένη περίοδο 60 ημερών του έτους (π.χ. η κατάθλιψη εξαφανίζεται από τα μέσα του Φλεβάρη μέχρι τα μέσα τον Απρίλη).

Γ. Υπήρξαν τουλάχιστον τρία επεισόδια διαταραχής της διάθεσης σε τρία ξεχωριστά χρόνια που έδειξαν την εποχιακή χρονική σχέση που ορίζεται στο Α και Β τουλάχιστον δύο από τα χρόνια ήταν συνεχόμενα.

Δ. Τα εποχιακά επεισόδια της διαταραχής της διάθεσης, όπως περιγράφονται παραπάνω, ξεπερνούσαν στον αριθμό οποιαδήποτε μη εποχιακά επεισόδια της διαταραχής που μπορεί να συνέβηκαν, με αναλογία μεγαλύτερη από τρία προς ένα.

Σημειώνουμε, ότι η σημασία της διάκρισης *Μελαγχολικού Τύπου* έγκειται στην ιδιαίτερα καλή απάντησή του στη σωματική θεραπεία. Επίσης, ότι *εποχιακό σχήμα* μπορεί ν' ανευρεθεί στη Διπολική Διαταραχή, στη Διπολική Διαταραχή ΜΠΑ, στην Υποτροπιάζουσα Κατάθλιψη και στην Καταθλιπτική Διαταραχή ΜΠΑ.

Δυσθυμία (ή Δυσθυμική Διαταραχή ή Καταθλιπτική Νεύρωση) (Διαγνωστικά κριτήρια κατά *DSM-III R*)

A. Καταθλιπτική διάθεση (ή μπορεί να είναι ευερέθιστη διάθεση σε παιδιά και εφήβους) στο μεγαλύτερο μέρος της μέρας, τις περισσότερες μέρες, όπως φαίνεται είτε από υποκειμενική εκτίμηση είτε σύμφωνα με τις παρατηρήσεις άλλων, τουλάχιστον για δύο χρόνια (ένα χρόνο για παιδιά και εφήβους).

B. Παρουσία, όταν το άτομο είναι σε κατάθλιψη, τουλάχιστον δύο από τα παρακάτω:

- ελαττωμένη όρεξη ή υπερφαγία
- αϋπνία ή υπερυπνία
- ελαττωμένη ενέργεια/ενεργητικότητα ή κόπωση
- χαμηλή αυτοεκτίμηση
- ελαττωμένη ικανότητα για συγκέντρωση ή δυσκολία για λήψη αποφάσεων
- αισθήματα έλλειψης ελπίδας

Γ. Κατά τη διάρκεια μιας περιόδου δύο χρόνων (ή ενός για παιδιά και εφήβους) της διαταραχής ποτέ το άτομο δεν ήταν ελεύθερο συμπτωμάτων του A για διάστημα περισσότερο από δυο μήνες κάθε φορά.

Δ. Για τα πρώτα δύο χρόνια (ή ένα χρόνο για παιδιά και εφήβους) της διαταραχής, δεν υπάρχει απόδειξη για αναμφισβήτητο Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο.

Σημ.: Μπορεί να υπήρξε ένα προηγούμενο Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο, με την προϋπόθεση ότι υπήρξε πλήρης ύφεση (όχι σημαντικά σημεία ή συμπτώματα για έξι μήνες) πριν την ανάπτυξη της Δυσθυμίας. Επιπρόσθετα, μετά αυτά τα δυο χρόνια Δυσθυμίας (ένα χρόνο για παιδιά ή εφήβους) μπορεί να επικαθήσουν επεισόδια Μείζονος Κατάθλιψης, οπότε δίνονται και οι δυο διαγνώσεις.

Ε. Το άτομο δεν είχε ποτέ Μανιακό Επεισόδιο ή αναμφοσβήτητο Υπομανιακό Επεισόδιο.

ΣΤ. Δεν επικάθεται σε χρόνια ψυχωτική διαταραχή, όπως σε Σχιζοφρένεια ή Παραληρητική Διαταραχή.

Ζ. Δεν μπορεί ν' αποδειχθεί ότι κάποιος οργανικός παράγοντας άρχισε και συντήρησε τη διαταραχή π.χ. παρατεταμένη χορήγηση αντιϋπερτασικής αγωγής.

Προσδιορίστε αν είναι πρωτοπαθούς ή δευτεροπαθούς τύπου:

Πρωτοπαθής τύπος: η διαταραχή της διάθεσης δεν σχετίζεται με μια προϋπάρχουσα, χρόνια, διαταραχή του Άξονα I ή III, που δεν ανήκει στις διαταραχές της διάθεσης π.χ. Ψυχογενής Ανορεξία, Σωματοποιητική Διαταραχή, Διαταραχή Εξάρτησης από Ψυχοδραστικές Ουσίες, Αγχώδης Διαταραχή ή ρευματοειδής αρθρίτις.

Δευτεροπαθής τύπος: η διαταραχή της διάθεσης προφανώς σχετίζεται με μια προϋπάρχουσα, χρόνια διαταραχή του Άξονα I ή III που δεν ανήκει στις διαταραχές της διάθεσης.

Προσδιορίστε: πρώιμης ή όψιμης έναρξης:

Πρώιμη έναρξη: έναρξη της διαταραχής πριν την ηλικία των 21.

Όψιμη έναρξη: έναρξη της διαταραχής στην ηλικία των 21 ή αργότερα.

Χαρακτηριστικό	Μείζον	Δυσθυμία
	Καταθλιπτικό	
	Επεισόδιο	
Καταθλιπτική διάθεση	Ναι	Ναι

Βαρύτητα των συμπτωμάτων	Βαριά	Ήπια προς Μέτρια
Έκπτωση της λειτουργικότητας	Συχνή	Λιγότερο συχνή
Ψύχωση	Μπορεί να υπάρχει	Δεν υπάρχει
Εμμονή των συμπτωμάτων	Παρόντα σχεδόν κάθε μέρα	Συνήθως κυμαίνονται
Διάρκεια των συμπτωμάτων	Σχεδόν κάθε μέρα για δύο εβδομάδες	Τον περισσότερο καιρό για δυο χρόνια

1.6 Διαφορική διάγνωση

Οι βασικές διαταραχές που πρέπει ν' αποκλεισθούν κατά τη διάγνωση του Μείζονος Καταθλιπτικού Επεισοδίου (δηλαδή της Μείζονος Κατάθλιψης) και της Δυσθυμίας είναι είτε εκείνες που μιμούνται την κατάθλιψη είτε εκείνες που εκδηλώνονται δευτερογενώς σαν κατάθλιψη. Όσον αφορά βέβαια τη διάκριση της **Μείζονος Κατάθλιψης** από τη **Δυσθυμία**, η Δυσθυμία είναι σαφώς ηπιότερη και μεγάλης διάρκειας. Σημειώνουμε όμως ότι ένα Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο μπορεί να επικαθήσει σε Δυσθυμία, οπότε δίνονται οι διαγνώσεις και της Μείζονος Κατάθλιψης και της Δυσθυμίας (όπως και η Δυσθυμία ν' ακολουθήσει ένα Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο και να χρειάζεται διαφοροδιάγνωση από τη Μείζονα Κατάθλιψη, σε Μερική Ύφεση - θα πρέπει να υπάρξει πλήρης ύφεση του

Μείζονος Καταθλιπτικού Επεισοδίου για έξι τουλάχιστον μήνες για να δοθεί η διάγνωση της Δυσθυμίας).

Οργανικά αίτια. Υπάρχουν πάρα πολλές οργανικές διαταραχές που μπορούν να προκαλέσουν κατάθλιψη (Οργανικό Σύνδρομο Διαταραχής της Διάθεσης, καταθλιπτικού τύπου). Οι πιο συνηθισμένες, όμως, είναι:

Φάρμακα - όπως η ρεσερπίνη, η προπρανολόλη, τα στεροειδή, η μεθυλντόπα, τα αντισυλληπτικά, η αιθανόλη, η μαριχουάνα, τα ψευδαισθησιογόνα. Το στερητικό σύνδρομο της αμφεταμίνης επίσης μπορεί να προκαλέσει κατάθλιψη, όπως και το στερητικό σύνδρομο των βαρβιτουρικών και των βενζοδιαζεπινών.

Λοιμώδη νοσήματα - πνευμονία, ηπατίτιδα, μονοπυρήνωση.

Νεοπλάσματα - συχνά παρουσιάζονται αρχικά με κατάθλιψη, ιδιαίτερα το καρκίνωμα της κεφαλής του παγκρέατος.

Ενδοκρινικές διαταραχές - ιδιαίτερα του θυρεοειδούς (υποθυρεοειδισμός), υπολειτουργία των επινεφριδίων ή της υπόφυσης.

Διαταραχές του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος (ΚΝΣ) - εγκεφαλικά αγγειακά επεισόδια.

Συστηματικά νοσήματα - όπως αναιμίες και βιταμινικές ανεπάρκειες.

Για τον αποκλεισμό των οργανικών αιτιών θα πρέπει η κλινική διερεύνηση του καταθλιπτικού ασθενή να περιλαμβάνει ορισμένες εξετάσεις ρουτίνας, καθώς και επιπρόσθετες εξετάσεις αν το ιστορικό ή η κλινική εικόνα του ασθενή προτείνουν κάποιο συγκεκριμένο οργανικό πρόβλημα.

Άνοια. Όπως ήδη αναφέραμε προβλήματα με τη μνήμη, τη συγκέντρωση κλπ.

βιώνονται και από τους ανοϊκούς και από τους καταθλιπτικούς ασθενείς, οπότε η διαφοροδιάγνωση Μείζονος Κατάθλιψης από Άνοια γίνεται δύσκολη, ιδιαίτερα στους ηλικιωμένους ασθενείς. Στην **ψευδοάνοια**, είναι σημαντική η χορήγηση αντικαταθλιπτικών, όταν πιθανολογούμε περισσότερο τη διάγνωση Μείζονος Κατάθλιψης από τη διάγνωση Άνοιας, οπότε η επιτυχημένη θεραπεία της κατάθλιψης εξαφανίζει τα συμπτώματα που πρότειναν τη διάγνωση της Άνοιας. Φυσικά, αν τα στοιχεία που προτείνουν την Άνοια είναι πιο εμφανή από τα καταθλιπτικά στοιχεία, η διάγνωση θα είναι η αντίστοιχη διάγνωση της Άνοιας (Πρωτοπαθής εκφυλιστική ή Πολυεμφρακτική), αλλά και πάλι αξίζει να σημειώσουμε την παρουσία των καταθλιπτικών στοιχείων (Άνοια, με κατάθλιψη).

Ψυχολογική αντίδραση σε σωματική ασθένεια. Συχνή είναι η εμφάνιση κατάθλιψης σαν αντίδρασης σε κάποια σωματική αρρώστια (εκτός του ΚΝΣ) και στη λειτουργική έκπτωση που προκαλεί. Η διάγνωση της Μείζονος Κατάθλιψης θα τεθεί όταν πληρούνται τα διαγνωστικά κριτήρια του Μείζονος Καταθλιπτικού Επεισοδίου.

Σχιζοφρένεια. Η διαφοροδιάγνωση της Μείζονος Κατάθλιψης, ιδιαίτερα του τύπου Με Ψυχωτικά Στοιχεία και ακόμη περισσότερο του τύπου Με Ψυχωτικά Στοιχεία ασύμφωνα με τη συναισθηματική διάθεση από τη Σχιζοφρένεια (που συχνά παρουσιάζει καταθλιπτικά συμπτώματα) μπορεί να είναι δύσκολη.

Στη Σχιζοφρένεια, τα καταθλιπτικά συμπτώματα ακολουθούν την έναρξη της ψύχωσης ή είναι σύντομης διάρκειας, ενώ στη Μείζονα Κατάθλιψη με Ψυχωτικά Στοιχεία προηγούνται ή συμπίπτουν με την έναρξη της ψύχωσης. Ακόμη, ιστορικό πλήρους αποκατάστασης και φυσιολογικής λειτουργικότητας ανάμεσα στα ψυχωτικά επεισόδια προτείνει Διαταραχή της Διάθεσης, όπως και το οικογενειακό ιστορικό Διαταραχής της

Διάθεσης. Έτσι, π.χ. σε διαφοροδιάγνωση Σχιζοφρένειας Κατατονικού Τύπου από Μείζονα Κατάθλιψη με μεγάλη ψυχοκινητική επιβράδυνση, τα παραπάνω στοιχεία μπορούν να βοηθήσουν. Και φυσικά, όπως ήδη αναφέρθηκε, υπάρχει πάντα η περίπτωση ένα επεισόδιο κατάθλιψης ν' ακολουθήσει ένα επεισόδιο Σχιζοφρένειας και να επικάθεται στην υπολειμματική φάση της (η επιπρόσθετη διάγνωση τότε είναι Καταθλιπτική Διαταραχή ΜΠΑ) και ακόμη να εμφανισθεί κατάθλιψη για λίγο στην ενεργό φάση (η επιπρόσθετη διάγνωση τότε είναι ή Διαταραχή Προσαρμογής με Καταθλιπτική Διάθεση).

Σχιζοσυναισθηματική Διαταραχή. Η διαταραχή αυτή διαφοροδιαγιγνώσκεται δύσκολα και από τη Σχιζοφρένεια και από τις Διαταραχές της Διάθεσης. Ο καταθλιπτικός τύπος της Σχιζοσυναισθηματικής Διαταραχής διακρίνεται από τη Μείζονα Κατάθλιψη, γιατί, όπως η διάγνωσή του απαιτεί κατά το DSM-III-R, υπάρχουν παραληρητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις τουλάχιστον για δύο εβδομάδες ενώ απουσιάζουν προεξάρχοντα συμπτώματα διαταραχής της διάθεσης.

Διπολική Διαταραχή. Άτομα που παρουσιάζουν αρχικά κατάθλιψη μπορεί αργότερα να εμφανίσουν μανιακά επεισόδια, οπότε να φύγουν από την κατηγορία των (μονοπολικών) Καταθλιπτικών Διαταραχών. Αυτή τη στιγμή, δεν μπορούμε να προβλέψουμε ποια άτομα που παρουσιάζονται σαν (μονοπολικοί) καταθλιπτικοί θα αποκαλύψουν αργότερα Διπολική Διαταραχή.

Μη Επιπελεγμένο Πένθος. Η κατάθλιψη είναι συχνά μια φυσιολογική αντίδραση στο θάνατο ενός αγαπημένου προσώπου, οπότε μπορεί ν' αναπτυχθεί πλήρες καταθλιπτικό σύνδρομο που να χαρακτηρίζεται εκτός από την κατάθλιψη και από ανορεξία, απώλεια βάρους και αϋπνία. Εάν, όμως, υπάρχει νοσηρή ενασχόληση με αισθήματα αναξιότητας,

ιδέες αυτοκτονίας, εκσεσημασμένη λειτουργική έκπτωση ή ψυχοκινητική επιβράδυνση ή μακρά διάρκεια τότε πιθανόν πρόκειται για επιλοκή του πένθους με Μείζονα Κατάθλιψη και η διάγνωση θ' αλλάξει από Μη Επιπλεγμένο Πένθος σε Μείζονα Κατάθλιψη.

Διαταραχές της Προσωπικότητας. Πολλοί ασθενείς με Διαταραχές της Προσωπικότητας - ιδιαίτερα Μεταιχμιακή, Δραματική, Εξαρτημένη, Ναρκισσιστική και Αποφευκτική Διαταραχή της Προσωπικότητας - έχουν επίσης καταθλιπτικά συμπτώματα. Όπως και η Διαταραχή της Προσωπικότητας έτσι και η κατάθλιψη είναι συνήθως χρόνια, έχει κυμαινόμενα συμπτώματα και συνήθως πληροί τα κριτήρια της Δυσθυμίας, οπότε μπαίνουν και οι δύο διαγνώσεις. Αν, φυσικά, πληρούνται τα κριτήρια της Μείζονος Κατάθλιψης και πάλι θα μπου και οι δύο διαγνώσεις.

Χρόνιες ψυχικές διαταραχές όπως η Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή ή η Εξάρτηση από Αλκοόλ όταν συνοδεύονται από καταθλιπτικά συμπτώματα - που είναι συχνό - προτείνουν τη διάγνωση της Δυσθυμίας (δευτεροπαθούς τύπου), η οποία όμως θα τεθεί μόνον όταν πληρούνται τα κριτήρια (όπως θα τεθεί και η διάγνωση της Μείζονος Κατάθλιψης αν πληρούνται τα κριτήρια).

Φυσιολογικές διακυμάνσεις της συναισθηματικής διάθεσης. Είναι γνωστό ότι καταθλιπτικά συναισθήματα νιώθουν όλοι οι άνθρωποι. Εκείνο που ξεχωρίζει τις φυσιολογικές διακυμάνσεις της συναισθηματικής διάθεσης από τις Καταθλιπτικές Διαταραχές είναι ότι δεν είναι τόσο παρατεταμένες ούτε τόσο σοβαρές όπως της Δυσθυμίας ή της Μείζονος Κατάθλιψης, ούτε προκαλούν έκπτωση της καθημερινής λειτουργικότητας.

1.7 Κλινική πορεία - Πρόγνωση

Μείζων Κατάθλιψη. Τα συμπτώματα ενός Μείζονος Καταθλιπτικού Επεισοδίου

αναπτύσσονται συνήθως μέσα σε μια περίοδο ημερών ή εβδομάδων, μπορεί, όμως, ν' αναπτυχθούν αρκετά ξαφνικά και απότομα ιδιαίτερα μετά από ένα σοβαρό στρες της ζωής. Τον καταθλιπτικού επεισοδίου μερικές φορές προηγούνται για μήνες ηπιότερα καταθλιπτικά συμπτώματα, άγχος, φοβίες ή προσβολές πανικού.

Τα περισσότερα οξέα καταθλιπτικά επεισόδια αυτοπερτορίζονται και έχουν καλή πρόγνωση, ακόμα και χωρίς ειδική θεραπεία. Οπωσδήποτε, όμως, ειδικές σωματικές θεραπείες, όπως αντικαταθλιπτικά και ηλεκτροσόκ ελαττώνουν την ένταση των συμπτωμάτων και επιταχύνουν την ανάρρωση. Πριν από την εμφάνιση των σωματικών θεραπειών τα περισσότερα καταθλιπτικά επεισόδια διαρκούσαν έξι ως οκτώ μήνες. Με τη βοήθεια των θεραπειών αυτών τα επεισόδια διαρκούν τώρα μόνον εβδομάδες.

Οι περισσότεροι - πάνω από 50% - από τους ασθενείς που παρουσίασαν ένα πρώτο Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο παρουσιάζουν αργότερα μία ή περισσότερες υποτροπές (Μείζων Κατάθλιψη, Υποτροπιάζουσα). Ένας μικρός αριθμός ασθενών δεν ξαναπαρουσιάζουν καταθλιπτικό επεισόδιο (Μείζων Κατάθλιψη, Μοναδικό Επεισόδιο).

Η πορεία ποικίλλει. Ορισμένα άτομα παρουσιάζουν επεισόδια που διαχωρίζονται από πολλά χρόνια φυσιολογικής λειτουργικότητας. Άλλα παρουσιάζουν αλλεπάλληλα καταθλιπτικά επεισόδια. Κι άλλα παρουσιάζουν αύξηση της συχνότητας των επεισοδίων καθώς προχωρεί η ηλικία τους.

Οι περισσότεροι ασθενείς επιστρέφουν στη φυσιολογική τους κατάσταση - ή στο προηγούμενο επίπεδο λειτουργικότητάς τους - ανάμεσα στα καταθλιπτικά επεισόδια. Ένα ποσοστό, όμως, 20-35% των ασθενών με Μείζονα Κατάθλιψη δεν αποκαθίστανται ποτέ στην προηγούμενή τους κατάσταση και συνεχίζουν να έχουν υπολειμματικά συμπτώματα

και κοινωνική έκπτωση (χρόνιος τύπος κατάθλιψης). Η πιθανότητα αυτή της μη πλήρους αποδρομής του επεισοδίου αυξάνει με την ηλικία των ασθενών, τον αριθμό των επεισοδίων, την ύπαρξη οικογενειακού ιστορικού κατάθλιψης, την ύπαρξη μακρόχρονων προβλημάτων προσωπικότητας και την έλλειψη κοινωνικών υποστηρικτικών συστημάτων.

Ασθενείς που εμφανίζουν υποτροπιάζοντα καταθλιπτικά επεισόδια έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να αναπτύξουν ένα Μανιακό ή Υπομανιακό Επεισόδιο (δηλαδή Διπολική Διαταραχή) από αυτούς που παρουσίασαν ένα μοναδικό επεισόδιο.

Σημειώνουμε, ότι η συχνότερη **επιπλοκή** ενός Μείζονος Καταθλιπτικού Επεισοδίου είναι φυσικά η αυτοκτονία.

Δυσθυμία. Σε αντίθεση με το Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο, η Δυσθυμία δεν έχει σαφή έναρξη, αλλά φαίνεται στον ασθενή να ήταν πάντα εκεί. Μια χρόνια παρά επεισοδιακή πορεία είναι ο κανόνας. Η κοινωνική και επαγγελματική έκπτωση μπορεί να είναι μικρή ή ακόμα και μέτρια αλλά αυτό οφείλεται στη χρονιότητα των συμπτωμάτων κι όχι στη βαρύτητά τους. Σε παιδιά και εφήβους η Δυσθυμία μπορεί να εκφράζεται ως αρνητική στάση και συμπεριφορά απέναντι σε άτομα με θετική στάση και που εκφράζουν θετικά σχόλια, ως κοινωνική απόσυρση και έκπτωση της σχολικής λειτουργίας. Σπάνια στη Δυσθυμία θα χρειαστεί νοσηλεία, εκτός αν ο ασθενής σκέπτεται σοβαρά ή προσπαθεί να αυτοκτονήσει ή αν επικαθήσει Μείζων Κατάθλιψη.

1.8 Επιδημιολογία

Κίνδυνος νοσηρότητας και Φύλο. Τουλάχιστον 10% του γενικού πληθυσμού των ενηλίκων παρουσιάζουν ένα ή περισσότερα Μείζονα Καταθλιπτικά Επεισόδια σε κάποια στιγμή της ζωής τους. Ειδικότερα, μελέτες στην Ευρώπη και στις ΗΠΑ αναφέρουν ποσοστά για τον κίνδυνο εμφάνισης Μείζονος Κατάθλιψης σ' όλη τη διάρκεια της ζωής του ατόμου 9-26% για τις γυναίκες και 5-12% για τους άντρες, δηλαδή δείχνουν ότι η Μείζων Κατάθλιψη είναι περίπου δυο φορές πιο συχνή στις γυναίκες απ' ότι στους άντρες. Όσον αφορά τη Δυσθυμία, θεωρείται ότι στους ενήλικες είναι τέσσερις ως πέντε φορές πιο συχνή στις γυναίκες απ' ότι στους άντρες (στα παιδιά η συχνότητα είναι η ίδια). Μερικές μελέτες ανεβάζουν τον κίνδυνο να παρουσιάσει ένα άτομο Μείζονα Κατάθλιψη ή Δυσθυμία στη διάρκεια της ζωής του στο 30%.

Υπολογίζεται ότι 6% των γυναικών και 3% των αντρών είχαν ένα Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο αρκετά σοβαρό, ώστε να χρειασθεί να νοσηλευθούν. Πρόσφατες μελέτες έχουν δείξει ότι 4.5% ως 9.3% των γυναικών και 2.3% ως 3.2% των ανδρών έχουν σήμερα Μείζονα Κατάθλιψη

Ηλικία έναρξης. Η Δυσθυμία συνήθως αρχίζει στην παιδική ηλικία, στην εφηβεία ή νωρίς στην ενήλικη ζωή, γι' αυτό συχνά ονομαζόταν και καταθλιπτική προσωπικότητα (σπανιότερα μπορεί ν' αρχίσει αργά στην ενήλικη ζωή ή ν' ακολουθήσει ένα Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο). Η Μείζων Κατάθλιψη μπορεί να αρχίσει σ' οποιαδήποτε ηλικία - συμπεριλαμβανόμενης και της βρεφονηπιακής ηλικίας - και η ηλικία έναρξής της κατανέμεται ομοιόμορφα σ' όλη την ενήλικη ζωή, δηλαδή είναι το ίδιο συχνή τόσο σε νεαρά όσο και σε μεγαλύτερα άτομα. Κατά μέσο όρο, πάντως, αρχίζει μεταξύ 25 και 30.

Κοινωνικοοικονομική κατάσταση. Χωρίς να είναι σαφώς σταθερό στοιχείο, η κατάθλιψη φαίνεται να είναι κάπως συχνότερη σ' ανώτερα κοινωνικά στρώματα.

Οικογενειακή κατάσταση. Δεν υπάρχει σημαντική διαφορά στη συχνότητα της κατάθλιψης ανάμεσα σε ανύπαντρα, παντρεμένα, χωρισμένα ή σε χηρεία άτομα όσον αφορά τη Μείζονα Κατάθλιψη. Κάποια διαφορά ίσως να υπάρχει όσον αφορά τη Δυσθυμία, καθώς κάποιες μελέτες μιλούν για αυξημένη συχνότητά της σε χωρισμένα και διαζευγμένα άτομα.

Οικογενειακό ιστορικό. Μελέτες έχουν δείξει ότι η Μείζων Κατάθλιψη είναι πιο συχνή (1.5 ως 3 φορές) ανάμεσα στους βιολογικούς συγγενείς πρώτου βαθμού ατόμων με Μείζονα Κατάθλιψη απ' ότι στο γενικό πληθυσμό. Υπάρχουν στοιχεία ότι η Δυσθυμία είναι πιο συχνή ανάμεσα στους βιολογικούς συγγενείς πρώτου βαθμού ατόμων με Μείζονα Κατάθλιψη απ' ότι στο γενικό πληθυσμό.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2°

Η κατάθλιψη όπως έγινε κατανοητό από όλα τα παραπάνω είναι μια ανωμαλία κατά την οποία η ψυχική κατάσταση και η ζωτικότητα έχουν τεθεί στο επίπεδο της λύπης. Ο καταθλιπτικός ασθενής δοκιμάζει, εκδηλώνει και μεταβιβάζει τον πόνο του, τις ανάγκες του και τα προβλήματά του με μοναδικούς προσωπικούς τρόπους. Έτσι οι επαγγελματίες Υγείας στα ψυχιατρικά τμήματα καλούνται να αντιμετωπίσουν θεραπευτικά τον καταθλιπτικό ασθενή και όχι την κατάθλιψη.

2.1 Θεραπεία

Η διάγνωση και η έρευνα της κατάθλιψης αποσκοπούν πρώτα-πρώτα στη θεραπεία των ήδη υπάρχοντων περιστατικών και βέβαια στην πρόληψη. Το πρόβλημα με την ψυχιατρική είναι πως η διάγνωση - με τον τρόπο που αναγνωρίζεται από τις σύγχρονες ταξινομήσεις των ψυχικών διαταραχών - παραμένει λίγο -πολύ περιγραφική, ενώ η θεραπεία για το λόγο αυτό τείνει να είναι εμπειρική. Όταν δηλαδή η διάγνωση παύει να στηρίζεται σε επιστημονικές και θεωρητικές βάσεις, η θεραπεία βασίζεται συχνά στην πείρα των μελών της επιστημονικής ομάδας.

Σε γενικές γραμμές οι ψυχιατρικές θεραπείες μπορούν να καταταχθούν σε : α) σωματικές, β) βιολογικές, γ) ψυχολογικές και δ) θεραπείες περιβάλλοντος. Είναι χρήσιμο να αναφέρουμε ότι οι εφαρμοζόμενες σήμερα θεραπευτικές τεχνικές στην κατάθλιψη έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικές σε ικανοποιητικό βαθμό και η γενικά ότι η πρόγνωση της κατάθλιψης είναι καλή. Επίσης πρέπει να σημειώσουμε ότι ο άνθρωπος που πάσχει από μια τέτοια διαταραχή του συναισθήματος χρειάζεται πρώτα απ' όλα προστασία

και κατανόηση που θα αποτρέψουν μια απόπειρα αυτοκτονίας. Η αυτοκτονία αποτελεί οπωσδήποτε το μεγαλύτερο κίνδυνο για τα καταθλιπτικά άτομα και γι' αυτό θα πρέπει να εκτιμάται η πιθανότητα αυτοκτονίας σε κάθε άτομο που παρουσιάζει αυτή τη διαταραχή. Κατάθλιψη και αυτοκτονίες βαδίζουν σχεδόν παράλληλα αν και ο βαθμός του κινδύνου διαφέρει ανάλογα με τον τύπο της κατάθλιψης και τη φάση στην οποία βρίσκεται η εξέλιξή της. Ο μεγαλύτερος κίνδυνος υπάρχει στην αγχώδη μορφή της μελαγχολίας που χαρακτηρίζεται από αίσθημα ενοχής και ταραγμένης συμπεριφορά, καθώς και κατά την πρώτη φάση της ανάρρωσης. Όταν ο άρρωστος αρχίζει να ενεργοποιείται και η εμφάνισή του ζωηρεύει δίνοντας την εντύπωση ότι έχει ξεπεράσει τον κίνδυνο.

2.1.1 Σωματική θεραπεία

Πιο σημαντική είναι η ηλεκτροσπασμοθεραπεία που βέβαια σχετίζεται με τη θεραπεία επειγουσών καταστάσεων. Η ιδέα ότι ένα σοκ θα ήταν δυνατό να επιφέρει βελτίωση στη διαταραγμένη ψυχική κατάσταση ενός ατόμου υπήρχε από παλιά και έχει κατά καιρούς εφαρμοστεί με διάφορους τρόπους και μέσα. Γνωρίζουμε την αιφνίδια εμβάπτιση σε παγωμένο ή ζεματιστό νερό, η επαφή με ηλεκτροφόρα ψάρια και η χορήγηση καμφοράς που σε μεγάλες δόσεις μπορεί να προκαλέσει σπασμούς. (Χαρτοκόλλης, 1991)

Όταν ο κίνδυνος για αυτοκτονία είναι άμεσος ή ύστερα από επανειλημμένες απόπειρες που χαρακτηρίζουν μια βαριά, παρατεταμένη κατάθλιψη ενδείκνυται η χρήση της συγκεκριμένης μεθόδου. Αναμφίβολα όμως η ιδέα μιας τέτοιας επιθετικής επέμβασης στον εγκέφαλο και το σώμα δημιουργεί ενδοιασμούς, ιδίως όταν δεν μπορούμε να είμαστε βέβαιοι ούτε για τον τρόπο που ενεργεί αλλά ούτε για τα αποτελέσματά της. Ωστόσο σε

αρκετές περιπτώσεις όπως λόγω χάρη στην υποστροφική μελαγχολία τα αποτελέσματα της σπασμοθεραπείας μπορεί να είναι σωτήρια. Κατά κανόνα χρησιμοποιείται όμως σαν έσχατη προσπάθεια και αφού έχει εξαντληθεί κάθε άλλη δυνατή προσπάθεια θεραπείας.

Τεχνική

Η μέθοδος της σπασμοθεραπείας συνίσταται στην τεχνητή έκλυση τονικοκλονικών σπασμών που οδηγούν σε μια παροδική απώλεια συνειδήσεως. Η μέθοδος άρχισε να εφαρμόζεται συστηματικά το 1933 από τον Ούγγρο Μεντούνα με την ενδοφλέβια χορήγηση μετραζόλης (καρδιοτονωτικής ουσίας που έχει συγγένεια με την καμφορά) σε σχιζοφρενικούς αρρώστους, ενώ ο Αυστριακός Ρακέλ χρησιμοποίησε μεγάλες ενδοφλέβιες δόσεις ινσουλίνης. Το 1977 εγκαινιάστηκε από τους Ιταλούς Τσερλέτι και Μπίνι το ηλεκτροσόκ ή ηλεκτροσπασμοθεραπεία όπως έχει επικρατήσει. Σύμφωνα με τη μέθοδο αυτή διοχετεύεται στον εγκέφαλο ηλεκτρικό ρεύμα για 0,1 έως 0,5 δευτερόλεπτα, με την εφαρμογή ηλεκτροδίων στην κροταφική χώρα, και ενώ ο ασθενής βρίσκεται σε κατάσταση γενικής αναισθησίας με τη χορήγηση βαρβιτουρικής ουσίας. Για την πρόληψη θλάσεων δίδονται μυοχαλαρωτικά. Ενώ η όλη διαδικασία γίνεται με τη συμμετοχή ειδικευμένου αναισθησιολόγου. Ο ρυθμός των απαιτούμενων δόσεων ποικίλει ανάλογα με τη διάγνωση και την περίπτωση από τέσσερις ως οχτώ θεραπείες εντός δύο έως είκοσι εβδομάδων στην πάροδο μεγάλου χρονικού διαστήματος.

Παρενέργειες

Όταν ο άρρωστος αποκτά τη συνείδησή του ξανά, βρίσκεται σε πνευματική σύγχυση ενώ για μεγάλο χρονικό διάστημα πάσχει από μερική αμνησία. Είναι γνωστό γενικά ότι τα αλληπάλληλα ηλεκτροσόκ έχουν ελαφρότερες παρενέργειες με την εφαρμογή ενός μόνο ηλεκτροδίου στο αντίθετο από το κυρίαρχο εγκεφαλικό ημισφαίριο αντί για δυο ετερόπλευρα. Δεν έχει ωστόσο αποδειχθεί επακριβώς η εντύπωση ότι η ηλεκτροσπασμοθεραπεία αφήνει μια μόνιμη άμβλυνση της ικανότητας για αφηρημένη σκέψη, αλλά στην περίπτωση θεραπείας νεαρών ή ιδιαίτερα δημιουργικών ατόμων δεν θα πρέπει να αγνοείται.

2.1.2 Βιολογική θεραπεία

Όλα τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα που χρησιμοποιούνται (είναι γνωστά και ως θυμοληπτικά) ενισχύουν άμεσα ή έμμεσα τις δράσεις της νορεπινεφρίνης, της ντοπαμίνης ή και της σεροτονίνης στον εγκέφαλο. Τα παραπάνω σε συνδυασμό και με την ύπαρξη άλλων στοιχείων, οδηγούν στη δημιουργία της θεωρίας των βιογενών αμινών σύμφωνα με την οποία η κατάθλιψη οφείλεται σε ανεπάρκεια μονοαμινών, όπως η νορεπινεφρίνη και η σεροτονίνη σε ορισμένες "θέσεις - κλειδιά" του εγκεφάλου. Αντίθετα θεωρείται ότι η μανία προκαλείται από μια υπερπαραγωγή αυτών των νευροδιαβιβαστών.

Η θεωρία των βιογενών αμινών για την κατάθλιψη πιθανόν να είναι υπεραπλουστευμένη εφόσον είναι γνωστό ότι τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα, ιδιαίτερα τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, εκτός από την πρόσληψη των νευροδιαβιβαστών επηρεάζουν και πολλά άλλα βιολογικά συστήματα. Δεν είναι γνωστό ποιο από αυτά τα νευροχημικά

συστήματα είναι περισσότερο υπεύθυνο για την αντικαταθλιπτική δράση. (Harvey & Champe, 1992)

Τρικυκλικά / ετεροκυκλικά αντικαταθλιπτικά

Οι ουσίες αυτές συγγενεύουν χημικά με τις φαινοθειαζίνες. Τα τρικυκλικά και ετροκυκλικά αντικαταθλιπτικά αποκλείουν την πρόσληψη της ντοπαμίνης και της σεροτονίνης στον νευρώνα. Τα φάρμακα αυτά παρουσιάζουν παρόμοιο θεραπευτικό αποτέλεσμα και η εκλογή του φαρμάκου εξαρτάται από την αντοχή του ασθενούς και τη διάρκεια δράσης. Ασθενείς που δεν ανταποκρίνονται στη θεραπεία με κάποιο τρικυκλικό αντικαταθλιπτικό μπορεί να παρουσιάσουν βελτίωση με τη χορήγηση ενός άλλου ΤΚΑ της ίδιας ομάδας.

Τρόπος δράσης

- αναστολή πρόσληψης νευροδιαβιβαστών:

Τα αντικαταθλιπτικά που ανήκουν σε αυτήν την κατηγορία αυξάνουν τις συγκεντρώσεις των μονοαμινών στο συναπτικό χάσμα, γεγονός που οδηγεί στην εμφάνιση των αντικαταθλιπτικών αποτελεσμάτων. Η θεωρία αυτή έχει ωστόσο απορριφθεί από ορισμένους ερευνητές γιατί ακριβώς η ισχύς των φαρμάκων αυτών στο να αναστέλλουν την επαναπρόσληψη των νευροδιαβιβαστών, πολλές φορές δεν παρουσιάζει ανάλογα αντικαταθλιπτικά αποτελέσματα που παρατηρούνται κλινικά. Και ενώ η αναστολή της επαναπρόσληψης των νευροδιαβιβαστών παρατηρείται αμέσως μετά τη χορήγηση του φαρμάκου, η αντικαταθλιπτική δράση των ΤΚΑ και

ετεροκυκλικών εμφανίζεται ύστερα από εβδομάδες συνεχούς θεραπείας. Από τα παραπάνω προκύπτει ότι η μειωμένη επαναπρόσληψη των νευροδιαβιβαστών είναι μόνο ένα αρχικό γεγονός που ίσως να μη σχετίζεται με τα αντικαταθλιπτικά αποτελέσματα.

- αποκλεισμός υποδοχέων

Οι αντικαταθλιπτικές ιδιότητες των ΤΚΑ και ετεροκυκλικών οφείλονται επίσης στην ανταγωνιστική δραστηριότητα που εξασκούν πάνω στους σεροτονικούς, α-αδρενεργικούς, ισταμινικούς και μουσκαρινικούς νευροϋποδοχείς.

Φαρμακοκινητική

Τα ΤΚΑ απορροφώνται καλά όταν χορηγηθούν από το στόμα, επειδή είναι λιπόφιλα κατανέμονται ευρέως και διεισδύουν με ευκολία στο Κ.Ν.Σ. ενώ λόγω της διαλυτότητάς τους στα λιποειδή έχουν μεγάλο χρόνο ημίσειας ζωής από 4 έως και 17 ώρες (ιμιπραμίνη). Επίσης τα φάρμακα αυτά μεταβολίζονται από το μικροσωμιακό σύστημα στο ήπαρ και υφίστανται σύζευξη με γλυκουρονικό οξύ. Επειδή κατά την πρώτη δίοδό τους υφίστανται μεταβολισμό σε βαθμό που ποικίλει κάθε φορά, η βιοδιαθεσιμότητά τους είναι χαμηλή και ασταθής. Ο μεταβολισμός τους ολοκληρώνεται τελικά με την αποβολή τους από τα νεφρά ως αδρανείς πια μεταβολίτες.

Δοσολογία

Τα ετεροκυκλικά αντικαταθλιπτικά παίρνουν κατά κανόνα δυο ως τέσσερις εβδομάδες για να ενεργήσουν, σε δόσεις που αρχίζουν από 75 χιλιοστόγραμμα την ημέρα, για να ανέβουν στα 130 χιλιοστόγραμμα στο τέλος της εβδομάδας και να φθάσουν ως τα 300, εάν δεν έχουν φέρει αποτέλεσμα ως το τέλος της δεύτερης εβδομάδας.

Δράσεις

- **Βελτίωση ψυχικής διάθεσης:** Τα φάρμακα αυτά βελτιώνουν την ψυχική διάθεση, αυξάνουν την πνευματική εγρήγορση, και ενισχύουν τη σωματική δραστηριότητα ενώ μειώνουν την παθολογική πνευματική απορρόφηση στο 50-70% των ατόμων που πάσχουν από μείζονα κατάθλιψη. Σε φυσιολογικά άτομα δεν προκαλούν διέγερση του κεντρικού νευρικού συστήματος ή βελτίωση της ψυχικής διάθεσης.
- **Αντοχή:** Αντοχή στις χολινεργικές ιδιότητες των τρικυκλικών αντικαταθλιπτικών αναπτύσσεται σε σύντομο χρονικό διάστημα, ενώ συχνά παρατηρείται και ψυχολογική εξάρτηση με ελαφρά συμπτώματα στέρησης. Τα φάρμακα αυτά ενδείκνυται για μακροχρόνια θεραπεία της κατάθλιψης χωρίς να παρατηρηθεί αντοχή, γεγονός που υποδεικνύει ότι η αντιμουςκαρινική τους ενέργεια δεν συνδέεται με την αντικαταθλιπτική τους δράση.

Αντικαταθλιπτικές ενέργειες ΤΚΑ αντικαταθλιπτικών:

- **Αντιμουσκαρινικές ενέργειες:** ασαφή όραση, ξηροστομία, κατακράτηση ούρων, δυσκοιλιότητα, επιδείνωση γλαυκώματος, λόγω αποκλεισμού των υποδοχέων ακετυλοχολίνης.
- **Καρδιαγγειακό:** Η αυξημένη δράση των κατεχολαμινών δημιουργεί καρδιακή υπερδιέγερση και ίσως γίνει απειλητική για τη ζωή του ασθενούς. Στους ηλικιωμένους προκαλείται επιβράδυνση της κολποκοιλιακής αγωγής που θεωρείται συχνά ανησυχητική.
- **Ορθοστατική Υπόταση και αντανάκλαστική ταχυκαρδία.**
- **Καταστολή, κατά τη διάρκεια των πρώτων εβδομάδων έναρξης της θεραπείας.**
- **Αλληλεπιδράσεις:** Με αναστολείς ΜΑΟ οδηγούν σε υπέρταση, σπασμοί και κώμα. Σε συνδυασμό με αιθανόλη και άλλα κατασταλτικά του Κ.Ν.Σ προκαλούν τοξική καταστολή.

Αντίθετα από αυτά, τα ετεροκυκλικά αντικαταθλιπτικά που η σύνθεσή τους είναι πιο πρόσφατη λέγεται ότι έχουν το πλεονέκτημα ασήμαντης καρδιακής τοξικότητας.

Αναστολείς μονοαμινοξειδάσης (ΜΑΟ)

Στο νευρώνα το μιτοχονδριακό ένζυμο μονοαμινοξειδάση λειτουργεί σα "βαλβίδα ασφαλείας" που απαμινώνει οξειδωτικά και αδρανοποιεί όσα μόρια νευροδιαβιβαστών

(νορεπινεφρίνης, ντοπαμίνης και σεροτονίνης) διαφύγουν από τα συναπτικά κυστίδια όταν ο νευρώνας βρίσκεται σε κατάσταση ηρεμίας. Οι αναστολείς της MAO μπορούν να αδρανοποιήσουν μόνιμα ή παροδικά το ένζυμο οπότε τα μόρια των νευροδιαβιβαστών δε διασπώνται και κατ' επέκταση διαφεύγουν στο συναπτικό χάσμα. Έτσι προκαλείται διέγερση των υποδοχέων της νορεπινεφρίνης και της σεροτονίνης γεγονός στο οποίο οφείλεται η αντικαταθλιπτική δράση των φαρμάκων αυτών. (Harvey & Champe, 1992)

Ανεπιθύμητες ενέργειες

Οι αναστολείς της MAO, όπως η φενελζίνη, η τρανυλκυπρομίνη και η ισοκαρβοξαζίδη χρησιμοποιήθηκαν αρχικά για τη θεραπεία της φυματίωσης. Η χρήση τους ως αντικαταθλιπτικών είναι περιορισμένη γιατί ο συνδυασμός τους με τροφές που περιέχουν βιοαμίνες, όπως η τυραμίνη και η ντοπαμίνη (ορισμένοι τύποι τυριού, ήπαρ πουλερικών, μύρα, κρασί, καφές, σοκολάτα, γιαούρτι, σταφίδες) προκαλεί κεφαλαλγία, ταχυκαρδία, ναυτία, καρδιακές αρρυθμίες, υπερτασικό επεισόδιο, εγκεφαλικό επεισόδιο. Επίσης παρουσιάζεται υπνηλία, ορθοστατική υπόταση, ασαφής όραση, ξηρότητα στόματος, δυσουρία και δυσκοιλιότητα.

Αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης

Αυτή είναι η πιο νέα ομάδα αντικαταθλιπτικών με εντελώς διαφορετική χημική δομή και χαρακτηρίζεται από την ιδιότητά της να αναστέλλει εκλεκτικά την επαναπρόσληψη της σεροτονίνης. Η ιδιότητα αυτή τη διαφοροποιεί από τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά τα οποία αναστέλλουν χωρίς εκλεκτικότητα την επαναπρόσληψη της νορεπινεφρίνης, της

σεροτονίνης και της ντοπαμίνης. Συγκρινόμενα με τα υπόλοιπα αντικαταθλιπτικά μπορεί να έχουν λιγότερες αντιχολινεργικές δράσεις και χαμηλότερη καρδιοτοξικότητα.

Οι ανεπιθύμητες ενέργειες που παρατηρούνται είναι: Ναυτία, νευρική κατάσταση, αϋπνία ή υπνηλία, ζάλη, κεφαλαλγία και σπάνια πριαπισμό.

Φαρμακολογικά:

Τα αντικαταθλιπτικά διαφέρουν από τα νευροληπτικά στα εξής σημεία: Α) Ανταγωνίζονται τη δράση της ρεζερπίνης και τετραμπεναζίνης αντί να την ενισχύουν όπως τα νευροληπτικά. Β) Ενισχύουν τη δράση των κατεκολαμίνων αντί να την ανταγωνίζονται όπως τα νευροληπτικά. Οι ομάδες των αντικαταθλιπτικών ανακαλύφθηκαν μάλλον τυχαία. Το 1957 ο Kuhn ανακάλυψε ότι η ιμιπραμίνη δρα σαν την χλωροπρομαζίνη αλλά είχε αντικαταθλιπτική δράση. Και η προνιαζίδη ανακαλύφθηκε ως αντιφυματικό δράση. Τόσο τα τρικυκλικά όσο και οι αναστολείς της ΜΑΟ είναι χημικά άσχετες ουσίες μεταξύ τους. Ανακαλύφθηκαν σχεδόν ταυτόχρονα, αλλά ανεξάρτητα. Ενώ τα αντικαταθλιπτικά έχουν μια απευθείας δράση στη διάθεση, τα νευροληπτικά έχουν δευτερογενή διορθώνοντας τις ψευδαισθήσεις και το παραλήρημα βελτιώνοντας και τη διάθεση.

Το πρώτο πράγμα που θα πρέπει να έχει ο κλινικός υπόψιν για τη χορήγηση των αντικαταθλιπτικών είναι η σωστή διάγνωση. Τρία πράγματα δυσκολεύουν τη διάγνωση: α) το ότι οι μερικές φορές η κλινική συμπτωματολογία δεν είναι ξεκάθαρη, β) προβλήματα ταξινόμησης και γ) ατελής φαρμακολογική γνώση. Η μανία είναι ευκολότερο να διαγνωσθεί γιατί είναι θορυβώδης και ταυτίζεται με την τρέλα ενώ σε ορισμένες χώρες η κατάθλιψη θεωρείται φυσιολογικό φαινόμενο και παρουσιάζεται σαν μια ευαισθησία και είναι

αποδεκτή από τον κόσμο. Διαγνωστικά προβλήματα έχουμε με τις μικτές ψυχώσεις που το συναίσθημα είναι αρκετά τονισμένο και σ' αυτό θα μας βοηθήσει η προνοσηρή προσωπικότητα. Ακόμα η διαφορική διάγνωση είναι προβληματική στους ηλικιωμένους όπου υπάρχει γνωστική έκπτωση. Συχνά μια οργανική πάθηση ιδιαίτερα σε νεότερη ηλικία οδηγεί σε μια αντιδραστική κατάθλιψη. Στους ψευδοανοϊκούς υπάρχει μια οξεία έναρξη της νόσου ενώ στους ανοϊκούς μια αργή και ήπια.

Έχει σημασία ο διαχωρισμός μονοπολικού - διπολικού ο οποίος βασίζεται σε γενετικά βιοχημικά, κλινικά ή φαρμακολογικά ευρήματα.

Ο ενδογενής και μη ενδογενής χαρακτήρας της νόσου έχει επίσης σημασία. Αξίζει να σημειωθεί ότι σε μερικές περιπτώσεις τα αντικαταθλιπτικά προσφέρουν πολύ λίγο και εκείνο που βοηθάει είναι η θεραπευτική σχέση, δηλαδή η επιτυχία τους σε σχέση με το placebo και στις δυο 50-60%

Ανταπόκριση στη θεραπεία:

Την πιο καλή ανταπόκριση στα ΤΚΑ έχουν οι ασθενείς με ενδογενή μελαγχολία που σχετίζεται με ενδογενή γεγονότα, ενώ πτωχή, οι ασθενείς με νευρωτική κατάθλιψη που σχετίζεται με εξωτερικά γεγονότα, και η διπολική με άγχος και γνωστική πτώχευση. Οι ασθενείς με καταθλιπτικά παραλητικά στοιχεία ανταποκρίνονται στα αντικαταθλιπτικά και ο καλύτερος συνδυασμός θα ήταν ΤΚΑ και νευροληπτικά. Ασθενείς με διαταραχές του ύπνου ανταποκρίνονται καλύτερα στο ΤΚΑ επίσης εκείνοι που έχουν ανώμαλο test δεξαμεθαζόνης διότι συνδυάζεται με ενδογιομορφικά χαρακτηριστικά.

Η επιλογή της θεραπείας βασίζεται αφενός στη διαγνωστική εκτίμηση αφετέρου στη σοβαρότητα της κατάθλιψης. Ο συνδυασμός ψυχοθεραπείας και αντικαταθλιπτικού θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ως η πιο αισιόδοξη θεραπεία. Για τους διπολικούς ασθενείς η προσθήκη Li μπορεί να ισχυροποιήσει την αντικαταθλιπτική δράση και μπορεί να προλάβει το πέρασμα στη μανία. Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία είναι μερικές φορές απαραίτητη όταν υπάρχει παραληρητικός ιδεασμός και ο κίνδυνος αυτοκτονίας είναι πολύ μεγάλος ή όταν η ανάρρωση πρέπει να επισπευσθεί για προσωπικούς ή επαγγελματικούς λόγους.

Λίθιο

Τα άλατα του λιθίου, που οι αντιμανιακές τους ιδιότητες ανακαλύφθηκαν τυχαία από τον Κέιντ στην Αυστραλία το 1948, άρχισαν να χρησιμοποιούνται συστηματικά στην ψυχιατρική μόλις κατά τα τέλη της δεκαετίας του 1970. Δίνονται ακόμα με δυσκολία στη χώρα μας, προφανώς επειδή απαιτούν περιοδικές εργαστηριακές εξετάσεις για να καθοριστεί το θεραπευτικό τους επίπεδο και να αποφευχθούν τοξικές περιπλοκές. Αλλά, γενικότερα, η εφαρμογή του λιθίου, τόσο στην Ελλάδα όσο και αλλού, φαίνεται ότι έχει περιοριστεί από το γεγονός ότι μανιοκαταθλιπτικά ψυχωτικά φαινόμενα ερμηνεύονται συχνά ως σχιζοφρενικά.

Χρησιμοποιείται κυρίως στη μορφή του *ανθρακικού λιθίου*. Η αρχική του δόση είναι 1 με 3 γραμμάρια μέσα σε 24 ώρες, ποσότητα που απαιτείται συνήθως για να επιτευχθεί ένα θεραπευτικό επίπεδο στο πλάσμα του αίματος, μεταξύ 0.8 και 1.8 mEq/L.

Παρενέργειες

Αρχικές παρενέργειες, συνήθως παροδικές, περιλαμβάνουν ναυτία, ανορεξία και κούραση. Άλλες πιθανές παρενέργειες είναι το τρέμουλο των χεριών, η δίψα, η πολυουρία και η αύξηση βάρους του σώματος, που μπορεί να διαρκέσουν ολόκληρο το διάστημα της θεραπείας. Πνευματική σύγχυση, υπνηλία, μυϊκές συσπάσεις και δυσαρθρία είναι σημεία τοξικότητας, και απαιτούν τη διακοπή του φαρμάκου. Παρατεταμένη θεραπεία με λίθιο μπορεί να προκαλέσει νεφρική ανεπάρκεια, διαταραχές του θυροειδούς και αύξηση της ζάχαρης στο αίμα. (Χαρτσκόλλης, 1991)

2.1.3 Ψυχοθεραπείες

Γενικά η λέξη σημαίνει τη θεραπεία της ψυχής, τη θεραπευτική αντιμετώπιση των ψυχολογικών προβλημάτων και είναι γνωστό ότι βασίζεται στην ανθρώπινη επαφή, που μπορεί να ανακουφίσει, ν' αλλάξει τον τρόπο συμπεριφοράς, αλλά και συχνά να τροποποιήσει την εσωτερική εικόνα του εαυτού ή του κόσμου. Η αντανάκλαση μιας επιτυχημένης ψυχοθεραπευτικής προσπάθειας, είτε απευθύνεται στην ανακούφιση των συμπτωμάτων κυρίως (π.χ. θεραπεία συμπεριφοράς) είτε στη μεταβολή της προσωπικότητας (π.χ. ψυχανάλυση), είναι η καλύτερη λειτουργικότητα του ατόμου στις διαπροσωπικές σχέσεις, στην εργασία, την οικογένεια, το περιβάλλον και γενικότερα στην κοινωνικότητα.

- Παράγοντες

- Συναισθηματική μεταβίβαση κατά την οποία σύμφωνα με τον Φρόιντ το άτομο δέχεται την επιβολή της προσωπικότητας του γιατρού. Η επιβολή αυτή στηρίζεται στις

επιστημονικές ιδιότητες που αποδίδονται στο λειτούργημά του και τις εξαρτώμενες προσδοκίες ίασεως, αλλά και στις λιγότερο συνειδητές, πατρικές ή μητρικές ιδιότητες που μεταβιβάζονται και απορρέουν από την προσωπικότητα του γιατρού και περικλείουν προσδοκίες εύνοιας και αγάπης. Η ψυχοθεραπεία λειτουργεί ως εκπαίδευση δηλαδή αποδίδει ένα μεγάλο μέρος της ευθύνης για την αρρώστια του στον ίδιο το θεραπευμένο και απαιτεί την ενεργητική του συμπαράσταση στη θεραπεία που προτείνεται. Η παθητική στάση του ασθενούς αντιμετωπίζεται σαν μέρος της αρρώστιας και επιδιώκεται από τον ειδικό η αντιμετώπισή της. Όταν όμως ο ίδιος ο ασθενής αισθάνεται αδύναμος και ανήμπορος να δεχθεί την ευθύνη για την αρρώστια και περιμένει να σωθεί ως δια μαγείας, είτε με φάρμακα, είτε χειρουργικά, είτε με εξορκισμούς, στην περίπτωση αυτή η ψυχοθεραπεία δεν ενδείκνυται, παρά μόνο ως συμπλήρωμα άλλης θεραπείας.

- Ο σπουδαιότερος ίσως παράγοντας που ισχύει κατά την ψυχοθεραπεία είναι το θεραπευτικό κίνητρο, η θέληση του αρρώστου να γίνει καλά. Ωστόσο το θεραπευτικό κίνητρο πολλές φορές δε συμβαδίζει με τους ισχυρισμούς του αρρώστου. Η άρνηση ενός ανθρώπου που υποφέρει, να καταλάβει πως έχει ανάγκη ψυχολογική βοήθεια είναι και ένδειξη συχνά ότι οι λόγοι που κάνουν το άτομο άρρωστο είναι ισχυρότεροι από τους λόγους που θα είχε για να γίνει καλά (δευτερογενές όφελος)

- Η ηλικία του ασθενούς, η σωματική υγεία και οι τρέχουσες συνθήκες ζωής, όσο και η νοημοσύνη, η καλλιέργεια και η ψυχική οξυδέρκεια και τέλος η ικανότητα που έχει κανείς να σκέφτεται με έναν ψυχολογικό τρόπο και όχι απλώς με την κοινή λογική.

Συμπερασματικά θα λέγαμε ότι η μόνη απόλυτη αντένδειξη για ψυχοθεραπεία είναι η έλλειψη δυνατότητας επικοινωνίας δια του λόγου.

A. Η μέθοδος του Ελευθέρου Συνειρμού

Αρκεί να ακολουθήσει ο καταθλιπτικός ασθενής την εντολή του ειδικού σε αυτό που σήμερα στην ψυχανάλυση ονομάζουμε βασικό κανόνα, να αφήσουν τον εαυτό τους να μιλήσει ελεύθερα, χωρίς φόβο ή ντροπή, λέγοντας ανεξέλεγκτα ό,τι περνά από το νου τους. Είναι η μέθοδος του *ελεύθερου συνειρμού*, που μεταχειρίστηκε ο Φρόιντ και κάθε ψυχαναλυτής ύστερα απ' αυτόν, καθισμένος πλάι ή πίσω από το ανάκλιτρο στο οποίο προκαλεί τον ασθενή να ξαπλώσει και να χαλαρώσει, τόσο σωματικά όσο και διανοητικά, μια ώρα την ημέρα, τέσσερις, πέντε ή και έξι φορές την εβδομάδα, συνέχεια επί μήνες, αν όχι χρόνια όπως γίνεται συνήθως στον καιρό μας.

B. Η τεχνική της ερμηνείας

Στις αρχές η ψυχανάλυση είχε για σκοπό τη βίωση των συναισθημάτων που συνόδευαν την ξεχασμένη εμπειρία, τη λεγόμενη *συναισθηματική κάθαρση*.

Άμεσα ή έμμεσα, η ερμηνεία πρέπει να απευθύνεται στη σχέση του θεραπευμένου με το θεραπευτή του και, άμεσα ή έμμεσα, στις προεκτάσεις της έξω από τη σχέση τους, στο παρόν και, όσο είναι δυνατό και σκόπιμο, στο παρελθόν. Σκοπός της ερμηνείας είναι να διευκρινίζει τη φύση, προέλευση και επιπτώσεις των συναισθημάτων και αντιλήψεων, γενικά της συμπεριφοράς του αναλυομένου προς τον αναλυτή του. Είτε αναφέρονται σε ανομολόγητες σκέψεις και επιθυμίες, αμυντικούς μηχανισμούς, είτε σε νευρωτικές, οδυνηρές ή παρεξηγημένες εμπειρίες του, οι ερμηνείες του αναλυτή πρέπει να έχουν ως επίκεντρο, να μεταχειρίζονται ως αφετηρία και μοχλό για τη διερεύνηση των προβλημάτων του ασθενή, τη συναισθηματική μεταβίβαση. Αλλά για να εδραιωθεί στη συνείδηση του

αναλυομένου η αλήθεια της ερμηνείας, είναι ανάγκη να επαναληφθεί μέσα από πολλές και διάφορες μεταβιβαστικές εμπειρίες, όνειρα και αναμνήσεις, για μια διεργασία (γούόρκινγκ θρου), που συνεχίζεται ώσπου να ξεπεραστεί η συναισθηματική μεταβίβαση ή, σωστότερα, η μεταβιβαστική νεύρωση, που δημιουργείται με τον καιρό και την αναλυτική διαδικασία. Οπότε και η ανάλυση φτάνει αισίως στο τέρμα. (Χαρτοκόλλης, 1991)

- Σκοπός

Σκοπός της ψυχανάλυσης είναι η άρση της απόθησης, η επάνοδος στο συνειδητό ξεχασμένων βιωμάτων και κυρίως η προοδευτική σύνθεση του κατά το παρελθόν απωθημένου υλικού με τα δομικά στοιχεία της προσωπικότητας

Γ. Ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία

Διαίρεση

- Αποκαλυπτική ψυχοθεραπεία → ερμηνεία διαπροσωπικών και μεταβιβαστικών στοιχείων
- Ψυχοθεραπεία σχέσης → συζήτηση των διορθωτικών συναισθηματικών εμπειριών του ασθενή.
- Υποστηρικτική ψυχοθεραπεία → ενίσχυση των αμυντικών μηχανισμών του εγώ που έχουν διαταραχθεί.

Δ. Βραχεία ψυχοθεραπεία

Το κύριο χαρακτηριστικό της ψυχοθεραπευτικής αυτής μεθόδου είναι η μικρή διάρκειά της σε σχέση με την ομαδική ψυχανάλυση και την ψυχοδυναμική θεραπεία

ανοιχτής διάρκειας, που κρατούν μήνες ή και χρόνια. Το είδος αυτό της ψυχοθεραπείας δημιουργήθηκε από την ανάγκη για την ανεύρεση λιγότερο δαπανηρών μορφών ψυχοδυναμικής θεραπείας, γεγονός που οδήγησε σε διάφορους τύπους παρέμβασης με διαφορετικά ονόματα που τους έδωσαν οι ιδρυτές τους Sifnees, Malan, Mann, Davanloo κ.α. (Μάνος, 1992)

Κοινά χαρακτηριστικά όλων των τύπων της ψυχοδυναμικής βραχείας θεραπείας είναι τα εξής:

- "Βραχύς" αριθμός συνεδρίων (10-30) που διαρκεί ως ένα χρόνο (εξαιρείται η θεραπεία Malan)
- "Εστιασμός" εξ' αρχής σε συγκεκριμένη περιοχή σύγκρουσης
- "Αντιπαράθεση" κατά μέτωπο, με άμεση και ενεργητική στάση του θεραπευτή.

E. Ομαδική ψυχοθεραπεία

Η εφαρμογή της ψυχοθεραπευτικής μεθόδου σε περισσότερα από ένα άτομα μαζί συνιστά την ψυχοθεραπεία ομάδας, την ομαδική ψυχοθεραπεία. Το μέγεθος της ομάδας κυμαίνεται από τρία ως δεκαπέντε μέλη, με άριστο τα έξι ως δέκα μέλη. Οι περισσότεροι θεραπευτές συγκεντρώνουν την ομάδα μια φορά την εβδομάδα για μια διάρκεια μιας ως δυο ωρών και κατά μέσο όρο για 90 λεπτά. Γενικά ομαδική είναι η μορφή ψυχοθεραπείας όπου προσεχτικά επιλεγμένοι ασθενείς να βοηθήσει τον άλλο, ώστε να επέλθει αλλαγή στη συμπεριφορά ή την προσωπικότητα του, κάθε ένα από τα μέλη της ομάδας οι ερμηνευτικές επεμβάσεις πρέπει να απευθύνονται εξάλλου, σε ολόκληρη την ομάδα, ως μια οργανική ζώτικη οντότητα.

Η σύσταση της ομάδας ως προς μία ή περισσότερες παραμέτρους π.χ ψυχιατρική διάγνωση, φύλο, ηλικία, είναι δυνατό να διαθέτει ομοιογένεια ή το αντίθετο. Συνήθως όμως η ομάδα είναι μεικτή ως προς το φύλο και λίγο-πολύ αμιγής ως προς το πνευματικό επίπεδο των μελών της ή την ηλικία.

ΣΤ. Οικογενειακή Ψυχοθεραπεία

Η ιδέα της ψυχοθεραπείας μέσα από την οικογένεια έχει ρίζες στην παιδοψυχιατρική, όπου η ατομική θεραπεία του παιδιού συνοδευόταν από κάποια συμβουλευτική ή ψυχοθεραπευτική εργασία και με τον έναν ή τους δυο γονείς, συνήθως με τη μεσολάβηση ενός κοινωνικού λειτουργού.

Οικογενειακή ψυχοθεραπεία ονομάζουμε τη ψυχοθεραπευτική αυτή μέθοδο κατά την οποία χρησιμοποιείται η δυναμική της ομάδας αποκλειστικά για τα μέλη μιας οικογένειας.

Μια οικογένεια διαθέτει δικούς της κανόνες, δική της προκαθορισμένης δομή, παράδοση ιδιαίτερη, διαχρονικότητα, εξέλιξη και τελικά δική της ισορροπία. Όταν ένα μέλος της ομάδας νοσήσει, τότε στην πραγματικότητα είναι ένας αδύνατος κρίκος της αλυσίδας που, κάτω από αυτή τη συνεχή και αποσυνθετική πίεση, αδυνατίζει και είναι έτοιμη να σπάσει ανά πάσα στιγμή. Διαταράσσεται έτσι ή απειλείται η ψυχική ισορροπία της οικογένειας.

Η οικογενειακή θεραπεία μολονότι μπορεί να συνδυαστεί και με ατομική ψυχοθεραπεία, συχνά πραγματοποιείται και μόνη της σε εβδομαδιαίες συνεδρίες. Γενικά το είδος αυτό της ψυχοθεραπευτικής απαιτεί μεγαλύτερη αμεσότητα από μέρους των θεραπευτών, και ενεργητικότητα έτσι ώστε να βοηθήσουν την οικογένεια να

συνειδητοποιήσει την παθολογική συμπεριφορά της και να τροποποιήσει τη συμπεριφορά αυτή για να βοηθήσει το άτομο που πάσχει να ξεπεράσει το πρόβλημά του.

2.1.4 Ψυχόδραμα

Ένα είδος ομαδικής ψυχοθεραπείας περιβάλλοντος είναι και η θεραπεία μέσα από την τέχνη. Το ψυχόδραμα επινοήθηκε από τον αυστριακό Μομένο στις αρχές του αιώνα και έως σήμερα έχει υποστεί αρκετές τροποποιήσεις με αποτέλεσμα η τεχνική του να προσαρμοστεί σε διάφορες θεωρίες, ανάμεσά τους και την ψυχαναλυτική. Ένας από τους κύριους σκοπούς της ψυχοθεραπευτικής αυτής μεθόδου είναι η συναισθηματική κάθαρση.

Οι θεραπευτές που χρησιμοποιούν την ψυχαναλυτική προσέγγιση ενθαρρύνουν την απεικονιστική έκφραση της εσωτερικής εμπειρίας και με αυτή την έννοια η τέχνη αναγνωρίζεται ως μια διαδικασία αυθόρμητης αναπαράστασης που αποδεσμεύει το ασυνείδητο.

Η διαδικασία της θεραπείας μέσω των εικαστικών βασίζεται στην αναγνώριση του ότι οι πιο θεμελιώδεις σκέψεις και τα συναισθήματα του ανθρώπου, που προέρχονται από το ασυνείδητο, βρίσκουν την έκφρασή τους περισσότερο στις εικόνες παρά στις λέξεις.

Όταν η τέχνη χρησιμοποιείται στη θεραπεία με αυτό τον τρόπο, γίνεται μέσο μη λεκτικής επικοινωνίας, ένας τρόπος δήλωσης συγκεκριμένων και δύσκολα κατανοητών συναισθημάτων σε μια προσπάθεια να αποκτήσουν σαφήνεια και τάξη. "Αν θέλουμε να το εκφράσουμε πιο περίπλοκα, η καλλιτεχνική δραστηριότητα προσφέρει ένα περισσότερο συγκεκριμένο, παρά λεκτικό, μέσο δια του οποίου το άτομο επιτυγχάνει την έκφραση της

συνείδησης και του ασυνείδητου και το οποίο μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως πολύτιμο μέσο θεραπευτικής αλλαγής"

Αυτή η ψυχαναλυτική προσέγγιση της θεραπείας μέσω των εικαστικών προϋποθέτει ότι η αυθόρμητη τέχνη μοιάζει με τον ελεύθερο συνειρμό. Πρέπει να μπορεί κανείς "να φανταστεί και να απεικονίσει ό,τι κυριαρχεί στο νου του, πράγμα που απαιτεί την αναστολή του συνήθους αμυντικού μηχανισμού και έναν υψηλό βαθμό ηθικού σθένους και αυτοπειθαρχίας".

"Ο καλλιτέχνης νιώθει την ανάγκη να επεκτείνει την αφετηρία του και καλωσορίζει την ανεξάρτητη ζωή του μέσου του. Πραγματοποιείται ένα είδος αληθινού διαλόγου ανάμεσα στον καλλιτέχνη και το έργο. Το μέσο, στερώντας τον καλλιτέχνη από τις αμιγώς συνειδητές προθέσεις του, του επιτρέπει να έρθει σε επαφή με πιο καταπιεσμένα μέρη της προσωπικότητάς του και τα φέρνει στην επιφάνεια ώστε να μελετηθούν. Ενώ ο καλλιτέχνης παλεύει με το μέσο του, που του είναι άγνωστο, παλεύει και με την ασυνείδητη πλευρά της προσωπικότητάς του που αποκαλύπτεται από το έργο του. Η επιστροφή στο επίπεδο της συνείδησης των στοιχείων εκείνων που προβλήθηκαν πάνω στο έργο στο επίπεδο του ασυνείδητου είναι ίσως το πιο καρποφόρο και το πιο οδυνηρό αποτέλεσμα της δημιουργικότητας".

Η ένταση της σχέσης ανάμεσα στον καλλιτέχνη και την τέχνη είναι αναμφίβολα θεμελιώδης για τη θεραπεία μέσω της εικαστικής έκφρασης. Αυτή ακριβώς όμως η μορφή τέχνης δημιουργεί την πολυπλοκότητα και τη μοναδικότητα της θεραπείας μέσω της εικαστικής έκφρασης. Ο βαθμός στον οποίο η μορφή της τέχνης θεωρείται βασική για τη διαδικασία της θεραπείας και η στάση του θεραπευτή απέναντί της αποτελούν θέμα πολλών

συζητήσεων. Δεδομένου ότι οι διάφορες προσεγγίσεις της θεραπείας μέσω των εικαστικών καλύπτουν ορθά το ευρύ φάσμα από την ψυχοθεραπεία έως την εικαστική παιδεία, η συζήτηση αυτή αφορά επίσης το σε ποιο βαθμό πρέπει ο θεραπευτής μέσω των εικαστικών να έχει πρωταρχικά εικαστικές γνώσεις ή γνώσεις ψυχολογίας και ψυχοπαθολογίας.

Τέχνη και παιχνίδι

Η τέχνη και το παιχνίδι έχουν αρκετά κοινά χαρακτηριστικά. Ταυτόχρονα, και το παιχνίδι και η ζωγραφική μπορούν να χρησιμεύσουν για να ελεγχθεί το άγχος και επομένως να δώσουν τη δυνατότητα ελέγχου της κατάστασης. Η συνειδητή φαντασίωση του παιδιού δεν περιορίζεται στο νου του, όπως συμβαίνει στον ενήλικο, αλλά βιώνεται στο παιχνίδι του. Σε μεγάλο βαθμό το παιδί αναγκάζεται να παίζει για να σκεφτεί τα πράγματα. "Το παιχνίδι είναι μια μορφή συμπεριφοράς, μια ενεργητική εξωτερίκευση της νοητικής εμπειρίας που χρησιμοποιεί συμβολικά αντικείμενα και της δυναμικής, δραματικής διάδρασης που συνδέει αυτά τα αντικείμενα" (Hoxter, 1977). Ο Hoxter συνεχίζει μιλώντας για τους ενήλικες: "Ο ενήλικος χρησιμοποιεί τη λεκτική του ικανότητα, το δικό του σύστημα συμβολισμού των λέξεων, για να εκφράσει και να μεταδώσει στους άλλους τις σκέψεις και τα συναισθήματά του".

Η ανάγκη για αυθορμητισμό παίζει ουσιώδη ρόλο στη θεραπεία μέσω της εικαστικής έκφρασης για τους ίδιους λόγους που το παιχνίδι μπορεί να αλλοιωθεί από ψυχαναγκασμό και κανόνες. "Παιχνίδι κατά παραγγελία δεν είναι πια παιχνίδι. Είναι, στην καλύτερη περίπτωση μία δια της βίας απομίμησή του. Μόνο με την ιδιότητα της ελευθερίας το

παιγνίδι ξεχωρίζει από την πορεία της φυσικής διεργασίας.". Αν το αυθόρμητο έργο τέχνης που δημιουργείται μέσα σε μια θεραπευτική σχέση προσαρμόζεται σε διάφορες απόψεις τεχνικής, σε κάποια πίεση να συμμορφωθεί ή να παράγει ένα ικανοποιητικό αισθητικό αποτέλεσμα, τότε η ουσία της επικοινωνίας χάνεται από τους κανόνες της δημιουργίας μιας εικόνας.

Ο Winnicott (1971) υπήρξε πρωτοπόρος της ιδέας του παιγνιδιού στη σχέση ανάμεσα στον ασθενή και στο θεραπευτή και στον "ενδιάμεσο" χώρο που υπάρχει ανάμεσά τους: "τη δημιουργικότητα η οποία καταλαμβάνει μια ενδιάμεση περιοχή που ενώνει και χωρίζει τη μητέρα από το παιδί που παίζει"

"Η ψυχοθεραπεία συμβαίνει στο αλληλοκαλυπτόμενο μέρος των δυο περιοχών του παιγνιδιού, της περιοχής του ασθενούς και της περιοχής του θεραπευτή. Η ψυχοθεραπεία αφορά δύο ανθρώπους που παίζουν μαζί. Απόρροια αυτού είναι ότι όπου δεν είναι δυνατό το παιγνίδι, ο θεραπευτής προσπαθεί να κατευθύνει τον ασθενή από μια κατάσταση στην οποία δεν μπορεί να παίξει σε μια κατάσταση στην οποία μπορεί να παίξει".

Ο Winnicott υπογραμμίζει ότι μόνο στο παιγνίδι το παιδί ή ο ενήλικος είναι ελεύθερος να είναι δημιουργικός. "Ο λόγος για τον οποίο το παιγνίδι έχει τόσο μεγάλη σημασία είναι ότι μόνο στο παιγνίδι ο ασθενής γίνεται δημιουργικός".

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

Η κατάθλιψη έχει επιπτώσεις στην οικογένεια, την κοινωνία καθώς και την οικονομία.

3.1 Κατάθλιψη και συνέπειες στην οικονομία

Σύμφωνα με έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Ε.Ψ.Υ.Κ.Α. το 1994 και 1995 διαπιστώθηκε ότι το ημερήσιο κόστος νοσηλείας ανά άρρωστο, ήταν το 1994 15.354 δρχ. και αν συνυπολογισθούν και οι δαπάνες πάγιων επενδύσεων, που πραγματοποίησε το Νοσοκομείο το χρόνο αυτό, τότε το ποσό φτάνει στις 15.778 δρχ. Το 1995 ήταν 16.057 δρχ. και με τον συνυπολογισμό των δαπανών πάγιων επενδύσεων 17.874 δρχ. (Πίνακας 1)

Πίνακας 1. Ημερήσιο κόστος περίθαλψης αρρώστων στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης και σε Ξενώνες και Προστατευμένα Διαμερίσματα της Ε.Ψ.Υ.Κ.Α., κατά τα έτη 1994 και 1995

	Στο	Ψυχιατρικό	Σε	Ξενώνες	και	
	Νοσοκομείο		Διαμερίσματα	Ε.Ψ.Υ.Κ.Α.		
	Έτος 1994	Έτος 1995	Έτος 1994	Έτος 1995		
Ημερήσιο	Κόστος	Δρχ. 15.354	Δρχ. 16.057	Δρχ. 14.591	Δρχ. 13.301	
Περίθαλψης ανά άρρωστο						
Γενικό	ημερήσιο	Κόστος	Δρχ. 15.778	Δρχ. 17.874	Δρχ. 14.964	Δρχ. 13.674
Περίθαλψης ανά άρρωστο*						

* Στον υπολογισμό του Γενικού Ημερησίου Κόστους Περίθαλψης συμμετέχουν και οι δαπάνες πάγιων επενδύσεων.

Αξιοσημείωτο επίσης είναι από έρευνες που έγιναν στις Η.Π.Α., πως το κόστος ποικίλει από 15 έως 35 χιλιάδες δολάρια το χρόνο και περιλαμβάνει στον υπολογισμό το χάσιμο χρόνου και της παραγωγικότητας, την αντικατάσταση του προσωπικού, καθώς και την ιατροφαρμακευτική περίθαλψη (Internet).

Σε σύγκριση με άλλες διαταραχές η δαπάνη στη δημόσια πληροφόρηση, την επαγγελματική εκπαίδευση και την έρευνα είναι ελάχιστη στην κατάθλιψη:

Διαταραχές	Δολάρια που σπαταλούνται κατά ασθενή
Μυϊκή δυστροφία	\$1000
Καρκίνος	\$203
Πολλαπλές σκλυρίσεις	\$161
Νοσήματα της Καρδιάς	\$130
Σχιζοφρένεια	\$14
Τερηδόνα	\$11
Κατάθλιψη	\$10

(Internet www.medline.gr)

Καταλήγοντας αξίζει να σημειώσουμε την προσπάθεια δημιουργίας ξενώνων και προστατευομένων διαμερισμάτων με σκοπό τη μείωση του οικονομικού κόστους. (Σιγάλας και Συν. 1998)

3.2 Κατάθλιψη και συνέπειες στην οικογένεια

Η οικογένεια του ψυχικά άρρωστου είναι βαθιά διαταραγμένη. Συνηθέστερα θα συναντήσουμε τον άρρωστο με τη μητέρα του ή μια μητρική σύζυγο. Είναι σημαντικό να

επισημάνουμε τις συμπεριφορές υπερπροστασίας από τη μητέρα ή τη μητρική σύζυγο που ενδυναμώνονται από αντικειμενικές δυσκολίες του πάσχοντα να υπάρξει, να ζήσει, να αισθανθεί σαν τους άλλους, να επικοινωνήσει και να ενεργήσει σύμφωνα με κώδικες, που έχει λίγο ή πολύ αποστηθεί. Το παραλήρημα είναι έκφραση αυτής της δυσκολίας και η αμυντική του αξία συνίσταται στο ότι προστατεύει από το αφόρητο και διαλυτικό άγχος και επιτρέπει στον πάσχοντα ένα κάποιο "δούναι και λαβείν" με τους άλλους. Οι ψυχικά άρρωστοι είναι γενικά εξαρτημένοι, υλικά και συναισθηματικά. Τα συμπτώματά τους συχνά ενεργοποιούνται όταν η ομοιοστασία αυτού του συστήματος εξάρτησης διαταραχτεί. Κάτι τέτοιο δεν είναι σπάνιο, καθώς η ισορροπία στηρίζεται στο διαρκή μεταβολισμό της αμφιθυμίας, της επιθετικότητας, της κατάθλιψης, των ενοχών και του άγχους. Η ένταση μπορεί να αυξάνεται υπόγεια για καιρό, πριν ξεσπάσει βίαια.

Άλλοτε ένα από τα μέλη της οικογένειας γίνεται απορριπτικό για τον άρρωστο, ή φεύγει από το σπίτι. Ο ίδιος ο άρρωστος ενδέχεται ξεχνώντας παλιότερες αποτυχίες, να δοκιμάσει ξανά την τύχη του στην αγορά της εργασίας ή τον έρωτα και να αποτύχει ξανά. Αρκετά συχνά, η οικογένεια τον εμποδίζει ενεργητικά να δοκιμάσει τις δυνάμεις του εκεί που απέτυχε. Τέτοιες καταστάσεις δημιουργούν τις προϋποθέσεις για τις ψυχικές διεργασίες που θα καταλήξουν στο παραλήρημα ή τη βίαιη συμπεριφορά. Η βία είναι έκφραση της ουσιαστικής αδυναμίας του πάσχοντος να ξεπεράσει με δικά του μέσα την ισορροπία που αναγκάζεται να δεχτεί. (Πλουμπίδης - οικογένειας σύμπτωμα και απόρριψη)

3.3 Κατάθλιψη και συνέπειες στην κοινωνία

Το καταθλιπτικό άτομο έχοντας αναπτύξει ένα συγκεκριμένο τρόπο συμπεριφοράς αλλοιώνει τις σχέσεις του με τον κοινωνικό του περίγυρο. Το περιεχόμενο της επικοινωνίας διαστρεβλώνεται καθώς:

- α. Ο καταθλιπτικός εκφράζει συνέχεια την απελπισία του, την χαμηλή αυτοεκτίμησή του, τις ενοχές, την αίσθηση του αδιεξόδου και τις πιθανές αυτοκτονικές του τάσεις. Αναφέρεται δηλαδή σχεδόν αποκλειστικά στον εαυτό του.
- β. Ζητάει συναισθηματική υποστήριξη απαιτητικά, επίμονα, ανυπόμονα, ασταμάτητα.
- γ. Δεν ενδιαφέρεται καθόλου για τον άλλο, παρά μόνον όταν αυτός ο άλλος του δώσει την εντύπωση ότι μπορεί να ικανοποιήσει κάποιες από τις ατελείωτες συναισθηματικές του ανάγκες.

Το τελικό αποτέλεσμα είναι ότι ο καταθλιπτικός δεν μπορεί να πάρει την συναισθηματική υποστήριξη που τόσο χρειάζεται. Εφ' όσον εξ ορισμού η υγιής ανθρώπινη επικοινωνία είναι μια συνεχής ανταλλαγή μηνυμάτων σε διανοητικό και συναισθηματικό επίπεδο, ο καταθλιπτικός μη μπορώντας ούτε να στείλει (λόγω ποσοτικής και ποιοτικής ελαχιστοποίησης) ούτε να λάβει (λόγω ενδοστρέφειας) τα απαραίτητα μηνύματα απογοητεύει και τον εαυτό του και τους άλλους που πιθανόν ενδιαφέρονται γι' αυτόν (Μανωλέσος, Κατάθλιψη, επικοινωνία, θεραπευτικές ομάδες, 1996 - Αδημοσίευτο)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

4.1 Ψυχιατρική και πρόληψη της κατάθλιψης

Δεν θα αστοχούσαμε, αν λέγαμε ότι δεν υπάρχει κοινός τόπος πάνω στο πρόβλημα της πρόληψης της κατάθλιψης. Στις μέρες μας υπάρχουν ακόμα αντικρουόμενες απόψεις.

Στα πλαίσια, όμως, της Κοινωνικής Ψυχιατρικής, του κλάδου δηλαδή της ψυχιατρικής, που μελετά την συμβολή των κοινωνικοπολιτιστικών παραγόντων στη γένεση και τις εκδηλώσεις των ψυχικών νόσων και χρησιμοποιεί κοινωνικούς παράγοντες και κοινωνικές δομές για τη θεραπεία των ψυχικών διαταραχών, γίνεται λόγος για πρόληψη.

Αυτή παρουσιάζεται σε τρία στάδια:

- **Πρωτογενής πρόληψη:** Συνίσταται στην ανίχνευση και μείωση η εξάλειψη όλων των παραγόντων που υποβοηθούν την εκδήλωση μιας ψυχικής ασθένειας σ' ένα πληθυσμό. Σ' αυτό το στάδιο η πρόληψη έχει σαν συνέπεια να μειωθεί ο αριθμός των νέων περιπτώσεων των ψυχικά ασθενών
- **Δευτερογενής πρόληψη:** Συνίσταται στη μείωση της επικράτησης των ψυχικών διαταραχών που ήδη έχουν εκδηλωθεί. Επιτυγχάνεται με την πρόωπη αναγνώριση, παραπομπή στο γιατρό, έγκαιρη διάγνωση και σωστή θεραπευτική αντιμετώπιση.
- **Τριτογενής πρόληψη:** Συνίσταται στην πρόληψη τόσο των υποτροπών όσο και των συμπτωμάτων της ψυχικής διαταραχής και ακόμη στην ανάλογη προσπάθεια για κοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση του ασθενούς. (Γιαννοπούλου, 1996)

4.2 Νοσηλευτής και πρόληψη της κατάθλιψης

Η πρόληψη της ασθένειας και η βελτίωση της υγείας είναι στόχοι πάντοτε παρόντες σε όλες τις εκδηλώσεις, δραστηριότητες και ερευνητικές μελέτες της Νοσηλευτικής.

Η πρόληψη της ψυχικής ή ψυχοσωματικής ασθένειας περιλαμβάνει κατ' αρχήν την παρεμπόδιση της εμφάνισης και ανάπτυξης της ασθένειας. Εξαρτάται: 1) από την κατανόηση και τον έλεγχο των παραγόντων που συντελούν στη δημιουργία της ασθένειας και 2) από τη διαθεσιμότητα των μεθόδων για την εξάλειψη νοσογόνων παραγόντων του περιβάλλοντος και παρεμπόδιση της προσβολής του ανθρωπίνου βιοψυχοκοινωνικού οργανισμού.

Όταν παρουσιασθεί η ψυχική νόσος, τότε δίνεται έμφαση στην πρόληψη των επιπλοκών και την έγκαιρη ανεύρεση και ριζική θεραπεία ή την επιβράδυνση της εξέλιξης της ασθένειας. (Ραγιά, 1987)

Από τα παραπάνω, γίνεται σαφές ότι ο Νοσηλευτής κινούμενος σε οποιαδήποτε βαθμίδα της φροντίδας υγείας (κέντρα υγείας, αγροτικά ιατρεία, νοσοκομεία) κατέχει την θέση-κλειδί για να κάνει τα παραπάνω να συμβούν. Οι πολλές ώρες επαφής με το άτομο εκτελώντας σ' αυτό από την απλούστερη έως την σημαντικότερη για την πορεία της υγείας του νοσηλεία, του επιτρέπουν να παρατηρήσει και να αντιληφθεί.

Η "δευτερογενής πρόληψη" συνιστάται σε έγκαιρη διαπίστωση του προβλήματος και αποτελεσματική νοσηλευτική παρέμβαση, ώστε να προληφθεί η περαιτέρω εξέλιξη της ψυχικής ασθένειας. Στα πλαίσια αυτά ο νοσηλευτής λειτουργεί ως δίοδος, (είτε δουλεύοντας σε κέντρο υγείας, είτε σε γενικό νοσοκομείο) από την οποία ο ασθενής θα παραπεμφθεί σε άλλες αρμόδιες υπηρεσίες, ανάλογα με τις ανάγκες του. Στο σημείο αυτό έγκειται και η

προσφορά της δευτερογενούς πρόληψης, δηλαδή: α) η χωρίς καθυστέρηση παραπομπή και β) η χορήγηση πολύτιμων πληροφοριών (Paykel and Griffith, 1983).

Έτσι, μπορεί να εντοπίσει απ' τη μια τις αλλαγές στο συναίσθημα, τη συμπεριφορά και τη λειτουργικότητα του ατόμου και αφετέρου, σε συνεργασία με άλλους ειδικούς φορείς, να εξαλείψει στους στρεσογόνους παράγοντες του περιβάλλοντος που μπορεί να οδηγήσουν σε κατάθλιψη.

Το έργο του νοσηλευτή στους χρόνιους ασθενείς περιγράφει ακριβέστατα ο όρος "τριτογενής πρόληψη". Η τριτογενής πρόληψη αναφέρεται σε άτομα με ήδη εξακριβωμένη ψυχική κατάσταση και περιλαμβάνει το πρόγραμμα αποκατάστασής τους και επανένταξής τους στην κοινότητα. (Carlan, 1969)

Ειδικότερα, η αποκατάσταση στοχεύει στην κάλυψη των κυριότερων αναγκών του ασθενούς, γιατί αυτός:

- ζητάει αληθινές πληροφορίες
- βασανίζεται από τη σκέψη του μέλλοντος
- πρέπει να μάθει να καταπολεμά ανώμαλες εμπειρίες
- χρειάζεται φάρμακα και ιατρική παρακολούθηση
- χρειάζεται οικονομική κάλυψη
- πρέπει να μάθει να συνδιαλέγεται με τους εργοδότες
- αντιμετωπίζει διαπροσωπικά προβλήματα που ζητούν τη λύση τους
- αντιμετωπίζει κοινωνικά προβλήματα (Drake, 1981)

Κατά την προσέγγιση, ο νοσηλευτής δεν πρέπει να ξεχνά ότι δεν υπάρχει άνθρωπος που να μην είχε ψυχολογικές κρίσεις στη ζωή του. Τι είναι όμως ψυχολογική κρίση; Η ίδια η λέξη "κρίση" εκπέμπει μηνύματα απειλής ή κατεπείγουσας ανάγκης για δράση. Σε μια κατάσταση κρίσης πρέπει να αποφασίσουμε για κάτι: είναι η κρίσιμη καμπή, η αποφασιστική στιγμή. Ακόμα, χρησιμοποιούμε τη λέξη "κρίση" όταν αντιμετωπίζουμε μια επείγουσα, αγχωτική κατάσταση που μας καταβάλλει.

Το ευτύχημα είναι πως τις περισσότερες φορές οι δυσκολίες που αντιμετωπίζουμε δεν είναι και τόσο σοβαρές. Άλλοτε χάνουμε το τρένο κι άλλοτε προσπαθούμε να κάνουμε δεκάδες πράγματα μαζί, παρότι έχουμε χρόνο μόνο για ένα. Άλλοτε, όμως, ερχόμαστε κατά πρόσωπο με την τραγωδία μιας μεγάλης απώλειας, μιας αρρώστιας, μιας απόλυσης ή μιας οποιασδήποτε συμφοράς απ' αυτές που συμβαίνουν στη ζωή.

Η εμφάνιση μιας τέτοιας κρίσης κλονίζει την πεποίθηση που έχουμε ότι ζούμε σ' ένα ασφαλή κόσμο, προκαλεί υψηλή συναισθηματική φόρτιση και απειλεί τη λειτουργικότητα του "εσωτερικού χάρτη ζωής". (Parry, 1993)

Όταν ο άνθρωπος αρρωσταίνει, δεν δοκιμάζει μόνο τα ενοχλητικά και οδυνηρά συμπτώματα της ασθένειάς του. Δοκιμάζει και ένα πλήθος προβλημάτων και αντιδράσεων (Ραγιά, 1987). Οι πιο συχνές ψυχολογικές διεργασίες στον ασθενή ενήλικα κατά τον W.T. SCHRAML(1982) είναι:

1. **η παλινδρόμηση:** το άτομο δηλαδή υιοθετεί τρόπους συμπεριφοράς που ταιριάζουν σε ηλικία μικρότερη από την δική του. Το ότι πρέπει να μείνει στο κρεβάτι όλη μέρα ή η ανάγκη να κάνει "ειδική δίαιτα" (άνοστα ή

πολτοποιημένα), επαναφέρουν εικόνες της ζωής από τα παιδικά χρόνια κι έτσι "μεταβάλλεται" σε παιδί.

2. ο εγωκεντρισμός

3. το φαινόμενο της λεγόμενης "μαγικής σκέψης", που έρχεται σε αντίθεση με τη λογική σκέψη (παράλογες ερμηνείες της ασθένειας, πρακτικές θεραπείες).

4. φόβος και άγχος. Δεν υπάρχει άνθρωπος που να μη νοιώθει φόβο. Το άγνωστο, ο πόνος, η έλλειψη δυνάμεων κ.λ.π. προκαλούν φυσιολογικό φόβο. Το άγχος είναι ένα δυσάρεστο διάχυτο συναίσθημα που αυξάνεται επειδή ο ασθενής δεν έχει διεξόδους - όπως ο υγιής που δουλεύει, έχει ελευθερία κινήσεων, πλούσια ζωή σε ερεθίσματα - και οι σκέψεις του περιστρέφονται πάνω στις πιθανές επιπλοκές της ασθένειας, το θάνατο κ.λ.π. (Καλαντζή - Αζίζι, 1992)

Είναι κατανοητό λοιπόν, ότι το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να αντι-δράσει.

Ο Νοσηλευτής ως μονάδα:

- διαθέτει χρόνο για να ακούσει τι εκφράζει ο ασθενής και προσφέρεται για νοσηλευτικό διάλογο
- νοσηλεύει τον άρρωστο σαν σημαντικό πρόσωπο και σέβεται την αγωνία, τις ιδέες και τα συναισθήματα του
- βοηθεί τον ασθενή να καταλάβει την ωφέλεια της νοσηλείας και θεραπείας του στο νοσοκομείο

- μεταδίδει στον ασθενή χρήσιμες γνώσεις, που θα τον βοηθήσουν να αντιμετωπίσει τις ειδικές εξετάσεις, θεραπείες ή εγχείρηση
- διευκολύνει τις επισκέψεις συγγενών και φίλων στον άρρωστο, εξασφαλίζει ενδιαφέροντα βιβλία ή άλλα μέσα απασχολήσεως και πάντοτε συμπεριφέρεται προς αυτόν με προσωπικό ενδιαφέρον.(Ραγιά, 1987)¹



ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΥΛΙΚΟ

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της ικανότητας του νοσηλευτικού προσωπικού να εντοπίσει πιθανή κατάθλιψη, βάσει των γνώσεων, της ευαισθησίας και της παρατηρητικότητας του.

Για το σκοπό αυτό διεξήχθη έρευνα στο νοσηλευτικό προσωπικό (Νοσηλευτές και βοηθοί νοσηλευτών) κέντρων υγείας και νοσηλευτικών ιδρυμάτων όλης της χώρας.

Στην έρευνα έλαβε μέρος δείγμα 167 νοσηλευτών/τριών μέσου όρου ηλικίας 32.45 ετών. Η επιλογή του δείγματος έγινε ανεξάρτητα από καταγωγή, οικογενειακή και κοινωνικοοικονομική κατάσταση.

Ως όργανο μέτρησης χρησιμοποιήθηκε γραπτό ερωτηματολόγιο, αποτελούμενο από 26 ερωτήσεις, 3 από τις οποίες είναι ανοικτού τύπου και 23 κλειστού τύπου. Από τις ερωτήσεις κλειστού τύπου οι 8 είναι διχοτομικές (ΝΑΙ-ΟΧΙ) και οι 15 εναλλακτικών απαντήσεων. Η μέθοδος απάντησης των ερωτηματολογίων ήταν η συνέντευξη και ο μέσος χρόνος που απαιτήθηκε για κάθε ερωτηματολόγιο ήταν 20 λεπτά περίπου.

Η ερευνητική μας προσπάθεια (μαζί με την πιλοτική) διήρκησε 1,5 χρόνο περίπου.

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Στους πίνακες που ακολουθούν οι μεν μετρήσιμες μεταβλητές παρουσιάζονται με τη μέση τιμή (mean value) των μετρήσεων τους, την τυπική απόκλιση (standard deviation), την ελάχιστη (min value) και τη μέγιστη (max value) τιμή, οι δε μη μετρήσιμες μεταβλητές

(βαθμωτές, διχοτομικές ή κατηγορικές) παρουσιάζονται με τη συχνότητα (απόλυτος αριθμός) εμφάνισης της απάντησης καθώς και με τη σχετική συχνότητα (ποσοστιαία αναλογία) εμφάνισης της κάθε τιμής της μεταβλητής.

Ο έλεγχος της κανονικότητας ή μη των κατανομών των παρατηρήσεων, τόσο στο σύνολο του δείγματος όσο και στις διάφορες υποομάδες, έγινε με τη μέθοδο των Kolmogorov - Smirnov.

Οι στατιστικοί έλεγχοι που χρησιμοποιήθηκαν για τον έλεγχο των διαφορών που παρατηρήθηκαν μεταξύ των εξεταζομένων ομάδων ήταν χ^2 -test (Chi-square test με ή χωρίς το διορθωτικό παράγοντα κατά Yates) για τις μη παραμετρικές μεταβλητές και το unpaired student's t-test για τις παραμετρικές μεταβλητές.

Για τον έλεγχο των συσχετίσεων μεταξύ των διαφόρων παραμέτρων χρησιμοποιήθηκαν ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman (R) (Spearman Rank Order correlation coefficient) για τις μη παραμετρικές μεταβλητές και ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson (r) (Pearson's product moment correlation coefficient) για τις μετρήσιμες - παραμετρικές μεταβλητές. Οι τιμές που μπορούν να λάβουν οι συντελεστές συσχέτισης τόσο του Spearman όσο και του Pearson ανήκουν στο διάστημα [-1, +1]. Η τιμή +1 αντιστοιχεί σε τέλεια συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών, ενώ η τιμή -1 αντιστοιχεί σε πλήρη έλλειψη συσχέτισης μεταξύ των δύο υπό εξέταση μεταβλητών. Θετικές τιμές του συντελεστή συσχέτισης δηλώνουν πως οι δύο μεταβλητές αυξάνονται ή μειώνονται με τον ίδιο τρόπο (ταυτόχρονα), ενώ αρνητικές τιμές του συντελεστή συσχέτισης δηλώνουν πως όταν η μία μεταβλητή αυξάνει η άλλη ελαττώνεται.

Τέλος η σχετική αξία και επίδραση των διαφόρων παραμέτρων (ανεξάρτητες μεταβλητές $x_1, x_2, x_3, \dots, x_i$) στο τελικό αποτέλεσμα, που είναι τόσο η **εκτίμηση της γνώσης για την κατάθλιψη** όσο και η **ευαισθησία και η παρατηρητικότητα** (εξαρτημένες μεταβλητές Y), μελετήθηκαν με τη βοήθεια πολυπαραγοντικής μεθόδου ανάλυσης των δεδομένων, της κατά βήματα ανάλυσης πολλαπλής παλινδρόμησης (Multivariate method of analysis: Stepwise Multiple Regression Analysis). Κατά τη μέθοδο αυτή εξετάζεται η καταλληλότητα 'εισόδου' της κάθε ανεξάρτητης μεταβλητής στη εξίσωση της παλινδρόμησης. Σε κάθε βήμα της ανάλυσης, εκτελούνται χωριστές παλινδρομήσεις προσθέτοντας κάθε φορά την παράμετρο εκείνη που επιδρά στατιστικά σημαντικά στη 'ερμηνεία' των αποτελεσμάτων 'εκτίμηση της γνώσης για την κατάθλιψη' και 'ευαισθησία και παρατηρητικότητα'. Τελικά οι εξισώσεις που προκύπτουν είναι εκείνες που εξηγούν τις εξαρτημένες μεταβλητές με το καλύτερο τρόπο. Η εξίσωση παλινδρόμησης έχει γενικά τη μορφή:

$$Y = b_0 + b_1 * x_1 + b_2 * x_2 + \dots + b_i * x_i$$

όπου Y είναι η εξαρτημένη μεταβλητή, $x_1, x_2, x_3, \dots, x_i$ οι ανεξάρτητες μεταβλητές και $b_0, b_1, b_2, \dots, b_i$ οι συντελεστές που προσδιορίζονται από την μέθοδο. Οι συντελεστές αυτοί δηλώνουν τον τρόπο (θετικά ή αρνητικά, ισχυρά ή μη) με τον οποίο η αντίστοιχη μεταβλητή επιδρά στο τελικό αποτέλεσμα.

Ο συντελεστής παλινδρόμησης R^2 αποτελεί μέτρο της καταλληλότητας της προσαρμογής της εξίσωσης παλινδρόμησης στην πραγματική κατάσταση. Με τη χρήση της εξίσωσης αυτής είναι δυνατό να προβλέψουμε την τιμή που θα πάρει η εξαρτημένη

μεταβλητή Y, βασιζόμενοι σε συγκεκριμένες τιμές των ανεξάρτητων μεταβλητών x1, x2, x3,xi.

Συνολικά 34 ερωτήσεις (μαζί με τις επιμέρους ερωτήσεις) χρησιμοποιήθηκαν για να ελέγξουν το επίπεδο γνώσεων των ερωτηθέντων όσο αφορά την κατάθλιψη. Οι ερωτήσεις αυτές ήταν :

15) Μπορούν οι παρακάτω αιτίες να προκαλέσουν κατάθλιψη ;

- | | | |
|----------------------------|-------|-------|
| α) Γενετικοί παράγοντες | NAI ☼ | OXI ☼ |
| β) Νευροχημικοί παράγοντες | NAI ☼ | OXI ☼ |
| γ) Βιολογικές ανωμαλίες | NAI ☼ | OXI ☼ |
| δ) Ψυχολογικοί λόγοι | NAI ☼ | OXI ☼ |

16) Μπορούν τα παρακάτω φάρμακα να προκαλέσουν κατάθλιψη ;

- | | | |
|-------------------|-------|-------|
| α) Πασίλινα | NAI ☼ | OXI ☼ |
| β) Ψυχοτρόπα | NAI ☼ | OXI ☼ |
| γ) Αντισυλληπτικά | NAI ☼ | OXI ☼ |
| δ) Αντιυπερτασικά | NAI ☼ | OXI ☼ |
| ε) Αντιβιοτικά | NAI ☼ | OXI ☼ |

17) Πόσο συχνό φαινόμενο είναι η κατάθλιψη ;

α) Καθόλου

β) Λιγότερο

γ) Πολύ

18) Ποιόν θα θεωρούσατε πιθανό καταθλιπτικό ;

α) Παδιά σχολικής ηλικίας ΝΑΙ ΟΧΙ

β) Ηλικιωμένους ΝΑΙ ΟΧΙ

γ) Μέλος μειονότητας ΝΑΙ ΟΧΙ

δ) Άτομο με οικογενειακό ιστορικό ΝΑΙ ΟΧΙ

ε) Γυναίκες μετά τον τοκετό ΝΑΙ ΟΧΙ

στ) Άτομο με χρόνια σωματική ασθένεια ΝΑΙ ΟΧΙ

19) Ποιές από τις παρακάτω ασθένειες θα οδηγούσαν πιθανόν σε κατάθλιψη ;

α) Ουρολοίμωξη ΝΑΙ ΟΧΙ

β) Καρκίνος ΝΑΙ ΟΧΙ

γ) Θυρεοειδοπάθεια ΝΑΙ ΟΧΙ

δ) Γαστρορραγία ΝΑΙ ΟΧΙ

ε) Αναιμία ΝΑΙ ΟΧΙ

20) Τα παρακάτω συμπτώματα μπορούν να χαρακτηρίσουν ένα καταθλιπτικό ;

- | | | |
|---|-------|-------|
| α) Αποφασιστικότητα | ΝΑΙ ☼ | ΟΧΙ ☼ |
| β) Ψυχοκινητικά φαινόμενα
(νωθρότητα, εγρήγορση) | ΝΑΙ ☼ | ΟΧΙ ☼ |
| γ) Απώλεια ενδιαφέροντος | ΝΑΙ ☼ | ΟΧΙ ☼ |
| δ) Ψυχική ευφορία | ΝΑΙ ☼ | ΟΧΙ ☼ |
| ε) Ανικανότητα συγκέντρωσης | ΝΑΙ ☼ | ΟΧΙ ☼ |
| στ) Χαμηλή αυτοεκτίμηση | ΝΑΙ ☼ | ΟΧΙ ☼ |
| ζ) Σωματικά ενοχλήματα χωρίς αιτία | ΝΑΙ ☼ | ΟΧΙ ☼ |

24) Ποιά είναι η πρόγνωση μετά από ένα καταθλιπτικό επεισόδιο ;

- | | |
|----------------|---|
| α) Ιάσιμος | ☼ |
| β) Ανίατη | ☼ |
| γ) Δεν γνωρίζω | ☼ |

25) Η εξέλιξη ενός “παραμελημένου” καταθλιπτικού είναι :

- | | | |
|------------------------------|-------|-------|
| α) Μεγέθυνση των συμπτωμάτων | ΝΑΙ ☼ | ΟΧΙ ☼ |
| β) Αυτοκτονία | ΝΑΙ ☼ | ΟΧΙ ☼ |
| γ) Ψυχική οδύνη | ΝΑΙ ☼ | ΟΧΙ ☼ |

Η κλίμακα αξιολόγησης της γνώσης δημιουργήθηκε από τον αριθμό σωστών απαντήσεων για κάθε ερωτηθέντα και περιελάμβανε έναν αριθμό από το 0 έως το 34. Το 0

υποδηλώνει παντελή έλλειψη γνώσης από μέρους του νοσηλευτικού προσωπικού όσον αφορά την κατάθλιψη ενώ το 34 αντίθετα την τέλεια γνώση.

Η ευαισθησία και παρατηρητικότητα των συμμετεχόντων στην παρούσα μελέτη αντίστοιχα, ελέγχθηκε από τις απαντήσεις σε πέντε ερωτήσεις. Οι ερωτήσεις αυτές ήταν :

9) Πιστεύετε ότι το νοσηλευτικό προσωπικό ενδιαφέρεται για την ψυχολογική κατάσταση του ασθενή ;

α) ΝΑΙ

β) ΟΧΙ

γ) Δεν γνωρίζω

11) Παρατηρείτε τον ασθενή :

α) για αντιδράσεις σε πρωτοχορηγούμενα φάρμακα

(παρενέργειες, αλλεργία)

β) για αλλαγή στο βάρος

γ) για μεταστροφές της διάθεσης και συμπεριφοράς

δ) δεν τον παρατηρώ

12) Έχετε νοσηλεύσει ποτέ καταθλιπτικό ασθενή ;

α) ΝΑΙ

β) ΟΧΙ

γ) Δεν γνωρίζω

13) Αν ναι, τι παρατηρήσατε σε αυτόν :

- α) Παντελής αδιαφορία για ότι συμβαίνει γύρω του
- β) Οψη-συμπτώματα-τρόπος ομιλίας
- γ) Εμμονή σε κατάσταση μελαγχολίας-απελπισία
- δ) Δεν παρατήρησα τίποτα το ιδιαίτερο

14) Τί είναι κατά την γνώμη σας κατάθλιψη ;

.....

.....

21) Εάν είχατε την υποψία ότι νοσηλεύετε ένα καταθλιπτικό με ποιόν τρόπο θα τον πλησιάζατε ;

- α) Με συζήτηση
- β) Οπως όλους τους άλλους
- γ) Με ενδιαφέρον - στοργή
- δ) Δεν γνωρίζω
- ε) Δεν θα τον πλησιάζα

Παρόμοια η κλίμακα που δημιουργήθηκε για την ευαισθησία και την παρατηρητικότητα αφορούσε τον αριθμό σωστών απαντήσεων για κάθε ερωτηθέντα και

περιελάμβανε έναν αριθμό από το 0 έως το 5. Το 0 υποδηλώνει παντελή έλλειψη ευαισθησίας και παρατηρητικότητας από μέρους του νοσηλευτικού προσωπικού όσον αφορά την κατάθλιψη ενώ το 5 αντίθετα την ύπαρξη πολύ μεγάλης ευαισθησίας και παρατηρητικότητας.

Κατά τη στατιστική ανάλυση και επεξεργασία των δεδομένων οι διαφορές και συσχετίσεις που προκύπτουν θεωρούνται στατιστικά σημαντικές αν και μόνο αν αντιστοιχούν σε πιθανότητα $p < 0.05$ (όπως αυτή προκύπτει από τον αντίστοιχο κάθε φορά στατιστικό έλεγχο).

ΥΠΟΘΕΣΗ

Εάν τα αποτελέσματα της έρευνας δείξουν ότι το ελληνικό νοσηλευτικό προσωπικό έχει επαρκείς γνώσεις και αυξημένη ευαισθησία και παρατηρητικότητα, ώστε στην καθημερινή του συναναστροφή να μπορεί να εντοπίζει συμπτώματα κατάθλιψης, η θέση αυτού θα ισχυροποιηθεί και θα προβάλλει ως σύμμαχος στην προσπάθεια για την πρόληψη της ψυχικής αυτής διαταραχής.

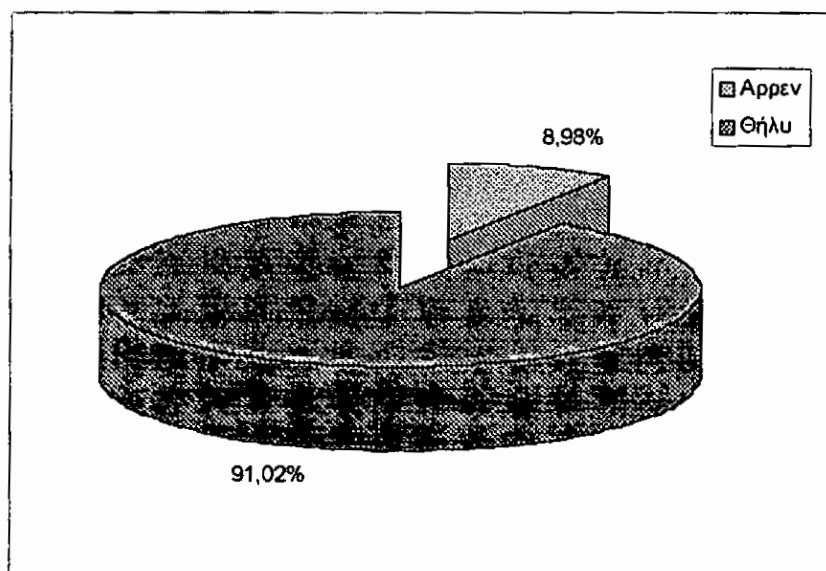
Διαφορετικά, θα πρέπει να δοθεί μεγαλύτερη βαρύτητα στη βασική εκπαίδευση των νοσηλευτών και βοηθών νοσηλευτών, καθώς και στη συνεχιζόμενη εκπαίδευσή τους. Επιπρόσθετα, θα πρέπει να καταπολεμηθούν οι αιτίες που απομακρύνουν το νοσηλευτή από τον άνθρωπο - ασθενή. Τέλος, θα ισχυροποιηθούν οι απόψεις για τη σημασία ύπαρξης νοσηλευτή ψυχικής υγείας στις κλινικές των γενικών νοσοκομείων.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Παρακάτω παρατίθενται τα αποτελέσματα της έρευνας. Ξεκινώντας από τα

δημογραφικά στοιχεία:

Φύλο	N=167	Percent
Άρρεν	15	8,98
Θήλυ	152	91,02



Ηλικία	N=167
Mean	32,45
Std. Dev.	6,39
Minimum	19
Maximum	48

Εκπαίδευση	N=167	Percent
α. Δ.Ε.	78	46,71
β. Τ.Ε.	88	52,69
γ. Π.Ε.	1	0,60

Χρόνια υπηρεσίας	N=167	Percent
α. 0 - 5	51	30,54
β. 6 - 10	49	29,34
γ. 11 - 15	41	24,55
δ. 16 - 20	17	10,18
ε. > 20	9	5,39

Κλινική εργασία	N=167	Percent
Δ.Α.-Χ.Τ.	7	4,19
Χειρουργική	76	45,51
Μαιευτική - Γυναικολογία	13	7,78
Παθολογική	12	7,19
Ουρολογική - Τ.Ν.	14	8,38
Κ. Υγείας	7	4,19
Ορθοπαιδική - Άλλες	38	22,75

Χώρος εργασίας σε περιοχή :	N=167	Percent
Αστική	150	89,82
Ημιαστική	11	6,59
Αγροτική	6	3,59

Οικογενειακή κατάσταση	N=167	Percent
Εγγαμος	67	40,12
Αγαμος	89	53,29
Διαζευγμένος	8	4,79
Χήρος	3	1,80

Γνώσεις ψυχιατρικής αποκτήσατε	N=167	Percent
Σχολή	91	54,49
Σεμινάρια	1	0,60
Εργασία-εμπειρία	21	12,57
Σχολή & Σεμινάρια	24	14,37
Σχολή & Εργασία-εμπειρία	30	17,96

Αξίζει να σημειωθεί ότι το μέρος όπου αποκτήθηκαν οι γνώσεις για την κατάθλιψη (9 στις 10 περιπτώσεις - 86,82%) ήταν η σχολή φοίτησης και η εμπειρία (1 στις 3 περιπτώσεις - 30,53%). Βέβαια υπάρχουν περιπτώσεις όπου γνώση από την σχολή και εμπειρία συνυπάρχουν.

Γνώση για την κατάθλιψη	N=167
Mean	23,31
Std. Dev.	4,76
Minimum	12
Maximum	32

Αξιοσημείωτο είναι, ότι κανένας από τους ερωτηθέντες δεν απάντησε σωστά σε λιγότερες από 12 ερωτήσεις, αλλά εξίσου σημαντικό ότι κανένας δεν απάντησε σωστά σε όλες τις ερωτήσεις. Έτσι, ο μέσος όρος των απαντήσεων κυμαίνεται αρκετά χαμηλά (λίγο υψηλότερος της μεσαίας (median) τιμής).

Μπορούν γενετικοί παράγοντες να προκαλέσουν κατάθλιψη ;	N=167	Percent
Ναι	107	64,07
Όχι	60	35,93

Μπορούν νευροχημικοί παράγοντες να προκαλέσουν κατάθλιψη ;	N=167	Percent
Ναι	68	40,72
Όχι	99	59,28

Μπορούν βιολογικές ανωμαλίες να προκαλέσουν κατάθλιψη ;	N=167	Percent
Ναι	80	47,90
Όχι	87	52,10

Μπορούν ψυχολογικοί λόγοι να προκαλέσουν κατάθλιψη ;	N=167	Percent
Ναι	160	95,81
Όχι	7	4,19

Μπορούν τα παυσίπονα να προκαλέσουν κατάθλιψη ;	N=167	Percent
Ναι	4	2,40
Όχι	163	97,60

Μπορούν τα ψυχοτρόπα να προκαλέσουν κατάθλιψη ;	N=167	Percent
Ναι	142	85,03
Όχι	25	14,97

Μπορούν τα αντισυλληπτικά να προκαλέσουν κατάθλιψη ;	N=167	Percent
Ναι	101	60,48
Όχι	66	39,52

Μπορούν τα αντιυπερτασικά να προκαλέσουν κατάθλιψη ;	N=167	Percent
Ναι	24	14,37
Όχι	143	85,63

Μπορούν τα αντιβιοτικά να προκαλέσουν κατάθλιψη ;	N=167	Percent
Ναι	13	7,78
Όχι	154	92,22

Πόσο συχνό φαινόμενο είναι η κατάθλιψη ;	N=167	Percent
Καθόλου συχνό	1	0,60
Λιγότερο συχνό	58	34,73
Πολύ συχνό	108	64,67

Παιδιά σχολικής ηλικίας είναι πιθανοί καταθλιπτικοί ;	N=167	Percent
Ναι	20	11,98
Όχι	147	88,02

Οι ηλικιωμένοι είναι πιθανοί καταθλιπτικοί ;	N=167	Percent
Ναι	121	72,46
Όχι	46	27,54

Τα μέλη μειονότητας είναι πιθανοί καταθλιπτικοί ;	N=167	Percent
Ναι	48	28,74
Όχι	119	71,26

Ατομα με οικογενειακό ιστορικό είναι πιθανοί καταθλιπτικοί ;	N=167	Percent
Ναι	125	74,85
Όχι	42	25,15

Γυναίκες μετά τον τοκετό είναι πιθανοί καταθλιπτικοί ;	N=167	Percent
Ναι	118	70,66
Όχι	49	29,34

Ατομα με χρόνια σωματική ασθένεια είναι πιθανοί καταθλιπτικοί ;	N=167	Percent
Ναι	133	79,64
Όχι	34	20,36

Η ουρολοίμωξη θα οδηγούσε πιθανόν σε κατάθλιψη ;	N=167	Percent
Ναι	1	0,60
Όχι	166	99,40

Ο καρκίνος θα οδηγούσε πιθανόν σε κατάθλιψη ;	N=167	Percent
Ναι	162	97,01
Όχι	5	2,99

Η θερεοειδοπάθεια θα οδηγούσε πιθανόν σε κατάθλιψη ;	N=167	Percent
Ναι	96	57,49
Όχι	71	42,51

Η γαστρορραγία θα οδηγούσε πιθανόν σε κατάθλιψη ;	N=167	Percent
Ναι	11	6,59
Όχι	156	93,41

Η αναιμία θα οδηγούσε πιθανόν σε κατάθλιψη ;	N=167	Percent
Ναι	54	32,34
Όχι	113	67,66

Αναλύοντας τις επιμέρους απαντήσεις που δόθηκαν σε σχέση με την γνώση των ερωτηθέντων για την κατάθλιψη αξίζει να σημειώσουμε ότι πάνω από τους μισούς (6 στους 10 - 59,28%) ερωτηθέντες θεωρούν εσφαλμένα ότι οι νευροχημικοί παράγοντες δεν μπορούν να προκαλέσουν κατάθλιψη. Ομοίως σχεδόν οι μισοί (52,10%) από τους ερωτηθέντες θεωρούν εσφαλμένα ότι οι βιολογικές ανωμαλίες δεν μπορούν να προκαλέσουν κατάθλιψη.

Στις αντίστοιχες ερωτήσεις που αφορούσαν την γνώση των φαρμάκων εκείνων που προκαλούν κατάθλιψη, ποσοστό ιδιαίτερα υψηλό (85,63%) των ερωτηθέντων θεωρούν εσφαλμένα ότι η λήψη αντιυπερτασικών φαρμάκων δεν μπορεί να προκαλέσει κατάθλιψη και μόλις 1 στους 10 (7,78%) γνωρίζει ότι η λήψη κάποιων αντιβιοτικών μπορεί να προκαλέσει κατάθλιψη.

Ομοίως μόνο 3 στους 10 (28,74%) από τους ερωτηθέντες γνωρίζουν ότι τα μέλη μειονότητας θεωρούνται πιθανοί καταθλιπτικοί.

Τέλος, πάνω από τους μισούς ερωτηθέντες θεωρούν εσφαλμένα ότι η θυρεοεδοπάθεια δεν μπορεί να προκαλέσει κατάθλιψη και 7 στους 10 θεωρούν εσφαλμένα ότι η αναιμία δεν μπορεί να προκαλέσει κατάθλιψη.

Η αποφασιστικότητα χαρακτηρίζει έναν καταθλιπτικό ;	N=167	Percent
Ναι	6	3,59
Όχι	161	96,41

Τα ψυχοκινητικά φαινόμενα χαρακτηρίζουν έναν καταθλιπτικό ;	N=167	Percent
Ναι	110	65,87
Όχι	57	34,13

Η απώλεια ενδιαφέροντος χαρακτηρίζει έναν καταθλιπτικό ;	N=167	Percent
Ναι	145	86,83
Όχι	22	13,17

Η ψυχική ευφορία χαρακτηρίζει έναν καταθλιπτικό ;	N=167	Percent
Ναι	15	8,98
Όχι	152	91,02

Η ανικανότητα συγκέντρωσης χαρακτηρίζει έναν καταθλιπτικό ;	N=167	Percent
Ναι	120	71,86
Όχι	47	28,14

Η χαμηλή αυτοεκτίμηση χαρακτηρίζει έναν καταθλιπτικό ;	N=167	Percent
Ναι	128	76,65
Όχι	39	23,35

Τα σωματικά ενοχλήματα χωρίς αιτία χαρακτηρίζουν έναν καταθλιπτικό ;	N=167	Percent
Ναι	110	65,87
Όχι	57	34,13

Με ποιόν τρόπο θα πλησιάζατε ένα καταθλιπτικό ασθενή ;	N=167	Percent
Με συζήτηση	115	68,86
Όπως όλους τους άλλους	19	11,38
Με ενδιαφέρον - στοργή	85	50,90
Δεν γνωρίζω	3	1,80
Δεν θα τον πλησιάζα	3	1,80

Στην παραπάνω περίπτωση σε ποιόν θα απευθυνόσασταν ;	N=167	Percent
Ψυχίατρο της διασυνδετικής - συμβουλευτικής ψυχιατρικής	127	76,05
Κοινωνική υπηρεσία	67	40,12
Ιερέα νοσοκομείου	4	2,40
Κανένα	5	2,99
Στον ιατρό της κλινικής - Άλλο	8	4,79

Ποιές είναι οι σχέσεις σας με τον ψυχίατρο της διασυνδεδετικής - συμβουλευτικής ψυχιατρικής ;	N=167	Percent
Δεν γνωρίζω την ύπαρξή του	53	31,74
Επικοινωνεί μόνο με τους γιατρούς	62	37,13
Μπορώ να του αναφέρω τις παρατηρήσεις μου	52	31,14

Το νοσηλευτικό προσωπικό εμφανίζεται σε υψηλό ποσοστό (1 στους 3 ερωτηθέντες) να μην γνωρίζει την ύπαρξη του ψυχιάτρου της διασυνδεδετικής - συμβουλευτικής ψυχιατρικής.

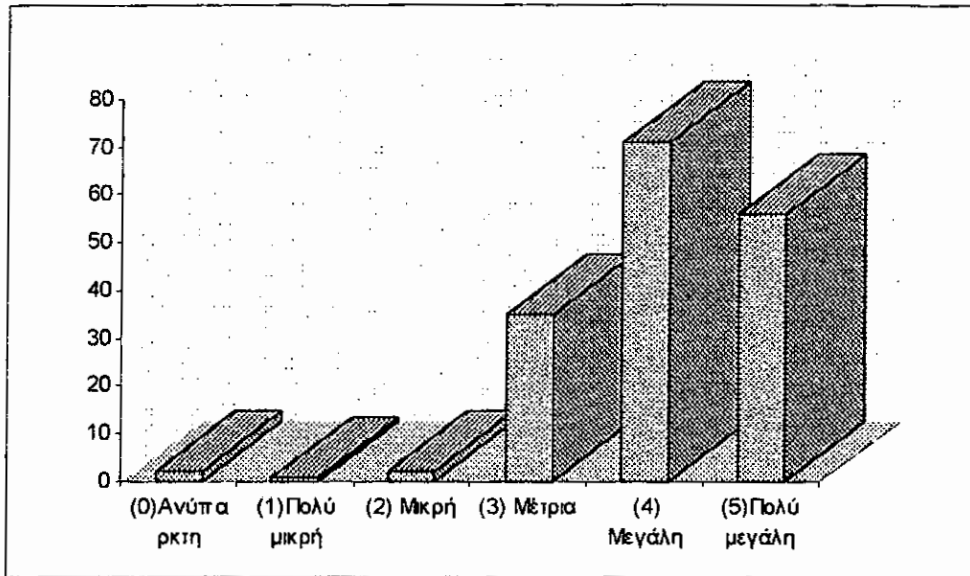
Ποιά είναι η πρόγνωση μετά από ένα καταθλιπτικό επεισόδιο ;	N=167	Percent
Ιάσιμος	89	53,29
Ανίατη	22	13,17
Δεν γνωρίζω	56	33,53

Η εξέλιξη ενός 'παραμελημένου' καταθλιπτικού είναι η μεγέθυνση των συμπτωμάτων ;	N=167	Percent
Ναι	119	71,26
Όχι	48	28,74

Η εξέλιξη ενός 'παραμελημένου' καταθλιπτικού είναι η αυτοκτονία ;	N=167	Percent
Ναι	125	74,85
Όχι	42	25,15

Η εξέλιξη ενός 'παραμελημένου' καταθλιπτικού είναι η ψυχική οδύνη ;	N=167	Percent
Ναι	100	59,88
Όχι	67	40,12

Ευαισθησία και παρατηρητικότητα	N=167	Percent
(0) Ανύπαρκτη	2	1,20
(1) Πολύ μικρή	1	0,60
(2) Μικρή	2	1,20
(3) Μέτρια	35	20,96
(4) Μεγάλη	71	42,51
(5) Πολύ μεγάλη	56	33,53



Ευαισθησία και παρατηρητικότητα	N=167
Mean	4,04
Std. Dev.	0,92
Minimum	0
Maximum	5

Αντίθετα με την γνώση, η ευαισθησία και η παρατηρητικότητα των ερωτηθέντων κυμαίνεται σε πολύ υψηλό επίπεδο. Μόνο 2 και 1 άτομα από τους ερωτηθέντες είχαν ανύπαρκτη και πολύ μικρή ευαισθησία ενώ η πλειονότητα είχαν μεγάλη και πολύ μεγάλη (3 στους 4).

Πιστεύετε ότι το νοσηλευτικό προσωπικό ενδιαφέρεται για την ψυχολογική κατάσταση του ασθενή ;	N=167	Percent
Ναι	115	68,86

Όχι	44	26,35
Δεν γνωρίζω	8	4,79

Για ποιούς λόγους δεν ενδιαφέρεται ;	N=44	Percent
α.Αδιαφορία	9	20,45
β.Φόρτος εργασίας	30	68,18
γ.Εκτός καθηκόντων	2	4,55
δ.Προσωπικά προβλήματα	8	18,18
ε.Ελλειψη γνώσεων	7	15,91
στ.Ψυχικό κόστος	5	11,36
ζ.Όλα τα παραπάνω	7	15,91

Παρατηρείτε τον ασθενή ;	N=167	Percent
Για αντιδράσεις σε πρωτοχορηγούμενα φάρμακα	86	51,50
Για αλλαγή στο βάρος	8	4,79
Για μεταστροφές της διάθεσης και συμπεριφοράς	74	44,31
Όλα τα παραπάνω	39	23,35
Δεν τον παρατηρώ	9	5,39

Έχετε νοσηλεύσει ποτέ καταθλιπτικό ασθενή ;	N=167	Percent
Ναι	131	78,44
Όχι	27	16,17
Δεν γνωρίζω	9	5,39

Εάν νοσηλεύσατε τι παρατηρήσατε ;	N=131	Percent
Παντελής αδιαφορία για ότι συμβαίνει γύρω του	32	24,43
Όψη - συμπτώματα - τρόπος ομιλίας	60	45,80
Εμμονή σε κατάσταση μελαγχολίας - απελπισία	60	45,80
Δεν παρατήρησα τίποτα το ιδιαίτερο	18	13,74

Εκφράστε την γνώμη σας για την κατάθλιψη	N=167	Percent
Όχι	58	34,73
Ναι	109	65,27

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Συνοψίζοντας, θα λέγαμε βλέποντας τα αποτελέσματα της έρευνας ότι:

- Το επίπεδο γνώσεων του νοσηλευτικού προσωπικού κυμαίνεται αρκετά χαμηλά όσον αφορά την κατάθλιψη.
- Η ευαισθησία και η παρατηρητικότητα του είναι αρκετά αναπτυγμένες. Αξίζει όμως να σημειωθεί το ποσοστό 26,35 % που θεωρούν ότι το νοσηλευτικό προσωπικό δεν ενδιαφέρεται για την ψυχολογική κατάσταση των νοσηλευομένων, καθώς ο φόρτος της εργασίας, η έλλειψη γνώσεων, τα προσωπικά προβλήματα και το ψυχικό κόστος τους αποτρέπουν μετατρέποντας τον άνθρωπό - ασθενή σε περίπτωση - ασθενή ή αριθμό - ασθενή.
- Το νοσηλευτικό προσωπικό παρουσιάζεται να αγνοεί την ύπαρξη του κατ' εξοχήν ειδικού, στον οποίο μπορεί να αποταθεί όταν πιθανολογεί ότι κάποιος ασθενής του παρουσιάζει συμπτώματα κατάθλιψης. Δηλαδή, του ψυχιάτρου της διασυνδεδετικής - συμβουλευτικής ψυχιατρικής.

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΩΝ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Στοχεύοντας στην καλύτερη κατανόηση παρατίθενται παρακάτω ταυτόχρονα τα στατιστικά αποτελέσματα των συσχετίσεων και τα συμπεράσματα από αυτά.

Κατά τις συσχετίσεις των παραμέτρων της μελέτης μας με τους ελέγχους Pearson's Product Moment Correlations και Spearman Rank Order Correlations στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις βρέθηκαν οι ακόλουθες :

Spearman Rank Order Correlations	R	p-level
----------------------------------	---	---------

ΕΥΑΙΣΘΗΣΙΑ ΚΑΙ ΠΑΡΑΤΗΡΗΤΙΚΟΤΗΤΑ

Φύλο	0,230	p<0,01
------	-------	--------

Χρόνια υπηρεσίας	0,140	p<0,05
------------------	-------	--------

ΓΝΩΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Ηλικία	-0,306	p<0,0001
--------	--------	----------

Εκπαίδευση	0,197	p<0,01
------------	-------	--------

Χρόνια υπηρεσίας	-0,218	p<0,001
------------------	--------	---------

Ο χώρος εργασίας σας είναι σε περιοχή	0,185	p<0,01
---------------------------------------	-------	--------

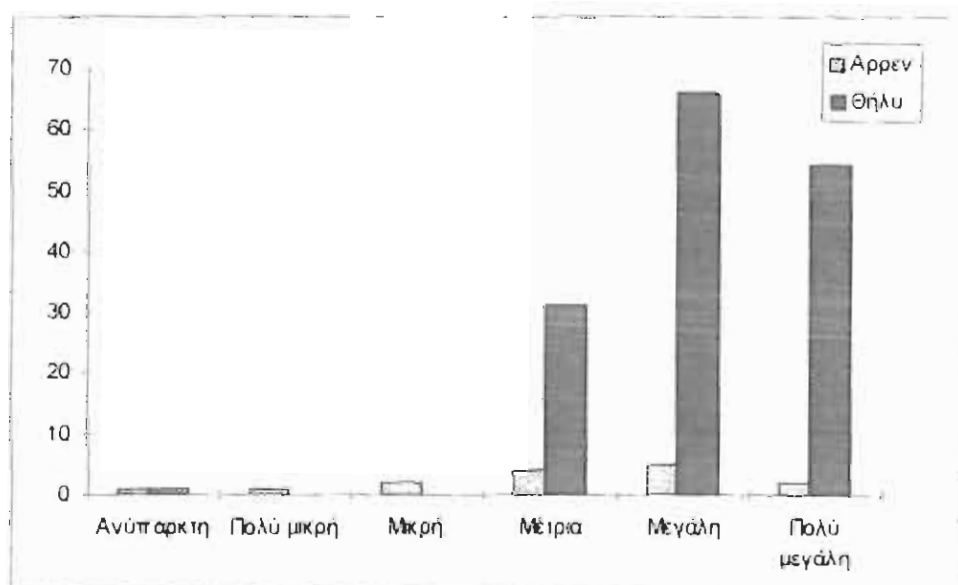
Έτσι διαπιστώνουμε πως :

- Η ηλικία των ερωτηθέντων φαίνεται να σχετίζεται αρνητικά στατιστικά σημαντικά με τις γνώσεις για την κατάθλιψη. Όσο μεγαλύτερη είναι η ηλικία των ερωτηθέντων τόσο λιγότερες φαίνεται να είναι οι γνώσεις που έχουν για την κατάθλιψη ($p < 0,0001$).
- Θετική συσχέτιση φαίνεται να υπάρχει ανάμεσα στην εκπαίδευση των Νοσηλευτών και την γνώση για την κατάθλιψη. Οι νοσηλευτές Τ.Ε. και Π.Ε. φαίνονται να έχουν καλύτερη γνώση ($p < 0,01$).
- Αντίθετα τα χρόνια υπηρεσίας σχετίζονται αρνητικά με το επίπεδο γνώσεων για την κατάθλιψη ($p < 0,001$). Η κούραση από την εργασία καθώς και η μεγαλύτερη ηλικία (όπως είδαμε και παραπάνω) ίσως επιδρούν στα άτομα με πολλά χρόνια υπηρεσίας και κρατούν χαμηλό το επίπεδο γνώσεών τους.
- Τέλος νοσηλευτές που εργάζονται σε ημιαστικές και αγροτικές περιοχές φαίνεται να έχουν καλύτερο επίπεδο γνώσεων για την κατάθλιψη από τους νοσηλευτές που εργάζονται σε αστικές περιοχές.

Αναλυτικότερα παρατηρούμε ότι :

ΦΥΛΟ

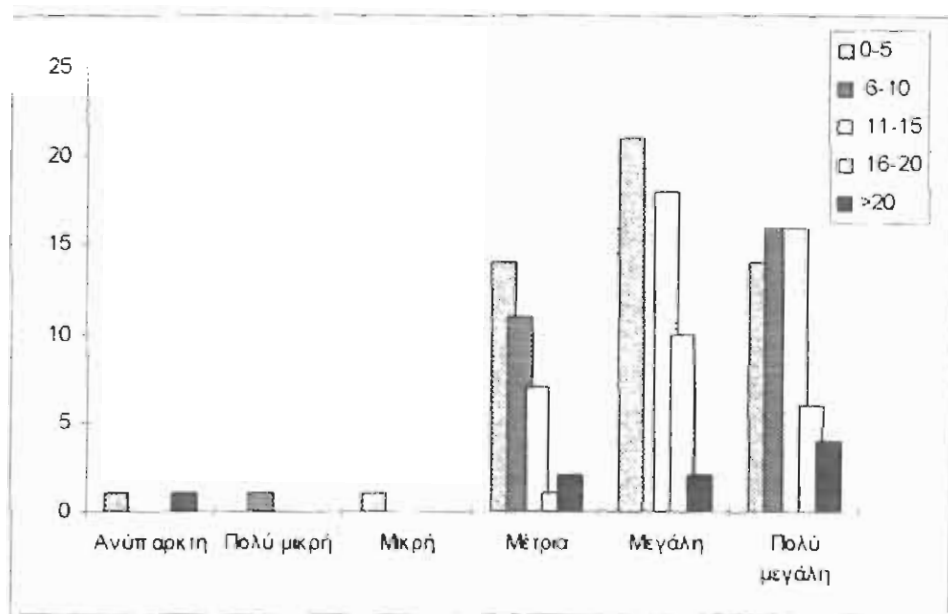
ΕΥΑΙΣΘΗΣΙΑ ΚΑΙ ΠΑΡΑΤΗΡΗΤΙΚΟΤΗΤΑ	Αρρεν	Θήλυ	ΣΥΝΟΛΑ
(0) Ανύπαρκτη	1 50.00%	1 50.00%	2
(1) Πολύ μικρή	1 100.00%	0 0.00%	1
(2) Μικρή	2 100.00%	0 0.00%	2
(3) Μέτρια	4 11.43%	31 88.57%	35
(4) Μεγάλη	5 7.04%	66 92.96%	71
(5) Πολύ μεγάλη	2 3.57%	54 96.43%	56
ΣΥΝΟΛΑ	15	152	167



- Οι γυναίκες νοσηλεύτριες φαίνεται να έχουν μεγαλύτερη ευαισθησία και παρατηρητικότητα, σε σχέση με τους άνδρες νοσηλευτές ($p < 0,01$). Στην πλειοψηφία τους οι γυναίκες νοσηλεύτριες έχουν από μέτρια έως πολύ μεγάλη ευαισθησία και παρατηρητικότητα και μόλις μία (1) ανύπαρκτη.

ΧΡΟΝΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ

ΕΥΑΙΣΘΗΣΙΑ ΚΑΙ ΠΑΡΑΤΗΡΗΤΙΚΟΤΗΤΑ	α. 0-5	β. 6-10	γ. 11-15	δ. 16-20	ε. >20	ΣΥΝΟΛΑ
(0) Ανύπαρκτη	1 50.00%	0 0.00%	0 0.00%	0 0.00%	1 50.00%	2
(1) Πολύ μικρή	0 0.00%	1 100.00%	0 0.00%	0 0.00%	0 0.00%	1
(2) Μικρή	1 50.00%	1 50.00%	0 0.00%	0 0.00%	0 0.00%	2
(3) Μέτρια	14 40.00%	11 31.43%	7 20.00%	1 2.86%	2 5.71%	35
(4) Μεγάλη	21 29.58%	20 28.17%	18 25.35%	10 14.08%	2 2.82%	71
(5) Πολύ μεγάλη	14 25.00%	16 28.57%	16 28.57%	6 10.71%	4 7.14%	56
ΣΥΝΟΛΑ	51	49	41	17	9	167

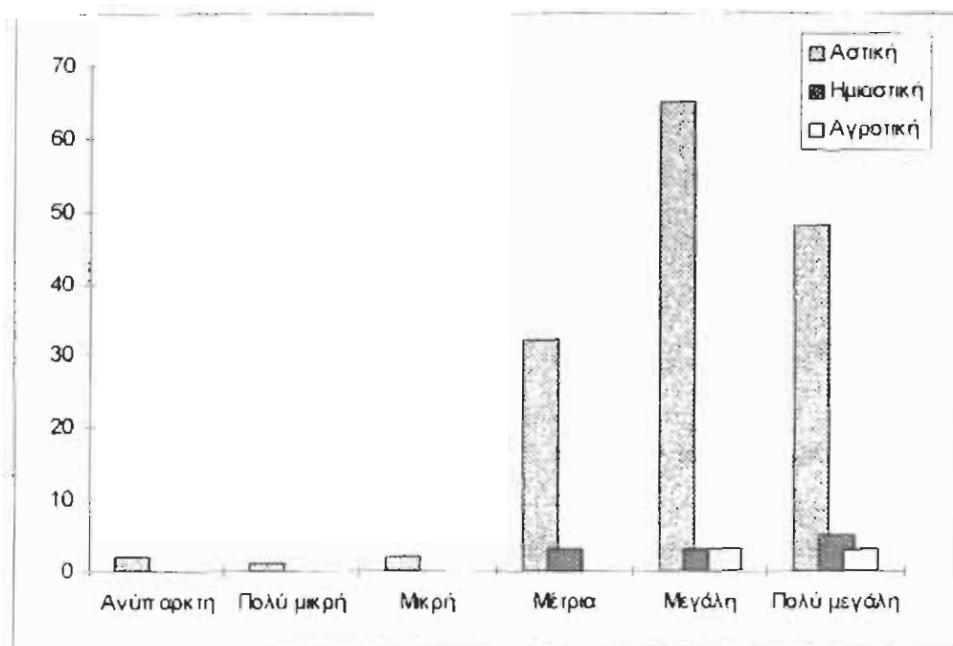


- Θετική αλλά όχι ισχυρά στατιστική φαίνεται να είναι η συσχέτιση μεταξύ χρόνων υπηρεσίας και επιπέδου ευαισθησίας και παρατηρητικότητας ($p < 0,05$). Αξιίζει να σημειώσουμε πως τα μεγαλύτερα ποσοστά ευαισθησίας και παρατηρητικότητας παρατηρούνται στα άτομα με 6-15 έτη υπηρεσίας και αυτό ίσως επειδή από τα άτομα με λιγότερα χρόνια υπηρεσίας λείπει η εμπειρία ενώ τα άτομα με περισσότερα χρόνια υπηρεσίας τα βαραίνει η κούραση.

Ο ΧΩΡΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΑΣ

ΕΙΝΑΙ ΣΕ ΠΕΡΙΟΧΗ

ΕΥΑΙΣΘΗΣΙΑ ΚΑΙ ΠΑΡΑΤΗΡΗΤΙΚΟΤΗΤΑ	Αστική	Ημιαστικ ή	Αγροτική	ΣΥΝΟΛΑ
(0) Ανύπαρκτη	2 100.00%	0 0.00%	0 0.00%	2
(1) Πολύ μικρή	1 100.00%	0 0.00%	0 0.00%	1
(2) Μικρή	2 100.00%	0 0.00%	0 0.00%	2
(3) Μέτρια	32 91.43%	3 8.57%	0 0.00%	35
(4) Μεγάλη	65 91.55%	3 4.23%	3 4.23%	71
(5) Πολύ μεγάλη	48 85.71%	5 8.93%	3 5.36%	56
ΣΥΝΟΛΑ	150	11	6	167



- Τα άτομα που εργάζονται σε ημιαστικές περιοχές σε ποσοστό 73% και πολύ περισσότερο τα άτομα που εργάζονται σε αγροτικές περιοχές σε ποσοστό 100% φαίνεται να έχουν μεγάλη και πολύ μεγάλη ευαισθησία και παρατηρητικότητα έναντι των ατόμων που εργάζονται σε αστικές περιοχές.

ΠΟΛΛΑΠΛΗ ΠΑΛΙΝΔΡΟΜΗΣΗ ΚΑΤΑ ΒΗΜΑΤΑ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

(Stepwise Multiple Regression Analysis)

Η πολυπαραγοντική ανάλυση, όπως ήδη έχει αναφερθεί, είχε ως στόχο την μελέτη της επίδρασης των ανεξαρτήτων μεταβλητών που μετρήθηκαν στην εργασία αυτή, πάνω στις εξαρτημένες μεταβλητές 'εκτίμηση της γνώσης για την κατάθλιψη' και 'ευαισθησία και παρατηρητικότητα του νοσηλευτικού προσωπικού'. Οι εξισώσεις που προέκυψαν είναι:

A. Ευαισθησία και παρατηρητικότητα του νοσηλευτικού προσωπικού

Ευαισθησία και παρατηρητικότητα του νοσηλευτικού προσωπικού =

$$1.367 * M1 + 0.036 * M2 + 0.141 * M3 + 0.209 * M4$$

όπου: M1 = Φύλο

M2 = Γνώση για την κατάθλιψη

M3 = Χρόνια υπηρεσίας

M4 = Ο χώρος εργασίας σας είναι σε περιοχή

Με τη βοήθεια της εξίσωσης αυτής μπορούμε να εκτιμήσουμε την ευαισθησία και την παρατηρητικότητα του νοσηλευτικού προσωπικού με ακρίβεια 97.75% ($R^2=95.55$).

Αναλυτικά κατά τον προσδιορισμό του μοντέλου προέκυψαν:

Multiple R=0.9775		Multiple R-Square=0.9555		Number of cases: 167	
F(4, 163)=876.06		p < 0.000001		St. Error of Estimate=0.883	
Var	b	St. Err. of b	t(161)	p-level	
M1	1,367	0,166	5,760	0,000	
M2	0,036	0,013	2,654	0,005	
M3	0,141	0,057	2,232	0,014	
M4	0,209	0,159	1,092	0,192	

όπου :

M1 : ΦΥΛΟ
1=Αρρεν
2=Θήλυ

M2 : ΓΝΩΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ
0 έως 34
0=Ανύπαρκτη γνώση
34=Πλήρης γνώση

M3 : ΧΡΟΝΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ
1=0-5
2=6-10
3=11-15
4=16-20
5= >20

M4 : Ο ΧΩΡΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΑΣ ΕΙΝΑΙ ΣΕ ΠΕΡΙΟΧΗ
1=Λστική
2=Ημιαστική
3=Αγροτική

Οι γυναίκες νοσηλεύτριες έχουν μεγαλύτερη ευαισθησία και παρατηρητικότητα από τους άντρες νοσηλευτές.

Θετική επίδραση στην ευαισθησία και την παρατηρητικότητα φαίνεται να έχει η γνώση για την κατάθλιψη. Όσο μεγαλύτερη είναι η γνώση για την κατάθλιψη ενός

νοσηλευτή για τα αίτια και την αντιμετώπισή της τόσο αυξημένη είναι η ευαισθησία και η παρατηρητικότητα που επιδεικνύει.

Θετική φαίνεται επίσης να είναι η επίδραση των χρόνων υπηρεσίας (εμπειρία) στο επίπεδο ευαισθησίας και παρατηρητικότητας.

Τέλος, νοσηλευτές/τριες που εργάζονται σε ημιαστικές και αγροτικές περιοχές, (όπου ο ρυθμός ζωής είναι περισσότερο ανθρώπινος) εμφανίζουν μεγαλύτερη ευαισθησία και παρατηρητικότητα, σε σχέση με νοσηλευτές/τριες που εργάζονται σε αστικές περιοχές (όπου ο έντονος ρυθμός της ζωής επηρεάζει την ευαισθησία των ατόμων γενικότερα).

B. Εκτίμηση της γνώσης για την κατάθλιψη

$$\text{Εκτίμηση της γνώσης για την κατάθλιψη} = 4.330 * M1 + 2.964 * M2 + 2.982 * M3 + \\ + 1.196 * M4 - 1.214 * M5 + 0.149 * M6$$

όπου: M1 = Φύλο

M2 = Εκπαίδευση

M3 = Ο χώρος εργασίας σας είναι σε περιοχή

M4 = Ευαισθησία και παρατηρητικότητα του νοσηλευτικού προσωπικού

M5 = Χρόνια υπηρεσίας

M6 = Ηλικία

Με τη βοήθεια της εξίσωσης αυτής μπορούμε να εκτιμήσουμε την γνώση για την κατάθλιψη 97.9% ($R^2=95.6$).

Αναλυτικά κατά τον προσδιορισμό του μοντέλου προέκυψαν:

Multiple R=0.9786		Multiple R-Square=0.9576		Number of cases: 167	
F(6, 161)=606.56		p < 0.000001		St. Error of Estimate=4.987	
Var	b	St. Err. of b	t(161)	p-level	
M1	4,330	1,193	3,631	0,000	
M2	2,964	0,754	3,933	0,000	
M3	2,982	0,887	3,361	0,001	
M4	1,196	0,433	2,760	0,006	
M5	-1,214	0,572	-2,124	0,035	
M6	0,149	0,089	1,674	0,096	

όπου :

M1 : ΦΥΛΟ

1=Αρρεν

2=Θήλυ

M2 : ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

1=Δ.Ε.

2=Γ.Ε.

3=Π.Ε.

M3 : Ο ΧΩΡΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΑΣ

ΕΙΝΑΙ ΣΕ ΠΕΡΙΟΧΗ

1=Αστική

2=Ημιαστική

3=Αγροτική

M4 : ΕΥΑΙΣΘΗΣΙΑ ΚΑΙ

ΠΑΡΑΤΗΡΗΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΟΥ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

0=Ανύπαρκτη
1=Πολύ μικρή
2=Μικρή
3=Μέτρια
4=Μεγάλη
5=Πολύ μεγάλη

M5 : ΧΡΟΝΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ
1=0-5
2=6-10
3=11-15
4=16-20
5= >20

M6 : ΗΛΙΚΙΑ
19 έως 48 ετών

Οι γυναίκες νοσηλεύτριες φαίνεται να έχουν περισσότερες γνώσεις για την κατάθλιψη από τους άντρες νοσηλευτές.

Νοσηλευτές Τ.Ε. και Π.Ε. όπως είναι φυσικό έχουν επίσης περισσότερες γνώσεις για την κατάθλιψη.

Νοσηλεύτές/τριες που εργάζονται σε ημιαστικές και αγροτικές περιοχές, φαίνεται να έχουν περισσότερες γνώσεις για την κατάθλιψη, σε σχέση με νοσηλεύτές/τριες που εργάζονται σε αστικές περιοχές.

Επιβεβαιώνεται η θετική επίδραση μεταξύ ευαισθησίας και παρατηρητικότητας και γνώσης για την κατάθλιψη.

Αρνητική επίδραση στο επίπεδο γνώσεων για την κατάθλιψη φαίνεται να έχουν τα χρόνια υπηρεσίας.

Τέλος ασθενής είναι η επίδραση της ηλικίας στο επίπεδο των γνώσεων για την κατάθλιψη.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Σχολιάζοντας τα αποτελέσματα της έρευνας, καθώς και τη στατιστική ανάλυση των συσχετίσεων και την πολυπαραγοντική ανάλυση, δεν θα αστοχούσαμε αν λέγαμε ότι το νοσηλευτικό προσωπικό στην Ελλάδα, δεν είναι σε θέση να παίζει τον καταλυτικό ρόλο που θα μπορούσε στην πρόληψη της κατάθλιψης. Η ευαισθησία και η παρατηρητικότητά του είναι αυξημένες, αν και διαταράσσονται από το φόρτο εργασίας, τα προσωπικά προβλήματα και το ψυχικό κόστος της καθημερινής νοσηλευτικής πραγματικότητας. Η γνώση όμως βρίσκεται σε επίπεδο τέτοιο, ώστε δεν επιτρέπει την έγκαιρη διαπίστωση προβλήματος στη

συναισθηματική διάθεση του ατόμου που νοσηλεύεται στο γενικό νοσοκομείο ή το κέντρο υγείας.

Συνεπώς κρίνεται αναγκαία η πρόταση για καλύτερη και μη παρωχημένη βασική νοσηλευτική εκπαίδευση σε ψυχιατρικά θέματα, που θα αναφέρεται και στη δυνατότητα πρόληψης. Και επειδή η βασική εκπαίδευσή μας δεν επαρκεί για όλη την επαγγελματική μας πορεία, η συνεχιζόμενη εκπαίδευση είναι ένα μέσο εγγύησης ότι οι νοσηλευτές διατηρούν την ικανότητά τους για πρακτική (Stephens et all, 1992) και ενημερώνονται για το σήμερα επεκτείνοντας τις γνώσεις και τις δεξιότητές τους με σκοπό τη βελτίωση της απόδοσής τους (Barriball et all, 1992).

Στρέφοντας και στην πολυπαραγοντική ανάλυση βλέπουμε ότι όσο μεγαλύτερη είναι η γνώση τόσο πιο αυξημένη είναι η ευαισθησία και η παρατηρητικότητα που επιδεικνύεται. Βελτιώνοντας λοιπόν τη γνώση καλλιεργούμε και την άλλη παράμετρο.

Τα παραπάνω έρχονται να συνηγορήσουν με τις απόψεις για τη σημασία ύπαρξης νοσηλευτή ψυχικής υγείας στα γενικά νοσοκομεία. Συγκεκριμένα, η διασυνδεδετική - συμβουλευτική νοσηλευτική ψυχικής υγείας επιδιώκει της ψυχοσωματική προσέγγιση της αρρώστιας. Ορίζεται ως η άσκηση της κλινικής νοσηλευτικής ψυχικής υγείας στο γενικό νοσοκομείο. Συμβάλει στην ενσωμάτωση της ψυχολογικής φροντίδας στην όλη φροντίδα των σωματικά πασχόντων ασθενών. Οι σκοποί και τα πλαίσια εφαρμογών της Δ.Σ.Ν.Ψ.Υ. σε γενικό νοσοκομείο είναι:

- Ψυχολογική υποστήριξη και διδασκαλία των ασθενών και των μελών της οικογένειας των ασθενών που βιώνουν έντονο στρες λόγω της ασθένειας και των εσωτερικών απειλών που προκύπτουν από αυτήν.

- Μετάδοση ειδικών γνώσεων νοσηλευτικής ψυχικής υγείας στο νοσηλευτικό προσωπικό του γενικού νοσοκομείου, ώστε να τις ενσωματώνουν στην καθημερινή τους εργασία.
- Παροχή ψυχικής ενίσχυσης και βοήθειας στο προσωπικό όταν αντιμετωπίζει δύσκολες καταστάσεις κατά τη νοσηλεία των ασθενών ή όταν εμφανίζονται επαγγελματικά προβλήματα με συγκρούσεις.
- Έρευνα με κλινικό κυρίως χαρακτήρα για την ανάπτυξη και βελτίωση της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας. (Πριάμη, 1998)

Τέλος όσον αφορά το ζήτημα της άγνοιας για την ύπαρξη του ψυχιάτρου της διασυνδεδετικής συμβουλευτικής ψυχιατρικής σε θεσμού στα ελληνικά πράγματα, θεωρούμε ότι οι ευθύνες βαρύνουν και τους ίδιους τους ψυχιάτρους που δεν ενθαρρύνουν την επικοινωνία με τα άτομα που έχουν την πιο στενή επαφή με τους ασθενείς και από την άλλη τους ίδιους τους νοσηλευτές που αδιαφορούν. Η κίνηση πρέπει να είναι αμοιβαία για να μπορεί να γίνει πραγματικότητα η πρόληψη της κατάθλιψης σε όλους τους βαθμούς της φροντίδας υγείας.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Φτάνοντας τα επιδημιολογικά στοιχεία να ανεβάζουν τον κίνδυνο να παρουσιάσει ένα άτομο Μείζονα κατάθλιψη ή Δυσθυμία στη διάρκεια της ζωής του στο 30%, θελήσαμε να ερευνήσουμε τις νοσηλευτικές δυνατότητες τους ελληνικού νοσηλευτικού προσωπικού στην πρόληψή της.

Παρουσιάζοντας τις απόψεις για την πρόληψη σήμερα, είδαμε τη σημασία της εξάλειψης των στρεσογόνων παραγόντων και της έγκαιρης διάγνωσης του προβλήματος. Με την κατάρτιση του ερωτηματολογίου διερευνήσαμε την ικανότητα των νοσηλευτών και βοηθών νοσηλευτών να εντοπίσουν πιθανή κατάθλιψη βάσει των γνώσεων της ευαισθησίας και της παρατηρητικότητάς του.

Τα αποτελέσματα έδειξαν την ανεπάρκεια στη γνώση, αλλά την αυξημένη ευαισθησία και την έντονη παρατηρητικότητα. Οι γυναίκες φαίνεται να επικρατούν των ανδρών σε ευαισθησία και παρατηρητικότητα, ενώ τα πολλά χρόνια υπηρεσίας "αδυνατίζουν" τη γνώση. Τέλος βρέθηκε η θετική επίδραση μεταξύ γνώσης, ευαισθησίας και παρατηρητικότητας.

Διαφάνηκε λοιπόν η ανάγκη να προταθούν καλύτερη βασική εκπαίδευση, συνεχής επιμόρφωση των ήδη εργαζομένων καθώς και η εισαγωγή του θεσμού του νοσηλευτή διασυνδεδετικής συμβουλευτικής ψυχικής υγείας στα γενικά νοσοκομεία.

SUMMARY

According to statistical evidence the chance that a person during his lifetime may be under the state of depression (of both types) rises up to 30%; that was an important incentive for us to try to find out what Greek nurses can do in order to prevent depression.

Throughout the review of literature about prevention of depression we noticed the importance of eliminating stress factors and of making a prompt diagnosis of this problem. By setting up a questionnaire we studied the capacity of nurses to pin-point a possible depression based on their knowledge, their sensitivity and their observation.

The results showed that nurses despite their inadequate knowledge are people of increased sensitivity and of high observation. Furthermore, we noticed that female nurses are more sensitive and have greater observation than male nurses, as well as that nurses with many years of service lack in knowledge. Finally we came to the conclusion that there is an analogous relationship between knowledge, sensitivity and observation.

From the above results we propose better basic education in nursing schools, continuing education of qualified nurses and the use of a nurse specialized in psychiatric issues in general hospitals.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Barriball L., While A., Norman I: Continuing professional education for qualified nurse: a review of the literature, *Journal of Advanced Nursing*, 17: 1129-1140 (1992)
- Caplan V., *An approach to community mental health*, Tavistock, London, 1969
- Γιαννοπούλου Αθηνά, "Ψυχιατρική νοσηλευτική" Εκδ. "Η ΤΑΒΙΘΑ", σελ 297,299, Αθήνα 1996
- Drake W., *The role of the nurse: The community psychiatric nurse, handbook of psychiatric rehabilitation practice*, Oxford University Press, Oxford 1981
- Harvey A.R., Champe C.P., Myak J.M., Gertner B.S. Perper M.M., "Φαρμακολογία" Μεταφρ - Επιμέλεια Παπαδόπουλος ΣΤ.Ι., Παπαδόπουλος Γ., Επιστημονικές Εκδόσεις "Γρ. Παρισιάνος" Μαρία Παρισιάνου, Αθήνα 1995, σελ:119 - 125
- Henderson D. Gillespie R., *A textbook of Psychiatry*. Geoffrey Cumberlege, Oxford University Press, 7th Edition, G. Britain, σελ 6-7,24-27, 93-99, 1950
- Καλαντζή - Αζίζι Αναστασία, "Εφαρμοσμένη Κλινική ψυχολογία στο χώρο της υγείας", Δ' έκδοση, Εκδόσεις "Ελληνικά Γράμματα", σελ 59-61, Αθήνα 1992
- Kaplan I. H., Badlock J.B., *Comprehensive textbook of psychiatry*. Williams & Wilkins, 6th edition, Volume 1, Baltimore, σελ 374-375, 1159, 1185-1189, 1851-1852, USA 1995
- Μάνος Ν. Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής. University Studio Press, Θεσσαλονίκη, σελ 175 -196, 1988
- Μάνος Ν. Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής. University Studio Press, Β' έκδοση, Θεσσαλονίκη, σελ 653 -666, 1992

- Merrich E.J., Von Cranach M. International Classification in Psychiatry, Unity and Diversity, Cambridge University Press, σελ 366,256-259,287, USA 1988
- Parry Glenys, "Ψυχολογικές κρίσεις και η αντιμετώπισή τους", Μεταφρ. Ρώντα Ντενίς, Εκδ. "Ελληνικά Γράμματα", σελ. 15-16,17, Αθήνα 1993
- Paykel E.S. and Griffith J.H., Community psychiatric nursing for neurotic patients, Royal College of Nursing, London 1983
- Πλουμπίδης Δημήτριος, "Οικογένεια Συμπτώματα και απόρριψη", Από: "Επικινδυνότητα και κοινωνική ψυχιατρική - κείμενα από δύο συμπόσια για την ψυχιατρική, την επικινδυνότητα και τη δικαιοσύνη", Εκδόσεις Παπαζήση, σελ 134,-136, Αθήνα 1990
- Πριάμη Μαρία, "Η εξέλιξη της διασυνδετικής - συμβουλευτικής νοσηλευτικής ψυχικής υγείας στα γενικά νοσοκομεία", Νοσηλευτική 2 :133-138 (1998)
- Ραγιά Αφροδίτη, "Βασική Νοσηλευτική", σελ 48, 55, 57, Αθήνα 1987
- Σιγάλας Γ., Νυματούδης Ι., Καπρίντης Γ., Ελληνική Ιατρική, Εκδόσεις: University Studio Press, Περιοδικό Ιατρικής εταιρίας Θεσσαλονίκης, τόμος 64, τεύχος 3, σελ 136,137, 1998
- Stephens L., Selig C., Jones C., Gaston-Johansson F: Research Application: Teaching staff nurses to use library search Strategies. The Journal of continuing education, 23, 1: 24-28 (1992)
- Χαρτοκόλλης Π., Εισαγωγή στην Ψυχιατρική. Εκδόσεις Θεμέλιο, Β' έκδοση, Αθήνα 1991, σελ 21 - 28, 191 - 198, 208 - 220, 299 - 302, 313 - 348

