

**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ :

**“Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΣΤΗΝ
ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ”**



Υπεύθυνη Καθηγήτρια :

Δρ. Παπαδημητρίου Μαρία



Σπουδάστρια :

Ξένου Ελένη

ΠΑΤΡΑ 2000

ΑΡΙΘΜΟΣ
ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ

3129

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Πρόλογος	1
Εισαγωγή	3
↳ Κεφάλαιο 1°	
Ιστορική Ανασκόπηση των Ψυχιατρικών Διαταραχών	6
↳ Κεφάλαιο 2°	
Επιδημιολογία της Κατάθλιψης	9
↳ Κεφάλαιο 3°	
Θεωρίες της Κατάθλιψης	
3.1. Ψυχοαναληπτικές και Ψυχοδυναμικές Θεωρίες	12
3.2. Θεωρίες της Γνωστικής Συμπεριφοράς	13
3.3. Γενετική Θεωρία.	14
3.4. Ιδιοπαθής Θεωρία.	15
3.5. Βιολογική Θεωρία	15
↳ Κεφάλαιο 4°.	
Παράγοντες που συμβάλουν στην έναρξη και εξέλιξη της Κατάθλιψης	
α. φυλετική διαφορά	17
β. ενδοκρινικές διαφορές	17
γ. επιλόχειος κατάθλιψη	18
δ. κοινωνικοί παράγοντες	21
ε. συζυγική κατάσταση	21
στ. θρησκευτικός προσανατολισμός	22
ζ. φυλή και πολιτισμός	23
η. τρόπος ζωής	24
θ. άγχος/αγωνία	24
ι. ύπνος	27
κ. επιθετικότητα	28

λ. -παρακολούθηση τηλεόρασης	28
μ. -ηλικιωμένοι	29
↳ Κεφάλαιο 5°	
Ταξινόμηση της νόσου	
5.1 Κανονική Υποκλινική και Κλινική Κατάθλιψη	35
5.2 Μονοπολική και Διπολική Κατάθλιψη	37
5.3 Μείζων Καταθλιπτική Συνδρομή	39
5.3.1 Εποχιακή Συναισθηματική Διαταραχή	39
5.3.2 Δυσθυμική Διαταραχή	39
5.4 Κυκλοθυμία	40
5.5 Ενδογενής & Εξωγενής Κατάθλιψη	41
5.6 Ψυχωτική & Νευρωτική Κατάθλιψη	43
↳ Κεφάλαιο 6°	
Η κλινική εικόνα της Κατάθλιψης	50
6.1 Η διαδικασία της Σκέψης	51
6.2 Τα αισθήματα στην Κατάθλιψη	51
6.3 Οι πράξεις των ατόμων με Κατάθλιψη	53
6.4 Διαπροσωπικές σχέσεις στην Κατάθλιψη	53
6.5 Οι σωματικές λειτουργίες και διαδικασίες	54
↳ Κεφάλαιο 7°	
Η Αυτοκτονία στην Κατάθλιψη : Ιδεασμός και Πράξη	57
↳ Κεφάλαιο 8°	
Η Αντιμετώπιση της Κατάθλιψης στο χώρο του Γενικού Νοσοκομείου και Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης	63
α. Γενικά	63
β. Γενικά λάθη στο γενικό νοσοκομείο σχετικά με την Κατάθλιψη	65

↳ **Κεφάλαιο 9**

Θεραπεία της Κατάθλιψης : Συνεργασία της Ιατρικής
και Νοσηλευτικής Επιστήμης.

70

- Βιολογικές Θεραπείες

- 9.1 *Ψυχοφαρμακοθεραπεία – Νοσηλευτική Παρέμβαση*

71

- 9.1.1 *Τρικυκλικά / Πολυκυκλικά Αντικαταθλιπτικά*

72

- 9.1.2 *Αναστολείς της επαναπρόσληψης Σεροτονίνης*

76

- 9.1.3 *Αναστολείς Μονοαμινοξειδάσης*

77

- 9.1.4 *Άλατα Λιθίου*

80

- Νοσηλευτική Φροντίδα

86

- 9.2 *Ηλεκτροσπασμοθεραπεία*

88

- 9.2.1 *Η Νοσηλευτική στην γενική προετοιμασία για το E.C.T.*

89

- 9.2.2 *Ενδείξεις E.C.T.*

91

- 9.2.3 *Αντενδείξεις E.C.T.*

92

- 9.3 *Ψυχοχειρουργική Θεραπεία*

93

- 9.3.1 *Η Νοσηλευτική στην προεγχειρητική αγωγή*

93

- 9.3.2 *Αλλαγές προσωπικότητας μετά την επέμβαση*

94

- 9.3.3 *Η Νοσηλευτική στην μετεγχειρητική αγωγή*

94

- 9.4 *Φωτοθεραπεία*

95

- Ψυχοθεραπεία

96

- 9.5 *Μέθοδοι ψυχοθεραπείας – Νοσηλευτική Παρέμβαση*

- 9.5.1 *Ατομική Ψυχοθεραπεία*

98

- 9.5.2 *Ομαδική Ψυχοθεραπεία*

102

- 9.5.3 *Θεραπεία της Συμπεριφοράς*

104

- 9.5.4 *Περιβάλλον και Ψυχοθεραπεία*

105

- 9.5.5 *Αναψυχή – Ψυχόδραμα*

108

- 9.5.6 *Φυσική Άσκηση*

109

- 9.5.7 *Εργοθεραπεία ή Απασχολησιοθεραπεία*

112

- 9.5.8 *Γνωστική Θεραπεία*

115

☛ Ο ρόλος του νοσηλευτού στην Ψυχοθεραπεία	117
--------------------------------------------	-----

☛ **Κεφάλαιο 10ο**

Νοσηλευτική Παρέμβαση σε συγκεκριμένες περιπτώσεις με την μέθοδο της Νοσηλευτικής Διεργασίας.

10.1 1 ^η Κλινική Περίπτωση Μείζων Κατάθλιψης	119
10.2 2 ^η Κλινική Περίπτωση Μείζων Κατάθλιψης	131

Συμπεράσματα – Προτάσεις	139
---------------------------------	-----

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	141
---------------------	-----

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

☛ Ποτάμια φωτιάς: Διπολική διαταραχή και δημιουργικότητα	150
☛ Prozac: Οι αναπάντητες ερωτήσεις	152
☛ Στιγματισμένη για μια ζωή.....	154
☛ Πώς να χειριστείς την κατάθλιψη : Γενικές Οδηγίες	156

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Οι σκοτεινές στιγμές της ζωής του ανθρώπου φέρνουν θλίψη, απόγνωση, στενοχώρια και απελπισία. Αυτά τα συναισθήματα γεννιούνται από τις αναπόφευκτες προκλήσεις της καθημερινότητας όπως οι αλλαγές, επιλογές, οι απώλειες στις σχέσεις των ανθρώπων, οι απώλειες αντικειμένων και ονείρων πάνω στα οποία κάθε άτομο σχεδιάζει και φαντάζεται το μέλλον του.

Μερικές φορές αυτά τα συναισθήματα συνοδεύουν και κάποια αναπτυξιακά γεγονότα ή θέματα υγείας όπως κάποια ασθένεια ή γέννα. Άλλοτε εμφανίζονται χωρίς εμφανή αιτία. Εάν λυθεί το πρόβλημα ή η αιτία πρόκλησης, το άτομο θα μπορεί να συνεχίσει τη ζωή του όπως και πριν ή μπορεί ακόμα και να επωφεληθεί από την εμπειρία. Εάν όμως τα συναισθήματα συνοδεύονται από αλλαγές στον αυθορμητισμό, στην σκέψη, στις οωματικές λειτουργίες, στην αυτονομία, θέληση και πνεύμα του ανθρώπου και επιμείνουν, σιγά-σιγά θα επηρεάσουν την καθημερινή συμπεριφορά του ατόμου.

Σε αυτό το σημείο, συνήθως, η κατάσταση γίνεται αντιληπτή από το ίδιο το άτομο και το στενό του περιβάλλον και μπορεί να χρησιμοποιηθεί ο όρος "κατάθλιψη" ως περιγραφή της κατάστασης που εμφανίζεται και τότε το άτομο θα έλθει ή από μόνο του ή μετά από παρότρυνση από το συγγενικό του περιβάλλον στο προσωπικό υγείας για βοήθεια¹.

Η στάση του προσωπικού και όλης της θεραπευτικής ομάδας στην παρακολούθηση και νοσηλεία του ασθενή στο νοσοκομείο, στο ίδρυμα ή στην κοινότητα θα παίξει σημαντικότερο ρόλο για την εξέλιξη της νόσου. Το δε νοσηλευτικό προσωπικό, το οποίο αποτελεί τη δύναμη της θεραπευτικής ομάδας, πρέπει να βρίσκεται σε στενή επαφή με τον ασθενή και το οικογενειακό του περιβάλλον και να συμπεριφέρεται όχι με οίκτο αλλά με συμπόνια, να εκτελεί τα καθήκοντα όχι ως "αγγαρεία" αλλά με αίσθημα υπευθυνότητας και ευχαρίστησης γιατί οι ασθενείς αυτοί έχουν ένα ιδιαίτερα ευαίσθητο σύστημα και αντιλαμβάνονται τα μη-λεκτικά ερεθίσματα παρά πολύ εύκολα.

Ας δούμε τώρα τι γνωρίζουμε για αυτή την ψυχιατρική νόσο που προσβάλλει όλες τις ηλικίες, φυλές και κοινωνικές τάξεις και ποία η συμβολή της νοσηλευτικής επιστήμης στην διάγνωση, θεραπεία και αποκατάσταση αυτής.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ως ψυχιατρική διαταραχή, η κατάθλιψη έχει ταξινομηθεί στις συναισθηματικές διαταραχές. Η επιστημονική χρήση του όρου αυτού έχει διάφορα επίπεδα: σύμπτωμα, σύνδρομο και νοσογόνος διαταραχή όπως ορίστηκε από τον Aaron Beck, ψυχίατρο του Πανεπιστημίου της Pennsylvania το 1967. Η κατάθλιψη από μόνη της μπορεί να είναι ένα σύμπτωμα (π.χ. λύπη, αρνητική αντίληψη του εαυτού, διαταραχές του ύπνου και της όρεξης) το οποίο αποτελεί από μόνο του ψυχολογική διαταραχή αλλά μπορεί να παρουσιάζεται ως δευτερεύων πάθηση λόγω άλλης διαγνωσμένης νόσου. Τέλος, για να διαγνωσθεί ως νοσογόνος διαταραχή απαιτείται προσεκτική και λεπτομερής εξέταση στη διαφορική διάγνωση όπως π.χ. μια παρανοϊκή σχιζοφρένεια στα αρχικά στάδια της νόσου².

Η διάγνωση τίθεται από εκπαιδευμένο ιατρικό προσωπικό το οποίο πρέπει να γνωρίζει το Διαγνωστικό Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών (DSM -IV), το οποίο θα βοηθήσει έτσι ώστε να αρχίσει η κατάλληλη θεραπεία, ή τον αντίστοιχο Διεθνές Κώδικα Νόσων (ICD -10) π.χ. σε μείζων καταθλιπτικό επεισόδιο χορηγούνται αντικαταθλιπτικά.

Συμπληρωματικά μπορεί να προσφερθεί ψυχοθεραπεία η οποία μπορεί να περιλαμβάνει γνωστική συμπεριφορά, συμβουλές γάμου ή εντατικές, σύντομες συνεδρίες .

Στις ΗΠΑ έχει υπολογιστεί ότι τα άτομα που συμπληρώνουν τα κριτήρια για μείζων καταθλιπτικό επεισόδιο κοστίζουν, συνολικά, 43.7 δισεκατομμύρια δολάρια το χρόνο λόγω μειωμένης προσφοράς και οικονομικής παραγωγής.

Ως πρόβλημα υγείας, η κατάθλιψη εκδηλώνεται με συμπτώματα και φαινόμενα τα οποία διαταράσσουν την ομαλή πορεία και ποιότητα ζωής. Ο ρόλος της νοσηλευτικής είναι να παρέμβει με την κατάλληλη φροντίδα πριν τα συμπτώματα γίνουν κριτήρια και τεθεί η διάγνωση της νόσου αλλά και να φροντίζει τους πάσχοντες στους οποίους η ψυχοθεραπεία και η φαρμακευτική αγωγή δεν φέρνουν το επιθυμητό αποτέλεσμα. Αυτό

μπορεί να συμβεί με κάποιο άτομο που είναι άρρωστο ή στο τελικό στάδιο της ζωής ή λόγω θρησκευτικών ή ηθικών ή πολιτισμικών λόγων αρνείται τη συνήθη αντιμετώπιση.

Πολλοί νοσηλευτές έχουν δημιουργήσει ενδιαφέροντα μοντέλα επιστημονικής φροντίδας όπως αυτό της Perlaυ η οποία ορίζει την υγεία ως "μία πορεία προς τα εμπρός, της προσωπικότητας και άλλων ανθρωπίνων διαδικασιών με κατεύθυνση την δημιουργική, δομική, προσωπική και κοινωνική κατάσταση ζωής". Κατ' αυτήν, η νοσηλευτική ορίζεται ως "μία ώριμη δύναμη που σκοπό έχει την προαγωγή της υγείας μέσω της σκόπιμης δημιουργίας και εφαρμογής του θεραπευτικού διαπροσωπικού επιπέδου σχέσης του νοσηλευτή με τον ασθενή. Η σχέση αυτή επικεντρώνεται στον τρόπο που αντιλαμβάνεται ο ασθενής μια κατάσταση, και μέσω της έρευνας, ο ασθενής φθάνει σε ένα επίπεδο όπου κατανοεί και μεταλλάσσει αυτές τις προβληματικές απόψεις, σκέψεις, αισθήματα και πράξεις".

Επιπρόσθετα, ο ασθενής φέρνει ανάγκες στην κατάσταση οι οποίες μπορούν να αντιμετωπιστούν άμεσα από τον νοσηλευτή αλλά ο αρχικός σκοπός είναι να μπορέσει ο ασθενής (ο οποίος αναφέρεται και ως "πελάτης") να βρει ενδοπροσωπικούς τρόπους αντιμετώπισης"³.

Μέσω του μοντέλου της Perlaυ η κατάθλιψη ορίζεται ως "μία μετάλλαξη του εαυτού με έκδηλες μεταβολές στη σωματική λειτουργία και εξασθένηση των σκέψεων η οποία επιμένει αρκετά και διαταράσσει τους στόχους και δραστηριότητες που χαρακτηρίζουν την ευεξία και καλή κατάσταση του ατόμου"^{1,2}.



1. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΩΝ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΩΝ ΝΟΣΩΝ

Τρυπανισμένα κρανία από αρχαιολογικές ανασκαφές σε διάφορα μέρη του κόσμου (σε Ευρώπη και Νότιο Αμερική) υποβάλλουν την ιδέα μιας χειρουργικής επεμβάσεως που είχε σκοπό να ελευθερώσει το σώμα του υποκείμενου από τα κακά πνεύματα, τα οποία η πρωτόγονη αντίληψη θεωρούσε υπεύθυνα για τις ψυχιατρικές διαταραχές. Η δοξαία ψυχοπαθολογικών πνευμάτων με τη μορφή δαιμόνων συναντιέται ακόμα και στις ημέρες μας. Η ίδια θεωρία, που χωρίς την προσωποποίηση της δαιμονολογίας διαφαίνεται και σ' αυτήν την επιστημονική ψυχολογία του Αριστοτέλη, επικράτησε ως τα πρόθυρα της σύγχρονης εποχής στην Ευρώπη και πολλά άλλα μέρη του κόσμου, με τραγικές συνέπειες για αμέτρητους ψυχιατρικούς αρρώστους⁴.

Η τότε αποδεκτή θεωρία ήταν ο εξορκισμός ο οποίος περιλάμβανε διάφορες τεχνικές, άλλες ήπιες και άλλες βάρβαρες, όπως προσευχή, δημιουργία δυνατών θορύβων και την πόση ειδικών ποτών. Σε άλλες περιπτώσεις το υποκείμενο άτομο βυθιζόταν σε νερό, μαστιγωνόταν ή δεν οιτίζετο για πολλές ημέρες προκειμένου το σώμα να γίνει "ένα λιγότερο άνετο οίκημα για το πνεύμα". Επόμενο ήταν οι περισσότεροι ψυχιατρικοί άρρωστοι να πεθάνουν μετά από τέτοια μεταχείριση⁵.

Στις Ινδίες διαχωρίζονται οι ψυχοπαθείς από τους διανοητικά καθυστερημένους και τους παραλυτικούς. Στην Ινδία ως μέσο ψυχοθεραπείας χρησιμοποιούσαν τραγούδια, ενώ στην Κίνα το βελονισμό. Οι Εβραίοι θεωρούν ότι η ψυχοπάθεια και η επιληψία είναι παθήσεις και όχι υπερφυσικά φαινόμενα και ότι πρέπει να θεραπεύονται από γιατρούς και όχι ιερείς⁶.

Ψυχιατρικές διαταραχές αναφέρονται σε όλες τις αρχαίες φιλολογίες και προπάντων την ελληνική, στον Όμηρο και τις αττικές τραγωδίες. Παραδείγματα, η μανιοκαταθλιπτική κρίση του Αϊάντα και η ανάλογη διαταραχή του Ηρακλή "μαινόμενου" και η ψυχογενής ανικανότητα του Ιφίκλου. Στην αρχαία ελληνική μυθολογία τα κακά πνεύματα αντιπροσωπεύονται από τις θεές Μανία και Λύσσα⁴.

Όσον αφορά τη θεραπεία, οι Αρχαίοι Έλληνες και Κινέζοι ήταν αυτοί που ξεκίνησαν μια νέα, πιο λογική αντιμετώπιση αυτών των ασθενειών. Ο Ιπποκράτης, (460 π.χ.-360 π.χ.) ο κατά την παράδοση απόγονος του θεού Ασκληπιού, μαθήτευσε στο Ασκληπιείο της Κω τον 4^ο π.Χ. αιώνα. Δεν ικανοποιήτω με την εξήγηση των "υπερφυσικών δυνάμεων" και απέδειξε ότι η αρχή όλων των νόσων ήταν κάποια διαταραχή της βιολογικής λειτουργίας του ανθρώπινου σώματος. Για την επιληψία, η οποία τότε ονομαζόταν "η ιερή νόσος" της ανθρωπότητας ο Ιπποκράτης είχε κάνει το εξής σχόλιο, όπως αναφέρεται σε έγγραφο των Zilborg και Henry (1941) : "Εάν ανοίξεις το κεφάλι (ενός επιληπτικού) θα δεις τον εγκέφαλο υγρό, γεμάτο ιδρώτα και δύσοσμο. Έτσι θα καταλάβεις πως δεν είναι από κάποιο θεό αλλά από αρρώστια"^{4,5}.

Η επιτυχία του Ιπποκράτη ήταν τριπλή. Πρώτον, επέβαλε στον εαυτό του την **συνεχή παρατήρηση** των ψυχιατρικών ασθενών και την **αντικειμενική καταγραφή** της συμπεριφοράς των. Δεύτερον, ανέπτυξε την πρώτη **βιογενετική θεωρία των ανώμαλων συμπεριφορών** ότι οι περισσότερες ψυχικές διαταραχές οφείλονται σε κάποια ανώμαλη έκκριση, σύσταση ή θερμοκρασία των "χυμών" του σώματος, που τους προσδιόρισε σε τέσσερις – το αίμα, τη λέμφο, την κιτρίνη και τη μαύρη χολή. Περίσσεια αίματος προκαλούσε απότομες αλλαγές στη διάθεση (αιματώδης χαρακτήρας), περίσσεια λέμφου προκαλούσε την αδιαφορία και τη νωθρότητα (λεμφατικός χαρακτήρας), περίσσεια μαύρης χολής προκαλούσε τη μελαγχολία και κίτρινης χολής τον εκνευρισμό (χολερικός χαρακτήρας)^{4,5}.

Η κατάθλιψη ονομάστηκε "μελαγχολία" από τον Ιπποκράτη, επειδή πίστευε ότι την προκαλούσε η επίδραση της μαύρης χολής στο μυαλό. Τη χαρακτηρίζει κυρίως το αίσθημα της λύπης αλλά και όλα τα άλλα αρνητικά συναισθήματα όπως: άγχος και συναισθήματα ενοχής, τύψεις, θυμός, μίσος, ανία, κούραση, απελπισία, φόβος και συναισθήματα που δηλώνουν ψυχικό πόνο και απαισιοδοξία⁴.

Ο Ιπποκράτης ταξινομήσε τις διανοητικές διαταραχές σε 3 κατηγορίες : α) τη μανία (ανώμαλος ενθουσιασμός)

β) τη μελαγχολία (ανώμαλη απόρριψη)

γ) τη φρενίτιδα (τον πυρετό του εγκεφάλου)^{5,6}.

Τρίτον, η θεραπευτική του αντιμετώπιση αποτελείτο από ανάπαυση, φυσική άσκηση, σωστή διατροφή, αποχή από σεξουαλική επαφή και λήψης αλκοόλ και υποστήριξη των ψυχιατρικά ασθενών, καθώς και αφαιμάξεις, καθαρτικά, εμετικά, ιαματικά λουτρά, μουσική και ταξίδια. Στη συνέχεια, πολλοί γιατροί ακολούθησαν το παράδειγμά του και ασχολήθηκαν σοβαρά με την ψυχιατρική όπως ο Γαληνός (130-200 μ.Χ.) ο οποίος ήταν και ο πρώτος χριστιανός γιατρός^{5,6}.

2. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Σύμφωνα με τους υπολογισμούς του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Π.Ο.Υ.) περισσότεροι από 350 εκατομμύρια άνθρωποι σε όλο τον κόσμο πάσχουν από κατάθλιψη, και ο αριθμός αυτός συνεχώς αυξάνεται. Στη χώρα μας ο αριθμός αυτός υπολογίζεται σε 540.000 άτομα, κάθε χρονική στιγμή. Από τους ασθενείς αυτούς, σε ένα ποσοστό 75% περίπου, δεν γίνεται διάγνωση της κατάθλιψης επειδή είτε προσφεύγουν για βοήθεια σε γιατρούς που δεν έχουν εμπειρία σε θέματα ψυχικής υγείας, είτε δεν αναγνωρίζουν την κατάστασή τους ως πρόβλημα υγείας, με αποτέλεσμα βέβαια να μην υποβάλλονται σε θεραπεία.

Η κατάθλιψη είναι, αρκετά συχνά, μια πολύ δυσάρεστη βιωματική εμπειρία για τον πάσχοντα, η οποία πολλές φορές τον κάνει να βλέπει τον θάνατο σαν λύτρωση. Παράλληλα με το δυσβάστακτο ψυχικό πόνο που προκαλεί, δημιουργεί και ένα σημαντικό κοινωνικό και οικονομικό κόστος, αφού κατά κανόνα προσβάλλει τις παραγωγικές ηλικίες⁷.

Η μείζων κατάθλιψη αποτελεί το μεγαλύτερο ψυχιατρικό πρόβλημα για τις Η.Π.Α. όπου υπολογίζεται ότι το ποσοστό της νόσου κατά οποιοδήποτε χρονικό διάστημα ενός μηνός αγγίζει το 4% για τον αντρικό και το 6% για τον γυναικείο πληθυσμό. Σύμφωνα με την έρευνα των Blazer, Kessler, Mc Gonagle et al. (1994) η πιθανότητα εκδήλωσης της νόσου κατά οποιοδήποτε χρονικό διάστημα στη ζωή του ατόμου, στις ΗΠΑ, υπολογίζεται 17%. Η κατάθλιψη έχει τη δεύτερη θέση, μετά τη σχιζοφρένεια. Στοιχεία από ιδιώτες ιατρούς αναφέρουν ότι 12%-48% της πελατείας τους πάσχει από κατάθλιψη και ότι αυτοί οι ασθενείς απουσιάζουν κατά μεγαλύτερο ποσοστό από τη δουλειά τους και παραμένουν περισσότερο χρόνο στο κρεβάτι σε σχέση με ασθενείς που πάσχουν από άλλες νόσους όπως σακχ. διαβήτη ή αρθρίτιδα (Wells, Stewart, Hays et al.,) 1989)⁵.

Το Εθνικό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας, μέσω του προγράμματος ECA (Epidemiological Catchment Area) εκτίμησε την εμφάνιση ψυχικών διαταραχών σε ενήλικες άνω των 18 ετών στις ΗΠΑ και ανακοίνωσε τα

εξής αποτελέσματα : για την μείζων κατάθλιψη 5,8%, για την δυσθυμία 3,3% και για την διπολική διαταραχή 1,2%. Επίσης υπολόγισε ότι 1 στους 12 ενήλικες στις ΗΠΑ θα νοσήσει από μια από τις προαναφερθέντες νόσους, ανά οποιοδήποτε χρονικό διάστημα της ζωής του, τουλάχιστον 1 φορά. Τα στοιχεία του προγράμματος ECA αναφέρουν ότι το 31% των ασθενών που πάσχουν από διαγνωσμένη πλέον κατάθλιψη ανέφεραν τις ψυχικές διαταραχές που βίωναν σε κάποιο προσωπικό της υγείας, τους προηγούμενους 6 μήνες από τη διάγνωση και / ή είχαν νοσηλευθεί το προηγούμενο έτος. Παρόλα αυτά μόνο 1 στους 4 δέχθηκε θεραπεία από ειδικευμένο προσωπικό, που σημαίνει ότι 3 στους 4 που πάσχουν με κατάθλιψη δεν λαμβάνουν καμία απολύτως θεραπεία⁸.

Το ποσοστό εμφάνισης και η πιθανότητα εκδήλωσης ψυχικής νόσου αυξάνεται στις μεγαλύτερες ηλικίες όπως και στο γυναικείο παρά το αντρικό φύλλο. Η ερευνά των Copeland, JRM, Beekman A.T.F., Dewey ME et al (1999) που διεξήχθη σε διάφορες χώρες της Ευρώπης παρουσίασε τα εξής αποτελέσματα για την κατάθλιψη στον γενικό πληθυσμό ηλικίας άνω των 65 ετών⁹.

	<i>Διαγνωσμένη Κατάθλιψη</i>	<i>Διαγνωσμένες υπό μορφές κατάθλιψης</i>	<i>ΣΥΝΟΛΟ</i>
Amsterdam	12.0	18.4	30.4
Berlin	16.5	15.1	31.6
Dublin	11.9	9.5	21.4
London	17.3	20.6	37.9
Liverpool	10.0	11.4	21.4
Iceland	8.8	8.9	17.7
Munich	23.6	11.2	34.8
Verona	18.3	17.8	36.1
Zaragoza	10.7	9.9	20.6

Η ίδια έρευνα έδωσε τα εξής στοιχεία, για το ίδιο δείγμα, ανά φύλο⁹ :

		Διάγνωση: Κατάθλιψη	Διάγνωση: Υπό - μορφές κατάθλιψης	ΣΥΝΟΛΟ
Amsterdam	♀	15.3	20.6	35.9
	♂	6.6	14.8	21.4
Berlin	♀	19.4	16.7	36.1
	♂	13.6	13.6	27.2
Dublin	♀	12.6	8.6	21.2
	♂	10.6	11.6	22.2
London	♀	19.2	15.5	34.7
	♂	14.3	24.0	38.3
Liverpool	♀	11.6	12.8	24.4
	♂	7.6	9.0	16.6
Iceland	♀	10.8	10.2	21.0
	♂	5.7	6.9	12.6
Munich	♀	22.3	10.5	32.8
	♂	28.2	13.4	41.6
Verona	♀	26.4	20.8	47.2
	♂	5.2	13.0	18.2
Zaragoza	♀	14.8	9.7	24.5
	♂	6.2	10.1	16.3

Όπως υποστηρίζεται και από τις έρευνες του ECA η μονοπολική διαταραχή έχει ποσοστό εμφάνισης 7% στις γυναίκες ενώ μόνο 2.6% στους άνδρες, ενώ στην περίπτωση της διπολικής διαταραχής τα ποσοστά κυμαίνονται στο ίδιο επίπεδο (0.9% για γυναίκες και 0.7% για άνδρες)². Παρατηρήθηκαν και διαφορές λόγω εθνικότητας, όσον αφορά την συχνότητα εμφάνισης της νόσου στον πληθυσμό : στον μαύρο πληθυσμό το ποσοστό για την μονοπολική κατάθλιψη είναι 3.1%, για τους ισπανόφωνους 4.4% και για τους λοιπούς λευκούς 5.1% ενώ για την διπολική διαταραχή οι αναλογίες είναι 1% για τον μαύρο πληθυσμό, 0.7% για τους ισπανόφωνους και 0.8% για τους λευκούς. Για τη δυσθυμία, πρώτοι έρχονται οι ισπανόφωνοι με 4%, οι λευκοί με 3.3% και ο μαύρος πληθυσμός με 2.5%².

3. ΘΕΩΡΙΕΣ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

3.1 Ψυχοαναλητικές & Ψυχοδυναμικές Θεωρίες

Ο S. Freud στην έκθεσή του "Θρήνος και Μελαγχολία" (1917), προσπαθώντας να εξηγήσει το μηχανισμό πρόκλησης της κατάθλιψης, ξεκίνησε από τη μελαγχολία. Σύμφωνα με αυτόν τα μελαγχολικά άτομα έχουν στερηθεί την ικανοποίηση του στοματικού σταδίου στην παιδική ηλικία.

Όταν ένα άτομο συνειδητοποιεί ότι το αντικείμενο που του προκαλεί τον πόνο είναι αυτό που από το οποίο εξαρτάται, δηλαδή αυτός που του παρέχει φροντίδα, το άτομο (παιδί) νιώθει θυμό ο οποίος θυμός υποσυνείδητα σχετίζεται με την ανάγκη εκπλήρωσης της στοματικής ικανοποίησης. Με την πάροδο του χρόνου το άτομο στρέφει τον θυμό προς τον εαυτόν του αντί προς το αιτιών άτομο και έτσι η όλη προσωπικότητα γίνεται αρνητική και καταθλιπτική, η οποία αποτελεί εξωτερική έκφραση της εσωτερικής υποσυνείδητης διαμάχης¹⁰.

Οι Rado (1964), Bibring (1953) και Jacobson (1964), συμπληρώνοντας την κλασική ψυχαναλυτική ερμηνεία, επισήμαναν ότι δεν είναι αναγκαίο να υπάρχει μια αντικειμενική απώλεια για να επέλθει κατάθλιψη. Κάτι το αρνητικό σε σχέση με το ναρκισσισμό του, δηλαδή με την αγάπη και την εκτίμηση που τρέφει καθένας για το άτομό του, μια απογοήτευση ή αποτυχία θα κλονίσει σοβαρά το συναίσθημα του αυτοσεβασμού, μπορεί να παραλύσει την ικανότητα ενός ατόμου για δράση με αποτέλεσμα μια ανακλητική κατάθλιψη⁴. Ο Mendelson (1967) πίστευε πως η κατάθλιψη οφείλεται στην κατάρρευση του εγώ και της αυτοπεποίθησης λόγω κάποιας απώλειας ή απογοήτευσης^{10,11}.

Οι Kretschmer (1925) και Schneider (1958) αναγνωρίζουν ότι η κατάθλιψη μπορεί να υπάρχει καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής του πάσχων και στο σύγγραμμά του "Φυσική Κατάσταση και Χαρακτήρας" ο Kretschmer ξεχώρισε τα άτομα με κυκλικό ταμπεραμέντο (μανιακή

και καταθλιπτική φάση) από αυτούς με ``ήπια μελαγχολία`` στους οποίους παρατήρησε τα ακόλουθα χαρακτηριστικά :

``μία πρόσμιξη στεγνής ακεφιάς, υποχονδριακής και επιθετικής συμπεριφοράς προς τον κόσμο και όλη την ανθρωπότητα, απότομη και νευρική διάθεση ...συνοφρυωμένη και σκυθρωπή απαισιοδοξία ...(και) επιφυλακτική, κακή διάθεση``.

Ο Schneider περιέγραψε τα άτομα που πάσχουν από ``καταθλιπτική ψυχοπάθεια`` ως εξής:

``ήσυχια, συνεχώς απαισιόδοξα, σοβαρά, χωρίς την ικανότητα να διασκεδάσουν. Η γαλήνη και η ηρεμία φαίνεται ως κάτι ανούσιο ενώ ο πόνος και η οδύνη ως αρετή. Δίνουν μεγάλη σημασία στην λεπτομέρεια και είναι καταπιεστικά αλλά συγχρόνως ευαίσθητα άτομα``. Ο Schneider έκανε ένα διαχωρισμό μεταξύ της καταθλιπτικής προσωπικότητας και της ενδογενούς κατάθλιψης την οποία συσχέτισε περισσότερο με τις φάσεις μανίας και κατάθλιψης απορρίπτοντας έτσι την ιδέα ότι η καταθλιπτική προσωπικότητα είναι η ακραία μορφή έκφρασης της κατάθλιψης. Αυτή η προσωπικότητα οφείλεται σε πρώιμους ερεθισμούς που προδιαθέτουν το άτομο να γίνει αρνητικό και απαισιόδοξο¹⁰.

3.2 Θεωρίες της Γνωστικής Συμπεριφοράς

Πολλοί επιστήμονες έχουν μελετήσει το μηχανισμό δημιουργίας της κατάθλιψης βασιζόμενοι στη συμπεριφορά του ατόμου. Ο Ferster (1978, 1981) δηλώνει ότι το καταθλιπτικό άτομο μπορεί να παρουσιάζει τη νόσο ανά χρονικά διαστήματα κατά τα οποία δέχεται αρνητικά ερεθίσματα και απομόνωση από το κοινωνικό του περιβάλλον χωρίς τα αντίστοιχα θετικά ερεθίσματα με τα οποία θα μπορούσε να διατηρήσει την ψυχική του ισορροπία. Ξεκινώντας από την παιδική ηλικία όπου τα αρνητικά ερεθίσματα αδυνατούν να καλύψουν τις ανάγκες του ατόμου (όπως η αδιαφορία της μητέρας προς το παιδί) καλλιεργείται η πίστη ότι το περιβάλλον δεν έχει να προσφέρει τίποτα στο άτομο το οποίο γίνεται απαισιόδοξο.

Ο Ferster σχολιάζει και το ρόλο του θυμού στην κατάθλιψη. Όπως και οι ψυχαναλυτές, αναγνωρίζει ότι ο θυμός είναι ένα συστατικό αυτής της συναισθηματικής διαταραχής αλλά εξηγεί ότι η εκδήλωση θυμού συχνά αποφεύγεται από τον πάσχων λόγω της αρνητικής αντίδρασης του περιβάλλοντος προς το θυμό επομένως συγκρατείται αυτό το αίσθημα και το αποτέλεσμα είναι η περαιτέρω απομόνωση του πάσχων από το κοινωνικό σύνολο και η έλλειψη υποστηρικτών αυτού¹⁰.

3.3 Γενετική Θεωρία

Υποστηρίζεται ότι οι συναισθηματικές διαταραχές είναι σε ένα μεγάλο βαθμό κληρονομικές. Προσπάθειες να γίνει κατανοητός ο μηχανισμός της κληρονομικότητας εμποδίστηκαν από την πολύπλοκη φύση του φαινοτύπου, που μπορεί να κυμανθεί μεταξύ του καλοήθους θυμικού μέχρι τη χρόνια ψύκωση και από τον φαινομενικώς μη μεντελιανό τρόπο μεταδόσεως.

Πρώιμες αναφορές συνδέσεως με χρωμοσωμικά focus αμφισβητήθηκαν, παρόλα αυτά αυτές βοήθησαν για να ενθαρρύνουν την ανάπτυξη περισσότερο πολύπλοκων μεθόδων για την ανάλυση των φαινοτύπων. Αναφέρθηκε σύνδεση της μανιοκαταθλιπτικής νόσου με focus επάνω στο χρωμόσωμα 18 και φαινομενικώς αναταράχθηκε. Οι εργασίες προχωρούν για να αναγνωρισθούν γονίδια. Μόλις οι μοριακοί μηχανισμοί της κληρονομικότητας αποσαφηνισθούν θα είναι σημαίνον να αναλογισθούν οι ηθικές προεκτάσεις του γενετικού ελέγχου στην κλινικώς και γενετικώς πολύπλοκη διαταραχή όπως είναι η μανιοκαταθλιπτική νόσος¹².

Μελέτες με διδύμους και οικογένειες διδύμων ή ατόμων που έχουν υιοθετηθεί 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 έως 18%, για τις γυναίκες 7 έως 32%. Κατά μια παλαιότερη μελέτη του Κάλμαν ο βαθμός κληρονομικότητας για μεν τα μονοζυγωτικά δίδυμα αδέρφια κυμαίνεται από 66% έως 96% για δε τα διζυγωτικά και άλλα αδέρφια από 20% έως 25%⁴.

3.4 Ιδιοπαθής Θεωρία

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

Λίγο αργότερα, ο Αμερικανός William Sheldon χρησιμοποιώντας ανθρωπομορφικές μετρήσεις, ξαναπαρουσίασε τον πυκνοειδή τύπο ως **ενδομορφικό** ή **σπλαχνοτονικό**, τον ασθενικό ως **εκτομορφικό** ή **εγκεφαλικό** και τον αθλητικό τύπο ως **μεσομορφικό** ή **σωματοτονικό**, αφήνοντας τον όρο για τον δυσπλαστικό τύπο αμετάβλητο^{4,13}.

3.5 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 μια υπερβολική δραστηριότητα των ίδιων ουσιών ' και η ινδολαμινική υπόθεση, που αποδίδει τις διαταραχές αυτές σε ανωμαλίες του μεταβολισμού της σεροτονίνης. Αλληλοσυγκρουόμενα εργαστηριακά ευρήματα, όμως, οδηγούν στο συμπέρασμα ότι και οι δύο υποθέσεις υπεραπλουστεύουν τα πράγματα^{4,13}.

4. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΣΥΜΒΑΛΟΥΝ ΣΤΗΝ ΕΝΑΡΞΗ ΚΑΙ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Οι διάφορες θεωρίες που έχουν αναπτυχθεί από διάφορους επιστήμονες αδυνατούν να προσδιορίσουν την ακριβή αιτιολογία της κατάθλιψης. Υπάρχουν ορισμένοι παράγοντες που συμβάλλουν είτε στην έναρξη είτε στην πιο έντονη εκδήλωση της νόσου. Γνωρίζουμε ότι οι ομάδες κινδύνου είναι οι ηλικιωμένοι, οι γυναίκες και οι έφηβοι.

α) Οι **γυναίκες** είναι κατά 2 έως 3 φορές πιο ευάλωτες σ' αυτήν την νόσο απ' ότι οι άντρες. Ορισμένοι ερευνητές υποστηρίζουν πως αυτό οφείλεται στο ότι οι γυναίκες εκδηλώνουν πιο εύκολα και έντονα τα αισθήματά τους, από το αντίθετο φύλο, είναι πιο μεγάλο το ποσοστό του γυναικείου πληθυσμού που θα ζητήσει ιατρική φροντίδα σε σχέση με το ανδρικό φύλο, οι γυναίκες επηρεάζονται, οκέφτονται και φαντάζονται διάφορα σενάρια και εκδοχές εάν τους απασχολεί κάποιο πρόβλημα με αποτέλεσμα να "προκαλούν" την έναρξη κάποιας συναισθηματικής νόσου ενώ οι άνδρες αποσπούν την προσοχή τους από το πρόβλημα και επικεντρώνονται στους στόχους τους. Τέλος, ερευνάται και η πιθανότητα να γίνεται λάθος από τον ιατρό ο οποίος καταφεύγει, λόγω των προηγούμενων αιτιών, στη διάγνωση της κατάθλιψης πολύ πιο εύκολα στις γυναίκες παρά στους άνδρες^{8,13,14}.

β) Οι εκ φύσεως **ενδοκρινικές διαφορές** που παρουσιάζουν οι γυναίκες παίζουν, αναμφισβήτητα, ένα σημαντικό ρόλο. Συγκεκριμένα το προεμμηνορυσιακό σύνδρομο (PMS – Premenstrual Syndrome) είναι μια κατάσταση όπου οι διαταραχές του συναισθήματος και της διάθεσης συμβαίνουν παροδικά στην δεύτερη, εκκριτική, φάση του ενδομήτριου κύκλου. Σύμφωνα με το Εθνικό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας των ΗΠΑ το PMS συμβαίνει όταν η ένταση των συμπτωμάτων (εκνευρισμός, άγχος, πονοκέφαλος, κατακράτηση ύδατος και οίδημα, οσφυαλγία) αυξάνεται κατά 30% τουλάχιστον επί 2 συνεχόμενους μήνες¹⁴. Ποιος είναι ο μηχανισμός του PMS ; Οι ορμόνες οιστραδιόλη και προγεστερόνη, σχετίζονται με τα καταθλιπτικά συμπτώματα στον εμμηνορυσιακό κύκλο

όπου παρατηρούνται υψηλές συγκεντρώσεις στο πλάσμα σε μια η και τις δύο ορμόνες κατά την εκκριτική φάση όπου τα συμπτώματα ήταν πολύ πιο έντονα σε υψηλές συγκεντρώσεις της οιστραδιόλης. Τα καταθλιπτικά συμπτώματα δεν σχετίζονται με τις ορμόνες της υπόφυσης. Φυσιολογικά επίπεδα οιστραδιόλης, αρκετά να προκαλέσουν την έναρξη πρώιμης σεξουαλικής ανάπτυξης σχετίζονται με αύξηση των συμπτωμάτων της κατάθλιψης και αναμενόμενη πτώση στην ζωηρή και αυθόρμητη συμπεριφορά¹⁴.

γ) Η κατάθλιψη που εμφανίζεται μετά τον τοκετό ή **επιλόχειος κατάθλιψη** αναφέρεται στην συναισθηματική διαταραχή



που βιώνουν οι γυναίκες κατά το πρώτο έτος μετά τον τοκετό. Η διάγνωση είναι δύσκολη γιατί εκδηλώνεται με ποικιλία σημείων και συμπτωμάτων όπως : κλάμα, εκνευρισμός, άγχος, κεφαλαλγίες και έλλειψη ενδιαφέροντος για συνουσία. Σύμφωνα με τη μελέτη του Sharp D (1996) ένα ποσοστό 10-15% των γυναικών στο Ηνωμένο Βασίλειο πάσχει από επιλόχειο κατάθλιψη. Να διευκρινισθεί

ότι αυτή η κατάθλιψη διαφέρει από τη στενοχώρια και ακεφιά που εκδηλώνουν πολλές μητέρες τις πρώτες μέρες μετά τον τοκετό τα λεγόμενα "baby blues" και οφείλονται (οι μεταβολές του συναισθήματος, κλάμα) στις ορμονικές αλλαγές ιδίως στην πτώση των οιστρογόνων και προγεστερόνης. Επίσης, η επιλόχειος κατάθλιψη πρέπει να διαφορογιγνώσκεται από την επιλόχειο ψύχωση (puerperal psychosis) που απασχολεί 1: 1000 γυναίκες και προκαλεί σύγχυση, διαταραχές της

σκέψης, σκέψεις πρόκλησης βλάβης στο μωρό ή ακόμα και στην ίδια τη μητέρα¹⁵.

Στις ΗΠΑ υπολογίζεται ότι 12% έως 20% των μητέρων με παιδιά κάτω των 5 ετών πάσχουν από κατάθλιψη. Ο κίνδυνος εμφάνισης είναι μεγαλύτερος για τις μητέρες που είναι φτωχές, έχουν χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο, χωρίς σύζυγο, πρόσφυγες, δυστυχισμένες με το γάμο τους ή τις συνθήκες διαβίωσης και για όσες έχουν παιδί με μόνιμη ή παροδική αναπηρία και δεν έχουν βοήθεια από το περιβάλλον τους. Όσες μητέρες πάσχουν από κατάθλιψη είναι πιο τιμωρητικές, θεωρούν τα παιδιά τους ως βάρος και δύσκολα στην περιποίηση και νιώθουν πως έχουν χάσει τον έλεγχο της ζωής τους¹⁶.

Επιδημιολογικές μελέτες έδειξαν ότι το μεγαλύτερο κίνδυνο για έναρξη της μείζων κατάθλιψης τον παρουσιάζουν οι γυναίκες στις αναπαραγωγικές ηλικίες 18-44. Αυτά τα ευρήματα ισχύουν από μελέτες ανά διάφορους πολιτισμούς. Τα παιδιά καταθλιπτικών γονέων παρουσιάζουν δύο έως τρεις φορές περισσότερες πιθανότητες ανάπτυξης μείζων καταθλιπτικής διαταραχής καθώς και επιμένων συμπεριφορικά, ιατρικά και κοινωνικά προβλήματα¹⁷.

Η αριστερή μετωπιαία εγκεφαλική περιοχή εξειδικεύεται για την έκφραση θετικών συναισθημάτων (π.χ. χαρά) ενώ η δεξιά για τα αρνητικά συναισθήματα (π.χ. λύπη). Οι καταθλιπτικοί ενήλικες παρουσιάζουν μειωμένη αριστερά μετωπιαία ηλεκτροεγκεφαλική δραστηριότητα. Σε μελέτη του Πανεπιστημίου της Washington (1997) βασική μετωπιαία και βρεγματική ΗΕΓραφική δραστηριότητα καταμετρήθηκε σε βρέφη ηλικίας 13 έως 15 μηνών από καταθλιπτικές και μη μητέρες, μεσαίας τάξεως, χωρίς άλλα μείζονα ψυχιατρικά προβλήματα. Τα βρέφη των μητέρων με μείζονα κατάθλιψη παρουσίαζαν μειωμένη αριστερά μετωπιαία ΗΕΓραφική δραστηριότητα και ακόμη πιο χαμηλά επίπεδα από ότι αυτά των μητέρων με υποουδική κατάθλιψη¹⁸.

Τα βρέφη καταθλιπτικών μητέρων σταματούν να εκπέμπουν συναισθηματικά σήματα και προσπαθούν να παρηγορήσουν τον εαυτό τους με πράξεις όπως το πιπίλισμα ή την ρυθμική κίνηση. Τα βρέφη θα

κάνουν επανειλημμένες προσπάθειες για κάποιο χρονικό διάστημα να "διορθώσουν" αυτό τον δεσμό αλλά η συνεχή απόρριψη θα έχει ως αποτέλεσμα να μάθει το βρέφος να ικανοποιείται από τις δικές του πηγές. Έτσι το βρέφος νιώθει ότι αδυνατεί να ελκύσει την προσοχή άλλων, ότι η μητέρα είναι αναξιόπιστη και ο κόσμος το ίδιο. Στο βρεφικό στάδιο το παιδί παρουσιάζει υπνηλία, ανορεξία και εκφράζει την ένταση που νιώθει κουλουριάζοντας και τεντώνοντας την ράχη του. Ως νήπιο, ενδιαφέρεται λίγο για τα παιχνίδια. Καθώς μεγαλώνει, η ανάπτυξή του είναι πτωχή, παρουσιάζει χαμηλή επίδοση στις γνωστικές λειτουργίες, έχει προβλήματα συμπεριφοράς και μεγαλύτερες πιθανότητες να υποστεί κάποιο ατύχημα⁵.

Τα βρέφη αυτά ενοχλούνται λιγότερο εάν αποχωρισθούν από τη μητέρα τους σε σχέση με τα βρέφη μη-καταθλιπτικών μητέρων, παρουσιάζουν λιγότερα κίνητρα και ενδιαφέρον να εξερευνήσουν το περιβάλλον τους, προτιμούν τις λιγότερο απαιτητικές εργασίες και καταπιέζουν τον θυμό και άγχος που νιώθουν εάν τους χυθεί το φαγητό τους ή σπάσουν κάποιο παιχνίδι. Ο φαύλος κύκλος δημιουργείται όταν οι καταθλιπτικές μητέρες γνωρίζουν ότι η συμπεριφορά τους επηρεάζει το παιδί τους και νιώθουν τύψεις γι' αυτό. Ο σύζυγος, όμως, δεν μένει ανεπηρέαστος από αυτή την κατάσταση εάν είναι παρόν, γιατί η απουσία λόγω εργασίας η οποία απαιτεί ταξίδια ή πολλές ώρες εργασίας, μπορεί να πυροδοτεί ή να τροφοδοτεί την κατάθλιψη. Προβλήματα δημιουργούνται μεταξύ του ζευγαριού το οποίο συνεχώς τσακώνεται και έτσι δημιουργείται ένα άσχημο περιβάλλον για τα πάσχων άτομα. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι οι γυναίκες που επιστρέφουν στην εργασία τους σύντομα μετά τον τοκετό παρουσιάζουν μειωμένο ποσοστό επιλόχειου κατάθλιψης.

Τέλος, αν και εκλυτικοί παράγοντες είναι η απομόνωση και η μη-προγραμματισμένη εγκυμοσύνη, γυναίκες που ζουν σε ευχάριστο κοινωνικό και οικογενειακό περιβάλλον και επιθυμούσαν την εγκυμοσύνη, μπορεί να παρουσιάσουν επιλόχειο κατάθλιψη¹⁵.

δ) Ορισμένοι **κοινωνικοί παράγοντες** είναι η επαγγελματική αποκατάσταση, η κοινωνικο-οικονομική θέση, ο τόπος κατοικίας (επαρχία ή πόλη) και εάν το άτομο είναι παντρεμένο, διαζευγμένο ή σε άλλη κατάσταση².

ε) Σχετικά με τη **συζυγική κατάσταση** η ερευνά του ECA, μια επιδημιολογική μελέτη που οργανώθηκε από το Εθνικό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας των ΗΠΑ, κατέληξε στα εξής :

- Οι διπολικές διαταραχές είναι πιο συχνές σε άτομα που συζούν, έχουν ιστορικό διαζυγίου (ανεξαρτήτως από την παρούσα συζυγική κατάσταση) ή δεν έχουν παντρευτεί ποτέ, σε σχέση με άτομα τα οποία είναι παντρεμένα ή χήροι χωρίς ιστορικό διαζυγίου.
- Για την μείζων κατάθλιψη επικρατεί μια παρόμοια σχέση αλλά όχι τόσο απόλυτη. Εάν ληφθεί υπόψη η παρούσα συζυγική κατάσταση, ανεξαρτήτως από οποιαδήποτε κατάσταση του παρελθόντος ή διαζύγιο, οι άντρες και γυναίκες οι οποίοι είναι σε διάσταση ή χωρισμένοι έχουν τις μεγαλύτερες πιθανότητες εμφάνισης για μείζων κατάθλιψη και διπολικές διαταραχές.

Γιατί όμως οι παντρεμένοι παρουσιάζουν τις λιγότερες πιθανότητες εκδήλωσης κάποιας μονοπολικής ή διπολικής διαταραχής;

Ο γάμος είναι μια προστατευτική ασπίδα στις καθημερινές πιέσεις που δέχεται το άτομο, το οποίο τις μοιράζεται με τον/την σύζυγο και εάν ο γάμος προσφέρει πλήρη ικανοποίηση απουσιάζουν εντελώς τυχόν άλλοι διαπροσωπικοί παράγοντες που θα μπορούσαν να ταράξουν την ψυχική υγεία. Ο γάμος, όμως, με κάποιο άτομο που πάσχει από κατάθλιψη έχει πολλές πιθανότητες να διαλυθεί είτε από το ψυχικά υγιές άτομο το οποίο θα πιέζεται από το πρόβλημα του συζύγου ή από το ψυχικά άρρωστο άτομο το οποίο θα ζηλεύει ή θα ρίχνει την ευθύνη στο ταίρι του, ιδίως όταν υπάρχουν και άλλα προβλήματα όπως χαμηλή σεξουαλική επιθυμία (LSD) το οποίο είναι ένα εξαιρετικά σύμπλοκο πρόβλημα τόσο στην εκτίμηση όσο και στην θεραπεία. Στην έρευνα (1997) όπου έγινε σύγκριση σε άτομα με και χωρίς LSD, τα αποτελέσματα δείχνουν ότι τα άτομα με LSD έχουν προβλήματα

προσαρμογής στο γάμο και παρουσιάζουν ένα μέσο επίπεδο άγχους και ένα χαμηλό επίπεδο καταθλίψεως^{2,19,20}.

Η κατάθλιψη συνδέεται με την απώλεια θέλησης, του σκοπού και νοήματος της ύπαρξης του ανθρώπου, η ζωή φαίνεται ανούσια και το άτομο δεν φροντίζει ούτε την ψυχική ούτε την υλική του σφαίρα. Η διαταραχή της πίστης και η απομάκρυνση του ατόμου από την εκκλησία (εάν έπαιξε σημαντικό ρόλο για το άτομο) προκαλεί διάφορες συναισθηματικές διαταραχές¹.

στ) Μια έρευνα που διεξήχθη το 1998 στις ΗΠΑ διερεύνησε τον παράγοντα της θρησκείας και συγκεκριμένα τη σχέση μεταξύ ``ενδογενούς`` και ``εξωγενούς`` **θρησκευτικού προσανατολισμού** και καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε 95 Αμερικανούς κορεατικής καταγωγής που ήσαν μέλη τεσσάρων κορεατικών εκκλησιών στη νοτιοανατολική περιοχή. Οι άνθρωποι που αποτελούσαν το δείγμα ήσαν μετανάστες μεταξύ 30 και 53 ετών, οι οποίοι διέμεναν στις Ηνωμένες Πολιτείες για 29 χρόνια ή και λιγότερο. Αυτοί συμπλήρωσαν Κορεατική Διασκευή της Κλίμακας Θρησκευτικού προσανατολισμού Allport-Ross και το ερωτηματολόγιο καταθλίψεως του Beck το οποίο μετρά τη σοβαρότητα της κατάθλιψης (BDI-Beck Depression Inventory). Τα αποτελέσματα της σχετικής αναλύσεως έδειξαν ότι τα καταθλιπτικά συμπτώματα σχετιζόνταν αρνητικά με ``ενδογενή`` θρησκευτικό προσανατολισμό ενώ σχετιζόνταν θετικά με ``εξωγενή`` θρησκευτικό προσανατολισμό. Μια ιεραρχική στρατηγική στην πολλαπλή παλινδρομική ανάλυση κατέδειξε ότι η εκπαίδευση, οικογενειακή και επαγγελματική κατάσταση ήταν σημαντικοί δείκτες. Βασισμένοι στα ευρήματα της μελέτης, οι συγγραφείς κάνουν προτάσεις για διαπολιτισμική, συμβουλευτική και μελλοντική έρευνα²¹.

Έναρξη Καταθλίψεως μεταξύ 130 γυναικών οι οποίες βίωσαν μια συγκλονιστική, σοβαρή εμπειρία η γεγονός¹³.

Περιγραφή γεγονότος	Αριθμός γυναικών	Ποσοστό με Κατάθλιψη
Γεγονός δεν ξεπερνά κάποια προηγούμενη αρνητική εμπειρία	35	46%
Γεγονός ξεπερνά κάποια προηγούμενη εμπειρία	95	14%
Γεγονός ισάξιο με προηγούμενη εμπειρία	40	40%
Γεγονός δεν είναι ισάξιο με προηγούμενη δέσμευση	90	14%

ζ) Το 1921 ο Kraepelin επισκέφθηκε το νησί της Ιάβας και κατά τη διαμονή του επισκέφθηκε διάφορα ψυχιατρικά νοσοκομεία. Παρατήρησε ότι η διαταραχή που είχε ονομάσει "μανιοκαταθλιπτική τρέλα" ήταν το ίδιο κοινή στο νησί όσο και στην Ευρώπη με τη μόνη διαφορά ότι εκδηλώνονταν πιο συχνά η μανιακή παρά η καταθλιπτική μορφή. Όταν συγκρίνονται οι συναισθηματικές διαταραχές μεταξύ διαφορετικών πολιτισμών παρουσιάζονται ορισμένα προβλήματα όπως αυτό του λεξιλογίου. Κάθε πολιτισμός έχει το δικό του τρόπο αντίληψης, περιγραφής και έκφρασης σωματικών και ψυχικών διαταραχών (Good & Kleinman, 1985 Katsching & Amerig, 1990) και ορισμένες φράσεις που υπάρχουν σε ένα πολιτισμό να απουσιάζουν από κάποιον άλλο. Π.χ. ορισμένες Αφρικάνικες φυλές έχουν μια λέξη για να εκφράσουν "θυμό" και "λύπη". Επομένως, οι ερωτήσεις που γίνονται για να τεθεί η διάγνωση ή για έρευνα πρέπει να είναι προσεκτικά τοποθετημένες.

π.χ. μια φυλή της Νιγηρίας χρησιμοποιεί τη φράση "η καρδιά αδυνατεί" για να εξηγήσει την κατάθλιψη. Έχουν διεξαχθεί πολλές έρευνες από τα χρόνια του Kraepelin για να καταλάβουν οι επιστήμονες την κατανομή των συμπτωμάτων και το ποσοστό εκδήλωσης αυτών ανά **φυλή και πολιτισμό.**

Δια-πολιτισμικές διαφορές στα συμπτώματα της κατάθλιψης:

Σύμπτωμα	Ευρωπαίοι	Μη-Ευρωπαίοι
Αισθήματα ενοχής	70%	30%
Αυτοκτονικός ιδεασμός	70%	40%
Σωματικές εκδηλώσεις	30%	58%

Ο πίνακας παρουσιάζει τα αποτελέσματα της έρευνας του Π.Ο.Υ. (1983) η οποία εξέτασε την συμπτωματολογία ασθενών με κατάθλιψη σε Καναδά, Ινδία, Ιράν, Ιαπωνία και Ελβετία²².

η) Οι κοινωνικές αλλαγές που δημιουργεί ο ίδιος ο άνθρωπος πιστεύοντας πως θα καλυτερεύσουν τον τρόπο και την ποιότητα ζωής, μάλλον βλάπτουν παρά οφελούν. Έρευνες έχουν δείξει ότι το ποσοστό της κατάθλιψης (και άλλων συναισθηματικών διαταραχών είναι εξαιρετικά χαμηλό σε κοινωνίες που διατηρούν και εφαρμόζουν τον **παραδοσιακό τρόπο ζωής** τους. Στη Νέα Γουινέα στη φυλή Kaluli η κατάθλιψη αποτελεί ανύπαρκτο γεγονός. Στην κοινότητα των Amish της Pennsylvania το ποσοστό της μείζων κατάθλιψης είναι τα 1/5 έως 1/10 του ποσοστού της κατάθλιψης των κατοίκων της Baltimore, απόσταση



100 χλμ. Αυτό οφείλεται στο ότι και οι δύο αυτές κοινότητες, Kaluli και Amish, είναι παραδοσιακές, ως προς τον τρόπο ζωής, με σταθερούς θεσμούς και δεσμούς. Η οικογένεια, η εκκλησία, τα ήθη και έθιμα είναι στοιχεία στα οποία πρέπει να βασίζεται ο άνθρωπος και εάν δεν δέχεται τις απαντήσεις του από αυτά, σιγά-σιγά εγκαθίσταται το αίσθημα της απελπισίας, αυξάνοντας τον κίνδυνο της κατάθλιψης⁵.

θ) Παρόλο που η κατάθλιψη θεωρείται ανεξάρτητη διαταραχή από πολλούς ερευνητές, η συχνή συνύπαρξη κατάθλιψης – **άγχους / αγωνίας** είναι τόσο κοινή που πολλοί πλέον θεωρούν ότι είναι η ίδια



κατάσταση με τη μόνη διάφορα στην ένταση και βαθμό έκφρασης. Το άγχος και η κατάθλιψη παρουσιάζουν πολλά κοινά χαρακτηριστικά, παρουσιάζουν όμως και κάποιες διαφορές όπως: στην κατάθλιψη ο πάσχων δεν έχει καθόλου θετικό συναίσθημα το οποίο, όμως, εμφανίζεται σε κατάσταση άγχους καθώς και την αυξημένη σωματική έγερση².

Άτομα τα οποία έχουν διαγνωσθεί ως πάσχοντες από ένα σύμπτωμα (κατάθλιψη ή άγχος) παρουσιάζουν αυξημένες πιθανότητες να εκδηλώσουν και το άλλο σύμπτωμα σε κάποιο χρονικό διάστημα της ζωής τους είτε συγχρόνως (ενδοεπισοδειακή συννοσηρότητα) είτε σε διαφορετικά χρονικά διαστήματα. Τα άτομα αυτά ανταποκρίνονται καλά στα ίδια αντικαταθλιπτικά φάρμακα (A. J. Fyer, Liebowitz, Klein, 1990), παρουσιάζουν τις ίδιες ενδοκρινικές διαταραχές (Heninger, 1990), στο οικογενειακό τους ιστορικό παρουσιάζουν αγχώδεις και καταθλιπτικές διαταραχές (Merikangus, 1990 Weissman, 1990)⁵.

Το Ευρωπαϊκό σύστημα ταξινόμησης νόσων (Διεθνής Κώδικας Νόσων – 10η Αναθεώρηση) ICD – 10 ταξινομεί αυτή την κατάσταση ως “αγχώδης κατάθλιψη” ενώ το Αμερικανικό σύστημα ταξινόμησης στην τέταρτη αναθεώρηση (DSM –IV) δεν ταξινομεί αυτή την μεικτή κατάσταση παρά προσπαθεί να διαχωρίσει μεμονωμένα το άγχος ή την κατάθλιψη. Ο κίνδυνος εδώ είναι ότι η απουσία σωστής διάγνωσης αυτής της μεικτής κατάστασης σημαίνει και τη παροχή της μη-σωστής θεραπείας ή πλήρης απουσία θεραπείας⁵.

Περίληψη συμπτωμάτων ξεχωριστά και κοινά ως προς τη άγχος και την κατάθλιψη⁵

Σύμπτωμα/Διαταραχή	Εκδήλωση σε κατάθλιψη	Εκδήλωση σε άγχος	Κοινό σε κατάθλιψη και άγχος
Συναισθηματική	Σοβαρού βαθμού θλίψη & απόγνωση Χαμηλό θετικό συναίσθημα	Μεγάλος φόβος & ένταση	Αρνητικό συναίσθημα Κλάμα Εκνευρισμός
Συμπεριφορά	Ψυχοκινητική καθυστέρηση Ανηδονία Απώλεια ενδιαφέροντος Αυτοκτονικός ιδεασμός και απόπειρα	Αυξημένη δραστηριότητα Διαταραχή της συμπεριφοράς	Μειωμένη δραστηριότητα Μειωμένη έναρξη αντιδράσεων Μείωση ενέργειας Αύξηση της εξάρτησης Χαμηλές κοινωνικές σχέσεις και ικανότητες
Σωματική	Μείωση συμπαθητικού ερεθισμού Μείωση όρεξης Μείωση σεξουαλικής επιθυμίας	Αύξηση συμπαθητικού ερεθισμού	Ανήσυχος ύπνος Αϋπνία κατά την έναρξη του ύπνου Πανικός
Γνωστική	Απελπισία Αντίληψη της απώλειας	Αντίληψη του κινδύνου και της απειλής Αβεβαιότητα Αίσθημα επαγρύπνησης	Αβοήθητος, αίσθημα απελπισίας, ανησυχία. Συνεχή επανάληψη ιδεών και εμμονών. Χαμηλό ηθικό Αυτοκριτική Αναποφασιστικότητα Αδυναμία συγκέντρωσης

Το σημαντικότερο ερώτημα, που ίσως δεν απαντηθεί ποτέ, είναι εάν το άγχος προκαλεί κατάθλιψη ή η κατάθλιψη φέρνει το άγχος.

π.χ. εάν κάποιος απολυθεί από τη δουλειά του ή πλησιάζει το χρόνο συνταξιοδότησης, μπορεί να εκδηλώσει κατάθλιψη. Από την άλλη, η έναρξη ενός καταθλιπτικού επεισοδίου μπορεί να γίνει αιτία απόλυσης του ατόμου λόγω των διαταραχών στην λειτουργία και απόδοση που θα παρουσιάσει⁵.

ι) Το ίδιο ερώτημα ισχύει και για τις διαταραχές του **ύπνου**. Μια εργασία του Gillin J.C. (1998) ανασκοπεί την πρόσφατη βιβλιογραφία η οποία θέτει την υπόθεση ότι οι διαταραχές του ύπνου στα άτομα του γενικού πληθυσμού, είτε είχαν είτε δεν είχαν ποτέ μια τυπική ψυχιατρική διαταραχή, είναι ένας παράγοντας κινδύνου για την έναρξη μιας τυπικής ψυχιατρικής διαγνώσεως αργότερα. Βασισμένοι στην τρέχουσα βιβλιογραφία η ισχυρότερη σύνδεση είναι μεταξύ της υποκειμενικής αϋπνίας, η οποία διαρκεί τουλάχιστον 2 εβδ. και της μετέπειτα ενάρξεως καταθλίψεως. Λιγότερα, καλώς καθορισμένα δεδομένα, θέτουν την υπόθεση, ότι οι αναφορές καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής των ατόμων, για την ύπαρξη τουλάχιστον 2 εβδομάδων αϋπνίας, υπερυπνηλίας ή και των δύο αποτελούν παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη καταθλίψεως, αγχώδους διαταραχής ή κατάχρησης ουσιών. Πιο ισχυρά προκαταρκτικά δεδομένα, δείχνουν ότι οι αυξημένες υποκειμενικές διαταραχές του ύπνου μπορεί να δίνουν ένα σήμα για μια υποτροπή σε καταθλιπτικούς ασθενείς σε ύφεση. Οι διαταραχές ύπνου είναι συχνές εκδηλώσεις μείζων καταθλιπτικών και αγχώδων διαταραχών. Επομένως, τα παράπονα για τον ύπνο θα πρέπει να είναι από τα πλέον ισχυρά πρόδρομα συμπτώματα τα οποία αντανακλούν μερικές καταθλιπτικές ή αγχώδεις διαταραχές, οι οποίες τελικά θα εκδηλωθούν σε πλήρες κλινικό επεισόδιο²³. Η αντίληψη ότι μια μορφή σχετιζόμενη με τη σεροτονίνη και προερχόμενη από το άγχος και / ή την κατάθλιψη, την προκαλούμενη από το Stress κατάθλιψη, ερευνάται από το Πανεπιστήμιο του Limburg (1998). Η σεροτονεργική διαταραχή η οποία βρέθηκε σε ορισμένα καταθλιπτικά άτομα, ιδίως σ' αυτά με χαμηλό 5-HIAA, στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό, συνδέεται προς το άγχος και τα συστατικά της επιθετικότητας του καταθλιπτικού συνδρόμου. Σ' αυτό τον τύπο της καταθλίψεως, η οποία αποκαλείται εξαρτώμενη από την 5-υδροξυτριπταμίνη, η δυσλειτουργία του άγχους και / ή της επιθετικότητας υποτίθεται ότι είναι προνοσηρή κατάσταση, και η πώση του συναισθήματος είναι ένα καθοδηγητικό φαινόμενο. Στην έρευνα γίνεται υπόθεση ότι η σεροτονεργική διαταραχή σε ορισμένους τύπους

καταθλιψεως είναι κάτι το οποίο επιμένει κατά τη διάρκεια των υφέσεων. Αυτή η διαταραχή, καθιστά τα υποκείμενα ευαίσθητα στην αναστάτωση που προκαλείται κατά την ρύθμιση του άγχους και της επιθετικότητας. Το άγχος και (ο έκδηλος ή καταπιεσμένος) θυμός, είναι πυρηνικά συστατικά του συνδρόμου Stress. Έτσι η σεροτονεργική διαταραχή, θα προκαλέσει μια αυξημένη ευαισθητοποίηση σε στρεσογόνους παράγοντες πιο εύκολα από ότι στα φυσιολογικά άτομα. Έτσι προκαλείται πτώση του συναισθήματος και καθοδηγείται ο ασθενής σε μια πλήρη ανάπτυξη καταθλιψεως. Επιπλέον προδικάζεται ότι τα αγχολυτικά και σερενικά, τα οποία δρουν μέσω της ομαλοποίησης των σεροτονεργικών κυκλωμάτων, θα προκαλέσουν ένα αντικαταθλιπτικό αποτέλεσμα στην κατάθλιψη η οποία εξαρτάται από την 5-υδροξυτριπταμίνη, επιπροσθέτως με τα θεραπευτικά αποτελέσματα στη διαταραχή του άγχους και στις καταστάσεις αυξημένης επιθετικότητας αντίστοιχα^{24,25}.

κ) Η **επιθετικότητα** που παρουσιάζεται στα σχολεία, ιδίως της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, έχει απασχολήσει τους επιστήμονες από διάφορες σκοπιές. Στο Ηνωμένο Βασίλειο υπολογίζεται ότι ένα 10% των μαθητών αναφέρουν ότι δέχθηκαν κάποια μορφή επίθεσης (συμπεριλαμβάνεται ο ξυλοδαρμός, διάφορα ονόματα, απειλές και η διάδοση φημών) ``μερικές φορές ή και πιο συχνά`` κατά τη διάρκεια του τριμήνου ενώ ένα 4% αναφέρει κάποια μορφή επίθεσης ``τουλάχιστον 1 φορά/εβδ.``. Τα αποτελέσματα μιας έρευνας (1998) έδειξαν ένα ποσοστό περισσότερου άγχους στα παιδιά που δέχονταν επίθεση σε σχέση με τους συνομήλικούς τους και λιγότερο ή ίσο βαθμό άγχους στα παιδιά που προκαλούσαν την επίθεση σε σχέση με τους συνομήλικούς τους. Επίσης υπάρχει στενή σχέση στα παιδιά μεταξύ της συχνότητας που έλεγαν ψέματα και δέχονταν επίθεση· όπως και υψηλό ποσοστό κατάθλιψης και εφαρμογής της επίθεσης στα επιθετικά παιδιά²⁶.

λ) Στις ΗΠΑ διεξήχθη μια έρευνα με αντικείμενο την εξέταση της εκτάσεως στην οποία η **παρακολούθηση τηλεοράσεως** από παιδιά σχετίζεται με συμπτώματα ψυχολογικού τραύματος και επιθετικής συμπεριφοράς. Ετέθησαν υπό παρακολούθηση οι επόμενες 3 υποθέσεις:

1. Τα παιδιά που αναφέρουν ότι παρακολουθούν μεγαλύτερα χρονικά διαστήματα τηλεόραση ημερησίως, θα παρουσιάσουν υψηλότερα επίπεδα τραυματικών συμπτωμάτων απ' ό,τι τα παιδιά τα οποία αναφέρουν ότι παρακολουθούν λιγότερο χρόνο ημερησίως.
2. Παιδιά τα οποία αναφέρουν ότι παρακολουθούν μεγαλύτερα χρονικά διαστήματα τηλεόραση ημερησίως αναφέρουν υψηλότερα επίπεδα βίαιης συμπεριφοράς.
3. Παιδιά τα οποία αναφέρουν μια προτίμηση για προγράμματα δράσεως και συγκρούσεως θα αναφέρουν υψηλότερα επίπεδα βίαιης συμπεριφοράς απ' ό,τι παιδιά τα οποία αναφέρουν μια προτίμηση για άλλους τύπους τηλεοπτικών προγραμμάτων. Από την έρευνα (δείγμα = 2.245 μαθητές) υποστηρίχθηκαν και οι τρεις υποθέσεις.

Συμπερασματικά, η μακράς διάρκειας παρακολούθηση τηλεοράσεως από παιδιά μπορεί να προδικάζει την παρουσία προβλημάτων όπως είναι η κατάθλιψη, το άγχος και η βίαιη συμπεριφορά. Τέτοια είδη παρακολουθήσεως τηλεοράσεως θα πρέπει να ερευνώνται από ψυχιάτρους και άλλους επαγγελματίες ψυχικής υγείας οι οποίοι εργάζονται με παιδιά²⁷.

μ) Οι **ηλικιωμένοι** είναι η δεύτερη κατά σειρά ομάδα υψηλού κινδύνου. Όπως φαίνεται από τις πολλές έρευνες οι παράγοντες που ευθύνονται για την κατάθλιψη στους υπερήλικες δεν είναι λόγω της αριθμητικής αύξησης της ηλικίας αλλά των συνοδών καταστάσεων όπως : οι σωματικές μεταβολές και εκπτώσεις της λειτουργίας, ο θάνατος του/της συζύγου, τέκνων, φίλων και αδελφών, οι κοινωνικο-οικονομικές αλλαγές όπως η συνταξιοδότηση και το χαμηλότερο μηνιαίο εισόδημα, η λήψη πολλών φαρμάκων κ.λπ^{28,29}.

Υπολογίζεται ότι στις ΗΠΑ, το 10% των ηλικιωμένων που ζει στην κοινότητα πάσχει από κάποια μορφή κατάθλιψης. Προστατευτικό ρόλο παίζει η οικογένεια που θα συνεχίσει να φροντίζει τον υπερήλικα όπως και ο τρόπος ζωής όσο το δυνατόν να παραμένει ίδιος όπως και στα προηγούμενα χρόνια.

Οι νόσοι που συνδέονται με τα ηλικιωμένα άτομα (καρδιακές παθήσεις, διαταραχές της εγκεφαλικής λειτουργίας όπως Νόσος του Alzheimer κ.λπ.) προβληματίζουν έντονα το ηλικιωμένο άτομο το οποίο νιώθει ότι χάνει τον έλεγχο και πέφτει σε κατάθλιψη^{18,29,30}.

Επιδημιολογικά στοιχεία του προγράμματος ECA της Αμερικής δείχνουν ότι σε διάστημα 1 μηνός ένα ποσοστό 0.7% των ατόμων άνω των 65 ετών βρέθηκε ότι πάσχει από μείζων κατάθλιψη, σε διάστημα 6 μηνών το ποσοστό ήταν 0.8% ενώ ένα 20% έπασχε από σοβαρά δυσφορικά συμπτώματα. Είναι πλέον γνωστό ότι οι ηλικίες που παρουσιάζουν το μεγαλύτερο ποσοστό κατάθλιψης είναι αυτές 20-39 ετών και 70-98 ετών³⁰.

Οι νοσηλευτές έχουν περισσότερες πιθανότητες να έρθουν αντιμέτωποι με κάποιο καταθλιπτικό ηλικιωμένο άτομο. Η πρόγνωση σ' αυτή την ηλικία δεν είναι ξεκάθαρη και υπολογίζεται ότι μόνο ένα 35% παρουσιάζει αξιοσημείωτη βελτίωση της κατάστασής του μετά από ένα χρόνο παρακολούθησης^{28,30}.

Η συμπτωματολογία δεν διαφέρει από αυτή του υπόλοιπου πάσχων πληθυσμού ενώ μπορεί να υπερισχύουν τα σωματικά παράπονα, το άγχος και η υποχονδρίαση και από πολλούς συγγραφείς αυτή η κατάσταση ονομάζεται καλυμμένη κατάθλιψη ή καταθλιπτικά ισοδύναμα. Τα ηλικιωμένα άτομα δεν απασχολούνται από την μείωση της σεξουαλικής λειτουργίας, το αίσθημα της απώλειας, ενσκής και ο αυτοκτονικός ιδεασμός δεν αποτελούν τα σημαντικότερα συμπτώματα³⁰.

Όπως αναφέρθηκε, η κατάθλιψη, όπως άλλωστε και οι περισσότερες ασθένειες, σχετίζεται με ένα **σύνολο** παραγόντων, βιολογικών, ψυχολογικών, κοινωνικών. Θεωρείται ότι η προδιάθεση για μια συγκεκριμένη ασθένεια πιθανόν καθορίζεται βιολογικά αλλά η ανάπτυξη της καθορίζεται και από περιβαλλοντικούς παράγοντες και συνθήκες ζωής.

**Αίτια δημιουργίας και εκδήλωσης των συμπτωμάτων της
κατάθλιψης²¹**

☛ Νευρολογικά αίτια

Νόσοι και τραυματισμοί των εγκεφαλικών αγγείων
 Άνοια (συμπεριλαμβανομένου και τύπου Alzheimer).
 Επιληψία*
 Νόσος του Fohr
 Νόσος του Huntington*
 Υδροκέφαλος
 Λοιμώξεις (συμπεριλαμβάνει HIV* και νευροσουλφιτίδα*)
 Ημικρανίες*
 Σκλήρυνση κατά πλάκας*
 Ναρκοληψία
 Όγκοι και νεοπλασμάτα*
 Νόσος του Parkinson
 Προοδευτική υπερπυρινική παράλυση
 Άπνοια κατά τον ύπνο
 Τραύμα*
 Νόσος του Wilson*

☛ Ενδοκρινικά αίτια

Νοσήματα των επινεφριδίων (Cushing's και Addison's)
 Υπεραλδοστερονισμός
 Έμμηνος ρύση*
 Διαταραχές των παραθυρεοειδών ορμονών (υπέρ- και υπό-)
 Μειά τον τοκετό*
 Υποθυρεοειδισμός*
 Παθητικός υπερθυρεοειδισμός*

☛ Λοιμώδη & φλεγμονώδη αίτια

Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσο-Ανεπάρκειας (AIDS)*
 Χρόνιο σύνδρομο κόπωσης / εξάνθησης
 Μονοπυρήνωση
 Πνευμονία – από ιό και βακτηρίδια

Ρευματοειδής αρθρίτις
Αρτηρίτιδα του Sjogren
Ερυθηματώδης Λύκος*
Κροιαφική αρτηρίτιδα
Φυματίωση

✶ Άλλα αίτια

Καρκίνος (ιδίως του παγκρέατος και ΓΕΣ)
Καρδιοπνευμονική νόσος
Πορφυρία
Ουραιμία (και άλλες παθήσεις του ουροποιητικού)
Ανεπάρκεια βιταμινών (B12, C, νιασίνη, θειαμίνη)*

✶ Φαρμακολογικά αίτια (ενδεικτικά)

Αναλγητικά και αντι-φλεγμονώδη

Ibuprofen
Indomethacin
Οπιοειδή
Phenacetin

Αντιβακτηριακά και αντιμυκητιασικά

Ampicillin
Cycloserine
Ethionamide
Griseofulvin
Nalidixic acid
Nitrofurantoin
Streptomycin
Sulfamethoxazole
Sulfonamides
Tetracycline

Αντιυπερτασικά και καρδιολογικά

Ανταγωνιστές των β-αδρενεργικών υποδοχέων
(propranolol)
Alphamethyldopa
Bethtanidine

Clonidine
Digitalis
Hydrazine
Lidocaine
Prazosin
Procainamide
Reserpine
Veratrum

Αντινεοπλασματικά

C-Asparaginase
6-Azauridine
Bleomycin
Trimethoprim
Vincristine
Zidovudine

Νευρολογικά και ψυχιατρικά

Amantadine
Αντιψυχωτικά: phenothiazines, butyrophenones
Baclofen
Bromocriptine
Carbamazepine
Levodopa
Phenytoin
Υπνωτικά και ηρεμιστικά : βαρβιτουρικά, βενζοδιαζεπίνες,
chloral hydrate.
Tetrabenazine

Στεροειδή και ορμόνες

Κορτικοστεροειδή (και της ACTH)
Danazol
Αντιουλληπτικά χάπια
Prednisone

Διάφορα φάρμακα

Choline
Cimetidine

Διεγερτικά (αμφεταμίνες, fenfluramine)

Acetazolamide

* Αυτές οι καταστάσεις σχετίζονται και μπορεί να συνυπάρχουν με
μανιακά συμπτώματα

5. ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Υπάρχουν διάφορα συστήματα ταξινόμησης των διαφόρων τύπων κατάθλιψης. Παρακάτω αναφέρονται οι κυριότερες μορφές της νόσου που σε μερικές αλληλοσυμπίπτουν τα χαρακτηριστικά της κλινικής εικόνας.

5.1 Κανονική, Υποκλινική και Κλινική Κατάθλιψη

Στο ευρύ φάσμα η κατάθλιψη μπορεί να ποικίλει στην εκδήλωσή της από "κανονική" σε "υποκλινική" έως "κλινική". Η κανονική αναφέρεται στις μεταβολές του συναισθήματος που βιώνει ο καθένας και συνήθως εκφράζεται με το συναίσθημα της λύπης. Είναι συνώνυμη και με την κατάθλιψη η οποία αναφέρεται ως απλό σύμπτωμα και πέραν από τη λύπη λίγα ή κανένα άλλο σημείο δεν υπάρχει².

Η υποκλινική μορφή είναι σοβαρότερης μορφής και περιλαμβάνει οπωσδήποτε και άλλες εκδηλώσεις πέραν της λύπης. Παρόλο που μπορεί να γίνει οποιοσδήποτε συνδυασμός σημείων και συμπτωμάτων ο αριθμός δεν υπερβαίνει τα τρία ή τέσσερα, σύμφωνα με την προηγούμενη ταξινόμηση DSM-III-R' εάν είναι πάνω από τέσσερα τότε μιλάμε για κλινική κατάθλιψη. Η υποκλινική μορφή δεν είναι τόσο σοβαρή ώστε να απαιτείται θεραπεία γιατί συνήθως προκαλείται από διάφορα πιεστικά γεγονότα και αγχώδεις καταστάσεις στη ζωή του πάσχων και υποχωρεί με την παύση αυτών.

Αντιθέτως, η κλινική κατάθλιψη απαιτεί θεραπεία γιατί επηρεάζει τη λειτουργία του ατόμου. Σύμφωνα με DSM-III-R παρατηρούνται τουλάχιστον πέντε από τα εννέα συμπτώματα που αναφέρονται στον πίνακα και παραμένουν για τουλάχιστον 2 εβδομάδες².

Συμπτώματα της κατάθλιψης σύμφωνα με το DSM-III-R¹⁷

1. Καταθλιπτική διάθεση για το περισσότερο διάστημα της ημέρας, σχεδόν κάθε ημέρα.
2. Σημειωτέα μειωμένη ένδειξη ενδιαφέροντος ή ευχαρίστησης στην πλειοψηφία των καθημερινών δραστηριοτήτων, σχεδόν όλη τη διάρκεια της ημέρας.
3. Σημαντική μείωση του σωματικού βάρους ή αύξηση αυτού ή αυξομειώσεις της όρεξης ανά ημέρα.
4. Αϋπνία ή υπερυπνία.
5. Ψυχοκινητική υπερδραστηριότητα ή καθυστέρηση σχεδόν κάθε ημέρα.
6. Εξάντληση ή απώλεια ενέργειας κάθε ημέρα.
7. Αισθήματα αναξιότητας και ενοχής.
8. Μειωμένη ικανότητα σκέψης και συγκέντρωσης.
9. Επαινελημμένες σκέψεις θανάτου και απόπειρες αυτοκτονίας.

Μια άλλη θεωρία για την εξήγηση της διάκρισης των 3 αυτών μορφών αναφέρεται στην **ένταση** των συμπτωμάτων που βιώνει το άτομο. Αυτή η άποψη αντανακλά την **υπόθεση συνεχείας** η οποία αναφέρει ότι οι συναισθηματικές καταστάσεις είναι συνεχείς καταστάσεις που ποικίλλουν από το ομαλό στο ανώμαλο και μια διαταραχή ορίζεται ως μια ακραία έκδοση της ομαλής συναισθησης. Η αντίθετη άποψη της **μη-συνεχείας** προτείνει ότι τα διαφορετικά επίπεδα της ψυχολογικής κατάστασης αντιπροσωπεύουν ουσιαστικά διαφορετικές διαδικασίες οι οποίες δεν διαχωρίζονται μόνο από το βαθμό έντασης.

π.χ. ενώ μερικά χαρακτηριστικά όπως η λύπη μπορεί να φαίνονται όμοια, το κανονικό αίσθημα της λύπης είναι ριζικά διαφορετικό από αυτό της κλινικής κατάθλιψης. Οι έρευνες δεν έχουν αποδείξει ακόμα ποιά θεωρία ανταποκρίνεται περισσότερο στην πραγματικότητα^{2,4}.

5.2 Μονοπολική & Διπολική Κατάθλιψη

Ένας από τους πιο αποδεκτούς διαχωρισμούς είναι και αυτός της διπολικής ή μονοπολικής κατάθλιψης. Στην ``κλινική κατάθλιψη`` μπορεί να παρουσιάζεται ή η διπολική ή η μονοπολική μορφή όπου στην πρώτη περίπτωση έχουμε εναλλαγή μανιακών με καταθλιπτικών επεισοδίων και ονομάζεται μανιοκαθλιπτική νόσος, ενώ στην δεύτερη περίπτωση έχουμε μόνο καταθλιπτικές εκδηλώσεις.

Για να διαγνωσθεί η διπολική κατάθλιψη ένα και μόνο γνήσιο μανιακό επεισόδιο σε οποιοδήποτε χρονικό διάστημα της ζωής του ατόμου, αρκεί ακόμα και αν το άτομο δεν έχει εκδηλώσει ποτέ κατάθλιψη. Μια άλλη μορφή της διπολικής κατάθλιψης είναι η διπολική ΙΙ όπου τα άτομα βιώνουν καταστάσεις κατάθλιψης εναλλασσόμενες με καταστάσεις υπομανίας η οποία ορίζεται ως μια ήπια μορφή μανίας^{2,4,32}.

Έρευνες έχουν δείξει ότι η μονοπολική μορφή συμβαίνει σε μεγαλύτερες ηλικίες απ'ότι η διπολική και ότι η διπολική χαρακτηρίζεται από μειωμένη διάθεση για ύπνο κατά τη φάση της μανίας ενώ τα άτομα που πάσχουν από μονοπολική κατάθλιψη παρουσιάζουν αϋπνία. Οι συγγενείς των ασθενών με διπολική κατάθλιψη έχουν περισσότερες πιθανότητες να πάσχουν από τη νόσο, σε σχέση με τους συγγενείς των μονοπολικών καταθλιπτικών ασθενών εύρημα το οποίο ενισχύει τη γενετική και βιολογική θεωρία¹³.

**Κριτήρια Διάγνωσης Μείζων Κατάθλιψης σύμφωνα
με το DSM-III-R⁸**

- I. Τουλάχιστον 5 από τα κάτωθι συμπτώματα τα οποία συνυπάρχουν τουλάχιστον επί 2 εβδομάδες και εμφανίζονται σχεδόν κάθε μέρα για το μεγαλύτερο διάστημα της ημέρας.
- ↳ Καταθλιπτική διάθεση.
 - ↳ Απουσία ενδιαφέροντος ή ευχαρίστησης σχεδόν προς όλες τις δραστηριότητες.
 - ↳ Μείωση της όρεξης σχεδόν κάθε μέρα ή απώλεια σωματικού βάρους μεγαλύτερη του 5% σε ένα μήνα.
 - ↳ Αϋπνία ή υπερυπνία.
 - ↳ Αυξημένη ή μειωμένη κινητικότητα.
 - ↳ Κόπωση ή απώλεια της ενέργειας.
 - ↳ Αίσθημα αναξιότητας ή μη δικαιολογημένης ντροπής.
 - ↳ Μειωμένη ικανότητα σκέψης, συγκέντρωσης ή λήψης αποφάσεων.
 - ↳ Επανελημμένες σκέψεις θανάτου ή τάσεις αυτοκτονίας.
- II. Απουσία οργανικής νόσου η οποία θα μπορούσε να ευθύνεται για τα συμπτώματα τα οποία δεν παρουσιάζονται δευτεροπαθή λόγω κάποιας νόσου.
- III. Οι παραιθήσεις και οι ψευδαισθήσεις δεν διαρκούν πέρα των 2 εβδ. χωρίς συνυπάρχων συμπτώματα κατάθλιψης.
- IV. Απουσία διαγνωσμένης σχιζοφρένειας ή σχιζοφρενικής διαταραχής η οποία να συνυπάρχει.
- V. Απουσία μανιακού ή υπομανιακού επεισοδίου στο ατομικό ιστορικό.
-

5.3. Μείζων Καταθλιπτική Συνδρομή

Σύμφωνα με τα κριτήρια του DSM-III-R, η διάγνωση για μείζων κατάθλιψη τίθεται εάν ο ασθενής παρουσιάζει τουλάχιστον πέντε από τα εννέα συμπτώματα επί 2 εβδομάδες τουλάχιστον. Ο ασθενής δεν πρέπει να παρουσιάζει άλλα συμπτώματα όπως παραισθήσεις επί απουσία των συναισθηματικών μεταβλητών, οπότε και η κατάθλιψη θεωρείται η πρωτοπαθής διάγνωση. Εάν παρουσιάζονται π.χ. παραισθήσεις, η κατάθλιψη θεωρείται δευτεροπαθής, αποτέλεσμα, δηλαδή, κάποιας άλλης διαταραχής ψυχολογικής ή σωματικής φύσης^{2,4}.

5.3.1 Εποχιακή Συναισθηματική διαταραχή

Μια άλλη ενδιαφέρουσα υπό-κατηγορία είναι η εποχιακή συναισθηματική διαταραχή (Seasonal affective disorder – SAD) η οποία ανέρχεται μεταξύ Οκτώβρη και Νοέμβρη και διαρκεί για 60 ημέρες. Πιθανολογείται ότι οφείλεται στις μεταβολές στην ποσότητα του φωτός, τις αλλαγές του κερκάδιου ρυθμού και παραγωγής μελανίνης. Επομένως, καθώς μειώνεται η διάρκεια της ημέρας, τα άτομα παραδίδονται σταδιακά στη νόσο και γι' αυτό μια θεραπεία που συνίσταται για την SAD είναι η φωτοθεραπεία.

Η έρευνα των Lewy et al. έδειξε ότι η έκθεση σε έντονο φως τις πρωινές ώρες επί μια εβδομάδα βελτίωσε σημαντικά την κλινική εικόνα. Στην περίπτωση που η εποχιακή συναισθηματική διαταραχή (συνήθως χειμερινή) ακολουθείται από ανοιξιότικη υπομανία ταξινομείται ως διπολική II διαταραχή^{2,13}.

5.3.2 Δυσθυμική διαταραχή

Θεωρείται μια ήπια μορφή κατάθλιψης καθ' ότι παρουσιάζεται με λιγότερα συμπτώματα απ' ότι το μείζων επεισόδιο. Το απαραίτητο χρονικό διάστημα για να τεθεί η διάγνωση είναι : εκδήλωση των συμπτωμάτων για το μεγαλύτερο χρονικό διάστημα της ημέρας, περισσότερες ημέρες

εκδήλωσης των συμπτωμάτων από τις ημέρες μη-εκδήλωσης αυτών, για μια περίοδο τουλάχιστον 2 ετών². Μοιάζει πολύ με τη λεγόμενη εξωγενή κατάθλιψη. Ο ασθενής αισθάνεται μελαγχολικός, βαρύν ή έτοιμος να κλάψει, δυστυχής. Χαρακτηριστικά, η συναισθηματική κατάσταση του μεταβάλλεται εύκολα, από τη μια μέρα στην άλλη ή και μέσα στην ίδια ώρα. Ενώ μπορεί να κάνει τη δουλειά του και να αισθάνεται ήρεμος και αισιόδοξος, ξαφνικά αρχίζει να παραπονιέται ότι δεν τα καταφέρνει, εκφράζει οργή και απελπισία, του έρχονται δάκρυα ή ξεσπάει σε κλάμα. Συναισθήματα αυτομομφής, ανικανότητας, αναξιότητας & απαισιοδοξίας είναι κατά κανόνα μέσα στην κλινική εικόνα, ενώ δεν υπάρχουν ψυχοκινητικά ή παραληρητικά φαινόμενα. Εμφανίζεται ύστερα από κάποιο ιδιαίτερα ανεπιθύμητο γεγονός γι' αυτό και αναφέρεται και ως αντιδραστική κατάθλιψη. Το εκλυτικό γεγονός συνδέεται με κάποια απωθημένη ψυχοσύγκρουση και υπάρχει αρκετό άγχος⁴.

Σύμφωνα με το αμερικανικό ταξινομικό σύστημα DSM-III-R, η συνύπαρξη δυοθυμίας με μείζων κατάθλιψη ονομάζεται "διπλή κατάθλιψη" και ενώ υποχωρεί η μείζων μορφή μετά από κάποιο χρονικό διάστημα, η δυοθυμία επιμένει^{2,13}.

5.4. Κυκλοθυμία

Η κυκλοθυμία στη διπολική κατάθλιψη είναι η αντίστοιχη της δυοθυμίας στη μονοπολική. Σύμφωνα με το DSM-III-R χαρακτηρίζεται ως χρόνια διαταραχή του συναισθήματος, διάρκειας τουλάχιστον 2 ετών, η οποία εκδηλώνεται με αρκετά επεισόδια υπομανίας και συχνές περιόδους καταθλιπτικής συμπεριφοράς. Όπως και με τη δυοθυμία, τα κριτήρια της κυκλοθυμίας δεν επαρκούν για να καταταγεί ως μανία ή μείζων κατάθλιψη αλλά συχνά επιφέρει σοβαρές επιλοκές στην κατάθλιψη².

Πιθανότητα εμφάνισης συναισθηματικής διαταραχής σε συγγενείς πρώτου βαθμού σε ασθενείς με μονοπολική και διπολική συναισθηματική διαταραχή³³

Είδος νόσου	Πιθανότητα Εμφάνισης	
	Μονοπολική	Διπολική
Μονοπολική	9.1%	0.6%
Διπολική	11.4%	7.8%

5.5 Ενδογενής και Εξωγενής Κατάθλιψη

Μια άλλη διάκριση που μπορεί να γίνει είναι της ενδογενούς ή εξωγενούς κατάθλιψης. Εδώ αναφερόμαστε στην απουσία ή παρουσία κάποιου αντικειμενικού εκλυτικού παράγοντα, όπως η απώλεια αγαπητού προσώπου ή μια σοβαρή προσωπική αποτυχία.

Η ενδογενής κατάθλιψη, χωρίς φανερή αιτία, παρουσιάζει πρωινή κυρίως αϋπνία, ανορεξία, πτώση βάρους, ημερήσια διακύμανση δυσοφορικών συναισθημάτων και επεισοδιακό χαρακτήρα, με διαλείμματα ομαλότητας μεταξύ των επεισοδίων. Στο οικογενειακό ιστορικό του αρρώστου μπορεί να υπάρχουν ένας ή περισσότεροι συγγενείς εξ αίματος με παρόμοια επεισόδια⁴.

Η ανηδονία (anhedonia) είναι η μειωμένη ικανότητα για την αίσθηση της ευχαρίστησης και είναι ένα άλλο κοινό εύρημα της ενδογενούς ή μελαγχολικής κατάθλιψης. Το 1974 ο Klein πρότεινε τον όρο "**ενδογενομορφική κατάθλιψη**" για να χαρακτηρίσει μια πιο συγκεκριμένη κατηγορία της ενδογενούς κατάθλιψης η οποία παρουσιάζει σοβαρή ανηδονία λόγω βλάβης στο κέντρο που επεξεργάζεται τα αισθήματα ευχαρίστησης στον εγκέφαλο και εντοπίζεται στο αριστερό ημισφαίριο του μετωπιαίου λοβού³³.

Ανηδονία παρατηρείται και στην μείζων, μονοπολική κατάθλιψη σε μεγάλο βαθμό και οι πάσχων από ενδογενομορφική κατάθλιψη (ENDO) είναι σε μεγαλύτερο βαθμό ανηδονικοί από τους πάσχων από μη-ενδογενομορφική μείζων κατάθλιψη (NENDO)³³.

Η αλεξιθυμία, (alexithymia) νεολογισμός που πρωτοχρησιμοποιήθηκε από τον Sifneos, αναφέρεται σε άτομα που αδυνατούν να περιγράψουν τα αισθήματά τους ή να εμβαθύνουν τις φαντασιώσεις τους. Η αλεξιθυμία παρατηρείται σε όλες τις μορφές κατάθλιψης.

Πολλές έρευνες έχουν διεξαχθεί για να προσδιοριστούν οι παράγοντες που επηρεάζουν ή προκαλούν αλεξιθυμία. Στο γενικό πληθυσμό βρέθηκε ότι σχετίζεται με χαμηλό κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο, με το να ζει κανείς μόνος του, με την έλλειψη κοινωνικών σχέσεων³⁴, πτωχές κοινωνικές ικανότητες, χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο, καθώς και με διαταραχές της συναισθηματικής ατμόσφαιρας στην οικογένεια κατά τα παιδικά χρόνια³⁵. Παρόμοια ευρήματα αναφέρονται σε αλεξιθυμικούς ψυχιατρικούς ασθενείς και άλλους ψυχιατρικούς ασθενείς. Είναι πιο συχνή στις γυναίκες και οι αλεξιθυμικοί πάσχουν από μια γενική ψυχοπαθολογία, συναισθηματικές διαταραχές και διαταραχές στις συνήθειες φαγητού πιο συχνά από τους μη-αλεξιθυμικούς ψυχιατρικούς ασθενείς^{35,36}.

Επιπλέον ο Sifneos, παρατήρησε ότι το ανηδονικό άτομο δεν είναι απαραίτητα αλεξιθυμικό ενώ το αλεξιθυμικό είναι οπωσδήποτε και ανηδονικό³³.

Όσο για την απώλεια του ελέγχου που παρατηρείται, το άτομο που πάσχει από ενδογενή κατάθλιψη ενισχύει την αυτοπεποίθησή του και επιβραβεύει τον εαυτό του όταν συγκεντρώνεται σε θετικά, ενισχυτικά γεγονότα ενώ το άτομο που πάσχει από εξωγενή κατάθλιψη κατευθύνεται από εξωτερικές δυνάμεις όπως αυτός τις αντιλαμβάνεται όπως τύχη, ευκαιρίες και σε δυναμικούς χαρακτήρες³³.

Τα αποτελέσματα μιας έρευνας των Loas, Dhee-Perot, Chaperot et al (1998) απέδειξε ότι τα άτομα με ENDO ήταν κατά ένα μικρότερο βαθμό πιο ανηδονικά από άτομα με NENDO αλλά όχι πιο αλεξιθυμικά³³.

Τα άτομα με μονοπολική, μείζων κατάθλιψη αποδείχθηκαν περισσότερο αλεξιθυμικά από τον πληθυσμό αναφοράς. Η έρευνα των Parker et al (1991) απέδειξε ότι με τη μέθοδο ανάλυσης των

συντελεστών, η αλεξιθυμία και η κατάθλιψη αποτελούν διαφορετικές διαστάσεις. Πιο πρόσφατα οι Wise et al (1995) απέδειξαν ότι σε 50 ασθενείς που πάσχουν από κατάθλιψη και νοσηλεύονται σε κάποιο θεραπευτικό ίδρυμα ή νοσοκομείο η αλεξιθυμία αποτελεί σταθερό εύρημα της δομής της προσωπικότητας και ότι η αλεξιθυμία είναι δευτεροπαθής λόγω της κατάθλιψης όπως εξηγείται στην κρυφή εκδήλωση της κατάθλιψης³⁷.

Στην εξωγενή κατάθλιψη, υπάρχουν συχνά ενδείξεις μιας προηγούμενης μακροχρόνιας δυσπροσαρμογής της προσωπικότητας. Η κατάσταση της έχει πολλά κοινά στοιχεία με την νευρωτική κατάθλιψη και όπως μ' εκείνη η έναρξή της είναι εύκολο να συνδεθεί με κάποια εξωτερική ή εσωτερική αντιξοότητα, οσημαντική για τον ασθενή απώλεια, απόρριψη, ατυχία ή αποτυχία⁴.

5.6 Ψυχωτική και νευρωτική κατάθλιψη

Μια άλλη μέθοδος ταξινόμησης, η οποία δεν είναι και τόσο ξεκάθαρη, είναι αυτή που ταξινομεί την κατάθλιψη είτε ως "νευρωτική" είτε ως "ψυχωτική". Με την αυστηρή έννοια των ορισμών, η ψυχωτική κατάθλιψη αναφέρεται σε διαταραχή η οποία περιλαμβάνει παραισθήσεις και ψευδαισθήσεις ενώ στην νευρωτική αυτά απουσιάζουν. Με αυτό όμως τον διαχωρισμό, "χάνονται" οι άλλες μορφές κατάθλιψης.

π.κ. η ψυχωτική κατάθλιψη μερικές φορές φαίνεται ως βαριά ή ενδογενή κατάθλιψη. Η νευρωτική κατάθλιψη μπορεί να ποικίλει από ήπια ή χρόνια κατάθλιψη έως κατάθλιψη δευτεροπαθής προς κάποια διαταραχή της προσωπικότητας.

Γι' αυτό και ως ορισμός η νευρωτική κατάθλιψη έχει καταργηθεί από το DSM-III- R και αναφέρεται πλέον ως δυσθυμικό επεισόδιο ή αντιδραστική κατάθλιψη.

Η πιο ενδιαφέρων ψευδαισθηση της ψυχωτικής κατάθλιψης είναι η λυκανθρωπία. Ο πάσχων πιστεύει πως έχει μεταλλαχθεί σε ζώον ή συμπεριφέρεται σαν το ζώο στο οποίο πιστεύει πως έχει μεταλλαχθεί. Η

λυκανθρωπία είναι γνωστή σε πολλές φυλές ανα τον κόσμο όπως στην Νοτιο-Ανατολική Ασία και Αφρική όπου τα ζώα που επικρατούν σ' αυτή την ψευδαισθηση είναι η ύαινα, τίγρης, ο κροκόδειλος, ο καρχαρίας ενώ στην Ευρώπη, όπως δηλώνει και η ονομασία, ο λύκος. Αυτός ο φόβος έχει περιγραφεί στην λογοτεχνία των Αρχαίων Ελλήνων. Οι ιστορικοί προσδιόρισαν τις ρίζες της λυκανθρωπίας στην Ελληνική Μυθολογία σύμφωνα με την οποία ο Δίας μεταμόρφωσε τον Λύκαιο σε λύκο ως τιμωρία επειδή προσπάθησε να ξεγελάσει τον θεό να φάει ανθρώπινο κρέας³⁸. Αυτό το σύνδρομο γέννησε στο λαό την πίστη ότι ο άνθρωπος μπορεί να μεταμορφωθεί σε ζώον ή να παρουσιάσει αιμοβόρα και φονική συμπεριφορά τις νύχτες με πανσέληνο³⁹. Στην ιατρική βιβλιογραφία αναφέρονται 24 περιπτώσεις την τελευταία 20ετία. Αρχικά, η λυκανθρωπία καταγόταν στη διπολική συναισθηματική διαταραχή αλλά οι σωματικές ψευδαισθήσεις που βιώνει ο πασχων είναι πλέον καθαρά της ψυχωτικής κατάθλιψης. Ένας ασθενής έδωσε την παρακάτω περιγραφή : ``...ενώ συνομιλούσα με τον κύριο παρατήρησα ότι ξαφνικά αυτός άρχισε να μεγαλώνει, τα μάτια έγιναν όλο κόκκινο, μπορούσα να γευτώ αίμα στο στόμα μου... όλη η αλλαγή κράτησε 5 λεπτά περίπου. Πρόσφατα έχω αρχίσει να νιώθω τις φλέβες στο λαιμό μου να χτυπούν και αισθάνομαι ένα απεριγράπτο πόνο στο στήθος. Μήπως είμαι λυκάνθρωπος;`` Άλλοι ασθενείς αναφέρουν ότι μεγαλώνουν τα νύχια τους όπως του λύκου, ιδίως των ποδιών, να μεγαλώνει ο θώρακας και να μεγενθύνονται τα πλευρά ή απλώς εκφράζουν φόβο ότι θα μεταλλαχθούν σε σκύλο^{40,41}.

Οι ψυχαναλυτές δίνουν την εξήγηση ότι οφείλεται σε έκφραση πρωτόγονων και αγρίων συναισθημάτων του εγώ τα οποία έχουν καταπιεστεί και εκφράζονται με δικοτομικούς μηχανισμούς (splitting mechanisms) Οι Rosenstock και Vincent εντοπίζουν ως αίτια καταπιεσμένη σεξουαλικότητα και ανώριμη σεξουαλική συμπεριφορά όπως και εσωτερικούς φόβους που υπερβαίνουν τους μηχανισμούς του ανθρώπινου χαρακτήρα. Επίσης τόνισαν ότι η λυκανθρωπία δεν μπορεί να ανήκει αποκλειστικά στην καταθλιπτική συναισθηματική διαταραχή

και πρέπει να διαφορο-διαγνώκεται μεταξύ σχιζοφρένειας, υστερική νεύρωση και οργανικό εγκεφαλικό σύνδρομο⁴⁰.

Τέλος οι αποδείξεις που υπάρχουν ως προς την αιτιολογία είναι αντικρουόμενες. Οι περισσότεροι συγγραφείς τη θεωρούν σύμπτωμα ενεργούς ψύκωσης αλλά αρκετά από τα περιστατικά παρουσιάζουν οργανική παθολογία⁴¹.

Κριτήρια Δυσθυμικής Διαταραχής σύμφωνα με το DSM-III-R⁸

- I. Καταθλιπτική διάθεση όπου οι μέρες παρουσίας υπερβαίνουν τις μέρες απουσίας, για περισσότερο από δύο χρόνια.
- II. Τουλάχιστον 2 συμπτώματα :
 - ↳ Μείωση ή υπερβολική αύξηση της όρεξης.
 - ↳ Μείωση ή αύξηση της διάρκειας του ύπνου.
 - ↳ Κόπωση ή απώλεια ενέργειας.
 - ↳ Μείωση της αυτοπεποίθησης.
 - ↳ Μειωμένη ικανότητα συγκέντρωσης ή λήψης αποφάσεων.
 - ↳ Λιούθημα απαισιοδοξίας.
- III. Η καταθλιπτική διάθεση δεν απουσιάζει για περισσότερο από δύο μήνες.
- IV. Απουσία μείζων καταθλιπτικού επεισοδίου κατά τη διάρκεια των 2 πρώτων χρόνων της διαταραχής.
- V. Απουσία μανιακού ή υπομανιακού επεισοδίου.
- VI. Απουσία σχετικής διάγνωσης σχιζοφρένειας ή διαταραχής με παραισθήσεις η οποία συνυπάρχει.
- VII. Απουσία οργανικής νόσου που θα μπορούσε να ευθύνεται για την έναρξη ή διατήρηση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων.

**Κριτήρια Διπολικής Καταθλιπτικής Διαταραχής σύμφωνα με το
DSM-III-R⁸**

- I. Μια εμφανής και συγκεκριμένη περίοδος ανώμαλης και συνεχώς ευδιάθετης ή εκνευρισμένης διάθεσης.
 - II. Τουλάχιστον 3 από τα κάτωθι συμπτώματα κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου (παρουσία 4 συμπτωμάτων εάν η διάθεση εκδηλώνεται ως ευερέθιστη) :
 - ↳ Υπεραυξημένη αυτοπεποίθηση.
 - ↳ Μειωμένη ανάγκη για ύπνο.
 - ↳ Καταπιεσμένο λόγο ή αυξημένη τάση για ομιλία απ'ότι συνήθως.
 - ↳ Πλήθος ιδεών ή γρήγορων σκέψεων.
 - ↳ Απόσπαση της προσοχής.
 - ↳ Αύξηση του ζήλου προς επιθυμητούς στόχους (κοινωνικούς-επαγγελματικούς-προσωπικούς) ή ψυχοκινητικός εκνευρισμός.
 - ↳ Αυξημένη διάθεση για συμμετοχή σε ευχάριστες πράξεις οι οποίες επιφέρουν αρνητικά αποτελέσματα.
 - III. Η διαταραχή της διάθεσης είναι αρκετά σοβαρή έτσι ώστε να διαταράσσεται η επαγγελματική λειτουργική ικανότητα ή οι κοινωνικές δραστηριότητες του ατόμου ή απαιτείται εισαγωγή σε νοσοκομείο για πρόληψη πρόκλησης βλάβης στο ίδιο το άτομο ή άλλους.
 - IV. Οι παραισθήσεις και ψευδαισθήσεις δεν διαρκούν πέρα των 2 εβδ. χωρίς συνυπάρχων μανιακά συμπτώματα.
 - V. Απουσία συνυπάρχουσας ψυχωτικής διάγνωσης σχιζοφρένειας ή σχιζοφρενικής διαταραχής με ψευδαισθήσεις ή ψυχωτικής διαταραχής μη διευκρινισμένης.
 - VI. Απουσία οργανικής νόσου η οποία θα μπορούσε να ευθύνεται για την έναρξη ή διατήρηση των μανιακών συμπτωμάτων.
- Το υπομανιακό σύνδρομο περιέχει τα κριτήρια I, II, IV, V, VI.

Κριτήρια Κυκλοθυμικής Διαταραχής σύμφωνα με το DSM-III-R⁸

- I. Παρουσία επαναλαμβανόμενων υπομανιακών επεισοδίων και καταθλιπτικών επεισοδίων (καταθλιπτική διάθεση ή απώλεια ενδιαφέροντος) για τουλάχιστον 2 χρόνια, τα οποία δεν ανταποκρίνονται στα κριτήρια μείζων καταθλιπτικού επεισοδίου.
- II. Η περίοδος απουσίας υπομανιακού ή καταθλιπτικού επεισοδίου δεν υπερβαίνει τους 2 μήνες.
- III. Απουσία μανιακού ή μείζων καταθλιπτικού επεισοδίου κατά τα 2 πρώτα χρόνια.
- IV. Απουσία συνυπάρχουσας ψυχωτικής διάγνωσης σχιζοφρένειας ή διαταραχής με ψευδαισθήσεις.
- V. Απουσία οργανικής νόσου η οποία θα μπορούσε να ευθύνεται για την έναρξη ή διατήρηση των συμπτωμάτων.

Κριτήρια Εποχιακής Συναισθηματικής Διαταραχής σύμφωνα με το DSM-III-R⁸

- I. Παρουσία συχνού, παροδικού επεισοδίου το οποίο δεν σχετίζεται με κάποιο συγκεκριμένο χρονικό ψυχοκοινωνικά αγχώδη γεγονός, μεταξύ της έναρξης συναισθ. διαταραχής και ένα συγκεκριμένο χρονικό διάστημα 60 ημερών.
- II. Απόλυτη απουσία συμπτωμάτων κατά την διάρκεια των 60 ημερών.
- III. Τα επεισόδια είναι τουλάχιστον 3 σε αριθμό, κατά την διάρκεια οποιονδήποτε 3 χρόνων, τουλάχιστον 2 επεισόδια συμβαίνουν το αμέσως επόμενο έτος.
- IV. Τα εποχιακά επεισόδια διαταραχής της διάθεσης υπερβαίνουν σε αριθμό τα μη - εποχιακά επεισόδια διαταραχής της διάθεσης σε αναλογία 3 : 1.

Κατάθλιψη η οποία δεν προσδιορίζεται, σύμφωνα με το DSM-III-R^a

- I. Παρουσιάζεται με καταθλιπτική διάθεση ή συμπτώματα.
- II. Απουσία επαρκούς εξέλιξης (χρονικής και έντασης των διαταραχών), απουσία συνυπάρχουσας διάγνωσης άλλης μορφής διαταραχών.

Συμπτώματα Μανιακού Επεισοδίου σύμφωνα με την 4^η έκδοση Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου Ψυχικών Διαταραχών της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας DSM - IV¹³

- I. Μια συγκεκριμένη περίοδο ανώμαλης και συνεχώς ευφορικής διάθεσης διάρκειας τουλάχιστον 1 εβδομάδας (ή οποιαδήποτε χρονικής διάρκειας εάν απαιτείται νοσοκομειακή περίθαλψη).
- II. Κατά τη διάρκεια του επεισοδίου εμφανίζονται τουλάχιστον 3 από τα κάτωθι συμπτώματα :
 - ↳ Ανεβασμένο επίπεδο αυτοπεποίθησης ή αίσθημα μεγαλείου.
 - ↳ Μειωμένη ανάγκη για ύπνο –π.χ. μόνο 3hrs ύπνο / 24hr.
 - ↳ Αυξημένη διάρκεια ομιλίας ή αίσθημα πίεσης για συνεχή ομιλία.
 - ↳ Πλήθος ιδεών ή υποκειμενική εμπειρία ότι οι σκέψεις περνούν με ταχύ ρυθμό (ιδεοφυγή).
 - ↳ Ανικανότητα συγκέντρωσης και εύκολη απόσπαση της προσοχής με ασήμαντα εξωτερικά ερεθίσματα.
 - ↳ Αύξηση του ζήλου προς επιθυμητούς στόχους (κοινωνικούς-επαγγελματικούς - προσωπικούς) ή ψυχοκινητικός εκνευρισμός.
 - ↳ Αυξημένη διάθεση για συμμετοχή σε ευχάριστες πράξεις οι οποίες επιφέρουν αρνητικά αποτελέσματα (π.χ. μη ελεγχόμενες αγορές).

**Ταξινόμηση Συναισθηματικών Διαταραχών σύμφωνα με το
Αμερικανικό Σύστημα Ταξινόμησης DSM - IV¹³ :**

Μονοπολικές διαταραχές

Μείζων Καταθλιπτικές Διαταραχές :

- Ένα ή περισσότερα μείζων καταθλιπτικά επεισόδια
- Απουσία μανιακών ή υπομανιακών επεισοδίων

Δυσθυμική Διαταραχή :

- Καταθλιπτική διάθεση για τουλάχιστον 2 χρόνια
- Επιμονή συμπτωμάτων για περισσότερο από 2 μήνες κατά τη διάρκεια των 2 ετών.
- Απουσία μείζων καταθλιπτικού επεισοδίου κατά τη διάρκεια των 2 πρώτων χρόνων.

Διπολικές διαταραχές :

Διπολική I Διαταραχή :

- Ένα ή περισσότερα μανιακά επεισόδια

Διπολική II Διαταραχή :

- Ένα ή περισσότερα μείζων καταθλιπτικά επεισόδια
- Τουλάχιστον ένα υπομανιακό επεισόδιο
- Απουσία μανιακού επεισοδίου

Κυκλοθυμική Διαταραχή :

- Αρκετές περιόδους με υπομανιακά συμπτώματα και καταθλιπτική διάθεση για τουλάχιστον 2 χρόνια.
 - Επιμονή συμπτωμάτων για περισσότερο από 2 μήνες κατά τη διάρκεια των 2 ετών.
 - Απουσία μείζων καταθλιπτικού επεισοδίου.
 - Απουσία μανιακού επεισοδίου κατά τη διάρκεια των 2 πρώτων χρόνων.
-

6. Η ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Η δομή της καταθλιπτικής προσωπικότητας έχει περιγραφεί λεπτομερώς στην κλινική βιβλιογραφία. Λόγου χάριν, ο S. Freud (1917) και άλλοι ψυχοαναλυτές λογοτέχνες περιέγραψαν αυτή τη δομή και τη χρησιμοποίησαν ως διαγνωστική ταυτότητα για μια μορφή ψυχοπαθολογίας. Όπως περιγράφεται και από το DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών – 4^η έκδοση) της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας το οποίο εκδόθηκε το 1994, η καταθλιπτική διαταραχή της προσωπικότητας είναι “ένα εισδυτικό σχέδιο ή μοντέλο καταθλιπτικής γνώσης και συμπεριφοράς το οποίο άρχεται της ενηλικίωσης” και χαρακτηρίζεται τουλάχιστον από πέντε από τα παρακάτω χαρακτηριστικά:

- 1) Η συνήθης διάθεση κυριαρχείται από αισθήματα αποθάρρυνσης, ακεφιάς και δυστυχίας.
- 2) Η αντίληψη του ατόμου για τον εαυτό του επικεντρώνεται γύρω από σκέψεις ανικανότητας, ακρηστίας και χαμηλού ηθικού.
- 3) Το άτομο είναι αυστηρό προς τον εαυτό του τον οποίο συνεχώς κρίνει, κατηγορεί και μειώνει.
- 4) Το άτομο στενοχωριέται και συνοδεύεται από αισθήματα ενοχής και τύψεις για αοήμαντες ή ανύπαρκτες αιτίες.
- 5) Το άτομο είναι αρνητικό και δυοανασχετεί με την συμπεριφορά των γύρω του χωρίς λογική ή προφανή αιτία.
- 6) Το άτομο φοβάται επικείμενες καταστροφές, παρουσιάζει μειωμένη σεξουαλική επιθυμία και ικανοποίηση.
- 7) Πολλές φορές πιστεύει ότι “καταστράφηκε” και ότι “η ζωή δεν αξίζει” και παρουσιάζει τάσεις αυτοκτονίας¹⁰.

Αλλά, συνοδά χαρακτηριστικά είναι η αϋπνία η οποία μπορεί να είναι αρχική (στην έναρξη του ύπνου), ενδιάμεση (ανήσυχος ύπνος) ή τελική (πρώιμο ξύπνημα). Σπανιότερα, υπάρχει αυξημένη διάθεση για ύπνο και υπερυπνία. Ανορεξία για φαγητό, με συνακόλουθη απώλεια

σωματικού βάρους, ή λιγότερο συχνά αυξημένη όρεξη, ο ασθενής χάνει προοδευτικά τα ενδιαφέροντά του και περιορίζει τις δραστηριότητές του, ενώ παράλληλα παραπονείται για κόπωση και αδυναμία. Η δυσκολία στη συγκέντρωση, η επιβράδυνση της λειτουργίας της σκέψης, η μειωμένη βούληση, η αναποφασιστικότητα και η αναβλητικότητα αποτελούν επίσης συχνά συμπτώματα της πάθησης¹¹.

Η νοσηλεύτρια πρέπει να γνωρίζει πολύ καλά την κλινική εικόνα, τα φαινόμενα και εκδήλωσή της έτσι ώστε να μπορεί να εκτιμήσει και να παρέμβει με τον κατάλληλο τρόπο. Ας δούμε ορισμένες διαστάσεις της κλινικής εικόνας πιο αναλυτικά :

6.1 Η διαδικασία της σκέψης

Εδώ οι διαταραχές απευθύνονται στην ικανότητα συγκέντρωσης, την ποικιλία και το περιεχόμενο της σκέψης. Οι σκέψεις είναι σκόρπιες και το άτομο αναφέρει ανικανότητα συγκέντρωσης. Το εύρος και η ποικιλία είναι περιορισμένα και το άτομο περιορίζεται σε συγκεκριμένες σκέψεις τις οποίες επαναλαμβάνει. Το περιεχόμενο της σκέψης περιλαμβάνει αισθήματα και ιδέες αναξιοτήτας, αυτοκλευσμό, αποτυχία και αδυναμίες. Το άτομο παρουσιάζει μείωση της εφευρετικότητάς του και καταπλακώνεται από τα προβλήματά του για τα οποία δεν βρίσκει λύσεις. Σ' αυτό το σημείο αρχίζει ο αυτοκτονικός ιδεασμός. Το σκοτεινό, απαισιόδοξο και απελπιστικό περιεχόμενο τρέφεται επί εδάφους θυμού, απόρριψης και εκδίκησης¹.

6.2 Τα αισθήματα στην κατάθλιψη

Τα αισθήματα του καταθλιπτικού ατόμου έχουν συγκεκριμένα χαρακτηριστικά όπως : αίσθημα θλίψης, θυμού, αίσθημα κενού και απομόνωσης. Αυτά συναθροίζονται και δημιουργείται η "καταθλιπτική διάθεση" και εκφράζονται με συνεχή συνοφρύωση και έκφραση πόνου στο πρόσωπο. Τα αισθήματα χαράς, ευφορίας, αγάπης και αίσθησης του χιούμορ απουσιάζουν. Τα αισθήματα είναι μια απλή αντίδραση των

ερεθισμάτων του περιβάλλοντος και δεν ξεκινούν από το ίδιο το άτομο, δίνοντας την εικόνα αδιαφορίας και απάθειας. Τα αισθήματα πηγάζουν από καταστάσεις που περιέχουν ή προκαλούν ντροπή, ενοχή, θάνατο, θρήνο, απόρριψη, αποτυχία και καταστροφή^{1,42}.

Μια πρόσφατη έρευνα σε 86 ασθενείς με μέτρια έως σοβαρού βαθμού κατάθλιψη και με εκδήλωση των αισθημάτων ντροπής και ενοχής κατέληξε στο ότι η ενοχή αλλά όχι η ντροπή είχε άμεση θετική σχέση με τον βαθμό της κατάθλιψης.

Η κλίση εκδήλωσης ντροπής είχε άμεση θετική σχέση με την συνολική αρνητική αυτο-εκτίμηση, υποτακτική συμπεριφορά και εσωστρεφή θυμό που παρουσίαζε το άτομο. Η σεξουαλική κακοποίηση κατά την παιδική ηλικία δεν έπαιξε κανένα ρόλο στο βαθμό εκδήλωσης ντροπής ή ενοχής⁴².

Κατάθλιψη σε Λατινο-Αμερικανούς ασθενείς⁴²

Αίσθημα	Αντικειμενική αναφορά του προβλήματος	Υποκειμενική εκδήλωση του προβλήματος
Μιζέρια	79%	73%
Στενοχώρια	79%	67%
Τάση να ξεχνάει	79%	60%
Αιόσυρη	74%	36%
Βραδυψυχισμός	63%	50%
Υπερεξάρτηση	58%	36%
Ευερεθιστοτητα	53%	90%
Υποδραστηριότητα	53%	60%
Περίεργες ιδέες	47%	89%
Σωματικά παράπονα	47%	44%

Κατάθλιψη σε Ευρω-Αμερικανούς ασθενείς⁴²

Αίσθημα	Αντικειμενική αναφορά του προβλήματος	Υποκειμενική εκδήλωση του προβλήματος
Μιζέρια	84%	81%
Στενοχώρια	68%	85%
Τάση να ξεχνάει	58%	82%
Απόσυρση	47%	67%
Βραδυψυχισμός	42%	63%
Υπερεξάρτηση	42%	88%
Ευερεθιστικότητα	37%	57%
Υποδραστηριότητα	37%	86%
Περίεργες ιδέες	37%	100%
Σωματικά παράπονα	32%	50%

6.3 Οι πράξεις των ατόμων με κατάθλιψη

Εδώ οι πράξεις παρουσιάζουν παρόμοια χαρακτηριστικά όπως : απάθεια, έλλειψη ενθουσιασμού και αποφασιστικότητας κατά την εκδήλωση, ακινησία, απραξία και επανάληψη. Η απραξία μπορεί να είναι τόσο έντονη που το άτομο μοιάζει να πάσχει από παράλυση. Απουσιάζει ο έλεγχος, σκοπός και προοδευτική κίνηση στις πράξεις. Η επανάληψη μπορεί να εκδηλωθεί ως αναστεναγμός, κνησιμός, τρίψιμο των χειλιών και φρυδιών και δάγκωμα των νυχιών. Η ομιλία είναι αργή και περιλαμβάνονται μακρόχρονες παύσεις μεταξύ των λέξεων και σκέψεων. Το άτομο παραμελεί τον εαυτό του, τον κακοποιεί και προκαλεί σωματικές βλάβες προς τον ίδιο. Συνοπτικά, η πράξη του καταθλιπτικού ατόμου είναι η απραξία¹.

6.4 Διαπροσωπικές σχέσεις στην κατάθλιψη

Το άτομο συχνά συγκρούεται και συγχρόνως απομονώνεται από τα άτομα του περιβάλλοντός του. Ο εκνευρισμός του ατόμου προς τους

άλλους προκαλεί την επιθετική συμπεριφορά των γύρω του. Οι σκέψεις και πράξεις της απόγνωσης και απραξίας ελκύουν την προσοχή των άλλων και η συνεχή απόρριψη της βοήθειας όπου προσφέρεται κουράζει το περιβάλλον το οποίο και αποφεύγει την δυσάρεστη και στενάχωρη παρέα του καταθλιπτικού ατόμου¹.

6.5 Οι σωματικές λειτουργίες και διαδικασίες

Ο ύπνος και η όρεξη διαταράσσονται σε βαθμό που ποικίλλει από άτομο σε άτομο από υπερβολική αύξηση έως υπερβολική μείωση.

π.χ. υπερβολική αύξηση των ωρών του ύπνου και της όρεξης διαταράσσει την ικανότητα εργασίας του ατόμου και αυξάνει το βάρος προκαλώντας προβλήματα υγείας. Η σωματική κόπωση από έλλειψη ύπνου προκαλεί αυξημένη αίσθηση του πόνου και μπορεί να δημιουργήσει ένα σύνδρομο χρόνιας ασθένειας και καχεξίας.

Η δυσκοιλιότητα, έκπτωση της λειτουργίας του ανοσοποιητικού συστήματος, γαστρεντερικές διαταραχές, κεφαλαλγία, πόνο στη ράχη και διαταραχές της εμμηνορρύσεως είναι μερικά από τα προβλήματα που δημιουργούνται¹.

Η νοσηλεύτρια μπορεί να βοηθήσει τον ασθενή, εντοπίζοντας όλα τα προβλήματα από όλες τις διαστάσεις που εκδηλώνονται, τόσο με τις γνώσεις της Γενικής Νοσηλευτικής αλλά και με ειδικευση στην Ψυχιατρική Νοσηλευτική.

Διαφορά των συμπτωμάτων στη θλίψη και την κατάθλιψη¹ :

ΘΛΙΨΗ

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Σκέψεις	Εστιάζονται στο χαμένο άτομο, αντικείμενο, στόχο.	Εστιάζονται στο ίδιο το άτομο, αφηρημάδα και αμέλεια.
Αισθήματα	Στενοχώρια, αναζήτηση για επαφή με το χαμένο άτομο ή αντικείμενο, απώλειας.	Κενά αισθήματα, απουσία αισθημάτων, μονότονα.
Πράξεις	Έκφραση της λύπης όπως με κλάμα, παράπονα, ξαφνικά κύματα στενής επαφής (φιλιά, χάρδια), περιόδους λειουργίας του ατόμου).	Ακινησία ή εκνευρισμός και άγχος χωρίς κάποιο συγκεκριμένο σκοπό ή στόχο, το άτομο καλεί τις πράξεις του " ανούσιες " .
Διαπροσωπικές σχέσεις	Το περιβάλλον κατανοεί και συμπάθεια για τα αισθήματα, πράξεις του ατόμου.	Το περιβάλλον βλέπει υπερβολικές τις αντιδράσεις του ατόμου, εκνευρίζεται και αποσύρεται από το άτομο.
	Αιτή και συναισθηματική υποστήριξη από τους γύρω απαλείνει τον πόνο και ανακουφίζει, περισσότερο με τον πίασxon.	Υποστήριξη από τους γύρω προκαλεί εκνευρισμό στο άτομο το οποίο γίνεται δυσάρεστο προς το περιβάλλον και το απομονώνουν.

Σωματικές λειτουργίες και διαδικασίες Παροδική απώλεια της όρεξης και του ύπνου, ναυτία, ανησυχία, γαστρεντερικές διαταραχές, ακινησία. Δεν παρουσιάζονται προβλήματα υγείας. Μόνιμες αυξομειώσεις της όρεξης και του ύπνου και ενεργειακό επίπεδο. Παρουσιάζονται προβλήματα υγείας.

προβλήματα υγείας. Ο φυσιολογικός ρυθμός επανέρχεται γρήγορα.

7. Η ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ ΣΤΗΝ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ: ΙΔΕΑΣΜΟΣ & ΠΡΑΞΗ

Είναι δύσκολο να υπολογίσουμε τον ακριβή αριθμό των αυτοκτονιών αφού οι περισσότεροι προτιμούν να φαίνεται η αυτοκτονία σαν ατύχημα. Τουλάχιστον το 15% των αυτοκινητιστικών "ατυχημάτων" οφείλονται σε αυτοκτονία. Το 1986 υπολογίζεται ότι ο αριθμός αυτοκτονιών στις ΗΠΑ ήταν 30.000, το 1991 υπολόγισαν ότι 1 : 8 αυτοκτονούσε στις ΗΠΑ, 1 : 4 στην Αυστρία και περίπου το ίδιο στην Γαλλία και Δανία⁵. Τα πιο πρόσφατα αποτελέσματα δείχνουν ότι 1 : 12 αυτοκτονεί στις ΗΠΑ ενώ το ποσοστό αυξάνεται στην εφηβική ηλικία από το 1960 και μετά ενώ τα ποσοστά στις υπόλοιπες ηλικίες μειώθηκαν ή έμειναν σταθερά. Αυτά συμπεραίνει η έρευνά των Tsuang, Simpson και Fleming (1992), όπως φαίνεται και στον πίνακα :

Ποσοστά αυτοκτονιών¹³ :

Συχνότητα ανά 100.000 άτομα ανά δεκαετία (ΗΠΑ)	15-24 ετών	Λοιπές ηλικίες
1900	5%	10%
1910	10%	17%
1920	5%	8%
1930	7%	16%
1940	6%	15%
1950	5%	12%
1960	5%	11%
1970	12%	15%
1980	15%	14%
1990	16%	13%

Η αυτοκτονία είναι η τρίτη κατά σειρά αιτία θανάτου στις ηλικίες 15 – 24 και η όγδοη αιτία θανάτου στον γενικό πληθυσμό. Ο αυτοκτονικός ιδεασμός είναι κοινό φαινόμενο στους έφηβους. Σε μια έρευνα (1991) το 27% των μαθητών (γυμνασίου και λυκείου) ανέφεραν ότι οκέφθηκαν

σοβαρά να αυτοκτονήσουν κατά το προηγούμενο έτος. Ευτυχώς, ένα πολύ μικρό ποσοστό έκανε απόπειρα αυτοκτονίας. Τα κορίτσια (15-19 ετών) παρουσίαζαν τριπλάσιο ποσοστό απόπειρας από τα συνομήλικά τους αγόρια. Συνολικά όμως ανά όλες τις ηλικίες το ποσοστό είναι τετραπλάσιο στους άνδρες παρά στις γυναίκες. (Tsuang, Simpson, Fleming 1993)^{13,44}.

Η διαφορά του βαθμού σοβαρότητας της απόπειρας οφείλεται στο ότι οι γυναίκες προσπαθούν με λιγότερο επικίνδυνο τρόπο να ολοκληρώσουν το έργο τους όπως με υπερβολική λήψη χαπιών ενώ οι άνδρες χρησιμοποιούν τη μέθοδο του στραγγαλισμού και τη χρήση πυροβόλου όπλου μειώνοντας τις πιθανότητες παροχής πρώτων βοηθειών εάν κάποιος βρει το άτομο. Τα ηλικιωμένα άτομα είναι η δεύτερη κατηγορία ατόμων που αυτοκτονεί πιο συχνά – το 25% των αυτοκτονιών αντιστοιχεί σε άτομα άνω των 65 ετών^{5,13}.

Στις γυναίκες το ποσοστό αυτοκτονιών αυξάνει ανά ηλικία και στην ηλικία της εμμηνόπαυσης παραμένει σταθερό ή μειώνεται. Οι γυναίκες που δεν απέκτησαν παιδιά (παντρεμένες ή μη) αυτοκτονούν πιο συχνά από τις γυναίκες με παιδιά· τα άτομα που δεν είναι παντρεμένα παρουσιάζουν διπλάσιο ποσοστό αυτοκτονιών από τα παντρεμένα. (Hoyet and Lund, 1993)¹³.

Ποσοστό αυτοκτονιών ανά φυλή και φύλο (ΗΠΑ, 1990)⁵

Λευκοί άντρες	20,1%
Λευκές γυναίκες	5,3%
Μαύροι άντρες	12,0%
Μαύρες γυναίκες	2,1%

Οι επιστήμονες Schneidman και Farberow (1970) συνόψισαν τα χαρακτηριστικά του ατόμου που προσπαθεί να αυτοκτονήσει αλλά επιβιώνει ως εξής : γυναίκα, Καυκάσια, ασχολείται με οικιακά, ετών 20-30, απόπειρα με υπερβολική λήψη βαρβιτουρικών λόγω προβλημάτων

στο γάμο της ή κατάθλιψη. Αντιθέτως, το άτομο που αποπειράται και αυτοκτονεί "επιτυχώς" χαρακτηρίζεται ως εξής : άνδρας, Καυκάσιος, ετών 40 ή άνω, απόπειρα με πυροβολισμό, απαγχονισμό ή δηλητηρίαση με μονοξείδιο του άνθρακα λόγω ασθένειας, κατάθλιψης ή συζυγικών προβλημάτων¹³.

Βέβαια, όλα τα άτομα ανεξαρτήτως χαρακτήρα, ηλικίας, φύλου, οικονομικής και κοινωνικής τάξης δύναται να αυτοκτονήσουν. Ένας μύθος που πλανάται σχετικά με την αυτοκτονία είναι ότι όσοι απειλούν ότι θα αυτοκτονήσουν δεν θα καταλήξουν στην πράξη και ότι αυτοί που όντως καταλήγουν δεν μιλούσαν για την αυτοκτονία. Λάθος. Οι Isometsa, Henriksson, Aro et al (1994) απέδειξαν πως σε 71 ολοκληρωμένες αυτοκτονίες ένα ποσοστό πάνω από 50% είχε κάνει συζήτηση περί του θέματος 3 μήνες πριν.

Με άλλα λόγια, τα άτομα που συζητούν για αυτοκτονία πρέπει να λαμβάνονται σοβαρά υπ' όψη. Ένας άλλος μύθος παρουσιάζει τα άτομα που κάνουν την απόπειρα και αποτυγχάνουν ότι απλά θέλουν να ελκύσουν την προσοχή και τον οίκτο του περιβάλλοντός τους. Αντιθέτως όμως, το 40% των αυτοκτονούντων ατόμων έχουν κάνει προηγούμενη απόπειρα ή έχουν απειλήσει με αυτοκτονία, ενώ όσο αυξάνεται ο αριθμός των αποπειρών αυξάνεται και το ποσοστό ολοκλήρωσης και αυτοκτονίας⁵.

Από θρησκευτικής άποψης, η αυτοκτονία απαγορεύεται στον Χριστιανισμό και Ιουδαϊσμό και πολλοί πιστοί πιστεύουν πως εάν αναπτύξουν συζήτηση περί του θέματος με άτομο που πάσχει από κατάθλιψη θα εμψυτεύσουν ή ενισχύσουν την σκέψη αυτή, κάτι που σαφώς δεν υποστηρίζεται από τους ψυχιάτρους οι οποίοι ενθαρρύνουν τους ασθενείς τους να μιλούν για το θέμα.

Είναι δυνατόν όμως να αντιληφθούμε και να προλάβουμε μια απόπειρα αυτοκτονίας; Είναι, μένει μόνο να γνωρίζουμε πως εκπέμπουν τα μηνύματά τους αυτά τα άτομα :

- Με δηλώσεις όπως "Ξέρω ότι η παρουσία μου σας βαραίνει".
- Απόσυρση.

- Συμπεριφορά όπως με κάποιον που πάει ταξίδι.
- Δωρίζοντας τα πιο προσωπικά αντικείμενα.
- Ζήτηση συγχώρεσης για προβλήματα που ίσως δημιούργησε και ευχαριστίες στο περιβάλλον του για την αγάπη που του δείχνουν.

Παρεμβάλλεται μια περίοδος ηρεμίας η οποία μπορεί να θεωρηθεί από πολλούς ότι η κατάσταση του ατόμου βελτιώθηκε και επομένως το περιβάλλον χαλαρώνει και δεν το προσέχει ή παρακολουθεί με ένταση. Είναι αξιοσημείωτο το γεγονός ότι άτομα τα οποία θεραπεύονται για την κατάθλιψη, κάνουν απόπειρα στα τελικά στάδια της θεραπείας και ενώ έχει βελτιωθεί η ψυχική τους κατάσταση. Αυτό που παραμένει άλυτο είναι ότι φαίνονται ψυχικά πιο υγιείς γιατί έχουν αποφασίσει να τερματίσουν τη ζωή τους ή απλά χρησιμοποιούν την ενέργεια που τους έλειπε πριν και αυτοκτονούν^{13,44} ;

Συνοπτικά, τα άτομα που καταφεύγουν στην αυτοκτονία βλέπουν αδιέξοδα στη ζωή τους και το τέλος της ως την μόνη πόρτα που τους ανοίγεται. Τα σημειώματα που συνήθως αφήνουν φανερώνουν αβάσταχτο πόνο και στενοχώρια, συνήθως ζητούν από τους συγγενείς να μην στενοχωριούνται που έφυγε το άτομο και περιλαμβάνουν πολλά ουδέτερα σχόλια – εντολές, συμβουλές και λίστα πραγμάτων και εκκρεμοτήτων που πρέπει να κάνουν τα άτομα που μένουν πίσω^{5,13}.

Η Ελβετία έχει μια από τις ισχυρότερες αναλογίες εφηβικής αυτοκτονίας στην Ευρώπη, αλλά η επικράτηση των αυτοκτονικών σκέψεων και των αποπειρών δεν είναι γνωστή. Ένα αυτοχορηγούμενο ανώνυμο ερωτηματολόγιο διανεμήθηκε σε ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα 9268 15 έως 20 – ετών εφήβων, οι οποίοι παρακολουθούν ξένο σχολείο ή κολέγιο. Έξι θέματα εστιάζονταν στο αυτοκτονικό ιδεασμό και στη συμπεριφορά. Για την αναγνώριση των μεταβλητών υγείας που σχετίζονται με τις αυτοκτονικές απόπειρες έγινε πολυμεταβλητή ανάλυση. Περίπου 55% των εφήβων δεν είχαν αυτοκτονικά ενδιαφέροντα, 26% ανέφεραν αυτοκτονικές σκέψεις, 15% ανέφεραν αυτοκτονικό σχεδιασμό και 3% ανέφεραν απόπειρες αυτοκτονίας. Αυτοί οι οποίοι αποπειράθηκαν να αυτοκτονήσουν ανέφεραν σημαντικά

περισσότερα προβλήματα σε τέσσερις περιοχές, κυρίως στη συμπεριφορά για την υγεία, στα συμβάντα της ζωής, τις κοινωνικές σχέσεις και στην ψυχική υγεία. Συμπερασματικώς, πολλοί παράγοντες σχετίζονται με απόπειρες αυτοκτονίας και αντιπροσωπεύουν ανιχνεύσιμες συμπεριφορές. Έτσι οι επαγγελματικές υγείας μπορούν να χρησιμοποιήσουν αυτή τη γνώση για να είναι πιο αποτελεσματικοί στην πρόληψη των αυτοκτονιών μεταξύ των εφήβων⁴⁵.

Σε ένα δείγμα του Φινλανδικού γενικού πληθυσμού (n = 4868) 2,4% των γυναικών και 2,3% των ανδρών ανέφεραν ότι είχαν αναπτύξει σκέψεις για αυτοκτονία κατά τη διάρκεια των προηγούμενων 12 μηνών. Η επικράτηση της παρα-αυτοκτονίας ήταν συνοδευτικά 0,9% στις γυναίκες και 1,1% στους άνδρες. Τα περισσότερα αυτοκτονικά άτομα, 85%, είχαν έρθει σε επαφή με γενικούς ιατρούς ή με άλλες υπηρεσίες πρωτοβάθμιας παροχής υπηρεσιών υγείας, κατά τη διάρκεια των προηγούμενων 12 μηνών και ένα μικρότερο ποσοστό 20% είχαν κάνει επαφή με ψυχιατρικές υπηρεσίες. Οι γενικοί ιατροί και άλλες πρωτοβάθμιας υπηρεσίες παροχής υγείας είναι το κλειδί για να ταυτοποιήσουν και να αναγνωρίσουν την αυτοκτονική συμπεριφορά στο Φινλανδικό γενικό πληθυσμό⁴⁶.

Ιατροδικαστικοί, τοξικολογικοί έλεγχοι επί 3.400 αυτοκτονιών στη Σουηδία των ετών 1990-1991, έδειξαν ότι το 84% δεν είχε πάρει αντικαταθλιπτικά στην περίοδο αμέσως προ του θανάτου, ενώ 10% είχε ανιχνεύσιμα και 6% τοξικά επίπεδα αντικαταθλιπτικών την ώρα του θανάτου. Τα ευρήματα θέτουν την υπόθεση ότι η υποσυνταγογράφηση και η θεραπευτική αποτυχία είναι τα κύρια προβλήματα της θεραπείας με αντικαταθλιπτικά, αναφορικώς με την αυτοκτονία, ενώ η τοξικότητα είναι μικρότερου ενδιαφέροντος. Με 5% επικράτηση της καταθλίψεως στον πληθυσμό και με χρήση αντικαταθλιπτικών συνοδευόμενων με τη θεραπεία ποσοστού περίπου 1%, η χρήση αυτών πρέπει να αυξηθεί σημαντικώς, για να παρεμποδισθούν οι περισσότερες αυτοκτονίες στη Σουηδία. Επιπλέον, η ποιότητα της αντικαταθλιπτικής συνταγογραφίας (επίπεδα δόσεων και διαστήματα θεραπείας) πρέπει να βελτιωθεί, κάτι

που μπορεί να γίνει με τη βοήθεια του ελέγχου των θεραπευτικών δόσεων των φαρμάκων⁴⁷.

Παρόλο που γίνονται πολλές προσπάθειες να μειωθούν οι αυτοκτονίες, τα αποτελέσματα δεν αγγίζουν τα αναμενόμενα.

Οι ανοικτές γραμμές που ο πάσχων μπορεί να πάρει και να ζητήσει βοήθεια δεν καταφέρνουν να μειώσουν τα ποσοστά πέραν από μια μικρή μείωση στην κατηγορία των λευκών γυναικών, 20-30 ετών, οι οποίες είναι και οι πιο συχνοί χρήστες αυτών των βοηθημάτων^{5,13}.

Στα σχολεία, οι εκπαιδευτικοί γίνονται όλο και πιο πολύ γνώστες της πραγματικής έκτασης της κατάστασης και παρατηρούν τα παιδιά πιο κοντά, υπάρχουν σύμβουλοι και μειώνουν τις ποινές και τις τιμωρίες των παιδιών σε μια προσπάθεια να αντιμετωπίσουν το πρόβλημα από την ρίζα και όχι από τον καρπό⁵.

8. Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΚΑΙ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ

α) Γενικά

Ένας αυξανόμενος αριθμός ασθενών με αντικαταθλιπτική συμπτωματολογία αντιμετωπίζονται στην πρωτοβάθμια περίθαλψη. Εν τούτοις, υπάρχουν αρκετά στοιχεία ενδείξεων ότι η πείρα των γενικών ιατρών είναι ανεπαρκής όσον αφορά στο δύσκολο στόχο της αναγνώρισης και θεραπείας των καταθλιπτικών συνδρόμων. Η αναλογία των λανθασμένων διαγνώσεων σ' αυτόν τον πληθυσμό των καταθλιπτικών ασθενών είναι περίπου 30-50%. Ακόμη περισσότερο αυτοί οι οποίοι διαγνώσκονται συχνά λαμβάνουν θεραπεία χαρακτηριζόμενη από ανεπαρκείς δόσεις και διάρκεια. Σ' ένα αριθμό μελετών η εκπαίδευση, με εστίαση στην αναγνώριση και θεραπεία των συναισθηματικών διαταραχών, βρέθηκε ότι ήταν αποτελεσματική οδηγώντας σε ένα υψηλότερο ποσοστό διαγνώσεως των αντικαταθλιπτικών, σε μείωση της συνταγογράφησης αντικαταθλιπτικών, σε μείωση της συνταγογράφησης των καταστατικών και μειζόνων ηρεμιστικών και σε μείωση του αριθμού των αυτοκτονιών και των ημερών αναρρωτικής απουσίας⁴⁸.

Με βάση μια μελέτη πληροφοριών για γραφή συνταγών και τη χρήση των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων στη γενική ιατρική αποδείχθηκε ότι στη Δανία, στους περισσότερους από τους μισούς ασθενείς δίδονται αντικαταθλιπτικά για ενδείξεις άλλες, εκτός από την κατάθλιψη. Η 12μηνη διάρκεια της αντικαταθλιπτικής θεραπείας είναι 16%. Συγκρινόμενη με την επικράτηση της καταθλίψεως που υπολογίζεται μεταξύ 2% και 10%, τίθεται η υπόθεση υποθεραπείας κατάθλιψης και πολλοί καταθλιπτικοί ασθενείς δεν διαγνώσκονται στη γενική ιατρική. Σημαντικώς χαμηλότερες δόσεις αντικαταθλιπτικών χρησιμοποιούνται στη γενική ιατρική απ' ότι στους νοσηλευόμενους ασθενείς, των οποίων η θεραπεία προσαρμόζεται με τον έλεγχο των φαρμάκων⁴⁹.

Μερικοί ασθενείς λαμβάνουν θεραπευτική αγωγή για πολύ βραχεία διαστήματα, ενώ άλλοι λαμβάνουν θεραπευτική αγωγή χρόνια χωρίς επανεκτίμηση των ενδείξεων. Η χρήση των νέων αντικαταθλιπτικών (SSRI και μοκλοβεμίδης) έχει αυξηθεί σημαντικώς, μετά την εισαγωγή τους στα τέλη της δεκαετίας του 80. Οι ενδείξεις για αντικαταθλιπτική θεραπεία μπορεί να έχουν αυξηθεί στη γενική ιατρική, γεγονός που κατέστη φανερό στις ΗΠΑ. Συμπερασματικώς, τα αντικαταθλιπτικά είναι τα προχειρώς υπερχρησιμοποιούμενα φάρμακα στη γενική ιατρική, καθώς χρησιμοποιούνται για ενδείξεις άλλες από την κατάθλιψη και για μεγάλες χρονικές περιόδους. Από την άλλη πλευρά, υποχρησιμοποιούνται καθώς πολλοί καταθλιπτικοί ασθενείς δεν λαμβάνουν καθόλου θεραπευτική αγωγή, άλλοι λαμβάνουν για πολύ λίγο χρονικό διάστημα και χρησιμοποιούνται πολύ χαμηλές δόσεις⁴⁹.

Οι περισσότεροι ασθενείς με κατάθλιψη αντιμετωπίζονται σε χώρους πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας με αποτέλεσμα να δημιουργούνται προβλήματα στη διάγνωση και θεραπεία της νόσου λόγω έλλειψης γνώσεων των ιατρών και νοσηλευτών σχετικά με την αναγνώριση των συμπτωμάτων της κατάθλιψης, την φαρμακολογική και την ψυχολογική αντιμετώπιση των ατόμων αυτών.

Περίπου ένα ποσοστό 10% του γενικού πληθυσμού πάσχει από κατάθλιψη ώστε να χρειάζεται βοήθεια από επαγγελματίες της υγείας. Στο σύνολο των ασθενών που νοσηλεύονται σε νοσοκομεία το 1/5 έως 1/3 των ατόμων πάσχει από κάποιο βαθμό κατάθλιψης. Επομένως, η κατάθλιψη είναι πιο συχνή στο γενικό νοσοκομείο παρά στο γενικό πληθυσμό. Ένας ασθενής που πάσχει από κάποια νόσο (σωματική) και εκδηλώνει και καταθλιπτικά συμπτώματα μπορεί να δυσκολέψει τη διάγνωση επειδή ο γιατρός πρέπει να ξεχωρίσει τις σωματικές από τις ψυχικές διαταραχές⁵⁰.

Το πιο σημαντικό στοιχείο στη θεραπεία της κατάθλιψης στο γενικό νοσοκομείο είναι η σωστή εκτίμηση και διάγνωση πριν οποιαδήποτε παρέμβαση. Η νοσηλεύτρια πρέπει να ψάξει πέρα από την εικόνα της κατάθλιψης για να βρει την υποκείμενη σοβαρότητα και αιτία. Μετά

πρέπει να διαγνώσει το είδος της κατάθλιψης. Ένας, όντως κατάθλιπτικός, ασθενής θα παραπεμφθεί, σύμφωνα με το σύστημα λειτουργίας στις ΗΠΑ, σε ειδικευμένη νοσηλεύτρια ή σε ψυχίατρο⁵⁰.

β) Κοινά λάθη στο γενικό νοσοκομείο σχετικά με την κατάθλιψη

Πολλοί νοσηλευτές πιστεύουν ότι η κατάθλιψη είναι μια φυσιολογική αντίδραση λόγω της εκδήλωσης μιας νόσου. Οι επιστήμονες Derogatis και Wise απέδειξαν μέσω της έρευνάς τους ότι το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό πιστεύει πως "ο ασθενής δικαιούται να νιώθει κατάθλιψη" ιδίως όταν πάσχει από χρόνια ή ανίατη νόσο και ότι σε τέτοιες περιπτώσεις αντενδείκνυτε η άμεση και ολοκληρωμένη φροντίδα για την θεραπεία της κατάθλιψης. Αυτό όμως που υποφέρει είναι η ηθική κατάσταση του ασθενή για την αποκατάσταση της οποίας απαιτείτε συμβουλευτική ψυχοθεραπεία.

Μια άλλη λανθασμένη αντίληψη είναι ότι η κατάθλιψη είναι μια φυσιολογική αντίδραση της γήρανης και καθώς η πλειοψηφία των ασθενών είναι άνω των 65, αυτή η αντίληψη μπαίνει εμπόδιο στη σωστή θεραπεία και αντιμετώπιση των ηλικιωμένων ασθενών. Η συγκριτική έρευνα των Black, Winokur και Nasrallah (1987) απέδειξε ότι οι ασθενείς που έπασχαν από κάποια σωματική νόσο και κατάθλιψη δελόντουσαν ανεπαρκή φροντίδα σε σχέση με καταθλιπτικούς ασθενείς οι οποίοι δεν έπασχαν από άλλη νόσο⁵⁰.

Εάν το νοσηλευτικό προσωπικό εργάζεται με αυτές τις αντιλήψεις η κατάθλιψη δεν αντιμετωπίζεται και η εξέλιξη μπορεί να είναι μοιραία για τον ασθενή.

Καταθλιπτικά συμπτώματα όπως η απώλεια της όρεξης, διαταραχές και κακή ποιότητα ύπνου, λήθαργος, απώλεια, ενδιαφέροντος για άλλες ασχολίες μπορεί να είναι ενδεικτικά άλλης σοβαρής ασθένειας όπως του καρκίνου. Επίσης πρέπει να γίνεται πλήρης έλεγχος, στην διαγνωστική εκτίμηση και αρκετές εξετάσεις : SMA 12, πλήρης αιματολογικός έλεγχος, ηλεκτροεγκεφαλογράφημα, επίπεδα βιταμίνης Β₁₂, ορμόνες του

θυρεοειδούς, VDRL, αξονική τομογραφία εγκεφάλου, Rō θώρακος κ.λ.π⁵⁰.

Σε πολλές περιπτώσεις ο ασθενής δεν πάσχει από κατάθλιψη αλλά άνοια, παραλήρημα ή άλλο οργανικό εγκεφαλικό σύνδρομο. Στα νέα άτομα η δυσφορική συμπεριφορά και ο εκνευρισμός μπορεί να χαρακτηρισθούν ως ``προβλήματα συμπεριφοράς`` και κακής ανατροφής.

Τα 4 κύρια συμπτώματα που μπορούν να θέσουν τη διάγνωση μεταξύ κατάθλιψης και οργανικών εγκεφαλικών συνδρόμων είναι :

1. Προσανατολισμός : στην κατάθλιψη είναι κατά φύση και προς όλες τις διαστάσεις ενώ στο παραλήρημα και την άνοια μπορεί να παρουσιάζει διαταραχές.
2. Επίπεδο συνείδησης : στην κατάθλιψη και την άνοια είναι κατά φύση και ο ασθενής σε εγρήγορη ενώ στο παραλήρημα ποικίλει.
3. ΗΕΓ : στην κατάθλιψη είναι φυσιολογικό, στο παραλήρημα παρουσιάζει μείωση της ταχύτητας της εγκεφαλικής λειτουργίας, στην άνοια τα επίπεδα είναι μικρότερα έως φυσιολογικά.
4. i. Η σκέψη: στην κατάθλιψη παρουσιάζεται με λανθασμένες ιδέες και διαταραχή της ροής των σκέψεων, ιδεοφυγή. Στο παραλήρημα παρουσιάζεται ως ονειροπόλος και στην άνοια παρουσιάζεται διαταραγμένη.
ii. Η αντίληψη: στην κατάθλιψη παρουσιάζεται κατά φύση, στο παραλήρημα ο ασθενής έχει λανθασμένες αντιλήψεις, ενώ απουσιάζουν από την άνοια οι λανθασμένες αντιλήψεις⁵⁰.

Στον πίνακα που ακολουθεί γίνεται σύγκριση των συμπτωμάτων της κατάθλιψης μεταξύ του γενικού πληθυσμού και του νοσηλευόμενου πληθυσμού.

Συμπτωματολογία της Κατάθλιψης

ΓΕΝΙΚΟΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ

A. Χαμηλών τόνων διάθεση για περισσότερο από 2-4 εβδ.

B. 5 από τα ακόλουθα :

- ↳ διαταραχές της όρεξης
- ↳ διαταραχές του ύπνου
- ↳ απώλεια ενέργειας
- ↳ εκνευρισμός/ καθυστέρηση
- ↳ αναξιότητα, ενοχές
- ↳ δυσκολία σκέψης και συγκέντρωσης
- ↳ απώλεια ενδιαφέροντος για ευχάριστες δραστηριότητες
- ↳ αυτοκτονικός ιδεασμός, σκέψεις θανάτου.

ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΟΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ

A. Χαμηλών τόνων διάθεση ή απώλεια ενδιαφέροντος για ευχάριστες δραστηριότητες· απώλεια ενδιαφέροντος για άλλα άτομα.

B. 4 από τα ακόλουθα :

- ↳ αναξιότητα, ενοχές, αίσθημα τιμωρίας
- ↳ δυσκολία στη σκέψη, λήψη αποφάσεων και συγκέντρωση
- ↳ απώλεια πρωτοβουλίας, απάθεια
- ↳ αυτοκτονικός ιδεασμός
- ↳ απότομες εκρήξεις κλάματος
- ↳ εκνευρισμός
- ↳ φόβος για "κάσιμο της λογικής"
- ↳ αίσθημα αποτυχίας
- ↳ ανικανοποίηση

C. Κοινωνικές διαταραχές

D. Ανορεξία, διαταραχές ύπνου, κόπωση, κινητική καθυστέρηση (τα οποία δεν οφείλονται σε κάποια νόσο).

Δεν είναι λίγες οι ασθένειες που μπορούν να δημιουργήσουν το κατάλληλο έδαφος για να δημιουργηθεί η κατάθλιψη. Αν και είναι αδύνατον να γνωρίζουμε πως θα αντιδράσει ο κάθε άνθρωπος προς μια ασθένεια ποικίλης σοβαρότητας, εν τούτοις αναγράφηκε ένας πίνακας με τις συχνότερες σοβαρές ασθένειες που έχουν και μπορούν να προκαλέσουν κατάθλιψη⁵¹.

Ιατρικές ασθένειες με συμπτώματα κατάθλιψης

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	ΝΟΣΟΣ Ή ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ
Ενδοκρinoπάθειες	Υποθυρεοειδισμός Υπερθυρεοειδισμός Υπερπαραθυρεοειδισμός Νόσος του Cushing Νεφρική Ανεπάρκεια
Κακοήθεις όγκοι	Κοιλιακά καρκινώματα ιδίως της ουράς του παγκρέατος Όγκοι εγκεφάλου (κροταφικό λοβό)
Νευρολογικά	Αγγειακό Εγκεφαλικό επεισόδιο (ΑΡ ημισφαίριο) Νόσος του Parkinson Υδροκέφαλος με φυσιολογική πίεση Σκλήρυνση κατά πλάκας
Ηλεκτρολυτικές Διαταραχές	Μείωση του ορού νατρίου και καλίου, βιταμίνη Β ₁₂ , σίδηρος, φολικό οξύ, δηλητηρίαση με μεταλλικές ουσίες (π.χ. θάλλιο)
Ιογενείς λοιμώξεις	Λοιμώδη ηπατίτιδα

Στην έρευνα του Robinson et al ανακάλυψαν ότι 50% από τα άτομα με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (ΑΕΕ) εκδήλωσαν συμπτώματα κατάθλιψης στην οξεία φάση του εγκεφαλικού επεισοδίου. Το 25% ήταν σύμφωνο με τα κριτήρια διάγνωσης μείζων καταθλιπτικής διαταραχής. Μετά από 6 μήνες το ποσοστό ανερχόταν στο 33%. Οι ασθενείς που είχαν υποστεί το ΑΕΕ στο αριστερό ημισφαίριο ήταν περισσότερο καταθλιπτικοί από όσους είχαν υποστεί το ΑΕΕ στο δεξιό ημισφαίριο⁵⁰.

Οι καρδιακές παθήσεις είναι μια άλλη κατηγορία που σχετίζεται έντονα με εκδήλωση καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Υπολογίζεται ότι ένα 20% έως 50% του πληθυσμού που πάσχει από καρδιολογική νόσο εκδηλώνει καταθλιπτική συμπεριφορά κατά την οξεία φάση μετά από οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου (ΟΕΜ). Πάνω από 70% των ασθενών που

νόσησαν από ΟΕΜ είναι καταθλιπτικό για διάστημα πάνω του 1 έτους. Σε καρδιολογικά χειρουργεία όπως για καρδιακή παράκαμψη (bypass) το ποσοστό είναι 6% έως 15%. Η κατάθλιψη μπορεί να είναι αιτία θανάτου για τον ασθενή γιατί τα άτομα που πάσχουν από αυτή τρώνε λιγότερο, αναρρώνουν μετά από μεγαλύτερο χρονικό διάστημα και απαιτούν περισσότερη αναλγητική φαρμακευτική αγωγή από τους μη – καταθλιπτικούς⁵⁰.

Ο καρκίνος είναι η τρίτη νόσος που εμφανίζει μεγάλα ποσοστά κατάθλιψης. Οι Whitlock και Siskind προτείνουν ότι υπάρχουν βιολογικοί δεσμοί μεταξύ κατάθλιψης και καρκίνου γιατί τα συμπτώματα της κατάθλιψης προμηνύουν μη – αναγνωρισμένα καρκινώματα. Το ποσοστό εδώ ποικίλλει από 6% έως 50%, οι Buckberg et al ανακάλυψαν ότι 42% από 62 ογκολογικούς ασθενείς πάσχουν από κατάθλιψη (μείζων μονοπολική) ενώ οι Derogatis et al βρήκαν το 6% των 251 ασθενών σύμφωνο με τα κριτήρια μείζων καταθλιπτικού επεισοδίου και το 12% ως πάσχων από προσαρμοστική διαταραχή με καταθλιπτική διάθεση. Σε μια πρόσφατη έρευνα των Grassi et al όπου εξετάστηκαν 196 ογκολογικοί ασθενείς 23,97% έπασχαν από κατάθλιψη. Επιπροσθέτως, οι ασθενείς που νοσηλεύονταν εκδήλωσαν μεγαλύτερο βαθμό ευερεθιστότητας και ο βαθμός της άρνησης ήταν μεγαλύτερος σε αυτούς που ήταν υπό χημειοθεραπευτική αγωγή⁵⁰.

Είναι σημαντικό να ευαισθητοποιηθεί το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό για την κατάθλιψη στο γενικό νοσοκομείο και στους χώρους όπου παρέχεται φροντίδα στον άνθρωπο γιατί οι συνάνθρωποί μας που πάσχουν από κατάθλιψη δεν βρίσκονται μόνο στις ψυχιατρικές κλινικές ή τα ανάλογα ιδρύματα αλλά γύρω μας και κουβαλούν πολλά περισσότερα προβλήματα απ'ότι νομίζουμε.

9. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ: ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ

Η κατάθλιψη κατά κανόνα θεραπεύεται αποτελεσματικά. Είναι δηλαδή μια ιάσιμη πάθηση. Γνωρίζουμε σήμερα πολύ καλά ότι η νόσος κατάθλιψη παρά το ότι εκφράζεται με ψυχολογικά συμπτώματα, κατά βάση είναι μια βιολογική πάθηση, και σαν τέτοια ανταποκρίνεται κυρίως σε βιολογικά μέσα θεραπείας. Κάτω από αυτό το πρίσμα είναι ευεξήγητο για ποιο λόγο οι προτροπές προς τον καταθλιπτικό άρρωστο ``να το ρίξει έξω`` επιδεινώνουν την κατάσταση αντί να τη βελτιώνουν. Στον τομέα της θεραπείας της κατάθλιψης έχουν γίνει σημαντικές πρόοδοι τα τελευταία χρόνια με τη χρήση νέων φαρμάκων τα οποία και καλή αποτελεσματικότητα έχουν και στερούνται των παρενεργειών που είχαν τα παλαιότερης γενιάς αντικαταθλιπτικά φάρμακα. Παράλληλα, ορισμένες μορφές κατάθλιψης ανταποκρίνονται άριστα και σε άλλου τύπου βιολογικές θεραπείες, οι οποίες είναι αποτελεσματικές, αξιόπιστες και ακίνδυνες⁷.

Τις τελευταίες δεκαετίες, εφαρμόζονται και ειδικές ψυχοθεραπευτικές τεχνικές για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης, φαίνεται μάλιστα ότι ο συνδυασμός φαρμακοθεραπείας και ψυχοθεραπείας έχει τα καλύτερα αποτελέσματα. Μια από αυτές τις τεχνικές, που ονομάζεται γνωσιακή ψυχοθεραπεία, αποσκοπεί στη ``διόρθωση`` του αρνητικού τρόπου σκέψης των καταθλιπτικών ασθενών, δηλαδή στην αλλαγή της σκέψης τους ώστε να αρχίσουν να βλέπουν τα πράγματα αισιόδοξα και όχι απαισιόδοξα. Τόσο αυτή, όσο και οι υπόλοιπες ψυχοθεραπείες γίνονται από ειδικούς ψυχοθεραπευτές και εξηγούνται αναλυτικά στη συνέχεια⁷.

Βιολογικές Θεραπείες

9.1 Ψυχοφαρμακοθεραπεία – Νοσηλευτική Παρέμβαση

Τα ψυχοφάρμακα επεκράτησαν στο χώρο της Ψυχιατρικής θεραπευτικής και διαμορφώθηκαν οι ιδιαίτερες θεραπευτικές ενδείξεις τους ανάλογα με τη σύνθεσή τους, τις κύριες ιδιότητες του καθενός και τα δραστικά συστατικά που περιέχουν. Ήδη χρησιμοποιούνται σ' όλη την κλίμακα των ψυχικών παθήσεων, από τις βαρύτερες ψυχώσεις μέχρι και τις πιο ελαφρές νευρώσεις.

Όσον αφορά τα αποτελέσματα η ευρεία τους χρήση επί σειρά ετών απέδειξε ότι η θεραπεία έχει στο ενεργητικό της αξιολογικά ''θετικά'' και ''αρνητικά'' στοιχεία⁶.

Συνοψίζονται δε ως εξής :

ΘΕΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΦΑΡΜΑΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

- ↳ Ελάττωση και κάποτε κατάργηση της νοσηρής συμπτωματολογίας :
 - ελαττώνονται οι διεγέρσεις
 - τα παραληρήματα ατονούν
 - οι ψευδαισθήσεις μειριάζονται
 - τα κατατονικά φαινόμενα εξουδετερώνονται
 - οι τάσεις αυτοκτονίας και οι παρορμήσεις περιορίζονται
 - ↳ Το πλησίασμα του ασθενούς και η από μέρους του αποδοχή της θεραπείας βελτιώνονται σημαντικά.
 - ↳ Οι περιορισμοί μειώνονται στο ελάχιστο.
 - ↳ Μεγάλο ποσοστό ασθενών γίνονται κοινωνικά βιώσιμοι.
-

ΑΡΝΗΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΦΑΡΜΑΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

- ↳ Πέρα από την άμβλυση ή κατασίγαση των συμπτωμάτων καμία επίδραση δεν ασκεί στην ίδια την ασθένεια.
- ↳ Αν διακοπεί η θεραπεία η ασθένεια επανέρχεται ανέπαφη ή και προχωρημένη.
- ↳ Βλαπτικές συνέπειες πάνω σε ουστήματα και όργανα από τη μακροχρόνια χρήση τους π.χ. εξωπυραμιδικό σύνδρομο.
- ↳ Η συνέχιση της γίνεται χωρίς διακοπή.
- ↳ Τοξικομανίες που καλλιεργούνται από ορισμένα ηρεμιστικά

9.1.1 ΤΡΙΚΥΚΛΙΚΑ/ΠΟΛΥΚΥΚΛΙΚΑ ΑΝΤΙΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΑ

Τα τρικυκλικά και πολυκυκλικά αντικαταθλιπτικά αποκλείουν την πρόοψη της νορεπινεφρίνης, της ντοπαμίνης και της σεροτονίνης στο νευρώνα. Μακροχρόνια θεραπεία πιθανόν να προκαλεί μεταβολές σε ορισμένους υποδοχείς του ΚΝΣ. Τα πιο σημαντικά φάρμακα της κατηγορίας αυτής είναι η ιμιπραμίνη (imipramine), (η πρωτότυπη ουσία), η αμιτριπτυλίνη (amitriptyline), η δισιπραμίνη (desipramine) (ένα απομεθυλιωμένο παράγωγο της ιμιπραμίνης), η νορτριπτυλίνη (nortriptyline), η προτριπτυλίνη (protriptyline) και η δοξεπίνη (doxepine). Η αμοξαπίνη (amoxapine) και η μαπροτιλίνη (maprotiline) χαρακτηρίζονται ως αντικαταθλιπτικά "δεύτερης γενεάς" για να διαχωριστούν από τα παλαιότερα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά. Τα φάρμακα αυτά της δεύτερης γενιάς έχουν παρόμοιες δράσεις με την ιμιπραμίνη και παρουσιάζουν μικρές διαφορές στη φαρμακοκινητική. Όλα τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά (ΤΚΑ) έχουν παρόμοια θεραπευτική αποτελεσματικότητα και η εκλογή του φαρμάκου εξαρτάται από την αντοχή του ασθενούς στις ανεπιθύμητες ενέργειες και τη διάρκεια της δράσης. Ασθενείς που δεν ανταποκρίνονται στη θεραπεία με ένα τρικυκλικό αντικαταθλιπτικό, μπορεί να παρουσιάζουν βελτίωση μετά τη χορήγηση ενός άλλου ΤΚΑ της ίδιας ομάδας⁵².

Τρόπος δράσης

1. *Αναστολή της πρόσληψης νευροδιαβιβαστών* : Τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά αναστέλλουν προσυναπτικά την επαναπρόσληψη της ντοπαμίνης και της σεροτονίνης στις τελικές απολήξεις των νευρώνων. Αποκλείοντας την κύρια οδό απομάκρυνσης των νευροδιαβιβαστών, τα ΤΚΑ αυξάνουν τις συγκεντρώσεις των μονοαμινών στο συναπτικό χάσμα, γεγονός που οδηγεί στην εμφάνιση των αντικαταθλιπτικών αποτελεσμάτων. Η θεωρία αυτή έχει απορριφθεί από μερικούς ερευνητές εξαιτίας διαφόρων παρατηρήσεων. Για παράδειγμα, η ισχύς των ΤΚΑ στο να αναστέλλουν την επαναπρόσληψη των νευροδιαβιβαστών, συχνά δεν παρουσιάζει συσχέτιση με τα αντικαταθλιπτικά αποτελέσματα που παρατηρούνται κλινικά. Επίσης ενώ η αναστολή της επαναπρόσληψης των νευροδιαβιβαστών παρατηρείται αμέσως μετά τη χορήγηση του φαρμάκου, η αντικαταθλιπτική δράση των ΤΚΑ εμφανίζεται μετά από εβδομάδες συνεχούς θεραπείας. Τα παραπάνω υποδεικνύουν ότι η μειωμένη επαναπρόσληψη των νευροδιαβιβαστών είναι μόνο ένα αρχικό γεγονός το οποίο ίσως να μη σχετίζεται με τα αντικαταθλιπτικά αποτελέσματα. Πρόσφατα έχει υποστηριχθεί ότι οι συγκεντρώσεις των υποδοχέων των μονοαμινών στον εγκέφαλο μπορεί να μεταβάλλονται μετά από τη χρήση του φαρμάκου για μια περίοδο 2-4 εβδομάδων και ίσως το γεγονός αυτό να είναι σημαντικό για την έναρξη της δράσης⁵².
2. *Αποκλεισμός υποδοχέων* : Τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά επίσης αποκλείουν και σεροτονινεργικούς, α-αδρενεργικούς, ισταμινικούς και μουσκαρινικούς υποδοχείς. Δεν είναι γνωστό κατά πόσο ο αποκλεισμός κάποιων από αυτούς τους υποδοχείς έχει θεραπευτικά αποτελέσματα.

Δράσεις

1. *Βελτίωση ψυχικής διάθεσης* : Τα φάρμακα αυτά βελτιώνουν την ψυχική διάθεση, αυξάνουν την πνευματική εγρήγορση, βελτιώνουν τη

σωματική δραστηριότητα και μειώνουν την παθολογική πνευματική απορρόφηση στο 50-70% των ατόμων που πάσχουν από μείζονα κατάθλιψη. Η βελτίωση της ψυχικής διάθεσης καθυστερεί απαιτούνται δύο εβδομάδες θεραπείας ή και περισσότερο. Τα φάρμακα αυτά δεν προκαλούν διέγερση του ΚΝΣ ή βελτίωση της ψυχικής διάθεσης σε φυσιολογικά άτομα και σπάνια παρατηρείται κατάχρηση τους.

2. *Αντοχή* : Αντοχή στις χολινεργικές ιδιότητες των τρικυκλικών αντικαταθλιπτικών αναπτύσσεται σε σύντομο χρονικό διάστημα. Είναι δυνατόν να παρατηρηθεί κάποια ψυχολογική εξάρτηση με ελαφρά συμπτώματα στέρησης. Τα φάρμακα αυτά μπορούν να χρησιμοποιηθούν για μακροχρόνια θεραπεία της κατάθλιψης χωρίς να παρατηρηθεί αντοχή, γεγονός που υποδεικνύει ότι η αντιμουσκαρινική τους ενέργεια δεν συνδέεται με την αντικαταθλιπτική τους δράση.

Θεραπευτικές χρήσεις

1. *Βαρεία ενδογενής κατάθλιψη* : Τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά είναι τα πιο συχνά χρησιμοποιούμενα φάρμακα για τη θεραπεία της μείζονας κατάθλιψης.
2. *Φοβίες* : Ορισμένες επεισοδιακές φοβίες ανταποκρίνονται στη θεραπεία με τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά.
3. *Ενούρηση* : Η ιμιπραμίνη έχει χρησιμοποιηθεί για τον έλεγχο της νυκτερινής ενούρησης σε παιδιά (ηλικίας μεγαλύτερης των 6 ετών) επειδή προκαλεί σύσπαση του έσω σφιγκτήρα της ουροδόχου κύστης. Προς το παρόν χρησιμοποιείται με προσοχή επειδή προκαλεί καρδιακές αρρυθμίες και άλλα σοβαρά καρδιακά προβλήματα.

Φαρμακοκινητική

1. *Απορρόφηση και κατανομή* : Τα ΤΚΑ απορροφώνται καλά όταν χορηγηθούν από το στόμα και επειδή είναι λιπόφιλα κατανέμονται

ευρέως και διεισδύουν εύκολα στο ΚΝΣ. Λόγω αυτής της διαλυτότητάς τους στα λιποειδή τα φάρμακα αυτά έχουν μεγάλο χρόνο ημίσειας ζωής, παράδειγμα η ημιπραμίνη με χρόνο ημίσειας ζωής 4-17 ώρες. Επειδή κατά την πρώτη διόδό τους από το ήπαρ υφίστανται μεταβολισμό σε βαθμό που ποικίλλει κάθε φορά, η βιοδιαθεσιμότητά τους είναι χαμηλή και ασταθής. Για το λόγο αυτό ο καθορισμός της δόσης γίνεται με βάση την ανταπόκριση του ασθενούς. Η αρχική περίοδος θεραπείας τυπικά διαρκεί 4-8 εβδομάδες. Η δόση μπορεί βαθμιαία να μειωθεί εκτός εάν εμφανισθεί υποτροπή.

2. *Κατάληξη* : Τα φάρμακα αυτά μεταβολίζονται από το μικροσωμιακό σύστημα στο ήπαρ και υφίστανται σύζευξη με γλυκουρονικό οξύ. Τελικά τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά αποβάλλονται ως αδρανείς μεταβολίτες από τους νεφρούς⁵².

Ανεπιθύμητες ενέργειες

1. *Αντιμυοκαρμικές ενέργειες* : Ο αποκλεισμός των υποδοχέων ακετυλοχολίνης προκαλεί αοαφή όραση, ξηροστομία, κατακράτηση ούρων, δυσκοιλιότητα και επιδείνωση του γλαυκώματος.
2. *Καρδιαγγειακό* : Η αυξημένη δράση των κατεχολαμινών έχει ως αποτέλεσμα την υπερδιέγερση της καρδιάς, που μπορεί ακόμα και να απειλήσει τη ζωή του ασθενούς αν ληφθεί υπερβολική δόση ενός από τα φάρμακα αυτά. Ιδιαίτερη ανησυχία πρέπει να προκαλεί η επιβράδυνση της κολποκοιλιακής αγωγής σε ηλικιωμένους ασθενείς που πάσχουν από κατάθλιψη.
3. *Ορθοστατική υπόταση* : Τα φάρμακα αυτά αποκλείουν τους α-αδρενεργικούς υποδοχείς με αποτέλεσμα την εμφάνιση ορθοστατικής υπότασης και αντανάκλαστικής ταχυκαρδίας.
4. *Καταστολή* : Η καταστολή μπορεί να είναι προεξάρχον σύμπτωμα ιδιαίτερα κατά τη διάρκεια των πρώτων εβδομάδων της θεραπείας.
5. *Προφυλάξεις* : Τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά πρέπει να χορηγούνται με προσοχή στους μανιοκαταθλιπτικούς ασθενείς διότι

μπορεί να συντελέσουν στην εμφάνιση μανιακής συμπεριφοράς. Τα ΤΚΑ μπορεί να επιδεινώσουν την επιληψία και το γλαύκωμα.

9.1.2 ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ ΤΗΣ ΕΠΑΝΑΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΣΕΡΟΤΟΝΙΝΗΣ

Αυτή η νέα ομάδα αντικαταθλιπτικών φαρμάκων με εντελώς διαφορετική χημική δομή αναστέλλει εκλεκτικά την επαναπρόσληψη της σεροτονίνης. Η ιδιότητα αυτή τα διαφοροποιεί από τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά τα οποία αναστέλλουν χωρίς εκλεκτικότητα την επαναπρόσληψη της νορεπινεφρίνης, της σεροτονίνης και της ντοπαμίνης. Συγκρινόμενα με τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά τα φάρμακα αυτά μπορεί να έχουν λιγότερες αντichολινεργικές δράσεις και χαμηλότερη καρδιοτοξικότητα. Παρόλο αυτά, μέχρι να αξιολογηθούν μακροχρόνια τα αποτελέσματά τους, οι αναστολείς της επαναπρόσληψης σεροτονίνης πρέπει να χρησιμοποιούνται με προσοχή.

Φλουοξετίνη

Η φλουοξετίνη είναι ένα νέο αντικαταθλιπτικό που αναστέλλει εκλεκτικά την επαναπρόσληψη της σεροτονίνης. Έχει την ίδια αποτελεσματικότητα στη θεραπεία της μείζονας κατάθλιψης με τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά. Το φάρμακο αυτό είναι απαλλαγμένο από τις περισσότερες ανησυχητικές παρενέργειες των τρικυκλικών αντικαταθλιπτικών συμπεριλαμβανομένων των αντichολινεργικών δράσεων, της ορθοστατικής υπότασης και της αύξησης του σωματικού βάρους. Η φλουοξετίνη έχει μεγάλο χρόνο ημίσειας ζωής 1-3 ημέρες για την αρχική χημική ένωση και 7-15 ημέρες για τον ενεργό μεταβολίτη δεσμεθυλφλουοξετίνη (desmethyfluoxetine). Οι ανεπιθύμητες ενέργειες που παρατηρούνται συχνότερα είναι ναυτία, νευρική κατάσταση, αϋπνία και κεφαλαλγία.

Τραζοδόνη

Η τραζοδόνη όπως και η φλουοξετίνη αναστέλλει την επαναπρόσληψη της σεροτονίνης ενώ επηρεάζει σε μικρό μόνο βαθμό τα άλλα συστήματα νευροδιαβιβαστών. Η τραζοδόνη έχει αποτελέσματα συγκρίσιμα με εκείνα των τρικυκλικών αντικαταθλιπτικών αλλά υπερέχει όσον αφορά τις ανεπιθύμητες ενέργειες που παρουσιάζει. Με το φάρμακο αυτό έχουν παρατηρηθεί λίγες μόνο αντικολινεργικές ανεπιθύμητες ενέργειες καθώς επίσης και ανεπιθύμητες ενέργειες από το καρδιαγγειακό σύστημα. Οι ανεπιθύμητες ενέργειες περιλαμβάνουν υπνηλία, κεφαλαλγία, ναυτία και σπάνια πριαπισμό (παρατεταμένη μη φυσιολογική στύση του πέους). Η τραζοδόνη είναι χρήσιμη στη θεραπεία ασθενών με κατάθλιψη η οποία συνοδεύεται από εμφανή σημεία διέγερσης, άγχους και αϋπνίας καθώς επίσης και ασθενών οι οποίοι δεν μπορούν να ανεχθούν τις ανεπιθύμητες ενέργειες των αντικολινεργικών⁵².

9.1.3 ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ ΜΟΝΟΑΜΙΝΟΞΕΙΔΑΣΗΣ

Η μονοαμινοξειδάση (ΜΑΟ) είναι ένα μιτοχονδριακό ένζυμο που βρίσκεται στο νευρικό και σε άλλους ιστούς όπως στο έντερο και στο ήπαρ. Στο νευρώνα η ΜΑΟ λειτουργεί σαν μια "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 ΜΑΟ μπορούν να αδρανοποιήσουν μόνιμα ή παροδικά το ένζυμο οπότε τα μόρια των νευροδιαβιβαστών δεν διασπώνται και κατ'επέκταση συσσωρεύονται μέσα στον προσυναπτικό νευρώνα και διαφεύγουν στο συναπτικό χάσμα. Έτσι προκαλείται διέγερση των υποδοχέων της νορεπινεφρίνης και της σεροτονίνης γεγονός στο οποίο μπορεί να οφείλεται η αντικαταθλιπτική δράση των φαρμάκων αυτών.

Τρεις αναστολείς της MAO είναι σε χρήση σήμερα : η φαινελζίνη, η ισοκαρβοξαζίδη και η τρανυλκυπρομίνη. Κανένα από τα φάρμακα αυτά δεν μπορεί να θεωρηθεί πρότυπη ουσία για την ομάδα. Σήμερα γίνεται περιορισμένη χρήση των αναστολέων της MAO επειδή τα ΤΚΑ είναι πιο αποτελεσματικά και λιγότερο τοξικά⁵².

Τρόπος δράσης

1. *Αναστολή της MAO* : Ορισμένοι αναστολείς της MAO, όπως η ισοκαρβοξαζίδη, δημιουργούν σταθερά συμπλέγματα με το ένζυμο προκαλώντας μόνιμη αδρανοποίησή του. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση των αποθηκευμένων ποσών της νεροπινεφρίνης, της σεροτονίνης και της ντοπαμίνης μέσα στο νευρώνα και την επακόλουθη διάχυση των περισσευόντων μορίων των νευροδιαβιβαστών στο συναπτικό χάσμα.
2. *Αναστολή άλλων οξειδωτικών ενζύμων* : Τα φάρμακα αυτά, εκτός από τη MAO στον εγκέφαλο, αναστέλλουν και διάφορες οξειδάσες που καταλύουν την οξειδωτική απαμίνωση φαρμάκων δυνητικά τοξικής δράσης, όπως η τυραμίνη που βρίσκεται σε ορισμένα τρόφιμα. Συνεπώς οι αναστολείς της MAO παρουσιάζουν υψηλό ποσοστό αλληλεπιδράσεων με άλλα φάρμακα και με τροφές.

Δράσεις

1. *Βελτίωση ψυχικής διάθεσης* : Παρότι η MAO αδρανοποιείται πλήρως έπειτα από λίγες ημέρες θεραπείας, η εμφάνιση της αντικαταθλιπτικής δράσης των αναστολέων της MAO, όπως άλλωστε και των ΤΚΑ καθυστερεί για μερικές εβδομάδες.
2. *Διέγερση του ΚΝΣ* : Η φαινελζίνη και η τρανυλκυπρομίνη ασκούν μέτρια διεγερτική δράση τύπου αμφεταμίνης.

Θεραπευτικές χρήσεις

1. *Μείτρια έως βαρεία κατάθλιψη* : Τα φάρμακα αυτά ενδείκνυνται για ασθενείς που πάσχουν από κατάθλιψη και είναι αλλεργικοί ή δεν ανταποκρίνονται στη θεραπεία με ΤΚΑ ή έχουν έντονο άγχος.
2. *Αντιμετώπιση του υπερβολικού ύπνου* : Ασθενείς με μικρή ψυχοκινητική δραστηριότητα πιθανόν να παρουσιάσουν βελτίωση της διεγερτικής δράσης των αναστολέων της ΜΑΟ.
3. *Θεραπεία καταστάσεων φοβίας* : Οι αναστολείς της ΜΑΟ χρησιμοποιούνται στη θεραπεία καταστάσεων φοβίας.

Φαρμακοκινητική

1. *Απορρόφηση και κατανομή* : Τα φάρμακα αυτά απορροφώνται καλά όταν χορηγούνται απ' το στόμα, αλλά η αντικαταθλιπτική τους δράση εμφανίζεται μετά από 2-4 εβδομάδες θεραπείας. Όταν το ένζυμο αδρανοποιηθεί μόνιμα, ο χρόνος αναγέννησής του ποικίλει, αλλά συνήθως αυτό συμβαίνει μερικές εβδομάδες μετά τη διακοπή της χορήγησης του φαρμάκου. Έτσι, αν πρόκειται να γίνει αντικατάσταση των χορηγούμενων αντικαταθλιπτικών, πρέπει να παρεμβάλλεται τουλάχιστον μια περίοδος 2 εβδομάδων από τη διακοπή της θεραπείας με αναστολείς ΜΑΟ.
2. *Μεταβολισμός* : Οι αναστολείς της ΜΑΟ μεταβολίζονται και απεκκρίνονται γρήγορα στα ούρα.

Ανεπιθύμητες ενέργειες

Σοβαρές και συχνά μη προβλέψιμες ανεπιθύμητες ενέργειες περιορίζουν την ευρεία χρήση των αναστολέων της ΜΑΟ.

1. *Υπερτασικές κρίσεις* : Η τυραμίνη που περιέχεται σε ορισμένα τρόφιμα όπως στα ωριμασμένα τυριά, στο ήπαρ των πουλερικών, στη μπύρα και στα κόκκινα κρασιά, φυσιολογικά αδρανοποιείται στο έντερο από τη ΜΑΟ. Τα άτομα στα οποία χορηγείται αναστολέας της

ΜΑΟ, δεν μπορούν να διασπάσουν την τυραμίνη η οποία προσλαμβάνεται με την τροφή. Η τυραμίνη προκαλεί την απελευθέρωση μεγάλων ποσοτήτων αποθηκευμένων κατεχολαμινών από τις τελικές απολήξεις των νεύρων. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την εμφάνιση κεφαλαλγίας, ταχυκαρδίας, ναυτίας, καρδιακών αρρυθμιών και εγκεφαλικών επεισοδίων. Οι ασθενείς πρέπει να ενημερώνονται κατάλληλα ώστε να αποφεύγουν τις τροφές που περιέχουν τυραμίνη. Η θεραπεία με αναστολείς της ΜΑΟ μπορεί να αποβεί επικίνδυνη σε ασθενείς με βαριά κατάθλιψη που παρουσιάζουν τάσεις αυτοκτονίας. Η φαινολαμίνη ή η πραζοσίνη είναι χρήσιμες για την αντιμετώπιση της υπέρτασης που έχει προκληθεί από τυραμίνη. Η θεραπεία με αναστολείς της ΜΑΟ πιθανόν να είναι επικίνδυνη για ασθενείς με βαριά κατάθλιψη που παρουσιάζουν τάσεις αυτοκτονίας. Υπάρχει πιθανότητα σκόπιμης κατανάλωσης τροφών που περιέχουν τυραμίνη.

2. Άλλες ανεπιθύμητες ενέργειες που παρουσιάζονται είναι υπνηλία, ορθοστατική υπόταση, ασαφής όραση, ξηρότητα στόματος, δυσουρία και δυσκοιλιότητα⁵².

9.1.4 ΑΛΑΤΑ ΛΙΘΙΟΥ

Τα άλατα λιθίου χρησιμοποιούνται προφυλακτικά στη θεραπεία των μανιοκαταθλιπτικών ασθενών και στη θεραπεία επεισοδίων μανίας. Είναι επίσης αποτελεσματικά στη θεραπεία ενός ποσοστού 60-80% των ασθενών με μανία και λυπομανία. Αν και πολλές κυτταρικές διεργασίες μεταβάλλονται κατά της διάρκεια της θεραπείας με τα άλατα λιθίου ο τρόπος δράσης τους είναι άγνωστος. Το λίθιο χορηγείται από το στόμα. Το ιόν λιθίου απεκκρίνεται από τα νεφρά. Τα άλατα του λιθίου είναι πολύ τοξικά. Ο συντελεστής ασφαλείας και ο θεραπευτικός δείκτης είναι παρά πολύ χαμηλοί, συγκρίσιμοι με εκείνους της δακτυλίτιδας. Στις ανεπιθύμητες ενέργειες συμπεριλαμβάνονται αταξία, τρόμος, σύγχυση και σπασμοί. Το λίθιο δεν εμφανίζει κάποια αξιολογούμενη δράση σε φυσιολογικά άτομα. Δεν έχει κατασταλτική δράση και δεν προκαλεί ευφορία ή κατάθλιψη.

Ενδεικτικός Πίνακας Αντικαταθλιπτικών Φαρμάκων^{1,21}

Χημική Ουσία	Κατασκευάσμα	Ημερησία Δόση (mg)
Τρικυκλικά		
Αμιτριπτιλίνη	Elavil, Saroten	150-300
Δοξεπίνη	Adapin, Sinequan	75-300
Ιμιπραμίνη	Tofranil	75-300
Νορτριπτιλίνη	Aventil, Pamelor	50-150
Ντεξιπραμίνη	Norpramin, Pertotrane	150-300
Προτριπυλίνη	Vivactil	15-60
Χρωριμπραμίνη	Anarfanil	75-300
Τριμπραμίνη	Surmontil	150-300
Τετρακυκλικά		
Αμοξαπίνη	Asendin	150-450
Μαπροτιλίνη	Ludiomil	150-200
Μιανοερίνη	Tolvon	30-120
Μονοκυκλικά		
Βουπιρολόνη	Wellbutrin	300-450
Αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης		
Ισοκαρβοξαζίδη	Maplan	10-50
Τρανυλκυπρομίνη	Parnate	20-60
Νιαλαμίδη	Niamid	25-450
Φενελζίνη	Nardil, Norall	15-90
Διεγερτικά		
Δεξτραμφεταμίνη	Dexedrine, Maxiton	15-60
Μεθαμφεταμίνη	Desoxyn, Methedrine	2,5-30
Μεθυλφενιδάτη	Ritalin	10-60
Άλλα διάφορα		
Νομφαινσίνη	Alival, Merital	75-200
Τροζοδόνη	Desyrel, Trittico	75-300
Φλουοξετίνη	Prozac	60-80
Νεφαζοδόνη	Serzone	300-500
Βενλαφαξίνη	Effexor	75-300
Φλουβαξαμίνη	Luvon	50-300

Παροξετίνη	Paxil	20-50
Σερτραλίνη	Zoloft	50-200

Όπως γνωρίζουμε ο ηλικιωμένος πληθυσμός είναι μια από τις ηλικιακές ομάδες που εμφανίζει κατάθλιψη σε αρκετά μεγάλο ποσοστό. Στις ΗΠΑ το ποσοστό των ηλικιωμένων που χρησιμοποιεί αντικαταθλιπτικά φάρμακα έχει αυξηθεί από 9.3% (1993) στο 11.5% (1997). Το 9.6% των φαρμάκων που συνταγογραφείται ανήκει στην ομάδα των εκλεκτικών αναστολέων πρόληψης σεροτονίνης (SSRI) σε διάστημα ενός μήνα (Ιανουάριος 1993) και το ποσοστό για την ίδια κατηγορία φαρμάκων ανέρχεται στο 45.1% το Δεκέμβριο 1997 ενώ υπολογίζεται ότι θα αυξηθεί στο 56% έως το Δεκέμβριο 2000. Τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά παρουσίασαν πτώση στην ποσότητα συνταγογράφησης από 79.0% (Ιανουάριος 1993) στο 43.1% (Δεκέμβριος 1997) και υπολογίζεται ότι το ποσοστό θα μειωθεί στο 28% (Δεκέμβριος 2000). Αυτό δείχνει ότι η κατηγορία SSRI κερδίζει την προτίμηση ασχέτως εάν το οικονομικό κόστος έχει αυξηθεί κατά 150%, όπως υπολογίζεται στις ΗΠΑ⁵³.

Στα ηλικιωμένα άτομα τα φάρμακα της ομάδας SSRI όπως κιταλοπράμη, φλουοξετίνη, σερτραλίνη και παροξετίνη, οι αναστρέψιμοι αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης (RIMAs) όπως μοκλοβεμίδη, εκλεκτικοί αναστολείς πρόληψης σεροτονίνης και νορ-αδρεναλίνης όπως μιναοιπράνη και βενλαφαξίνη είναι μερικά από τα πολυχρησιμοποιημένα αντικαταθλιπτικά. Μέχρι στιγμής, οι έρευνες αδυνατούν να αποδείξουν ότι τα νέα τρικυκλικά είναι πιο ασφαλή από τις παλαιότερες γενιές τρικυκλικών αντικαταθλιπτικών, στους ηλικιωμένους ασθενείς με μόνη εξαίρεση την παροξετίνη. Η αμπριπτυλίνη και νοθιεπίνη είναι εξαιρετικά επικίνδυνες ουσίες σε περίπτωση υπερδοσολογίας, για αυτό το λόγο πρέπει να αποφεύγεται η χορήγησή τους σε άτομα που δεν επιβλέπονται ή είναι ύποπτα για σκόπιμη λήψη υπερδοσολογίας⁵⁴.

Η παροξετίνη απέδειξε ότι βελτιώνει την ποιότητα και την ευκολία της πρωϊνής έγερσεως σύμφωνα με τις υποκειμενικές καταμετρήσεις της ποιότητας του ύπνου (LSEQ), ενώ αντιθέτως η νιοθιεπίνη βελτιώνει την ευκολία εισόδου στον ύπνο αλλά προκαλεί μείωση της ποιότητας και ένα αποτέλεσμα "στερήσεως" το επόμενο πρωϊνό⁵⁵.

Ένα άλλο παράδοξο γεγονός είναι ότι αφού συνταγογραφούνται πολλά ψυχιατρικά φάρμακα γιατί δεν είναι φανερή η βελτίωση; Η έρευνα των Ramana et al (1999) απέδειξε ότι 20% των ασθενών είχαν συνταγές για υποδοσολογία φαρμάκων κατά την έξοδο από το ίδρυμα ή νοσοκομείο ενώ ένα 10% δεν λάμβανε καμιά φαρμακευτική αγωγή. Το Εθνικό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας της Αγγλίας (NIMH) βρήκε ότι η φαρμακευτική αγωγή ήταν 100mg/ημέρα μέσο όρο, ακόμα και σε άτομα που βρίσκονταν σε επικίνδυνη καμπή της νόσου. Οι Fennig et al (1995) ανακάλυψαν ότι μόνο το 60% των νοσηλευομένων ασθενών λάμβαναν και συνταγή για φαρμακευτική αγωγή κατά την έξοδο και ότι η μη-συνταγογράφηση σχετιζόταν με επανεισαγωγή μετά από ένα χρονικό διάστημα 6 μηνών⁵⁷.

Πολλές διαφορετικές ομάδες αντικαταθλιπτικών είναι διαθέσιμες για τη θεραπεία της μείζονος καταθλίψεως, η κάθε μια με τα πλεονεκτήματα και τους περιορισμούς της, ως αποτέλεσμα του φαρμακολογικού προφίλ της. Τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά και οι αναστολείς της MAO είναι αποτελεσματικά σε μια μεγάλη αναλογία καταθλιπτικών ασθενών, αλλά η χρήση τους συχνά περιορίζεται από τα βραχυχρόνια και μακροχρόνια προβλήματα ασφάλειας/ανεκτικότητας. Οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπροσλήψεως της σεροτονίνης παρουσιάζουν συγκρίσιμη αποτελεσματικότητα με τα τρικυκλικά στους περισσότερους ασθενείς, αλλά μπορεί να είναι περισσότερο αποτελεσματικά σε μερικούς από αυτούς. Επιπροσθέτως η χρήση των SSRI είναι δυνατό να επηρεασθεί από κλινικώς σημαντικές αλληλεπιδράσεις φαρμάκων. Η βενλαφαξίνη είναι ένας εκλεκτικός αναστολέας επαναπροσλήψεως σεροτονίνης-νοραδρεναλίνης με μοναδικές φαρμακολογικές ιδιότητες, οι οποίες είναι δυνατό να ενισχύσουν την αποτελεσματικότητά της, καθώς και το προφίλ

ασφάλειάς της. Σε κλινικές δοκιμές η βενλαφαξίνη δείχνει αντικαταθλιπτική δραστηριότητα σε ευρεία αναλογία ασθενών με μείζονα κατάθλιψη, συμπεριλαμβανομένων και αυτών με μελαγχολία, διεγερτικά ή συμπτώματα αναστολής, συμπτώματα άγχους και ανθεκτική κατάθλιψη. Η βενλαφαξίνη έχει δείξει δυναμικό για ταχεία έναρξη της δράσεως και προσφέρει διακυμάνσεις δόσεων που μπορεί να επιτρέψουν και την εμφάνιση επιπρόοθτων ασθενών ανταποκρινόμενων σε υψηλότερες δόσεις. Λόγω της ελλείψεως συγγένειας προς τους μουσκαρινικούς χολινεργικούς, ισταμινεργικούς και αλφα-1-αδρενεργικούς υποδοχείς, η βενλαφαξίνη έχει ένα προφίλ ασφάλειας το οποίο είναι ανώτερο από αυτό των τρικυκλικών. Η βενλαφαξίνη επίσης στερείται των αλληλεπιδράσεων των φαρμάκων χαρακτηριστικών των εκλεκτικών αναστολέων επαναπροσλήψεως σεροτονίνης⁵⁸.

Προσφάτως αναφέρθηκε στη μείζονα κατάθλιψη μια αντίδραση προτεΐνης στην οξεία φάση (AP). Σε διάφορες μετρήσεις που έγιναν βρέθηκε ότι οι καταθλιπτικοί ασθενείς είχαν σημαντικά υψηλότερες συγκεντρώσεις πλάσματος των αντιδραστικών παραγωγών AP όπως απτογκλοπίνη (HP), FB, συμπληρωματικό στοιχείο 3(C3C), C4 και A-1-οξυγλυκοπρωτεΐνη (A-1S) απ'ότι οι φυσιολογικοί εθελοντές. Οι συγκεντρώσεις πλάσματος σε HP, FB, C3C, C4, A-1S και σε αιμοπιξίνη (HPX) ήταν σημαντικώς υψηλότερες σε σχιζοφρενικούς, μανιακούς, καταθλιπτικούς ασθενείς που δεν έλαβαν φαρμακευτική αγωγή με αντιψυχωτικά, αντικαταθλιπτικά ή λίθιο. Τα αποτελέσματα αυτά θέτουν την υπόθεση ότι όχι μόνον η μείζονα κατάθλιψη αλλά και η σχιζοφρένεια και η μανία συνοδεύονται από μια AP αντίδραση και ότι αυτή η τελευταία μπορεί να κατασταλεί με χρόνια θεραπεία με ψυχοτρόπα φάρμακα⁵⁹.

Σε μια έρευνα που διεξήχθη στην Ιαπωνία (1998) μετρήθηκε η σχετική περιοχική εγκεφαλική αιματική ροή με υπολογιστική τομογραφία εκπομπής μονού φωτονίου (SPECT) με τη χρήση ραδιοσημασμένης ουσίας [(99m) Te-HMPAO] σε 16 ασθενείς με μείζονα κατάθλιψη, ενώ βρίσκονταν στο καταθλιπτικό στάδιο καθώς και

στην ύφεση. Όλοι οι ασθενείς ήταν ομόλογοι όσον αφορά την ιατρική τους κατάσταση. Κατά το καταθλιπτικό στάδιο, σημαντικές μειώσεις στην πρόσληψη της ραδιοσημασμένης ουσίας βρέθηκαν στον αριστερό άνω μετωπιαίο αμφοτερόπλευρο βρεγματικό και δεξιό πλάγιο κροταφικό φλοιό. Κατά την διάρκεια της υφέσεως, σημαντικές αυξήσεις στην πρόσληψη βρέθηκαν στον αριστερό άνω μετωπιαίο δεξιό βρεγματικό και δεξιό πλάγιο κροταφικό φλοιό. Δεν υπήρχαν σημαντικές διαφορές στην πρόσληψη της ραδιοσημασμένης ουσίας μεταξύ των ασθενών σε ύφεση και των ατόμων προς έλεγχο. Τα ευρήματα αυτά δείχνουν, ότι οι περιοχικές μειώσεις στην πρόσληψη της ραδιοσημασμένης ουσίας που παρατηρείται στην καταθλιπτική κατάσταση, μπορεί να είναι μια ανωμαλία η οποία σχετίζεται με την κατάσταση⁶⁰.

Η κατάθλιψη σχετίζεται με μεταβολές του σωματικού βάρους (ΣΒ). Το ποσοστό των ασθενών που δεν λαμβάνει κάποια φαρμακευτική αγωγή και παρουσιάζει σημαντική αύξηση του ΣΒ ανέρχεται στο 88%. Τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά (TCAs) προκαλούν αύξηση του βάρους στο 60% των ασθενών ιδίως η ιμιπραμίνη αλλά και η ηλεκτροσπασμοθεραπεία παρουσιάζει με ορατή μεταβολή στο σωματικό βάρος του ασθενή. Ο Benazzi (1998) από μια έρευνα σε 100 ασθενείς που έπασχαν είτε από μονοπολική ή διπολική κατάθλιψη παρατήρησε ότι το 72% των ασθενών παρουσίασε αύξηση του βάρους όταν ήταν σε περίοδο ύφεσης σε σχέση με το ΣΒ κατά τις περιόδους έξαρσης της κατάθλιψης. Δεν παρουσιάστηκαν σημαντικές διαφορές ανά ηλικία, φύλο, διάγνωση, διάρκεια της περιόδου υφέσεως, χρήση τρικυκλικών, χρήση συνδυασμού τρικυκλικών -SSRI, βενζοδιαζεπινών, νευροληπτικών και φαρμακευτικών ουσιών σταθεροποιητών της διάθεσης μεταξύ αυτών που αυξήθηκε και αυτών που δεν αυξήθηκε το σωματικό βάρος. Έτσι κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η αύξηση του ΣΒ δεν αποτελεί φαρμακολογική παρενέργεια των αντικαταθλιπτικών αλλά ένδειξη της θεραπείας της κατάθλιψης⁶¹.

Η διάρκεια χορήγησης των φαρμάκων πρέπει να διαρκεί 6 μήνες ή για όσο διήρκεσε το προηγούμενο επεισόδιο αλλά το διάστημα

χορήγησης δεν πρέπει να είναι μικρότερο των 6 μηνών. Διάφορες έρευνες έχουν αποδείξει ότι η προφυλακτική θεραπεία παίζει σημαντικό ρόλο στη μείωση της συχνότητας και σοβαρότητας των επεισοδίων και ότι εάν τα επεισόδια απέχουν λιγότερο από 2½ χρόνια μεταξύ τους, η προφυλακτική θεραπεία πρέπει να διαρκεί περίπου 5 χρόνια και όταν γίνεται διακοπή πρέπει να είναι σταδιακή, σε διάστημα μιας ή δύο εβδομάδων³¹.

Νοσηλευτική Φροντίδα

Προκειμένου να χορηγήσει ο νοσηλευτής ψυχοφάρμακα σε ψυχικά ασθενείς πρέπει να έχει υπόψη του :

- Τις ενέργειες του φαρμάκου
- Τις παρενέργειες του φαρμάκου
- Την ακριβή δόση, σύμφωνα με την ιατρική οδηγία
- Τον τρόπο και το χρόνο χορήγησης

Χορηγούνται μετά το φαγητό, γιατί είναι δυνατά και προκαλούν γαστρεντερικές διαταραχές. Το βράδυ δίνονται αργά για να διαρκέσει η υπνωτική δράση τους όλη τη νύχτα.

Ιδιαίτερη φροντίδα πρέπει να καταβάλλεται, ώστε οι ασθενείς να πάρουν τα φάρμακα τους. Πολλοί ασθενείς αποφεύγουν τη λήψη, είτε γιατί συνειδητοποιούν τις παρενέργειες, είτε γιατί επηρεάζονται από διάφορες ψευδαισθήσεις, είτε γιατί έχουν ένα δυσάρεστο αίσθημα μετά τη λήψη. Βρίσκουν δε ποικίλους τρόπους για να ξεγελάσουν το νοσηλευτή. Τα κρύβουν κάτω από τη γλώσσα τους, στον ουρανίσκο, μέσα στα δόντια, κάνοντας πως πίνουν νερό τα ρίχνουν στο ποτήρι, τα κρύβουν στα ρούχα τους ή μπορεί να τα πάρουν και κατόπιν να προκαλέσουν έμετο⁶.

Γι' αυτό ο νοσηλευτής πρέπει να δίνει τα φάρμακα ο ίδιος στον ασθενή και να ελέγχει σχολαστικά εάν τα πήρε. Κάθε απροσεξία και επιπολαιότητα σ' αυτό το θέμα ίσως να έχει δυσάρεστες συνέπειες για την

υγεία του ασθενούς γιατί, εφόσον δεν παίρνει τα φάρμακα, δεν έχουμε το αναμενόμενο αποτέλεσμα, αυξάνει ο γιατρός τη δόση κλπ. Ακόμη μπορεί οι ασθενείς να συγκεντρώσουν τα φάρμακα και να τα χρησιμοποιήσουν για αυτοκτονία.

Όταν αρνούνται επίμονα να τα πάρουν, χορηγούνται σε ενέσιμη μορφή. Αυτό συμβαίνει σε μανιακούς και μελαγχολικούς. Υπάρχουν φάρμακα που έχουν δυσάρεστη γεύση ή άλλα που προκαλούν δυσπεπτικά ενοχλήματα. Σ' αυτές τις περιπτώσεις πρέπει να βοηθήσει τον ασθενή δίνοντας μαζί με τα φάρμακα λίγο γάλα ή μια πορτοκαλάδα.

Άλλα φάρμακα προκαλούν ξηρότητα στόματος. Απαραίτητη είναι εδώ η επίβλεψη της υγιεινής του στόματος, χορήγηση βιταμινών κυρίως του συμπλέγματος Β για πρόληψη στοματίτιδας και παράλληλα χορήγηση άφθονων υγρών με μερικές σταγόνες λεμόνι.

Παρενέργειες, όπως η πτώση της αρτηριακής πίεσης (ΑΠ), η ταχυκαρδία, ο τρόμος, η αϋπνία, ο ίκτερος, η αναιμία, η δυσκοιλιότητα κλπ. παρακολουθούνται στενά, αναφέρονται στο θεράποντα γιατρό και αντιμετωπίζονται ανάλογα. Από τις οωστές και λεπτομερείς παρατηρήσεις του νοσηλευτού θα εξαρτηθεί η αλλαγή ή μη του φαρμάκου ή της δόσης, π.χ. πόσες ώρες κοιμήθηκε, αν κοιμήθηκε αργά, αν σηκώθηκε νωρίς, τι ΑΠ είχε, είχε ευεξία, είχε κατάθλιψη κλπ⁶.

Επειδή οι ασθενείς κάνουν ορθοστατική υπόταση, παίρνει την ΑΠ και σε όρθια θέση. Επίσης προσέχει την κένωση του εντέρου λόγω της δυσκοιλιότητας που προκαλείται.

Μερικά φάρμακα προκαλούν ευαισθησία στο ηλιακό φως. Οι ασθενείς που τα παίρνουν δεν πρέπει να εκτίθενται στο ηλιακό φως, γιατί υπάρχει κίνδυνος να πάθουν και εγκαύματα ακόμη. Τέτοιο φάρμακο είναι η θοραζίνη.

Μερικά φάρμακα προκαλούν αύξηση του βάρους, γι' αυτό ζυγίζει τους ασθενείς αυτούς και προσέχει το διαιτολόγιο τους. Απαγορεύεται η λήψη οινοπνευματωδών ποτών ταυτόχρονα με τη λήψη φαρμάκων.

Σε περίπτωση λιθίου, επειδή αποβάλλεται από τα νεφρά, επιβάλλεται ο έλεγχος της επάρκειας των νεφρών και ο έλεγχος της

ποσότητας του φαρμάκου στο αίμα, γιατί κάθε υπέρβαση της ανεκτής ποσότητας δημιουργεί δηλητηρίαση.

Σε περίπτωση χορήγησης αναστολέων της ΜΑΟ δεν χορηγούνται τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, γιατί ενισχύουν τη δράση των βιογενών αμινών και κάνουν την υπέρταση.

Υπάρχουν περιπτώσεις που η φαρμακευτική αγωγή επιφέρει μια επιφανειακή καλυτέρευση, ενώ στο βάθος ο ασθενής διατηρεί την καιάθλιψη. Καθήκον του νοσηλευτού είναι να παρακολουθεί στενά αυτούς τους ασθενείς, γιατί είναι μια περίοδος πολύ επικίνδυνη για αυτοκτονία. Να συζητάει φιλικά μαζί τους και να αξιολογεί τις ενέργειές τους και τις εκδηλώσεις τους, ώστε να μπορεί να κατατοπισθεί για τον τρόπο σκέψης του ασθενούς και για τα αισθήματα του.

Ο νοσηλευτής θα βοηθήσει θετικά στην πορεία της θεραπείας, αν ύστερα από κάθε αλλαγή της φαρμακευτικής αγωγής παρακολουθεί στενά τον ασθενή. Κάθε άμβλυση ή επίταση των συμπτωμάτων πρέπει να παρακολουθείται και να αναφέρεται λεπτομερώς στον γιατρό.

Η χορήγηση των ψυχοφαρμάκων ακολουθεί τη γενική νοσηλευτική φροντίδα περί φαρμάκων, με έμφαση στα ιδιαίτερα ειδικά σημεία που αναφέρθηκαν.

Η διδασκαλία και η ενθάρρυνση του ασθενούς για την συνέχιση της φαρμακευτικής αγωγής είναι πάντα καθήκον και ευθύνη του νοσηλευτού⁶.

9.2 Ηλεκτροσπασμοθεραπεία

Το ηλεκτροσόκ (E.C.T.) χρησιμοποιήθηκε το 1938 για πρώτη φορά από δύο Ιταλούς τον Ugo Cerletti και Bini. Το χρησιμοποίησαν πρώτα στα ζώα και μετά στους ανθρώπους.

Το E.C.T. συνίσταται στη δημιουργία μεγάλου επιληπτικού σπασμού, με την εφαρμογή δύο ηλεκτροδίων στις κροταφικές κόρες του ασθενούς και διέλευση (σε κλειστό κύκλωμα) από τον εγκέφαλο συνεχούς και εναλλασσόμενου ρεύματος.

Είναι θεραπεία που χρησιμοποιήθηκε και χρησιμοποιείται ευρέως, γιατί είναι απλή στην τεχνική της, σχετικά ασφαλής, σύντομη, φθηνή και συχνά αποτελεσματική.

Ένα από τα αποτελέσματα της ευρείας χρήσης της ηλεκτροσπασμοθεραπείας είναι και το ότι πολλοί από τους ασθενείς έχουν ήδη ακούσει γι' αυτήν πριν ακόμη μπουν στο νοσοκομείο. Γι' αυτό τα αισθήματά τους χρωματίζονται ανάλογα με ότι έχουν ακούσει από τους άλλους⁶.

9.2.1 Η Νοσηλευτική στην γενική προετοιμασία για το E.C.T.

Υπογραφή του ασθενούς, αν είναι σε θέση, και των συνοδών είναι απαραίτητη πριν από την έναρξη της θεραπείας. Να εξηγήσει κανείς τη θεραπεία στον ασθενή είναι πολύ δύσκολο, εκτός αν γνωρίζει αρκετά σχετικά με τους φόβους και τις εμπειρίες του ασθενούς.

Σε κάποιον ασθενή ίσως χρειαστεί να τονίσουμε ότι δεν θα αισθανθεί πόνο ή ενόχληση και ότι δεν θα θυμάται τίποτα μετά την λήξη της θεραπείας.

Υπάρχουν όμως άλλοι ασθενείς, οι οποίοι φοβούνται αυτό ακριβώς αν έτυχε ν' ακούσουν για την απώλεια μνήμης μετά το ηλεκτροσόκ. Σ' αυτήν την περίπτωση χρειάζεται να διαβεβαιώσουμε τον ασθενή ότι η απώλεια της μνήμης είναι παροδική και ότι δεν υπάρχει κίνδυνος να ξεχάσει σπουδαία πράγματα ή περιστατικά της ζωής του. Συνήθως επανέρχεται η μνήμη ανέπαφη μετά τη συμπλήρωση της σειράς των θεραπειών.

Μερικοί ασθενείς φοβούνται τον πόνο ή τον κίνδυνο από τη θεραπεία. Άλλοι επιζητούν τη θεραπεία σαν είδος τιμωρίας εξαιτίας των αισθημάτων ένοχης ή αναξιότητας.

Όσο κι αν προετοιμασθεί ο ασθενής, την ημέρα της θεραπείας αισθάνεται μεγάλο φόβο και χρειάζεται συμπαράσταση.

Είναι δύσκολο ν' απασχολήσει κανείς τον ασθενή, ενώ περιμένει για τη θεραπεία. Το καλύτερο είναι να γνωρίζει την ώρα της θεραπείας, παρά

να ζει με την αγωνία ποτέ θα γίνει. Κάθε καθυστέρηση από την καθορισμένη ώρα προσθέτει αγωνία.

Πέρα από την ψυχολογική ενίσχυση που χρειάζεται, από οργανικής πλευράς, να έχει γίνει έλεγχος του καρδιαγγειακού συστήματος, του αναπνευστικού, του ουροποιητικού και, αν είναι δυνατόν, της σπονδυλικής στήλης.

Ο ασθενής μένει νηστικός για 12 περίπου ώρες πριν από το E.C.T. Ο νοσηλευτής ελέγχει τα απαραίτητα για την νοσηλεία :

1. Την συσκευή του E.C.T. και του O₂
2. Το Set ή το δίσκο, αν περιέχει :
 - τραχειοσωλήνα
 - γάζα για να δαγκώνει ο ασθενής
 - καρδιοτόνωση, βαμβάκι με οινόπνευμα
 - κάψα με αλατόνερο και λίγες γάζες.

Πριν από τη νοσηλεία πρέπει να ελευθερωθεί ο ασθενής από στενά ενδύματα, να αφαιρεθούν οι ξένες οδοντοστοιχίες, και τσιμπιδάκια καθώς επίσης να κενωθεί η ουροδόχος κύστη. Πρέπει να έχουμε υπόψη ότι ο ασθενής είναι απόλυτα ξύπνιος (αν δεν πήρε νάρκωση) και δεν πρέπει να γίνεται καμιά συζήτηση που να μην απευθύνεται στον ίδιο. Ότι δηλαδή συζητάμε γίνεται αντιληπτό από τον ασθενή· χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή ώστε οι ασθενείς που περιμένουν για τη θεραπεία να μη βλέπουν τους άλλους ασθενείς κατά τη διάρκεια της θεραπείας τους. Κατά το χρόνο της παραμονής είναι αναγκαία η παρουσία του νοσηλευτού.

Κατά τη διάρκεια της θεραπείας μια σχετική ακινητοποίηση είναι απαραίτητη. Ένα μικρό μαξιλάρι τοποθετείται συνήθως κάτω από τη μέση του ασθενούς και ασκείται ελαφρή πίεση πάνω στους ώμους και τους γλουτούς για αποφυγή τραυματισμού κατά τη διάρκεια των συσπάσεων, εκτός αν γίνει με νάρκωση.

Μετά τη θεραπεία ο ασθενής συνέρχεται σταδιακά και αργά και χρειάζεται γύρω του γνωστά πρόσωπα. Δεν γνωρίζει που βρίσκεται, πως έφτασε εκεί και ασφαλώς δεν θυμάται ότι έχει κάνει E.C.T. Θα

χρειασθεί να μιλάμε σιγά, αλλά καθαρά, με σύντομες φράσεις προσπαθώντας να επαναφέρουμε τον ασθενή στο περιβάλλον. Καλό είναι να χρησιμοποιούμε το όνομα του ασθενούς και να του υπενθυμίζουμε το δικό μας, παρά να τον αφήνουμε μόνος του να θυμηθεί.

Μετά τη θεραπεία συμπληρώνονται στην κάρτα του ασθενούς όλα τα απαραίτητα στοιχεία, όπως ο αύξοντας αριθμός της θεραπείας, η ένταση του ρεύματος, ο χρόνος χορήγησης του ρεύματος, το είδος της νάρκωσης και το αποτέλεσμα του E.C.T. (επιτυχές, αφαίρεση κλπ.). Τυχόν αντιδράσεις, όπως άπνοια, κυάνωση κ.ά. πρέπει να αναφέρονται.

Το θεραπευτικό αποτέλεσμα είναι άμεσο. Συνήθως μετά τις πρώτες 2-3 συνεδρίες γίνονται πιο ξύπνιοι, ενεργητικοί και πιο ικανοί να σκεφθούν και να πραγματοποιήσουν κάτι που θέλουν. Γι' αυτό και κατά την περίοδο αυτή ο ασθενής είναι πιο ικανός να θέσει σε ενέργεια σχέδια αυτοκτονίας, τα οποία έχει κάνει και χρειάζεται στενή παρακολούθηση.

Επιπλοκές της ηλεκτροσπασμοθεραπείας είναι :

1. Κατάγματα οστών και μάλιστα σπονδυλικής στήλης
2. Παρατεινόμενη άπνοια
3. Διαταραχές του κυκλοφορικού συστήματος
4. Διαταραχές του νευρικού συστήματος
5. Αγγειακού τύπου εγκεφαλικά επεισόδια

9.2.2 Ευδείξεις E.C.T.

1. *Υποτροφική μελαγχολία* : αποτελεί θεραπεία εκλογής και ποσοστό μεγαλύτερο του 50% έχει ταχεία ανάρρωση.
2. *Μανιοκαταθλιπτική ψύχωση*
 - α. Στη φάση της μανίας σε ασθενείς με έντονη ψυχοκινητική δραστηριότητα ή σε περιπτώσεις μανιακής εμβροντησίας (Stupor).
 - β. Στη φάση της μελαγχολίας είναι η πιο αποτελεσματική και γρήγορη μέθοδος.
3. *Σχιζοφρένεια*.
 - α. Στην κατατονική μορφή

- β. Στα οξέα σχιζοφρενικά επεισόδια
- γ. Σε διεγερτικές καταστάσεις
- δ. Σε σχιζοσυναισθηματικές ψυχώσεις

9.2.3 Αντενδείξεις E.C.T.

1. *Απόλυτες αντενδείξεις αποτελούν :*
 - α. Όγκος εγκεφάλου
 - β. Θρομβοφλεβίτιδα
 - γ. Εξόφθαλμος βρογχοκήλη
 - δ. Οξεία σπειραματονεφρίτιδα
2. *Σχετικές αντενδείξεις (γιατί με τη νάρκωση μειώνονται οι κίνδυνοι)*
 - α. Μεγάλη ηλικία
 - β. Κύηση
 - γ. Πνευμονικές παθήσεις (αποφεύγουμε την αναισθησία με βαρβιτουρικά).
 - δ. Σπονδυλοαρθροπάθεια
 - ε. Πεπτικό έλκος

Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ECT) σπανίως χρησιμοποιείται ως προφυλακτική θεραπεία. Γυναίκα, ηλικίας 74 ετών, με ασταθή διπολική συναισθηματική διαταραχή, με το ECT ως θεραπεία συντηρήσεως έδωσε τη μοναδική ευκαιρία για καταμέτρηση των γνωσιακών αποτελεσμάτων της συνεχιζόμενης ECT. Μια αναφορά ενός μοναδικού περιστατικού με εν σειρά γενόμενες ψυχομετρικές δοκιμασίες κατά τη διάρκεια περισσότερων από 400 ECT ως μοναδικής θεραπείας συντηρήσεως, αναφέρεται στο κείμενο αυτό. Οι εν σειρά δοκιμασίες δεν έδειξαν προοδευτική γνωσιακή έκπτωση, αλλά ήσαν υπαρκτά σταθερά γνωσιακά ελλείματα, τυπικά της οξείας θεραπείας. Ο βαθμός της γνωσιακής δυσλειτουργίας αυτής μπορεί να σχετίζεται με τη συχνότητα της θεραπείας. Η ECT, ως θεραπεία συντηρήσεως είναι δυνατό να αποτελέσει αποτελεσματική προφυλακτική θεραπεία για επιλεγμένους ασθενείς. Τα γνωσιακά αποτελέσματα δεν φαίνεται να είναι μεγαλύτερα από αυτά της

οξείας θεραπείας και φαίνεται να μην είναι προοδευτικώς εξελισσόμενα⁶².

9.3 Ψυχοχειρουργική Θεραπεία (Λοβεκτομή – Λευκοτομή)

Η χειρουργική επέμβαση εγκεφάλου σε ψυχικές παθήσεις έχει αρχίσει τα τελευταία χρόνια. Παρόλο που οι ασθενείς, στους οποίους εφαρμόστηκε η θεραπεία αυτή, είναι πολλοί και η βιβλιογραφία πλούσια, τα σαφή αποτελέσματα δεν είναι ακόμα γνωστά.

Μεγάλη διαφωνία υπάρχει τόσο μεταξύ των γιατρών, όσο και μεταξύ του κοινού, γύρω από τις ηθικές επιπτώσεις της δραστηκής αυτής επέμβασης. Μερικοί πιστεύουν, ότι μόνο σε ασθενείς με απελπιστική πρόγνωση, όταν όλες οι άλλες θεραπείες αποτύχουν, θα πρέπει να γίνεται χειρουργική επέμβαση. Άλλοι πρεσβεύουν ότι η πρόγνωση είναι καλύτερη, αν επέμβουμε όσο το δυνατόν νωρίτερα χειρουργικά.

Η άποψη του ασθενούς συνήθως λαμβάνεται υπόψη. Ο γιατρός εξηγεί την επέμβαση στον ασθενή και προσπαθεί να ελαττώσει τους φόβους του σχετικά με αυτήν. Η επέμβαση σπάνια γίνεται χωρίς την γραπτή συγκατάθεση του ασθενούς και των συγγενών⁶.

9.3.1 Η Νοσηλευτική στην προεγχειρητική αγωγή

Η προεγχειρητική αγωγή περιλαμβάνει τη γενική προετοιμασία του ασθενούς, όπως και στις άλλες επεμβάσεις. Η καθαριότητα του τριχωτού της κεφαλής καλό είναι να γίνεται όσο το δυνατόν πιο αργά, γιατί αυτό επιδρά πολύ άσχημα ψυχολογικά, ιδίως στις γυναίκες. Καλό είναι να συνοδεύει τον ασθενή στο χειρουργείο ο νοσηλεύτης, που έκανε την προεγχειρητική προετοιμασία και που γνωρίζει ο ασθενής.

Οι συγγενείς θέλουν συνήθως να μάθουν τι αλλαγές θα επιφέρει η επέμβαση στο χαρακτήρα του ασθενούς και στην όλη προσωπικότητά του. Είναι δύσκολο να δοθεί απάντηση στην παραπάνω ερώτηση, λόγω μεγάλης ποικιλίας αλλαγών που παρουσιάστηκαν σε διάφορους

ασθενείς. Ασφαλώς, για να καταλάβει κανείς τις αλλαγές, θα πρέπει να συγκρίνει τον ασθενή λεπτομερώς πριν και μετά την επέμβαση⁶.

9.3.2 Αλλαγές προσωπικότητας μετά την επέμβαση

Η εξυπνάδα του ασθενούς συνήθως δεν επηρεάζεται, όπως έχει αποδειχθεί από διάφορα tests νοημοσύνης. Οι πιο εμφανείς αλλαγές παρουσιάζονται στη συναισθηματική σφαίρα του ασθενούς.

Η επέμβαση γίνεται συνήθως για να ανακουφίσει τον ασθενή από το αίσθημα της ψυχικής καταπίεσης, άγχους, αγωνίας. Μετά την επέμβαση όμως, ο ασθενής μπορεί να γίνει τελείως αδιάφορος τόσο προς τα δικά του συναισθήματα, όσο και προς τα συναισθήματα και τις σκέψεις των άλλων.

Δεν ανταποκρίνεται στα συναισθήματα αγάπης, στοργής ή φιλίας, γίνεται εγωκεντρικός, απρόσεκτος και χωρίς να ενδιαφέρεται αν η συμπεριφορά του είναι ενοχλητική ή όχι στους άλλους.

Είναι δυνατόν να παρουσιάσει αντικοινωνική συμπεριφορά χωρίς να αισθάνεται ντροπή ή ανησυχία. Η απάθεια είναι δυνατόν να παρουσιασθεί σαν το μεγαλύτερο πρόβλημα στον ασθενή.

9.3.3 Η Νοσηλευτική στην μετεγχειρητική αγωγή

Σπουδαιότερο καθήκον του νοσηλευτού είναι η συχνή παρακολούθηση του ασθενούς, του σφυγμού και της πίεσης για να μπορέσει να προλάβει τυχόν εγκεφαλική αιμορραγία ή αύξηση της ενδοκρανιακής πίεσης.

Ο ασθενής συνήθως παραμένει κλινήρης. Στο διάστημα αυτό ο νοσηλευτής παρακολουθεί την ομιλία, την έκφραση του προσώπου, τις κινήσεις των ματιών του (αν παρουσιάζει παράξενες κινήσεις των ματιών). Προσέχει επίσης αν ο ασθενής επικοινωνεί με το περιβάλλον του.

Υγρά συνήθως δεν δίνονται το πρώτο 24ωρο. Κάτι ηρεμιστικό πρέπει να δίνεται για να προλαμβάνεται η ανησυχία, αλλά ποτέ δεν δίνεται

μορφίνη σε επεμβάσεις εγκεφάλου. Αλλαγή τραύματος γίνεται την 7^η ημέρα.

Συμπτώματα σύγχυσης παρατηρούνται σχεδόν πάντοτε τις πρώτες μετεγχειρητικές ημέρες, γι' αυτό πρέπει να παίρνονται μέτρα για την ασφάλεια του ασθενούς. Συνήθως παραμένει κλινήρης για μια εβδομάδα.

Η Ψυχοχειρουργική έχει σήμερα εγκαταλειφθεί σχεδόν παντελώς. Για την εποχή της όμως θεωρήθηκε ως επανάσταση και απόδειξη είναι ότι ο Egas Monitz τιμήθηκε με το βραβείο Νόμπελ το 1949⁶.

9.4 Φωτοθεραπεία

Η φωτοθεραπεία χρησιμοποιείται κατά κανόνα στις εποχιακές συναισθηματικές διαταραχές. Υπάρχει ένδειξη ότι είναι χρήσιμη στη θεραπεία της μη εποχιακής κατάθλιψης αλλά σχετικώς ελεγμένα συμπεράσματα είναι δύσκολο να ανακύψουν. Σε μια μελέτη όπου εκτέθηκαν τυχαία νοσηλεύομενοι καταθλιπτικοί ασθενείς σε υψηλά και χαμηλά επίπεδα τεχνητού φωτισμού των υψηλών επιπέδων, που υπερέβαιναν αυτά που πιο συχνά χρησιμοποιήθηκαν σε προηγούμενες αναφορές, τόσο οι μονοπολικές όσο και οι διπολικές καταθλίψεις ανταποκρίθηκαν όταν η φωτοθεραπεία χρησιμοποιήθηκε επιπροσθέτως της φαρμακοθεραπείας και η βελτίωση του συναισθήματος ήταν ανάλογη με την ένταση του φωτισμού, δηλαδή σε ασθενείς που θεραπεύονταν με υψηλά επίπεδα φωτισμού το συναίσθημα βελτιώθηκε πολύ περισσότερο απ' αυτούς που εκτέθηκαν σε χαμηλά επίπεδα. Τα ευρήματα της έρευνας (Beuchemin, Hays 1997) θέτουν την υπόθεση ότι η φωτοθεραπεία είναι γενικώς εφαρμόσιμη στα καταθλιπτικά νοσήματα και ότι οι εντάσεις του φωτός που συνήθως χρησιμοποιούνται είναι μικρότερες από τις βέλτιστες⁶³.

Ψυχοθεραπεία

Η ψυχοθεραπεία στοχεύει στην προγραμματισμένη διευθέτηση των περιβαλλοντικών ερεθισμάτων κατά τρόπο που να ασκούν διορθωτική επίδραση στην παθολογική συμπεριφορά. Τη διευθέτηση των ερεθισμάτων αναλαμβάνει ένα άτομο, ομάδα ατόμων ή ένα ευρύ κοινωνικό σύνολο. Έτσι ψυχοθεραπεία ασκεί ο γιατρός, ο νοσηλευτής, ο εργοθεραπευτής, η ψυχιατρική ομάδα, η οικογένεια αλλά και η κοινωνία όταν παίρνει μέτρα που μεταβάλλουν τις συνθήκες ζωής του ατόμου.

Οι Jorgensen et al (1998) έκαναν μια ανασκόπηση των μελετών αποτελεσματικότητας της ψυχοθεραπείας στην κατάθλιψη και βασισμένοι στην διαθέσιμη βιβλιογραφία, βρήκαν ότι υπάρχει ένδειξη της αποτελεσματικότητας γνωσιακής και διαπροσωπικής θεραπείας, δύο είδη ψυχοθεραπείας που εξηγούνται στη συνέχεια, στη θεραπεία της ήπιας μέχρι μέσης βαρύτητας καταθλίψεως.

Σε ένα μικρότερο βαθμό, η αποτελεσματικότητα της ψυχαναλυτικώς κατευθυνόμενης και της συμπεριφορικής θεραπείας, έχει τεκμηριωθεί.

Η αποτελεσματικότητα της ψυχοθεραπείας μεταξύ νοσηλευόμενων και ασθενών με σοβαρή κατάθλιψη δεν έχει τεκμηριωθεί. Καμία μελέτη δεν έχει τεκμηριώσει ένα προστατευτικό αποτέλεσμα της ψυχοθεραπείας σε μελλοντικά υποτροπιάζοντα καταθλιπτικά επεισόδια. Σε υποτροπιάζοντες καταθλιπτικούς ασθενείς, οι οποίοι ανταποκρίνονται σε έναν συνδυασμό ημιπραμίνης και διαπροσωπικής ψυχοθεραπείας, η θεραπεία συντηρήσεως με διαπροσωπική θεραπεία μπορεί να παρεμποδίζει νέα επεισόδια, αλλά όχι τόσο αποτελεσματικά όσο η θεραπεία συντηρήσεως με ημιπραμίνη.

Ένα σημαντικό ερώτημα που τελικά βρήκε την απάντηση του ήταν εάν υπήρχε σχέση μεταξύ της διαφοράς η ομοιότητας του φύλου μεταξύ του ασθενή και του θεραπευτή και της εξέλιξης της θεραπείας. Η διαθέσιμη βιβλιογραφία υποστηρίζει ότι υπάρχει διαφορετική ψυχολογική ανάπτυξη μεταξύ των αντρών και γυναικών (Miller, 1984) διαφορετικός τρόπος επικοινωνίας (Tannen, 1990) και διαφορετικό επίπεδο έκφρασης οικειότητας (Belle, 1982). Συγκεκριμένα για την

ψυχοθεραπεία, τόσο οι άνδρες όσο και οι γυναίκες προτιμούν έναν θεραπευτή του ίδιου φύλου (Simons & Helms, 1976) ενώ οι άνδρες – θεραπευτές βρέθηκαν πιο δυναμικοί και καθοδηγητικοί σε σχέση με τις γυναίκες-θεραπευτές (Nelson & Holloway, 1990· Wogan & Norcross, 1985). Οι γυναίκες-ασθενείς έδειχναν ενδιαφέρον για γυναίκες-θεραπευτές λόγω της πίστης ότι θα λάμβαναν περισσότερη κατανόηση και συμπάθεια.

Η πρόσφατη ερευνά των Zlotnick et al (1998), όμως, κατάφερε να γκρεμίσει αυτούς τους μύθους και λάθος αντιλήψεις, απαντώντας ότι το φύλο του θεραπευτή και ασθενή δεν παίζει σημασία και δεν επηρεάζει την πορεία της νόσου και θεραπείας.

Αυτό που παίζει ρόλο είναι η εκλογή της κατάλληλης ψυχοθεραπείας η οποία εξαρτάται από :

1. Από την ηλικία του ασθενούς.
2. Από το διανοητικό επίπεδο του ασθενούς και τη βαρύτητα της ψυχικής διαταραχής.
3. Από την επαγγελματική κατάρτιση του ψυχοθεραπευτή και την αντίληψη του σχετικά με την αποτελεσματικότητα των διαφόρων μορφών ψυχοθεραπείας.
4. Από την ``αιτιολογία`` της διαταραχής.
5. Από τους στόχους στους οποίους σκοπεύει ο ψυχοθεραπευτής, που βέβαια εξαρτώνται από το σύστημα αξιών που έχει υιοθετήσει, σχετικά με τον ιδανικό τύπο ανθρώπινης συμπεριφοράς.
6. Από τις ειδικές αντικειμενικές συνθήκες : τόπο, χρόνο, κοινωνικούς παράγοντες, οικονομικούς παράγοντες κ.λπ.

9.5 Μέθοδοι Ψυχοθεραπείας – Νοσηλευτική Παρέμβαση

9.5.1 Ατομική Ψυχοθεραπεία

Είναι ένα είδος ανθρώπινης διαπροσωπικής σχέσης και επικοινωνίας που μέσα στα πλαίσια της και το κλίμα της, δημιουργούνται βελτιωμένες εμπειρίες και βιώματα που τροποποιούν ανεπιθύμητες εκδηλώσεις της προσωπικότητας.

Η ατομική ψυχοθεραπεία αποτελεί τη βάση κάθε μορφής ψυχοθεραπείας και σ' αυτή υποβάλλεται η πλειονότητα των ασθενών. Η ατομική ψυχοθεραπεία ασκείται μεταξύ δύο μόνο ατόμων, του ψυχοθεραπευτή και του ασθενούς. Αποτελεί σχέση εξατομικευμένη. Κανένας άλλος δεν βρίσκεται στις θεραπευτικές συνεδρίες. Η ατομική ψυχοθεραπεία βοηθάει τον ασθενή να λύσει τις προηγούμενες αγνώριστες διαμάχες και να επιτύχει μια καλύτερη προσαρμογή στις εντάσεις της ζωής.

Ο ρόλος του ψυχοθεραπευτή είναι βοηθητικός και σκοπός του είναι να βοηθήσει τον ασθενή να αντιμετωπίσει τις ψυχολογικές του επιπλοκές. Ο ψυχοθεραπευτής ακούει με ενδιαφέρον και προσοχή, ο,τιδήποτε λέει ο ασθενής.

Ο λόγος αποτελεί μέσο ψυχοθεραπευτικό, χωρίς να είναι το μόνο. Παράλληλα η σιωπή επιδρά ψυχοθεραπευτικά και αποτελεί μέσο ψυχικής επικοινωνίας. Μια ματιά, ένα χαμόγελο μπορεί να μεταδώσουν πολλά. Αλλά και μια επιδοκιμασία ή αδιάφορη έκφραση, σε κάτι που λέει ο ασθενής, αποτελεί μορφή επικοινωνίας.

Στην επικοινωνία με το λόγο έχει σημασία όχι μόνο το τι λέει ο ψυχοθεραπευτής, αλλά και πως το λέει. Ο τόνος της φωνής του, η φρασεολογία του μπορεί να έχουν σημασία. Επομένως, ο λόγος και γενικά η όλη συμπεριφορά του ψυχοθεραπευτή είναι μέσα κατευθυνόμενα και βασίζονται στη γνώση της ψυχοσύστασης και της δομής της προσωπικότητας του ασθενούς. Η κατευθυνόμενη αυτή συμπεριφορά λαμβάνει υπόψη και τις ατομικές ανάγκες του συγκεκριμένου ασθενούς.

Η ψυχοθεραπευτική επικοινωνία δεν αποτελεί για τον ασθενή απλώς μέσο εκτόνωσης. Η εκτόνωση ή και η κατανόηση συμβάλλουν στην ψυχοθεραπεία, αλλά δεν θεραπεύουν. Στόχος του ψυχοθεραπευτή είναι να κατορθώσει την πλήρη απελευθέρωση του ατόμου από το ψυχικό του μαρτύριο και την ολοκλήρωση της προσωπικότητας του. Αποβλέπει στην ανακούφιση των συμπτωμάτων, μέχρι τον μετρίασμό, μέχρι τη θετική παραγωγή της ψυχικής υγείας, την ωριμότητα της προσωπικότητας⁶.

Η ψυχοθεραπεία δεν προσφέρει μόνο απλή ανακούφιση ή απαλλαγή από το σύμπτωμα, αλλά συμβάλει στη διόρθωση ή ανασύνταξη των διαταραγμένων προτύπων συμπεριφοράς στις ανθρώπινες σχέσεις. Το κλειδί για την ερμηνεία των ελαττηρίων πολλών πράξεων μας ή ορισμένου τύπου συμπεριφοράς είναι η πλήρης κατανόηση του ψυχοδυναμικού τρόπου, πάνω στον οποίο έχει οικοδομηθεί ο χαρακτήρας μας.

Υπάρχουν ορισμένες κακοήθεις ή χρόνιες μορφές ψυχικής αθένειας που, ανεξάρτητα από τη διάρκεια της ψυχοθεραπείας ή τη μορφή της, η επιδείνωση είναι αναπόφευκτη, π.χ, σχιζοειδείς προσωπικότητες ή σχιζοφρενικές καταστάσεις μπορούν να υποβληθούν σε ψυχοθεραπεία με επιτυχή αποτελέσματα, ενώ ο χρόνιος σχιζοφρενικός ασθενής δύσκολα μπορεί να αλλάξει.

Στη ψυχοθεραπεία η προσωπικότητα του ψυχοθεραπευτή παραμένει η ίδια, ενώ η ψυχοθεραπευτική σχέση διαφοροποιείται ανάλογα με τις περιπτώσεις. Και αυτό γιατί θα τους αυξήσει το αίσθημα εσωτερικής ασφάλειας ή γιατί θα τους τονώσει το αίσθημα της αυτοπεποίθησης. Υπάρχει και η αντίθετη περίπτωση. Άτομα, που είναι τύποι κλειστοί και μονήρεις φοβούνται τα δυνατά προσωπικά συναισθήματα. Στην περίπτωση αυτή μια γρήγορη και προσωπική προσέγγιση μπορεί να συντείνει στο να κλειστούν πιο πολύ στον εαυτό τους. Γενικά η προσωπική προσέγγιση εξαρτάται από το ίδιο το άτομο. Όσο και να το θέλεις να προσεγγίσεις ένα άτομο, πρέπει το ίδιο να στο επιτρέπει.

Η ψυχοθεραπεία δεν είναι ένα είδος θεραπείας που ο γιατρός συμβουλεύει ενεργητικά και ο ασθενής υπακούει παθητικά.

Σκοπός του ψυχοθεραπευτού είναι να παρακινήσει τον ασθενή του σε ενεργητική συμμετοχή στη συζήτηση, σε αναδιατύπωση των σκέψεων και επανεκτίμηση.

Ο Ψυχοθεραπευτής πρέπει να είναι προετοιμασμένος, να προσδιορίσει τους αντικειμενικούς στόχους της θεραπείας, ώστε ο ασθενής να βρει τη δική του λύση και να πάρει ο ίδιος τις αποφάσεις ενώ γίνεται με τη βοήθεια του ψυχοθεραπευτού.

Είναι σπουδαίο να ξέρει κανείς τον τρόπο ζωής που ο ασθενής επιθυμεί για τον εαυτό του, με ποιο είδος προσαρμογής θα ικανοποιείται, τι είδους άνθρωπος θέλει να είναι.

Αλλά η ψυχοθεραπευτική σχέση, κατά την εξέλιξη της, διαφέρει ακόμα και στο ίδιο το άτομο, γιατί θα πρέπει αν διαφοροποιείται και να αναπροσαρμόζεται προς τις ψυχικές ανάγκες του ατόμου σε κάθε στιγμή.

Η απόφαση για το είδος, που η ψυχοθεραπεία πρέπει να αναλάβει, εξαρτάται μέχρι ενός ορισμένου σημείου από τις ελπίδες και τους σκοπούς του ασθενούς που δεν παύουν να υπάρχουν. Είναι δυνατόν να θεραπευθεί ένας ασθενής με την ψυχοθεραπεία, μόνο αν ο ίδιος το αποφασίσει.

Η ατομική ψυχοθεραπεία διεξάγεται σε 2-3 συνεδρίες την εβδομάδα από 30-50 λεπτά κάθε φορά. Η διάρκεια είναι από δύο χρόνια μέχρι 25 χρόνια και μπορεί να προσφερθεί σαν μια σειρά εντατικής ψυχοθεραπείας ή σαν υποστηρικτική ψυχοθεραπεία.

- *Εντατική ψυχοθεραπεία*

Χρησιμοποιείται κυρίως σε περιόδους κρίσης των ασθενών. Συνίσταται σε πολλές συνεντεύξεις, πιθανόν, τρεις ως τέσσερις φορές την εβδομάδα, για μερικά χρόνια. Ο σκοπός μιας τέτοιας θεραπείας είναι η βασική αναμόρφωση της προσωπικότητας του ασθενούς.

Ο ψυχοθεραπευτής όσο βοηθήσει να μειώνονται οι ποικίλες εκδηλώσεις του ασθενούς, τόσο περισσότερο είναι πιθανόν, το άτομο να

αισθανθεί την ανάγκη για βελτίωση της συμπεριφοράς και της όλης ζωής του. Η μέθοδος αυτή απαιτεί υπομονή επειδή τα αποτελέσματα αργούν να φανούν. Και βέβαια θα εξαρτηθούν από την όλη διανοητική κατάσταση και του βαθμού ευφυΐας του ασθενούς.

Απαιτείται οπωσδήποτε πολύς χρόνος και για τον ψυχίατρο και για τον ασθενή, είναι πολύ δαπανηρό είδος θεραπείας. Άσχετα από το αν ο ασθενής ανέχεται το κόστος ο ίδιος, η θεραπεία τελείται κάτω από διάφορα ασφαλιστικά ταμεία υγείας, η απόφαση να αρχίσει μια διαδικασία με τόσο μακρινό τέρμα πρέπει να παρθεί μεταξύ όλων των συντελεστών με πολύ προοεκτική σκέψη.

- *Υποστηρικτική ψυχοθεραπεία*

Είναι ένα είδος θεραπείας της οποίας σκοπός είναι η ανακούφιση των συμπτωμάτων και η μείωση του stress. Αποσκοπεί στην τροποποίηση της παθολογικής συμπεριφοράς με τη μεταβολή των συνθηκών του περιβάλλοντος που αιτιολογούν ή ευνοούν την παθολογική συμπεριφορά.

Δεν σκοπεύει να ξεσκεπάσει τις ασυνείδητες αντιφάσεις του ασθενούς. Αντίθετα σκοπεύει στο να επιτύχει καλύτερα αναπτυγμένους μηχανισμούς άμυνας και μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση. Στην υποστηρικτική ψυχοθεραπεία γίνεται προσπάθεια να συγκεντρωθούν σε μια εστία τα συμπτώματα για τα οποία παραπονείται ο ασθενής και τα προβλήματα που τον στενοχωρούν.

Κατόπιν αναζητούνται και επισημαίνονται οι συνθήκες εκείνες του περιβάλλοντος που έχουν περισσότερο σχέση με τη γένεση των συμπτωμάτων. Σε επόμενο βήμα ο ψυχοθεραπευτής προσπαθεί από τη μια πλευρά να εξουδετερώσει ή να μειώσει την ισχύ των αρνητικών επιδράσεων του περιβάλλοντος, π.χ. ενθαρρύνει τον ασθενή να αλλάξει εργασία, να διακόψει μια σχέση που του προκαλεί άγχος κλπ. Από την άλλη, προσπαθεί να βάλει στη ζωή του ασθενούς θετικούς παράγοντες που αποτρέπουν την ασθένεια, π.χ. αν ο ασθενής έχει κάποια κλίση στη ζωγραφική οδηγεί στο να προσαρμόσει το επάγγελμα σ' αυτή την κατεύθυνση.

Στην υποστηρικτική ψυχοθεραπεία χρησιμοποιείται πάντα το υγιές μέρος της προσωπικότητας, που ενισχύεται με κάθε τρόπο. Πολύ βοηθάει τον ασθενή η επίδειξη ενδιαφέροντος για τα προβλήματα του και τις ειδικές συνθήκες του. Η ανθρώπινη συμπαράσταση τον βοηθάει να κατευθύνει την συμπεριφορά του σε υγιέστερους τρόπους ζωής.

9.5.2 Ομαδική Ψυχοθεραπεία

Κατά τον Corsini (1957), ομαδική ψυχοθεραπεία είναι μια διαδικασία, που εφαρμόζεται σε προστατευμένες ομάδες, οργανωμένες σύμφωνα με ορισμένους κανόνες και που έχει προγραμματισθεί έτσι, ώστε επιφέρει σύντομα βελτίωση στην προσωπικότητα και στη συμπεριφορά των ατόμων της ομάδας με αλληλοεπιδράσεις που προσδιορίζονται και ελέγχονται από πριν.

Στην Ομαδική ψυχοθεραπεία ο ασθενής βλέπει ότι δεν είναι ο μόνος που υποφέρει σ' αυτόν τον κόσμο. Δέχεται παραινέσεις από πολλές μεριές, δημιουργεί δεσμούς με τους συνασθενείς-συνομιλητές κλπ. Είναι κατάλληλη για αλκοολικούς, τοξικομανείς, ψυχονευρωτικούς, καταθλιπτικούς και μερικές περιπτώσεις σχιζοφρενών⁶.

Με την ομαδική ψυχοθεραπεία εξοικονομούμε χρόνο, γιατί με τα ίδια μέσα πολλά προβλήματα κοινά σε διάφορους ασθενείς μπορούν να ξεκαθαρισθούν ταυτόχρονα.

Ο θεραπευτής είναι ικανός να δώσει περισσότερο χρόνο στην ομάδα των ασθενών απ' ότι θα μπορούσε ξεχωριστά στο κάθε άτομο. Πολλοί ασθενείς βοηθούνται. Η έλλειψη αυτοπεποίθησης ξεπερνιέται με το να ακούνε άλλους ασθενείς να συζητούν τις δυσκολίες τους και είναι δυνατόν σιγά-σιγά να κερδίσουν το απαραίτητο θάρρος να μιλήσουν για τα προσωπικά τους προβλήματα.

Οι θεραπευτικές ομάδες (6-8 άτομα) είναι συνήθως 'κλειστές'. Όλοι οι ασθενείς αρχίζουν και τελειώνουν μαζί τη θεραπεία. Καινούργια μέλη δεν γίνονται δεκτά. Τα θέματα που διαπραγματεύεται η ομάδα σχετίζονται με την ιδιότητα του μέλους της ομάδας, όσο επίσης και με τα ειδικά προβλήματα μεμονωμένων μελών.

Η ομαδική ψυχοθεραπεία μπορεί επίσης να ακολουθήσει το υπόδειγμα υποστηρικτικής θεραπείας όπως συμβαίνει στις ανοικτές ομάδες ασθενών που συναντιούνται απλά να συζητήσουν κάθε στοιχείο καινούργιου ενδιαφέροντος, που παρουσιάζει ένα νέο μέλος της ομάδας. Καινούργιοι ασθενείς μπορούν να προκληθούν, να συμμετέχουν. Όταν οι ασθενείς αναλάβουν από την ασθένειά τους, φεύγουν από την ομάδα. Στην ομαδική θεραπεία αυτού του είδους, ένα μέλος του προσωπικού παίρνει το ρόλο του προσώπου, που συγκαλεί την ομάδα.

Μερικοί ασθενείς βρίσκουν πολύ δύσκολο να μιλήσουν και είναι δουλειά των άλλων μελών της ομάδας να ερευνησουν τους λόγους της δυσκολίας και να βοηθήσει τον ασθενή να ξεπεράσει τη δυσκολία του. Άλλοι ασθενείς μονοπωλούν τη συζήτηση και εδώ πρέπει να βοηθηθούν να καταλάβουν την ανάγκη πως πρέπει κι άλλοι να λάβουν μέρος στη συζήτηση (και να πραγματοποιηθούν με τη θέση).

Άλλοτε πάλι υπάρχουν μακρινές σιωπές κατά τη διάρκεια συναντήσεων και τότε ο οδηγός περιμένει τις αντιδράσεις για να ανακαλύψει την αιτία της σιωπής. Τη σιωπή δύσκολα την ανέχονται. Κατά τη δεύτερη φάση ο ένας μελετάει τις εκφράσεις και τις διαθέσεις του άλλου. Και παρουσιάζονται σημεία ανησυχίας από τον τρόπο που οι άνθρωποι κινούνται διαρκώς ή πετούν τσιγάρα ή κινούν ελαφρά τα πόδια τους ή κρύβουν το πρόσωπο τους. Το να ξέρει κανείς πότε και πώς να σπάσει τη σιωπή είναι δύσκολο. Όσο περνά ο χρόνος γίνεται δυσκολότερο. Ο αρχηγός πρέπει να περιμένει.

Σε πολλές ομαδικές συναντήσεις οι ασθενείς εκφράζουν κριτική του προσωπικού του ιδρύματος, που ανήκουν. Αυτό πρέπει να ενθαρρύνεται για πολλούς λόγους. Οι ασθενείς χρειάζονται μια ασφαλή διέξοδο για τα εχθρικά τους αισθήματα. Φυσικά είναι πάντοτε δυνατόν να υπάρχουν καλές δικαιολογίες στα παράπονα των ασθενών για το προσωπικό.

Κατά τη διάρκεια ομαδικών συναντήσεων συμβαίνει να ξεκαθαρίζει ένας αριθμός των προβλημάτων των ασθενών.

Ένα από τα πλεονεκτήματα της ομαδικής ψυχοθεραπείας βρίσκεται στο γεγονός ότι οι ασθενείς μπορούν να χρησιμοποιήσουν τις θεραπευτικές επιρροές ο ένας στον άλλο⁶.

9.5.3 Θεραπεία της Συμπεριφοράς

Η θεραπεία της συμπεριφοράς στηρίζεται στην ψυχολογία της μάθησης. Είναι πιο αποτελεσματική, όταν ο σκοπός της θεραπείας είναι να αλλάξει κάποια μεμονωμένη συνήθεια, όπως η φοβία κλειστών χώρων ή φοβία να ανέβει κανείς σε αυτοκίνητο, σε ηλεκτρικές σκάλες κλπ. Απευθύνεται δηλαδή στο σύμπτωμα και όχι στην ψυχική διαταραχή.

Το πιο σπουδαίο μέσον, που χρησιμοποιείται για τη θεραπεία είναι η ενίσχυση και η βράβευση, κατά τον Skinner.

Όταν μια κίνηση ή ενέργεια βραβεύεται, υπάρχει μεγαλύτερη πιθανότητα να επαναληφθεί, π.χ. το παιδί που κλαίει συγκεντρώνει την αγάπη και την προσοχή της μητέρας του, κι έτσι μαθαίνει να κλαίει για να κερδίζει αυτή την προσοχή και την αγάπη. Αργότερα μεγαλώνοντας, χωρίς να έχει αυτό το σκοπό, δηλαδή να συγκεντρώσει την προσοχή της μητέρας του, κλαίει γιατί το κλάμα είναι κάτι που έχει μάθει και το χρησιμοποιεί. Με τη θεραπεία αυτή γίνεται προσπάθεια να βραβευθεί και ενισχυθεί η σωστή ενέργεια και να αποφευχθεί η παθολογική συμπεριφορά.

Όταν το παιδί απομακρύνεται από τους άλλους και απομονώνεται, δεν είναι θεραπευτικό να το πλησιάσουμε και να του εκδηλώσουμε την αγάπη μας, γιατί έτσι είναι σαν να το βραβεύουμε γι'αυτήν του τη συμπεριφορά. Μ'αυτό τον τρόπο το ενισχύουμε να απομακρυνθεί περισσότερο για να κερδίσει την αγάπη μας. Αντίθετα πρέπει να δείχνουμε αυτή την αγάπη και τη φροντίδα, όταν το παιδί αυτό προσπαθεί να πλησιάσει κάποιο άλλο ή να βγει από το δωμάτιο στο οποίο βρίσκεται περιορισμένο.

Πολλοί ασθενείς υποφέρουν από άγχος, που έχει σχέση με συγκεκριμένες συνθήκες και καταστάσεις, π.χ. το να ανέβουν σε

λεωφορείο τους δημιουργεί άγχος, κάπως λιγότερο να μπουν σε ταξί και ακόμα λιγότερο σε ιδιωτικό αυτοκίνητο.

Σύμφωνα με τη θεραπεία που ακολουθούμε ο ασθενής βοηθείται πρώτα να ηρεμήσει με διάφορα υπνωτικά ή ηρεμιστικά φάρμακα και, ενώ βρίσκεται σ' αυτήν την κατάσταση του λέμε να φέρει στην σκέψη του την περίπτωση που του δημιουργεί το λιγότερο άγχος, το να μπει δηλαδή σε ιδιωτικό αυτοκίνητο. Το να μπορέσει να θυμηθεί αυτήν την περίπτωση χωρίς άγχος, αφού βρίσκεται σε κατάσταση ηρεμίας τον βοηθάει να αποσυνδέσει το άγχος από αυτήν την περίπτωση και σιγά-σιγά να μη το αισθάνεται.

Προχωρεί σταδιακά στη χρήση αυτών των μέσων χωρίς άγχος και είναι έτοιμος να αντιμετωπίσει την πραγματική εικόνα.

Μια μορφή αυτής της θεραπείας βράβευσης είναι και η αποτοξίνωση του αλκοολικού. Σκοπός της θεραπείας είναι να διακόψει και να καταστρέψει τη σχέση μεταξύ ποτού και ευχαρίστησης. Μαζί με το ποτό δίνεται στον ασθενή ένα φάρμακο εμετικό. Η ναυτία και το άσχημο συναίσθημα, που δημιουργείται από το εμετικό, συνδέεται με το ποτό και η ευχαρίστηση μετατρέπεται σε ένα είδος αηδίας προς αυτό, γιατί, κάθε φορά που πάει να πιεί, έχει αυτό το άσχημο συναίσθημα⁶.

9.5.4 Περιβάλλον και Ψυχοθεραπεία

Στην προσπάθεια να χρησιμοποιηθεί το περιβάλλον έτσι που να επιφέρει αλλαγή στη συμπεριφορά του ασθενούς, προσφέρεται η δυνατότητα να χρησιμοποιηθούν όσο το δυνατόν περισσότερο η θετική στάση του προσωπικού και των ασθενών στο θεραπευτικό σχέδιο.

Σ' αυτήν τη μορφή της θεραπείας γίνεται χρήση του γεγονότος ότι καθένας -προσωπικό και ασθενείς- ενεργεί σαν παρατηρητής και μέτοχος στις διαδικασίες που συμβαίνουν. Όλοι μαζί συχνά μπορούν να καταλάβουν τι σημαίνει επικοινωνία, π.χ. ένας ασθενής με εχθρική στάση, προκλητική συμπεριφορά, συχνά παραπονείται ότι οι δικοί του ή το προσωπικό έχουν επιθετική στάση, δεν καταλαβαίνει όμως ότι ο ίδιος προκαλεί την αντίδρασή τους.

Αν όλοι στο τμήμα τον αντιμετωπίσουν σύμφωνα με τη στάση του, αρχίζει να βλέπει ότι ο ίδιος δημιουργεί εκθρότητα με τους άλλους και καταλαβαίνει ότι δεν έφταιγαν οι δικοί του αλλά ο ίδιος.

Το περιβάλλον πρέπει να είναι τέτοιο, ώστε να έχουν οι ασθενείς την ευκαιρία να λύνουν προβλήματα που μοιάζουν με εκείνα της πραγματικής ζωής και που είναι δυνατόν να συναντήσουν μετά την έξοδο τους από το νοσοκομείο. Σ' αυτή τη βάση πρέπει να διαμορφώνονται όλα γύρω τους. Οι ασθενείς μπορούν να μάθουν να συμβάλλουν αποτελεσματικά για μια σωστή διαβίωση, αν το γενικό κλίμα του τμήματος τους επιτρέπει να χρησιμοποιήσουν την πρωτοβουλία και την κρίση τους. Ζητούν ευκαιρία να πάρουν αποφάσεις και να ασχοληθούν με προβλήματα που δημιουργήθηκαν.

Το φυσικό περιβάλλον του ασθενούς πρέπει να είναι κάτω από τον έλεγχό του. Ένα τμήμα που μοιάζει με ξενοδοχείο πολυτελείας ή ένα πολύ γεμάτο τμήμα δεν βοηθούν γι' αυτόν τον σκοπό.

Οι ασθενείς πρέπει να αισθάνονται ότι το τμήμα είναι ' ' δικό τους ' '. Αυτοί αποφασίζουν για το χαρακτήρα του προσωπικού τους περιβάλλοντος, τακτοποιούν τα ατομικά τους αντικείμενα και παίρνουν υπεύθυνες αποφάσεις για τη συντήρηση και επιδιόρθωση του τμήματος. Οι ασθενείς ξεναγούν τους επισκέπτες στο τμήμα τους, δίνουν εξηγήσεις σε νέους ασθενείς, υπερηφανεύονται ή στενοχωριούνται για την περιποιημένη ή ακατάστατη εμφάνιση τους.

Αν δεν αισθάνονται υπεύθυνοι, θα εξηγούν κάθε μειονέκτημα σαν απόδειξη ανεπαρκούς ενδιαφέροντος για τη διαβίωση τους, π.χ. ' ' Εκείνοι δεν μας έδωσαν τασάκια ' '. Εφόσον ' ' εκείνοι ' ' φταίνε, οι ασθενείς μπορούν να μένουν παθητικοί και να αποφεύγουν να φροντίσουν για τα προβλήματά τους.

Καλό είναι στις συγκεντρώσεις των ασθενών να γίνει κατανομή της εργασίας και να τακτοποιείται κάθε θέμα που θέλει οργάνωση. Εκεί ο νοσηλευτής και οι ασθενείς αποφασίζουν ποιο μέρος της εργασίας θα κάνει ο καθένας. Συμφωνίες για το στρώσιμο των κρεβατιών, το

σκούπισμα των θαλάμων, το ξεοκόνισμα, το πλύσιμο, αφήνονται απόλυτα στους ασθενείς των θαλάμων.

Αποφάσεις για την ώρα του ύπνου, του ξυπνήματος, την ώρα που θα χρησιμοποιηθεί το ραδιόφωνο ή η τηλεόραση, για την ψυχαγωγία ή για προσκλήσεις ασθενών άλλων θαλάμων παίρνονται από τους ασθενείς. Μπορούν να ορισθούν χορωδίες ή ψυχαγωγίες και έξοδοι.

Ο σκοπός για τις δραστηριότητες αυτές πρέπει να είναι ξεκαθαρισμένος. Δεν ταιριάζει να γίνεται με σκοπιμότητα για βοήθεια του προσωπικού, είναι ζήτημα ``υπευθυνότητας των ασθενών``, στην οποία βοηθάει το προσωπικό μόνο όταν το απαιτεί η ασθένεια τους. Η υπευθυνότητα συνοδεύεται συνήθως από δυσκολίες και αποτυχίες και αυτές πρέπει να τις επιφορτίζονται οι ίδιοι οι ασθενείς. Μπορεί αυτές να συζητούνται στη συγκέντρωση του θαλάμου και κάποτε με γενικό τρόπο, π.χ. ``τι εννοούμε λέγοντας αίσθημα ευθύνης``, ``πως αυτό αποκτάται``.

Ο τρόπος που κάθονται οι ασθενείς στις συγκεντρώσεις, το τι λένε, η έκφραση του προσώπου τους, οι λοξές ματιές στους άλλους, η νευρικότητά τους, το κάπνισμα και η συμπεριφορά τους είναι σημαντικά.

Ωφελούνται με το να βλέπουν την επίδραση που έχει η συμπεριφορά τους στους άλλους και με το να καταλαβαίνουν ότι και οι άλλοι άνθρωποι έχουν τις ίδιες δυσκολίες. Μαθαίνουν να αναγνωρίζουν τις αξίες, που οι άλλοι υποστηρίζουν.

Οι σχέσεις μεταξύ τους αλλάζουν κατά τέτοιο τρόπο, ώστε οι άνθρωποι να έχουν ολοένα περισσότερη εμπιστοσύνη ο ένας στον άλλο. Γίνεται κάθε προσπάθεια να τονισθεί η διάκριση των ρόλων μεταξύ κατηγοριών ατόμων. Αυτό έχει εξαιρετική αξία για ασθενείς που υποφέρουν από ανωμαλίες της προσωπικότητας. Υποβάλλονται στον έλεγχο άλλων ασθενών και μαθαίνουν να συμμορφώνονται στους κανόνες που τα μέλη της ομάδας τους επιβάλλουν.

Έτσι προετοιμάζεται η επιστροφή και η διαβίωση σε μια ευρύτερη κοινότητα.

Η συμβολή του περιβάλλοντος είναι μια μορφή θεραπευτικής αγωγής που φέρνει αποτελέσματα σε ασθενείς που παρουσιάζουν ποικιλία από ανωμαλίες.

Μερικοί ψυχίατροι πιστεύουν ότι αυτή η μέθοδος έχει ιδιαίτερη αξία στην αντιμετώπιση της σχιζιφρένειας, για να εξουδετερωθεί η τάση των ασθενών να απομονώνονται και να αντιμετωπίζεται αποτελεσματικά η σύγχυση της προσωπικότητας και των ορίων του εγώ.

Η συνεργασία με άλλους, η εξάσκηση εξουσίας και η πρακτική στην ανάληψη ευθυνών, ενθαρρύνει τον αυτοσεβασμό του ασθενούς. Συμμετοχή σε ομαδικές ενέργειες και συζήτηση με ασθενείς και προσωπικό βοηθάει στην ανάπτυξη ενόρασης και στην προώθηση της συναισθηματικής λειτουργίας.

9.5.5 Αναψυχή – Ψυχόδραμα

Μπορεί να είναι η αναψυχή μια απλή ποικιλία, αλλά σε πολλές περιπτώσεις έχει θεραπευτική αξία. Έχουμε την οργανωμένη αναψυχή κατά την οποία οι ασθενείς όλοι μαζί ασχολούνται με παιχνίδια, θέατρο, χορούς, χορωδία, φυσικές ασκήσεις κλπ. Το ψυχόδραμα αναπτύχθηκε από το Moreno και είναι μια μέθοδος ομαδικής ψυχοθεραπείας στην οποία η δομή της προσωπικότητας, οι διαπροσωπικές σχέσεις, συγκρούσεις και ψυχικά προβλήματα ανιχνεύονται μέσω κάποιων συγκεκριμένων δραματικών ρόλων. Όλα αυτά, όταν γίνονται, όχι μόνο προκαλούν ευχαρίστηση, αναψυχή, αλλά κάνουν τον αντικοινωνικό και απομονωμένο ασθενή να έλθει σε επικοινωνία με τους συντρόφους του και την πραγματικότητα. Για την οργανωμένη αναψυχή παίρνουμε υπόψη τις προτιμήσεις των ασθενών.

Η μουσική έχει επίδραση σε πολλούς ασθενείς και μπορεί κάποιοι που φέρονται εχθρικά να αλλάξουν διάθεση και άλλοι που είναι απομονωμένοι να γίνουν πιο κοινωνικοί. Στους θαλάμους μπορούν να οργανωθούν κοντσέρτα με δίσκους που θα είναι για όλα τα γούστα, με συνοδεία τραγουδιού, πιάνου ή βιολιού ή απαγγελίες των ίδιων των ασθενών.

Όταν μπορούμε να διοργανώσουμε μια θεατρική παράσταση για τους ασθενείς έστω μια φορά το χρόνο, αυτό δίνει μεγάλη ευχαρίστηση, αλλά έχει και θεραπευτική αξία, γιατί περιλαμβάνει πολλά είδη αναψυχής. Στην περίπτωση των χρόνιων ασθενών που έχουν εργασθεί στο τμήμα και ύστερα περνούν στις εργασίες του νοσοκομείου θα μπορούσαμε να διοργανώσουμε εβδομαδιαίες ασκήσεις με τον τύπο αναψυχής.

9.5.6 Φυσική άσκηση

Έχει επισημανθεί ότι οι ασκήσεις συντελούν στην προώθηση της σωματικής και πνευματικής υγείας. Αλλά πολύ λίγη σημασία δόθηκε στην επίδραση που οι ασκήσεις έχουν στους ασθενείς με μακροχρόνια προβλήματα. Σπάνια είναι δυνατόν να πεισθούν άτομα με τέτοια προβλήματα να ζητήσουν βοήθεια υπηρεσιών για ασκήσεις. Εν τούτοις μια ομάδα Κοινοτικών Νοσηλευτών Ψυχικής Υγείας επέτυχε να πείσει κάποιους ασθενείς να λάβουν μέρος σε ασκήσεις.

Παλαιότερες έρευνες είχαν δείξει ότι οι ασκήσεις ωφελούν τους ασθενείς, ιδιαίτερα εκείνους που έχουν άγχος και κατάθλιψη. Μετά από την άσκηση τους στην ομάδα γυμναστικής είναι πιο αισιόδοξοι, λιγότερο μελαγχολικοί, γενικά αισθάνονται καλύτερα. Το τρέξιμο λέγεται ότι είναι εξ ίσου αποτελεσματικό όσο η ψυχοθεραπευτική. Και είναι και λιγότερο δαπανηρό, κοστίζει 1/5 των ετήσιων δαπανών για την ψυχοθεραπεία. Επίσης ίσως και να βοηθάει τους ασθενείς να νοιώσουν, όταν επέτυχαν ένα στόχο, ότι κατόρθωσαν κάτι. Τους δίνει ένα αίσθημα αυτοελέγχου και σίγουρα βελτιώνει την υγεία τους και διασκεδάζει τα ψυχολογικά τους προβλήματα.

Ο Chamone παρακολούθησε την πρόοδο 40 ασθενών με παλιά διάγνωση σχιζοφρένειας. Τους τοποθέτησε σε ομάδες απασχόλησης, εργο-θεραπείας, κηπουρικής και κολύμβησης. Δύο ώρες μετά τις ασκήσεις αυτές όλοι οι ασθενείς έδειχναν σαφώς λιγότερη ψυχωτική έκφραση, λιγότερη ερεθιστικότητα, λιγότερη ένταση και κατάθλιψη και ήταν πιο κοινωνικοί και αισιόδοξοι. Σε μια άλλη ομάδα ασκήσεων τα ¾

των ακοούμενων ανέφεραν ότι η άσκηση τους βοηθούσε να ξεπεράσουν τις παραισθήσεις τους.

Εκ παραδόσεως τα σπορ έπαιζαν και παίζουν μεγάλο ρόλο στα ψυχιατρεία της Αγγλίας από τον 19^ο αιώνα. Πολλά είχαν αίθουσα γυμναστικής και μεγάλο γήπεδο για ποδόσφαιρο. Αναγνωρίζοντας ότι δεν έχουν τέτοια αθλητική διοργάνωση για τους ασθενείς, οι νοσηλευτές ζητούν για τους ασθενείς τους και τους συγγενείς τους να απαντήσουν, αν θα επιθυμούσαν ένα εβδομαδιαίο αθλητικό απόγευμα στο τοπικό ψυχαγωγικό κέντρο. Ζήτησαν επίσης από τους νοσηλευτές και τις εθελοντικές υπηρεσίες να πούνε τη γνώμη τους. Όλοι απάντησαν καταφατικά, αλλά ήταν διστακτικοί για τον αριθμό των ασθενών που θα παρακολουθούσαν.

Οι νοσηλευτές ήρθαν σε επικοινωνία με το προσωπικό των τοπικών ψυχαγωγικών κέντρων. Με τη βοήθεια τους και την οργάνωση, η ομάδα ψυχαγωγίας ξεκίνησε το 1989. Στην αρχή είχαν κολύμβηση και μπάλα κάθε δύο εβδομάδες. Ένα σημαντικό μέρος του απογεύματος ήταν αυτό που περνούσαν στο καφενείο ασθενείς και προσωπικό μαζί. Οι τοπικές αρχές της υγείας πλήρωναν τα έξοδα. Μια βοηθητική κοινοτική ομάδα από 5 νοσηλευτές και 3 εργάτες ψυχικής υγείας έπαιζε ομαδικά αθλητικά παιχνίδια με τους ασθενείς. Η ομάδα τόνισε την βελτίωση της κοινωνικότητας και της ικανότητας των ασθενών. Οι ασθενείς ενθαρρύνονται να αντιμετωπίσουν μόνοι τους τα ψυχολογικά τους προβλήματα και να ζούνε στην κοινότητα. Το αθλητικό ψυχαγωγικό απόγευμα βοήθησε να πέσει το επαγγελματικό φράγμα και να αναπτυχθεί διεργασία σε ένα χώρο που δεν ήταν ψυχοθεραπευτικός.

Μεταξύ του 1989 και 1993 έλαβαν μέρος 2651 ασθενείς με μέση εβδομαδιαία παρουσία 15 με 20 ασθενών. Οι περισσότεροι ζουν σε κοινοτικά οικήματα αλλά ένας μικρός αριθμός μένει σε μονάδα τοπικού νοσοκομείου.

Οι περισσότεροι των ερωτηθέντων είχαν εβδομαδιαία συμμετοχή επί ένα χρόνο και πλέον και επιθυμούσαν να είναι πιο συχνή η συμμετοχή τους. Ένας μεγάλος αριθμός έπασχαν από σχιζοφρένεια ή μανιακή

κατάθλιψη. Όλοι είπαν ότι απολαμβάνουν τις ασκήσεις περισσότερο από το καφενείο, ότι αισθάνονται καλύτερα και σωματικά και ψυχικά και ότι συστήνουν την ομάδα ασκήσεων και σε άλλους. Όλοι οι ασθενείς είπαν ότι οι νοσηλευτές τους συμπεριφέρονται πολύ φιλικά.

Πολλοί είπαν ότι θέλουν οπωσδήποτε να συμμετέχουν ακόμη και αν πρέπει να πληρώσουν δικαίωμα συμμετοχής. Περισσότεροι από τους μισούς είπαν ότι εξακολούθησαν να συμμετέχουν και όταν βρίσκονται στους θαλάμους θεραπείας.

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ένα κράμα ασκήσεων και κοινωνικών συγκεντρώσεων προάγει τη διάθεση, για κοινωνικές σχέσεις, ανακουφίζει από το άγχος. Φαίνεται ότι τα σπορ είναι ένας αποτελεσματικός τρόπος να συμμετέχουν οι ψυχοασθενείς σε κοινωνικές δραστηριότητες σε ένα χώρο μη στιγματισμένο.

Όταν ένας εργοθεραπευτής αναλαμβάνει την άσκηση των ασθενών πρέπει να γνωρίζει ότι :

Η πρώτη ομάδα περιλαμβάνει ασθενείς με αρκετό βαθμό ψυχικής και φυσικής ικανότητας. Τους μεταχειρίζεται σαν υγιή άτομα. Το πρόγραμμα περιλαμβάνει ασκήσεις, βάδισμα, παιχνίδια με την ομάδα, σπορ, μουσική, λαϊκούς χορούς.

Η δεύτερη ομάδα περιλαμβάνει ασθενείς λιγότερο ευκίνητους, περισσότερο στερεοτυπικούς με λιγότερες ελπίδες καλής επίδοσης. Εδώ χρειάζονται απλές ασκήσεις που δεν απαιτούν πολλή συγκέντρωση από τους ασθενείς.

Η τρίτη ομάδα περιλαμβάνει τους χρόνιους και τους περισσότερο σοβαρά ασθενείς. Γι' αυτούς οι ρυθμικές ασκήσεις είναι περισσότερο αναγκαίες και ευεργετικές.

Επιτρέπεται το βάδισμα σε απλή ή διπλή γραμμή με ένα μικρό εμπόδιο, μπάλα, ποδόσφαιρο κλπ.

Και στις τρεις ομάδες η ανάπαυση στο τέλος της άσκησης έχει παρά πολύ μεγάλη σημασία⁶.

9.5.7 Εργοθεραπεία ή Απασχολησιοθεραπεία

Είναι μετά από ιατρική σύσταση και κάτω από επαγγελματική καθοδήγηση δραστηριότητα, που αποσκοπεί στην προώθηση ή επιτάχυνση της ανάρρωσης από ασθένεια ψυχική ή τραυματισμό. Αναγνωρίζεται σαν πολύτιμη βοηθητική θεραπεία της ψυχιατρικής, επειδή προσφέρει στον ασθενή παρακίνηση, ψυχική διέξοδο ή κατάλληλο κοινωνικό περιβάλλον και επειδή με τα επιτεύγματα της δίνει μέσα δημιουργικής ικανοποίησης του ασθενούς.

Παρέχει επίσης ένα μέσο απόκτησης ορθών πληροφοριών σχετικά με τις αντιδράσεις, τις ικανότητες, τις επιδεξιότητες, τις δυνατότητες και τα ενδιαφέροντα του ασθενούς.

Η εργοθεραπεία αποβλέπει :

1. Στο να βοηθήσει τον ασθενή να προσαρμοσθεί στα συναισθηματικά, κοινωνικά και οικονομικά προβλήματα.
2. Στο να διατηρήσει, ξαναβρεί ή αναπτύξει καλές συνήθειες εργασίας.
3. Στο να βοηθήσει στην αποκατάσταση της φυσιολογικής λειτουργίας μετά από σωματικό ατύχημα ή ασθένεια στην περίπτωση των αναπήρων.

Αντενδείξεις της εργοθεραπείας

1. Υπερβολική ψυχοκινητική ενεργητικότητα, που χαρακτηρίζεται από επιθετικότητα.
2. Καταπληξία, λήθαργος.
3. Ιδιωτία.
4. Πλήρης άρνηση από τον ασθενή.
5. Ισχυρές τάσεις προς αυτοκτονία.

Οργάνωση τμήματος εργοθεραπείας

Η οργάνωση του τμήματος της εργοθεραπείας πρέπει να είναι τέτοια, ώστε να μπορεί να περιλαμβάνει ασθενείς καινούργιους, ασθενείς παλιούς και ασθενείς που μένουν στο κρεβάτι. Στόχος για όλες

τις περιπτώσεις θα πρέπει να είναι η βελτίωση των ασθενών στον τομέα της εργοθεραπείας με σκοπό να μπορούν να χρησιμοποιηθούν ολοένα και πιο αποδοτικά.

Οι ασθενείς που βρίσκονται στο τμήμα εργοθεραπείας έχουν ο καθένας την κάρτα του, τα συμπτώματα, πιθανούς κινδύνους και τη θεραπεία του, ακόμη και κατά τη διάρκεια της καθημερινής απασχόλησης.

Πηγαίνουν πρώτα σε μικρή ομάδα όπου έχουν άμεση και συνεχή επίβλεψη και κατόπιν πηγαίνουν σε μεγαλύτερα κέντρα εργοθεραπείας, π.χ. αίθουσα ραψίματος, χειροτεχνίας κλπ., όπου η επίβλεψη θα είναι λιγότερη, αλλά οπωσδήποτε αρκετή για να μπορεί ο εργοθεραπευτής να καταλάβει την ψυχική κατάσταση του ασθενούς και το είδος της εργασίας που του ταιριάζει περισσότερο.

Αν επιβλέπει μόνος ο εργοθεραπευτής θα περιορίσει την εργασία του σε δύο κέντρα, ένα για τις πρόσφατες περιπτώσεις και ένα για τις υπόλοιπες. Αν έχει τη βοήθεια του διευθυντού και των νοσηλευτών θα σχηματίσει ομάδες στα τμήματα και οι ασθενείς θα εργάζονται καθημερινά κάτω από την επίβλεψη του νοσηλευτού.

Ο εργοθεραπευτής θα διδάξει στους νοσηλευτές τις απλές τέχνες, π.χ. βελονάκι, καλαθοπλεκτική κλπ. Και θα αποφασίσει από κοινού με τους νοσηλευτές για την απασχόληση του ασθενούς γιατί ξέρουν καλά τους ασθενείς και έχουν περισσότερες πληροφορίες για την κατάσταση τους.

Τομείς εργοθεραπείας είναι :

1. Χειρονακτικές τέχνες, όπως κατεργασία ξύλου, μετάλλου, πλαστικών υλών, δέρματος, υφαντική, τέχνη της βελόνας, σχέδιο, κεραμική, ζωγραφική, κηπουρική κλπ.
2. Δραστηριότητες της καθημερινής ζωής, όπως βοήθεια στο τμήμα, στο μαγειρείο, στο διοικητικό κτίριο του ιδρύματος.
3. Επαγγελματική διερεύνηση, όπως μαθήματα γραφομηχανής, στενογραφίας και άλλων ειδικοτήτων γραφείου.
4. Επαγγελματική προπαρασκευή, όπως τυπογραφία, βιβλιοδετική,

ξυλουργική, επιπλοποιία και κατασκευή ειδών ρουχισμού.

5. Ψυχαγωγία και κοινωνικές δραστηριότητες, όπως σωματικές ασκήσεις, μουσική, ομαδική ψυχαγωγία, διασκεδάσεις, αθλοπαιδιές και κοινωνικά γεγονότα.

Υποπροϊόντα της εργοθεραπείας

Τα έργα των ασθενών είναι υποπροϊόντα της εργοθεραπείας. Σκοπός δεν είναι η παραγωγή, αλλά η ανάπτυξη συναισθήματος ικανοποίησης και υπερηφάνειας για το ωραίο που δημιούργησαν. Τα έργα, εάν θέλει ο ασθενής, μπορεί να τα κρατήσει ή να πωληθούν στο κοινό και τα χρήματα να προστεθούν στο κονδύλιο του τμήματος. Πρέπει ο ασθενής να συνεργάζεται με το προϊστάμενο, τον εργοθεραπευτή και το γιατρό μια φορά την εβδομάδα και να συζητάει μαζί τους τα θέματα του.

Πρακτικές συμβουλές

1. Κρίνουμε τους ασθενείς από πολλές πλευρές

α. Την ασθένεια που πάσχουν και τα συμπτώματα που απαιτούν θεραπεία.

β. Τα εργαλεία που επιτρέπεται να χρησιμοποιήσουν, π.χ. οι παρορμητικοί δεν θα επιτραπεί να χρησιμοποιήσουν εργαλεία με τα οποία θα μπορούν να βλάψουν τον εαυτό τους.

γ. Τις διανοητικές ικανότητες του ασθενούς την ώρα της εργοθεραπείας, π.χ. εάν σε έναν με κατάθλιψη δώσουμε αρκετή εργασία που για την ώρα δεν είναι άξιος να φέρει σε πέρας, θα γίνει πιο θλιμμένος και θα χάσει το ενδιαφέρον του. Πρέπει λοιπόν να δίνουμε στον ασθενή κάτι που να του τραβάει όλη την προσοχή του και ολοένα να κάνουμε πιο εντατικό το είδος της εργασίας, όσο ο ασθενής βελτιώνεται.

2. Δίνουμε εργασίες που μπορούν να απασχολήσουν κάθε τύπο ασθενούς.

Τέτοιες είναι εργασίες με βελόνα, καλαθοπλεκτική, χρησιμοποίηση φυσικών ινών, καλαθάκια εργασίας ενός απλού τύπου, βελονάκι με πολύπλοκα σχέδια κλπ.

3. Λαμβάνουμε υπόψη μας τη διαρρύθμιση του χώρου μας.

Οι ακοινωνήτοι και απομονωμένοι ασθενείς να κάθονται κοντά σε άλλους που τους συμπεριφέρονται φιλικά, οι υπερδραστήριοι ασθενείς που ανακατεύονται με όλα, να κάθονται σε χωριστά τραπέζια. Μερικοί που έμαθαν μια τέχνη θα βοηθηθούν να αποκτήσουν αυτοπεποίθηση εάν τους βάλουμε να εκπαιδεύσουν άλλους.

4. Μην ικανοποιούμαστε με κακής ποιότητας εργασία.

Είναι πολύ καλύτεροι για τους ασθενείς εκείνο που κάνουν να είναι καλά κατασκευασμένο για να χρησιμοποιηθεί κάπου, όταν τελειώσει. Η εργασία που δίνουμε στους ασθενείς να είναι κατάλληλη για τις ικανότητες τους, ώστε το αποτέλεσμα να είναι ικανοποιητικό.

5. Μερικές εργασίες είναι καταλληλότερες για άνδρες και άλλες για γυναίκες.

Μερικές εργασίες κατάλληλες για άνδρες είναι γυάλισμα επίπλων, κατασκευή καρεκλών, ξύλινων παιχνιδιών κλπ. Ενώ για γυναίκες είναι η υφαντική και οι εργασίες με βελόνα.

Τέλος τι θα γίνει και πως θα γίνει πρέπει να αναθεωρείται κατά διαστήματα και να συμπληρώνεται από την προσωπική επιτήρηση του θεράποντα γιατρού και με σύσκεψη της θεραπευτικής ομάδας. Σε κάθε περίπτωση η ικανότητα του ασθενούς και η συναισθηματική κατάσταση θα καθορίσουν τη στάση που θα τηρηθεί και τον τρόπο εφαρμογής της εργοθεραπείας. Κάθε νέο σύμπτωμα που θα παρουσιασθεί κατά την διάρκεια της θεραπείας αξιολογείται και τροποποιεί ανάλογα τη στάση του εργοθεραπευτή.

9.5.8 Γνωστική Θεραπεία

Η γνωστική θεραπεία είναι βέβαια μια ειδική θεραπευτική τεχνική (ψυχοθεραπεία), που χρησιμοποιείται προοδευτικά και περισσότερο κυρίως στην θεραπεία της κατάθλιψης. Είναι ουσιαστικά μια βραχεία ψυχοθεραπεία με δομημένες συνεδρίες (15), που στοχεύει στην αναγνώριση και διόρθωση αρνητικών νοητικών στοιχείων του ασθενούς, που σύμφωνα με τη γνωστική προκαλούν την κατάθλιψη.

Η γνωστική συμπεριφορική θεραπεία (CBT) των υπολειμματικών συμπτωμάτων, μετά από επιτυχημένη φαρμακοθεραπεία, απέφερε ένα ουσιαστικά μικρότερο ποσοστό υποτροπών απ' ότι οι κλινικοί χειρισμοί σε αρρώστους με πρωτοπαθή μείζονα καταθλιπτική διαταραχή. Ο σκοπός μια μελέτης των Fava et al (1998) ήταν να δοκιμάσει την αποτελεσματικότητα αυτής της μεθόδου σε ασθενείς με υποτροπιάζουσα κατάθλιψη (3 επεισόδια κατάθλιψης).

40 ασθενείς με υποτροπιάζουσα μείζονα κατάθλιψη που είχαν επιτυχώς θεραπευθεί με αντικαταθλιπτικά φάρμακα, υποβλήθηκαν τυχαίως είτε σε CBT των υπολειμματικών συμπτωμάτων (συμπληρωμένα με αλλαγή του τρόπου ζωής και θεραπεία για ευημερία) είτε σε κλινικούς χειρισμούς. Και στις δύο ομάδες, κατά τη διάρκεια του πειραματισμού των 20 εβδομάδων, η χορήγηση αντικαταθλιπτικής αγωγής ελαττώθηκε σταδιακά και αποσύρθηκε. Τα υπολειμματικά συμπτώματα μετρήθηκαν με μια τροποποιημένη εκδοχή του Paykel Clinical Interview for Depression. Ακολούθησαν δύο χρόνια παρακολούθησης (follow - up), κατά τη διάρκεια των οποίων δεν έγινε χρήση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων εκτός εάν υπήρχε υποτροπή.

Η ομάδα με την CBT είχε σημαντικά μικρότερο ποσοστό υπολειμματικών συμπτωμάτων μετά τη διακοπή της φαρμακευτικής αγωγής σε σχέση με την ομάδα που υπέστη κλινικούς χειρισμούς. Στα δύο χρόνια του follow - up, η CBT είχε επίσης ως αποτέλεσμα χαμηλότερο ποσοστό υποτροπών (25%) απ' ότι η άλλη ομάδα (80%). Αυτή η διαφορά επιτυγχάνει στατιστική σημαντικότητα με ανάλυση επιβιώσεως.

Αυτά τα αποτελέσματα αντιπαραβάλλονται με την υπόθεση ότι η μακροχρόνια θεραπεία με φάρμακα είναι το μόνο εργαλείο για την πρόληψη των υποτροπών σε ασθενείς με υποτροπιάζουσα κατάθλιψη. Αν και η φαρμακοθεραπεία συντηρήσεως φαίνεται να είναι απαραίτητη για κάποιους ασθενείς, η CBT προσφέρει μια βιώσιμη εναλλακτική λύση για κάποιους άλλους. Η βελτίωση των υπολειμματικών συμπτωμάτων μπορεί να ελαττώσει τον κίνδυνο υποτροπής στους καταθλιπτικούς ασθενείς,

επιηρεάζοντας την επιδείνωση των υπολειμματικών συμπτωμάτων σε πρόδρομα συμπτώματα υποτροπής.

Ο ρόλος του νοσηλευτού στην Ψυχοθεραπεία

Ο νοσηλευτής εκτελεί ποικίλες λειτουργίες που εξαρτώνται από την τεχνική και την αντίληψη των εξελισσόμενων βασικών αρχών που χρησιμοποιούνται. Μερικοί ψυχίατροι είναι πιο πρόθυμοι από άλλους στο να χρησιμοποιούν νοσηλευτικό προσωπικό στην ψυχοθεραπεία. Αν ο ασθενής παίρνει υποστηρικτική ψυχοθεραπεία, ο ρόλος του νοσηλευτού είναι να κατευθύνει το περιβάλλον με τέτοιο τρόπο, ώστε ο ασθενής να συναντά λιγότερες δυσκολίες απ' ό,τι θα συναντούσε έξω από το νοσοκομείο.

Μπορεί να μειώσει τις ερωτήσεις που του γίνονται και να χρησιμοποιήσει την επιρροή του με τέτοιο τρόπο, ώστε ν' αποκτήσει εμπειρία ότι τα πρόσωπα που τον περιβάλλουν είναι φιλικά, δεκτικά και όχι κριτικά. Μερικές φορές, χωρίς να τροποποιεί τη συμπεριφορά του μ' οποιοδήποτε τρόπο και χωρίς καν μια καθαρή αντίληψη του τι συμβαίνει, ο νοσηλευτής μπορεί να χρησιμοποιηθεί από τον ασθενή να πραγματοποιήσει μερικές από τις ανάγκες του.

Ένας ασθενής που είναι ανασφαλής και εξαρτημένος, μπορεί να ακουμπήσει σε ένα δυνατό νοσηλευτή που προσφέρει υποστήριξη και ασφάλεια. Άλλος ασθενής που χρειάζεται κάποιον να εξαρτάται από αυτόν, μπορεί να ικανοποιήσει την ανάγκη του να είναι προστατευτικός, με το να προσπαθήσει να βοηθήσει έναν καινούριο ασθενή. Κατά τη διάρκεια της ψυχοθεραπείας ο νοσηλευτής ενεργεί ως ένα κατάλληλο πρόσωπο πάνω στο οποίο εξασκεί ο ασθενής καινούριες κοινωνικές επιτηδειότητες. Μπορεί να εξυπηρετήσει ο νοσηλευτής ως στόχος για τα αισθήματα του ασθενούς και, αν μείνει ανεπηρέαστος και αμερόληπτος, μπορεί να τον βοηθήσει να μάθει να ελέγχει την έκφραση των αισθημάτων του με μεγαλύτερη αμτίληψη και επιδεξιότητα, μπορεί να εκμεταλλευθεί την ειδική σχέση του με τον ασθενή. Μπορεί να το κάνει, είτε με την προσπάθεια του να μειώσει στο ελάχιστο την ένταση μεταξύ

θεραπευτικών περιόδων καθιστώντας έτσι ικανό τον ασθενή να χρησιμοποιεί τις συνεντεύξεις με τον ψυχίατρο με μεγαλύτερη βελτίωση, είτε σε μερικές περιπτώσεις μπορεί να βοηθήσει την επέκταση των θεραπευτικών περιόδων.

Ο ασθενής μπορεί να συζητά με τον νοσηλευτή, χρησιμοποιώντας τον για να ταξινομήσει μερικές από τις μπερδεμένες σκέψεις του, ιδέες και αισθήματα, κάνοντας έτσι ευκολότερο γι' αυτόν να συλλέξει τα πιο σπουδαία γεγονότα για τη θεραπευτική συνέντευξη με το γιατρό.

Σε μερικά είδη ψυχοθεραπείας ο νοσηλευτής παίρνει το ρόλο μιας σπουδαίας φυσιογνωμίας στη ζωή του ασθενούς και τον καθιστά ικανό να ενεργεί έξω από το νοσοκομείο αρχίζοντας τις συναισθηματικές του αντιδράσεις συνήθως άμεσα προκαλούμενες από το περιβάλλον του. Η ψυχοθεραπεία πάντοτε προκαλεί αλλαγές στη στάση του ασθενούς απέναντι στους άλλους ανθρώπους. Οι διαφορετικές αντιδράσεις των ασθενών μεταξύ τους, ο τρόπος με τον οποίο ομάδες σχηματίζονται και διαλύονται, η εμφάνιση φιλίας και η ανάπτυξη αγάπης και μίσους, οι αντιδράσεις μεταξύ ασθενών είναι πάντοτε σημαντικές σαν μια εκδήλωση προόδου και κίνητρο για τη θεραπεία. Ο νοσηλευτής είναι στην καλύτερη θέση να παρατηρήσει τους κηδεμονευόμενους ως μια ολότητα, να εκτιμήσει κάποια επιρροή στο κλίμα του κηδεμονευόμενου, με σκοπό να δημιουργήσει μια θεραπευτική κοινωνία⁶.

10. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΕ ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΜΕΘΟΔΟ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ

10.1 1^η Κλινική Περίπτωση Μείζων Καταθλίψης

Η ασθενής Κ.Μ., ετών 49, γεννήθηκε και κατοικεί στην Πάτρα.

Έγγαμη με τρία παιδιά, 2 γιούς 25 & 22 και μια κόρη ετών 23, ασχολείται με τα οικιακά. Εισάγεται εκούσια, με τον σύζυγο, την κόρη και την νύφη στις 11/07/00, στην Ψυχιατρική Κλινική του Περιφερειακού Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Πατρών.

Τα αίτια εισόδου είναι ψυχοκινητική ανησυχία (κλάμα), καταθλιπτικό συναίσθημα, αυτοκτονικός ιδεασμός, ανορεξία και αϋπνία. Αναφέρει συμπτώματα απελπισίας, ιδεών αναξιοτήτας, ματαιότητας (εκφραζόμενες φοβίες), απόσυρσης, κλινοφιλίας και έκπτωση λειτουργικότητας. Η ίδια περιγράφει τα αισθήματά της ως εξής :

''Είμαι χάλια, δεν πιστεύω ότι θα γίνω καλά. Δεν έχει κανένα νόημα η ζωή μου''.

''Ναι, έχω οκεφτεί να αυτοκτονήσω''.

''Εδώ και ένα χρόνο έχω βαρεία μελαγχολία. Νιώθω ένα τίποτα. Θέλω να κάθομαι στο κρεβάτι όλη μέρα. Δεν έχω όρεξη να φάω, να κάνω δουλειές. Δεν κοιμάμαι καλά. Νιώθω μεγάλη ανησυχία μέσα μου, δεν μπορώ να ηρεμήσω. Έχω φοβίες, ιδίως ότι και τα παιδιά μου έχουν ήπια κατάθλιψη....''.

Το ιστορικό της ασθενούς αρχίζει πριν από 1½ χρόνο με εμφάνιση ήπιας καταθλιπτικής διάθεσης, άγχους, σωματικών ενοχλημάτων και σταδιακή έκπτωση λειτουργικότητας, κατόπιν αναφερόμενων προστριβών ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας της ασθενούς, λόγω οικονομικών προβλημάτων. Με την πάροδο του χρόνου τα συμπτώματα πληθαίνανε και αυξανόταν η έντασή τους. Μετά από 6 μήνες περίπου από την έναρξη (και αφού είχε επισκεφθεί γιατρούς άλλων ειδικοτήτων για τα σωματικά ενοχλήματα) επισκέφθηκε ιδιώτη, γενικό ιατρό τον Ιούνιο 1999 ο οποίος χορήγησε το Dumyrox 100mg 1 x 1 tb και το Xanax 0.5mg ½ - 1 tb.

Την αγωγή διέκοψε μόνη της η ασθενής μετά από 10 ημέρες εξαιτίας ενοχλημάτων (αδυναμία, καταβολή, αρθραλγίες). Μετά από 15 περίπου ημέρες από τη διακοπή της φαρμακευτικής αγωγής επισκέφθηκε (Ιούλιος 99) νευρολόγο-ψυχίατρο, αναφέροντας έντονο καταθλιπτικό συναίσθημα, φοβίες, έκπτωση λειτουργικότητας, απόσυρση, αϋπνία και άγχος. Της συστάθηκε τακτική ψυχιατρική παρακολούθηση, τροποποίηση της πρώτης αγωγής (Saroten tb αρχικά 25mg μετά 75mg επι ένα μήνα, Risperdal tb 1mg, το οποίο διεκόπη λόγω αναφερόμενης έντονης καταβολής και κατάπτωσης με τη σύμφωνη γνώμη του θεράπων ιατρού, ο οποίος πρόσθεσε Lexotanil tb 3mg ½ x 1).

Η ασθενής δεν παρατήρησε καμία βελτίωση και αποφάσισε να αλλάξει ιατρό και αγωγή. Μέσα σε διάστημα ενός μηνός (Οκτώβριος – Νοέμβριος 1999) πήγε σε δύο διαφορετικούς ψυχιάτρους και ακολούθησε 2 διαφορετικές αγωγές. (Minitran tb 2.25mg και Ladose caps).

Για ένα διάστημα 3 μηνών δεν ελάμβανε καμία αγωγή, δεν παρακολουθούταν από κανένα ψυχίατρο και παράλληλα η ένταση της συμπτωματολογίας αυξήθηκε πάρα πολύ εφόσον εμφάνισε επιπλέον αισθήματα αναξιότητας και έντονο αυτοκτονικό ιδεασμό. Το Φεβρ. 2000 πείστηκε από οικείους να ζητήσει ψυχιατρική βοήθεια. Επισκέφθει ιδιώτη ψυχίατρο αναφέροντας την παραπάνω συμπτωματολογία και ο οποίος της πρότεινε Εισαγωγή σε νοσοκομείο αλλά η ίδια και η οικογένειά της αρνήθηκαν. Της δόθηκε η εξής αγωγή: Efexor tb 50mg 1 x 2 και Tavor tb 1mg 1 x 1.

Για διάστημα ενός μηνός όπου εμφάνισε ύφεση της συμπτωματολογίας για χρονική περίοδο δύο μηνών (Μάρτιος – Μάιος 2000) η ίδια ισχυρίζεται πως δεν διέκοψε την αγωγή αλλά η οικογένεια αναφέρει το αντίθετο. Η φαρμακευτική αγωγή είχε τροποποιηθεί ως εξής: Efexor 75mg tb 1 x 3 και Tavor 0.5mg tb ½ - 1 - 1.

Η ίδια αναφέρει ότι διέκοψε την αγωγή της προ 4ημέρου ενώ οι οικείοι της αναφέρουν ένα διάστημα 15 ημερών. Τέλος, πείσθηκε και η ίδια να εισαχθεί στην κλινική (10/7/00).

Οικογενειακό Ιστορικό : αναφέρεται ότι η ασθενής έχει την μητέρα της εν ζωή (90 ετών) ενώ ο πατέρας της πέθανε σε ηλικία 85 ετών. Στα αδέρφια δεν αναφέρεται παθολογικό ή ψυχιατρικό ιστορικό ενώ η οικογενειακή ατμόσφαιρα κατά την παιδική ηλικία ήταν καλή. Η ίδια η ασθενής είναι κύημα επιθυμητής εγκυμοσύνης, γεννήθηκε με φυσιολογικό τοκετό, χωρίς περιγεννητικά προβλήματα.

Σχολείο : Αναφέρει καλή προσαρμογή στο σχολείο, ήταν μέτρια μαθήτρια και είχε καλές σχέσεις με τους δασκάλους και συμμαθητές. Δεν αναφέρει προβλήματα στην οικογένεια, αυτοχαρακτηρίζεται ως ήσυχο παιδί, αρκετά ευαίσθητο, αντιδρούσε άσχημα στις επιπλήξεις και με άγχος απόδοσης.

Εφηβική ηλικία : Διέκοψε το σχολείο στα 15 εφόσον τελείωσε το γυμνάσιο. Η ίδια αναφέρει ότι δεν ήταν αρκετά καλή μαθήτρια και ότι δεν την ενδιέφεραν οι σπουδές. Με τη διακοπή, ασχολιόταν με οικιακά και αγροτικές εργασίες χωρίς να έχει πολύ μεγάλες παρέες και ζώντας σ' ένα αυστηρό και απομονωμένο κοινωνικό περιβάλλον.

Ενήλικη : Παντρεύτηκε μετά από συνοικέσιο στα 25. Αναφέρει ότι με το σύζυγό της δεν είχαν ποτέ πολύ καλές σχέσεις. Δεν αναφέρονται ιδιαίτερα προβλήματα κατά τη διάρκεια του έγγαμου βίου. Επισημαίνει ότι αντιδρούσε έντονα σε καταστάσεις Stress και απαιτούσε την προσοχή και φροντίδα των άλλων γεγονός που δεν συνέβαινε πάντα και αυτό την έκανε να νιώθει πολύ άσχημα. Δεν αναφέρονται προηγούμενες ψυχοσωματικές παθήσεις. Η ασθενής χρήζει, περιστασιακά, μικρή ποσότητα αλκοόλ και καπνίζει 1 έως 1½ πακέτα την ημέρα. Δεν αναφέρει προβλήματα με την αστυνομία ή χρήση ναρκωτικών ουσιών.

Η παρούσα ψυχιατρική κατάσταση κατά την εισαγωγή έχει ως εξής :

Εμφάνιση : καθαρή εμφάνιση, αιτημέλητο ντύσιμο, φαίνεται μεγαλύτερη απ' ότι είναι.

Ομιλία : Συγκρατημένος λόγος, συναισθηματικός με καλή άρθρωση, δεν ελέγχονται οι διαταραχές λόγου.

Συναίσθημα : Καταθλιπτικό.

Περιεχόμενο σκέψης : Δεν ελέγχονται διαταραχές στην διεργασία ή μορφή της σκέψης (ασάφεια, ιδεοφυγή, ανακοπή, χάλαση συνειρμών, νεολογισμοί) φοβίες, αυτοκτονικός ιδεασμός, απελπισία, ματαιότητα.

Αντιληπτικές διαταραχές : Δεν παρουσιάζει ακουστικές ή οπτικές ψευδαισθήσεις.

Συνείδηση και συναίσθημα : Συνειδησιακό επίπεδο κ.φ., νοημοσύνη κ.φ., μέτρια κρίση και αξιοπιστία, ευαισθησία, εκφράζει συμπάθεια.

Διάγνωση : Μείζων καταθλιπτική συνδρομή.

Πορεία : Έναρξη με Efexor 75mg tb ½ x 1 και σταδιακή αύξησή του.

Πρόγνωση : καλή.

Άλλες εξετάσεις :

- Ραδιοανοσομετρήσεις : TSH, T₃, T₄, FT₄, FT₃ : κ.φ.
- Αιματολογικός έλεγχος : PT, INR, APTT : κ.φ.
- TKE : κ.φ.
- Γενική εξέταση αίματος : αύξηση λευκών αιμοσφαιρίων
(11.18 K/μl)
- Βιοχημική εξέταση : ↓ LDH (89 U/L)
 - ↓ Αλκαλική φωσφατάση (22 U/L)
 - ↓ Ουρία ορού (11mg/dL)
 - ↓ Κρεατινίνη ορού (0.6mg/dL)
- CT - εγκεφάλου : κ.φ.

Η ασθενής παραμένει στο νοσοκομείο έως και σήμερα (Σεπτ. 2000) ως εξωτερικός ασθενής. Της δόθηκε εξιτήριο μετά από ένα μήνα παραμονής όπου παρουσίασε οσημαντική βελτίωση της κατάστασης και κρίθηκε σκόπιμο να επιστρέψει στο οικείο της περιβάλλον. Μετά από 2½ εβδομάδες παρουσίασε μια μικρή υποτροπή λόγω κάποιου γεγονότος που αρνείται να εκμυστηρευτεί αλλά δεν κρίθηκε αναγκαία η εισαγωγή της. Στο πλάνο της Νοσηλευτικής Διεργασίας περιγράφονται οι πιο αξιοσημείωτες παρεμβάσεις.

1. Άγχος

Ελάττωση του άγχους που νιώθει η ασθενής

Να συζητήσει ο νοσηλευτής με την ασθενή έτσι ώστε να δοθεί μια ευκαιρία στην ασθενή να εκφράσει τα συναισθήματά της και τους παράγοντες πρόκλησης άγχους όπως τους αντιλαμβάνεται η ίδια.

Λίγο μετά την εισαγωγή και αφού η ασθενής τακτοποιήθηκε στον θάλαμό της και συναντήθηκε στο καρδιακό της κλινικής με τον υπεύθυνο νοσηλευτή της πρωινής βάρδιας όπου και συζητήσαμε για μια περιπου ώρα. Η ασθενής εξήγησε πως ήθελε τη βοήθειά μας, όπως φαινόταν από την εκούσια εισαγωγή της και την καλή συνεργασία με το προσωπικό ιδίως κατά την λήψη ιστορικού. Ο νοσηλευτής αντιλαμβανόμενος ότι η ασθενής ήταν κουρασμένη και είχε λίγη διάθεση να επαναληφθούν οι ιστορικό της, προτίμησε να της εξηγήσει το πρόγραμμα της κλινικής, έγινε προσανατολισμός της ασθενούς στο περιβάλλον του νοσοκομείου, τον εξοπλισμό και σύστησε την ασθενή στο υπάλειτο προσωπικό της πρωινής βάρδιας που θα συμμετείχε στη φροντίδα της.

Η ασθενής μάλλον εμφανίζει κάποια ελάττωση του άγχους. Όπως φαίνεται από την προφορική έκφραση και ευχαρίστηση προς το προσωπικό για τη δημιουργία του φιλικού και ανοικτού περιβάλλοντος, τη χαλαρή έκφραση προσώπου και των σωματικών κινήσεων και την καλή ικανότητα επικοινωνίας και αντίληψης με το προσωπικό. Με επιφύλαξη γίνεται η εκτίμηση μείωσης του άγχους και η ασθενής παρακαλούθειτε για τυχόν νέα επεισόδια.

2. Ευερεθιστότητα
(Εκδήλωση με κλάμα
και απομόνωση)

Μείωση της ευερεθι-
στότητας και
δημιουργία μη-ερε-
θιστικού περιβάλλο-
ντος.

Να συζητήσει η ασθενής με τον
νοσηλευτή (κατά προτίμηση τον ίδιο
νοσηλευτή) και εάν επιθυμεί να
ασκαληθεί με κάποια εργασία.

Να χορηγηθεί αγκολυτικό φάρμακο
σύμφωνα με I.E.

Μειώθηκε η ευερεθιστό-
τητα της ασθενή, η
οποία συνδέεται με το
προαναφερθέν άγχος,
όπως βεβαιώνεται από
την παύση κλάματος
της ασθενή, την
ανάπτυξη επικοινωνίας
με την συγκάτοικο
ασθενή και την
δραστική ικανότητα του
φαρμάκου.

Ο ίδιος νοσηλευτής συναντήθηκε με
την ασθενή την οποία βρήκε να
κλαίει και να μην θέλει να μιλήσει σε
άλλο άτομο πέραν από αυτόν.
Ζήτησε να επικοινωνήσει με τους
συγγενείς της αλλά μετά άλλαξε
 γνώμη. Ο νοσηλευτής της εξήγησε
πως είναι αναμενόμενο να νιώθει έτσι
(είναι σε καινούριο περιβάλλον, μέσα
σε άγνωστα άτομα) και η ασθενής
συμπλήρωσε πως φοβάμαι μην
μου κάνουν τιποτα οι άλλοι
(ασθενείς), εσείς θα με φροντίζετε για
το πρόβλημά μου ή είμαι απλά άλλη
μια περίπτωση; Οι άλλοι (το
προσωπικό) τι ξέρουν για εμένα; Ο
νοσηλευτής εξήγησε στην ασθενή πως
δεν διατρέχει κανένα κίνδυνο από
τους άλλους νοσηλευόμενους και
πως το προσωπικό είναι
ενημερωμένο για την κατάσταση της
και είναι πρόθυμο, και γνώστες να
την βοηθήσουν, πως δεν μετράει
μόνο να γίνονται κάποιες πράξεις
(π.χ. λήψη φαρμάκων) αλλά και να
την υποστηρίξει και πως ότι
χρειάζεται μπορεί να απευθυνθεί σ'
αυτό.

Χορηγήθηκε Tavor 1/2tb του 1mg
σύμφωνα με I.E.

3. Διαταραχή της αντίληψης του εαυτού - αισθητήματα αναξιοτιτας & ανικανότητας.

Βελτίωση της αντίληψης του εαυτού - μείωση των αισθημάτων αναξιοτιτας & ανικανότητας.

Ενθάρρυνση για συμμετοχή σε ομαδικές εργασίες ή ατομική απασχόληση όπως κέντημα, ενθάρρυνση για βοήθεια και συμμετοχή σε δραστηριότητες της κλινικής.

Η ασθενής συμμετείχε σε μια ομαδική συζήτηση που έγινε και με τους υπόλοιπους ασθενείς, παρουσία ενός νοσηλευτή και ψυχολόγου. Αρνήθηκε να απασχληθεί με κέντημα ή ανάγνωση δηλώνοντας κουρασμένη. Αργότερα όμως βοήθησε στον καθαρισμό του θαλάμου της.

Η ασθενής δεν εξέφρασε κάποια αλλαγή για τα αρχικά της αισθητήματα αλλά συμμετείχε με αρκετό ενθουσιασμό και θέληση στη συζήτηση και την καθαριότητα.

4. Αίσθημα θλίψης

Επιτυχής αντιμετώπιση της θλίψης

Πρόσκληση των συγγενών για το πρώτο επισκεπτήριο μετά την εισαγωγή.
Ενθάρρυνση της ασθενής για συμμετοχή σε ενέργειες καλωπιισμού και αυτοεξυπη-ρέτησης.

Ο νοσηλευτής επικοινωνήσε με τους οικείους της ασθενή και κανόνισε να έρθουν μια συγκεκριμένη ώρα το απόγευμα με κάποιο γλυκό ή δώρο, εάν επιθυμούν.

Η ασθενής εξέφρασε τον ενθουσιασμό για το επισκεπτήριο τις είχαν λείψει ο σύζυγος και οι οικείοι της. Συμμετείχε ενεργά και με αρκετά καλή ψυχολογική κατάσταση, τραγούδησε χαμηλόφωνα.

Εξέφρασε την ανησυχία μήπως στεναχωρηθεί περισσότερο όταν λήξει το επισκεπτήριο, αλλά ο νοσηλευτής την διαβεβαίωσε πως θα μπορεί να τους βλέπει σχεδόν κάθε μέρα και αν θέλει να τους τηλεφωνεί.

Η ασθενής ανακούφιστηκε από αυτήν την ενημέρωση όπως φαινόταν από την έντονη ανυπομονησία να δει τους οικείους της.

5. Διαταραχή της θρέψης - άρνηση λήψης τροφής (επί 2 ημερές)
 Να κατανοήσει η ασθενής τη σημασία λήψης της τροφής, να οτιάζεται μόνη της.

Να συζητήσει ο νοσηλεύτης με την ασθενή, να ακούσει τις απόψεις για την άρνηση λήψης της τροφής και να καταλάβει η ασθενής την σπουδαιότητα εναντίωσης της απόρριψης της τροφής.

Να προληφθεί η σημαντική μείωση της εντερικής κινητικότητας, που μπορεί να προκληθεί από διεγερση του συμπαθητικούς και προκαλεί πρώιμο αίσθημα κορεσμού, μείωντας την πρόσληψη τροφής και επιδεινώνοντας την κατάσταση θρέψης της ασθενής.

Να γίνει λήψη αιματος για εργαστηριακό έλεγχο.

Να εφαρμοσθούν μέτρα για τη μείωση του άγχους και φόβου της ασθενή, τα οποία διεγείρουν τη δράση του συμπαθητικού νευρικού συστήματος επηρεάζοντας και την κινητικότητα του εντερικού σωλήνα.

Ο νοσηλεύτης συζητήσει με την ασθενή εξηγώντας της πως δεν την κατηγορεί ή μαλώνει κανείς για την άρνηση λήψης τροφής επειδή αυτό προκαλείται από την κατάθλιψη και έτσι δεν ευθύνεται η ίδια. Πρέπει όμως να το πολεμήσει αλλιώς θα αρχίσει ένας κύκλος οωματικών διαταραχών (μείωση του οωματικών βάρους κάτω των φυσιολογικών ορίων, μείωση της συνήθη μυϊκής ισχύς και ανοχή στην κόπωση (ψυχική και οωματική), διαταραχές των βλεννογόνων όπως του στοματικού βλεννογόνου με δημιουργία στοματίτιδας). Επίσης είναι σημαντικό να οτιζεται και για λόγους γαστροπροστασίας γιατί συνεχιζε την φαρμακευτική αγωγή.

Έγινε λήψη αιματος για να εξετασθούν τα επίπεδα :

- Φυσιολογικής λευκωματινής ορού.
- Αιματοκρίτη
- Αιμοσφαιρίνης
- Τρανσφερρίνης
- Λεμφοκυττάρων

Η ασθενής ενθαρρύνθηκε να εκφράσει τους λόγους της αλλά δεν εξέφρασε την άποψη της ούτε κατά την αρχή ούτε στο τέλος τη συζήτησης.

Έγινε έναρξη της εξής φαρμακευτικής αγωγής για την

Η ασθενής φαίνεται να κατάλαβε όλα της εξήγησε ο νοσηλεύτης όπως βεβαιώνεται από τη λήψη ελαφράς τροφής (κρέμας και σουπας επί παρουσία του νοσηλευτή, τα αποτελέσματα της αιματολογικής εξέτασης έδειξαν μείωση των τιμών της λευκωματινής ορού, αιματοκρίτη, αιμοσφαιρίνης, τρανσφερρίνης και λεμφοκυττάρων. Αυτό βοήθησε στο να συνετιστεί η ασθενής τόσο για τη λήψη τροφής όσο και τη φαρμακευτική αγωγή.

μείωση του φόβου και άγχους και
για τη βελτίωση και σταθεροποίηση
της ψυχικής κατάστασης.

Efexor tb 75mg 1 x 2

Tavor tb 1mg 1/2 - 1/2 - 1

6. Αϋπνία

Εξασφάλιση καλού ύπνου

Μείωση θορύβων στο ελάχιστο.
Να βοηθήσουμε την ασθενή να απαλλαγεί από τους φόβους της μέσο διαλόγου. Να χορηγηθεί η συνήθης φαρμακευτική αγωγή.

Έγινε προσοπάθεια μείωσης των θορύβων της κλινικής και ζητήθηκε από την συγκέταο του ασθενή να μην κάνει φασαρία τις ώρες που θα κοιμάται η ασθενής. Η νοσηλεύτρια της απογευματινής βάρδιας συζήτησε με την ασθενή σχετικά με τις φοβίες και ανησυχίες που εμφανίζει. ("Φοβάμαι πως τα παιδιά μου θα καταλήξουν όπως εγώ".
Χορηγήθηκε η φαρμακευτική αγωγή (σύμφωνα με την κάρτα φαρμάκων) : Tavog 1mg 1tb
Efexor 75mg 1tb

Η ασθενής κατόρθωσε να κοιμηθεί όλο το βράδυ (από τις 21:30 έως 07:00). Το πρωί εμφανίστηκε καλαρή και ήρεμη. Ευχαρίστησε το προσωπικό για τη βοήθεια του γιατί όπως εξέφρασε αργότερα η αϋπνία, η οποία είχε αρχίσει προ 3ημέρου την κούραζε πάρα πολύ ψυχολογικά παρά σωματικά.

7. Ελλειμματική σωματική φροντίδα (άρνηση για λουτρό καθαριότητας)

Να φροντίσει η ασθενής τη σωματικής τη ; υγιεινή.

Να συζητήσει ο νοσηλεύτης με την ασθενή και εάν κριθεί αναγκαίο να κανονισει να βοηθήσει μια νοσηλεύτρια στο λουτρό της ασθενή.

Ο νοσηλεύτης συζήτησε με την ασθενή εξηγώντας πως η ψυχολογική της κατάσταση δεν επωφελούνταν από την σωματική της αμέλεια γιατί και η ίδια δεν θα ένιωθε καλά με τον εαυτό της ξεκινώντας ένα κύκλο αντιδράσεων. Της προσφερε βοήθεια από νοσηλεύτρια εάν η ίδια ένιωθε πολύ καταβεβλημένη αλλά η ασθενής αρνήθηκε. Η ίδια μάλιστα είπε πως νιώθει μπερδεμένη. Η άρνηση καθαριότητας ήταν ένας τρόπος να ελκύσει την προσοχή των άλλων αλλά δεν θέλει να γίνεται κουραστική.

Η ασθενής μετά από την ήπια κατεύθυνση του προσωπικού, έκανε μπάνιο και ζήτησε συνώμη που η συμπεριφορά της έφερε το προσωπικό σε δύσκολη θέση.

8. Απελπισία

Να μην νιώθει απελπισία η ασθενής.

Να αξιολογηθεί η ασθενής για την ύπαρξη αυτοκτονικού ιδεασμού.

Να παρακολουθείτε η ασθενής και να γίνει σχολαστικός έλεγχος του δωματίου της.

Παράκληση για να επικοινωνήσει ο θεράπων ιατρός με την ασθενής.

Να συζητήσει η ασθενής με τον ιατρό του ναού του νοσοκομείου.

Η ασθενής ομολόγησε (όπως και κατά την εισαγωγή) ότι είχε σκεφθεί να αυτοκτονήσει αλλά δεν έχει φθάσει σε κάποιο συγκεκριμένο τρόπο.

Η ασθενής παρακολουθείτε από το προσωπικό και όπως φαίνεται από τις αντιδράσεις της μάλλον δεν έχει αντιληφθεί αυτή την ενέργεια. Ο έλεγχος του δωματίου που έγινε καθώς η ασθενής έβλεπε τηλέφωση σε άλλη αίθουσα δεν αποκάλυψε επικίνδυνα για την ασθενή αντικείμενα.

Σε συζητήσεις που γίνονται με το νοσηλευτικό προσωπικό η ασθενής απαντά αμέσως και με εμφανή ελικφινεα δεικνόντας πως μάλλον δεν κρυβεί κάποιο μυστικό ως προς τις εκδηλώσεις της.

Ο θεράπων ιατρός επικοινωνήσει με την ασθενή η οποία τον διαβεβαίωσε πως τα αρχικά της αισθήματα για τα οποία μίλησε στην πρώτη συνέντευξη είχαν παρουσιάσει μεγάλη βελτίωση πράγμα που την ανησυχούσε πως δεν θα γίνει ποτέ καλά. Ο ιατρός της εξήγησε πως είναι κατανοητό και αναμενόμενο να νιώθει έτσι αλλά με επιμονή, υπομονή και πίστη θα κατόρθωναν ένα μεγάλο

Η ασθενής, αν και εξέφρασε με ελικφινεα τον αυτοκτονικό ιδεασμό της, παρακολουθείτε από το προσωπικό για τυχόν αποπειρα αυτοκτονίας ή επανάληψη άλλων αυτοβλαβών πράξεων όπως άρνηση τροφής.

Τα φάρμακα δίνονται παρουσία νοσηλευτού, όπως και από την αρχή της εισαγωγής της στο Π.Π.Γ.Ν.Π. Όλοι όσοι επικοινωνήσαν με την ασθενή (νοσηλεύτης, ιατρός, ιερέας) συμφωνούν πως η κατάσταση είναι σοβαρή αλλά όχι επικίνδυνη.

θετικό βήμα. Ο ιατρός την ενημέρωσε πως η κατάσταση της παρουσιάζει βελτίωση και η ίδια φαίνεται πως θέλει τη βοήθειά μας. Την επόμενη μέρα για να δεχτεί ανελλιπώς την φαρμακευτική της αγωγή και που έχει ενταχθεί αρκετά καλά στο πρόγραμμα της ΣΠΚ κλινικής ενθαρρύνοντας την να συνεχίσει την προσπάθειά.

2^η Κλινική Περίπτωση Μείζων Κατάθλιψης

Η ασθενής Π.Π. , ετών 57, γεννήθηκε στην Βόρειο Ήπειρο και είναι κάτοικος Πατρών. Είναι συνταξιούχος δασκάλα (ΑΕΙ – Παιδαγωγική Σχολή). Έχει δύο παιδιά, ένα αγόρι ετών 33 και μια κόρη 29 ετών. Ο σύζυγος απεβίωσε σε ηλικία 63 ετών το 1998 λόγω Ca παχέως εντέρου. Εισάγεται, εκούσια, με τα παιδιά της στις 07/07/00, στην Ψυχιατρική Κλινική του Περιφερειακού Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Πατρών.

Τα αίτια εισόδου είναι ψυχοκινητική ανησυχία, καταθλιπτικό συναίσθημα, ιδέες απελπισίας, ματαιότητας, αϋπνία και ανορεξία. Προ 24hr η ασθενής έκανε απόπειρα αυτοκτονίας με λήψη 13tb Aspirin και 3tb Stilnox.

Η ίδια σχολιάζει και περιγράφει τα αισθήματά της ως εξής :

“Τι να την κάνω την ζωή ;”

“Δεν είμαι τρελή για να μείνω εδώ μέσα. Η ζωή μου έχει τελειώσει, δεν έχει νόημα – καλύτερα να ξεμπερδεύω. Από τότε που έχασα τον σύντροφό μου δεν έχει πια νόημα – καλύτερα να πέθαινα προχτές που πήρα τα φάρμακα.”

Το ιστορικό της ασθενούς αρχίζει προ 2ετίας, μετά τον θάνατο του συζύγου της, με σταδιακή απώλεια ενδιαφέροντος, αϋπνία, ανορεξία, ιδέες απελπισίας, απαισιοδοξίας, αναξιότητας και έκπτωση της λειτουργικότητας. Από την ίδια και τους οικείους αναφέρονται δύο παρομοια επεισόδια με εμψυχιακή κατανομή τέλος άνοιξης – αρχές καλοκαιριού, μέσα στην προαναφερθείσα περίοδο των δύο χρόνων, όπου η ασθενής είχε εμφανίσει πιο έντονα την πιο πάνω συμπτωματολογία η οποία παρουσίασε αυτόματη ύφεση μετά 30 ημερών.

Μια μέρα προ της εισαγωγής στο Π.Π.Γ.Ν.Π. έκανε απόπειρα αυτοκτονίας αλλά την βρήκε έγκαιρα ο γιός της ο οποίος την μετέφερε στο νοσοκομείο “Ο ΑΓΙΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ” όπου και παρέμεινε για 24hr.

Προ 1½ μηνός η ασθενής είχε επισκεφθεί ιδιώτη ψυχίατρο ο οποίος διέγινωσε καταθλιπτική συνδρομή και έδωσε την εξής αγωγή :
sir Dogmatyl 25mg

tb Tavor 1mg

tb Minitran

tb Stilnox

Οι πληροφορίες δόθηκαν από την ίδια και το γιό της.

Οικογενειακό Ιστορικό : Η μητέρα της απεβίωσε σε ηλικία 72 ετών χωρίς ψυχιατρικό ιστορικό. Ο πατέρας της απεβίωσε σε ηλικία 72 ετών λόγω Ca προστάτη, χωρίς ψυχιατρικό ιστορικό. Για τα αδέρφια της δεν αναφέρονται παθολογικές ή ψυχιατρικές νόσοι. Το οικογενειακό περιβάλλον χαρακτηρίζεται καλό και αγαπημένο, ζούσαν κάτω από δραματικές συνθήκες (Β' Παγκ. Πόλεμο - το Καθεστώς της Αλβανίας, με έντονο ανθελληνικό χαρακτήρα).

Σχολική ηλικία : Καλή προσαρμογή στο σχολείο, άριστη μαθήτρια, καλές, τυπικές σχέσεις με τους συμμαθητές και δασκάλους. Χαρακτηρίζεται από την ίδια ως ήσυχο, υπάκουο παιδί, καθόλου ζωηρό με τυπικές σχέσεις με το εξωοικογενειακό περιβάλλον.

Εφηβική ηλικία : Άριστη μαθήτρια : αγχώδης για τις επιδόσεις της .

Ενήλικη : Παντρεύτηκε με συνοικέσιο το σύζυγό της με τον οποίο απέκτησε 2 παιδιά και έζησε πολύ ευτυχισμένη μαζί του έως τον αιφνίδιο θάνατό του. Στο εργασιακό της περιβάλλον είχε άριστες σχέσεις αλλά συνταξιοδοτήθηκε πρόωρα λόγω κατάρρευσης του Κομμουνιστικού Καθεστώτος της Αλβανίας.

Ως προηγούμενες σωματικές παθήσεις αναφέρονται βρογχικό άσθμα το οποίο διεγνώσθη προ 2ετίας και θυρεοειδοπάθεια για την οποία δεν δίνει ακριβείς πληροφορίες. Δεν αναφέρονται προηγούμενες ψυχιατρικές παθήσεις.

Χρήζει περιστασιακά μικρές ποσότητες αλκοόλ (από το 1960), δεν καπνίζει, δεν χρήζει ναρκωτικές ουσίες, δεν αναφέρει προβλήματα με την αστυνομία.

Κατά την εισαγωγή περιγράφεται ως εξής :

Η εμφάνιση της είναι καθαρή, απλή, όχι προσεγγμένο ντύσιμο. Φαίνεται μεγαλύτερη απ'οτι είναι. Παρουσιάζει αργό βάδισμα και κινήσεις.

Συνεργασία : Είναι συνεργάσιμη, φιλική και ειλικρινής.

Συναίσθημα : Παρουσιάζει ελεγχόμενη προσφορότητα και το συναίσθημα είναι σύμφωνο με τη διάθεση.

Ομιλία : Είναι ολιγόλογη και συναισθηματικό χρωματισμό. Δεν ελέγχει τις διαταραχές του λόγου, παρουσιάζει αοάφεια σκέψεων, ιδεοφυγή, ανακοπές, χάλαση συνειρμών και νεολογισμών ενώ το περιεχόμενο των σκέψεων αφορά αυτοκτονικό ιδεασμό, ιδέες ματαιότητας και απελπισίας. Τα αποθέματα πληροφόρησης και η ευφυΐα είναι σύμφωνα με το εκπαιδευτικό και πνευματικό επίπεδο.

Διάγνωση : Μείζων καταθλιπτική συνδρομή

Πρόγνωση : Καλή

Άλλες εξετάσεις :- CT – εγκεφάλου : κ.φ.

- Ραδιοανοσομετρήσεις : T₃, T₄, TSH : κ.φ.

- Rō θώρακος : κ.φ.

- ΗΚΓ : κ.φ.

- Αιματολογικός έλεγχος : PT sec : κ.φ.

INR, APTT : κ.φ.

↓LDL χοληστερόλη (81.8mg/dL)

↓κρεατινίνη ορού (0.7mg/dL)

↑σφαιρίνες (4.1gr/dL)

Η ασθενής εξήλθε της κλινικής και παρακολουθείτε ως εξωτερικός ασθενής. Μέχρι τη σήμερον ημέρα (ΣΕΠΤ. 2000) δεν έχει υποτροπές και συνεχίζει την συνιστώσα θεραπεία της. Έχει δραστηριοποιηθεί φροντίζοντας το 5χρονο εγγονάκι της και εκφράζει την ευχαριστία της που "σε λίγο θα μπορώ και εγώ να του μαθαίνω κάποια πράγματα" δηλώνοντας την επιθυμία να ασχολείται με το πρώην επάγγελμά της.

1. Γενικευμένο αίσθημα ανησυχίας και φόβου. Προσπάθεια ηρεμίας της ασθενούς.

Να παρακολουθείται το επίπεδο του φόβου και ανησυχίας. Κανονίζεται μια αρχική αναλυτική θεραπεία με Tavor 2.5mg tb 1/2 x 3
Να έρθει ο νοσηλεύτης σε επικοινωνία με την ασθενή.

Παρατηρείται το επίπεδο ανησυχίας και φόβου και δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στη συγκέντρωση των πληροφοριών από την ίδια την ασθενή η οποία δεν κρύβει τις ανησυχίες της αλλά κυρίως για τον εαυτό της και το φόβο πως δεν θα ξαναγίνει αυτή που ήταν.
Χορηγείτε αναλυτική ουσία (λοζεπάμη - Tavor) σύμφωνα με Ι.Ε. των 2.5mg 1/2 x 3 για την ελάττωση των συμπτωμάτων στο επίπεδο εκείνο το οποίο επιτρέπει τον ύπνο και κατάρασα ασθενούς.
Ο νοσηλεύτης ζητάει από την ασθενή να αναφέρει τα αποτελέσματα των διαφόρων θεραπειών που λαμβάνει. Η χρήση των προτάσεων και ο ρόλος των χαμηλών δοσών της διακελευντινής ασθενούς.

Λόγω της σύντομης διάρκειας εφαρμογής της νοσηλευτικής παρέμβασης επιτυγχάνεται η υπαγωγή της ασθενούς και φόβου της ανησυχίας. Συνιστάται η παρακολούθηση της ασθενούς (λόγω της προληπτικής αποσιτισμού αυτοκτονίας η συνταγοζήτηση εκτίμησι του επιπέδου ανησυχίας)

2. Απόσυρση (επί 2 ημερών)
απομονώνεται και να μην αποσύρεται από το περιβάλλον.

Να έρθει σε επικοινωνία η ψυχολόγος με την ασθενή η οποία αρνείται τη βοήθεια του νοσηλευτικού προσωπικού και συνεχώς αποσύρεται στην τουλάπα της βγαίνοντας μόνο για να φάει ή να χρησιμοποιήσει την τουαλέτα.
Να ενημερωθεί ο θεράπων ιατρός για νέα διαμόρφωση της φαρμακευτικής αγωγής.
Να παρακαλουθείτε η ασθενής για τυχόν επανάληψη της απόσυρσης.

Η ψυχολόγος επικοινωνήσε με την ασθενή επί 2 ώρες. Αρχικά η ασθενής ήταν κλεισμένη στην τουλάπα και αρνούμενη να βγει, άκουγε την ψυχολόγο. Κατά την διάρκεια ξέσπασε σε κλάματα και επανέλαβε πως δεν ανήκει στο νοσοκομείο, πως ..δεν είμαι τρελή για να είμαι εδώ μέσα ..

Η ψυχολόγος, αφού την έπεισε να βγει από την τουλάπα συζήτησε για λίγο μαζί της και της πρότεινε να πάρει την συνιστώσα φαρμακευτική αγωγή (tanor 2.5mg 1/2tb). Η ασθενής δεν έφερε αντίφραση.

Στην κάρτα νοσηλείας προστέθηκε Effexor tb 75mg 1/2 x 2. Ενημερώθηκε η ασθενής η οποία απάντησε ..εσείς ξέρετε ..

Η ασθενής έδειξε πως πιθανό να κατάλαβε ότι η απόσυρση, η οποία προφέρεται από την και δεν ευθύνεται από την ίδια μπορεί να προληφθεί και η ίδια μπορεί να βοηθήσει τον εαυτό της εκφραζοντας τα αισθήματα της στο προσωπικό και λαμβάνοντας τη θεραπεία χωρίς διακοπή.

3. Διαφορικές κενώσεις

Οι κενώσεις να είναι σχηματισμένες, διαφορικές και μη

Να εκτιμήσει ο νοσηλεύτης και να αναφέρει σημεία και συμπτώματα διάρροιας (π.χ. συχνές κενώσεις με μαλακά κόπρανα, έπειξη προς αφόδευση, καλκασειδή κοιλιακά αλγή), εκτίμηση των εντερικών ήχων ανά τακτά χρονικά διαστήματα και αναφορά επί αύξησης της συχνότητας αυτών.

Να περιορισθεί η λήψη τροφής σύμφωνα με Ι.Ε.
Τροποποίηση του διαιτολογίου.

Ο νοσηλεύτης εκτίμησε την κένωση και σύμφωνα με Ι.Ε. εκτίμησε και τους εντερικούς ήχους για τύχον αύξηση. Οι εντερικοί ήχοι παράγονται από τον εντερικό περισταλιτισμό αύξηση του οποίου οδηγεί σε ελαττωμένη απορρόφηση νερού από το εντερικό περιεχόμενο με επακόλουθο συχνές, υδαρείς κενώσεις.

Περιορίσθηκε η λήψη τροφής σε 2 γεύματα (πρωινό και ένα γεύμα κατά τις 20:00) λόγω του ότι η πρόσληψη διεγείρει το γαστροκαλικό και δωδεκαδακτυλοκαλικό αντανακλαστικό με αποτέλεσμα αυξημένο εντερικό περισταλιτισμό.
Έγινε τροποποίηση του διαιτολογίου το οποίο δεν περιέχει:

- τροφές που παράγουν αέρια
- πικαντικές τροφές
- τροφές πλούσιες σε λακτόζη, σορβιτάλη, φρουκτόζη και ινες.

Η ασθενής παρουσιάζει σταδιακή βελτίωση των διαφορικών κενώσεων

4. Θλίψη / στενοχώρια

Η βελτίωση της συναισθηματικής κατάστασης της ασθενούς.

Να ασκαληθεί η ασθενής με εργασία δικού της ενδιαφέροντος και ευχαριότισης. Να έλθει σε επαφή με τους συνασθενείς της.

Να κανονιστεί επίσκεψη των οικείων της ατόμων.

Η ασθενής σύζητησε με άλλους συνασθενείς για κοινά θέματα και ανέπτυξε φιλικές σχέσεις με μια συναδέλφο - συνασθενή.

Αργότερα, ζήτησε κάποιο βιβλίο που της άρεσε το οποίο όμως δεν υπήρχε στην βιβλιοθήκη της κλινικής. Κανονίστηκε από τον νοσηλευτή να φέρουν το βιβλίο οι συγγενείς της, αργότερα το ίδιο απόγευμα, κατά τη διάρκεια του επισκεπτηρίου.

Η ασθενής παρουσιάζει μείωση της θλίψης και φαίνεται να απεκτηρε νέο ενδιαφέρον όπως δείχνει η νέα της σέση. Κατά τη διάρκεια του επισκεπτηρίου είπε στα παιδιά της πως "θέλω να γίνω καλά, πιστεύω πως θα γίνω καλά".

5. Περιορισμός του αυτοκτονικού ιδεασμού.

Διατήρηση του περιορισμού του αυτοκτονικού ιδεασμού.

Να συνεχιστεί η καλή συνεργασία της ασθενούς με το νοσηλευτικό προσωπικό και ιατρικό προσωπικό - να συνεχιστούν οι συνεδρίες ψυχολογίας.

Να τροποποιηθεί η φαρμακευτική αγωγή της ασθενούς.

Να κανονισθεί το συχνότερο επισκεπτήριο για την ασθενή από τους οικείους της.

Το νοσηλευτικό προσωπικό συνέχισε την διακριτική παρακολούθηση και όμοια αντιμετώπιση της ασθενούς όπως γίνεται εδώ και ένα μήνα από την ημέρα εισόδου. Ο θεράπων ιατρός τροποποίησε την φαρμακευτική αγωγή ως εξής:

Efexor tb 75mg 1/2 x 2

Tavor tb 2,5mg 1/2 - 1/2 - 1

Οι οικείοι της ασθενούς ενημερώθηκαν πως καλό θα ήταν να την επισκέπτονται συχνότερα αφού και η ίδια θα ένιωθε την παρουσία τους ως ανταμοιβή και κίνητρο για να συνεχιστεί να προσπαθεί.

Η ασθενής διατηρεί τον περιορισμό του αυτοκτονικού ιδεασμού όπως φαίνεται από την ήρεμη συμπεριφορά της, τις εκφράσεις της όπως "Δε θέλω να πεθάνω. Βοηθήστε με να γίνω καλά". Το υπόλοιπο προσωπικό (ιατρικό, νοσηλευτικό), είναι σύμφωνο με αυτή την διαπίστωση κρίνεται όμως σκόπιμη η συνεχιζόμενη πορεία.

6. Καλή συμμόρφωση της ασθενούς στο πρόγραμμα θεραπείας.
Η διατήρηση της συμμόρφωσης της ασθενούς στο πρόγραμμα της ασθενούς στο πρόγραμμα θεραπείας και η σύντομη έξοδος της.

Να εκτιμηθούν οι καθημερινές δραστηριότητες της ασθενούς.
Να συζητήσει ο θεράπων ιατρός με την ασθενή.
Να ζητηθεί από το άμεσο οικογενειακό περιβάλλον της ασθενή να εκφράσει τα συναισθήματά της.

Μετά από παρακολούθηση και παρατήρηση της συμπεριφοράς της ασθενούς στο πρόγραμμα της κλινικής το νοσηλευτικού προσωπικού κρίνει πως η κατάσταση της έχει σημειώσει σημαντική πρόοδο. Η ασθενής αντιμετωπίζει πλήρως (καθαρίζει το χώρο της, βοηθά τους συνασθενείς της, λαμβάνει κανονικά τη θεραπεία της, παρακολουθεί τις ψυχοθεραπευτικές συνεδρίες). Η υπεύθυνη νοσηλεύτρια ενημέρωσε τον θεράπων ιατρό ο οποίος συμφώνησε πως η ασθενής θα λάμβανε σύντομα εξιτήριο και θα την παρακολουθούσαν ως εξωτερικό ασθενή.
Οι οικείοι της, έπειτα από παράκληση του προσωπικού μεταβίβασαν τα λεγόμενα της ασθενούς στο προσωπικό τα οποία βοήθησαν ως διασταύρωση της αντικειμενικότητας των παρατηρήσεων.

Η ασθενής κρίθηκε, σύμφωνα με την γνώμη του νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού έτοιμη για να της δοθεί εξιτήριο.
Ο θεράπων ιατρός έδωσε κάποιες οδηγίες και η νοσηλεύτρια εξήγησε κάποιες οδηγίες και η νοσηλεύτρια εξήγησε τους σκοπούς της μερικά βασικά στοιχεία όπως : να μην παραλείπει την λήψη της φαρμακευτικής αγωγής, να μην υποβιβάζεται υπό την επιρροή στρεσογόνων παραγόντων, να συνεχιστεί τις επισκέψεις στον θεράπων ιατρό ο οποίος θα την βοηθήσει να ανακαρίσει έγκαιρα τυχόν υποτροπές.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Όπως διαπιστώσατε η κατάθλιψη, ‘‘το κοινό κρυολόγημα’’ των ψυχιατρικών νόσων βασανίζει ένα πάρα πολύ μεγάλο ποσοστό που, δυστυχώς, συνεχώς αυξάνεται. Εμείς, ως νοσηλευτές, πρέπει να συμμετάσχουμε πιο ενεργά στην διαφώτιση, θεραπεία και αποκατάσταση της υγείας των καταθλιπτικών ασθενών γιατί ΥΠΑΡΧΕΙ τρόπος να θεραπευθεί ο πάσχων. Στην Ελλάδα η Ψυχιατρική Νοσηλευτική δεν είναι ανάλογα αναπτυγμένη για να ανταπεξέλθει ο’ αυτό το δύσκολο ρόλο τον οποίο συχνά φορτώνονται οι ιδιώτες ιατροί και οι κοινωνικοί λειτουργοί. Ο ασθενής δεν γίνεται καλά μόνο με τη φαρμακευτική αγωγή. Ο ρόλος του νοσηλευτή δεν περιορίζεται στα ιδρύματα και τις ψυχιατρικές κλινικές που ακόμα και εκεί λίγοι είναι αυτοί με ειδικότητα στην Ψυχιατρική.

Τι πρέπει να γίνει; Πρώτον, ως επιστήμονες πρέπει να μάθουμε να ανανεώνουμε και να αυξάνουμε τις γενικές γνώσεις μας γιατί η κατάθλιψη συνήθως συνοδεύεται και από οργανικά προβλήματα. Δεύτερον, η ειδίκευση στην Ψυχιατρική Νοσηλευτική για όσους εργάζονται σε ανάλογους χώρους πρέπει να είναι απαραίτητη προϋπόθεση για πρόοδηση. Τρίτον, όλοι όσοι εργάζονται στο χώρο της φροντίδας της υγείας πρέπει να παρακολουθούν σεμινάρια και να έχουν τουλάχιστον βασικές γνώσεις περί ψυχιατρικών ασθενειών γιατί, όπως αναφέρεται στην Εργασία, το 1/3 έως 1/5 του νοσηλευόμενου πληθυσμού σε γενικό νοσοκομείο πάσχει από κατάθλιψη, αλλά και επειδή πολλά ψυχιατρικά περιστατικά διαφεύγουν το ‘‘μάτι’’ του γενικού ιατρού και νοσηλευτή. Τέταρτον, η Κοινωνική Νοσηλευτική, ένας άλλος κλάδος επίσης μη-αναπτυγμένος, πρέπει να αναλάβει την εκπαίδευση και παρακολούθηση των Ψυχιατρικών ασθενών μετά την εξοδό τους από το νοσηλευτικό ίδρυμα.

Οι Κοινοτικοί Νοσηλευτές αναλαμβάνουν το μεγαλύτερο μερίδιο της φροντίδας γιατί οι ψυχιατρικοί ασθενείς δεν ‘‘ιδρυματοποιούνται’’ στα νοσοκομεία παρά λαμβάνουν την απαραίτητη φροντίδα να ξεπεράσουν

την οξεία φάση του προβλήματος και μετά επιστρέφουν στο προηγούμενο περιβάλλον τους και εάν δεν είναι το κατάλληλο για τον ασθενή, οι διάφοροι κρατικοί μηχανισμοί εμπλέκονται έτσι ώστε να βρεθεί ένα περιβάλλον. Οι Κοινωνικοί Νοσηλευτές πρέπει να διαθέτουν άριστες γνώσεις ψυχιατρικής για να μπορούν να συλλάβουν τα λεκτικά και μη-λεκτικά μηνύματα του ασθενή και να έχουν μια αξιόπιστη εικόνα για το εάν ο ασθενής υποτροπιάζει ή βελτιώνεται.

Με άλλα λόγια, οι καταθλιπτικοί ασθενείς και γενικότερα οι ψυχιατρικοί ασθενείς μας χρειάζονται περισσότερο από ότι νομίζουμε και όχι απλά ως "καλοί φίλοι" γεμάτοι κατανόηση, συμπόνια και στοργή αλλά και ως "άριστοι επιστήμονες" με γνώσεις και οργανωμένα σχέδια νοσηλευτικής φροντίδας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. *Beeber I*, "Treating depression through the therapeutic Nurse-Client relationship", *Nursing Clinics of North America*, Vol 33, No 1, March 1999, W.B. Saunders Company, Philadelphia 1999, 153 - 170.
2. *Ingram R.E.* "Encyclopedia of Human Behaviour - Depression" Vol. 2, Published by Academic Press Inc., California 1994, 113-122.
3. *Beeber L.S*, "Enacting corrective interpersonal experiences with the depressed client : "An intervention model", *Archive of Psychiatric Nursing*, Vol. 3, W.B. Saunders Comp., Philadelphia 1989, 211-217.
4. *Χαρτοκόλλης Π.* "Εισαγωγή στην Ψυχιατρική", Δεύτερη Έκδοση, Εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα 1991, 29-32, 107, 118, 207-223.
5. *Alloy L.B., Acocella J., Bootzin R.R.*, "Abnormal Psychology Current Perspectives", 7th Edition, Published by Mc Graw Hill Inc, New York 1996, 4-15, 232-261.
6. *Γιαννοπούλου Α.* "Ψυχιατρική Νοσηλευτική", Έκδοσις "Η ΤΑΒΙΘΑ", Αθήνα 1996, 28-30.
7. *Ελληνική Ψυχιατρική Εταιρεία*, "Η κατάθλιψη - τι πρέπει να γνωρίζετε για αυτή", ενημερωτικό φυλλάδιο, χορηγεία της Smith Cline Beecham Pharmaceuticals, Αθήνα 1999.
8. *Abraham I.L., Neese J.B, Westerman PS*, "Depression-Nursing Implications of a Clinical and Social Problem", *Nursing Clinics of North America*, Vol. 26, No 3, Sept. 1991, W.B. Saunders Company, Philadelphia, 1991, 527-544
9. *Copeland J.R.M., Beekman A.T.F., Dewey M. E. et al*, "Depression in Europe", *British Journal of Psychiatry*, Vol. 174, Published by The Royal College of Psychiatrists, London, 1999, 312-321.
10. *Huprich S.K.* "Depressive Personality Disorder : Theoretical Issues, Clinical Findings and Future Research Questions" *Clinical*

- Psychology Review, Vol 18, No 5, Published Elsevier Science Ltd, USA 1998, 477-500.
11. *Daco P.* "Οι καταπληκτικές νίκες της σύγχρονης ψυχολογίας", Μετάφραση – Επιμέλεια Βασδέκη Β. Α., Εκδόσεις Δίπτυχο, Αθήνα 1969, 7-74, 384-389.
 12. *MacKinnon D.F., Jamison KR., Depaulo J.R.*, "Γενετική της Μανιοκαταθλιπτικής Νόσου", Αναζητήσεις: Νευρολογία – Ψυχιατρική, Τεύχος 5, Εκδόσεις Μαιάνδρος, Θεσσαλονίκη 1997, 53.
 13. *Oltmanns TF, Emery RE*, "Abnormal Psychology", Prentice-Hall Inc., New Jersey, 1995, 152-191.
 14. *Hauenstein EJ*, "Young Women and Depression" *Nursing Clinics of North America*, Vol.26, No 3, Sept. 1991, W.B. Saunders Comp., Philadelphia 1991, 601-609.
 15. *Borill J*, "Detecting and preventing postnatal depression", *Community Nurse*, Vol. 4, No 3, Emap Healthcare Ltd, London 1998, 19-20.
 16. *Papalia DE, Olds SW*, "Human Development", 6th edition, Mc Graw-Hill Inc, New York 1995, 170,332,541, 592-593.
 17. *Ferro T, Verdelli H*, "Screening for depression in Mothers Bringing their offspring for evaluation or treatment of Depression", *Am J Psychiatry*, Vol. 157, No 3, American Psychiatric Association, Washington DC 2000, 357-359.
 18. *Panagiotides H, Dawson G, Frey K et al*, "Τα βρέφη καταθλιπτικών μητέρων παρουσιάζουν άτυπο μετωπιαία εγκεφαλική δραστηριότητα : Επαναπαραγωγή και επέκταση παλαιότερων ευρημάτων", Αναζητήσεις: Νευρολογία – Ψυχιατρική, Τεύχος 4, Εκδόσεις Μαιάνδρος, Θεσσαλονίκη 1997, 42.
 19. *Mundt C., Kronmuller K, Backenstrass M et al*, "The Influence of Psychopathology, Personality and Marital Interaction on the Short – Term course of Major Depression", *Psychopathology*, Vol. 31, Karger AG, Basel Switzerland, 1998, 29-36.

20. *Trudel G., Landry L., Larose Y.*, ''Χαμηλή σεξουαλική επιθυμία : ο ρόλος του άγχους, της καταθλίψεως και της προσαρμογής στο γάμο'', Αναζητήσεις: Νευρολογία - Ψυχιατρική, Τεύχος 1, Εκδόσεις Μαΐανδρος, Θεσσαλονίκη, 1999, 42.
21. *Park HS., Murgatroyd W., Raynock DC. et al*, ''Η σχέση μεταξύ ''ενδογενούς'' και ''εξωγενούς'' θρησκευτικού προσανατολισμού και καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε Αμερικάνους Κορεατικής Καταγωγής'', Αναζητήσεις : Νευρολογία - Ψυχιατρική, Τεύχος 1, Εκδόσεις Μαΐανδρος, Θεσσαλονίκη, 1999, 57.
22. *Marsella AJ, Sartorius N, Jablensky A*, ''Culture and Depression'', Publ. By University of California Press, California 1985, 305.
23. *Gillin JC*, ''Είναι οι διαταραχές ύπνου παράγοντες κινδύνου για αγχώδεις καταθλιπτικές και εθιστικές διαταραχές'', Αναζητήσεις : Νευρολογία - Ψυχιατρική, Τεύχος 2, Εκδόσεις Μαΐανδρος, Θεσσαλονίκη 1999, 55.
24. *Van Praag HM*, ''Άγχος και αυξημένη επιθετικότητα ως βηματοδότες της καταθλίψεως'', Αναζητήσεις: Νευρολογία - Ψυχιατρική, Τεύχος 2, Εκδόσεις Μαΐανδρος, Θεσσαλονίκη 1999, 57.
25. *Uehara T., Sakado K, Sakado M, et al*, ''Relationship between Stress coping and Personality in Patients with Major Depressive Disorder ''Psychother Psychosom, Vol. 68, Karger AG, Basel Switzerland, 1999, 26-30.
26. *Salmon G, James A, Smith DM*, ''Bullying in schools : self reported anxiety depression and self esteem in secondary school children'', British Medical Journal, Vol. 317 BMJ Publishing Group, London 1998, 924-5.
27. *Singer MI, Slovak K, YorK P et al*, ''Προτιμήσεις παρακολούθησεως τηλεοπτικών προγραμμάτων, συμπτώματα ψυχολογικού τραύματος και βίαιη συμπεριφορά μεταξύ παιδιών τα οποία παρακολουθούν τηλεόραση, Αναζητήσεις : ''Νευρολογία - Ψυχιατρική, Τεύχος 3, Εκδόσεις Μαΐανδρος, Θεσσαλονίκη 1999, 49-50.

28. *Copeland JRM, Chen R, Dewey ME et al*, ''Community-based case-control study of depression in older people'', BJ Psychiatry, Vol. 175, Publ. By the Royal College of Psychiatrist London 1999, 340-347.
29. *Hoffman I, Paris S, Hall E*, ''Developmental Psychology Today'', 6th Edition, Mc Graw-Hill Inc, New York 1994, 496-497.
30. *Marcopulos B, Steiner D*, ''Depression in the Elderly'', Nursing Clinics of North America, Vol. 26, No 3, W.B. Saunders Company, Philadelphia 1991, 585-595.
31. *Kaplan H. I, Sadock B. J.*, ''Pocket Handbook of Primary Care Psychiatry'', Williams & Wilkins, Maryland USA 1996, 219-225.
32. *First M.B., Pincus H.A.* ''Classification in psychiatry : ICD-10 v. DSM-IV – A response'' British Journal of Psychiatry, Vol. 175, Published by The Royal College of Psychiatrists, London 1999, 205-209.
33. *Loas G., Dhee-Perot P., Chaperot C. et al*, ''Anhedonia, Alexithymia and Locus of Control in Unipolar Major Depressive Disorders'', Psychopathology, Vol, 31, Published by Karger, Basel Switzerland, 1998, 206-212.
34. *Kauhanen J, Kaplan GA, Cohen RD et al* ''Alexithymia and risk of death in middle-aged men'', Psychotherapy and Psychosomatics, Vol 41, Published by Karger, Basel Switzerland, 1996, 541-549.
35. *Infrasea R*, ''Alexithymia, neurovegetative arousal and neuroticism'', Psychother Psychosom, Vol. 66 Published by Karger, Basel Switzerland 1997, 276-280.
36. *Honkalampi K., Saarinen P., Hintikka J* ''Factors Associated with Alexithymia in Patients Suffering from Depression'', Psychother Psychosom, Vol 68, Published by Karger, Basel Switzerland 1999, 270-275.

37. *Wise TN, Mann LS, Randell P.* "The stability of alexithymia in depressed patients," *Psychopathology*, Vol. 28, Published by Karger, Basel Switzerland, 1995, 173-176.
38. *Innes MM,* "The Metamorphosis of Ovid", Published by Penguin, London 1955, 5-20.
39. *Summer M.* "The Werewolf", Published by University Book, New York 1966, 10.
40. *Rao K., Gangadhar B.N., Janakiramiah N.,* "Lycanthropy in Depression : Two Case reports", *Psychopathology*, Vol. 32, Published by Karger, Basel Switzerland, 1999, 169-172.
41. *Moselhy H.* "Lycanthropy : New Evidence of Its Origin", *Psychopathology*, Vol. 32., Published by Karger, Basel Switzerland, 1999, 173-176.
42. *Jenkins J., Schumacher J,* "Family burden of schizophrenia and depressive illness " *BJ Psychiatry*, Vol. 174, Publ. By The Royal College of Psychiatrists, London 1999, 31-38.
43. *Alexander B, Brewin C, Vearnals S et al,* "An investigation of shame and guilt in a depressed sample", *British Journal of Medical Psychology*, Vol. 72, Part 3, The British Psychological Society, London 1999, 323-335.
44. *Rutter M.* "Psychosocial Disturbances in Young People", Press Syndicate of the University of Cambridge, Cambridge, 1995, 212-237.
45. *Gex CR, Narring F, Ferron C et al,* "Απόπειρες αυτοκτονίας μεταξύ εφήβων στην Ελβετία : Επικράτηση, Σχετιζόμενοι παράγοντες και Συννοσηρότητα". Αναζητήσεις : Νευρολογία – Ψυχιατρική, Τεύχος 4, Εκδόσεις Μαϊανδρος, Θεσσαλονίκη 1999, 47-48.
46. *Hintikka J, Viinamaki H, Tanskanen A et al,* "Αυτοκτονικός Ιδεασμός και Παρα-αυτοκτονία στο Φινλανδικό γενικό πληθυσμό", Αναζητήσεις : Νευρολογία – Ψυχιατρική, Τεύχος 4, Εκδόσεις Μαϊανδρος, Θεσσαλονίκη 1999, 48.

47. *Bergman U, Isacsson G*, 'Αυτοκτονία και αντικαταθλιπτικά: Υπάρχει σύνδεση ;' Αναζητήσεις : Νευρολογία - Ψυχιατρική, Τεύχος 6, Εκδόσεις Μαϊάνδρος, Θεσσαλονίκη 1997, 55.
48. *Gjerris A*, 'Οι καταθλιπτικές διαταραχές αντιμετωπίζονται κατά τον καλύτερο τρόπο στη Γενική Ιατρική; 'Αναζητήσεις : Νευρολογία - Ψυχιατρική, Τεύχος 6, Εκδόσεις Μαϊάνδρος, Θεσσαλονίκη, 1997, 54-55.
49. *Rosholm J*, 'Αντικαταθλιπτικά εις την Γενική Ιατρική. Πάρα πολλά ή πολύ λίγα;', Αναζητήσεις : Νευρολογία - Ψυχιατρική, Τεύχος 6, Εκδόσεις Μαϊάνδρος, Θεσσαλονίκη 1997, 53-54.
50. *Neese Bryant J*, 'Depression in the General Hospital', *Nursing Clinics of North America*, Vol. 26, No 3, September 1991, W.B. Saunders Company, Philadelphia 1991, 613-621.
51. *Derogatis LR, Wise TN*, 'Anxiety and Depression in the Medical Patient', *American Psychiatric Press*, Washington DC 1989, 20-57.
52. *Harvey RA, Champe PC*, 'Φαρμακολογία', Συντονισμός - Επιμέλεια Μετάφρασης Παπαδόπουλος Ι, Παπαδόπουλος Γ. Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνος, Αθήνα 1995, 119-126.
53. *Mamdani M, Parikh S, Austin P et al*, 'Use of Antidepressants among Elderly Subjects: Trends and Contributing Factors', *Am J Psychiatry*, Vol. 157, No 3, Am Psychiatric Association, Washington DC 2000, 360-366.
54. *Livingston MG, Livingston HM*, 'New antidepressants for old people?', *British Medical Journal*, Vol. 318, BMJ Publishing Group, London 1999, 1640-1641.
55. *Kerr JS, Fairweather DB, Hindmarch I*, 'Η επίδραση της παροξετίνης και της ντοθειπίνης στην υποκειμενική εκτίμηση του ύπνου σε καταθλιπτικούς ασθενείς', Αναζητήσεις : Νευρολογία - Ψυχιατρική, Τεύχος 6, Εκδόσεις Μαϊάνδρος, Θεσσαλονίκη 1997, 47.

56. *Hyman S.E.*, 'Manual of Psychiatric Emergencies', Second Edition, Little Brown and Company, Toronto 1988, 107-225.
57. *Ramana R, Paykel E, Surtees P*, 'Medication received by patients with depression following the acute episode : adequacy and relation to outcome', *BJ Psychiatry*, Vol. 174, Publ. By the Royal College of Psychiatrists, London 1999, 128-134.
58. *Benkert O, Grunder G, Wetzel H*, 'Υπάρχει πλεονέκτημα στη χρήση βενλαφαξίνης σε σύγκριση με τα άλλα αντικαταθλιπτικά; 'Αναζητήσεις : Νευρολογία - Ψυχιατρική, Τεύχος 6, Εκδόσεις Μαΐανδρος, Θεσσαλονίκη 1997, 57.
59. *Maes M, Delange J, Ranjan R*, 'Πρωτεΐνες οξείας φάσεως στη σχιζοφρένεια, μανία και μείζων κατάθλιψη. Τροποποίηση από τα ψυχοτρόπα φάρμακα', *Αναζητήσεις : Νευρολογία - Ψυχιατρική, Τεύχος 6, Εκδόσεις Μαΐανδρος, Θεσσαλονίκη 1997, 52.*
60. *Ogura A, Morinobu S, Kawakatsu S, et al*, 'Μεταβολές στη περιοχική εγκεφαλική δραστηριότητα στη μείζονα κατάθλιψη, μετά επιτυχή θεραπεία με αντικαταθλιπτικά φάρμακα', *Αναζητήσεις : Νευρολογία - Ψυχιατρική, Τεύχος 4, Εκδόσεις Μαΐανδρος, Θεσσαλονίκη 1999, 51.*
61. *Benazzi F*, 'Weight Gain in Depression Remitted with Antidepressants : Pharmacological or Recovery Effect?' *Psychother Psychosom*, VOL. 67, Karger AG, Basel Switzerland 1998, 271-274.
62. *Barnes F, Hussein A, Anderson DN*, 'Ηλεκτροσπασμοθεραπεία συντηρήσεως και γνωσιακή λειτουργία', *Αναζητήσεις : Νευρολογία - Ψυχιατρική, Τεύχος 4, Εκδόσεις Μαΐανδρος, Θεσσαλονίκη 1999, 45.*
63. *Beuchemin KM, Hays P*, 'Η Φωτοθεραπεία είναι μια χρήσιμη επιπρόσθετος μέθοδος στη θεραπεία των νοσηλευομένων καταθλιπτικών ασθενών. 'Αναζητήσεις : Νευρολογία - Ψυχιατρική, Τεύχος 6, Εκδόσεις Μαΐανδρος, Θεσσαλονίκη 1997, 39.

64. *Jorgensen B, Dam H, Bolwig TG*, ''Η αποτελεσματικότητα της Ψυχοθεραπείας σε μη-διπολική κατάθλιψη : Μια ανασκόπηση'', Αναζητήσεις : Νευρολογία - Ψυχιατρική, Τεύχος 6, Εκδόσεις Μαιάνδρος, Θεσσαλονίκη 1997, 46.
65. *Zlotnick C, Elkin I, Shea M*, ''Does the Gender of the patient or the Gender of the Therapist Affect the Treatment of Patients With Major Depression ?'' *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, VOL. 66, No 4, Am Psychological Association, Washington DC 1998, 655-659.
66. *Fava GA, Rafanelli G, Grandi S*, ''Πρόληψη υποτροπιάζουσας καταθλιψεως με Γνωστική Συμπεριφορική Θεραπεία: Προκαταρκτικά Ευρήματα'', Αναζητήσεις : Νευρολογία - Ψυχιατρική, Τεύχος 4, Εκδόσεις Μαιάνδρος, Θεσσαλονίκη 1999, 58.
67. *Clancy C*, ''Labelled for life'', *Nursing Times*, Vol. 95, No 47, Emap Healthcare Ltd, London 1999, 8.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Ποτάμια φωτιάς : Διπολική Διαταραχή & Δημιουργικότητα :

''Mad Genius''

Η καθηγήτρια Kay Jamison του τμήματος Ψυχιατρικής του Ιδρύματος John Hopkins of Medicine, στο βιβλίο της ''Άγγιγμα Φωτιάς: Μανιοκαταθλιπτική Νόσος και Καλλιτεχνικό Ταμπεραμέντο'' (Touched with Fire : Manic - Depressive Illness and the Artistic Temperament - 1992) υποστηρίζει ότι ο λόγος που ορισμένοι καλλιτέχνες είναι τόσο πετυχημένοι οφείλεται σε κάποια συναισθηματική διαταραχή. Τα στοιχεία της βασίζονται σε Βρετανούς και Ιρλανδούς ποιητές μεταξύ 1705 και 1805. Συμπερασματικά δηλώνει ότι αυτοί οι καλλιτέχνες είχαν κατά τριάντα φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να πάσχουν από μανιοκαταθλιπτική νόσο, είκοσι φορές μεγαλύτερη πιθανότητα ιδρυματοποίησης και πενταπλάσια πιθανότητα αυτοκτονίας από τα άτομα του γενικού πληθυσμού. Η Jamison χρησιμοποίησε στο δείγμα της και άλλων ειδών καλλιτέχνες όπως : Boudelaire, Blake, Byron, Coleridge, Dickinson, Shelley, Tonnyson, Whitman, Balzac, Conrad, Dickens, Zola, Handel, Tcaikovsky, Michaelangelo, van Gogh, Gauguin - όλοι αυτοί, κατά την Jamison, έπασχαν από σοβαρές συναισθηματικές διαταραχές. Στο δείγμα όμως συμπεριλαμβάνονται και κορυφαιοί Αμερικανοί ποιητές του εικοστού αιώνα όπως Hart Crane, Theodore Roethke, Delmore Scthwartz, John Berryman, Randall Jarrell, Robert Lowell, Anne Sexton και η Sylvia Plath εκ των οποίων, 5 βραβεύτηκαν με το βραβείο Pulitzer και 5 αυτοκτόνησαν, όλοι δέχθηκαν θεραπεία για κατάθλιψη και όλοι, εκτός από έναν καλλιτέχνη, και για μανία. Συνεχίζει αναφέροντας και τα οικογενειακά δένδρα των καλλιτεχνών όπως του Λόρδου Βύρωνα του οποίου ο θείος εκ πάππου ονομαζόταν ''Mad Lord Byron'' και ο ίδιος ο πατέρας του ''Mad Jack Byron (mad = τρελός), η μητέρα του παρουσίαζε κυκλοθυμικά επεισόδια και ο πατέρας της μητέρας του ο οποίος έπασχε από κατάθλιψη, αυτοκτόνησε.

Ορισμένοι επιστήμονες αμφιβάλλουν για το επιστημονικό επίπεδο αυτών των δηλώσεων επειδή η "διάγνωση των νεκρών" είναι κωμικό φαινόμενο, βασίζεται σε στοιχεία των βιογραφιών των καλλιτεχνών τα οποία, όχι σπάνια, παραποιούνται για να φαίνεται πιο συναρπαστική η ζωή αυτού του ατόμου και επειδή στον δέκατο-ένατο αιώνα δεν υπήρχαν τα κριτήρια του DSM.

Συμπερασματικά, οι ερευνητές καταλήγουν στο ότι οι πιο δημιουργικοί άνθρωποι δεν ήταν αυτοί που έπασχαν από διπολική διαταραχή αλλά από ήπιες διαταραχές όπως κυκλοθυμία ή υποκλινικής μορφής συναισθηματική διαταραχή⁵.

PROZAC: Οι αναπάντητες ερωτήσεις

Όσο πολύτιμα και να φαίνονται τα αντικαταθλιπτικά, δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι είναι φάρμακα και η πλήρης δράση τους στον οργανισμό δεν μας είναι γνωστή. Οι ευεργετικές δράσεις μπορούν να συνοδεύονται από άπειρες, πιο σοβαρές παρενέργειες όπως στη περίπτωση του Prozac (φλουοξετίνη).

Στα δύο πρώτα χρόνια κυκλοφορίας του στις ΗΠΑ ο αριθμός συνταγογραφήσεων ανερχόταν στις 650.000 συνταγές ανά μήνα. Η δράση του συζητήθηκε σε πολλές τηλεοπτικές εκπομπές και γράφτηκαν πολλά άρθρα, παρουσιάζοντας το ως το κάπι - θαύμα. Μέχρι που μια ομάδα ερευνητών της Ιατρικής Σχολής Harvard ανέφερε 6 περιστατικά αυτοκτονικής συμπεριφοράς υπό την επήρεια του Prozac και πολλά άλλα περιστατικά βίαιης συμπεριφοράς. Ένα ψυχιατρικός ασθενής χωρίς βίαιη συμπεριφορά στο παρελθόν, ο Joseph Wesbecker, πήγε στον πρώην εργασιακό του χώρο, πυροβόλησε 20 άτομα από τα οποία τα 8 πέθαναν και μετά αυτοκτόνησε. Στο αίμα του βρέθηκαν θεραπευτικές δόσεις Prozac, εκτός των άλλων φαρμακευτικών ουσιών. Τέτοια περιστατικά έδωσαν τροφή στους δημοσιογράφους και επιστήμονες οι οποίοι άρχισαν να μιλούν για "επιζήσαντες" του Prozac.

Σήμερα το σκεύασμα Prozac διατηρεί ένα σταθερό αριθμό "οπαδών". Παρόλα αυτά οι ερωτήσεις ως προς τη δράση του παραμένουν άλυτες. Οι ερευνητές γνωρίζουν πολύ λίγα για το πώς δρα πέραν από το ότι εμποδίζει την επαναπρόσληψη αλλά γιατί αυτό να προκαλεί μείωση της κατάθλιψης, ανακούφιση του άγχους και βελτίωση της αυτοπεποίθησης - είναι τρεις θετικές δράσεις που προέρχονται από την καταπολέμηση μιας βιοχημικής ανωμαλίας ή τρεις διαφορετικές δράσεις (Barondes 1994) ;

Ο επιστήμονας Peter Kramer στο βιβλίο του "Listening to Prozac" (1993) αναφέρει ένα περιστατικό όπου μια ασθενής διέκοψε τη χρήση του Prozac μετά από 9 μήνες χορήγηση και για κάποιο διάστημα ήταν υγιής. Μετά από μερικούς μήνες η ασθενής επικοινωνήσε με το γιατρό της ζητώντας νέα συνταγή για Prozac όχι γιατί ένιωθε κατάθλιψη αλλά γιατί δεν ήταν το ίδιο εύθυμη και χαρισματική – χαρακτηριστικά που δημιουργεί το Prozac – όπως ήταν με το φάρμακο. Εάν, λοιπόν, πολλοί ασθενείς ζητούν το φάρμακο για να "φτιάχνουν" διάθεση σε τι διαφέρει αυτό από τα ναρκωτικά που πουλιούνται στα στενά;

Τέλος, πολλοί επιστήμονες σχολιάζουν ότι :

"Ίσως αυτό το φάρμακο να έχει σιδερώσει πολύ καλά τις ρυτίδες του χαρακτήρα, όπως μια υπερβολική πλαστική χειρουργική επέμβαση. Είναι αξιοπερίεργο τι μπορεί να κάνει το χάπι μέσα σε λίγες ημέρες εκεί που οι ψυχίατροι αγωνίζονται χρόνια με άλλες περιπτώσεις και πάλι δεν καταφέρνουν ούτε τα μισά...⁵"

Στιγματισμένη για μια ζωή....

''Με έχουν ονομάσει ''μανιοκαταθλιπτική'' αλλά ίσως πάσχω από οριακή διαταραχή της προσωπικότητας, ίσως έχω και τα δύο ή κανένα από αυτά...

Έχω την ταμπέλα του ψυχιατρικού ασθενή, έναν αριθμό στο νοσοκομείο και ιστορικό μεγέθους 6½ ετών.

Έχω μια σύμβουλο και όλο το ''πακέτο'' φροντίδας.

Είναι 32 χρονών, έξυπνη και αγανακτισμένη από ένα σύστημα που παραβλέπει EMENA και κοιτά την ''ταυτότητά'' μου.

Όταν με διέγνωσαν ως μανιοκαταθλιπτική βγήκα από το δωμάτιο μπερδεμένη, σασιτισμένη. Χρειάστηκε πάνω από 2 ώρες συνομιλία με μια συμπαθητική και γνώστη νοσηλεύτρια να καταλάβω αμυδρά τον όρο. Όταν κατάλαβα ότι οφείλεται σε χημική διαταραχή του εγκεφάλου ανακουφίστηκα που δεν ευθυνόμουν αποκλειστικά για τα επεισόδια κατάθλιψης και τις τρέλες μου. Πείστηκα να πάρω ένα φάρμακο που θα σταθεροποιούσε τη διαθεσή μου, και αυτό το έκανα εθελοντικά πιστεύοντας την ακρίβεια της διάγνωσης.

Πήρα εξιτήριο από το νοσοκομείο μετά από 6 μήνες και λάμβανα παρακολούθηση ως εξωτερικός, κοινοτικός ασθενής. Τότε κατάλαβα την πλήρη έκταση της διαγνωστικής μου ταυτότητας.

Η μανιοκαταθλιπτική διαταραχή δεν ελέγχεται εύκολα. Κάθε φορά που χτυπά σε φέρνει πίσω στο μηδέν. Φθείρει την ικανότητα ελέγχου. Κάποτε ήμουν ένα επιτυχημένο μέλος της κοινωνίας, τώρα μπαινοβγαίνω στα οικοτροφεία και θεραπευτικά ιδρύματα. Νιώθω άχρηστη και κουρασμένη. Η ταυτότητά μου μοιάζει μια ισόβια καταδίκη που το μόνο που υπόσχεται είναι ταξιδάκια και εισαγωγές σε νοσοκομεία.

Μετά από κάποιο διάστημα πείστηκα πως έτσι θα ήμουν όλη μου τη ζωή. Αναρωτήθηκα το νόημα της ζωής. Δεν άντεχα άλλο την ιδέα καινούριων επεισοδίων. Όταν εξέφρασα τις σκέψεις μου στην κοινοτική ψυχολόγο μου είπε πως οι απόψεις στην θεραπευτική ομάδα είχαν διχαστεί. Ίσως δεν είχα μανιοκαταθλιπτική νόσο αλλά οριακή διαταραχή της προσωπικότητας. Δεν ήμουν ευχαριστημένη με την αρχική διάγνωση αλλά η νέα διάγνωση μου φάνηκε ως μια κακή προσπάθεια να με εμψυχώσουν.

Αυτό που χρειάζομαι είναι κάποιον να μου δώσει ελπίδα και κουράγιο χωρίς να προγραμματίζει τη φροντίδα μου μέσα από την ταυτότητά μου. Ζητάω πολλά; Ήμουν και είμαι ένας άνθρωπος πριν γίνω ένας ασθενής, ένας αριθμός, μια διάγνωση....

Είμαι η Caroline Clancy και το όνομά μου θέλω να σημειώνεται πριν και μετά την οποιαδήποτε διάγνωση.

Χρειάζομαι ένα λόγο για να συνεχίσω να μάχομαι, χρειάζομαι ελπίδα για το μέλλον μου και αυτά δεν μου τα δίνει η ταυτότητα⁶⁷.

Πώς να κερδιστείς την Κατάθλιψη : Γενικές Οδηγίες

- ↳ Προσπάθησε να καταλάβεις αν η κατάθλιψή σου είναι αντίδραση σε ένα δυσάρεστο γεγονός ή πρόβλημα.
- ↳ Προσπάθησε να βρεις κάποιον στο στενό σου περιβάλλον που να μπορείς να του μιλήσεις για τα προβλήματα και θέματα που σε απασχολούν.
- ↳ Συμβουλέψου έναν ειδικό ιατρό.
- ↳ Προσπάθησε να αποδεχθείς ότι πάσχεις από κατάθλιψη. Να είσαι υπομονετικός.
- ↳ Να πηγαίνεις για ύπνο την κανονική ώρα, αλλά ταυτόχρονα να σηκώνεσαι την κανονική ώρα και να μην παραμένεις στο κρεβάτι για να αναπληρώσεις τον ύπνο που χάθηκε λόγω της αϋπνίας.
- ↳ Ασχολήσου με πράγματα που έχουν καθησυχαστικό αποτέλεσμα για σένα.
- ↳ Μην απομονώνεις τον εαυτό σου αλλά μην πας διακοπές αν δεν μπορείς πραγματικά να τις απολαύσεις.
- ↳ Η σωματική άσκηση έχει ευεργετικά αποτελέσματα.
- ↳ Περίμενε πριν πάρεις κρίσιμες αποφάσεις⁷.

