

Α.Τ.Ε.Ι ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ: ΚΑΣΙΔΙΑΡΗ ΕΥΓΕΝΙΑ
ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ: κ. ΔΕΤΟΡΑΚΗΣ

ΠΑΤΡΑ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

♦ Πρόλογος	4
♦ Εισαγωγή	5
♦ ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ	7
Ø Κεφάλαιο 1°	8
<i>Κατάθλιψη</i>	
1.1. Τι σημαίνει ο ορος κατάθλιψη.....	8
1.2. Τομείς της ζωής που επηρεάζει η κατάθλιψη.....	9
Ø Κεφάλαιο 2°	14
<i>Επιδημιολογία</i>	
2.1 Επιδημιολογικά χαρακτηριστικά κατάθλιψης.....	14
2.2 Επιδημιολογικά χαρακτηριστικά στον ελληνικό χώρο.....	17
2.3 Γιατί η κατάθλιψη εμφανίζεται συχνότερα στις γυναίκες.....	26
Ø Κεφάλαιο 3°	28
<i>Ταξινόμηση και Διάγνωση</i>	
3.1 Ταξινόμηση της κατάθλιψης σύμφωνα με το ICD – 10.....	28
3.2 Ταξινόμηση των καταθλιπτικών διαταραχών κατά DSM – IV και διαγνωστικά κριτήρια.....	33
3.3 Διάγνωση εφηβικής κατάθλιψης.....	64
3.4 Διάγνωση της κατάθλιψης των ηλικιωμένων.....	66
Ø Κεφάλαιο 4°	67
<i>Τι προκαλεί την κατάθλιψη ;</i>	
4.1 Τα αίτια της κατάθλιψης.....	67
4.2 Αίτια κατάθλιψης στους έφηβους.....	73
4.3 Τα αίτια της κατάθλιψης στην τρίτη ηλικία.....	74

Ø Κεφάλαιο 5°	76
<i>Αυτοκτονία</i>	
5.1 Γενικά.....	76
5.2 Ποιο μήνυμα κρύβεται πίσω από μια απειλή αυτοκτονίας ; ...	80
Ø Κεφάλαιο 6°	89
<i>Θεραπεία</i>	
6.1 Θεραπεία της κατάθλιψης.....	89
6.2 Η φαρμακοθεραπεία.....	94
6.3 Πως τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα επιδρούν στον εγκέφαλο...	98
6.4 Ψυχοθεραπείες.....	
101	
6.5 Ηλεκτροσπασμοθεραπεία.....	109
♦ ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ	112
Ø Κεφάλαιο 1°	113
<i>Νοσηλεία καταθλιπτικού ασθενούς.</i>	
1.1 Εισαγωγή.....	113
1.2 Νοσηλευτικοί Σκοποί / Κριτήρια και παρεμβάσεις	114
Ø Κεφάλαιο 2°	122
<i>Νοσηλευτικές ευθύνες κατά τη χορήγηση αντικαταθλιπτικών φαρμάκω.</i>	
2.1 Εισαγωγή.....	122
2.2 Άλλες παρενέργειες των φαρμάκων και νοσηλευτικές ευθύνες...	123
2.3 Αντενδείξεις χορήγησης αντικαταθλιπτικών φαρμάκων.....	124
2.4 Νοσηλευτική φροντίδα αρρώστου που υποβάλλεται σε ηλεκτροσπασμοθεραπεία.....	124
2.5 Άλλες νοσηλευτικές ευθύνες	125
2.6 Νοσηλευτικό προσωπικό ψυχιατρικών τμημάτων	127
2.7 Προοπτικές για το μέλλον	128
♦ Επίλογος	123
♦ Βιβλιογραφία	131

Πρόλογος

Για τους αρχαίους Έλληνες η κατάθλιψη αποτελούσε κατάρα των θεών. Οι νεοέλληνες τη θεωρούν σύμπτωμα του ξέφρενου, ακαλίνωτου και απαιτητικού ρυθμού της διαβίωσής μας στα σύγχρονα, απρόσωπα, πολύβουα και ασφυκτικά αστικοβιομηχανικά κέντρα της πατρίδας μας.

...Θεωρεί τον εαυτό του σαν άτομο που μίσησαν οι θεοί και τον κατατρέχουν με τον παντοδύναμο θυμό τους... Ανίκανο να κάνει κάτι για τη βελτίωση της κατάστασής του, το άτομο που πάσχει από κατάθλιψη αρνείται τη βοήθεια των φίλων του, των ψυχολόγων, των ιατρών : αφήστε με, τον ασεβή, τον καταραμένο, το μισητό των θεών, να υποστώ μόνος μου το μαρτύριό μου· κάθε πράξη, κάθε προσπάθεια, κάθε ενέργεια μου, να ξεφύγω από την κατάθλιψή μου μπορεί να θεωρηθεί άσεβης αντίσταση στη θέληση των πανίσχυρων θεών...

Όσο ζωντανή και επίκαιρη κι αν φαίνεται αυτή η υποκειμενική περιγραφή κάποιου που πάσχει από κατάθλιψη, όσο κι αν προσιδιάζει στη σύγχρονη πραγματικότητα, ανήκει εντούτοις στον Πλούταρχο και πρωτοδημοσιεύθηκε τον 2^ο π.χ. αιώνα.

Η κατάθλιψη ή αλλιώς η καταθλιπτική μελαγχολία αποτελεί ψυχοπαθολογική κατάσταση που από την αρχαιότητα μέχρι σήμερα έχει βασανίσει μυριάδες ατόμων – και, φυσικά, τους οικείους τους – και έχει συζητηθεί, αναλυθεί, σχολιαστεί ευρύτατα. Και όμως, η κατάθλιψη παραμένει ένα από τα επιστημονικά παράδοξα για το ευρύ κοινό και τους ειδικούς επιστήμονες – νευρολόγους, ψυχιάτρους, ψυχολόγους – ακριβώς επειδή τα καταθλιπτικά φαινόμενα αναιρούν θεμελιώδη δεδομένα της ανθρώπινης αναλογίας, όπως την ανάγκη της επιβίωσης και την αγάπη για τη ζωή¹.

Εισαγωγή

Αν υποφέρετε από κατάθλιψη, δυστυχώς μη νιώθετε μόνοι. Έχει εκτιμηθεί ότι ο αριθμός των ατόμων που υποφέρουν από κατάθλιψη παγκοσμίως μπορεί να υπερβαίνει και τα **100** εκατομμύρια.

Αξίζει επίσης να σημειωθεί ότι, παρόλο που δεν μπορούμε να ρωτήσουμε τα ζώα πως νιώθουν, κατά πάσα πιθανότητα και αυτά αισθάνονται κατάθλιψη. Το σίγουρο είναι ότι τα ζώα συμπεριφέρονται κάποιες φορές σαν να έχουν κατάθλιψη. Άρα, σε μεγαλύτερο ή σε μικρότερο βαθμό όλοι δυνητικά μπορούμε να εκδηλώσουμε κατάθλιψη, όπως ακριβώς όλοι μπορεί να νιώσουμε άγχος, λύπη ή αγάπη.

Η κατάθλιψη δεν υπολογίζει ούτε την κοινωνική θέση ούτε τον πλούτο. Σύμφωνα με ιστορικές μαρτυρίες, πολλές διάσημες προσωπικότητες υπέφεραν από αυτήν. Ο βασιλιάς Σολομώντας, ο Αβραάμ Λίνκολν, ο Ουϊνστον Τσόρτσιλ και ο Φιλανδός συνθέτης Γιαν Σιμπέλιους είναι γνωστά ιστορικά παραδείγματα. Αυτό που πρέπει να θυμάστε είναι ότι η κατάθλιψη δεν συνδέεται με την αδυναμία².



Σχήμα 1. Απεικονίζει ένα φυσιολογικό μυαλό. Οι ατομικές λειτουργίες έχουν συνοχή. Η καθεμιά επηρεάζει τις άλλες. Γι' αυτό μια καταθλιπτική διάθεση μπορεί να οδηγήσει στη μείωση θέλησης, σε απαισιόδοξες σκέψεις, σε περιορισμούς δραστηριότητας και σε ατονία λόγου.

Φλέγομαι - Τούρμπγιερν Σέβε
Μυθιστορηματική βιογραφία του Βλαδίμηρου Μαγιακόφσκι

Απόσπασμα από το βιβλίο

Κατάθλιψη

*Το λέω χωρίς αμφιβολία, παρόλο που η λέξη δεν ανήκει στις αγαπημένες μου.
Δεν την έχω χρησιμοποιήσει ποτέ σε κανένα ποίημα, μήτε σε ομιλία μήτε σε συζήτηση.
Αλλά δεν βρίσκω την ταιριαστή έκφραση για την εξαντλητική κόπωση που νιώθω τώρα.
Δεν είναι η κόπωση που νιώθεις μετά από μια μεγάλη περιοδεία ή μετά από
βαριά δουλειά - στην πραγματικότητα, δεν είναι καν κόπωση.
Είναι σάμπως να στέκεσαι στην άκρη ενός απόκρημνου βράχου.
Κι εκεί κάτω, αλαργινός, ξεσπάει μανιασμένα ο ωκεανός στη ρίζα του βράχου.
Και μου είναι αδιάφορο αν θα γκρεμιστώ ή όχι.
Μου είναι αδιάφορο αν ο ωκεανός είναι βαθύς ή ρηχός.
Με τυλίγει μια γκριζα βαρυθυμιά.....*

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1°

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

1.1 Τι σημαίνει ο όρος κατάθλιψη

«Κατάθλιψη» είναι ένας όρος «ομπρέλα», τον οποίο χρησιμοποιούμε για να καλύψουμε μια ποικιλία οδυνηρών συναισθηματικών καταστάσεων. Μπορεί να αναφέρεται σε μια παροδική κατάσταση δυσθυμίας ή σε μια πιο μόνιμη κατάσταση δυστυχίας. Τα σχετικά συναισθήματα που συμβαδίζουν με αυτή την κατάσταση μπορεί να παρουσιάζονται χωρίς να υπάρχει προφανής λόγος, ή να αναδύονται σε μια συγκεκριμένη κατάσταση. Ένα απλό παράδειγμα είναι το αγόρι που σκίζει με παράπονο την εικόνα που μόλις ζωγράφισε λέγοντας ότι είναι χάλια, ή το κοριτσάκι που κάθεται σε μια γωνιά και κλαίγοντας λέει ότι η μητέρα του έφυγε και δεν θα έρθει πίσω, παρόλο που του έχουν πει ότι η μητέρα του θα επιστρέψει σε ένα τέταρτο³.

Η λέξη προέρχεται από το ρήμα «καταθλίβω», που μπορεί να σημαίνει «καταπιέζω» ή «ζουλώ» (πιέζω κάτι πάνω σε κάτι άλλο), αλλά και στενοχωρώ, «συγκινώ». Ο όρος πρωτοχρησιμοποιήθηκε στα ελληνικά από τον Πλούταρχο για να δηλώσει ψυχική διάθεση («το πνεύμα του καταθλίψαντος»).

Στα αγγλικά ο αντίστοιχος όρος είναι «*depression*», από το λατινικό ρήμα «*deprimere*», που σημαίνει πιέζω κάτι προς τα κάτω, καταπιέζω [το «*depressive*»], δηλαδή καταθλιπτικός έχει διαφορετικές σημασίες ανάλογα με τα συμφραζόμενα : μελαγχολικός (για τον καιρό), πεσμένη (για την αγορά), βαθουλωμένο (για το έδαφος) και φυσικά κακή (ψυχολογική διάθεση).

Είναι γεγονός ότι η κατάθλιψη δεν επηρεάζει μόνο το συναίσθημά μας, αλλά και τη σκέψη μας, την ενεργητικότητά μας, τη συγκέντρωση της προσοχής μας, τον ύπνο μας, ακόμη και την ερωτική διάθεση. Επομένως η κατάθλιψη επηρεάζει πολλούς τομείς της ζωής μας.

1.2 Τομείς της ζωής μας που επηρεάζει η κατάθλιψη

Τα κίνητρα : Η κατάθλιψη επηρεάζει το βαθμό κινητοποίησής μας για διάφορα πράγματα, τα κίνητρά μας για δράση. Μπορεί να αισθανόμαστε απάθεια ή να νιώθουμε ότι δεν έχουμε τις δυνάμεις ή το ενδιαφέρον να εμπλακούμε σε οποιαδήποτε δραστηριότητα : μπορεί να έχουμε την αίσθηση ότι δεν αξίζει να κάνουμε τίποτε και ότι όλα είναι τόσο ανούσια και άσκοπα, που είναι μάταιο ακόμα και να προσπαθήσουμε. Αν έχουμε παιδιά, μπορεί να χάσουμε το ενδιαφέρον μας γι' αυτά και μετά να έχουμε ενοχές. Τα ίδια επαγγελματικά σχέδια που κάποτε μας γέμιζαν ενθουσιασμό μας φαίνονται βαρετά όταν έχουμε κατάθλιψη. Νιώθουμε ότι πραγματικά σερνόμαστε από εδώ και από εκεί. Οι μέρες μας είναι μαρτυρικές και πρέπει να πιέσουμε τον εαυτό μας για να ολοκληρώσουμε ακόμη και τις πιο απλές δραστηριότητες.

Τα συναισθήματα : Η γενική αντίληψη που επικρατεί είναι ότι η κατάθλιψη σχετίζεται μόνο με κακή διάθεση ή με το αίσθημα ότι δεν πάει άλλο· σίγουρα, αυτά τα στοιχεία υπάρχουν στην κατάθλιψη, αλλά δεν είναι τα μόνα της χαρακτηριστικά. Πράγματι, το κύριο σύμπτωμα της κατάθλιψης ονομάζεται ανηδονία, δηλαδή απώλεια της δυνατότητας βίωσης οποιασδήποτε ευχαρίστησης. Η ζωή μας είναι άδεια και είμαστε βυθισμένοι στη θλίψη. Αλλά – και αυτό είναι ένα σημαντικό αλλά – παρότι κάνουμε τη δυνατότητα βίωσης θετικών συναισθημάτων, τα αρνητικά συναισθήματα μας αυξάνονται, ιδίως ο θυμός. Μπορεί να βράζουμε από θυμό και αγανάκτηση και να μην μπορούμε να τα εκφράσουμε. Γινόμαστε τρομερά ευερέθιστοι, μιλούμε απότομα στα παιδιά μας και στα άλλα μέλη της οικογένειάς μας, και σε ορισμένες περιπτώσεις λογομαχούμε ή ερχόμαστε σε σύγκρουση μαζί τους. Έπειτα νιώθουμε ενοχές για τη συμπεριφορά μας αυτή και έτσι βυθιζόμαστε ακόμη περισσότερο στην κατάθλιψη. Άλλα πολύ συνηθισμένα συμπτώματα είναι το άγχος και ο φόβος. Όταν έχουμε κατάθλιψη, μπορεί να αισθανόμαστε τρομερά ευάλωτοι. Πράγματα που παλαιότερα κάναμε με ευκολία τώρα μας προκαλούν φόβο και

ορισμένες φορές δεν γνωρίζουμε το γιατί. Το άγχος και ο φόβος λοιπόν αποτελούν κύρια χαρακτηριστικά της κατάθλιψης. Άλλα αρνητικά συναισθήματα που μπορεί να ενταθούν όταν έχουμε κατάθλιψη είναι η λύπη, η ενοχή, η ντροπή, ο φθόνος και η ζήλια.

Οι σκέψεις : Η κατάθλιψη επηρεάζει τις σκέψεις μας με δυο τρόπους. Πρώτον, επηρεάζει τη συγκέντρωση και τη μνήμη. Διαπιστώνουμε ότι δεν μπορούμε να εστιάσουμε την προσοχή μας σε τίποτε. Μας είναι σχεδόν αδύνατο να διαβάσουμε ένα βιβλίο ή να παρακολουθήσουμε ένα τηλεοπτικό πρόγραμμα. Εκτός αυτού, δεν θυμόμαστε πολύ καλά ή έχουμε την τάση να ξεχνούμε διάφορα πράγματα. Και, εντούτοις, μας είναι ευκολότερο να θυμόμαστε αρνητικά πράγματα παρά θετικά.

Δεύτερον, η κατάθλιψη επηρεάζει τις σκέψεις για τον εαυτό μας, το μέλλον και τον κόσμο. Πολύ λίγοι άνθρωποι με κατάθλιψη νιώθουν καλά για τον εαυτό τους. Γενικά, τείνουν να βλέπουν τον εαυτό τους ως κατώτερο, ελλιπή, κακό ή άχρηστο. Αν ρωτήσετε έναν καταθλιπτικό για το μέλλον του, είναι πιθανό να σας απαντήσει : «Ποιο μέλλον ;». Το μέλλον μοιάζει σκοτεινό, ένα κενό ή ένας ατελείωτος κύκλος ματαιώσεων και απωλειών. Όπως όλες οι έντονες συναισθηματικές καταστάσεις, η κατάθλιψη μας ωθεί σε ακραίες μορφές σκέψης. Σκεφτόμαστε με διπολικό τρόπο : είτε είμαστε απόλυτα επιτυχημένοι είτε εντελώς αποτυχημένοι.

Οι νοητικές εικόνες : Όταν έχουμε κατάθλιψη, οι εικόνες που χρησιμοποιούμε για να περιγράψουμε την κατάσταση μας είναι λίγο – πολύ κοινές. Μπορεί να αναφέρουμε ότι μας σκεπάζει ένα μαύρο σύννεφο, ότι βρισκόμαστε σε μια βαθιά τρύπα, σε ένα βαθύ πηγάδι ή σε ένα σκοτεινό δωμάτιο. Ο Ουϊνστον Τσόρτσιλ αποκαλούσε την κατάθλιψή του «το μαύρο σκυλί μου». Οι νοητικές εικόνες που εμφανίζονται στην κατάθλιψη είναι πάντοτε σχετικές με το σκοτάδι, με την αίσθηση ότι είμαστε εγκλωβισμένοι κάπου και ότι δεν μπορούμε να διαφύγουμε. Αν σας ζητούσε κάποιος να ζωγραφίσετε την κατάθλιψή σας, θα χρησιμοποιούσατε μέλινα χρώματα. Το σκοτάδι και αίσθηση εγκλωβισμού είναι οι κύριες νοητικές εικόνες.

Η συμπεριφορά : Όταν νιώθουμε κατάθλιψη, η συμπεριφορά μας αλλάζει. Απασχολούμαστε με πολύ λιγότερες θετικές δραστηριότητες, μπορεί να αποσυρθούμε κοινωνικά και νιώθουμε την ανάγκη να κρυφτούμε. Πολλές από τις δραστηριότητες που προηγουμένως μας ήταν ευχάριστες μας φαίνονται πλέον μαρτυρικές. Επειδή όλα μοιάζουν να απαιτούν τόση μεγάλη προσπάθεια, κάνουμε πολύ λιγότερα πράγματα από ό,τι προηγουμένως. Είναι πιθανό να αλλάξει και η συμπεριφορά μας προς τους άλλους. Έχουμε την τάση να αποφεύγουμε τις δραστηριότητες μαζί με άλλους ανθρώπους και ενδέχεται να έρθουμε σε σύγκρουση με αυτούς. Αν αισθανθούμε υπερβολικό άγχος, μπορεί να αρχίσουμε να αποφεύγουμε την επαφή με τους άλλους ή να χάσουμε την κοινωνική μας αυτοπεποίθηση.

Οι άνθρωποι με κατάθλιψη ορισμένες φορές νιώθουν ένταση και δυσκολεύονται πολύ να χαλαρώσουν. Νιώθουν σαν παγιδευμένα ζώα και βηματίζουν πάνω - κάτω θέλοντας να κάνουν κάτι, χωρίς όμως να ξέρουν τι ακριβώς. Μερικές φορές η επιθυμία να δραπετεύσουν και να ξεφύγουν είναι πολύ έντονη, χωρίς όμως να είναι σαφές που θα πάνε και τι θα κάνουν. Από την άλλη πλευρά, ορισμένοι καταθλιπτικοί παρουσιάζουν σημαντική ψυχοκινητική επιβράδυνση. Περιπατούν αργά και σκυφτά, το μυαλό τους μοιάζει να έχει κολλήσει και όλα τους φαίνονται δυσβάσταχτα.

Η φυσιολογία : Όταν νιώθουμε άγχος, το σώμα μας παράγει μια ουσία που ονομάζεται αδρεναλίνη. Αντίστοιχα, η κατάθλιψη είναι αποτέλεσμα άλλων βιολογικών αλλαγών που επηρεάζουν το σώμα μας και τον εγκέφαλό μας. Μη σας τρομάζει αυτή η σκέψη. Λέγοντας ότι ο εγκέφαλός μας λειτουργεί διαφορετικά όταν έχουμε κατάθλιψη, ουσιαστικά διατυπώνουμε κάτι αυτονόητο. Όλες οι ψυχολογικές καταστάσεις - η χαρά, η σεξουαλική διέγερση, ο ενθουσιασμός, το άγχος και η κατάθλιψη - σχετίζονται με βιολογικές αλλαγές στον εγκέφαλό μας. Πρόσφατες έρευνες έδειξαν ότι ορισμένες από αυτές τις αλλαγές σχετίζονται με τις ορμόνες του στρες, όπως είναι η κορτιζόλη, γεγονός που υποδηλώνει ότι στην κατάθλιψη εμπλέκεται και το σωματικό σύστημα του

στρες. Επιπλέον, επηρεάζονται και κάποιες χημικές ουσίες του εγκεφάλου που ονομάζονται νευροδιαβιβαστές (μεταξύ των οποίων οι μονοαμίνες είναι αυτές που έχουν μελετηθεί εκτενέστερα). Γενικά, τα επίπεδα των ουσιών αυτών στον εγκέφαλό μας μειώνονται όταν έχουμε κατάθλιψη, γι' αυτό ορισμένα άτομα ωφελούνται από τα φάρμακα που αυξάνουν τα επίπεδα των μονοαμινών στον οργανισμό.

Πιθανότητα, εξαιτίας των βιολογικών αλλαγών που παρουσιάζονται στην κατάθλιψη, παρατηρείται και μια σειρά ανεπιθύμητων συμπτωμάτων. Δεν επηρεάζεται μόνο η ενέργεια / ενεργητικότητα, αλλά και ο ύπνος. Αν έχετε κατάθλιψη, είναι πιθανό να ξυπνάτε πιο νωρίς το πρωί ή κατά τη διάρκεια της νύκτας (αϋπνία) ή να δυσκολεύεστε να ξανακοιμηθείτε. Σε άλλες περιπτώσεις ωστόσο οι ώρες ύπνου αυξάνονται (υπερυπνία). Επιπλέον, πολύ συνηθισμένη είναι και η απώλεια της όρεξης. Το φαγητό χάνει τη γεύση του και μερικές φορές παρατηρείται απώλεια βάρους. Από την άλλη πλευρά υπάρχουν καταθλιπτικοί που τρώνε περισσότερο και παχαίνουν.

Οι κοινωνικές σχέσεις : Ακόμη και όταν προσπαθούμε να κρύψουμε την κατάθλιψή μας, σχεδόν πάντοτε οι κοινωνικές μας σχέσεις θα επηρεαστούν. Όταν υποφέρουμε από κατάθλιψη είμαστε κακή παρέα για τους άλλους. Μπορεί να γίνουμε ευερέθιστοι και να συλλάβουμε τον εαυτό μας να λέει συνέχεια «όχι». Το φαινόμενο αυτό είναι πολύ συχνό – έχει παρατηρηθεί ήδη από την εποχή που οι άνθρωποι ένιωσαν κατάθλιψη για πρώτη φορά. Άρα πρέπει να αποδεχθούμε τα συναισθήματά μας και να μη νιώθουμε ντροπή γι' αυτά, γιατί, αν κάνουμε κάτι τέτοιο, το μόνο που θα επιτύχουμε είναι να βυθιστούμε ακόμη περισσότερο στην κατάθλιψη. Υπάρχουν πολλοί λόγοι για τα προβλήματα που αντιμετωπίζουμε στις σχέσεις μας. Ενδέχεται να υπάρχουν συγκρούσεις που νιώθουμε ότι δεν μπορούμε να αντιμετωπίσουμε. Μπορεί να υπάρχει μη εκφρασμένη αγανάκτηση. Ίσως να νιώθουμε ότι έχουμε χάσει τον έλεγχο. Οι φίλοι μας και ο σύντροφός μας μπορεί να μην καταλαβαίνουν τι μας συμβαίνει.

Ορισμένες φορές είναι δύσκολο για τους άλλους να κατανοήσουν τι σημαίνει να υποφέρει κανείς από κατάθλιψη².

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

2.1 Επιδημιολογικά χαρακτηριστικά κατάθλιψης

Η κατάθλιψη «είναι θάνατος». Οι άρρωστοι περιγράφουν ότι δεν έχουν κέφι για τίποτε, είναι απελπισμένοι, δεν βρίσκουν τίποτε που να αξίζει. Όλα είναι μαύρα ή έστω γκριζα. Συνήθως έχουν αρνητική άποψη για τον κόσμο και για τον εαυτό τους. Αυτοπεριγράφονται ότι «δεν πατούν γερά στα πόδια τους», η σκέψη περιστρέφεται γύρω από τα θέματα απώλειας, ενοχής, αυτοκτονίας και θανάτου. Υπερβάλλουν ιδιαίτερα όταν περιγράφουν τα συμπτώματά τους, τις ανωμαλίες ή τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν. Νομίζουν, σε κάθε υποτροπή, ότι αυτή τη φορά είναι βαρύτερα άρρωστοι και είναι δύσκολο να τους πείσει κανείς ότι είναι δυνατό να βελτιωθούν με τη θεραπεία, όπως είχαν βελτιωθεί και σε προηγούμενες υποτροπές.

Οι άρρωστοι μπορούν κάλλιστα να διακρίνουν τη συναισθηματική κατάσταση του καταθλιπτικού επεισοδίου από τη φυσιολογική λύπη και θλίψη, όπου δεν υπάρχει αυτή η αίσθηση ενός αγωνιώδους συναισθηματικού πόνου. Οι καταθλιπτικοί δεν μπορούν να κλάψουν, και μάλιστα η επανεμφάνιση του κλάματος θεωρείται ένδειξη βελτίωσης.

Τα 2/3 των καταθλιπτικών αρρώστων κάνουν απόπειρα αυτοκτονίας, και ένα ποσοστό 10-15% αυτοκτονούν. Οι αυτοκτονίες αποπειρώνται στην έναρξη ή στην αποδρομή του επεισοδίου της κατάθλιψης, επειδή τότε μόνο οι άρρωστοι έχουν τη δυνατότητα να πάρουν κάποια απόφαση και να την πραγματοποιήσουν. Αυτοκτονούν δηλαδή σε περιόδους που η πάθησή τους είναι ελαφρότερη, και αυτό θα πρέπει να το έχει υπόψη του ο θεράπων γιατρός αλλά και το περιβάλλον του αρρώστου. Έτσι είναι ιδιαίτερα επικίνδυνο να χορηγηθεί στον άρρωστο μια μεγάλη ποσότητα τρικυκλικών ιδίως, αντικαταθλιπτικών, όταν βγαίνει από το νοσοκομείο, μετά την αποδρομή της νόσου. Καμιά φορά οι καταθλιπτικοί με ψυχωσικά στοιχεία έχουν τη επιθυμία να

φονεύσουν κάποιο πρόσωπο που εμπλέκεται στις παραληρητικές τους ιδέες, αλλά η έλλειψη ενεργητικότητας, τους εμποδίζει να πραγματοποιήσουν την επιθυμία τους. Παρ' όλα αυτά ενίοτε πριν από την αυτοκτονία τους, είναι δυνατό να σκοτώσουν αγαπημένα πρόσωπα, όπως παιδιά, σύζυγο ή αδελφό (διευρυσμένη αυτοκτονία ή σύνδρομο της Μήδειας). Άρρωστοι με απόπειρες αυτοκτονίας στο παρελθόν κινδυνεύουν περισσότερο, και κάθε απόπειρα προειδοποιεί για την επόμενη, που συχνά είναι πιο αποτελεσματική.

Μερικές φορές οι άρρωστοι φαίνεται να αγνοούν την πάθησή τους και να μην παραπονούνται γι' αυτήν. Ακόμη και τότε όμως επηρεάζεται η συμπεριφορά τους, και διαπιστώνεται ένας βαθμός απόσυρσής τους από την οικογένεια, τους φίλους και από οτιδήποτε προηγουμένως τους ενδιέφερε. Έτσι ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό των αρρώστων αρνείται ότι αισθάνεται κατάθλιψη, και στις περιπτώσεις αυτές οδηγούν τους αρρώστους στον ψυχίατρο τα μέλη της οικογένειας ή οι εργοδότες, εξ' αιτίας της κοινωνικής απόσυρσής τους ή της γενικευμένης μείωσης της δραστηριότητάς τους.

Χαρακτηριστική είναι η μείωση της ενεργητικότητας στους καταθλιπτικούς. Βρίσκουν πολύ δύσκολο να τελειώσουν κάποια δουλειά, η απόδοσή τους στο σχολείο ή στην εργασία τους μειώνεται και δεν κάνουν σχέδια για το μέλλον. Δεν είναι σπάνιες όμως και οι περίοδοι ψυχοκινητικής διέγερσης (ιδιαίτερα σε ηλικιωμένους αρρώστους ή σε εφήβους).

Ο ύπνος διαταράσσεται σημαντικά. Συχνά έχουν πολύ νωρίς πρωινό ξύπνημα καθώς και πολλά ξυπνήματα στη διάρκεια της νύχτας, οπότε και μηρυκάζουν τις καταθλιπτικές σκέψεις τους. Υπάρχουν όμως και άρρωστοι που κοιμούνται πολύ περισσότερες ώρες από πριν.

Σε πολλούς αρρώστους μειώνεται σημαντικά η όρεξη και χάνουν βάρος. Οι αλλαγές στις συνήθειες του φαγητού είναι δυνατό, δεδομένης της αδιαφορίας του αρρώστου για τις επιπτώσεις, να επιβαρύνει συνυπάρχουσες παθήσεις, όπως ο σακχαρώδης διαβήτης, η αρτηριακή υπέρταση, η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, οι καρδιακές διαταραχές κ.α.

Το άγχος συνυπάρχει σχεδόν στο 90% των καταθλιπτικών. Όταν προστίθενται στην κλινική εικόνα κρίσεις πανικού, κατάχρηση οιοπνεύματος ή διάφορα σωματικά ενοχλήματα, όπως είναι π.χ. η δυσκοιλιότητα, αυτό κάνει δυσκολότερη την θεραπεία. Τα σεξουαλικά προβλήματα είναι συνήθη και οδηγούν καμιά φορά σε περιέργους συμβούλους, που δυσκολεύονται να αναγνωρίσουν την υποκείμενη κατάθλιψη με αποτέλεσμα να συνιστούν διαφόρου τύπου άχρηστες θεραπείες. Η βελτίωση των σεξουαλικών προβλημάτων θεωρείται ένδειξη γενικότερης βελτίωσης.

Τουλάχιστο το 50% των αρρώστων περιγράφουν διακυμάνσεις των ενοχλημάτων τους στη διάρκεια της ημέρας, με χαρακτηριστική όμως επιβάρυνση τις πρωινές ώρες.

Η κλασική εικόνα του καταθλιπτικού είναι αυτή ενός ανθρώπου που βαδίζει αργά, σκυφτός, κοιτάζοντας κάτω, κάθεται στην άκρη του καθίσματος που του προσφέρεται, τρίβει τα χέρια του ή παίζει τραβώντας τις τρίχες των μαλλιών του. Καμιά φορά προστίθεται ψυχοκινητική ακινησία, που θυμίζει τη σχιζοφρενική κατατονία, από την οποία και θα πρέπει να διαφοροδιαγνωστεί.

Η ομιλία των καταθλιπτικών είναι αργή και φτωχή. Απαντούν μονολεκτικά και με χαρακτηριστική καθυστέρηση στις ερωτήσεις του εξεταστή, που μπορεί να χρειαστεί να περιμένει και 2 ή 3 λεπτά για να πάρει απάντηση.

Το επίπεδο της συνείδησης δεν φαίνεται να επηρεάζεται, ακόμα και στις πιο βαριές περιπτώσεις. Εάν συνυπάρχουν συγχυτικά φαινόμενα ή διαταραχή της μνήμης και του προσανατολισμού, θα πρέπει να αποδοθούν σε συνυπάρχουσα οργανική εγκεφαλική βλάβη.

Οι διαταραχές της μνήμης αποτελούν συχνό παράπονο. Πρόκειται όμως για υποκειμενικές εντυπώσεις που θα πρέπει να αποδοθούν σε αδυναμία συγκέντρωσης της προσοχής, αφού αυτή στρέφεται αποκλειστικά και μόνο στα ενοχλήματα του αρρώστου.

Οι καταθλιπτικοί με παραληρητικές διαταραχές ή ψευδαισθήσεις κατατάσσονται στην κατηγορία της μείζονος κατάθλιψης με ψυχωσικά συμπτώματα. Οι διαταραχές τους έχουν περιεχόμενο ανάλογο με το

συναίσθημά τους. Έτσι, έχουν αισθήματα ενοχής, αμαρτίας, αναξιότητας, φτώχειας, αδυναμίας, καταδίωξης ή τελικού σταδίου βαριάς σωματικής πάθησης, όπως π.χ. καρκίνου. Υπάρχουν όμως και παραληρητικές ιδέες μεγαλείου με θέμα υπεράνθρωπη δύναμη, γνώσεις ή αξία, όπως π.χ. ότι είναι ο Μεσσίας. Ψευδαισθήσεις μπορεί να εμφανισθούν, είναι όμως σπάνιες.

Στην συνέντευξη οι καταθλιπτικοί υπερτονίζουν τα αρνητικά, τα κακά, και μειώνουν τα θετικά, τα καλά. Ένα κλασικό λάθος του θεράποντος γιατρού είναι να πιστέψει την άποψη του αρρώστου, που υποστηρίζει ότι η προηγούμενη φαρμακευτική αγωγή δεν είχε καλά αποτελέσματα. Συνήθως η άποψη των ανθρώπων του περιβάλλοντος είναι διαφορετική, αλλά ο άρρωστος επιμένει στην άποψή του, χωρίς αυτό να πρέπει να θεωρηθεί ως μια ενσυνείδητη ψευδολογία.

Για την αντικειμενική μέτρηση της βαρύτητας της κατάθλιψης έχουν συνταχθεί ορισμένες κλίμακες (ICD-10, DSM-IV) που περιγράφονται πιο κάτω. Αφορούν όμως περισσότερο ερευνητικά προγράμματα παρά την καθημερινή ιατρική πρακτική⁴.

2.2 Επιδημιολογικά χαρακτηριστικά στον ελληνικό χώρο

Η συχνότητα της νοσηλευτικής νοσηρότητας

Από τις δυνατότητες που προσφέρει η Εθνική Στατιστική Υπηρεσία υπολογίστηκαν τα προτυπώμενα ως προς την ηλικία ποσοστά των αρρώστων που νοσηλεύθηκαν σε όλα τα δημόσια και ιδιωτικά ψυχιατρεία από το 1978 μέχρι το 1993 με τη διάγνωση «συναισθηματικές ψυχώσεις» (πίνακας 3). Το 1978 νοσηλεύθηκαν 31,4 άρρωστοι στους 100.000 κατοίκους, ενώ το 1993 οι αντίστοιχοι άρρωστοι ήταν 24,5/100.000. Τα ποσοστά αυτά είναι πολύ μικρότερα από τα αντίστοιχα αρρώστων που αφορούν όλες τις διαγνώσεις, π.χ. 181,6 άρρωστοι/100.000 το 1978 έως 145 άρρωστοι/100.000 το 1993, αφού οι νοσηλευθέντες από συναισθηματικές ψυχώσεις αποτελούν το 13-17% του συνόλου των εξιτηρίων από τα ψυχιατρεία. Οι γυναίκες με τη διάγνωση «συναισθηματική ψύχωση» νοσηλεύθηκαν

σε μεγαλύτερα ποσοστά από εκείνα των ανδρών. Ίδια επιδημιολογική εικόνα σε μικρογραφία εμφανίζεται σε δυο δήμους της Αθήνας το 1979 και 1991. Ο αριθμός των εξωτερικών συναισθηματικών αρρώστων βρέθηκε να είναι δεκαπλάσιος εκείνου των νοσηλευόμενων.

Η συχνότητα των περιπτώσεων στο γενικό πληθυσμό

Από το **1978** μέχρι σήμερα, σειρά ψυχιατρικών επιδημιολογικών επιτόπιων (**field**) ερευνών με μεγάλα δείγματα πληθυσμού σε εθνικό και τοπικό επίπεδο με τη χρήση σταθμισμένων ειδικών οργάνων και έγκυρων κλινικών κριτηρίων, έχουν προσφέρει πλούσια ευρήματα για τις διαστάσεις της επικράτησης των καταθλιπτικών συμπτωμάτων και των συναισθηματικών διαταραχών (πίνακας 2).

Από τις έρευνες αυτές προκύπτουν τα ακόλουθα συμπεράσματα. Ένα σημαντικό ποσοστό γυναικών και λιγότερο ανδρών, ηλικίας **18-64** ετών στο γενικό πληθυσμό της Ελλάδας, υποφέρει περιστασιακά από την ύπαρξη ενός αριθμού καταθλιπτικών συμπτωμάτων, όπως φάνηκε στις πανελλήνιες έρευνες του **1978** και **1984**, καθώς και σε έρευνες των δυο δήμων της Αθήνας σε ενήλικους και υπερήλικους κάτοικους. Υπάρχει επίσης μια διαχρονική σημαντική αύξηση των ποσοστών αυτών μεταξύ **1978** και **1984**.

Ως προς την επικράτηση των τωρινών καταθλιπτικών επεισοδίων, αυτά υπολογίστηκαν στο **3,6%** και **5,4%** για το **1978** και **1984**, αντίστοιχα. Σε μια άλλη έρευνα στους δυο Αθηναϊκούς δήμους, οι συναισθηματικές ψυχώσεις με την 9^η διεθνή ταξινόμηση της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας βρέθηκαν στο **0,5%**, ενώ η νευρωσική κατάθλιψη και καταθλιπτική αντίδραση έφθασε στο **7,8%**. Σε άλλη έρευνα σε ένα δήμο της Αθήνας με την εφαρμογή του **PSE/CATEGO**, οι καταθλιπτικές οντότητες έφθασαν το **7,4%**. Τέλος, σε τρεις επιτόπιες έρευνες σε ελληνικούς μεταναστευτικούς πληθυσμούς, τα ποσοστά συναισθηματικών διαταραχών μέσα στο δείγμα της κάθε έρευνας κυμάνθηκαν από **7,7%** στην έρευνα της Ν. Υόρκης, στο **6,2%** στην έρευνα του Λονδίνου και στο **5,2%** στους επαναπατρισμένους μετανάστες στο νομό Ιωαννίνων.

Ως προς την διαχρονική εξέλιξη των συναισθηματικών διαταραχών στην κοινότητα, επανεξέταση με το **SCID** το **1994** του αρχικού δείγματος της Β' φάσης της έρευνας του **1980/1981** των δυο δήμων της Αθήνας, έδειξε ότι μόνο δυο άτομα από τα **20** που το **1980/1981** είχαν διαγνωστεί ως πάσχοντα από μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο, βρέθηκαν να εμφανίζουν το **1994** την ίδια νόσηση. Αντίθετα, οι γυναίκες που είχαν διαγνωστεί το **1980/1981** ότι έπασχαν από δυσθυμία, το **1994** βρέθηκαν να νοσούν από οργανικές διαταραχές, δυσθυμία, αγχώδεις διαταραχές, ενώ το **40%** είχε περιπέσει σε μείζονα κατάθλιψη (πίνακας **3**). Πρέπει επίσης να υποσημειωθεί ότι η ύπαρξη των καταθλιπτικών συμπτωμάτων συσχετίστηκε με τη χρήση παράνομων ουσιών ή την κατάχρηση αλκοόλ⁵.

Πίνακας 15. Τρικυκλικά αντικαταθλιπικά

Όνομασία	Κατασταλτικές επιδράσεις	Άλλες παρενέργειες	Συνηθισμένη ημερήσια δόση	Ώρα της ημέρας που πρέπει να ληφθεί το φάρμακο
Ιμιπραμίνη (Tofranil, Imanate, Presamine, Sk-Pramine, Janimine)	Ήπιες	Ήπιες	150-300 mg	Τρόπος χορήγησης 1
Δεσιπραμίνη (Pertofrane, Norpramin)	Ήπιες	Ήπιες	150-250 mg	Τρόπος χορήγησης 1
Αμιτριπτυλίνη (Elavil, Endep)	Σημαντικές	Ήπιες	75-300 mg	Τρόπος χορήγησης 1
Νορτριπτυλίνη (Aventyl)	Σημαντικές	Ήπιες	50-150 mg	Τρόπος χορήγησης 1
Προτριπτυλίνη (Vivactil)	Ελάχιστες	Ήπιες	10-60 mg	Τρόπος χορήγησης 2
Δοξεπίνη (Sinequan, Adapin)	Σημαντικές	Ελάχιστες	150-300 mg	Τρόπος χορήγησης 1

1. Πρώτα δίνεται η χημική ονομασία, ενώ οι εμπορικές δίνονται μέσα στις παρενθέσεις. Αν ο γιατρός σας χρησιμοποιεί τη χημική ονομασία στη συνταγή του, ο φαρμακοποιός μπορεί να δώσει ένα φτηνότερο φάρμακο αν το ζητήσετε και εφόσον υπάρχει.
2. Πρόσφατες έρευνες αποδεικνύουν ότι εκείνα τα φάρμακα που είναι κυρίως καταπραϋντικά μπορεί να είναι ιδιαίτερα δραστικά στην καταπολέμηση του άγχους και της νευρικότητας. Όταν δίνονται το βράδυ, οι καταπραϋντικές ιδιότητες βοηθούν στη μείωση της αύπνίας.
3. Αυτές οι παρενέργειες, αν γίνουν ενοχλητικές, μπορούν να ελαχιστοποιηθούν με μείωση της δόσης. Οι παρενέργειες είναι πιο έντονες τις πρώτες μέρες, ενώ στη συνέχεια τείνουν να εξαφανιστούν.
4. Οι δόσεις που χρησιμοποιούνται κυρίως για τη θεραπεία ενός επεισοδίου κατάθλιψης. Ορισμένοι ασθενείς μπορεί να απαιτηθεί και να ωφεληθούν από διαφορετικές δόσεις. Αν η θεραπεία συντήρησης μετά την ανάρρωση αποδειχθεί αποτελεσματική, ο ασθενής μπορεί να πάρει τα δυο τρίτα της δόσης που έπαιρνε κατά την διάρκεια της οξείας φάσης της κατάθλιψης.
5. Τρόπος λήψης 1 : Ως η μισή το πολύ συνταγογραφημένη δόση μπορεί να παίρνεται σε ημερήσια βάση το βράδυ, πριν τον ύπνο. Η δοσολογία αυτή βοηθά τον ύπνο και οι περισσότερες παρενέργειες θα συμβούν ενώ κοιμόμαστε. Αν απαιτούνται μεγαλύτερες δόσεις, το επιπλέον φάρμακο μπορεί να δίνεται στην ώρα των γευμάτων σε κατανεμημένες ποσότητες. Τρόπος λήψης 2 : Αυτό το φάρμακο είναι διεγερτικό και πρέπει να παίρνεται σε κατανεμημένες δόσεις το πρωί και το μεσημέρι. Αν παίρνεται πιο αργά την ημέρα, μπορεί να δημιουργήσει προβλήματα στον ύπνο.

Πίνακας 1. Ετήσιοι μέσοι όροι προτυπωμένων ως προς την ηλικία ποσοστών αρρώστων που βγήκαν από όλα τα δημόσια και ιδιωτικά ψυχιατρεία με τη διάγνωση «Συναισθηματικές ψυχώσεις» (1978-1993) : Ποσοστά ανά 100.000 κατοίκους.

	9η ΔΤΝ ΠΟΥ	1978	1981	1984	1987	1990	1993	F	P
Συναισθηματικές ψυχώσεις	296,0, 1, 2, 3, 4, 5, 6	31,41	26,0	28,76	24,84	19,88	24,50	2,403	<0,03
Όλες οι διαγνώσεις	290-319	181,6	181,7	167,35	160,9	143,7	145,0	2,73	<0,01

Πίνακας 2. Επικράτηση % καταθλιπτικών φαρμάκων και συναισθηματικών διαταραχών σε δείγματα Ελληνικών πληθυσμών

Έρευνα	Συγγραφέας (χρόνος δημοσίευσης)	Χρονολογία έρευνας	N	Ηλικίες (έτη)	Περιοχή έρευνας	Ερωτηματολόγια	Επικράτηση %
Επιτόπια διερεύνηση καταθλιπτικών συμπτωμάτων	Μαδιανός (1988)	1978	4083	18-64	Πανελλήνια	CES-D (>16)	A 9,6 Γ 23,3 Σ 17,0
	Madianos & Stefanis (1992)	1978	4083	18-64	Πανελλήνια	Τωρινό καταθλιπτικό επεισόδιο DSM-III-R	A 2,4 Γ 4,5 Σ 3,6
A φάση	Madianos et. al (1987)	1979-1980	1574	18-64	Δυο δήμοι Αθήνας	CES -D (>16)	A 9,2 Γ 23,3 Σ 17,6
Επιτόπια διερεύνηση καταθλιπτικών συμπτωμάτων	Madianos et. al (1987)	1980-1981	360	18-64	Δυο δήμοι Αθήνας	Συναισθηματικές ψυχώσεις Νευρωσική κατάθλιψη Παρατεταμένη καταθλιπτική Αντίδραση Κριτήρια ICD-9	Σ 0,5 Σ 7,8
B' φάση							
Αναγνώριση κλινικών οντοτήτων	Madianos & Stefanis (1992)	1984	3706	18-64	Πανελλήνια	CES-D (>16)	A 15,4 Γ 37,6 Σ 27,6
Επιτόπια διερεύνηση καταθλιπτικών συμπτωμάτων	Mavreas et. al (1986)	1985	489	18-64	Ένας δήμος Αθήνας	Τωρινό καταθλιπτικό Επεισόδιο Κριτήρια DMS-III-R	A 3,8 Γ 6,5 Σ 5,4
Επιτόπια διερεύνηση κλινικών οντοτήτων κατάθλιψης							
						PSE GATEGO	A 4,3 Γ 10,1 Σ 7,4

Έρευνα	Συγγραφέας (χρόνος δημοσίευσης)	Χρονολογία έρευνας	N	Ηλικίες (έτη)	Περιοχή έρευνας	Ερωτηματολόγια	Επικράτηση %
Επιτόπια διερεύνηση κλινικών ψυχιατρικών οντοτήτων	Madianos & Gournas (1992)	1982-1983	251	...65	Δυο δήμοι Αθήνας	CES-D (>16)	Σ 27,1
						Μείζων κατάθλιψη	2,0
Έρευνες σε μετανάστες Επιτόπια μελέτη ψυχοπαθολογίας και επιπολασμού	Madianos (1984)	1976	225	19-64	Πόλη της Ν. Υόρκης ΗΠΑ	Δυσθυμία	5,5
						Διαταραχή προσωπικότητας Με καταθλιπτική συνδρομή	2,0
Επιτόπια μελέτη ψυχοπαθολογίας Ελληνοκυπρίων	Mavreas & Bebbington (1987)	1985	291	18-64	Πόλη του Λονδίνου Μ.Β.	Κριτήρια DSM - III	2,9
						Συναισθηματική ψύκωση	4,8
Επιτόπια μελέτη ψυχοπαθολογίας σε επαναπατρισμένους μετανάστες	Bilanakis et. al (1995)	1992	198	...29	Νόμος Ιωαννίνων	Νευρωσική κατάθλιψη	0,7
						Κριτήρια ICD-9	5,5
A : Άνδρες Γ : Γυναίκες Σ : Σύνολο						PSE	
						CATEGO	
						Μείζων κατάθλιψη	Όλη τη ζωή
						Δυσθυμία	11,2
						Κριτήρια SCID	-
						DSM-III-R	Ένας μήνας
							6,1
							9,1

Πίνακας 3. Διαχρονική έκβαση των συναισθηματικών διαταραχών στην κοινότητα (1980/81, 1994)

	1980-1981			Οργανικές Διαταραχές		Μείζων Κατάθλιψη		Δυσθυμία		Αγχώδεις διαταραχές		Υγιείς	
	N	N	%		%	N	%	N	%	N	%	N	%
Διάγνωση													
Μείζων καταθλιπτικό επεισόδιο	A												
	Γ	20	100,0%			2	10,0					18	90,0
Δυσθυμία	A	4	100,0%									4	100,0
	Γ	10	100,0%	1	10,1	4	40,0	2	20,0	1	10,1	2	20,0
Υγιείς	A	40	100,0%									40	100,0
	Γ	65	100,0%			4	6,1			4	6,1	57	87,7

Όνομασία	Κατασταλτικές επιδράσεις	Άλλες παρενέργειες	Συνηθισμένη ημερήσια δόση	Ώρα της ημέρας που πρέπει να ληφθεί το φάρμακο
Ιμιπραμίνη (Tofranil, Imanate, Presamine, Sk-Pramine, Janimine)	Ήπιες	Ήπιες	150-300 mg	Τρόπος χορήγησης 1
Δεσιπραμίνη (Pertofrane, Norpramin)	Ήπιες	Ήπιες	150-250 mg	Τρόπος χορήγησης 1
Αμιτριπτυλίνη (Elavil, Endep)	Σημαντικές	Ήπιες	75-300 mg	Τρόπος χορήγησης 1
Νορτριπτυλίνη (Aventyl)	Σημαντικές	Ήπιες	50-150 mg	Τρόπος χορήγησης 1
Προτριπτυλίνη (Vivactil)	Ελάχιστες	Ήπιες	10-60 mg	Τρόπος χορήγησης 2
Δοξεπίνη (Sinequan, Adarin)	Σημαντικές	Ελάχιστες	150-300 mg	Τρόπος χορήγησης 1

Πίνακας 15. Τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά

5. Πρώτα δίνεται η χημική ονομασία, ενώ οι εμπορικές δίνονται μέσα στις παρενθέσεις. Αν ο γιατρός σας χρησιμοποιεί τη χημική ονομασία στη συνταγή του, ο φαρμακοποιός μπορεί να δώσει ένα φτηνότερο φάρμακο αν το ζητήσετε και εφόσον υπάρχει.
6. Πρόσφατες έρευνες αποδεικνύουν ότι εκείνα τα φάρμακα που είναι κυρίως καταπραϋντικά μπορεί να είναι ιδιαίτερα δραστικά στην καταπολέμηση του άγχους και της νευρικότητας. Όταν δίνονται το βράδυ, οι καταπραϋντικές ιδιότητες βοηθούν στη μείωση της αύτηνίας.
7. Αυτές οι παρενέργειες, αν γίνουν ενοχλητικές, μπορούν να ελαχιστοποιηθούν με μείωση της δόσης. Οι παρενέργειες είναι πιο έντονες τις πρώτες μέρες, ενώ στη συνέχεια τείνουν να εξαφανιστούν.
8. Οι δόσεις που χρησιμοποιούνται κυρίως για τη θεραπεία ενός επεισοδίου κατάθλιψης. Ορισμένοι ασθενείς μπορεί να απαιτηθεί και να ωφεληθούν από διαφορετικές δόσεις. Αν η θεραπεία συντήρησης μετά την ανάρρωση αποδειχθεί αποτελεσματική, ο ασθενής μπορεί να πάρει τα δυο τρίτα της δόσης που έπαιρνε κατά την διάρκεια της οξείας φάσης της κατάθλιψης.
6. Τρόπος λήψης 1 : Ως η μισή το πολύ συνταγογραφημένη δόση μπορεί να παίρνεται σε ημερήσια βάση το βράδυ, πριν τον ύπνο. Η δοσολογία αυτή βοηθά τον ύπνο και οι περισσότερες παρενέργειες θα συμβούν ενώ κοιμόμαστε. Αν απαιτούνται μεγαλύτερες δόσεις, το επιπλέον φάρμακο μπορεί να δίνεται στην ώρα των γευμάτων σε κατανεμημένες ποσότητες. Τρόπος λήψης 2 : Αυτό το φάρμακο είναι διεγερτικό και πρέπει να παίρνεται σε κατανεμημένες δόσεις το πρωί και το μεσημέρι. Αν παίρνεται πιο αργά την ημέρα, μπορεί να δημιουργήσει προβλήματα στον ύπνο.

2.3 Γιατί η κατάθλιψη εμφανίζεται συχνότερα στις γυναίκες

Έχω ήδη αναφέρει ότι οι γυναίκες έχουν δυο με τρεις φορές περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν κατάθλιψη σε σχέση με τους άντρες. Διάφορες θεωρίες προτάθηκαν για να εξηγήσουν αυτό το φαινόμενο.

Η βιολογική προσέγγιση : Σύμφωνα με την άποψη αυτή, η αυξημένη συχνότητα εμφάνισης της κατάθλιψης στις γυναίκες οφείλεται σε διαφορές στο σύστημα αναπαραγωγής (δηλαδή στα επίπεδα ορισμένων ορμονών). Με άλλα λόγια, ο εγκέφαλος των γυναικών είναι διαφορετικός από τον αντίστοιχο των αντρών και αυτό αυξάνει την πιθανότητα εμφάνισης κατάθλιψης. Πρόσφατες έρευνες δείχνουν ότι η επεξεργασία των πληροφοριών που έχουν σχέση με συναισθήματα γίνεται με διαφορετικό τρόπο στον εγκέφαλο των δυο φύλων – παρότι δεν γνωρίζουμε αν αυτό αυξάνει την πιθανότητα εκδήλωσης κατάθλιψης.



Η ψυχολογική προσέγγιση : Σύμφωνα με την άποψη αυτή, η αυξημένη συχνότητα εμφάνισης της κατάθλιψης στις γυναίκες οφείλεται στον τρόπο κοινωνικοποίησής τους. Οι γυναίκες ανατρέφονται έτσι ώστε να είναι πιο δεκτικές και υποτακτικές, να παρέχουν φροντίδα και, συγκριτικά με τους άντρες, να είναι λιγότερο διεκδικητικές ή ανταγωνιστικές. Η συχνότητα σεξουαλικής κακοποίησης είναι μεγαλύτερη στις γυναίκες από ό,τι στους άντρες. Εκτός αυτού, ο τρόπος ερμηνείας και αντιμετώπισης των αρνητικών γεγονότων της ζωής είναι διαφορετικός στα δυο φύλα (π.χ. οι

γυναίκες είναι πιο πιθανό να εστιάσουν στα συναισθήματά τους και να κατηγορήσουν τον εαυτό τους όταν αντιμετωπίζουν κάποιο πρόβλημα στη σχέση τους). Οι γυναίκες λοιπόν βρίσκονται σε μεγαλύτερη επαφή με τα συναισθήματά τους, είναι περισσότερο ικανές να εκφράσουν συναισθήματα θλίψης και δυστυχίας και έχουν πιο μεγάλη ανάγκη για εγγύτητα. Οι γυναίκες μελαγχολούν περισσότερο όταν είναι δυστυχισμένες, αλλά αυτό μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι κοινωνικά είναι πιο απομονωμένες. Οι άντρες πάλι είναι πιθανότερο να κατηγορούν τους άλλους για τα προβλήματά τους και να δυσκολεύονται να αναγνωρίσουν και να εκφράσουν τα συναισθήματα θλίψης (π.χ. οι άντρες δεν κλαίνε, οπότε η ανάγκη για στοργή και εγγύτητα θεωρείται ένδειξη αδυναμίας κλπ.). Όταν αντιμετωπίζουν συναισθηματικά προβλήματα, είναι πιθανότερο να καταφύγουν στο ποτό ή να γίνουν επιθετικοί.

Η κοινωνιολογική προσέγγιση : Σύμφωνα με την άποψη αυτή, οι διαφορές που παρατηρούνται στη συχνότητα εμφάνισης της κατάθλιψης οφείλονται στις κοινωνικές ευκαιρίες και στον κοινωνικό ρόλο του φύλου. Οι γυναίκες είναι περισσότερο πιθανό να κατέχουν κατώτερες ιεραρχικά θέσεις στην κοινωνία και στην οικογένεια, να είναι περιορισμένες στο σπίτι και να υπόκεινται στην αντρική κυριαρχία (π.χ. κακοποίηση). Ο γάμος δεν βοηθά, ειδικά όταν τις υποχρεώνει να παραμείνουν σε ιεραρχικά κατώτερες θέσεις, με μειωμένες ευκαιρίες για κοινωνικές επαφές και για ανάληψη σημαντικών κοινωνικών ρόλων έξω από το σπίτι.

Κατά την άποψή μου, η διαφορά στη συχνότητα της κατάθλιψης οφείλεται γενικά σε ένα συνδυασμό όλων των προαναφερθέντων παραγόντων².

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ & ΔΙΑΓΝΩΣΗ

3.1 Ταξινόμηση της Κατάθλιψης σύμφωνα με το ICD – 10

Σύμφωνα με το σύστημα ταξινόμησης που δημοσιεύτηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (**The Manual of the International Statistical Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death· ICD – 10· World Health Organization, 1993**), η κατάθλιψη υπάγεται στις «διαταραχές της διάθεσης» (συναισθηματικές διαταραχές). Οι διαταραχές της διάθεσης ταξινομούνται με τους κωδικούς **F30 – F39** και περιλαμβάνουν τις παρακάτω κατηγορίες :

- ◆ **F30** Μανιακό επεισόδιο
- ◆ **F31** Διπολική Συναισθηματική Διαταραχή
- ◆ **F32** Καταθλιπτικό επεισόδιο
- ◆ **F33** Υποτροπιάζουσα καταθλιπτική διαταραχή
- ◆ **F34** Επίμονες διαταραχές της διάθεσης (συναισθηματικές)
- ◆ **F38** Άλλες διαταραχές της διάθεσης (συναισθηματικές)
- ◆ **F39** Μη καθοριζόμενες διαταραχές της διάθεσης (συναισθηματικές).

Η καθεμία από τις κατηγορίες που προαναφέρθηκαν εμπεριέχει έναν αριθμό υποκατηγοριών που περιγράφονται αναλυτικά στον Πίνακα III. Η διπολική συναισθηματική διαταραχή χαρακτηρίζεται από επανειλημμένα (τουλάχιστον δυο) επεισόδια και το κάθε επεισόδιο πρέπει να διαρκεί τουλάχιστον δυο εβδομάδες. Το άτομο με αυτή τη διαταραχή μπορεί να παρουσιάζει υπερθυμία και αυξημένη ενεργητικότητα και δραστηριότητα (μανία ή υπομανία) ή πτώση της διάθεσης και μειωμένη ενεργητικότητα και δραστηριότητα (κατάθλιψη). Τα άτομα που παρουσιάζουν μόνο επεισόδια μανίας ταξινομούνται ως πάσχοντα από διπολική συναισθηματική διαταραχή (F31.8). Η κατάθλιψη, όταν ικανοποιεί τα κριτήρια του Πίνακα IV και πρόκειται για μονήρες (πρώτο) επεισόδιο, ταξινομείται στις κατηγορίες

ήπιου (F32.0) μέτριου (F32.1) και σοβαρού (F32.2) καταθλιπτικού επεισοδίου. Τα καταθλιπτικά επεισόδια που ακολουθούν ταξινομούνται σε μια από τις υποκατηγορίες της υποτροπιάζουσας καταθλιπτικής διαταραχής (F33).

Η λεγόμενη στη βιβλιογραφία «νευρωσική κατάθλιψη» (με διάρκεια μεγαλύτερη των δυο ετών), που σπάνια έχει τη βαρύτητα εκείνη που θα δικαιολογούσε την περιγραφή της ως ακόμα και ελαφρού καταθλιπτικού επεισοδίου, κατηγοριοποιείται στα πλαίσια των επίμονων διαταραχών της διάθεσης (F34) και προσεγγίζει εννοιολογικά τη δυσθυμία. Μεταξύ των επίμονων διαταραχών της διάθεσης, εκτός από τη δυσθυμία, περιλαμβάνεται και η κυκλοθυμία. Τέλος, θα πρέπει να σημειωθεί ότι οι καταστάσεις αυτές δεν ταξινομήθηκαν στις διαταραχές της προσωπικότητας λόγω των ενδείξεων που υπάρχουν για γενετική τους σχέση με τις συναισθηματικές διαταραχές, αλλά και γιατί μερικές φορές ανταποκρίνονται στις ίδιες θεραπείες⁶.

Πίνακας 4. Διαταραχές της διάθεσης σύμφωνα με το ICD – 10.

- [**F30 Μανιακό επεισόδιο**
- [**F30.1** Υπομανία
- [**F30.2** Μανία χωρίς ψυχωσικά συμπτώματα
- [**F30.8** Μανία με ψυχωσικά συμπτώματα
- [**F30.9** Μανιακό επεισόδιο, μη καθοριζόμενο

- [**F31 Διπολική συναισθηματική διαταραχή**
- [**F31.0** Διπολική συναισθηματική διαταραχή, παρόν επεισόδιο υπομανιακό
- [**F31.1** Διπολική συναισθηματική διαταραχή, παρόν επεισόδιο μανιακό χωρίς ψυχωσικά συμπτώματα.
- [**F31.2** Διπολική συναισθηματική διαταραχή, παρόν επεισόδιο μανιακό με ψυχωσικά συμπτώματα

- [**F31.3** Διπολική συναισθηματική διαταραχή, παρόν επεισόδιο ήπιας ή μέτριας κατάθλιψης.
- [**.30** Χωρίς σωματικό σύνδρομο
- [**.31** Με σωματικό σύνδρομο
- [**F31.4** Διπολική συναισθηματική διαταραχή, παρόν επεισόδιο βαριάς κατάθλιψης χωρίς ψυχωσικά συμπτώματα
- [**F31.5** Διπολική συναισθηματική διαταραχή, παρόν επεισόδιο βαριάς κατάθλιψης με ψυχωσικά συμπτώματα
- [**F31.6** Διπολική συναισθηματική διαταραχή, παρόν επεισόδιο μεικτό.
- [**F31.7** Διπολική συναισθηματική διαταραχή, σε αποδρομή κατά την παρούσα φάση.
- [**F31.8** Άλλες διπολικές συναισθηματικές διαταραχές.
- [**F31.9** Διπολική συναισθηματική διαταραχή, μη καθοριζόμενη.

- [**F32 Καταθλιπτικό επεισόδιο**
- [**F32.0** Ήπιο καταθλιπτικό επεισόδιο
- [**.00** Χωρίς σωματικό σύνδρομο
- [**.01** Με σωματικό σύνδρομο
- [**F32.1** Μέτριας βαρύτητας καταθλιπτικό επεισόδιο
- [**.10** Χωρίς σωματικό σύνδρομο
- [**.11** Με σωματικό σύνδρομο
- [**F32.2** Βαρύ καταθλιπτικό επεισόδιο χωρίς ψυχωσικά συμπτώματα
- [**F32.3** Βαρύ κατάθλιπτικό επεισόδιο με ψυχωσικά συμπτώματα.
- [**F32.8** Άλλα καταθλιπτικά επεισόδια
- [**F32.9** Καταθλιπτικό επεισόδιο, μη καθοριζόμενο

- [**F33 Υποτροπιάζουσα καταθλιπτική διαταραχή**
- [**F33.0** Υποτροπιάζουσα καταθλιπτική διαταραχή, παρόν επεισόδιο ήπιο
- [**.00** Χωρίς σωματικό σύνδρομο
- [**.01** Με σωματικό σύνδρομο
- [**F33.1** Υποτροπιάζουσα καταθλιπτική διαταραχή, παρόν επεισόδιο μέτριας βαρύτητας

- [.10 Χωρίς σωματικό σύνδρομο
- [.11 Με σωματικό σύνδρομο
- [**F33.2** Υποτροπιάζουσα καταθλιπτική διαταραχή, παρόν επεισόδιο βαρύ χωρίς ψυχωσικά συμπτώματα.
- [**F33.3** Υποτροπιάζουσα καταθλιπτική διαταραχή, παρόν επεισόδιο βαρύ με ψυχωσικά συμπτώματα.
- [**F33.4** Υποτροπιάζουσα καταθλιπτική διαταραχή, σε αποδρομή κατά την παρούσα φάση
- [**F33.8** Άλλου τύπου υποτροπιάζουσες καταθλιπτικές διαταραχές.
- [**F33.9** Υποτροπιάζουσα καταθλιπτική διαταραχή, μη καθοριζόμενη.

- [**F34 Επίμονες διαταραχές της διάθεσης (συναισθηματικές)**
- [**F34.0** Κυκλοθυμία
- [**F34.1** Δυσθυμία
- [**F34.8** Άλλες επίμονες διαταραχές της διάθεσης (συναισθηματικές)
- [**F34.9** Επίμονες διαταραχές της διάθεσης (συναισθηματική) μη καθοριζόμενη

- [**F38 Άλλες διαταραχές της διάθεσης (συναισθηματικές)**
- [**F38.0** Άλλες μονήρεις διαταραχές της διάθεσης (συναισθηματικές)
- [**.00** Μεικτό συναισθηματικό επεισόδιο
- [**F38.1** Άλλες υποτροπιάζουσες διαταραχές της διάθεσης (συναισθηματικές)
- [**.10** Βραχεία υποτροπιάζουσα καταθλιπτική διαταραχή
- [**F38.8** Άλλες καθοριζόμενες διαταραχές της διάθεσης (συναισθηματικές)
- [**.10** Βραχεία υποτροπιάζουσα καταθλιπτική διαταραχή
- [**F38.8** Άλλες καθοριζόμενες διαταραχές της διάθεσης (συναισθηματικές)

- [**F39 Μη καθοριζόμενες διαταραχές της διάθεσης (συναισθηματικές)**

Πίνακας 5. Διαγνωστικά κριτήρια του καταθλιπτικού επεισοδίου σύμφωνα με το ICD-10

A.	
1.	Το καταθλιπτικό επεισόδιο θα πρέπει να διαρκεί για τουλάχιστον 2 εβδομάδες.
2.	Δεν υπήρξαν αρκετά υπομανιακά ή μανιακά συμπτώματα που να ικανοποιούν τα κριτήρια για υπομανιακό ή μανιακό επεισόδιο σε οποιαδήποτε περίοδο της ζωής του ατόμου.
3.	Το επεισόδιο δεν αποδίδεται σε χρήση ψυχοδραστικών ουσιών ή σε κάποια οργανική ψυχική διαταραχή.
B.	
1.	Καταθλιπτική διάθεση σε βαθμό οπωσδήποτε παθολογικό για το άτομο, παρούσα το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας και σχεδόν κάθε μέρα, έντονα επηρεαζόμενη από τις περιστάσεις και διαρκούσα για τουλάχιστον 2 εβδομάδες.
2.	Απώλεια ενδιαφέροντος ή ευχαρίστησης για δραστηριότητες που κανονικά είναι ευχάριστες.
3.	Μειωμένη ενέργεια και αυξημένη κούραση.
Γ.	
1.	Μειωμένη αυτοεκτίμηση και εμπιστοσύνη στον εαυτό.
2.	Παράλογα συναισθήματα αυτομομφής ή υπερβολικές και απρόσφορες ενοχές.
3.	Επαναλαμβανόμενες ιδέες θανάτου ή αυτοκτονίας ή οποιαδήποτε συμπεριφορά αυτοκτονίας.
4.	Παράπονα για μειωμένη ικανότητα σκέψης και συγκέντρωσης, όπως αναποφασιστικότητα, αμφιταλάντευση και δισταγμός.
5.	Αλλαγή στην ψυχοκινητική δραστηριότητα, με διέγερση ή επιβράδυνση (είτε υποκειμενική είτε αντικειμενική).
6.	Διαταραχή του ύπνου οποιασδήποτε μορφής.
7.	Αλλαγή στην όρεξη (μείωση ή αύξηση) με αντίστοιχη αλλαγή βάρους.

3.2 Ταξινόμηση των Καταθλιπτικών Διαταραχών κατά DSM-IV και διαγνωστικά κριτήρια

Σύμφωνα με το DSM-IV οι Καταθλιπτικές Διαταραχές διακρίνονται στη Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή, στη Δυσθυμική Διαταραχή και στην Καταθλιπτική Διαταραχή Μη προσδιοριζόμενη Αλλιώς, που τις περιγράφουμε αμέσως παρακάτω.

Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή

Το βασικό διαγνωστικό στοιχείο της Μείζονος Καταθλιπτική Διαταραχής είναι μια κλινική πορεία που χαρακτηρίζεται από ένα (Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή, Μοναδικό επεισόδιο) ή περισσότερα (Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή, Υποτροπιάζουσα), Μείζονα Καταθλιπτικά Επεισόδια χωρίς ιστορικό Μανιακού, Μεικτού ή Υπομανιακού Επεισοδίου .Αν επισυμβεί κάποιο Μανιακό ή Υπομανιακό Επεισόδιο η διάγνωση αλλάζει σε Διπολική Διαταραχή (εκτός, βέβαια, αν υπεύθυνη για την αλλαγή της διάθεσης είναι κάποια αντικαταθλιπτική αγωγή, κάποια ουσία ή τοξίνη ή κάποια γενική ιατρική κατάσταση, οπότε η διάγνωση της Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής παραμένει και μπαίνει η επιπρόσθετη διάγνωση της Διαταραχής της Διάθεσης Προκαλούμενης από Ουσίες, με Μανιακά ή με Μεικτά Στοιχεία ή της Διαταραχής της Διάθεσης Οφειλόμενης σε Γενική Ιατρική Κατάσταση, με Μανιακά ή Μεικτά Στοιχεία). Τα διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM-IV της Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής (Μοναδικό Επεισόδιο ή Υποτροπιάζουσα) παρουσιάζονται στον Πίνακα 6.

Πίνακας 6. Διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM-IV για τη Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή

Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή, Μοναδικό Επεισόδιο	
A.	Παρουσία ενός μοναδικού Καταθλιπτικού Επεισοδίου.
B.	Το Μείζων Καταθλιπτικό Επεισόδιο δεν εξηγείται καλύτερα ως Σχιζοσυναισθηματική Διαταραχή και δεν επικάθεται σε Σχιζοφρένεια, Σχιζοφρενικόμορφη Διαταραχή, Παραληρητική Διαταραχή ή Ψυχωτική Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς.
Γ.	Δεν έχει υπάρξει ποτέ ένα Μανιακό Επεισόδιο, Μεικτό Επεισόδιο ή Υπομανιακό Επεισόδιο. Σημείωση : Ο αποκλεισμός δεν ισχύει αν όλα τα παρόμοια με μανιακό, μεικτό ή υπομανιακό επεισόδια έχουν προκληθεί από ουσία ή θεραπεία ή οφείλονται στα άμεσα φυσιολογικά αποτελέσματα μιας γενικής ιατρικής κατάστασης.
Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή, Υποτροπιάζουσα	
A.	Παρουσία δυο ή περισσότερων Μειζόνων Καταθλιπτικών Επεισοδίων. Σημείωση : Για να θεωρηθούν ξεχωριστά τα επεισόδια θα πρέπει να υπάρχει ένα μεσοδιάστημα 2 τουλάχιστον συνεχών μηνών κατά τους οποίους δεν πληρούνται τα κριτήρια για Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο.
B.	Τα Μείζονα Καταθλιπτικά Επεισόδια δεν εξηγούνται καλύτερα ως Σχιζοσυναισθηματική Διαταραχή και δεν επικάθονται σε Σχιζοφρένεια, Σχιζοφρενικόμορφη Διαταραχή, Παραληρητική Διαταραχή ή Ψυχωτική Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς.
Γ.	Δεν έχει υπάρξει ποτέ ένα Μανιακό επεισόδιο, Μεικτό Επεισόδιο ή Υπομανιακό Επεισόδιο. Σημείωση : Ο αποκλεισμός δεν ισχύει αν όλα τα παρόμοια με μανιακό, μεικτό ή υπομανιακό επεισόδια προκαλούνται από ουσία ή θεραπεία ή οφείλονται στα άμεσα φυσιολογικά αποτελέσματα μιας γενικής ιατρικής κατάστασης.

Ατομα που βρίσκονται σε ένα Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο συχνά παρουσιάζουν, εκτός των συμπτωμάτων που αναφέρονται στα διαγνωστικά κριτήρια, και άλλα συμπτώματα όπως εύκολο κλάμα, ευερεθιστότητα, νοσηρή ενασχόληση με κάθε είδους προβλήματα,

άγχος, φοβίες, υπερβολικό νοιαξιμο και στενοχώρια για τη σωματική τους υγεία, διάφορους πόνους (πονοκέφαλος, αρθρικούς, κοιλιακούς ή άλλους πόνους) ή και Προσβολές Πανικού (που μπορεί να πληρούν τα κριτήρια για Διαταραχή Πανικού).

Διαταραχές που μπορεί να συνυπάρχουν με Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή είναι Διαταραχές Σχετιζόμενες με Ουσίες, Διαταραχή Πανικού, Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή, Ψυχογενής Ανορεξία ή Βουλιμία, Μειτхайμακή Διαταραχή της Προσωπικότητας και κυρίως Δυσθυμική Διαταραχή. Υπολογίζεται ότι σε 10-25% των περιπτώσεων Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής προηγείται Δυσθυμική Διαταραχή και ότι κάθε χρόνο περίπου 10% των ατόμων με Δυσθυμική Διαταραχή αναπτύσσουν το πρώτο τους Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο.

Επίσης η Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή μπορεί να συνδέεται με χρόνιες γενικές ιατρικές καταστάσεις. Αναφέρεται ότι 20-25% των ατόμων με γενικές ιατρικές καταστάσεις όπως π.χ. διαβήτης, έμφραγμα του μυοκαρδίου, καρκίνος ή εγκεφαλικό επεισόδιο μπορεί να αναπτύξουν Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή κατά την πορεία της σωματικής τους αρρώστιας.

Εργαστηριακά, ουσιαστικά, δεν υπάρχουν ευρήματα που να είναι παθογνωμονικά για Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο. Εντούτοις, σε άτομα με Μείζονα Καταθλιπτικά Επεισόδια (άσχετα αν έχουν Μείζονα Καταθλιπτική ή Διπολική I ή II Διαταραχή) έχουν βρεθεί ορισμένα ευρήματα που θεωρούνται παθολογικά σε σχέση με την ομάδα ελέγχου. Τέτοια ευρήματα είναι οι ανωμαλίες στο ΗΕΓ ύπνου που αναφέραμε προηγουμένως, τα ευρήματα από τις μετρήσεις των νευροδιαβιβαστών και των μεταβολιτών τους στο αίμα, εγκεφαλονωτιαίο υγρό ή ούρα και από τη λειτουργία των υποδοχέων τους, τα ευρήματα από τη DST, από τις νευροαπεικονιστικές τεχνικές, από τα προκλητά δυναμικά κ.α.

♦ Διαφορική διάγνωση

Η διαφορική διάγνωση της Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής θα γίνει κυρίως από τις παρακάτω διαταραχές και καταστάσεις :

Διαταραχή της Διάθεσης Οφειλόμενη σε Γενική Ιατρική Κατάσταση.

Τα Μείζονα Καταθλιπτικά Επεισόδια της Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής θα δ.δ από αυτήν τη διαταραχή με βάση το ότι σ' αυτήν η διαταραχή της διάθεσης κρίνεται ότι είναι η άμεση φυσιολογική συνέπεια μιας συγκεκριμένης γενικής ιατρικής κατάστασης (π.χ. πολλαπλή σκλήρυνση, εγκεφαλικό επεισόδιο, υπεθυρεοειδισμός). Για την απόφαση αυτή απαραίτητο είναι το προσεκτικό ιστορικό, οι εργαστηριακές εξετάσεις και η φυσική εξέταση. Καλό, λοιπόν, είναι η κλινική διερεύνηση του καταθλιπτικού ασθενή να περιλαμβάνει ορισμένες εξετάσεις ρουτίνας, που παρουσιάζονται στον Πίνακα 7, καθώς και επιπρόσθετες εξετάσεις αν το ιστορικό ή η κλινική εικόνα του ασθενή προτείνουν κάποια συγκεκριμένη γενική ιατρική κατάσταση.

Πίνακας 7. Η ιατρική εξέταση του καταθλιπτικού ασθενή

Έλεγχος ρουτίνας.	
	Ιατρικό ιστορικό – συμπεριλαμβανομένης της χρήσης φαρμάκων – ουσιών. Φυσική εξέταση. Γενική αίματος. Βιοχημικές εξετάσεις αίματος. Έλεγχος λειτουργίας θυρεοειδούς. Ανάλυση ούρων.
Επιπρόσθετος έλεγχος.	
	Νευρολογική εξέταση. Ακτινογραφία θώρακος. Ηλεκτροκαρδιογράφημα. Αξονική τομογραφία (ή και μαγνητική τομογραφία, SPECT, κ.α.).

Αν, τώρα, κρίνεται ότι υπάρχει και Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο και κάποια γενική ιατρική κατάσταση, αλλά ότι τα καταθλιπτικά συμπτώματα δεν είναι η άμεση φυσιολογική συνέπεια της γενικής ιατρικής κατάστασης, τότε η πρωτοπαθής διαταραχή της διάθεσης δηλ. η Μείζον Καταθλιπτική Διαταραχή αναγράφεται στον άξονα I και η γενική ιατρική κατάσταση (π.χ. έμφραγμα του μυοκαρδίου) στον Άξονα III. Μπαίνουν δηλαδή και οι δυο διαγνώσεις. Η περίπτωση αυτή παρουσιάζεται όταν π.χ. το Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο θεωρείται ότι είναι η ψυχολογική συνέπεια της γενικής ιατρικής κατάστασης ή όταν δεν υπάρχει αιτιολογική σχέση ανάμεσα στο Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο και τη γενική ιατρική κατάσταση.

Διαταραχή της Διάθεσης Προκαλούμενη από Ουσίες. Η

διαταραχή αυτή διακρίνεται από Μείζονα Καταθλιπτικά Επεισόδια της Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής από το γεγονός ότι κάποια ουσία (π.χ. ουσία κατάχρησης, φάρμακο, τοξίνη) θεωρείται ότι σχετίζεται αιτιολογικά με τη διαταραχή της διάθεσης. Η απόφαση αυτή θα βασισθεί στο ιστορικό, στη φυσική εξέταση και στα εργαστηριακά ευρήματα. Έτσι, π.χ. καταθλιπτική διάθεση που συμβαίνει μόνο κατά το στερητικό σύνδρομο από κοκαΐνη θα διαγνωσθεί ως Διαταραχή της Διάθεσης Προκαλούμενη από Κοκαΐνη, Με Καταθλιπτικά Στοιχεία, Με Έναρξη Κατά τη Διάρκεια Στερητικού Συνδρόμου.

Άνοια. Σε ηλικιωμένα άτομα, πολλές φορές, είναι δύσκολη η δ.δ του κατά πόσο τα γνωστικά συμπτώματα – δυσκολία στη συγκέντρωση, παράπονα για απώλεια της μνήμης, απάθεια, αποπροσανατολισμός κτλ. οφείλονται σε Άνοια ή σε Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο της Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής (αν πρόκειται δηλ. για ψευδοάνοια). Η γενική ιατρική εκτίμηση, ο προσδιορισμός του χρόνου έναρξης της διαταραχής, η χρονική ακολουθία των καταθλιπτικών και

των γνωστικών συμπτωμάτων (κατά πόσο δηλαδή προηγήθηκε η γενική έκπτωση της κατάθλιψης ή το αντίστροφο· στην πρώτη περίπτωση, υπάρχει προοδευτική έκπτωση της γνωστικής λειτουργίας και μετά κατάθλιψη, στη δεύτερη, φυσιολογική γνωστική λειτουργία και μετά απότομη γνωστική έκπτωση σε συνδυασμό με την κατάθλιψη), η πορεία της νόσου και ιδιαίτερα η απάντηση ή όχι σε αντικαταθλιπτική αγωγή (που είναι καλό να δοθεί, ακόμη κι αν δεν είμαστε σίγουροι αν είναι πιο πιθανή ως διάγνωση η Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή), νευροαπεικονιστικές εξετάσεις (π.χ. SPECT) και νευροψυχολογικές δοκιμασίες, μπορεί να βοηθήσουν στη διάκριση αυτή. Σημειώνουμε, βέβαια, ότι υπάρχει και Άνοια Τύπου Alzheimer ή Αγγειακή Άνοια, Με Καταθλιπτική Διάθεση (όπου καταθλιπτικά συμπτώματα, ακόμα και πλήρες Μείζων Καταθλιπτικό Επεισόδιο επικάθονται σε Άνοια) και είναι δυνατό να έχουμε και συνύπαρξη διάγνωσης Άνοιας και Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής, αν οι αιτιολογίες τους είναι ανεξάρτητες ή μια από την άλλη.

Μανιακά Επεισόδια με ευερέθιστη διάθεση ή Μεικτά

Επεισόδια. Αυτά θα δ.δ από Μείζονα Καταθλιπτικά Επεισόδια με προεξάρχουσα ευερέθιστη διάθεση με την προσεκτική εκτίμηση της παρουσίας μανιακών συμπτωμάτων. Αν, βέβαια, τα κριτήρια πληρούνται και για Μανιακό Επεισόδιο και για Μείζων Καταθλιπτικό Επεισόδιο (εκτός από τη διάρκεια των 2 εβδομάδων) σχεδόν κάθε μέρα, για περίοδο τουλάχιστον 1 εβδομάδας, τότε αυτό το επεισόδιο είναι ένα Μεικτό Επεισόδιο. Έτσι, η Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή θα δ.δ από τη Διπολική I Διαταραχή με βάση την ύπαρξη ή όχι στο ιστορικό Μανιακού ή Μεικτού Επεισοδίου. Από τη Διπολική I Διαταραχή, πάλι, από την ύπαρξη ή όχι στο ιστορικό Υπομανιακού Επεισοδίου.

Δυσθυμική Διαταραχή. Η δ.δ αυτή θα γίνει με βάση τη βαρύτητα, τη χρονιότητα και την επιμονή της διαταραχής και είναι οπωσδήποτε δύσκολη καθώς τα συμπτώματα στις δυο διαταραχές είναι παρόμοια

και δεν μπορούν ν' αξιολογηθούν με ακρίβεια αναδρομικά. Πέρα, λοιπόν, από το ότι η καταθλιπτική διάθεση στο Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο της Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής πρέπει να είναι παρούσα στο μεγαλύτερο μέρος της μέρας, σχεδόν κάθε μέρα, για μια περίοδο τουλάχιστον 2 εβδομάδων, ενώ στη Δυσθυμική Διαταραχή για τις περισσότερες μέρες, για τουλάχιστον 2 χρόνια, συνήθως στο ιστορικό η Μείζον Καταθλιπτική Διαταραχή θα χαρακτηρίζεται από ένα ή ερισσότερα διακριτά Μείζονα Καταθλιπτικά Επεισόδια που ξεχωρίζουν από τη «συνηθισμένη» λειτουργικότητα του ατόμου, ενώ η Δυσθυμική Διαταραχή θα χαρακτηρίζεται από χρόνια, λιγότερο σοβαρά καταθλιπτικά συμπτώματα, που είναι παρόντα για πολλά χρόνια.

Αν, τώρα, βέβαια, η αρχική έναρξη των χρόνιων καταθλιπτικών συμπτωμάτων είναι αρκετά σοβαρή ώστε να πληροί τα κριτήρια για Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο, η διάγνωση θα είναι Μείζον Καταθλιπτική Διαταραχή, Χρόνια (αν πληρούνται ακόμη τα κριτήρια για 2 τουλάχιστον χρόνια) ή Μείζον Καταθλιπτική Διαταραχή, Σε Μερική Ύφεση (αν δεν πληρούνται πια τα κριτήρια). Η διάγνωση της Δυσθυμικής Διαταραχής μπορεί να μπει μετά τη διάγνωση της Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής μόνον αν : α) η Δυσθυμική Διαταραχή είχε εγκατασταθεί πριν από το πρώτο Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο (δηλ. δεν υπήρξαν Μείζονα Καταθλιπτικά Επεισόδια κατά τη διάρκεια των 2 πρώτων χρόνων των δυσθυμικών συμπτωμάτων) ή β) υπήρξε πλήρης ύφεση του Μείζονος Καταθλιπτικού Επεισοδίου (δηλ. που να διαρκεί 2 τουλάχιστον μήνες) πριν την έναρξη της Δυσθυμικής Διαταραχής. Η περίπτωση α) είναι αυτή που λέγεται και «διπλή κατάθλιψη». Αν, τώρα, υπήρξε πλήρης ύφεση του Μείζονος Καταθλιπτικού Επεισοδίου που επικάθισε στη Δυσθυμική Διαταραχή (της περίπτωσης α) η διάγνωση είναι (όπως και στην περίπτωση β) μόνον Δυσθυμική Διαταραχή (μπορεί να σημειωθεί στο ιστορικό και Μείζον Καταθλιπτική Διαταραχή. Προηγούμενο Ιστορικό).

Σχιζοσυναισθηματική Διαταραχή. Αυτή θα δ.δ από τη Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή, Με Ψυχωτικά Στοιχεία από το ότι στη Σχιζοσυναισθηματική Διαταραχή θα πρέπει να υπάρχουν τουλάχιστον 2 εβδομάδες παραληρητικών ιδεών ή ψευδαισθήσεων προεξάρχοντων συμπτωμάτων διαταραχής της διάθεσης.

Σχιζοφρένεια, Παραληρητική Διαταραχή, Ψυχωτική Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς. Τις περισσότερες φορές τα καταθλιπτικά συμπτώματα που παρατηρούνται στις διαταραχές αυτές θεωρούνται ότι είναι συνοδα τους συμπτώματα και δεν χρειάζονται ξεχωριστή διάγνωση. Αν, όμως, τα καταθλιπτικά συμπτώματα πληρούν τα κριτήρια για Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο (ή έχουν ιδιαίτερη κλινική σημασία) τότε μπαίνει η επιπρόσθετη διάγνωση Καταθλιπτική Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς (βλέπε και τη διαφοροδιάγνωση τω παραπάνω ψυχωτικών διαταραχών για επιπρόσθετες λεπτομέρειες στο κεφάλαιο 8). Όσον αφορά τη δ.δ της Σχιζοφρένειας, Κατατονικού Τύπου από τη Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή, Με Κατατονικά Στοιχεία, που είναι οπωσδήποτε δύσκολη, μπορεί να βοηθήσουν το προηγούμενο ιστορικό και το οικογενειακό ιστορικό.

Διαταραχή Ελαττωματικής Προσοχής / Υπερκινητικότητας.

Καθώς η διαταραχή της προσοχής και η χαμηλή ανοχή στη στέρηση συμβαίνουν και σ' αυτήν τη διαταραχή και στη Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή, μπορεί να μπουν και δυο διαγνώσεις, αν πληρούνται τα κριτήρια και για τις δυο διαταραχές. Χρειάζεται πάντως προσοχή να μη διαγνωσθεί εύκολα και Μείζον Καταθλιπτική Διαταραχή σε παιδιά με Διαταραχή Ελαττωματικής Προσοχής / Υπερκινητικότητας, στα οποία η διαταραχή της διάθεσης χαρακτηρίζεται από ευερεθιστικότητα μάλλον παρά από θλίψη ή απώλεια του ενδιαφέροντος.

Διαταραχή της Προσαρμογής Με Καταθλιπτική Διάθεση. Η διαταραχή αυτή θα δ.δ από ένα Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο που

συμβαίνει σαν απάντηση σε ένα ψυχοκοινωνικό στρες από το ότι δεν συμπληρώνονται σ' αυτή τα πλήρη κριτήρια για Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο.

Πένθος. Ακόμη κι αν πληρούνται τα κριτήρια για Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο, δεν θα μπει η διάγνωσή του, εφόσον τα συμπτώματα εμφανίζονται μετά την απώλεια ενός αγαπημένου ατόμου, εκτός αν επιμένουν περισσότερο από **2** μήνες ή χαρακτηρίζονται από έντονη απώλεια της λειτουργικότητας, νοσηρή ενασχόληση με αναξιότητα, αυτοκτονικό ιδεασμό, ψυχωτικά συμπτώματα ή ψυχοκινητική επιβράδυνση.

Περίοδοι θλίψης. Είναι γνωστό ότι καταθλιπτικά συναισθήματα νιώθουν όλοι οι άνθρωποι. Μόνον, όταν πληρούνται τα κριτήρια για Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο, όσον αφορά τη βαρύτητα και τη διάρκεια των συμπτωμάτων, καθώς και την κλινικά σημαντική ενόχληση ή λειτουργική έκπτωση που προκαλούν θα μπει η διάγνωση της Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής.

Καταθλιπτική Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς. Η διάγνωση αυτή θα μπει όταν υπάρχει καταθλιπτική διάθεση μαζί με κλινικά σημαντική έκπτωση, που όμως δεν πληρούν τα κριτήρια της διάρκειας ή της βαρύτητας του Μείζονος Καταθλιπτικού Επεισοδίου.

♦ **Δυσθυμική διαταραχή**

Διάγνωση

Το βασικό χαρακτηριστικό της Δυσθυμικής Διαταραχής είναι μια χρόνια καταθλιπτική διάθεση, που το άτομο την έχει το μεγαλύτερο μέρος της μέρας, τις περισσότερες μέρες, για τουλάχιστον 2 χρόνια. Τα διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM-IV της Δυσθυμικής Διαταραχής παρουσιάζονται στον Πίνακα 8.

Πίνακας 8. Διαγνωστικά κριτήρια κατά *DSM-IV* της Δυσθυμικής Διαταραχής

A.	Καταθλιπτική διάθεση στο μεγαλύτερο μέρος της μέρας, τις περισσότερες μέρες, όπως φαίνεται είτε από υποκειμενική είτε σύμφωνα με παρατήρηση άλλων, τουλάχιστον για 2 χρόνια.
B.	Παρουσία, όταν το άτομο είναι σε κατάθλιψη, δυο (ή περισσότερων) από τα παρακάτω :
	<ol style="list-style-type: none">1. ελαττωμένη όρεξη ή υπερφαγία2. αϋπνία ή υπερϋπνία3. ελαττωμένη ενέργεια /ενεργητικότητα ή κόπωση4. χαμηλή αυτοεκτίμηση5. ελαττωμένη ικανότητα ή δυσκολία για λήψη αποφάσεων6. αισθήματα έλλειψης ελπίδας.
Γ.	Κατά τη διάρκεια της περιόδου 2 χρόνων (1 χρόνου για παιδιά ή εφήβους) της διαταραχής, ποτέ το άτομο δεν ήταν ελεύθερο συμπτωμάτων των κριτηρίων A και B για διάστημα περισσότερο από 2 μήνες κάθε φορά.
Δ.	Κατά τη διάρκεια των 2 πρώτων χρόνων της διαταραχής (1 χρόνου για παιδιά και εφήβους) δεν ήταν παρόν Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο · δηλαδή η διαταραχή δεν εξηγείται καλύτερα ως χρόνια Μείζον Καταθλιπτική Διαταραχή ή Μείζον Καταθλιπτική Διαταραχή, σε Μερική Ύφεση.
Ε.	Δεν έχει υπάρξει ποτέ ένα Μανιακό Επεισόδιο, Μεικτό Επεισόδιο ή Υπομανιακό Επεισόδιο και δεν έχουν ποτέ (συμ)πληρωθεί τα κριτήρια για Κυκλοθυμική Διαταραχή.

ΣΤ.	Η διαταραχή δεν συμβαίνει αποκλειστικά και μόνον κατά τη διάρκεια της πορείας μιας χρόνιας Ψυχωτικής Διαταραχής όπως η Σχιζοφρένεια ή η Παραληρητική Διαταραχή.
Ζ.	Τα συμπτώματα δεν οφείλονται στα άμεσα φυσιολογικά αποτελέσματα της δράσης μιας ουσίας (π.χ. ουσία κατάχρησης, φάρμακο) ή μιας γενικής ιατρικής κατάστασης (π.χ. υποθυρεοειδισμός).
Η.	Τα συμπτώματα προκαλούν κλινικά σημαντική υποκειμενική ενόχληση ή έκπτωση στον κοινωνικό, επαγγελματικό ή σ' άλλους τομείς της λειτουργικότητας.

♦ **Με Άτυπα Στοιχεία**

Όπως φαίνεται και στη σημείωση του κριτηρίου Δ, διαγνωστικά, ύστερα από τα αρχικά 2 χρόνια της Δυσθυμικής Διαταραχής μπορεί να επικαθίσουν Μείζονα Καταθλιπτικά Επεισόδια. Στην περίπτωση αυτή δίνεται διπλή διάγνωση («διπλή κατάθλιψη») δηλ. Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή και Δυσθυμική Διαταραχή. Αν το άτομο ξαναγυρίσει στη δυσθυμική του κατάσταση (δηλ. δεν υπάρχουν πια κριτήρια για Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο, αλλά επιμένουν τα δυσθυμικά συμπτώματα), τότε μπαίνει η διάγνωση μόνο της Δυσθυμικής Διαταραχής (βλ. σχετικά και Προσδιοριστές Πορείας, καθώς και Διαφορική διάγνωση (από Δυσθυμική Διαταραχή) της Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής). Σημειώνουμε, επίσης, ότι όπως φαίνεται στο κριτήριο Ζ, η διάγνωση Δυσθυμικής Διαταραχής δεν μπαίνει, αν τα δυσθυμικά συμπτώματα οφείλονται στα άμεσα φυσιολογικά αποτελέσματα μιας ουσίας, όπως π.χ. αλκοόλ ή αντιυπερτασικά φάρμακα ή μιας γενικής ιατρικής κατάστασης, όπως υποθυρεοειδισμός, νόσος του Alzheimer, πολλαπλή σκλήρυνση κ.ά.

Άτομα με έναρξη της διαταραχής πριν τα 21 είναι πιο πιθανό ν' αναπτύξουν αργότερα Μείζονα Καταθλιπτικά Επεισόδια. Τα συμπτώματα της Δυσθυμικής Διαταραχής τα συνοδεύουν αισθήματα ανεπάρκειας, γενικευμένη απώλεια των ενδιαφερόντων ή

της ευχαρίστησης, κοινωνική απόσυρση, αισθήματα ενοχής ή νοσηρή ενασχόληση με το παρελθόν, ευερεθιστότητα ή θυμός και ελαττωμένη δραστηριότητα, παραγωγικότητα και αποτελεσματικότητα. Φυσιολογικά συμπτώματα μπορεί να υπάρχουν, αλλά είναι λιγότερο συχνά από ότι σε άτομα με Μείζονα Καταθλιπτικά Επεισόδια.

Στους ενήλικους, η Δυσθυμική Διαταραχή μπορεί να συνδυάζεται με Μεταχμιακή, Δραματική, Ναρκισσιστική, Αποφευκτική ή Εξαρτημένη Διαταραχή της Προσωπικότητας και με Εξάρτηση από Ουσίες, ενώ στα παιδιά με Διαταραχή Ελαττωματικής Προσοχής / Υπερκινητικότητας, Διαταραχή της Διαγωγής, Αγχώδεις Διαταραχές και Διανοητική Καθυστέρηση.

Εργαστηριακά, σε μερικά άτομα και ιδιαίτερα σ' αυτά με θετικό οικογενειακό ιστορικό για Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή, μπορεί να βρεθούν στο ΗΕΓ ύπνου ορισμένα από τα στοιχεία που ανευρίσκονται στα άτομα με Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο (τα άτομα αυτά, επίσης, απαντούν καλύτερα στην αντικαταθλιπτική αγωγή). Για τα ευρήματα αυτά, βλέπε σχετικά στην Αιτιολογία των Διαταραχών της Διάθεσης, στις Διαταραχές της Νευροφυσιολογικής Λειτουργίας.

♦ **Καταθλιπτική Διαταραχή μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς**

Η κατηγορία αυτή του **DSM-IV** περιλαμβάνει διαταραχές με καταθλιπτικά στοιχεία που δεν πληρούν τα κριτήρια για Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή, Δυσθυμική Διαταραχή, Διαταραχή της Προσαρμογής Με Καταθλιπτική Διάθεση (βλέπε σχετικά) ή Διαταραχή της Προσαρμογής Μεικτή Με Άγχος και Καταθλιπτική Διάθεση (βλέπε σχετικά). Μερικές φορές καταθλιπτικά συμπτώματα μπορεί να παρουσιάζονται σαν μέρος της Αγχώδους Διαταραχής Μη Προσδιοριζόμενης Αλλιώς (βλέπε σχετικά).

Παραδείγματα της Καταθλιπτικής Διαταραχής Μη Προσδιοριζόμενης Αλλιώς είναι τα παρακάτω :

1. **Προεμμηνορρυσιακή δυσφορική διαταραχή** : κατά τη διάρκεια του προηγούμενου χρόνου, στους περισσότερους εμμηνορρυσιακούς

κύκλους, συστηματικά υπήρξαν συμπτώματα (π.χ. έντονη καταθλιπτική διάθεση, έντονο άγχος, έντονη συναισθηματική ευμεταβλητότητα, ελαττωμένο ενδιαφέρον για δραστηριότητες) κατά τη διάρκεια της τελευταίας εβδομάδας της ωχρινικής φάσης (και υποχώρησαν μέσα σε λίγες μέρες μετά την έναρξη της εμμηνορρυσίας). Τα συμπτώματα αυτά πρέπει να είναι αρκετά σοβαρά, ώστε να παρεμποδίζουν έντονα την εργασία, το σχολείο ή τις συνηθισμένες δραστηριότητες και να είναι παντελώς απόντα για 1 τουλάχιστον εβδομάδα μετά την εμμηνορρυσία.

2. **Ελάσσων καταθλιπτική διαταραχή** : επεισόδια τουλάχιστον 2 εβδομάδων με καταθλιπτικά συμπτώματα, αλλά με λιγότερα από πέντε από αυτά που απαιτούνται για τη διάγνωση Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής (δηλ. Μείζονος Καταθλιπτικού Επεισοδίου).
3. **Υποτροπιάζουσα βραχεία καταθλιπτική διαταραχή** : καταθλιπτικά επεισόδια που διαρκούν από δυο μέρες μέχρι δυο εβδομάδες, που συμβαίνουν τουλάχιστον μια φορά τον μήνα για 12 μήνες (που δεν συνδέονται με τον εμμηνορρυσιακό κύκλο).
4. **Μεταψυχωτική καταθλιπτική διαταραχή της Σχιζοφρένειας** : ένα Μείζον Καταθλιπτικό επεισόδιο που συμβαίνει κατά τη διάρκεια της υπολειμματικής φάσης της Σχιζοφρένειας. Ένα Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο επικαθημένο σε Παραληρητική Διαταραχή, σε Ψυχωτική Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς ή στην ενεργό φάση της Σχιζοφρένειας. Καταστάσεις στις οποίες ο κλινικός έχει καταλήξει στο ότι κάποια καταθλιπτική διαταραχή είναι παρούσα, αλλά δεν μπορεί να προσδιορίσει αν είναι πρωτοπαθής, οφειλόμενη σε γενική ιατρική κατάσταση ή προκαλούμενη από ουσίες.

♦ Ταξινόμηση των Διπολικών Διαταρακών κατά DSM - IV

Σύμφωνα με το DSM-IV οι Διπολικές Διαταραχές διακρίνονται σε Διπολική Διαταραχή, σε Διπολική II Διαταραχή, σε Κυκλοθυμική

Διαταραχή και σε Διπολική Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς που τις περιγράφουμε παρακάτω.

Διπολική I Διαταραχή

Το βασικό διαγνωστικό στοιχείο της Διπολικής I Διαταραχής (που λεγόταν παλιότερα μανιοκαταθλιπτική νόσος) είναι μια κλινική πορεία που χαρακτηρίζεται από ένα ή περισσότερα Μανιακά ή Μεικτά Επεισόδια (βλέπε στον Πίνακα 9 για τα διαγνωστικά τους κριτήρια).

Συχνά τα άτομα με Διπολική I Διαταραχή έχουν και ένα ή περισσότερα Μείζονα Καταθλιπτικά Επεισόδια (βλέπε, επίσης, στον Πίνακα 9-1 για τα διαγνωστικά του κριτήρια).

Όσον αφορά τα Μεικτά Επεισόδια, σ' αυτά το άτομο βιώνει μια ταχεία εναλλαγή της διάθεσης (λύπη, ευερεθιστότητα, ευφορία), που συνοδεύεται από συμπτώματα που πληρούν τα κριτήρια και για Μανιακό και για Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο. Η διάρκεια ενός Μεικτού Επεισοδίου πρέπει να είναι τουλάχιστον 1 εβδομάδα. Συχνά, η κλινική του εικόνα περιλαμβάνει διέγερση, αϋπνία, διαταραχή της όρεξης, ψυχωτικά στοιχεία και αυτοκτονικό ιδεασμό⁷.

Η διαταραχή αυτή χαρακτηρίζεται συνήθως από την εναλλαγή καταθλιπτικών και μανιακών επεισοδίων, με τάση επανόδου σε σχετικά φυσιολογική κατάσταση κατά τα διαστήματα μεταξύ των επεισοδίων. Ο κίνδυνος απόπειρας αυτοκτονίας είναι αυξημένος. Η νόσος προσβάλλει ετησίως 2,2 εκατομμύρια Αμερικάνους.

Η διαταραχή τείνει να γίνει χρόνια και τα επεισόδια μπορεί να γίνουν πιο συχνά, αν ο ασθενής δεν κάνει θεραπεία. Επειδή η μανιοκαταθλιπτική νόσος εκδηλώνεται σε οικογένειες, γίνονται προσπάθειες να ταυτοποιηθεί το υπεύθυνο γονίδιο ή γονίδια⁸.

Σημειώνουμε, ότι, (όπως και για το Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο) αν κάποια γενική ιατρική κατάσταση (π.χ. πολλαπλή σκλήρυνση, όγκος του εγκεφάλου, υπερθυρεοειδισμός), κάποια ουσία κατάχρησης, κάποιο φάρμακο (π.χ. κορτικοστεροειδή), κάποια τοξίνη ή κάποια σωματική θεραπεία για κατάθλιψη (π.χ. ηλεκτροσπασμοθεραπεία,

αντικατα-θλιπτικά φάρμακα, φωτοθεραπεία) προκαλέσουν επεισόδιο με συμπτώματα παρόμοια μ' αυτά που παρατηρούνται σ' ένα μανιακό ή μεικτό επεισόδιο (ή σ' ένα υπομανιακό επεισόδιο), τότε το επεισόδιο δεν θεωρείται Μανιακό ή Μεικτό (ή Υπομανιακό) και δεν κατευθύνει προς τη διάγνωση της Διπολικής I Διαταραχής (ή της Διπολικής II Διαταραχής), αλλά προς την κατεύθυνση της Διαταραχής της Διάθεσης Οφειλόμενης σε Γενική Ιατρική Κατάσταση ή της Διαταραχής της Διάθεσης Προκαλούμενης από Ουσίες. Ιδιαίτερα, όσον αφορά τα άτομα που αναπτύσσουν επεισόδια παρόμοια με μανιακά, μεικτά ή υπομανιακά επεισόδια μετά από κάποια σωματική αντικαταθλιπτική θεραπεία, θεωρείται ότι έχουν κάποια «διπολική προδιάθεση», γιατί παρουσιάζουν αυξημένη πιθανότητα για μελλοντικά Μανιακά, Μεικτά ή Υπομανιακά Επεισόδια που δεν συνδέονται με αντικαταθλιπτική θεραπεία.

Η Διπολική I Διαταραχή χαρακτηρίζεται κατά το *DSM-IV* ως Διπολική I Διαταραχή, Μοναδικό Μανιακό Επεισόδιο, αν το άτομο βιώνει το πρώτο επεισόδιο ή ως Διπολική I Διαταραχή, υποτροπιάζουσα, αν υπάρχει αλλαγή στην πολικότητα του επεισοδίου ή ένα μεσοδιάστημα ανάμεσα στα επεισόδια τουλάχιστον 2 μηνών. Αλλαγή στην πολικότητα σημαίνει ότι ένα Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο εξελίσσεται σε Μανιακό ή Μεικτό Επεισόδιο ή ότι ένα Μανιακό ή Μεικτό Επεισόδιο εξελίσσεται σε Μείζον Καταθλιπτικό. Αντίθετα, ένα Υπομανιακό Επεισόδιο που εξελίσσεται σε Μανιακό ή Μεικτό ή ένα Μανιακό Επεισόδιο που εξελίσσεται σε Μεικτό (ή το αντίστροφο) θεωρούνται μοναδικό επεισόδιο. Με βάση το τρέχον ή το πιο πρόσφατο επεισόδιο, η υποτροπιάζουσα Διπολική I Διαταραχή προσδιορίζεται ως Πιο Πρόσφατο Επεισόδιο Υπομανιακό, Πιο Πρόσφατο Επεισόδιο Μανιακό, Πιο Πρόσφατο Επεισόδιο Μεικτό, Πιο Πρόσφατο Επεισόδιο Καταθλιπτικό και Πιο Πρόσφατο Επεισόδιο Απροσδιόριστο. Ο Πίνακας 9 παρουσιάζει τα διαγνωστικά κριτήρια κατά *DSM - IV* της Διπολικής I Διαταραχής.

Πίνακας 9. Διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM – IV της Διπολικής I Διαταραχής

Διπολική I Διαταραχή, Μοναδικό Μανιακό Επεισόδιο	
A.	Παρουσία ενός μόνο Μανιακού Επεισοδίου και όχι Μείζονα Καταθλιπτικά Επεισόδια στο παρελθόν. Σημείωση : Η υποτροπή ορίζεται είτε ως αλλαγή στην πολικότητα από κατάθλιψη είτε ως μεσοδιάστημα τουλάχιστον 2 μηνών χωρίς μανιακά συμπτώματα.
B.	Το Μανιακό Επεισόδιο δεν εξηγείται καλύτερα ως Σχιζοσυναισθηματική Διαταραχή και δεν επικάθεται σε Σχιζοφρένεια, Σχιζοφρενικόμορφη Διαταραχή, Παραληρητική Διαταραχή ή Ψυχωτική Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς.
Διπολική I Διαταραχή, Πιο Πρόσφατο Επεισόδιο Υπομανιακό	
A.	Τώρα (ή πολύ πρόσφατα) σε Υπομανιακό Επεισόδιο.
B.	Έχει υπάρξει προηγούμενα τουλάχιστον ένα Μανιακό Επεισόδιο ή Μεικτό Επεισόδιο.
Γ.	Τα συμπτώματα διαταραχής της διάθεσης προκαλούν κλινικά σημαντική υποκειμενική ενόχληση ή έκπτωση στον κοινωνικό, επαγγελματικό ή σε άλλους σημαντικούς τομείς της λειτουργικότητας.

Δ. Τα επεισόδια διαταραχής της διάθεσης όσον αφορά τα κριτήρια Α και Β δεν εξηγούνται καλύτερα ως Σχιζοσυναισθηματική Διαταραχή και δεν επικάθονται σε Σχιζοφρένεια, Σχιζοφρενικόμορφη Διαταραχή, Παραληρητική Διαταραχή ή Ψυχωτική Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς.

Διπολική Ι Διαταραχή, Πιο Πρόσφατο Επεισόδιο Μανιακό

Α. Τώρα (ή πολύ πρόσφατα) σε Μανιακό Επεισόδιο.

Β. Έχει υπάρξει προηγούμενα τουλάχιστον ένα Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο, Μανιακό Επεισόδιο ή Μεικτό Επεισόδιο.

Γ. Τα επεισόδια διαταραχής της διάθεσης όσον αφορά τα κριτήρια Α και Β δεν εξηγούνται καλύτερα ως Σχιζοσυναισθηματική Διαταραχή και δεν επικάθονται σε Σχιζοφρένεια, Σχιζοφρενικόμορφη Διαταραχή ή Ψυχωτική Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς.

Διπολική Ι Διαταραχή, Πιο Πρόσφατο Επεισόδιο Μεικτό

Α. Τώρα (ή πολύ πρόσφατα) σε Μεικτό Επεισόδιο.

Β. Έχει υπάρξει προηγούμενα τουλάχιστον ένα Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο, Μανιακό Επεισόδιο ή Μεικτό Επεισόδιο.

Γ. Τα επεισόδια διαταραχής της διάθεσης όσον αφορά τα κριτήρια Α και Β δεν εξηγούνται καλύτερα ως Σχιζοσυναισθηματική Διαταραχή και δεν επικάθονται σε Σχιζοφρένεια, Σχιζοφρενικόμορφη Διαταραχή, Παραληρητική Διαταραχή ή Ψυχωτική Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς.

Διπολική Ι Διαταραχή, Πιο Πρόσφατο Επεισόδιο Καταθλιπτικό

Α. Τώρα (ή πολύ πρόσφατα) σε Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο.

Β. Έχει υπάρξει προηγούμενα τουλάχιστον ένα Μανιακό Επεισόδιο ή Μεικτό επεισόδιο.

Γ. Τα επεισόδια διαταραχής της διάθεσης όσον αφορά τα κριτήρια Α και Β δεν εξηγούνται καλύτερα ως Σχιζοσυναισθηματική Διαταραχή και δεν επικάθονται σε Σχιζοφρένεια, Σχιζοφρενικόμορφη Διαταραχή, Παραληρητική Διαταραχή ή Ψυχωτική Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς.

Διπολική Ι Διαταραχή, Πιο Πρόσφατο Επεισόδιο Απροσδιόριστο

A.	Τώρα (ή πολύ πρόσφατα) πληρούνται τα κριτήρια, εκτός από αυτά της διάρκειας, για Μανιακό, Υπομανιακό, Μεικτό ή Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο.
B.	Έχει υπάρξει προηγούμενα τουλάχιστον ένα Μανιακό Επεισόδιο ή Μεικτό Επεισόδιο.
Γ.	Τα συμπτώματα διαταραχής της διάθεσης προκαλούν κλινικά σημαντική υποκειμενική ενόχληση ή έκπτωση στον κοινωνικό, επαγγελματικό ή άλλους τομείς της λειτουργικότητας.
Δ.	Τα συμπτώματα διαταραχής της διάθεσης όσον αφορά τα κριτήρια A και B δεν εξηγούνται καλύτερα ως Σχιζοσυναισθηματική Διαταραχή και δεν επικάθονται σε Σχιζοφρένεια, Σχιζοφρενικόμορφη Διαταραχή, Παραληρητική Διαταραχή ή Ψυχωτική Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς.
E.	Τα συμπτώματα διαταραχής της διάθεσης όσον αφορά τα κριτήρια A και B δεν οφείλονται στα άμεσα φυσιολογικά αποτελέσματα της δράσης μιας ουσίας (π.χ. ουσία κατάχρησης, φάρμακο ή άλλη θεραπεία) ή μιας γενικής ιατρικής κατάστασης (π.χ. υπερθυρεοειδισμός).

Έντονη φυγή ιδεών μπορεί να καταλήξει σε ασυναρτησία, οπότε έχουμε σε μανιακούς ασθενείς θετική τυπική διαταραχή της σκέψης. Άτομα σε Μανιακό Επεισόδιο συχνά δεν αναγνωρίζουν ότι είναι άρρωστα και αντιστέκονται σε κάθε θεραπευτική προσπάθεια. Μπορεί να εμπλακούν σε κάθε είδους υπερβολική δραστηριότητα, σε σοβαρή καρτοπαιξία, σε αντικοινωνικές πράξεις, σε πράξεις που προσβάλλουν την ηθική. Μπορεί να γίνουν βίαια ή αυτοκτονικά. Τις περισσότερες φορές, όμως, μετά το Μανιακό Επεισόδιο, λυπούνται γι' αυτά που έκαναν. Μερικά άτομα περιγράφουν επίταση των αισθήσεων της οσμής, της ακοής, της όρασης (π.χ. τα χρώματα φαίνονται ζωηρότερα). Αν, βέβαια, το άτομο είναι σε Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο, έχει όλα τα χαρακτηριστικά (και τα σχετικά με την ηλικία), συνοδωμένα συμπτώματα, εργαστηριακά ευρήματα και επιπλοκές του Μείζονος Καταθλιπτικού Επεισοδίου, που περιγράψαμε στη Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή (βλέπε σχετικά).

Αν είναι σε Μεικτό Επεισόδιο, έχει συνδυασμό των χαρακτηριστικών, συμπτωμάτων κτλ. του Μανιακού και του Μείζονος Καταθλιπτικού Επεισοδίου και επειδή νιώθει περισσότερη δυσφορία είναι πιο πιθανό να ζητήσει βοήθεια, απ' ό,τι το άτομο που είναι σε Μανιακό Επεισόδιο. Διαταραχές που συνοδεύουν τη Διπολική I Διαταραχή είναι η Ψυχογενής Ανορεξία, η Ψυχογενής Βουλιμία, η Διαταραχή Ελαττωματικής Προσοχής / Υπερκινητικότητας, η Διαταραχή Πανικού, η Κοινωνική Φοβία, οι Διαταραχές Σχετιζόμενες με Ουσίες. Εργαστηριακά, όπως και για το Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο, δεν υπάρχουν παθολογικά ευρήματα για το Μανιακό Επεισόδιο. Εντούτοις, σε άτομα με Μανιακό Επεισόδιο έχουν βρεθεί ορισμένα ευρήματα που θεωρούνται παθολογικά σε σχέση με την ομάδα ελέγχου. Τέτοια είναι : ανωμαλίες στο ΗΕΓ ύπνου, αυξημένη έκκριση κορτιζόλης, απουσία της μη καταστολής με δεξαμεθαζόνη, διαταραχές των νευροδιαβιβαστών (νορεπινεφρίνης, σεροτονίνης, ακετυλοχολίνης, ντοπαμίνης, GABA) και της λειτουργίας των υποδοχέων τους. Όσον αφορά το Μεικτό Επεισόδιο, τα εργαστηριακά του ευρήματα είναι παρόμοια με τα ευρήματα ενός σοβαρού Μείζονος Καταθλιπτικού Επεισοδίου. (Για τα εργαστηριακά ευρήματα του Μείζονος Καταθλιπτικού Επεισοδίου αναφερθήκαμε παραπάνω).

Διαφορική διάγνωση

Η διαφορική διάγνωση της Διπολικής I Διαταραχής θα γίνει από τις παρακάτω διαταραχές.

Διαταραχή της Διάθεσης Οφειλόμενη σε Γενική Ιατρική

Κατάσταση. Μείζονα Καταθλιπτικά Επεισόδια της Διπολικής I Διαταραχής πρέπει να δ.δ από καταθλιπτικά επεισόδια οφειλόμενα σε κάποια γενική ιατρική κατάσταση όπως είναι η πολλαπλή σκλήρυνση, τα εγκεφαλικά επεισόδια, ο υπερθυρεοειδισμός κ.ά. Μανιακά, Μεικτά ή Υπομανιακά Επεισόδια της Διπολικής I Διαταραχής πρέπει να δ.δ από παρόμοια σε συμπτώματα επεισόδια, που προκαλούνται από γενικές ιατρικές καταστάσεις όπως η πολλαπλή σκλήρυνση, οι όγκοι

του εγκεφάλου, η νόσος του *Cushing* κ.ά. Η διαφοροδιάγνωση θα βασισθεί στο ιστορικό, τη φυσική εξέταση και τις εργαστηριακές εξετάσεις, που θα πρέπει να δείξουν ότι η διαταραχή της διάθεσης είναι το άμεσο φυσιολογικό αποτέλεσμα της γενικής ιατρικής κατάστασης (βλέπε παρακάτω στη Διαταραχή της Διάθεσης Οφειλόμενη σε Γενική Ιατρική Κατάσταση για λεπτομέρειες). Αν, βέβαια, τα μανιακά, καταθλιπτικά ή μεικτά συμπτώματα δεν είναι το αποτέλεσμα της φυσιολογικής δράσης της γενικής ιατρικής κατάστασης, αλλά η ψυχολογική της συνέπεια ή δεν έχουν καθόλου σχέση μ' αυτήν, τότε στον Άξονα I μπαίνει η διάγνωση Διπολική I Διαταραχή και στον Άξονα III η διάγνωση της γενικής ιατρικής κατάστασης (π.χ. έμφραγμα του μυοκαρδίου). Όπως ήδη αναφέραμε, ένα Μανιακό Επεισόδιο μετά την ηλικία των 40 θα πρέπει να κάνει τον κλινικό να σκεφθεί ως πιθανή του αιτία κάποια γενική ιατρική κατάσταση ή κάποια ουσία.

Σε κάθε ασθενή, λοιπόν, με μανιακά ή μεικτά (μανιακά και καταθλιπτικά) συμπτώματα, ιδιαίτερα στο πρώτο του επεισόδιο, είναι καλό να γίνει διεξοδική ιατρική εξέταση και να περιλαμβάνει (όπως και όταν τα συμπτώματα είναι μόνον καταθλιπτικά – βλ. Πίνακα 7) πλήρη φυσική και εργαστηριακή εξέταση και πλήρες ιστορικό (βλ. Πίνακα 10).

Πίνακας 10. Η ιατρική εξέταση του μανιακού ασθενή

**Ιατρικό ιστορικό – συμπεριλαμβανομένης
της χρήσης φαρμάκων – ουσιών.**

Φυσική εξέταση
Εργαστηριακός έλεγχος ρουτίνας
Γενική αίματος
Βιοχημικές εξετάσεις αίματος
Ανάλυση ούρων
Έλεγχος λειτουργίας θυρεοειδούς
Έλεγχος αίματος και ούρων για τοξικές ουσίες

Διαταραχή της Διάθεσης Προκαλούμενη από Ουσίες. Αυτή διακρίνεται από Μείζωνα Καταθλιπτικά, Μανιακά ή Μεικτά Επεισόδια της Διπολικής I Διαταραχής από το ότι κάποια ουσία κατάχρησης, ένα φάρμακο ή έκθεση σε μια τοξίνη αποδεικνύεται ότι προκάλεσε τα συμπτώματα (βλέπε για λεπτομέρειες παρακάτω στη Διαταραχή της Διάθεσης Προκαλούμενη από Ουσίες). Έτσι, π.χ. ευφορία από τοξίκωση με κοκαΐνη θα διαγνωσθεί ως Διαταραχή της Διάθεσης Προκαλούμενη από Κοκαΐνη, Με Μανιακά Στοιχεία, Με Έναρξη Κατά τη Διάρκεια Τοξίκωσης.

Συμπτώματα παρόμοια με Μανιακό ή Μεικτό Επεισόδιο μπορεί να προκληθούν από αντικαταθλιπτική θεραπεία – φάρμακα, ηλεκτροσπασμοθεραπεία, φωτοθεραπεία. Η διάγνωση θα είναι πάλι Διαταραχή της Διάθεσης Προκαλούμενη π.χ. από Αμιτριπυλίνη ή Ηλεκτροσπασμοθεραπεία, Με Μανιακά Στοιχεία. Αν θεωρηθεί ότι η ουσία κατάχρησης ή το φάρμακο δεν είναι πλήρως υπεύθυνα για τα συμπτώματα – π.χ. αυτά διαρκούν για μεγάλο διάστημα μετά τη διακοπή της ουσίας ή του φαρμάκου, τότε η διάγνωση θα κατευθυνθεί προς τη Διπολική I Διαταραχή.

Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή και Δυσθυμική Διαταραχή.

Οι διαταραχές αυτές θα δ.δ από τη Διπολική I Διαταραχή από την παρουσία στο ιστορικό ενός Μανιακού ή Μεικτού Επεισοδίου.

Μείζωνα Καταθλιπτικά Επεισόδια με προεξάρχουσα

ευερέθιστη διάθεση. Αυτά πρέπει να δ.δ από Μανιακά ή Μεικτά Επεισόδια με ευερέθιστη διάθεση με την προσεκτική κλινική εκτίμηση της παρουσίας μανιακών συμπτωμάτων.

Υπομανιακά επεισόδια. Αυτά θα δ.δ από Μανιακά Επεισόδια από το ότι ενώ έχουν τα ίδια συμπτώματα δεν συνοδεύονται από έντονη έκπτωση στην κοινωνική ή επαγγελματική λειτουργικότητα, από ανάγκη για νοσηλεία ή από ψυχοτικά φαινόμενα. Μερικά, βέβαια, Υπομανιακά Επεισόδια μπορεί να εξελιχθούν σε Μανιακά Επεισόδια.

Διπολική ΙΙ Διαταραχή. Η ύπαρξη Μανιακού ή Μεικτού Επεισοδίου διαφοροδιαγιγνώσκει τη Διπολική Ι Διαταραχή από τη Διπολική ΙΙ Διαταραχή. Εάν ένα άτομο με διάγνωση Διπολικής ΙΙ Διαταραχής αναπτύξει ένα Μανιακό ή Μεικτό Επεισόδιο, η διάγνωση τότε αλλάζει σε Διπολική Ι Διαταραχή.

Κυκλοθυμική Διαταραχή. Αυτή διακρίνεται από τη Διπολική Ι Διαταραχή από το ότι οι περίοδοι των μανιακών ή καταθλιπτικών συμπτωμάτων δεν πληρούν ποτέ τα κριτήρια για Μανιακό ή Μεικτό Επεισόδιο συμβεί ύστερα από 2 χρόνια Κυκλοθυμικής Διαταραχής, τότε μπαίνουν οι διαγνώσεις και της Κυκλοθυμικής Διαταραχής και της Διπολικής Ι Διαταραχής.

Ψυχωτικές Διαταραχές όπως Σχιζοσυναισθηματική Διαταραχή, Σχιζοφρένεια και Παραληρητική Διαταραχή. Η δ.δ αυτή μπορεί να είναι δύσκολη, ιδιαίτερα σε εφήβους, γιατί μπορεί να υπάρχουν κοινά συμπτώματα π.χ. παραληρητικές ιδέες μεγαλείου και δίωξης, ευερεθιστότητα, διέγερση, κατατονικά συμπτώματα. Βασικό διακριτικό στοιχείο είναι ότι και οι τρεις αυτές ψυχωτικές διαταραχές χαρακτηρίζονται από ψυχωτικά συμπτώματα που συμβαίνουν σε απουσία προεξάρχοντων συμπτωμάτων διαταραχής της διάθεσης. Τη δ.δ μπορεί επίσης να βοηθήσει η κλινική εκτίμηση των συμπτωμάτων (κατά πόσο π.χ. τα ψυχωτικά στοιχεία είναι σύμφωνα με τη συναισθηματική διάθεση), η προηγούμενη κλινική πορεία (π.χ. προηγούμενο ιστορικό επεισοδίων διαταραχής της διάθεσης, καλή λειτουργικότητα ανάμεσα στα επεισόδια, καλή προνοσηρή προσωπικότητα) και το οικογενειακό ιστορικό (π.χ. οικογενειακό ιστορικό Διαταραχής της Διάθεσης). Όλα τα παραπάνω παραδείγματα προτείνουν διάγνωση Διπολικής Ι Διαταραχής. Φυσικά, μανιακά και καταθλιπτικά συμπτώματα μπορεί να είναι παρόντα κατά τη διάρκεια της Σχιζοφρένειας, της Παραληρητικής Διαταραχής ή της Ψυχωτικής Διαταραχής Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς, αλλά σπάνια πληρούν τα

κριτήρια για Μανιακό ή Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο. Αν, όμως, πληρούνται τα κριτήρια (ή τα συμπτώματα έχουν ιδιαίτερη κλινική σημασία), τότε μπαίνει η επιπρόσθετη διάγνωση Διπολική Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς μαζί με τη διάγνωση της Σχιζοφρένειας, Παραληρητικής Διαταραχής ή Ψυχωτικής Διαταραχής Μη Προσδιοριζόμενης Αλλιώς.

Διπολική II Διαταραχή

Διάγνωση

Το βασικό διαγνωστικό στοιχείο της Διπολικής II Διαταραχής είναι μια κλινική πορεία που χαρακτηρίζεται από ένα ή περισσότερα Μείζονα Καταθλιπτικά Επεισόδια που συνοδεύονται τουλάχιστον από ένα Υπομανιακό Επεισόδιο. Σε αντίθεση με το Μανιακό Επεισόδιο, ένα Υπομανιακό Επεισόδιο δεν είναι αρκετά σοβαρό για να προκαλέσει έντονη έκπτωση της κοινωνικής ή επαγγελματικής λειτουργικότητας ή νοσηλεία ή ψυχωτικά στοιχεία (Κριτήριο E). Σε άλλα άτομα η αλλαγή της λειτουργικότητας κατά το Υπομανιακό Επεισόδιο μπορεί να προσδώσει αποτελεσματικότητα, επιτυχίες ή δημιουργικότητα και σ' άλλα να προκαλέσει κάποιου βαθμού κοινωνική ή επαγγελματική έκπτωση. Σημειώνουμε, βέβαια, ότι έκπτωση της λειτουργικότητας μπορεί να προέλθει και από τα Μείζονα Καταθλιπτικά Επεισόδια ή από ένα χρόνιο σχήμα απρόβλεπτων επεισοδίων διαταραχής της διάθεσης που οδηγούν σε κυμαινόμενη και αναξιόπιστη διαπροσωπική ή επαγγελματική λειτουργικότητα. Συχνά, άτομα που πάσχουν από Διπολική II Διαταραχή δεν μπορούν να θυμηθούν τις περιόδους της υπομανίας (ιδιαίτερα όταν βρίσκονται σε Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο) και πρέπει να τις θυμίσουν οι συγγενείς ή κοντινοί φίλοι. Στο Υπομανιακό Επεισόδιο δεν υπάρχει συνήθως φυγή ιδεών και αν υπάρξει διαρκεί λίγο. Όσον αφορά την περίπτωση όπου τα υπομανιακά συμπτώματα οφείλονται σε κάποια γενική ιατρική κατάσταση, κάποια ουσία ή κάποια σωματική αντικαταθλιπτική θεραπεία (Κριτήριο ΣΤ και

Σημείωση των Κριτηρίων του Υπομανιακού Επεισοδίου), βλέπε σχετικά την ανάλογη συζήτηση στη Διάγνωση της Διπολικής I Διαταραχής.

Ο Πίνακας 11 παρουσιάζει τα διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM-IV της Διπολικής II Διαταραχής.

Πίνακας 11. Διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM-IV της Διπολικής II Διαταραχής

A.	Παρουσία (ή ιστορικό) ενός ή περισσότερων Μειζόνων Καταθλιπτικών Επεισοδίων.
B.	Παρουσία (ή ιστορικό) ενός τουλάχιστον Υπομανιακού Επεισοδίου.
Γ.	Ποτέ δεν υπήρξε κάποιο Μανιακό Επεισόδιο ή Μεικτό Επεισόδιο.
Δ.	Τα συμπτώματα διαταραχής της διάθεσης όσον αφορά τα κριτήρια A και B δεν εξηγούνται καλύτερα ως Σχιζοσυναισθηματική Διαταραχή και δεν επικάθονται σε Σχιζοφρένεια, Σχιζοφρενικόμορφη Διαταραχή, Παραληρητική Διαταραχή ή Ψυχωτική Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς.
Ε.	Τα συμπτώματα προκαλούν κλινικά σημαντική υποκειμενική ενόχληση ή έκπτωση στον κοινωνικό, επαγγελματικό ή άλλους τομείς της λειτουργικότητας.

Διαφορική διάγνωση

Η διαφορική διάγνωση της Διπολικής II Διαταραχής θα γίνει από τις παρακάτω διαταραχές και καταστάσεις:

Διαταραχή της Διάθεσης Οφειλόμενη σε Γενική Ιατρική Κατάσταση. Μείζονα Καταθλιπτικά Επεισόδια της Διπολικής II Διαταραχής πρέπει να δ.δ από καταθλιπτικά επεισόδια οφειλόμενα... σε κάποια γενική ιατρική κατάσταση όπως είναι η πολλαπλή σκλήρυνση, τα εγκεφαλικά επεισόδια, ο υποθυρεοειδισμός. Υπομανιακά Επεισόδια πρέπει να δ.δ από επεισόδια με υπομανιακά συμπτώματα που προκαλούνται από γενικές ιατρικές καταστάσεις όπως η πολλαπλή σκλήρυνση, οι όγκοι του εγκεφάλου, η νόσος του *Cushing*. Η διαφοροδιάγνωση θα βασισθεί στο ιστορικό, τη φυσική εξέταση και τις εργαστηριακές εξετάσεις που θα πρέπει να δείξουν ότι

η διαταραχή της διάθεσης είναι το άμεσο φυσιολογικό αποτέλεσμα της γενικής ιατρικής κατάστασης. Αν, βέβαια, τα καταθλιπτικά ή υπομανιακά συμπτώματα δεν είναι η άμεση φυσιολογική συνέπεια της γενικής ιατρικής κατάστασης (αλλά υπάρχει αιτιολογική ψυχολογική σχέση ή καθόλου σχέση), τότε στον Άξονα I μπαίνει η διάγνωση Διπολική II Διαταραχή και στον Άξονα III η διάγνωση της γενικής ιατρικής κατάστασης (π.χ. έμφραγμα του μυοκαρδίου).

Διαταραχή της Διάθεσης Προκαλούμενη από Ουσίες. Η

διαταραχή αυτή θα δ.δ από Υπομανιακά ή Μείζονα Καταθλιπτικά Επεισόδια της Διπολικής II Διαταραχής από το ότι κάποια ουσία κατάχρησης, ένα φάρμακο ή μια τοξίνη αποδεικνύεται ότι προκάλεσε τα συμπτώματα. Έτσι, π.χ. ένα επεισόδιο με συμπτώματα μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου ύστερα από στέρηση κοκαΐνης θα διαγνωσθεί ως Διαταραχή Προκαλούμενη από Κοκαΐνη, Με Καταθλιπτικά Στοιχεία, Με Έναρξη Κατά τη Διάρκεια Στερητικού Συνδρόμου.

Συμπτώματα που μοιάζουν με Υπομανιακό Επεισόδιο μπορεί να προκληθούν από αντικαταθλιπτική θεραπεία, όπως φάρμακα, ηλεκτροσπασμοθεραπεία, φωτοθεραπεία. Η διάγνωση πάλι θα είναι Διαταραχή Προκαλούμενη π.χ. από Αμιτριπτυλίνη ή Ηλεκτροσπασμοθεραπεία, Με Μανιακά Στοιχεία. Αν, θεωρηθεί, βέβαια, ότι η ουσία κατάχρησης ή το φάρμακο δεν έχουν την πλήρη ευθύνη για το επεισόδιο – π.χ. αυτό διαρκεί για μεγάλο διάστημα μετά τη διακοπή της ουσίας ή του φαρμάκου, τότε η διάγνωση θα κατευθυνθεί προς τη Διπολική II Διαταραχή.

Μανιακά Επεισόδια. Αυτά διακρίνονται από τα Υπομανιακά Επεισόδια από το ότι στα Υπομανιακά Επεισόδια δεν υπάρχει έντονη λειτουργική έκπτωση ή ανάγκη για νοσηλεία ή ψυχωτικά συμπτώματα. Μερικά Υπομανιακά Επεισόδια βέβαια, μπορεί να εξελιχθούν σε Μανιακά.

Διπολική I Διαταραχή. Η ύπαρξη Μανιακού ή Μεικτού Επεισοδίου διαφοροδιαγιγνώσκει τη Διπολική II Διαταραχή από τη Διπολική I. Εάν ένα άτομο με διάγνωση Διπολικής II Διαταραχής αναπτύξει ένα

Μανιακό ή Μεικτό Επεισόδιο, η διάγνωση τότε αλλάζει σε Διπολική I Διαταραχή.

Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή και Δυσθυμική Διαταραχή.

Αυτές θα δ.δ από την ύπαρξη στο ιστορικό της Διπολικής II Διαταραχής ενός τουλάχιστον Υπομανιακού Επεισοδίου.

Κυκλοθυμική Διαταραχή. Αυτή θα δ.δ από την ύπαρξη στη Διπολική II Διαταραχή ενός ή περισσότερων Μειζόνων Καταθλιπτικών Επεισοδίων.

Ψυχωτικές Διαταραχές όπως Σχιζοσυναισθηματική

Διαταραχή, Σχιζοφρένεια και Παραληρητική Διαταραχή. Αυτές

οι διαταραχές χαρακτηρίζονται από περιόδους ψυχωτικών συμπτωμάτων που συμβαίνουν σε απουσία προεξαρχόντων συμπτωμάτων διαταραχής της διάθεσης. Επίσης βοηθούν τη δ.δ. η κλινική εκτίμηση των συμπτωμάτων, η προηγούμενη κλινική πορεία και το οικογενειακό ιστορικό.

Διαταραχή Ελαττωματικής Προσοχής / Υπερκινητικότητας. Τα

Μείζονα Καταθλιπτικά Επεισόδια της Διπολικής II Διαταραχής θα δ.δ όπως τα αντίστοιχα της Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής. Τα Υπομανιακά Επεισόδια, όπως τα Μανιακά Επεισόδια της Διπολικής I Διαταραχής.

Ευδιαθεσία. Ένα Υπομανιακό Επεισόδιο θα δ.δ από τη φυσιολογική καλή διάθεση, ιδιαίτερα σε άτομα που ήταν χρόνια καταθλιπτικά και δεν είχαν συνηθίσει την εμπειρία μιας μη καταθλιπτικής διάθεσης.

Τα Μείζονα Καταθλιπτικά Επεισόδια της Διπολικής II Διαταραχής παρουσιάζουν τα χαρακτηριστικά (και τα σχετικά με την ηλικία), τα συνοδά συμπτώματα, τα εργαστηριακά ευρήματα και τις επιπλοκές που παρουσιάζουν τα Μείζονα Καταθλιπτικά Επεισόδια της Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής (βλ. σχετικά).

Τα Υπομανιακά Επεισόδια σε εφήβους μπορεί να συνοδεύονται από σκασιαρχείο, αντικοινωνική συμπεριφορά, αποτυχία στο σχολείο ή χρήση ουσιών.

Συνοδικές διαταραχές είναι η Κατάχρηση ή Εξάρτηση από Ουσίες, ή Ψυχογενής Ανορεξία, η Ψυχογενής Βουλιμία, η Διαταραχή Ελαττωματικής Προσοχής / Υπερκινητικότητας, η Διαταραχή Πανικού, η Κοινωνική Φοβία και η Μεταιχμιακή Διαταραχή της Προσωπικότητας.

Εργαστηριακά, τα ευρήματα των Μειζόνων Καταθλιπτικών Επεισοδίων της Διπολικής II Διαταραχής είναι ίδια με τα ευρήματα των Μειζόνων Καταθλιπτικών Επεισοδίων της Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής.

Κυκλοθυμική Διαταραχή

Το βασικό **διαγνωστικό** χαρακτηριστικό της Κυκλοθυμικής Διαταραχής είναι μια χρόνια κατάσταση διαταραχής της διάθεσης που παρουσιάζει συνεχώς διακυμάνσεις. Έτσι, για χρονικό διάστημα τουλάχιστον 2 ετών παρατηρούνται πολυάριθμες περίοδοι με υπομανιακά συμπτώματα καθώς και πολυάριθμες περίοδοι με καταθλιπτικά συμπτώματα, που δεν φθάνουν, όμως, ποτέ να συμπληρώσουν τα κριτήρια για Μανιακό Καταθλιπτικό Επεισόδιο. Αν μετά τα 2 αυτά χρόνια επικαθήσουν Μανιακά (ή Μεικτά) Επεισόδια ή Μείζονα Καταθλιπτικά Επεισόδια, τότε μπαίνει η επιπρόσθετη διάγνωση Διπολική I ή II Διαταραχή αντίστοιχα.

Τα **διαγνωστικά κριτήρια** της Κυκλοθυμικής Διαταραχής κατά DSM-IV παρουσιάζονται στον Πίνακα 12.

Πίνακας 12. Διαγνωστικά Κριτήρια κατά DSM-IV της Κυκλοθυμικής Διαταραχής

A.	Για τουλάχιστον 2 χρόνια η παρουσία πολυάριθμων περιόδων με υπομανιακά συμπτώματα και πολυάριθμων περιόδων με καταθλιπτικά συμπτώματα που δεν πληρούν τα κριτήρια για ένα Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο.
B.	Κατά τη διάρκεια της παραπάνω περιόδου των 2 χρόνων (1 χρόνου για παιδιά και εφήβους) ποτέ το άτομο δεν ήταν ελεύθερο συμπτωμάτων του κριτηρίου A για περισσότερο από 2 μήνες τη φορά.

Γ.	Κατά τα 2 πρώτα χρόνια της διαταραχής δεν ήταν παρόν Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο, Μανιακό Επεισόδιο ή Μεικτό Επεισόδιο.
Δ.	Τα συμπτώματα όσον αφορά το κριτήριο Α δεν εξηγούνται καλύτερα ως Σχιζοσυναισθηματική Διαταραχή και δεν επικάθονται σε Σχιζοφρένεια, Σχιζοφρενικόμορφη Διαταραχή, Παραληρητική Διαταραχή ή Ψυχωτική Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς.
Ε.	Τα συμπτώματα δεν οφείλονται στα άμεσα φυσιολογικά αποτελέσματα της δράσης μιας ουσίας (π.χ. ουσία κατάχρησης, φάρμακο) ή μιας γενικής ιατρικής κατάστασης (π.χ. υπερθυροειδισμός).
ΣΤ.	Τα συμπτώματα προκαλούν κλινικά σημαντική υποκειμενική ενόχληση ή έκπτωση στον κοινωνικό, επαγγελματικό ή άλλους σημαντικούς τομείς της λειτουργικότητας.

Όσον αφορά τα συμπτώματα ή τα καταθλιπτικά συμπτώματα του κριτηρίου Α, αυτά είναι συμπτώματα σαν αυτά που περιγράφονται στο Υπομανιακό ή στο Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο. Όσον αφορά τη λειτουργική έκπτωση που αναφέρεται στο Κριτήριο ΣΤ, αυτή οφείλεται στις συνεχώς επαναλαμβανόμενες απρόβλεπτες κυκλικές αλλαγές της διάθεσης, που κάνουν το άτομο να φαίνεται οξύθυμο, κακόκεφο, απρόβλεπτο, αναξιόπιστο.

Συνοδές διαταραχές της Κυκλοθυμικής Διαταραχής μπορεί να είναι Διαταραχές Σχετιζόμενες με Ουσίες και Διαταραχές του ύπνου.

Ο επιπολασμός ζωής της Κυκλοθυμικής Διαταραχής υπολογίζεται μεταξύ 0,4 και 1%. Η Κυκλοθυμική Διαταραχή αρχίζει συνήθως νωρίς στην εφηβεία ή νωρίς στην ενήλικη ζωή, είναι εξίσου συχνή σε άντρες και γυναίκες και ίσως αποτελεί μια ιδιοσυγκρασιακή προδιάθεση για άλλες Διαταραχές της Διάθεσης και ειδικά Διπολικές Διαταραχές.

Έναρξη της διαταραχής αργά στην ενήλικη ζωή πρέπει να κάνει τον κλινικό να σκεφτεί την πιθανότητα για μια γενική ιατρική κατάσταση όπως π.χ. πολλαπλή σκλήρυνση. Η έναρξη της Κυκλοθυμικής Διαταραχής είναι ύπουλη και η πορεία της είναι χρόνια. Υπολογίζεται ότι το 15% ως 50% των ασθενών αναπτύσσει αργότερα Διπολική Ι ή ΙΙ Διαταραχή.

Διπολική διαταραχή μη προσδιοριζόμενη αλλιώς

Η Κατηγορία αυτή του DSM-IV περιλαμβάνει διαταραχές με διπολικά χαρακτηριστικά που δεν πληρούν τα κριτήρια για καμιά συγκεκριμένη Διπολική Διαταραχή. Παραδείγματα :

- 1. Πολύ ταχεία εναλλαγή (μέσα σε μέρες) μανιακών και καταθλιπτικών συμπτωμάτων, που δεν πληρούν τα ελάχιστα κριτήρια διάρκειας για Μανιακό ή για Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο.*
- 2. Υποτροπιάζοντα Υπομανιακά Επεισόδια χωρίς ενδιάμεσα καταθλιπτικά συμπτώματα.*
- 3. Ένα Μανιακό ή Μεικτό Επεισόδιο επικαθήμενο σε Παραληρητική Διαταραχή, υπολειμματική Σχιζοφρένεια ή Ψυχωτική Διαταραχή Μη προσδιοριζόμενη Αλλιώς.*
- 4. Καταστάσεις στις οποίες ο κλινικός έχει συμπεράνει ότι υπάρχει Διπολική Διαταραχή, αλλά δεν μπορεί να προσδιορίσει αν είναι πρωτοπαθής, οφειλόμενη σε γενική ιατρική κατάσταση ή προκαλούμενη από ουσίες⁷.*

Διάγνωση εφηβικής κατάθλιψης

Η κατάθλιψη στον έφηβο μπορεί να εκδηλωθεί εντελώς διαφορετικά από ότι σε έναν ενήλικα. Συνήθως συνδέεται με συγκεκριμένες διαταραχές της συμπεριφοράς, όπως ανορεξία, βουλιμία, εθισμό στα ναρκωτικά, βία, δυσκολίες στη μάθηση ή στην αυτοσυγκέντρωση, σεξουαλική σύγχυση κ.λπ.

Η διάγνωση είναι δύσκολη εξαιτίας των γρήγορων ψυχολογικών διακυμάνσεων που

χαρακτηρίζουν τους νέους : οι αλλαγές στο σώμα τους, η απομάκρυνση από την οικογενειακή αιγίδα, η συναισθηματική αστάθεια, η αποστασιοποίηση των γονιών τους η προσπάθειά τους να γίνουν αποδεκτοί από την ομάδα των φίλων, κάνουν τους νέους καμιά φορά να νιώθουν αρνητικά συναισθήματα για τον ίδιο τους εαυτό. Για τον λόγο αυτό, πολύ συχνά οι γονείς δεν μπορούν να ξεχωρίσουν την αληθινή κατάθλιψη (ως ασθένεια) από τις αλλοιώσεις στον χαρακτήρα που χαρακτηρίζουν την περίοδο της εφηβείας : θλίψη, αφιθυμία, στενοχώρια, απογοήτευση, παρορμητικότητα κ.λπ.



και

του

Πίνακας 13. Ανησυχητικά σημάδια της κατάθλιψης στον έφηβο*

∅	<i>Χαμηλή αυτοεκτίμηση, κακή εικόνα για τον ίδιο του τον εαυτό.</i>
∅	<i>Βαθιά θλίψη. Κλαίει μόνος του χωρίς λόγο και το κάνει αρκετά συχνά.</i>
∅	<i>Συναίσθηματικό κενό. Σε κάποιες περιπτώσεις, το συναίσθημα αυτό του κάνει να αναζητεί διαρκώς νέα ερεθίσματα. Ρίχνεται με ενθουσιασμό σε συναρπαστικές δραστηριότητες, τις οποίες, όμως, εγκαταλείπει ξαφνικά, για να αναζητήσει απελπισμένα μια άλλη, η οποία ελπίζει ότι θα εξαφανίσει ή θα αμβλύνει το κενό που υπάρχει στη ζωή του.</i>
∅	<i>Αϋπνίες ή, αντίθετα, περισσότερες ώρες ύπνου από το κανονικό (μπορεί να φθάσει στο σημείο να κοιμάται δέκα με δεκατέσσερις ώρες, αλλά σηκώνεται σαν να μην έχει κοιμηθεί σχεδόν καθόλου).</i>
∅	<i>Υπερβολική κούραση εξαιτίας της αϋπνίας.</i>
∅	<i>Απαισιοδοξία. Καμιά φορά επεκτείνεται και στον ίδιο του το σώμα : παραπονιέται για πόνους στο κεφάλι ή στο στομάχι. Δεν ασχολείται με κανένα σπορ, γιατί διαμαρτύρεται : «Πονάω παντού» ή «Κανένας δεν με θέλει στην ομάδα του».</i>
∅	<i>Αισθήματα ενοχής για τα γεγονότα του παρελθόντος που έχουν ήδη ξεπεραστεί : «Εκείνο τον σκύλο που αναγκάστηκα να τον χαρίσω, γιατί δεν μπορούσα να ασχοληθώ μαζί του», «Η κοπέλα μου με εγκατέλειψε επειδή συμπεριφερόμουν σαν γουρούνι». (Εκτοτε είχε δεσμό με άλλες κοπέλες, αλλά τώρα δεν τις θυμάται).</i>
∅	<i>Άγχος, ένταση και εκνευρισμός που, ειδικά τα κορίτσια, προσπαθούν να αντιμετωπίσουν τρώγοντας.</i>
∅	<i>Έλλειψη προσοχής, σύγχυση, αποπροσανατολισμός (εμφανίζονται ξαφνικά).</i>
∅	<i>Αποφυγή κάθε κοινωνικής συναστροφής.</i>
∅	<i>Απάθεια απέναντι σε κάθε καθημερινή υποχρέωση : προσωπική καθαριότητα, δουλειές στο σπίτι, μαθήματα κ.λπ.</i>
∅	<i>Έλλειψη κινήτρων και ενθουσιασμού για οποιαδήποτε επιβράβευση ή κατόρθωμα.</i>
∅	<i>Χαμηλή απόδοση στο σχολείο (ξαφνικά). Δυσκολία αυτοσυγκέντρωσης : «Όσο και να βάζω τα δυνατά μου να προσέξω, δεν μπορώ να θυμηθώ τίποτα από όσα λέει ο καθηγητής». Δεν συνδέει την αποτυχία του στο σχολείο με την αρνητική ψυχολογική του κατάσταση.</i>
∅	<i>Ανικανότητα να απολαύσει όσα παλιότερα του άρεσαν.</i>
∅	<i>Αψιθυμία, βία εναντίον των γονιών και των αδερφών, που πολλές φορές συνοδεύεται από αντικοινωνική συμπεριφορά.</i>
∅	<i>Απόπειρα αυτοκτονίας.</i>

** Έχουμε να κάνουμε με κατάθλιψη όταν παρατηρούνται τουλάχιστον τρία από τα συμπτώματα αυτά μέσα σε μια περίοδο δύο συνεχόμενων εβδομάδων. Ο ψυχίατρος πρέπει να φέρει σε πέρας τη θεραπεία.*

Οι ειδικοί διαβεβαιώνουν ότι πολλές από τις καταθλιπτικές φάσεις του εφήβου δεν τροφοδοτούνται από μια πραγματική κατάθλιψη (ασθένεια), αλλά οφείλονται στο άγχος⁹.

Οι Αθηναίοι έφηβοι χαρακτηρίστηκαν πιο καταθλιπτικοί (μεγαλύτερες τιμές στην κλίμακα CES-D) σε σχέση με τους εφήβους του δείγματος από τις υπόλοιπες περιοχές της χώρας, ένα εύρημα που είναι ανάλογο με δεδομένα άλλων ερευνών [Blazer και συν., 1985]. Φαίνεται ότι το περιβάλλον της μεγαλούπολης αποτελεί ένα βλαπτικό παράγοντα πρόκλησης στρες και άλλων δυσμενών συνθηκών για τον έφηβο, αφού στις μεγαλουπόλεις δεν υφίσταται συνεκτικός κοινωνικός ιστός¹⁰.

3.3 Διάγνωση της κατάθλιψης των ηλικιωμένων

Τα συμπτώματα της κατάθλιψης περιλαμβάνουν συνήθως αισθήματα έντονης λύπης, απαισιοδοξίας, χαμηλής αυτοεκτίμησης, προβλήματα στη μνήμη και την αυτοσυγκέντρωση και σωματικές ενοχλήσεις. Σύμφωνα με έρευνα που πραγματοποιήθηκε μεταξύ των ατόμων ηλικίας 65 ετών και άνω σε δύο αθηναϊκούς δήμους, όσοι ανήκουν σε χαμηλή κοινωνικοοικονομική τάξη, είναι χήροι ή χήρες και βιώνουν ψυχοπιεστικά προβλήματα ή ζουν απομονωμένοι, εμφανίζουν αυξημένη καταθλιπτική συμπτωματολογία. Σε άλλη, πιο πρόσφατη ακόμη έρευνα, με δείγμα ηλικιωμένων από ολόκληρο το λεκανοπέδιο Αττικής βρέθηκε ότι ένα μεγάλο ποσοστό ηλικιωμένων (71%) που διαγνώστηκαν ως καταθλιπτικοί έπασχαν ταυτόχρονα από ένα χρόνια σωματικό νόσημα.

Η αλλαγή στον τρόπο του σκέπτεσθαι, οι συναισθηματικές διαταραχές, η έλλειψη κινήτρων και οι ψυχοφυσιολογικές διαταραχές είναι οι κωριστές κατηγορίες συμπτωμάτων, στις οποίες ανιχνεύεται η κατάθλιψη κατά του Aaron Beck. Μελετώντας με προσοχή αυτόν του

κατάλογο των συμπτωμάτων κατανοούμε για ποιους λόγους η καταθλιπτική διαταραχή δεν αναγνωρίζεται από τους ίδιους τους ηλικιωμένους, π.χ. ταυτιζόμενη π.χ. με το φυσιολογικό γήρας, και δεν διαγιγνώσκεται σωστά από τους περισσότερους γιατρούς, αποδιδόμενη π.χ. στο φυσιολογικό εκφυλισμό των νευρικών κυττάρων του εγκεφάλου. Όπως είναι αναμενόμενο, μόνο ένα 8-15% των καταθλιπτικών ηλικιωμένων λαμβάνει κατάλληλη αντικαταθλιπτική αγωγή. Θα μπορούσε να υποστηριχθεί ότι η κατάθλιψη της τρίτης ηλικίας είναι μία από τις υποδιαγνωσμένες και ελλιπώς αντιμετωπιζόμενες νόσους.

Υπάρχει ένας δυναμικός αστερισμός από δέκα (10) τουλάχιστον συμπτώματα, που υποδηλώνουν κατάθλιψη. Το ηλικιωμένο άτομο που εκδηλώνει τέσσερα (4) από αυτά τα συμπτώματα για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο των δυο εβδομάδων είναι απαραίτητα να απευθύνεται για βοήθεια. Η κατάθλιψη ανήκει στα νοσήματα που αντιμετωπίζονται με επιτυχία σε πολύ μεγάλο ποσοστό. Περίπου 80% με 90% των ασθενών ανταποκρίνονται στη θεραπεία, η οποία μπορεί να περιλαμβάνει θεραπεία με φάρμακα, ψυχοθεραπευτική παρέμβαση ή έναν συνδυασμό των δύο. Τα δέκα συμπτώματα σύμφωνα με την Ελληνική Γeronτολογική και Γηριατρική Εταιρεία είναι :

1. Σημαντική αλλαγή στην όρεξη για φαγητό, που συνοδεύεται είτε από αύξηση του βάρους του σώματος είτε από αισθητή μείωσή του.
2. Σημαντικές αλλαγές στις συνήθειες του ύπνου, που περιλαμβάνουν ανήσυχο ύπνο, αϋπνία ή υπερυπνία και υπνηλία κατά τη διάρκεια της ημέρας.
3. Μείωση της ευχαρίστησης που αντλεί ο ηλικιωμένος από δραστηριότητες που παλαιότερα του ικανοποιούσαν.
4. Αίσθημα συνεχούς και ανεξήγητης κόπωσης.
5. Αίσθημα ότι δεν αξίζει ως άνθρωπος.
6. Ένα επίμονο αίσθημα ανημπορίας που επανέρχεται καθημερινά.
7. Επίμονες σκέψεις ενοχής και προσωπικής ευθύνης για δυσάρεστα γεγονότα που έγιναν στο παρελθόν.

8. Αδυναμία συγκέντρωσης της προσοχής και συνεχής αναβλητικότητα στη λήψη αποφάσεων.
9. Αυτοκτονικός ιδεασμός, δηλαδή επαναλαμβανόμενες σκέψεις θανάτου ή αυτοκτονίας.
10. Απώλεια του ενδιαφέροντος του ηλικιωμένου να απασχολείται με τα εγγόνια του.

Η κατάθλιψη είναι η τρίτη πιο σοβαρή ψυχική διαταραχή της μεγάλης ηλικίας. Ακολουθούν η παρανοϊκή διαταραχή και η υποχονδρίαση. Η κατάθλιψη στην ακραία της εκδήλωση ενδέχεται να οδηγήσει σε αυτοκτονική συμπεριφορά. Οι ηλικιωμένοι άνδρες της λευκής φυλής έχουν το θλιβερό προνόμιο να αποτελούν την κυρίαρχη ομάδα που αποφασίζει και εκτελεί αποτελεσματικά, δυστυχώς, την αυτοχειρία, ξεπερνώντας κάθε άλλη ομάδα ελέγχου – ηλικιακή, φυλετική ή φύλου¹¹.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΤΙ ΠΡΟΚΑΛΕΙ ΤΗΝ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ;

4.1 Τα αίτια της κατάθλιψης

Στο κεφάλαιο αυτό θα ασχοληθούμε με διάφορες θεωρίες για τα αίτια της κατάθλιψης. Είναι λογικό, όταν πάσχουμε από κατάθλιψη, να επιθυμούμε να μάθουμε τι την προκάλεσε. Μερικές φορές το αίτιο είναι προφανές, π.χ. ο τερματισμός μιας σχέσης. Άλλες φορές τα πράγματα είναι πιο περίπλοκα.

Οι θεωρίες για τα αίτια της κατάθλιψης θα μπορούσαν να ταξινομηθούν σε τρεις κατηγορίες : σε αυτές που δίνουν έμφαση στους βιολογικούς παράγοντες· σε αυτές που δίνουν έμφαση στους ψυχολογικούς παράγοντες (και στον τρόπο με τον οποίο σκεπτόμαστε)· και σε αυτές που δίνουν έμφαση στους κοινωνικούς παράγοντες και στα γεγονότα της ζωής μας. Μερικές από τις θεωρίες αυτές είναι αρκετά περίπλοκες και μπορεί να είναι δύσκολο να γίνουν κατανοητές.

Το ενδιαφέρον για τα αίτια της κατάθλιψης έχει ιστορία χιλιάδων ετών. Περισσότερα από 2.000 χρόνια πριν, οι αρχαίοι Έλληνες θεωρούσαν ότι η κατάθλιψη προκαλείται από πολύ υψηλά επίπεδα μέλαινας χολής στο σώμα. Αλλά, όπως γνώριζαν πολύ καλά και οι ίδιοι, η απάντηση αυτή γεννούσε ένα νέο ερώτημα : Τι προκαλεί την αύξηση των επιπέδων της μέλαινας χολής ; Οι αρχαίοι Έλληνες ανέπτυξαν μια σύνθετη θεωρία για να απαντήσουν σε αυτό το ερώτημα. Θεωρούσαν ότι υπάρχουν άνθρωποι που από τη φύση τους έχουν περισσότερη μέλαινα χολή, είναι δηλαδή μελαγχολικοί. Αλλά πίστευαν επίσης ότι και το άγχος, η διατροφή και οι εποχιακές αλλαγές είναι δυνατόν να επηρεάσουν την ποσότητα της μέλαινας χολής στο σώμα. Οι αρχαίοι

Έλληνες αναγνώριζαν ότι τα διάφορα γεγονότα της ζωής προκαλούν αναστάτωση και ότι η αναστάτωση αυτή επηρεάζει τις σωματικές λειτουργίες, δηλαδή τα επίπεδα της μέλαινας χολής.

Φυσικά, σήμερα δεν πιστεύουμε πλέον ότι η μέλαινα χολή ευθύνεται για την κατάθλιψη. Σήμερα μιλούμε για χημικές αλλαγές στον εγκέφαλο ή, για να χρησιμοποιήσουμε τον επιστημονικό όρο, για τη νευροχημεία του εγκεφάλου. Δυστυχώς, η άποψη ορισμένων σύγχρονων ερευνητών δεν είναι τόσο σύνθετη όσο αυτή των αρχαίων Ελλήνων. Ορισμένοι επιστήμονες υποστηρίζουν ότι η κατάθλιψη προκαλείται αποκλειστικά και μόνο από αλλαγές στη χημεία του εγκεφάλου. Αλλά παρότι γνωρίζουμε πολύ περισσότερα για το τι συμβαίνει στον εγκέφαλο ενός καταθλιπτικού ατόμου, δεν μπορούμε να υποστηρίξουμε ότι αιτία της κατάθλιψης είναι αυτές οι χημικές αλλαγές που συμβαίνουν στον εγκέφαλο. Για παράδειγμα γνωρίζουμε ότι η έκκριση αδρεναλίνης σχετίζεται με το άγχος, αλλά αυτό δεν σημαίνει ότι η αδρεναλίνη είναι το μοναδικό αίτιο του άγχους, ή ότι η μείωση των επιπέδων αδρεναλίνης μπορεί να εξαλείψει το άγχος. Μπορεί, για παράδειγμα, να εκκρίνουμε αδρεναλίνη και στη συνέχεια να βιώσουμε άγχος επειδή ένας κακοποιός θέλει να κλέψει τα χρήματά μας· προκειμένου όμως να απαλλαγούμε από το άγχος αυτό, θα ήταν προτιμότερο να απομακρυνθούμε από τον κακοποιό παρά (ας πούμε) να πάρουμε ένα χάπι.

Το στοιχείο που συχνά απουσιάζει από τις διάφορες θεωρίες για την κατάθλιψη είναι η έννοια της αλληλεπίδρασης μεταξύ του κόσμου στον οποίο ζούμε, του τρόπου με τον οποίο σκεπτόμαστε και νουηματοδοτούμε τα πράγματα, και του σώματός μας. Αν καταφύγετε στο γιατρό, αυτός είναι πιθανό να διαγνώσει κατάθλιψη και να σας χορηγήσει κάποιο φάρμακο· το φάρμακο αυτό μπορεί να βελτιώσει σημαντικά τη διάθεσή σας, να εξομαλύνει τον ύπνο σας, να μειώσει το άγχος σας κ.τλ. Ωστόσο, δεν είναι καθόλου βέβαιο ότι το φάρμακο θα σας βοηθήσει να ανακαλύψετε το αρχικό αίτιο των χημικών αλλαγών, ούτε θα σας διδάξει τρόπους για να μπορέσετε να τις ελέγξετε στο μέλλον.

Από την άλλη, ορισμένοι ψυχολόγοι αποδίδουν την κατάθλιψη αποκλειστικά στον τρόπο σκέψης μας ή στις σχέσεις μας. Αυτοί δεν δίνουν ιδιαίτερη προσοχή στο γεγονός ότι, όταν έχουμε κατάθλιψη, ο εγκέφαλός μας λειτουργεί διαφορετικά. Αλλά το σώμα και ο νους είναι ένα. Για παράδειγμα, όταν οι άνθρωποι νιώθουν άγχος, θυμό, ευθουσιασμό ή σεξουαλική διέγερση, ο εγκέφαλός τους παρουσιάζει αλλαγές. Με άλλο λόγια, σε κάθε ψυχολογική κατάσταση αναλογεί διαφορετική κατάσταση του εγκεφάλου. Το γεγονός ότι ο εγκέφαλός μας λειτουργεί διαφορετικά όταν έχουμε κατάθλιψη σημαίνει ότι η αντιμετώπισή της μπορεί να είναι δύσκολη. Οποσδήποτε ορισμένες φορές τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα είναι πολύ χρήσιμα (υπό την προϋπόθεση ότι ελέγχονται οι παρενέργειες) και σε κάποιες περιπτώσεις θεωρούνται απαραίτητα. Αλλά πρέπει να λαμβάνουμε υπόψη την αλληλεπίδραση τομέων της ζωής μας. Πρέπει να κατανοήσουμε πως αλληλοσυνδέονται ο εγκέφαλος, οι σκέψεις και το κοινωνικό περιβάλλον.

♦ **Οι βιολογικοί Παράγοντες**

Όπως ανέφερα προηγουμένως, στην κατάθλιψη παρατηρούνται αλλαγές στη λειτουργία του εγκεφάλου μας. Επηρεάζεται ο ύπνος μας, επιβραδύνεται η δραστηριότητα των περιοχών του εγκεφάλου που ελέγχουν τις θετικές ενισχύσεις και τα θετικά συναισθήματα, και αυξάνεται η δραστηριότητα των περιοχών που ελέγχουν τα αρνητικά συναισθήματα. Εξαιρετικά σημαντικές είναι οι αλλαγές στον τρόπο μετάδοσης των πληροφοριών στον εγκέφαλο. Η σύγχρονη έρευνα δεν έχει καθορίσει με ακρίβεια όλες τις αλλαγές, αλλά θεωρείται ότι έχουν μεγάλη σημασία οι αλλαγές που παρατηρούνται στις μοναμιμερικές νευρικές οδούς του εγκεφάλου. Μια ολοκληρωμένη νευροχημική περιγραφή είναι μάλλον περίπλοκη, αλλά αυτό που θα μπορούσαμε να πούμε είναι ότι τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα ενεργούν αυξάνοντας τη δραστηριότητα των τμημάτων του μοναμιμερικού τμήματος που ελέγχουν τα θετικά συναισθήματα και μειώνοντας τη

δραστηριότητα των περιοχών που ελέγχουν τα αρνητικά συναισθήματα. Τα διάφορα αντικαταθλιπτικά δεν δρουν όλα με τον ίδιο ακριβώς τρόπο. Το ερώτημα είναι γιατί συνέβησαν αυτές οι αλλαγές στον εγκέφαλο.

Υπάρχουν τρεις τουλάχιστον τρόποι με τους οποίους ο εγκέφαλός μας μπορεί να επηρεαστεί και να μας κάνει ευάλωτους στην κατάθλιψη.

◆ **Τα γονίδια**

Η πρώτη εκδοχή είναι η βιολογική προδιάθεση. Εμφανίζουμε κατάθλιψη επειδή κάτι δεν λειτουργεί καλά στις νευροχημικές ουσίες που παράγει και χρησιμοποιεί ο εγκέφαλός μας. Αυτή η δυσλειτουργία μπορεί να οφείλεται στα γονίδια μας, δηλαδή στα τμήματα του DNA που ελέγχουν ένα τεράστιο αριθμό χημικών διεργασιών. Για να δεχτούμε την άποψη αυτή, θα πρέπει να εξετάσουμε αν η κατάθλιψη παρουσιάζεται σε άτομα που είναι συγγενείς, δηλαδή αν τείνει να είναι κληρονομική.

Η πιο σοβαρή ένδειξη γι' αυτό θα ήταν να παρουσιάζουν ίδιο βαθμό προδιάθεσης για εκδήλωση κατάθλιψης μονοζυγωτικοί (ιδανικοί) δίδυμοι που ανατράφηκαν ξεχωριστά. Τα πράγματα είναι όντως κάπως έτσι : αν διαπιστωθεί ότι ένας από τους δύο μονοζυγωτικούς διδύμους έχει κατάθλιψη, η πιθανότητα να αναπτύξει κατάθλιψη και ο άλλος είναι πολύ μεγαλύτερη από την πιθανότητα που έχει ένα άτομο το οποίο επιλέγεται τυχαία από το γενικό πληθυσμό. Το φαινόμενο αυτό παρατηρείται πολύ πιο έντονα στις πιο σοβαρές μορφές κατάθλιψης (ψυχωσική ή διπολική). Παρόμοια ευρήματα, αλλά σε μικρότερα ποσοστά, αναφέρονται και για τους διζυγωτικούς (απλούς) διδύμους. Σύμφωνα με τα στοιχεία αυτά, επομένως, φαίνεται ότι σε ορισμένες μορφές κατάθλιψης εμπλέκονται και τα γονίδια. Τα γονίδια μπορεί και να επηρεάζουν την «ουδό» ή, αλλιώς, την ευκολία

με την οποία ενεργοποιούνται στον εγκέφαλο καταστάσεις κατάθλιψης εξαιτίας κάποιων γεγονότων της ζωής μας.

Πρέπει να είμαστε προσεκτικοί ώστε, με βάση τα παραπάνω ευρήματα, να μην καταλήξουμε σε υπεραπλουσιεύσεις του τύπου «όλα τα είδη κατάθλιψης είναι κληρονομικά». Κατ' αρχάς, έχει μεγάλη σημασία το πώς ορίζουμε την κατάθλιψη. Δεν ευθύνονται τα γονίδια για όλες τις μορφές της κατάθλιψης, αν και αυξάνονται τα ευρήματα για ύπαρξη γενετικής συνιστώσας, τουλάχιστον σε ορισμένες μορφές κατάθλιψης. Επιπλέον, κάποια άτομα διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο να εμφανίσουν ορισμένες μορφές κατάθλιψης επειδή ένας κοντινός (γενετικά) συγγενής τους υποφέρει από κάποια άλλη πάθηση, συμπεριλαμβανομένων του άγχους και του αλκοολισμού. Ωστόσο, είναι προφανές ότι ο κάθε άνθρωπος έχει μοναδικό γενετικό κώδικα – με εξαίρεση τους μονοζυγωτικούς διδύμους – και ότι ουδείς είναι ακριβές αντίγραφο κάποιου άλλου ανθρώπου. Έρευνες που πραγματοποιήθηκαν σε βρέφη δείχνουν ότι οι διαφορές στην ιδιοσυγκρασία γίνονται εμφανείς από τις πρώτες κιόλας ημέρες της ζωής· για παράδειγμα, ορισμένα βρέφη είναι περισσότερο συνεσταλμένα και επιφυλακτικά, ενώ άλλα επιδεικνύουν μεγαλύτερη τάση για εξερεύνηση.

♦ **Η ανάπτυξη**

Ο ρόλος των γονιδίων είναι θεμελιώδης. Ελέγχουν το χρώμα των ματιών και των μαλλιών μας, είναι υπεύθυνα για την ωρίμανση των γεννητικών μας οργάνων καθώς μεγαλώνουμε κ.ο.κ. Επιπλέον, τα γονίδια παίζουν σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση της προσωπικότητάς μας και καθορίζουν την προδιάθεσή μας για εμφάνιση άγχους και κατάθλιψης. Αλλά ο εγκέφαλος δεν είναι ένα κλειστό σύστημα που ακολουθεί ένα προκαθορισμένο πρότυπο ανάπτυξης ανεξάρτητα με όσα συμβαίνουν στο εξωτερικό περιβάλλον. Είναι γεγονός ότι η ποιότητα και η κορφή των πρώιμων σχέσεών μας επηρεάζουν τη διαμόρφωση των συνδέσεων των νευρικών κυττάρων στον εγκέφαλό

μας. Σήμερα, γνωρίζουμε ότι ο εγκέφαλος διαθέτει μεγάλη πλαστικότητα από αυτή την άποψη. Ο τρόπος ωρίμανσης του εγκεφάλου κατά τη νηπιακή και την πρώιμη παιδική ηλικία εξαρτάται από τα κοινωνικά ερεθίσματα. Ο εγκέφαλος ενός παιδιού που νιώθει ότι το αγαπούν και το θέλουν ωριμάζει διαφορετικά από τον εγκέφαλο ενός παιδιού το οποίο υφίσταται κακοποίηση και νιώθει διαρκεί απειλή.

Η βιολογική προδιάθεση για κατάθλιψη μπορεί να είναι αποτέλεσμα πρώιμων εμπειριών οι οποίες επηρεάζουν την ανάπτυξη και την ωρίμανση του εγκεφάλου. Δεν θα πρέπει όμως να μας καταλαμβάνει απαισιοδοξία για τα ευρήματα αυτά, γιατί οι ψυχολογικές παρεμβάσεις εξακολουθούν να είναι αποτελεσματικές, αφού δεν βοηθούν απλώς τους ανθρώπους να αντιμετωπίσουν τα προβλήματά τους, αλλά τροποποιούν και τα επίπεδα της βιολογικής τους προδιάθεσης.

♦ **Μη ελεγχόμενοι ψυχοπιεστικοί παράγοντες**

Ο εγκέφαλός μας μπορεί να βιώσει μια κατάσταση κατάθλιψης εξαιτίας ορισμένων ψυχοπιεστικών γεγονότων. Πριν από μερικά χρόνια, ο καθηγητής *Martin Seligman* ανακάλυψε ότι τα ζώα που εκτίθενται σε μη ελεγχόμενα ψυχοπιεστικά ερεθίσματα υιοθετούν παθητική στάση και συμπεριφέρονται με τρόπο παρόμοιο με αυτόν των ανθρώπων που έχουν κατάθλιψη. Αυτά τα πολύ σημαντικά ευρήματα εξετάστηκαν στη συνέχεια από άλλους ερευνητές που επιθυμούσαν να βρουν τι είδους αλλαγές συμβαίνουν στον εγκέφαλο των ζώων που εκτίθενται σε μη ελεγχόμενα ψυχοπιεστικά ερεθίσματα. Διαπιστώθηκε ότι ορισμένες αλλαγές ήταν παρόμοιες με αυτές που προκαλεί η κατάθλιψη· για παράδειγμα, μειώνεται η δραστηριότητα των περιοχών που ελέγχουν τα θετικά συναισθήματα και τις θετικές συμπεριφορές. Επιπλέον, άλλα ζώα που εκτέθηκαν στους ίδιους παράγοντες, αλλά που είχαν τη δυνατότητα ελέγχου τους, παρουσίαζαν διαφορετικές

αλλαγές : αύξηση της δραστηριότητας των περιοχών του εγκεφάλου που ελέγχουν τα θετικά συναισθήματα και τις ενεργητικές (αντί τις παθητικές) συμπεριφορές. Οι ίδιοι ψυχοπνευματικοί παράγοντες οι οποίοι ελέγχονται σε μικρότερο ή μεγαλύτερο βαθμό μπορεί να προκαλέσουν εντελώς διαφορετικές αλλαγές σε βιολογικό επίπεδο. Αν αντιμετωπίζετε έναν ψυχοπνευματικό παράγοντα και μπορείτε να κάνετε κάτι για να τον ελέγξετε, ο εγκέφαλός σας θα αντιδράσει εντελώς διαφορετικά. Το κύριο στοιχείο που ευθύνεται για τη διαφοροποίηση των αντιδράσεων είναι οι δυνατότητες αντιμετώπισης της ψυχολογικής μας πίεσης (του στρες)².

4.2 **Αίτια Κατάθλιψης στους εφήβους**

Η κατάθλιψη στον έφηβο μπορεί να εκδηλωθεί εντελώς διαφορετικά από ότι σε έναν ενήλικα. Συνήθως συνδέεται με συγκεκριμένες διαταραχές, όπως ανορεξία, βουλιμία, εθισμό στα ναρκωτικά, βία, δυσκολίες στη μάθηση ή στην αυτοσυγκέντρωση, σεξουαλική σύγχυση κτλ.

Οι ειδικοί διαβεβαιώνουν ότι πολλές από τις καταθλιπτικές φάσεις του εφήβου δεν τροφοδοτούνται από μια πραγματική κατάθλιψη (ασθένεια), αλλά οφείλονται στο άγχος που προκαλεί η ανάγκη για αλλαγή την οποία αισθάνονται όλοι οι νέοι. Ωστόσο, πολλές φορές, παρ' όλο που ο νέος είναι θλιμμένος διαθέτει την απαραίτητη ενεργητικότητα για να επιχειρήσει μια θετική αλλαγή. Έχει την ικανότητα να εκτιμήσει ότι η κατάσταση είναι αρνητική και να διαβλέψει μια λύση που θα τον κάνει να αισθανθεί καλύτερα. Στην περίπτωση αυτή, η θλίψη δεν εξουδετερώνει τη θέληση του νέου, αλλά τον ωθεί να ψάξει επειγόντως για τρόπους και νέες στρατηγικές αντιμετώπισης των προβλημάτων του, να πειραματιστεί με οποιαδήποτε διέξοδο θα του επιτρέψει να ανακαλύψει την πραγματική του ταυτότητα, έναν καλύτερο τρόπο συμπεριφοράς ή πιο ικανοποιητικές σχέσεις, πράγμα που αποτελεί οπωσδήποτε και τη μεγαλύτερη πρόκληση για τους εφήβους. Η πραγματική κατάθλιψη είναι ξένη

προς τη θέληση του ασθενούς, καταπνίγει την ικανότητά του για αντίδραση και τον υποβάλλει σε μεγάλη δοκιμασία⁹.

4.3 Τα αίτια της κατάθλιψης στην τρίτη ηλικία

Τα δυσάρεστα γεγονότα είναι λίγο ως πολύ αναμενόμενα στη διάρκεια της μεγάλης ηλικίας, γι' αυτό και οι περισσότεροι ηλικιωμένοι τα αντιμετωπίζουν, όπως είδαμε, με ψυχραιμία. Ο **Murphy (1982)** υποστηρίζει ότι η εγκαθίδρυση της κατάθλιψης σχετίζεται με κάποιον από τους ακόλουθους παράγοντες : σοβαρά γεγονότα της ζωής, μείζονες κοινωνικές δυσκολίες, κακή υγεία. Πάνω από όλα όμως, ο μείζων παράγων που επηρεάζει την έλευση της ψυχικής διαταραχής είναι ο τρόπος με τον οποίο σκεπτόμαστε για αυτά τα σημαντικά γεγονότα.

Οι λεγόμενες «καταθλιπτικές γνωσίες» είναι εκείνες που οδηγούν το ηλικιωμένο άτομο σε κάποια μορφή κατάθλιψης μέσα από τις ακόλουθες τρεις οδούς :

1. Μη Ρεαλιστικές προσδοκίες. Για παράδειγμα, το άτομο που νομίζει ότι με τη σύνταξη θα απαλλαγεί από τους περιορισμούς και τις πιέσεις, που ως εργαζόμενος είχες υποστεί, και θα εισέλθει σε κάποιο παράδεισο διαφεύδεται οικτρά.
2. Απόδοση υπερβολικού νοήματος σε καθημερινά γεγονότα. Για παράδειγμα, η ηλικιωμένη γυναίκα που νομίζει ότι οι γειτόνισσες την σχολιάζουν, οι φίλες την αποφεύγουν και τα παιδιά της παραλείπουν να την επισκεφθούν, κινδυνεύει να πιστέψει ότι όλα αυτά είναι γεγονότα της πραγματικότητας.
3. Αξίες τις οποίες θεωρεί ξεπερασμένες, άρα συνιστούν απαξίες. Για παράδειγμα : «Μόνο ως εργαζόμενος αξίζεις κάτι για την κοινωνία», «Ο ρόλος της πεθεράς είναι άχαρος», «Από τώρα και για την υπόλοιπη ζωή μου όλοι θα με θεωρούν γέρο». Όλα αυτά συνιστούν γνωσίες που δεν αποδίδουν τιμή, περηφάνια και αξία στον ηλικιωμένο, αφού απηχούν κοινωνικές απαξίες.

Εκτός από τις πρωτογενείς καταθλιπτικογενείς γνωσίες, ο ηλικιωμένος αναπτύσσει και δευτερογενή συμπτώματα κατάθλιψης. Όπως εξηγούν οι Hanley και Baikie (1984), στο κεφάλαιο «*Understanding and treating depression in the old*» οι ηλικιωμένοι που «βομβαρδίζουν» το συναίσθημά τους με καταθλιπτικογενείς γνώσεις, αργά ή γρήγορα, αποκτούν αίσθημα κατωτερότητας και χαμηλό αυτοσυναίσθημα. Παράλληλα η ενεργοποίηση της συγκινησιακής εμπειρίας προκαλεί την κλινική εικόνα (εμφάνιση) της κατάθλιψης. Ακόμη και η όψη του καταθλιπτικού μαρτυρεί τη συναισθηματική του κατάσταση. Ο καταθλιπτικός ηλικιωμένος δεν εισπράττει «αμοιβή» για κάποια συμπεριφορά που επιδεικνύει, ενώ αντίθετα επισύρει τη συμπάθεια των γύρω για τη φυσική αδυναμία του. Η συμπάθεια όμως ισχυροποιεί την κατάθλιψη, επειδή υποδαυλίζει την τάση του ηλικιωμένου να θλίβεται για την κατάστασή του. Επιπλέον, ερμηνεύει την κατάσταση του ως άκρως καταστροφική και ανεξέλεγκτη. Καθώς δε η κατάθλιψη κάνει αισθητή την παρουσία της στο πρόσωπό του, τον καθιστά απωθητικό στους άλλους, με αποτέλεσμα εκείνοι να τον αποφεύγουν. Τούτο έχει ως συνέπεια να μειώνεται ακόμη περισσότερο το ποσό θετικής ενίσχυσης που έχει διαθέσιμο, για παράδειγμα, από άποψη κοινωνικών επαφών. Με αυτό τον τρόπο μειώνονται οι πηγές από τις οποίες δέχεται ψυχοκοινωνική υποστήριξη και ενδιαφέρον. Εξάλλου, οι περισσότεροι ηλικιωμένοι έχουν την τάση να κάνουν απολογισμό του παρελθόντος και να σκέπτονται έντονα το παρόν, διατυπώνοντας αξιολογικές κρίσεις. Εάν η συνολική εκτίμηση των καταστάσεων είναι θετική, τότε ηρεμούν και δεν αναπτύσσουν αρνητικές γνωσίες. Εάν όμως η συνολική εκτίμηση είναι αρνητική, τότε εμφανίζονται ευάλωτοι στην εισβολή καταθλιπτικογενών γνωσιών¹¹.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ

5.1 Γενικά

Η αυτοκτονία αποτελεί την αιτία του 1% των θανάτων. Φαίνεται ότι κοινωνικοί και πολιτισμικοί παράγοντες επηρεάζουν ουσιαστικά τον κίνδυνο της αυτοκτονίας. Έτσι για την Αίγυπτο και την Ιρλανδία αναφέρεται συχνότητα αυτοκτονιών 10 ανά 100.000 κατοίκους, που για την Ουγγαρία ανεβαίνει στο 35. Για τη χώρα μας αναφέρεται συχνότητα 5,86 για τους άνδρες και 1,89 για τις γυναίκες ανά 100.000 κατοίκους. Ο αριθμός αυτός οπωσδήποτε δεν είναι πραγματικός, αφού πολλές αυτοκτονίες δεν αναφέρονται ως αιτίες θανάτου για λόγους θρησκευτικούς και κοινωνικούς.

Οι άγαμοι έχουν διπλάσιες πιθανότητες για αυτοκτονία σε σχέση με τους έγγαμους, ενώ οι διαζευγμένοι, χωρισμένοι ή χήροι, αυτοκτονούν 4-5 φορές συχνότερα. Φαίνεται ότι ο γάμος, με τη συναισθηματική και πρακτική στήριξη του και την αύξηση της υπευθυνότητας για τα άλλα μέλη της οικογένειας, προστατεύει από την αυτοκτονία.

Σε κάθε συντελεσμένη αυτοκτονία αναλογούν 20-25 απόπειρες, ενώ υποστηρίζεται ότι πολλά ατυχήματα είναι συγκαλυμμένες αυτοκτονίες. Ο αυτοκτονικός ιδεασμός και οι απόπειρες αυτοκτονίας συνδέονται συχνά με καταθλιπτικές διαταραχές, και αυτό αποτελεί μεγάλο κοινωνικό πρόβλημα. Ο αυτοκτονικός ιδεασμός δεν είναι ένα στατικό φαινόμενο αλλά αυξομειώνεται. Η απόφαση να αποπειραθεί κάποιος αυτοκτονία μπορεί να ληφθεί τελείως παρορμητικά, χωρίς πολλή σκέψη, ή να είναι το αποτέλεσμα μακρόχρονης σκέψης και σχεδιασμού⁴.

Η ακμή των αυτοκτονιών, δηλαδή η μεγαλύτερη συχνότητα αυτοκτονιών, εμφανίζεται στην αρχή της άνοιξης. Όπως ανέφερε ο T.S.Elliot : «Ο Απρίλης είναι ο σκληρότερος μήνας που φέρνει τις πασχαλιές». Πολλές αυτοκτονίες οφείλονται σε κατάθλιψη ή

αλκοολισμό και τοξικομανία (όπου συχνά υποκρύπτεται κατάθλιψη). Το συναρπαστικό είναι ότι η ακμή των αυτοκτονιών ποικίλλει από χώρα σε χώρα και επηρεάζεται από το γεωγραφικό πλάτος. Αν εξετάσουμε το Oslo, η ακμή των αυτοκτονιών έχει μετατοπιστεί αργότερα ένα ή δυο μήνες, ενώ στη Νέα Γη του Καναδά (που είναι νεφοσκεπής) η ακμή παρατηρείται στα μέσα Ιουλίου, ακριβώς το μήνα που αυθίζουν εκεί οι πασχαλιές¹².

Μια αρκετά πρόσφατη μελέτη ανάλυσης 19.943 αυτοκτονιών και 1.462 ανθρωποκτονιών στο Βέλγιο, κατά την περίοδο 1979 – 1987, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι οι βίαιες αυτοκτονίες (απαγχονισμός, στραγγαλισμός, πτώση από ύψος, πυροβόλα όπλα κτλ.) παρουσιάζουν εποχικότητα, σε αντίθεση με τις μη βίαιες αυτοκτονίες (δηλητηρίαση, ασφυξία κ.α.) και ανθρωποκτονίες, οι οποίες δεν ακολουθούν κάποια περιοδικότητα. Αν και φαίνεται αρκετά λογικό, η βίαιη επιλογή μεθόδου αυτοκτονίας να παρουσιάζει κάποια περιοδικότητα, μέσα στα πλαίσια της ποσορμητικής συμπεριφοράς, τέτοιες διαπιστώσεις δεν θα πρέπει να γενικεύονται, αφού είναι γνωστό ότι και άλλοι παράγοντες παίζουν σημαντικό ρόλο στην επιλογή της μεθόδου αυτοκτονίας, όπως για παράδειγμα η πρόσβαση στις διάφορες μεθόδους όπως όπλα, δηλητήρια κ.ο.κ.

Μια ιδιαίτερη οντότητα της εκδηλουμένης βίας που σχετίζεται με την κατάθλιψη είναι γνωστή ως «φαινόμενο αυτοκτονίας ανθρωποκτονίας». Ο Rosenbaum (1968) μελέτησε τέτοιες περιπτώσεις ανθρωποκτονιών στις οποίες οι δράστες μετά την ανθρωποκτονία αυτοκτόνησαν, και τις συνέκρινε με αντίστοιχες περιπτώσεις δραστών οι οποίοι μετά την ανθρωποκτονία αποπειράθηκαν ανεπιτυχώς να αυτοκτονήσουν. Στην ομάδα των αυτοχειρών το ποσοστό καταθλιπτικής νόσου ήταν κατά 75% υψηλότερο από αυτό των αποπειρών. Σε μια μεταγενέστερη μελέτη ο Coid (1983) συνέκρινε τα στοιχεία από 10 διαφορετικές χώρες, όπου η αναλογία των ανθρωποκτονιών κυμαινόταν από 0,39/100.000 έως και 6,10/100.000 πληθυσμού. Παρά τις σημαντικότερες αποκλίσεις στις αναλογίες των ανθρωποκτονιών (πέραν του 15πλάσιου) μεταξύ των διαφόρων χωρών, η αναλογία του

φαινομένου αυτοκτονίας – ανθρωποκτονίας παρέμενε αξιοσημείωτα σταθερή 0,1/100.000 πληθυσμού. Η πιθανότερη ερμηνεία των ευρημάτων είναι ίσως ότι αυτή η αντιστοιχία αντανακλά τη σταθερή επίπτωση της ψυχικής νόσου στις διάφορες χώρες, η οποία είναι ανεξάρτητη από τη βία που σχετίζεται με κοινωνικές και πολιτισμικές παραμέτρους. Ένα ακόμη συμπέρασμα που προκύπτει από τη σημαντική αυτή μελέτη είναι ότι όσο υψηλότερο είναι το ποσοστό των ανθρωποκτονιών σε μια χώρα τόσο μικρότερο είναι το ποσοστό του φαινομένου ανθρωποκτονίας – αυτοκτονίας, ή γενικότερα μπορεί να υποστηριχθεί ότι περισσότερο ένας πληθυσμός εξωστρέφει την επιθετικότητά του τόσο λιγότερο την ενδοστρέφει.

Κάποιοι συγγραφείς αμφισβητούν την έννοια της αλτρουιστικής αυτοκτονίας στα πλαίσια του φαινομένου ανθρωποκτονίας – αυτοκτονίας, τονίζοντας τη συχνότητα των άλυτων συγκρούσεων και των

μακροχρόνιων αποτυχημένων σχέσεων ειδικά στις περιπτώσεις ανδρών οι οποίοι σκοτώνουν τις



συντρόφους τους. Σε αυτές τις περιπτώσεις, αν και η διαπίστωση καταθλιπτικής διαταραχής είναι σταθερό εύρημα, εν τούτοις δεν χαρακτηρίζεται πάντα από ψυχωτικά συμπτώματα αλλά από διαταραχή της προσωπικότητας και χρόνια προβλήματα σχέσεων. Η άποψη ότι οι αυτό – ή έτερο – καταστροφικές εκδηλώσεις μιας ψυχιατρικής νόσου είναι συχνά συνηγοεξαρτώμενες και αποτελούν μια ανατροπή της αμυντικής ικανότητας του ατόμου απέναντι σε

πλήθος ψυχοπιεστικών παραγόντων είναι ευρύτατα διαδεδομένη. Ειδικά για την καταθλιπτική νόσο η ανατροπή της ισορροπίας είναι αποτέλεσμα της αδυναμίας αντίστασης σε κοινούς ψυχοπιεστικούς παράγοντες, όπως η ανεργία, η μοναχικότητα, οι δυσκολίες σχέσεων, ο αλκοολισμός, κτλ. Τα τελευταία χρόνια, κερδίζει συνεχώς έδαφος η άποψη ότι υφίσταται επιπρόσθετα σημαντικό βιολογικό υπόβαθρο σε κάθε είδος εκδήλωσης παρορμητικής βίας, το οποίο αφορά κεντρική σεροτονουργική δυσλειτουργία¹³.

Φαντασιώσεις σχετικά με το θάνατο :
«Θα σκοτωθώ και τότε θα με κλαίτε»

Πολλοί νέοι φλερτάρουν με την ιδέα του θανάτου και πετούν στον αέρα σχόλια ή απειλές στην προσπάθειά τους να εκδικηθούν για την πραγματική ή φανταστική κακή συμπεριφορά των άλλων, να τραβήξουν την προσοχή όποιου δεν τους προσέχει ή να παίξουν με το απαγορευμένο.

- **«Δεν φοβάμαι να πεθάνω».**
- **«Προτιμώ να πεθάνω, παρά να συνεχίσω να ζω σ' αυτό το σπίτι».**

Οι περισσότεροι δεν έχουν πραγματικά την πρόθεση να βάλουν τέλος στη ζωή τους : Οι απειλές αυτές δεν είναι παρά για δική τους παρηγοριά. Οι αυταρχικοί γονείς, ο αδιάφορος φίλος /η, ο προδότης κολλητός τους : όλοι θα κλάψουν όταν θα είναι πλέον πολύ αργά. «Θα μετανιώσουν πίκρα για το άδικο φέροσινό τους και δεν θα ησυχάσουν ποτέ στη ζωή τους».

Μερικοί έχουν στο μυαλό τους μια εικόνα ρομαντική, γοητευτική για το θάνατο. Όταν μαθαίνουν ότι ένα παιδί της ηλικίας τους αυτοκτόνησε, ο αυτόχειρας φαντάζει ήρωας και όχι θύμα της δυστυχίας. Οι περισσότεροι έφηβοι δεν καταλαβαίνουν και πολύ καλά

τι σημαίνει θάνατος, τι σημαίνει να παύεις να υπάρχουν από τη μια στιγμή στην άλλη. Θέλουν να εξαφανιστούν, αλλά όχι για πάντα.

5.2 Ποιο μήνυμα κρύβεται πίσω από μια απειλή αυτοκτονίας ;

Στα μάτια των τρίτων, οι περισσότερες απειλές των νέων για αυτοκτονία κρύβουν σκοτεινά αίτια. Συχνά η πρόθεση να βάλουν τέρμα στη ζωή τους είναι λιγότερο έντονη από την αιτία που τους ωθεί να τη σκέφτονται ως λύση. Οι ειδικοί μιλούν για δέκα τουλάχιστον λόγους για τους οποίους ένας νέος μπορεί να φλερτάρει με τον θάνατο. Κανένας από αυτούς δεν αποκλείει την ύπαρξη των άλλων. Στη συνέχεια θα αναφέρουμε τους σημαντικότερους :

Χειραγώγηση

Όταν ο νέος δεν επιτυγχάνει έναν σημαντικό γι' αυτόν στόχο επειδή αισθάνεται ότι κάποιο πρόσωπο ή κάποια κατάσταση δεν του το επιτρέπουν, μπορεί να απειλήσει ότι θα αυτοκτονήσει, χωρίς να έχει πραγματικά την πρόθεση να εγκαταλείψει για πάντα τούτο τον κόσμο. Αυτό το είδος απειλής έχει στόχο να επηρεάσει τη συμπεριφορά του άλλου, να τραβήξει την προσοχή του, να του προειδοποιήσει ή να τον τιμωρήσει. Πρόκειται για μια απεγνωσμένη προσπάθεια να κυριαρχήσει σε μια κατάσταση απέναντι στην οποία αισθάνεται ανήμπορος.

Μερικοί νέοι σ' αυτήν την κατάσταση μπορεί να προχωρήσουν ένα βήμα πιο πέρα από την απλή λεκτική απειλή. Για παράδειγμα, παίρνουν μεγάλη δόση χαπιών ή κλείνονται στο γκαράζ και ανάβουν τη μηχανή του αυτοκινήτου. Ωστόσο, προσέχουν να το κάνουν λίγο πριν το βραδινό φαγητό, με τη σιγουριά ότι η μητέρα τους, βλέποντας ότι δεν εμφανίζονται στο τραπέζι, θα τους αναζητήσει. Ή κλείνονται στην τουαλέτα του σχολείου για να κόψουν τις φλέβες τους ακριβώς πριν αρχίσουν τα μαθήματα, οπότε η απουσία τους θα γίνει αμέσως

αισθητή. Με τον τρόπο αυτό, εξασφαλίζουν τον πρωταγωνιστικό ρόλο που πάντα επιθυμούσαν, ενώ σχεδόν πάντα έχουν την πρόθεση να ζήσουν για να χαρούν αυτό το έπαθλο. Απόδειξη είναι ότι συνήθως έχουν τελειώσει τα μαθήματά τους για την επόμενη ημέρα, έχουν συμφωνήσει να πάνε με φίλους σε ένα πάρτι το Σαββατοκύριακο ή έχουν κάνει σχέδια που τους ενδιαφέρουν πολύ και τα οποία δεν έχουν καμία πρόθεση να εγκαταλείψουν.

Φωνή για βοήθεια

Αυτό το είδος νέου επιθυμεί την προσοχή που δεν έχει εισπράξει μέχρι τώρα, γιατί δεν μπορεί ή δεν ξέρει να εκφράσει την απογοήτευση και τον φόβο του έτσι ώστε να εισακουστεί. Σε μια τελευταία προσπάθεια να αλλάξει τις συνθήκες προς όφελός του και αφού έχει δοκιμάσει αρκετές φορές χωρίς αποτέλεσμα, παίρνει χάπια, σκαρφαλώνει στο κιγκλίδωμα μιας γέφυρας κλπ. Και, ακριβώς όπως και στην προηγούμενη περίπτωση, το κάνει έχοντας εξασφαλίσει εκ των προτέρων ότι σύντομα θα καταφθάσει βοήθεια.

Ο έφηβος που χρησιμοποιεί την απόπειρα αυτοκτονίας σαν έκκληση για βοήθεια, δεν καταφεύγει συνήθως σε θανατηφόρες μεθόδους. Το πρόβλημα είναι ότι η έλλειψη εμπειρίας μπορεί να τον κάνει να διαπράξει ένα λάθος, σχεδόν πάντα απρόβλεπτο, (έναν κακό συνδυασμό φαρμάκων που αποβαίνει μοιραίος, παρ' όλο που ο έφηβος δεν το ήξερε), καταστρέφοντας τη ζωή του. Η απελπισία και το άγχος του βελτιώνονται σημαντικά όταν η οικογένειά του, τρομοκρατημένη μετά την απόπειρα, εισακούσει το αίτημα ή τον εμπιστεύεται στα χέρια ενός θεραπευτή, ο οποίος τον βοηθά να αντιμετωπίσει το πρόβλημα.

Στοιχείμα

Μερικοί έφηβοι φθάνουν στο χείλος της αβύσσου για να εντυπωσιάσουν, να αισθανθούν σημαντικοί μπροστά στους φίλους ή στους γονείς τους. Μοιάζουν να ζουν σε μια διαρκή πρόκληση. Η ζωή τους είναι σαν να ξετυλίγεται μαύρη, μοναχική, άδεια και μέσα σε

διαρκή συναισθηματική πλήξη. Προσπαθούν να αντιμετωπίσουν προσωρινά την κατάσταση ριψοκινδυνεύοντας τη ζωή τους (και τη ζωή των γύρω τους) με ακραίες πράξεις.

Έλκονται από οποιαδήποτε συμπεριφορά συνεπάγεται υψηλό κίνδυνο και σκανδαλίζει τους γύρω τους, και την υιοθετούν επιδεικτικά : οδηγούν με ιλιγγιώδη ταχύτητα στο αντίθετο ρεύμα, κάνουν κοψίματα με το μαχαίρι στο λαιμό, στο πρόσωπο, στα χέρια ή σε οποιαδήποτε άλλο ορατό σημείο, περπατούν στις σιδηροδρομικές γραμμές ακριβώς την ώρα που είναι να περάσει το τρένο κλπ.

Διαβεβαιώνουν ότι δε φοβούνται τον θάνατο ακόμα κι όταν τους εξηγεί κανείς με σαφήνεια τις θλιβερές συνέπειες που μπορούσε να έχει η συμπεριφορά τους και δεν δείχνουν καμία διάθεση να αλλάξουν τρόπο ζωής.

Τιμωρία

Ο νέος αυτός αρχίζει να μισεί ένα συγκεκριμένο πρόσωπο ή γεγονός ενάντια στο οποίο δεν μπορεί ή δεν ξέρει να παλέψει. Δεν το εκφράζει όμως, ανοιχτά κι έτσι η οργή συσσωρεύεται μέσα του μέχρι που κυριεύει την ψυχή του. Μισεί τον άλλο και ταυτόχρονα καταλήγει να μισεί τον ίδιο του τον εαυτό, επειδή δεν είναι ικανός να διορθώσει τη κατάσταση. Το αρνητικό συναίσθημα γίνεται στο τέλος τόσο έντονο, που δεν βλέπει άλλη λύση από την τιμωρία. Μέσα από την αυτοκτονία τιμωρεί τον ίδιο του τον εαυτό και ταυτόχρονα το μισητό πρόσωπο, κάνοντάς το να μοιραστεί την απελπισία και τον πόνο του, αναγκάζοντάς το να κλάψει για την τραγωδία. Μέσα από την απόπειρα αυτοκτονίας προσπαθεί να κάνει με τον άλλο έναν διάλογο που δεν κατάφερε να εκφραστεί με άλλον τρόπο.

Ο νέος που ανήκει σ' αυτήν την κατηγορία μπορεί να γράψει προηγουμένως ένα σημείωμα, το οποίο θα αφήσει σε εμφανές σημείο κοντά το σημείο της απόπειρας.

«Αγαπημένε μου μπαμπά, ξέρω ότι θα κλάψεις όταν θα δεις ότι σκοτώθηκα επειδή έφυγες από το σπίτι. Αλλά τώρα μπορείς να

μείνεις ήσυχος. Δεν χρειάζεται πια να τσακώνεσαι μαζί μου, ούτε θα σε ξαναπικράνω. Ελπίζω αυτό να σε κάνει ευτυχισμένο. Σ' αγαπώ μπαμπά. Χούλια».

Στο σημείωμα συνήθως αναφέρεται τόσο η αδικία της οποίας έχει πέσει θύμα (με εγκατέλειψες), όσο και η πράξη – τιμωρία προς τον εαυτό του

«Πρέπει να κάνω αυτή την οδυνηρή θυσία»
- και προς τον άλλο
-«Ξέρω ότι θα κλάψεις, σκοτώνομαι εξαιτίας σου».

Κατανάλωση ναρκωτικών – ψύχωση

Σ' αυτό το είδος εφήβου ο πόνος της ψυχής είναι πολύ μεγαλύτερος από οποιοδήποτε άλλο στρεσογόνο εξωτερικό γεγονός. Ο ψυχωτικός νέος χάνει την επαφή του με την πραγματικότητα, ακούει συνεχώς εσωτερικές φωνές που του λένε να αυτοκτονήσει και τον υποβάλλουν σε ένα ανυπόφορο μαρτύριο.

Η χρήση και η κατάχρηση παραισθησιογόνων ναρκωτικών μπορεί να γίνουν αιτία για ένα κακό ταξίδι, επικίνδυνο κυρίως επειδή οδηγεί τη ζωή του χρήστη σε ένα μαύρο πηγάδι, στον πάτο του οποίου παραμονεύει ο θάνατος.

Αντίδραση σε μια απώλεια

Ο θάνατος ενός αγαπημένου προσώπου μπορεί να βυθίσει τον νέο σε τέτοια απόγνωση ώστε να πέσει στα δίχτυα της κατάθλιψης. Η ζωή παύει να έχει νόημα αφού δεν είναι μαζί μ' αυτόν που έχει χάσει.

- Μιλούσαμε για τα πάντα. Ήταν ο μοναδικός άνθρωπος στον κόσμο που δεν μου έκανε κριτική, που με καταλάβαινε. Τώρα πια δεν έχω κανέναν.

Μόνο σ' εκείνου (ή σ' εκείνη) έβρισκε παρηγοριά και κατανόηση. Η απώλεια του ρίχνει σε μια κατάσταση απελπισίας, απομόνωσης, κενού.

Χωρίς τη συντροφιά του ανθρώπου που χάθηκε, τίποτα πια δεν τον διεγείρει, ούτε τον ευθουσιάζει αρκετά. Σ' αυτή την ψυχολογική κατάσταση μπορεί να φαντασιώνεται (συνειδητά ή ασυνειδητά) ότι ξαναβρίσκεται μ' αυτόν που έχασε σε ένα άλλο κόσμο πέρα από τον θάνατο.

Αντίδραση σε ένα επείγον πρόβλημα

Σε μερικές περιπτώσεις, ο νέος βρίσκεται μπροστά σε ένα πρόβλημα που, αν και στα μάτια των άλλων μπορεί να φαίνεται μικρό, καταλήγει να υποσκάψει τη θέληση ή τον ευθουσιασμό αυτού που το αντιμετωπίζει. Υποφέρει από αισθήματα ενοχής και από συναίσθημα κατωτερότητας – «Δεν είμαι ικανός». Είναι η περίπτωση αυτού που προσπαθεί να βάλει τέλος στη ζωή του λόγω των κακών βαθμών στο σχολείο, της απόρριψης από την παρέα ή των δύσκολων οικογενειακών σχέσεων. Οι αιφνιδιασμένοι γονείς βασανίζονται από τις ενοχές.

– «Νομίζω ότι είχαμε υπερβολικές απαιτήσεις από αυτόν»· «Ημαστε πολύ αυστηροί».

Προχωρώντας σε απόπειρα αυτοκτονίας, αυτός ο τύπος εφήβου δεν θέλει να βάλει ένα τέλος στη ζωή του, αλλά στο πρόβλημα : πέρα από το συγκεκριμένο, η υπόλοιπη ζωή του τον ικανοποιεί. Απλώς δεν ξέρει με ποιον τρόπο θα μπορέσει να χειριστεί με θετικό τρόπο την αγωνία του.

Βία

Αυτός ο τύπος εφήβου δεν θέλει να τραβήξει την προσοχή, ούτε να γυρίσει την κατάσταση προς όφελος του. Θέλει απλώς να δώσει ένα μάθημα. Στην περίπτωση αυτή, η βία υπάρχει και από τις δυο πλευρές. Ο νέος μπορεί να είναι θύμα και ο ίδιος κακοποίησης και από την πλευρά του κακομεταχειρίζεται τον άλλο. Η επιθυμία να πεθάνει δεν είναι τόσο δυνατή όσο η επιθυμία να τρομοκρατήσει τον εχθρό και, σε κάποιες περιπτώσεις, μπορεί να συνοδεύεται και από φαντασιώσεις περί δολοφονίας⁹.

Είναι αξιοσημείωτο ότι τα αγόρια πραγματοποιούν, σε μεγαλύτερα ποσοστά έναντι των κοριτσιών, επιτυχημένες απόπειρες αυτοκτονίας. Οι έφηβοι που είχαν επιδείξει μια αυτοκαταστροφική συμπεριφορά βρέθηκαν να εμφανίζουν καταθλιπτικό συναίσθημα.

Πίνακας 14. Ατομικά και οικογενειακά χαρακτηριστικά των εφήβων που ανέφεραν ότι αποπειράθηκαν να αυτοκτονήσουν.

Χαρακτηριστικά	Σύνολο δείγματος	Έφηβοι που αποπειράθηκαν
Ατομικά		
1. Πηγαίνει σχολείο	86,8	46,7
2. Αναφέρει δυο ή περισσότερα προβλήματα από οιοπνευματώδη	7,8	34,3
3. Προηγούμενη χρήση παράνομων ουσιών.	2,8	10,5
4. Προηγούμενη χρήση νόμιμων ουσιών.	5,1	25,8
5. Προηγούμενη επίσκεψη σε ψυχιατρικές υπηρεσίες.	12,3	30,5
6. Προηγούμενη νοσηλεία σε ψυχιατρική κλινική.	-	-
7. Νοσούν από σωματική αρρώστια.	9,2	15,3
Οικογενειακά		
8. Ιστορικό ψυχικής νόσου.	17,8	35,1
9. Ιστορικό σωματικής νόσου.	35,4	56,7
10. Υπερβολική χρήση αλκοόλ.	21,0	32,4
11. Χρήση παράνομων ουσιών.	1,3	3,0
12. Χρήση ηρεμιστικών ουσιών.	39,4	58,6
13. Οι γονείς υπήρξαν μετανάστες.	14,5	19,0
14. Διαζύγιο γονέων.	2,4	15,0

15.	Απών ο πατέρας.	13,2	20,5
16.	Θάνατος ενός ή και των δυο γονέων πριν τα δεκαπέντε.	3,9	2,8

Η ύπαρξη καταθλιπτικού συναισθήματος μπορεί εξάλλου να χρησιμεύσει ως εξωτερικό κριτήριο εγκυρότητας για την ακρίβεια της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς που αναφέρουν οι έφηβοι. Τα ατομικά και οικογενειακά χαρακτηριστικά των εφήβων που είχαν αποπειραθεί να αυτοκτονήσουν παρουσιάζονται στον πίνακα 14. Οι έφηβοι που είχαν κάποτε αποπειραθεί να αυτοκτονήσουν είχαν εγκαταλείψει το σχολείο, είχαν αναφέρει προηγούμενη χρήση νόμιμων και παράνομων ουσιών και είχαν πάρα πολλά προβλήματα από την υπερβολική κατανάλωση οινοπνευματωδών. Στην οικογένειά τους υπήρχαν μέλη που έπασχαν από ψυχική νόσο, χρησιμοποιούσαν ηρεμιστικά, ενώ τα ποσοστά διαζυγίων των γονιών ήταν περισσότερα¹⁰.

«Είχαν ποτέ στη ζωή τους κάποιο σοβαρό ψυχολογικό πρόβλημα και αν ναι, τι έκαναν γι' αυτό ;»

	Σ	Α	Κο
	ύ	γ	ρίτ
	ν	ό	σια
	ο	ρ	(69
	λ	ι	1)
	ο	α	
	((
	1	6	
	.	3	
	3	4	
	2)	
	5		
)		
Αναφέρουν ότι είχαν κάποιο σοβαρό ψυχολογικό πρόβλημα στη ζωή τους.	2 1 ,	2 0 ,	23, 0

	7	2	
ΓΙΑ ΟΣΟΥΣ ΑΠΑΝΤΗΣΑΝ ΟΤΙ ΕΧΟΥΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑ			
Αναφέρουν ότι το πρόβλημα συνεχίζει να υπάρχει και στους 12 τελευταίους μήνες.	3 9 , 6	2 7 , 7	49, 4
Επισκέφθηκαν Νευρολόγο – Ψυχίατρο ή άλλο γιατρό για το ψυχολογικό τους πρόβλημα τους 12 τελευταίους μήνες.	1 2 , 3	2 , 8	16, 7
- Μόνο Νευρολόγο – Ψυχίατρο	5 , 3	*	7,7
- Μόνο άλλο γιατρό.	9 , 2	2 , 8	12, 3
ΓΙΑ ΟΣΟΥΣ ΕΠΙΣΚΕΦΘΗΚΑΝ ΓΙΑΤΡΟ			
Έχουν πάρει φάρμακα με σύσταση γιατρού για το ψυχολογικό τους πρόβλημα τους 12 τελευταίους μήνες.	2 6 , 3	*	29 ,4

Αυτοκτονία. Ιδιαίτερης σημασίας άρα όταν εξετάζουμε καταθλιπτικούς ασθενείς, είναι η πιθανότητα για αυτοκτονία. Το να είμαστε προσεκτικοί για την πιθανότητα αυτοκτονίας είναι επιτακτικό, όταν εξετάζουμε κάθε καταθλιπτικό ασθενή, ακόμα και όταν δεν υπάρχει εμφανής αυτοκτονική επικινδυνότητα. Ο εξειαστής πρέπει να ζητήσει να μάθει με κάποιες λεπτομέρειες σχετικά με την ύπαρξη αυτοκτονικών σκέψεων. Ο ψυχίατρος πρέπει να ρωτήσει συγκεκριμένα «Έχετε τώρα σκέψεις αυτοκτονίας, ή έχετε σχέδια να αυτοκτονήσετε ;» Ένα σημείωμα αυτοκτονίας, ένα οικογενειακό ιστορικό αυτοκτονίας ή προηγούμενη αυτοκτονική συμπεριφορά εκ μέρους του ασθενούς αυξάνει τον κίνδυνο της αυτοκτονίας. Ένδειξη παρορμητικότητας ή διάχυτος πεσσιμισμός σχετικά με το μέλλον, επίσης βάζει τους ασθενείς σε κίνδυνο. Εάν αποφασίσει ο ψυχίατρος ότι ο ασθενής

βρίσκεται σε άμεσο κίνδυνο για αυτοκτονική συμπεριφορά, ο ασθενής πρέπει να νοσηλευθεί ή με κάποιο τρόπο να προστατευθεί. Μια περισσότερο δύσκολη κατάσταση προκύπτει όταν δεν φαίνεται να υπάρχει ένας άμεσος κίνδυνος, αλλά η πιθανότητα για αυτοκτονία είναι παρούσα όσο ο ασθενής παραμένει καταθλιπτικός. Εάν η απόφαση είναι να μην νοσηλευθεί ο ασθενής, ο γιατρός πρέπει να επιμείνει στο να υποσχεθεί ο ασθενής να ειδοποιήσει οποιαδήποτε στιγμή αυξάνεται η επιθυμία της αυτοκτονίας. Είναι σύνηθες για τον ασθενή σε τέτοιες καταστάσεις να είχε μια κρίση μετά τα μεσάνυχτα και να καλέσει το γιατρό, ο οποίος πρέπει να διαβεβαιώσει τον ασθενή ότι μπορεί να έρθει σε επαφή μαζί του όλες τις ώρες. Έχοντας καθοριστεί ότι ο γιατρός είναι πράγματι διαθέσιμος, ο ασθενής συχνά ευθαρρύνεται και μπορεί έτσι να ελέγχει καλύτερα τις παρορμήσεις και να χρησιμοποιήσει τακτικές προγραμματισμένες συνεδρίες για την εξερεύνηση των αυτοκτονικών συναισθημάτων¹⁴.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6°

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

6.1 Θεραπεία της κατάθλιψης

Ακολουθώντας το κλινικό μοντέλο κατάθλιψης, θα λέγαμε ότι τα συμπτώματα της κατάθλιψης έχουν πολλές διαστάσεις. Με στόχο, τώρα, τη θεραπευτική προσέγγιση του καταθλιπτικού ασθενή είναι, ίσως χρήσιμο ν' αναφέρουμε τις διαστάσεις των συμπτωμάτων της κατάθλιψης που περιέγραψε ο **Klerman** : ψυχοφυσιολογική διάσταση (αϋπνία ή υπερυπνία, απώλεια βάρους, σωματικές διαταραχές, ψυχοκινητική επιβράδυνση κτλ.), συναισθηματική (καταθλιπτική διάθεση, ενοχή, απωθημένος θυμός, άγχος), γνωστική (αρνητικές απαισιόδοξες σκέψεις και νοσηρές ενασχολήσεις), διαπροσωπική (κοινωνική απόσυρση, ανημπόρια) και συμπεριφορική (μειωμένη δραστηριότητα, αυξημένη εξάρτηση, αυτοκαταστροφικές πράξεις).

Καθώς είναι φανερό ότι άλλες από αυτές τις κλινικές εκδηλώσεις μπορεί να βοηθηθούν καλύτερα με φαρμακοθεραπεία κι άλλες με ψυχοθεραπεία, θα λέγαμε, ότι στη θεραπεία της κατάθλιψης γενικά, δεν θα μπορούσε κατ' αρχήν με κανένα τρόπο να επικρατήσει η άποψη μόνο φαρμακοθεραπεία ή μόνο ψυχοθεραπεία. Γνωρίζουμε, π.χ., ότι παραληρητικές ιδέες διώξης ή μηδενισμού μπορεί να βοηθηθούν καλύτερα με φαρμακοθεραπεία, ενώ αρνητικές πεποιθήσεις που δεν είναι σε ψυχωτικό επίπεδο μπορεί να θεραπευθούν με ψυχοθεραπεία.

Επομένως, η θεραπευτική προσέγγιση στην κατάθλιψη πρέπει να είναι βιοψυχοκοινωνική, δηλαδή συνθετική της βιολογικής / φαρμακευτικής και της ψυχοκοινωνικής / ψυχοθεραπευτικής προσέγγισης. Ταυτόχρονα, όμως, πρέπει να είναι και επιλεκτική, δηλαδή προσαρμοσμένη στις ανάγκες του ασθενή.

Αφού, λοιπόν, η θεραπευτική αντιμετώπιση της κατάθλιψης είναι συνθετική και επιλεκτική ταυτόχρονα, η θεραπεία ενός συγκεκριμένου

καταθλιπτικού ασθενή μπορεί να είναι μόνο ή ακριβέστερα – γιατί πάντα συνυπάρχει «ψυχοθεραπεία» – κυρίως φαρμακευτική, μόνο ψυχοθεραπευτική, συνδυασμός φαρμακοθεραπείας και ψυχοθεραπείας και επίσης, όσον αφορά την ψυχοθεραπεία, εφαρμογή μίας ή συνδυασμού ψυχοθεραπευτικών προσεγγίσεων.

Πώς, όμως, θ' αποφασίσει ο κλινικός τι είδους προσέγγιση θ' ακολουθήσει ;

Παλιότερα, υπήρχε η εμπειρική πρόταση για την εφαρμογή φαρμακοθεραπείας στη μανία και στη μείζονα (ενδογενή) κατάθλιψη και ψυχοθεραπείας στην ελάσσονα, αντιδραστική, μη ενδογενή κατάθλιψη. Μετά την εποχή του **DSM – III**, η παραπάνω πρόταση δεν ισχύει πια. Σήμερα, η φαρμακοθεραπεία δεν περιορίζεται μόνο στις πιο σοβαρές μορφές της κατάθλιψης (π.χ. Μείζον Κατάθλιψη) και το αντίθετο, η ψυχοθεραπεία δεν περιορίζεται πια μόνο στις ελαφρές μορφές της κατάθλιψης (π.χ. Δυσθυμία).

Ο **Karasu** προσπάθησε να ομαδοποιήσει ενδείξεις για την επιλογή της φαρμακοθεραπείας ή της ψυχοθεραπείας στην κατάθλιψη. Με βάση την ομαδοποίησή του και σε συνάρτηση με τις προτάσεις και άλλων και τη δική μας εμπειρία, θα λέγαμε ότι ο κλινικός θα πρέπει να σκεφθεί τη **φαρμακοθεραπεία**, όταν :

- ✓ ο ασθενής έχει έντονη καταθλιπτική διάθεση (το δείχνει, το λέει, το επικοινωνεί έντονα)
- ✓ του έρχονται κλάματα εύκολα και συχνά
- ✓ έχει αϋπνία και ιδιαίτερα ξυπνά νωρίς το πρωί
- ✓ είναι πολύ χειρότερα το πρωί και νιώθει καλύτερα προς το απόγευμα
- ✓ έχει χάσει σημαντικό βάρος
- ✓ έχει έντονη ψυχοκινητική επιβράδυνση ή διέγερση
- ✓ έχει ανυπόφορο αίσθημα κόπωσης και εξάντλησης
- ✓ υπάρχει απώλεια του **libido** ή διαταραχή της σεξουαλικής λειτουργίας
- ✓ υπάρχει σημαντική μείωση της ικανότητας – διάθεσης για τις συνηθισμένες ασχολίες
- ✓ υπάρχει ανηδονία, δηλαδή απώλεια της ευχαρίστησης σε δραστηριότητες που προηγούμενα ήταν ευχάριστες

- ✓ υπάρχουν παραληρητικές ιδέες ενοχής, αναξιοτήτας, μηδενισμού, αυτοκατηγορίας ή ακουστικές ψευδαισθήσεις
- ✓ υπάρχουν έντονες και μη ελεγχόμενες σκέψεις ή πράξεις αυτοκτονίας (μπορεί να χρειασθεί νοσηλεία)
- ✓ υπάρχει έντονη δυσκολία στη συγκέντρωση ή αδυναμία για λήψη αποφάσεων
- ✓ υπάρχουν συνοδά συμπτώματα, όπως έντονα σωματικά ενοχλήματα, σωματικές παραληρητικές ιδέες, προσβολές πανικού, φοβίες, ψευδοάνοια
- ✓ υπάρχει προηγούμενο ιστορικό επεισοδίων, ιδιαίτερα αν απάντησαν καλά στη φαρμακοθεραπεία
- ✓ η έναρξη των συμπτωμάτων είναι σχετικά οξεία
- ✓ υπάρχει οικογενειακό ιστορικό διπολικής ή μονοπολικής νόσου
- ✓ συνυπάρχουν άλλες ψυχιατρικές διαταραχές, όπως σχιζοφρένεια, αλκοολισμός, ψυχογενής ανορεξία.

Σημειώνουμε, ότι, όπως είναι γνωστό, τα πρώτα οκτώ ανήκουν στα ονομαζόμενα «φυτικά» συμπτώματα της κατάθλιψης.

Αντίστοιχα, τώρα, ο θεραπευτής θα σκεφθεί την **ψυχοθεραπεία**, όταν:

- Ø Ο ασθενής έχει ήπια ως μέτρια περιστασιακή ή χαρακτηριστική καταθλιπτική διάθεση.
- Ø Κοιμάται πολύ ή έχει άσχημα όνειρα ή εφιάλτες
- Ø Έχει χάσει πολύ λίγο βάρος
- Ø Είναι ανήσυχος ή νιώθει ότι ο ρυθμός του έχει επιβραδυνθεί
- Ø Νιώθει ότι έχει ελαττωθεί η διάθεση ή η θέλησή του να κάνει διάφορα πράγματα
- Ø Υπάρχει ελάττωση της ικανότητας για ευχαρίστηση· ελάττωση της σεξουαλικής επιθυμίας ή ευχαρίστησης
- Ø Υπάρχουν χαμηλή αυτοεκτίμηση, έντονο αίσθημα ενοχής, αυτοκατηγορίες
- Ø Υπάρχει δυσκολία στη συγκέντρωση ή στη λήψη αποφάσεων
- Ø Υπάρχουν αρνητικές σκέψεις

- Ø Υπάρχουν χρόνια αισθήματα ανημπόριας ή έλλειψη ελπίδας
- Ø Υπάρχει κοινωνική απόσυρση ή φόβος απόρριψης ή αποτυχίας
- Ø Δεν υπάρχει οικογενειακό ιστορικό κατάθλιψης
- Ø Υπάρχουν ψυχοκοινωνικά στρεσογόνα γεγονότα, π.χ. απώλεια σημαντικών ατόμων, αλλαγή στο κοινωνικό-οικονομικό **status** ή αλλαγή ρόλου.

Η εφαρμογή των παραπάνω στον συγκεκριμένο ασθενή μπορεί να οδηγήσει μόνο σε φαρμακοθεραπεία ή μόνο σε ψυχοθεραπεία, σε συνδυασμό φαρμακοθεραπείας και ψυχοθεραπείας σ' όλη τη διάρκεια της θεραπείας, σε κατ' αρχήν κυρίως φαρμακοθεραπεία και αργότερα με τη βελτίωση του ασθενή σε ψυχοθεραπεία, σε ψυχοθεραπεία μόνη και σε κάποια ή κάποιες υποτροπές σε φαρμακοθεραπεία κυρίως ή σε συνδυασμό με ψυχοθεραπεία κ.ο.κ.

Όταν, όμως, λέμε ψυχοθεραπεία στην κατάθλιψη, θα πρέπει και να προσδιορίσουμε για τι τύπο ψυχοθεραπείας μιλάμε. Άλλωστε, συνθετική – επιλεκτική προσέγγιση σημαίνει όχι μόνο σύνθεση ή /και επιλογή φαρμακοθεραπείας και ψυχοθεραπείας, αλλά σύνθεση ή / και επιλογή και διαφόρων τύπων ψυχοθεραπείας.

Είναι γνωστό, ότι από τις διάφορες μορφές ψυχοθεραπείας (πάνω από **400** ονομασμένα είδη) στην ψυχοθεραπεία της κατάθλιψης έχουν επικρατήσει (προς το παρόν τουλάχιστον) τρεις τύποι : ο ψυχοδυναμικός, ο γνωστικός (ή γνωστικός – συμπεριφορικός) και ο διαπροσωπικός.

Πώς, όμως, θ' αποφασίσει ο θεραπευτής ποια από τις τρεις έστω αυτές ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις θ' ακολουθήσει στο συγκεκριμένο ασθενή ;

Και πάλι, λοιπόν, με βάση τις προτάσεις του **Karasu**, αλλά και τη δική μας εμπειρία, θα λέγαμε ότι :

Η ψυχοκοινωνική θεραπεία θα μπορούσε να προτιμηθεί όταν :

- α Υπάρχουν αναγνωρίσιμες συγκρούσεις σε προηγούμενες σημαντικές σχέσεις
- α Υπάρχει χρόνια αίσθηση υποτίμησης του εαυτού ή χρόνια χαμηλή αυτοεκτίμηση

- α Υπάρχει χρόνιο αίσθημα κενού
- α Υπάρχει απώλεια ή μακράς διάρκειας αποχωρισμός, στην παιδική ηλικία
- α Υπάρχουν υπερβολικές προσδοκίες του ιδεώδους του εγώ
- α Υπάρχει υπερβολικά τιμωρητικό υπereγώ
- α Υπάρχει ικανότητα για ενδοσκόπηση και εναισθησία, για παλινδρόμηση στη θεραπεία, για επαφή με τις προσωπικές φαντασίες, για προσέγγιση των ονείρων, για ψυχολογική αναγωγή των ψυχικών και σωματικών φαινομένων
- α Υπάρχει αρκετά σταθερό πλαίσιο καθημερινής ζωής

Η **γνωστική θεραπεία** θα μπορούσε να προτιμηθεί όταν :

- Υπάρχουν σαφώς αρνητικές παραμορφωμένες σκέψεις για τον εαυτό, τον κόσμο και το μέλλον
- Προεξάρχει η λογική (ο ορθολογισμός) στον τρόπο της σκέψης
- Υπάρχει μεγάλη ανάγκη για καθοδήγηση
- Υπάρχει μεγάλη ικανότητα για αυτοέλεγχο
- Υπάρχει μεγάλη δεκτικότητα για συμπεριφορική εκπαίδευση

Η **διαπροσωπική θεραπεία** θα μπορούσε να προτιμηθεί όταν :

- ✓ Υπάρχει πρόσφατη συγκεκριμένη διαμάχη με τον (την) σύζυγο, γονιό, προϊστάμενο ή άλλο σημαντικό πρόσωπο
- ✓ Υπάρχει πρόσφατη αλλαγή ρόλου ή αλλαγή τρόπου ζωής
- ✓ Υπάρχει παθολογική αλλαγή ρόλου ή αλλαγή τρόπου ζωής
- ✓ Υπάρχουν δυσκολίες / ανεπάρκειες στη διαπροσωπική / κοινωνική επικοινωνία και δεξιότητα
- ✓ Υπάρχει μέτρια ανάγκη για καθοδήγηση
- ✓ Υπάρχει δεκτικότητα / δυνατότητα για χειρισμούς στο περιβάλλον (π.χ. ο (η) σύζυγος να έρθει στη θεραπεία).

6.2 Η φαρμακοθεραπεία

Σύμφωνα με τη βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση, που περιγράφουμε, ο θεραπευτής ποτέ δεν λειτουργεί μόνο φαρμακοθεραπευτικά. Ακόμη κι αν δεν εφαρμόζει κάποια εξειδικευμένη ψυχοθεραπευτική προσέγγιση – κι ενώ υιοθετεί, όπως είπαμε, τουλάχιστον μια βασικά υποστηρικτική στάση – έχει πάντα στο νου του το ψυχολογικό πλαίσιο μέσα στο οποίο παρεμβαίνει φαρμακευτικά.

Στην περίπτωση του καταθλιπτικού ασθενή, το πλαίσιο αυτό μπορεί να διαγραφεί ακόμα καθαρότερα μέσα από τις θεωρητικές και πρακτικές απόψεις της ψυχοδυναμικής, γνωστικής ή διαπροσωπικής θεραπείας, που όπως είπαμε στο συγκεκριμένο ασθενή μπορούν να συμπληρώνουν η μία την άλλη.

Έτσι κατά τον Karasu στη σύνθεση της ψυχοδυναμικής θεραπείας και της φαρμακοθεραπείας, ο θεραπευτής πρέπει κατ' αρχήν να ξεπεράσει τις παλιότερες αντιστάσεις των ψυχαναλυτών, που σπάνια έδιναν φάρμακα, γιατί θεωρούσαν ότι κάθε χορήγηση φαρμάκου εμποδίζει την αναισθησία, μπερδεύει τη μεταβίβαση και γίνεται υποκατάστατο της διερεύνησης του εαυτού, που θα έπρεπε να κάνει ο ασθενής. Πέρα από το ότι αυτά αφορούν κυρίως την κλασική ψυχανάλυση (η οποία όλο και λιγότερο εφαρμόζεται), γνωρίζουμε σήμερα ότι η ψυχοδυναμική προσέγγιση μπορεί να είναι θεωρητικά και πρακτικά πιο ευέλικτη και επομένως, όταν υπάρχουν ενδείξεις χορήγησης φαρμάκου, το φάρμακο πρέπει να δοθεί. Απλώς, ο θεραπευτής θα διερευνήσει και θα ερμηνεύσει κατάλληλα την προσωπική σημασία που έχει η λήψη φαρμάκου για τον ασθενή με οδηγό τη μεταβίβαση, την αντιμεταβίβαση και την αντίσταση (δυναμική φαρμακοθεραπεία). Π.χ. ο ασθενής μπορεί να θεωρεί ότι σημαίνει απώλεια της αυτονομίας και του αυτοελέγχου του ή ότι ψυχοθεραπεία απέτυχε ή δεν μπορεί να γίνει ή ότι έτσι θα έρθει η μαγική ίαση από τον παντοδύναμο θεραπευτή κ.ο.κ.

Οπωσδήποτε, όμως, πρέπει να σημειώσουμε και πάλι ότι το παραπάνω ψυχοδυναμικό πλαίσιο ισχύει όχι μόνο για τη φαρμακοθεραπεία της

κατάθλιψης, αλλά για τη φαρμακοθεραπεία κάθε ψυχικής διαταραχής.

Από τη σύνθεση της γνωστικής προσέγγισης με τη φαρμακοθεραπεία, ο θεραπευτής ευαισθητοποιείται στο να διερευνήσει γνωστικά σχήματα που μπορούν να επηρεάσουν τη λήψη του φαρμάκου. Π.χ. πριν τη λήψη του φαρμάκου : «Φοβάμαι μήπως εξαρτηθώ ;», «Είναι αδυναμία το να πάρω φάρμακο ;» στη διάρκεια της λήψης : «Θα έπρεπε να γίνω αμέσως καλά» ως αποτέλεσμα της κατάθλιψης : «Είμαι τόσο άρρωστος που τίποτε δεν μπορεί να με βοηθήσει» κτλ.



Από τη σύνθεση της διαπροσωπικής προσέγγισης με τη φαρμακοθεραπεία, ο θεραπευτής μπορεί να ακολουθήσει το ιατρικό μοντέλο της κατάθλιψης, με βάση το οποίο θα εξηγήσει στον ασθενή τον μηχανισμό της κατάθλιψης, τον μηχανισμό της δράσης των φαρμάκων, τις παρενέργειες κτλ., βοηθώντας έτσι τη συμμόρφωσή του με την αγωγή.

Έτσι, σύμφωνα με τα παραπάνω η «συμπάθεια» ή «αντιπάθεια» του ασθενή προς τα φάρμακα θα διερευνηθεί και θα αντιμετωπισθεί ψυχοδυναμικά / γνωστικά / διαπροσωπικά. Και μετά την εγκατάσταση της φαρμακευτικής αγωγής, ο θεραπευτής σε κάθε συνάντηση και κατά προτίμηση στην αρχή της θα χρησιμοποιήσει λίγο χρόνο για την διευθέτηση λεπτομερειών της φαρμακευτικής αγωγής, π.χ. παρενέργειες, ρυθμός αύξησης της δοσολογίας κτλ. Έτσι, θα δώσει προσοχή στον βαθμό της ξηρότητας του στόματος και θα προτείνει π.χ. μάσημα μαστίχας, θα ενδιαφερθεί για τον βαθμό της εφίδρωσης και μπορεί ν' αλλάξει αντικαταθλιπτικό, θα νοιασθεί για τη δυσκοιλιότητα, την τρεμούλα, την εξάντληση κτλ., ώστε να εξηγήσει, ν' ανακουφίσει να αλλάξει, όπου μπορεί, θα σταθμίσει προσεκτικά χαρακτηριστικά, όπως η υπομονή και η επιμονή του ασθενή, η αντίσταση κτλ. και θα διαφοροποιήσει την αγωγή ή την ταχύτητα αύξησης της δοσολογίας ανάλογα.

Εδώ θα τονίσουμε ορισμένα πρακτικά στοιχεία της φαρμακευτικής προσέγγισης του καταθλιπτικού ασθενή :

- § Είναι γνωστό πια ότι η κατάθλιψη απαντά εξαιρετικά καλά στη φαρμακευτική αγωγή.*
- § Υπάρχει μια μεγάλη ποικιλία φαρμάκων για τη θεραπεία της κατάθλιψης : τρικυκλικά, αναστολείς της ΜΑΟ, νεότερα («ετεροκυκλικά») αντικαταθλιπτικά. Μολονότι η νευροφαρμακολογία τους γίνεται συνεχώς και περισσότερο κατανοητή, εντούτοις, προς το παρόν η επιλογή του αντικαταθλιπτικού για το συγκεκριμένο ασθενή παραμένει εμπειρική. Έτσι, φαίνεται να ισχύει ακόμη η παλιά αντίληψη ότι ασθενείς με αϋπνία ή ανορεξία ή έντονο άγχος και εκνευρισμό μπορεί να πάνε καλύτερα με περισσότερο καταπραϋντικά αντικαταθλιπτικά (π.χ. αμιτριπτυλίνη, δοξεπίνη, νοτριπτυλίνη), ενώ ασθενείς με απάθεια, ακινητοποίηση, «λιμνάση» και χαμηλότερα επίπεδα έντασης και άγχους μπορεί να πάνε καλύτερα με τα λιγότερο καταπραϋντικά αντικαταθλιπτικά (π.χ. μιπραμίνη ή φλουοξετίνη). Στην πράξη, βέβαια μάλλον πρόκειται για ένα συνεχές, οπότε και η εμπειρική τοποθέτηση του ασθενή προς τη μία ή την άλλη άκρη του φάσματος – αν μπορεί να γίνει – μπορεί να βοηθήσει την αρχική επιλογή του αντικαταθλιπτικού.*
- § Είναι καλό να ενημερωθεί ο ασθενής από την αρχή και για τις παρενέργειες και για το ότι δεν θα πρέπει να περιμένει μια σαφή απάντηση στην αγωγή πριν περάσουν τουλάχιστον δύο εβδομάδες.*
- § Γενικά, είναι καλό, η αύξηση της δοσολογίας να γίνεται προοδευτικά και η ταχύτητα αύξησης να εξατομικεύεται στον κάθε ασθενή.*
- § Εάν ο ασθενής δεν απαντήσει στο συγκεκριμένο αντικαταθλιπτικό μέσα σε τέσσερις ως έξι εβδομάδες, τότε μπορεί να δοκιμασθεί ένα άλλο αντικαταθλιπτικό με άλλο φαρμακολογικό προφίλ (π.χ. διαφορετικού τύπου εξισορρόπηση της δράσης του φαρμάκου επί της νορεπινεφρίνης, σεροτονίνης και ακετυλχολίνης), εάν και πάλι δεν απαντήσει μπορεί να δοκιμασθεί ένας αναστολέας της ΜΑΟ και αν η κατάθλιψη είναι πολύ βαριά και επιδεινώνεται μπορεί να χρειασθεί ηλεκτροσόκ.*

Ειδικότερα, οι αναστολείς της ΜΑΟ μπορεί να χρησιμοποιηθούν και για τις υποομάδες εκείνες ασθενών με άτυπη κατάθλιψη (υπερυπνία, αυξημένη όρεξη) ή με στερεοειδή δυσφορία (υπερευαισθησία στην απόρριψη). Και, ίσως, οι νεότεροι αναστρέψιμοι αναστολείς της ΜΑΟ αλλάξουν την νοοτροπία των κλινικών, από το να χρησιμοποιούν τα φάρμακα αυτά κατ' ανάγκην σε δύσκολες ή άτυπες περιπτώσεις (λόγω του κινδύνου της υπερτασικής κρίσης), σε φάρμακα πρώτης επιλογής λόγω των αναφερόμενων λιγότερων παρενεργειών τους.

- § Σε θετική απάντηση του ασθενή στα φάρμακα, η αντικαταθλιπτική αγωγή θα πρέπει να διατηρηθεί περίπου έξι μήνες και μετά τη δοσολογία να μειωθεί βαθμιαία – σε εβδομάδες και μήνες και όχι μέσα σε λίγες ημέρες. Αν οι καταθλίψεις υποτροπιάζουν, τότε ο ασθενής μπορεί να χρειαστεί να παραμείνει σε αντικαταθλιπτική αγωγή συντήρησης, σε μικρότερη όμως συνήθως δόση (Αν οι υποτροπές επιμένουν, δεν θα ελαττώσουμε τη δόση στην περίοδο συντήρησης). Το λίθιο θα πρέπει να το σκεφθούμε είτε για ν' αυξήσουμε τη θεραπευτική απάντηση στα αντικαταθλιπτικά είτε για την προφύλαξη από υποτροπιάζοντα καταθλιπτικά επεισόδια, που δεν επιτυγχάνεται με τη συνεχή χρήση αντικαταθλιπτικών.
- § Πάντα σκεφτόμαστε την πιθανότητα συνύπαρξης υποθυρεοειδισμού, ιδίως σε αυθεκτική στα φάρμακα κατάθλιψη και θα χορηγήσουμε τριωδοθυρονίνη ακόμα και σε άτομα που τα τεστ λειτουργίας του θυρεοειδούς αποκαλύπτουν υποκλινικό υποθυρεοειδισμό.
- § Εάν, βέβαια, δεν μπορούμε να ελέγξουμε είτε τον κίνδυνο αυτοκτονίας (ή / και ανθρωποκτονίας) είτε την άρνηση λήψης τροφής ή στην πλήρη ανορεξία, τότε θ' αναγκασθούμε να προσφύγουμε στη νοσηλεία του ασθενή¹⁵.

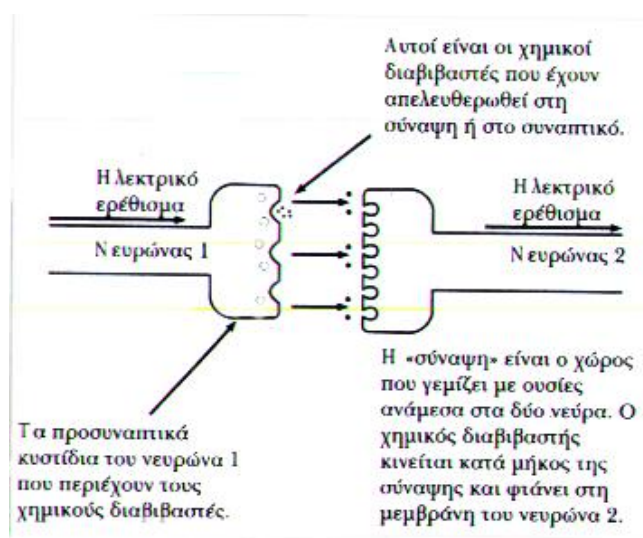
6.3 Πώς τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα επιδρούν στον εγκέφαλο

Ο εγκέφαλος αποτελεί στην ουσία ένα ηλεκτρικό σύστημα. Τα νεύρα ή «καλώδια» ανταλλάσσουν τα ηλεκτρικά τους μηνύματα μέσω των χημικών διαβιβαστών (βλέπε Σχήμα 2). Αν τα νεύρα εκκενωθούν απ' αυτούς τους χημικούς διαβιβαστές, η δικτύωση στον εγκέφαλο αναπτύσσει λάθος συνδέσεις. Το αποτέλεσμα θα είναι μια νοητική και συναισθηματική «αναστολή», ακριβώς όπως η μουσική που ακούγεται από ένα ραδιόφωνο το οποίο όμως έχει χαλαρό καλώδιο στο ρυθμιστή ήχου. Η συναισθηματική «αναστολή» ανταποκρίνεται στην κατάθλιψη. Αντιθέτως, τα επεισόδια μανίας – κατά τα οποία ο ασθενής καταλαμβάνεται από μια ανεξέλεγκτη ψυχική θεωρία – θεωρούνται ότι οφείλονται σ' έναν υπερβολικό επίπεδο δραστηριότητας αυτών των χημικών διαβιβαστών, οδηγώντας έτσι σε μια νευρική υπερλειτουργία. Πώς λοιπόν τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα διορθώνουν αυτή την ανωμαλία ; Υπάρχουν τέσσερις κατηγορίες αντικαταθλιπτικών φαρμάκων στην κλινική πράξη. Τα ευρέως συνταγογραφούμενα «τρικυκλικά» αντικαταθλιπτικά (βλέπε Πίνακα 15,) αυξάνουν τη δραστικότητα των διαβιβαστών της διάθεσης του εγκεφάλου στη σύναψη, αν και δεν προκαλούν τελική αύξηση στα επίπεδα αυτών των ουσιών.

Μια δεύτερη κατηγορία αντικαταθλιπτικών φαρμάκων είναι γνωστή ως αναστολείς της ΜΑΟ (μοναμινοαξειδάσης), όπως το *Parnate* (τρανυλκιπρομίνη), το *Marplan* (ισοκαρβοξαζίδη) και το *Nardil* (φαινελζίνη). Αυτά τα φάρμακα οδηγούν σε μια τελική άνοδο των επιπέδων των αμινοδιαβιβαστών στα κέντρα διάθεσης του εγκεφάλου. Καθώς ο εγκέφαλος εφοδιάζεται με επιπλέον ποσό χημικών διαβιβαστών, η υποτιθέμενη έλλειψη των χημικών αμινών διορθώνεται.

Το αυθρακικό λίθιο είναι η τρίτη κατηγορία αντικαταθλιπτικών. Οι επιδράσεις του λιθίου είναι περισσότερο πολύπλοκες και πολύ λιγότερο γνωστές. Το λίθιο είναι ένα χημικό στοιχείο παρόμοιο με το μαγειρικό

αλάτι και είναι γνωστό σαν «ηλεκτρολύτης». Εξομαλύνει τους κύκλους της καταστροφικής διάθεσης στους ασθενείς εκείνους η διάθεση των οποίων κυμαίνεται μ' έναν απρόβλεπτο τρόπο από μια ανεξέλεγκτη και υπερβολική ευθυμία σε μια βαθιά απόγνωση. Δε γνωρίζουμε με σιγουριά πως ένα φάρμακο μπορεί να έχει δύο αντίθετες επιδράσεις, κι αυτό το παράδοξο είναι ένα από τα προκλητικά ερωτήματα στο οποίο οι ερευνητές ψυχίατροι προσπαθούν ν' απαντήσουν. Σύμφωνα με τη σύγχρονη θεωρία, το λίθιο σταθεροποιεί τα επίπεδα των χημικών διαβιβαστών, ώστε να υπάρχει μικρότερη πιθανότητα εκδήλωσης κυκλικών διακυμάνσεων στις ποσότητες των αμινών¹⁶.



Σχήμα 2. Πως οι νευρώνες στέλνουν μεταξύ τους μηνύματα. Ένα ηλεκτρικό ερέθισμα μετακινείται κατά μήκος του νευρώνα 1 έως ότου φτάσει στην τελική περιοχή. Εδώ μικροσκοπικά προσυναπτικά κυστίδια, που περιέχουν χημικούς διαβιβαστές, διανοίγονται και οι διαβιβαστές περνούν στο συναπτικό χώρο. Έπειτα μετακινούνται κατά μήκος της γεμάτης με ουσίες σύναψης και ακουμπούν στη μεμβράνη του νευρώνα 2. Αυτό προκαλεί μια ηλεκτρική ώση στο νευρώνα 2. Τότε, οι χημικοί διαβιβαστές καταστρέφονται και τα προϊόντα αποδόμησης αποβάλλονται από τον εγκέφαλο και εμφανίζονται τελικά στα ούρα.

Ο νευρώνας 1 πρέπει διαρκώς να παράγει νέους χημικούς διαβιβαστές για να αντικαταστήσει αυτούς που χάθηκαν. Η έλλειψη διαβιβαστών πιστεύεται ότι οδηγεί

στην κατάθλιψη. Τα αντικαταθλιπτικά αναπληρώνουν τη συγκεκριμένη έλλειψη αυξάνοντας τη δραστικότητα των χημικών διαβιβαστών στο συναπτικό χώρο.

6.4 Ψυχοθεραπείες

Η φύση της ψυχοθεραπείας

A. Ορισμός

Η λέξη ψυχοθεραπεία σημαίνει βασικά θεραπεία ψυχής, μια θεραπευτική αντιμετώπιση των ψυχολογικών προβλημάτων ενός ορισμένου ατόμου, τη θεραπεία μια ψυχικής διαταραχής. Ειδικότερα όμως αναφέρεται σε μια θεραπευτική αγωγή που γίνεται με ψυχολογικά μέσα, σε μια σχέση ψυχοθεραπευτή – ψυχοθεραπευομένου που αναπτύσσεται με τη βοήθεια του προφορικού λόγου, της συνομιλίας.

B. Η Ψυχοθεραπεία ως Προσωπική Σχέση

Υπάρχουν διάφορα, πολλά μάλιστα, είδη ψυχοθεραπείας. Η σχέση γιατρού – ασθενή είναι καταρχήν ψυχοθεραπευτική· στο μέτρο δηλαδή που η σχέση αυτή είναι προσωπική, και ανεξάρτητα από τη φυσική, χειρουργική ή βιοχημική ενέργεια της ιατρικής επεμβάσεως, δρα ψυχοθεραπευτικά. Σ' αυτό συντελεί η επιβολή της προσωπικότητας του γιατρού που στηρίζεται στις επιστημονικές (στην ουσία μαγικο-θρησκευτικές) ιδιότητες που αποδίδονται στο λειτούργημά του και τις εξαρτώμενες προσδοκίες γιαιρείας (ιάσεως), αλλά και στις λιγότερο συνειδητές, παιρικές ή μητρικές ιδιότητες, που μεταβιβάζονται στην προσωπικότητα του γιατρού και περικλείουν προσδοκίες εύνοιας ή αγάπης. Οι τελευταίες αυτές προσδοκίες, που αναγνώρισε πρώτος ο Φρόουντ, συνιστούν το φαινόμενο που ονομάζουμε συναισθηματική μεταβίβαση, πάνω στο οποίο στηρίζεται η κλινική ψυχανάλυση, που είναι το πρότυπο της ψυχοδυναμικής ψυχοθεραπείας.

Γ. Η Ψυχοθεραπεία ως Εκπαίδευση

Πέρα από την θεραπευτική υποβολή που εξασκεί στον άρρωστο - θεραπευόμενο η προσωπικότητα του ψυχοθεραπευτή με όλες τις ιδιότητες και προσδοκίες που εμφωλεύουν σ' αυτήν, η ψυχοθεραπεία ενεργεί ως εκπαίδευση. Η ψυχοθεραπεία βοηθάει τον ασθενή να μάθει τι πρέπει να κάνει για να υπερνικήσει τα προβλήματά του, για να γίνει καλά. Τον βοηθάει πριν απ' όλα να ξεμάθει αυτά που έχει μάθει να κάνει στραβά : κακές συνήθειες, λανθασμένες αντιλήψεις για τον εαυτό του και τους άλλους, απροσάρμοστη συμπεριφορά.

Σε αντίθεση με μη ψυχολογικούς τρόπους θεραπείας, η ψυχοθεραπεία αποδίδει ένα μεγάλο μέρος της ευθύνης για την αρρώστια του στο θεραπευόμενο τον ίδιο. Και απαιτεί την ενεργητική συμπαράσταση στη θεραπεία που του προτείνεται. Όταν ο ασθενής είναι παθητικός, η παθητικότητά του αντιμετωπίζεται σαν μέρος της αρρώστιας του της ίδιας και επιζητείται η απομάκρυνσή της. Κι όταν η παθητικότητα είναι από την αρχή έκδηλη ή εκφράζεται με την πεποίθηση του αρρώστου ότι ο ίδιος δεν μπορεί να κάνει τίποτα, ότι δεν ευθύνεται για την αρρώστια του και ότι μόνο μια εξωτερική επέμβαση θα μπορούσε να τον βοηθήσει, όταν δηλαδή περιμένει μια μαγική λύση, είτε αυτό λέγεται φάρμακα, είτε χειρουργική επέμβαση, είτε εξορκισμός, η ψυχοθεραπεία δεν ενδείκνυται καν, εκτός ως συμπλήρωμα κάποιας άλλης, βιοχημικής ή σωματικής θεραπείας.

Δ. Ενδείξεις και Αντενδείξεις

Πράγματι, όπως με όλες τις θεραπείες, υπάρχουν ενδείξεις και αντενδείξεις και για την ψυχοθεραπεία. Και η σπουδαιότερη από τις ενδείξεις είναι η θέληση του αρρώστου να γίνει καλά, το θεραπευτικό κίνητρο, που όσο κι αν αυτό ακούγεται παράδοξο, πολλές φορές δε συμφωνεί με τους ισχυρισμούς του αρρώστου ότι θέλει να γίνει καλά. Η άρνηση ή δυσκολία ενός ανθρώπου που υποφέρει να καταλάβει πως χρειάζεται ψυχολογική βοήθεια είναι μια ένδειξη ότι οι λόγοι που τον κάνουν άρρωστο είναι πιο ισχυροί από τους λόγους που θα είχε να γίνει

καλά· ή ότι είχε κάποιο σοβαρό συμφέρον, συνειδητό ή ασύνειδο – το λεγόμενο δευτερογενές όφελος – να παραμείνει άρρωστος.

Μια άλλη προϋπόθεση ή ένδειξη για ψυχοθεραπεία έχει να κάνει με τη νοσημοσύνη του άρρωστου, που συνήθως συνδέεται με τη βασική εκπαίδευσή του. Οι δυο αυτοί παράγοντες αντανακλούν συχνά την καλλιέργεια και προπάντων την ψυχική οξυδέρκεια του αρρώστου, την ικανότητα του δηλαδή να σκεφθεί με έναν ψυχολογικό τρόπο και όχι απλώς με την κοινή λογική. Άλλοι παράγοντες, που πρέπει να έχει κανένας υπόψη του προτού επιχειρήσει μια ψυχοθεραπεία, είναι η ηλικία του αρρώστου, η σωματική του υγεία και, φυσικά, οι τρέχουσες συνθήκες της ζωής του. Βοηθάει να υπάρχει κάποια συμπαράσταση στο περιβάλλον του, ενώ η παρουσία μιας σοβαρής, άμεσης κρίσης είναι αρνητικό στοιχείο. Τέλος, θα πρέπει να υπολογιστεί το κόστος μιας ψυχοθεραπείας σε σχέση με άλλα, εναλλακτικά είδη θεραπείας, και τα προβλεπόμενα αποτελέσματα. Στην ουσία, ωστόσο, όλες οι παραπάνω ενδείξεις έχουν σχετική σημασία, συμβάλλοντας στην απόφαση για το τι είδους ψυχοθεραπεία θα υποδειχτεί. Γιατί η μόνη απόλυτη αντένδειξη για ψυχοθεραπεία είναι η έλλειψη δυνατότητας επικοινωνίας δια του λόγου¹⁷.

Ο ρόλος των νοσηλευτών στη φροντίδα του ηλικιωμένου καταθλιπτικού είναι σημαντικός, επειδή στοχεύει στην ανασυγκρότηση και στο ξαναζωντάνεμα της ζωής του. Σήμερα ο σχεδιασμός της νοσηλευτικής φροντίδας καταθλιπτικού ηλικιωμένου ατόμου επικεντρώνεται στην αντιμετώπιση αναγκών ανώτερου επιπέδου. Η φιλοσοφία αυτή βασίζεται στην ιεράρχηση των αναγκών κατά **Maslow**, στην οποία η αυτοεκτίμηση τοποθετείται στο υψηλότερο επίπεδο συνέχειας των ανθρώπινων αναγκών. Όταν οι νοσηλευτές κατορθώνουν να αναπτύξουν κατάλληλες διαπροσωπικές δεξιότητες, τότε είναι δυνατό να ενθαρρύνουν τον ηλικιωμένο να αποκτήσει περισσότερη αυτονομία, εμπιστοσύνη και αμοιβαιότητα στις σχέσεις του, προϋποθέσεις που είναι απαραίτητες για την ανάπτυξη θεραπευτικού διαλόγου. Πρέπει να τονιστεί ότι για να διατηρηθεί ο ηλικιωμένος καταθλιπτικός σε επιθυμητό επίπεδο

λειτουργίας θα πρέπει η ευγένεια, η καλοσύνη και η συμπάθεια να κυριαρχήσουν στη σχέση νοσηλεύτη – ηλικιωμένου²².

Ε. Ψυχαναλυτική Ψυχοθεραπεία της Κατάθλιψης

Η ανάληψη ψυχαναλυτικής ψυχοθεραπείας στην κατάθλιψη προσκρούει σε ορισμένες αρχικές δυσκολίες, τις οποίες όμως (όταν κανείς έχει υπόψη όσα λέχθηκαν για την ψυχοπαθολογία της κατάστασης αυτής) σταδιακά ξεπερνά. Από κλινικής πλευράς είναι γνωστό ότι όσο περισσότερο άγχος συνυπάρχει και όσο λιγότερες αναστολές (σκεπτικές ή και ψυχοκινητικές), τόσο περισσότερο προσπελάσιμος είναι ο άρρωστος.

Στην αρχική φάση της ψυχοθεραπείας η απωθημένη επιθετικότητα και οι επανειλημμένες απώλειες του παρελθόντος δημιουργούν δυσχέρειες για μια νέα σχέση. Ο άρρωστος δεν έχει αυθορμητισμό, είναι απαισιόδοξος και δεν ελπίζει, δεν βασίζεται στις δυνάμεις του και αφήνεται στους άλλους. Γι' αυτό και ορισμένες φορές η φροντίδα των συγγενών και η κινητοποίηση του περιβάλλοντος με ενθάρρυνση και νέες παροχές φέρνει ορισμένα καλά, αλλά παροδικά αποτελέσματα, διότι οι βασικές συγκρούσεις εξακολουθούν. Την ίδια τάση παθητικής εξάρτησης μπορεί να δείξει ο καταθλιπτικός από τον θεραπευτή, όπως υπάρχει και ο αντίθετος κίνδυνος να τον απορρίψει κατά τον ίδιο τρόπο που απορρίπτει τον εαυτό του. Εξάλλου στους περισσότερους ασθενείς έχει παραμείνει μια δυσπιστία από τις παλαιές ματαιώσεις και κακές (ενδοβληθείσες) μορφές. Επίσης μια ευθιξία σε οποιαδήποτε κριτική την οποία εκλαμβάνουν ως επιβεβαίωση της αναξιοτήτάς τους.

Ο θεραπευτής θα πρέπει να σταθμίσει τις αρχικές αυτές δυσκολίες και να κρίνει κατά περίπτωση πόσο ενεργητική ή όχι θα είναι η παρουσία του στις πρώτες συνεδρίες, ώστε ο άρρωστος να δεχθεί να συμμετάσχει στην ψυχοθεραπεία. Σ' ορισμένες περιπτώσεις είναι αναγκαία η αρχική στήριξη του Εγώ και η ενίσχυση της ελαττωμένης αυτοεκτίμησης. Σ' αυτό γίνεται βασικά με το γνήσιο ενδιαφέρον του θεραπευτή και την εμπιστοσύνη που μεταδίδει ότι κάθε προσπάθεια είναι χρήσιμη, αλλά και

με τη συζήτηση των καθημερινών δυσχερειών και των προσφάτων πληγμάτων του ασθενή, καθώς και την αναγνώριση των θετικών βημάτων (έστω λίγων στην αρχή) που επιδεικνύει. Η θερμή αποδοχή του ασθενή και ο σεβασμός της ταλαιπωρίας του ενισχύει το τμήμα εκείνο του εγώ, που αναλαμβάνει την αυτοπαρατήρηση και διόρθωση των συγκρούσεων, και στη κατάθλιψη οι χειρισμοί αυτοί είναι συνήθως αναγκαίοι πριν προχωρήσει κανείς σε βαθύτερες ερμηνείες (επιθετικότητας κλπ.) όπως σε άλλες περιπτώσεις.

Οι στόχοι της ψυχαναλυτικής ψυχοθεραπείας καθορίζονται αντίστοιχα προς τους ψυχοπαθολογικούς μηχανισμούς, που προηγουμένως εξετέθησαν. Βασική ανάγκη είναι η τακτοποίηση της αμφιθυμικής τοποθέτησης με την επεξεργασία των εχθρικών και επιθετικών συναισθημάτων. Αυτό δεν είναι εύκολο να γίνει από τις αρχικές συνεδρίες και πρέπει να αποφευχθούν οι πρόωρες ερμηνείες (διότι η άκαιρη ανάδυση επιθετικότητας οδηγεί σε εντονότερη ενδοβολή, αυτοκτονία κλπ.). Η προηγούμενη μείωση της αυτοτιμωρητικής τάσης του υπερεγώ και η μεταβολή των απαιτήσεων του Ιδεώδους – Εγώ σε περισσότερο εφικτά επίπεδα, θα προλείανουν το δρόμο για αναλυτικότερη δουλειά.

Η μεταβολή του αυστηρού και μαζοχιστικού Υπερεγώ επέρχεται βαθμιαία μέσα από τη μεταβιβαστική σχέση με τον θεραπευτή, ο οποίος δεν είναι απαγορευτικός (όπως τα παλαιά ενδοβληθέντα γονεϊκά πρότυπα), και τη δυνατότητα εκφόρτισης οποιωνδήποτε συναισθημάτων μέσα στην ανεκτική θεραπευτική ατμόσφαιρα. Η κάθαρση, η οποία επέρχεται κατά την εκδήλωση τέτοιων συναισθημάτων προς πρόσωπα της καθημερινής ζωής του ασθενή, εντοπίζεται, συνειδητοποιείται και συγκρίνεται προς τη δυσφορία που δημιουργούσε σε παλαιότερες περιπτώσεις η συγκράτηση ή άρνηση «ανεπίτρεπτων» συναισθημάτων. Η εξελικτική πορεία του ασθενή στα θέματα εκδηλωτικότητας συζητείται σε συνάρτηση προς τις αρχικές απαγορευτικές μορφές (γονείς, δασκάλους, γείτονες, μεγαλύτερο αδελφό κ.ά) λαμβάνοντας υπόψη τα όσα ο ασθενής προβάλλει και κατά τη μεταβίβαση στον θεραπευτή. Τέλος γίνεται προσπάθεια αναζήτησης και καλλιέργειας των γνήσιων προσωπικών αρχών και αξιών του ασθενή.

Παράλληλα η περιγραφή και βίωση όλων των παλαιών ψυχοτραυματικών απωλειών και στερήσεων συγκρίνεται με πρόσφατα πλήγματα και δείχνεται στον ασθενή πως επήλθε η αποδυνάμωση του Εγώ και η κατάληξή του σε παθητική εξάρτηση. Μέσα από τις νέες συνθήκες της μεταβιβαστικής σχέσης, ο άρρωστος μελετά τις αντιδράσεις του σε κάθε ματαίωση ικανοποίησης και αντιλαμβάνεται γιατί οδηγείται εύκολα σε απογοήτευση και πως χειρίζεται την οργή του.

Όπως έχει εκτενώς εκτεθεί στην ψυχοπαθολογία, ο καταθλιπτικός έχει πολλά στοματικά και σαδιστικά στοιχεία και η απαιτητικότητά του για απόλυτη αγάπη είναι έντονη, όπως και η γρήγορη απογοήτευσή του. Γι' αυτό κατά την ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία χρειάζεται συνεχής προσοχή από τον θεραπευτή για να μην θεωρήσει ο άρρωστος ότι του στερεί την αγάπη και το ενδιαφέρον, παράλληλα με τη κινητοποίηση της δικής του πρωτοβουλίας και ευθύνης. Αυτό επέρχεται μέσα από την ωρίμανση μιας νέας σχέσης κατά την ψυχοθεραπεία, διαφορετικής από την οργίλη ενσωμάτωση που συνέβαινε κατά το παρελθόν. Η εμπιστοσύνη που αναπτύσσεται διαλύει την καχυποψία και δυσπιστία, ενισχύοντας το Εγώ για δημιουργία νέου τύπου σχέσεων με το περιβάλλον.

Μέσα στο θεραπευτικό κλίμα ο καταθλιπτικός μαθαίνει να εκδηλώνει την επιθετικότητά του χωρίς φόβο αντιστροφής της προς εαυτόν και να την εκφορτίζει σταδιακά ή να την διοχετεύει κατάλληλα. Οι αντιστάσεις στην εκδήλωση εκθρότητας είναι μεγάλες και ο θεραπευτής μπορεί έμμεσα να υποβοηθήσει με παραδείγματα από την ίδια τη ζωή του αρρώστου, τη μεταβιβαστική σχέση της συνεδρίας εκείνης κλπ. Η υποβοήθηση έκφρασης οργής ή εκθρότητας προς ένα πρόσωπο της τρέχουσας ζωής θα συμβάλει στην επεξεργασία των συναισθημάτων προς τις ενδοβληθείσες γονεϊκές μορφές, ένα θέμα που όσο καλύτερα αναλύεται αφήνει μονιμότερα αποτελέσματα. Η υπόδειξη με αντιμετώπιση (**confrontation**) δυσανάλογων ή αντιφατικών συναισθημάτων προς σημερινά πρόσωπα, διευκολύνει την ανάλυση των αμφιθυμικών συναισθημάτων του παρελθόντος, για τα οποία πολλές φορές επικρατεί άρνηση. Ο καταθλιπτικός δύσκολα χρησιμοποιεί τον ελεύθερο συνειρμό, που μερικές φορές ευοδώνεται εάν αφορά σε θέματα αναγκών του ασθενούς σε αγάπη,

σεξουαλικά προβλήματα κλπ., από τα οποία μπορεί κανείς στη συνέχεια να μεταπηδήσει στα φλέγοντα θέματα χειρισμού της επιθετικότητας.

Με την επεξεργασία των συγκρούσεων που αναφέρθηκαν, αρχίζει βαθμιαία η αύξηση της αυτοεκτίμησης του ασθενή. Η συσχέτιση γεγονότων από διάφορες περιόδους της ζωής του ατόμου και η ερμηνεία των αντιδράσεων του προς αυτά, του δείχνουν τους λανθασμένους ή ορθούς χειρισμούς. Η υπόδειξη και των τελευταίων ενισχύει την αυτοεκτίμηση, διότι ο ασθενής ανακαλύπτει ότι μερικές φορές σε ανύποπτο χρόνο είχε εφαρμόσει δυνάμεις που δεν είχε συνειδητοποιήσει. Η συζήτηση προσφάτων επίσης πληγμάτων, που ακόμη επηρεάζουν τη ζωή του, και η ανάληψη πρωτοβουλίας για χειρισμό τους ανεβάζει την αυτοεκτίμηση.

Με νέα κριτήρια ο ασθενής διαμορφώνει βαθμιαία ένα διαφορετικό Ιδεώδες - Εγώ, χωρίς τις γονεϊκές, κοινωνικές και άλλες επικρίσεις και χωρίς τις υπερβολικές φιλοδοξίες, που όταν έμεναν ανεκπλήρωτες του μείωναν την αυτοεκτίμηση. Μέσα από τις σχέσεις με νέα αντικείμενα το άτομο προγραμματίζει διαφορετικά την πορεία του και έτσι ελπίζει. Μαθαίνοντας να απαιτεί στο σωστό μέτρο, βασίζεται στο εγώ του και δεν αισθάνεται αβοηθητος¹⁸.

Εάν η επιβράβευση έχει απροσδόκητα αποτελέσματα, τι μπορεί να κάνει ο θεραπευτής για να τονώσει την αυτοεκτίμηση ενός καταθλιπτικού ατόμου ; Οι οπαδοί της ψυχολογίας του Εγώ έδωσαν μια πολύ χρήσιμη συνταγή : «Μην υποστηρίζετε το Εγώ. Επιτεθείτε στο Υπερεγώ». Για παράδειγμα, εάν ένας άντρας μέμφεται τον εαυτό του για το έγκλημα του φθόνου που αισθάνεται για την επιτυχία ενός φίλου του και ο θεραπευτής του απαντήσει ότι ο φθόνος είναι ένα φυσιολογικό συναίσθημα και ότι ειδικά από τη στιγμή που δεν το εκδραματίζει θα έπρεπε να συγχαίρει τον εαυτό του και όχι να του επιτίθεται, ο ασθενής μπορεί να απαντήσει με σιωπηρή δυσπιστία. Αλλά εάν ο θεραπευτής πει: «Και τι έγινε;» ή αστείευτεί πειρακτικά μαζί του λέγοντας ότι προσπαθεί να ξεπεράσει τον ίδιο το Θεό, ή αν του πει καλοπροαίρετα : «Καλωσόρισες στο ανθρώπινο είδος !», ο ασθενής ίσως λάβει το μήνυμα. Όταν οι ερμηνείες δίνονται με έναν επικριτικό τόνο, τότε τα καταθλιπτικά άτομα τις δέχονται καλύτερα. Αυτό συμβαίνει

επειδή το σκεπτικό των καταθλιπτικών ατόμων είναι το εξής : «Εάν αυτή η θεραπεύτρια με επικρίνει, θα πρέπει να υπάρχει κάποια αλήθεια σε αυτά που λέει, από τη στιγμή που ξέρω ότι κατά κάποιο τρόπο είμαι κακός».

Μια άλλη πτυχή της θεραπείας με καταθλιπτικούς ασθενείς είναι η προθυμία ενός θεραπευτή να εκτιμήσει ως επιτεύγματα συμπεριφορές που σε άλλους ασθενείς θα μπορούσαν να σηματοδοτούν αντίσταση. Για παράδειγμα, είναι γνωστό ότι πολλοί ασθενείς εκφράζουν τις αρνητικές αντιδράσεις τους στη θεραπεία ακυρώνοντας συνεδρίες ή αποφεύγοντας να πληρώσουν γι' αυτές. Αντίθετα, οι καταθλιπτικοί ασθενείς εργάζονται τόσο σκληρά για να είναι καλοί ώστε συνήθως είναι παραδειγματικοί στο ρόλο τους, σε βαθμό που η καλή συμπεριφορά τους να μπορεί να εκληφθεί ως ένα τμήμα της παθολογίας τους. Ένας θεραπευτής θα βοηθήσει έναν καταθλιπτικό ασθενή, εάν ερμηνεύσει την ακύρωση μιας συνεδρίας ή την προσωρινή αναβολή της πληρωμής της ως ένα θρίαμβο απέναντι στο φόβο ότι ο θεραπευτής θα τον εκδικηθεί, εάν ο ασθενής εκφράσει την παραμικρή διαφωνία. Με τους υπερβολικά συνεργάσιμους ασθενείς ένας θεραπευτής μπαίνει στον πειρασμό να χαλαρώσει στην πολυθρόνα του και να ευλογεί την καλή του τύχη, αλλά εάν ένα καταθλιπτικό άτομο δεν συμπεριφέρεται ποτέ με εναντιωτικούς ή εγωιστικούς τρόπους στη θεραπεία, ο θεραπευτής θα πρέπει να φέρει αυτό το πρότυπο συμπεριφοράς στη θεραπεία και να το θέσει ως θέμα προς συζήτηση και διερεύνηση.

Γενικά, οι θεραπευτές των ασθενών με καταθλιπτικό χαρακτήρα θα πρέπει να επιτρέπουν, ακόμη και να καλοδέχονται, την κατάσταση κατά την οποία ο ασθενής τους αφαιρεί το φωτοστέφανό τους. Είναι ωραίο για ένα θεραπευτή να αποτελεί αντικείμενο εξιδανίκευσης από τους ασθενείς του, αλλά κάτι τέτοιο δεν λειτουργεί προς όφελος των ίδιων των ασθενών. Οι πρώτοι ψυχαναλυτές γνώριζαν ότι όταν ένας καταθλιπτικός ασθενής εξέφραζε κριτική ή θυμό απέναντι στον κλινικό του αυτό συνιστούσε δείγμα προόδου. Ο τρόπος με τον οποίο κατανοούσαν αυτό το φαινόμενο ήταν το υδραυλικό μοντέλο του **Freud**, οι σύγχρονοι ψυχαναλυτές όμως το εκτιμούν από την άποψη της θετικής αξιολόγησης του εαυτού. Τελικά,

είναι απαραίτητο για τους καταθλιπτικούς ασθενείς να απομακρυνθούν από τη θέση «της προσωπικής ανεπάρκειας» και να αντιμετωπίσουν το θεραπευτή ως ένα συνηθισμένο, ατελή άνθρωπο. Η εξιδανίκευση διατηρεί από τη φύση της μια υποδεέστερη εικόνα του εαυτού των καταθλιπτικών ατόμων.

Τέλος, όταν οι συνθήκες το επιτρέπουν, ένας θεραπευτής θα πρέπει να αφήνει τους καταθλιπτικούς ασθενείς του, πολύ περισσότερο από ό,τι άλλες κατηγορίες ασθενών, να λαμβάνουν οι ίδιοι την απόφαση για τον τερματισμό της θεραπείας, ακριβώς επειδή πρόκειται για ένα πολύ σημαντικό θέμα για τη συγκεκριμένη διαγνωστική ομάδα. Συνιστάται, επίσης, η ανοικτή πρόσβαση για μια ενδεχόμενη συνέχιση της θεραπείας τους και η εξάλειψη εκ των προτέρων κάθε εμποδίου που μπορεί να αποτρέψει τους καταθλιπτικούς ασθενείς στη μελλοντική αναζήτηση βοήθειας. Για παράδειγμα, πρέπει να εξαλειφθούν προκαταλήψεις όπως ότι η επιστροφή ενός πρώην ασθενή στη θεραπεία για ένα ψυχολογικό «σέρβις» θα ήταν σαν να παραδέχεται την ήττα του, ή ότι ο θεραπευτής θα απογοητευτεί γιατί η «ίαση» δεν ήταν ολοκληρωμένη. Η φάση της ολοκλήρωσης της θεραπείας με τους καταθλιπτικούς ασθενείς θα πρέπει να αντιμετωπίζεται με ιδιαίτερη φροντίδα και ελαστικότητα επειδή οι αιτίες της δυσθυμίας των καταθλιπτικών ασθενών περιλαμβάνουν πολύ συχνά οριστικούς αποχωρισμούς – που συνέβησαν στη διάρκεια της παιδικής ηλικίας – και οι οποίοι τους ώθησαν να κόψουν όλους τους δεσμούς και να καταπιέσουν όλες τις επιθυμίες τους για παλινδρόμηση αντί να αισθανθούν ασφαλείς βιώνοντας τη διαθεσιμότητα και την κατανόηση από τους γονείς τους¹⁹.

6.5 Ηλεκτροσπασμοθεραπεία

Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία (επίσης γνωστή σαν «ηλεκτροσόκ»), που πρωτοεφαρμόστηκε το **1938** από τους **Cerletti** και **Bini**, ίσως είναι η πιο κακοδιαφημισμένη θεραπεία στην ιατρική. Η λαϊκή βιβλιογραφία την έχει παρουσιάσει σαν ένα απωθητικό και βάρβαρο χειρισμό. Σε μια πολιτεία

των ΗΠΑ, ομάδες έχουν κινητοποιηθεί να τη θέσουν εκτός νόμου. Εν τούτοις, η ηλεκτροσπασμοθεραπεία δεν είναι απάνθρωπη και οπωσδήποτε έχει συγκεκριμένες ενδείξεις με σημαντικά αποτελέσματα. Η «κακή εντύπωση» οφείλεται κυρίως στην έλλειψη σύγχρονης ενημέρωσης για το πώς εφαρμόζεται σωστά και στη δημόσια αντίδραση για τις εξουσιαστικές πλευρές του συστήματος της ψυχικής υγείας.

Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία συνίσταται στην πρόκληση μιας **grand mal** επιληπτικής προσβολής με ηλεκτρικό ρεύμα δια μέσου του εγκεφάλου. Κάθε θεραπευτική χορήγηση συνίσταται στην πρόκληση μιας τονικοκλονικής επιληπτικής κρίσης, ενώ ο ασθενής έχει πάρει αναισθησία και μια σειρά ηλεκτροσπασμοθεραπειάς αποτελείται από αρκετές θεραπευτικές χορηγήσεις.

Στα Μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια, η ηλεκτροσπασμοθεραπεία έχει σημαντικά πλεονεκτήματα στη θεραπεία των Μειζόνων καταθλιπτικών επεισοδίων, καθώς 1) δίνει αποτελέσματα πολύ πιο γρήγορα από τα αντικαταθλιπτικά (ανακουφίζει τα συμπτώματα συχνά μέσα σε λίγες ημέρες και έτσι αποτελεί ένδειξη σε σοβαρό κίνδυνο αυτοκτονίας), 2) είναι ασφαλέστερη μέθοδος για εύθραυστα ηλικιωμένα άτομα, που έχουν ιστορικό καρδιακής νόσου και 3) πιθανόν είναι και περισσότερο αποτελεσματική απ' ότι τα αντικαταθλιπτικά σε κατάθλιψη που συνοδεύεται από μηδενιστικές, παρανοϊκές ή σωματικές παραληρητικές ιδέες ή από έντονη «κατατονική» μελαγχολία. Μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια, που συνοδεύονται από έντονα φυτικά μελαγχολικά συμπτώματα, απαντούν εξαιρετικά καλά, με μια συχνότητα βελτίωσης 80-90%. Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία είναι αποτελεσματική για πολλούς σοβαρά καταθλιπτικούς ασθενείς που δεν απαντούν στη φαρμακευτική αγωγή. Ακόμα, έχει ένδειξη στην εγκυμοσύνη, όταν η χρήση φαρμάκων είναι λιγότερο ασφαλής.

Οξεία μανία. Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία έχει δειχθεί ότι είναι εξίσου αποτελεσματική στη θεραπεία της οξείας μανίας όπως και στη σοβαρή

κατάθλιψη. Ειδικά σε ασθενείς που δεν απαντούν στη φαρμακοθεραπεία και κινδυνεύουν να βλάψουν τον εαυτό τους ή να εξαντληθούν ολοκληρωτικά, η ηλεκτροσπασμοθεραπεία μπορεί να φέρει ταχεία βελτίωση⁷.

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1°

ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

1.1 Εισαγωγή

Η κατάθλιψη είναι μια ανωμαλία κατά την οποία η ψυχική κατάσταση και η ζωτικότητα είναι θεσμένες στο επίπεδο της λύπης.

Ασθενείς με κατάθλιψη κυρίως ψυχωσική νοσηλεύονται σε όλα τα νοσηλευτικά τμήματα του Ψ.Ν.Α. είτε σαν νέες εισοδοι, είτε σαν επανείσοδοι – ασθενείς που έχουν πάρει εξιτήριο και υποτροπιάσανε – είτε σαν χρόνιοι τρόφιμοι με υποτροπές στην κατάθλιψη. Ο καταθλιπτικός ασθενής δοκιμάζει, εκδηλώνει και μεταβιβάζει τον πόνο του, τις ανάγκες του και τα προβλήματά του με μοναδικούς προσωπικούς τρόπους. Έτσι το νοσηλευτικό προσωπικό καλείται να νοσηλεύσει τον καταθλιπτικό ασθενή και όχι την κατάθλιψη. Ο – η νοσηλεύτης-τρια, με τις θεωρητικές γνώσεις που θα πρέπει να έχει και με τη μελέτη του ιστορικού του ασθενούς, παρατηρεί την συμπεριφορά του, ακούει τους πόνους, τα προβλήματα, τα νοήματα και το περιεχόμενο της ομιλίας του. Με την επικοινωνία μαζί του προσπαθεί να γνωρίσει την προσωπικότητά του. Μ' αυτό τον τρόπο επιτυγχάνει μια αρχική αξιολόγηση των αναγκών του ασθενούς. Εάν είναι εισοδος, επιλέγει το χώρο – όσο αυτό είναι δυνατόν – παραμονής του ασθενούς. Ακόμη και όταν πρόκειται για παλιό τρόφιμο πιθανά να χρειαστεί ν' αλλάξει κλίνη, ειδικά όταν μένει σε μοναχικό δωμάτιο.

Η παραμονή σε μοναχικό θάλαμο ενέχει κίνδυνο αυτοκτονίας, γιατί ως γνωστό όλες οι μορφές κατάθλιψης παρουσιάζουν σε μεγάλο ποσοστό αυτό το πρόβλημα. Αυτό είναι περισσότερο επισημασμένο στην ενδογενή κατάθλιψη με διαταραχές που συνοδεύονται από αισθήματα ενοχής ή θλίψης.

Άλλη μια κατηγορία ασθενών που είναι επικίνδυνοι για αυτοκτονία είναι οι χρόνιοι ασθενείς που ετοιμάζονται για εξιτήριο μετά από μεγάλες προσπάθειες για αποσυλοποίηση από την θεραπευτική ομάδα.

Όταν αυτοί, μετά από κάποιο δοκιμαστικό εξιτήριο διαπιστώσουν ότι απορρίπτονται από τους οικείους συγγενείς, επιστρέφουν στα ψυχιατρεία. Εδώ η νοσηλεύτρια, που συνήθως υποδέχεται τον ασθενή (γιατί γυρίζουν απογεύματα ή νύχτα), θα πρέπει να είναι πολύ προσεκτική. Μέχρι να συζητήσει το επόμενο πρωί με την υπόλοιπη ομάδα (γιατρούς, ψυχολόγους κλπ.), η νοσηλεύτρια πρέπει να προσέχει με διακριτικότητα και μεγάλη επιμέλεια τον ασθενή. Να συζητεί μαζί του και να τον ευθαρρύνει στο ότι δεν έκλεισαν οι πόρτες της εξόδου και ότι θα βρεθεί τρόπος επανένταξης στο οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον. Πραγματικά η κατάσταση σ' αυτή την περίπτωση είναι δύσκολη και έχουν συμβεί πολλές απόπειρες σ' αυτή τη φάση²⁰.

1.2 Νοσηλευτικοί σκοποί / κριτήρια αξιολόγησης των παρεμβάσεων

Ο άρρωστος πρέπει να φθάσει στο σημείο ώστε :

- Εκφράζει επιθυμία να ζήσει, αιτιολογεί και δεν αναφέρει ιδέες ή σχεδιασμό αυτοκτονίας.
- Εκδηλώνει αισιοδοξία και ελπίδα, χαμογελά ή γελά ανάλογα με την περίπτωση.
- Κάνει σχέδια για το μέλλον που περιλαμβάνουν δραστηριότητες αλλά και ιατρική παρακολούθηση και συμμόρφωση στη φαρμακοθεραπεία.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

Εκτίμηση του βαθμού επικινδυνότητας – δυνατότητας για αυτοκτονία παρατηρώντας τη συμπεριφορά του αρρώστου, δηλαδή κινήσεις, απειλές, μοίρασμα ατομικών πραγμάτων, παρουσία ψευδαισθήσεων ή παραληρητικών ιδεών και ιστορικό προηγούμενης απόπειρας.

Ο βαθμός απελπισίας που εκφράζει ο άρρωστος είναι ενδεικτικός της βαρύτητας της κατάθλιψης και του κινδύνου αυτοκτονίας.

Οι 8 στους 10 που λένε ότι θέλουν να αυτοκτονήσουν το κάνουν.

Όποιος σκέφθηκε το σχέδιο είναι πιο πιθανό να το εκτελέσει. Η πιθανότητα αυξάνει αν το άτομο ή κάποιος από την οικογένειά του

αποπειράθηκε στο παρελθόν και συνυπάρχει κατάθλιψη. Οι παρορμητικοί ή οι ψυχωτικοί άρρωστοι με ακουστικές ψευδαισθήσεις που τους παρακινούν στην αυτοκαταστροφή, μπορούν να αυτοκτονήσουν χωρίς προειδοποιητικά σημεία.

Επανεκτίμηση της δυνατότητας αυτοκτονίας περιοδικά, ιδιαιτέρως σε περιπτώσεις αλλαγής της διάθεσης, αύξησης της απόσυρσης, ετοιμασίας εξόδου πριν να προγραμματισθεί.

Ο κίνδυνος αυτοκτονίας είναι μεγαλύτερος κατά τον 1^ο μήνα της ενδοноσοκομειακής νοσηλείας. Οι μισές από τις αυτοκτονίες των νοσηλευόμενων ασθενών συμβαίνουν έξω από το νοσοκομείο, όταν έχουν άδεια. (Ο μεγαλύτερος κίνδυνος είναι όταν ο άρρωστος έχει ιδέες αυτοκτονίας και επαρκή ενεργητικότητα για να την πραγματοποιήσει, π.χ. στο σημείο που αρχίζει να αισθάνεται καλύτερα).

Εξήγηση στον άρρωστο από τον νοσηλευτή ότι ενδιαφέρεται για την ασφάλειά του και θα τον βοηθήσει να διατηρηθεί ασφαλής. Αυτό διαβιβάζει τη νοσηλευτική μέριμνα και παρέχει αίσθημα προστασίας. Στενή παρακολούθηση ή κάθε 15' σε περίπτωση μεγάλου κινδύνου.

Τοποθέτηση του αρρώστου σε δωμάτιο, όχι μοναχικό, δίπλα στο νοσηλευτικό παρατηρητήριο και συνοδεία σ' όλες τις μετακινήσεις του, αν ενδείκνυται. Έτσι μπορεί να προληφθεί ή διακοπεί η βλαπτική συμπεριφορά.

Προσοχή να μη χρησιμοποιούνται επικίνδυνα είδη (μαντήλια λαιμού, ζώνες, ξυράφια, ψαλίδια). Στα πλαίσια ασφάλειας του περιβάλλοντος περιλαμβάνεται και η αφαίρεση αντικειμένων που μπορεί να παρακινήσουν σε σκέψεις και απόπειρες αυτοκτονίας.

Έλεγχος όλων των ατομικών ειδών που έφερε ο άρρωστος στο νοσοκομείο και ενημέρωση της οικογένειας να μη του φέρνει επικίνδυνα είδη. Βέβαια αυτό γίνεται με προηγούμενη παρατήρηση κατά τη χορήγηση των φαρμάκων, ώστε να τα παίρνει ο άρρωστος και να μη τα κρύβει για απόπειρα αυτοκτονίας ή να τα πετάει στα άχρηστα.

Παρακολούθηση του αρρώστου ακόμη και όταν χρησιμοποιεί τους βοηθητικούς χώρους με προηγούμενη ενημέρωσή του. Έχουν συμβεί αυτοκτονίες και σ' αυτούς τους χώρους.

Νοσηλευτικοί γύροι στους θαλάμους σε συχνά αλλά όχι τακτά διαστήματα ιδιαίτερα τη νύκτα, τα ξημερώματα, στις αλλαγές βάρδιας των νοσηλευτών και σε άλλες ώρες που προβλέπεται ότι το προσωπικό είναι πολύ απασχολημένο. Το σύστημα αυτό παρεμποδίζει την πρόβλεψη ποτέ θα περάσει ο νοσηλευτής από το δωμάτιο του αρρώστου.

Βοηθάει τον νοσηλευτή να γνωρίζει σε κάθε στιγμή που είναι ο άρρωστος. Ιδιαίτερα σε ώρες που είναι λιγότερο το προσωπικό. Συστηματικός έλεγχος του περιβάλλοντος για επικίνδυνα σημεία, π.χ. ανοικτές πόρτες και παράθυρα, ανοικτές προσβάσεις προς τη σκάλα ή την ταράτσα ή εκτεθειμένες φιάλες με απορρυπαντικά. Η ελαχιστοποίηση των ευκαιριών για αυτοκαταστροφή απαιτεί συνεχή προσοχή και πρόβλεψη ασυνήθιστων ενεργειών του αρρώστου. Διατύπωση ενός συμφωνητικού πρωτοκόλλου με τον άρρωστο που να περιλαμβάνει τι θα κάνει ο άρρωστος και τι ο νοσηλευτής για την ασφάλεια του πρώτου. Ένα αντίγραφο υπογεγραμμένο από τον άρρωστο και τον υπεύθυνο νοσηλευτή επισυνάπτεται στο φύλλο νοσηλείας του αρρώστου και ένα άλλο αντίγραφο δίνεται στον άρρωστο να το κρατά. Αυτό τεκμηριώνει τα μέτρα που θα ληφθούν για την πρόληψη της αυτοκτονίας και την ανταπόκριση του αρρώστου. Ακόμη προωθεί την επικοινωνία και μπορεί να βοηθήσει τον άρρωστο να αξιολογήσει τη νοσηλεία του.

Ενθάρρυνση του αρρώστου και της οικογένειάς του να ρωτήσουν ό,τι θέλουν και να εκφράσουν τα συναισθήματά τους για τη φαρμακοθεραπεία, την τυχόν ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ECT) αν προγραμματίστηκε και για άλλες θεραπείες.

Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα μπορεί να διορθώσουν τη διάθεση σε 3 ή περισσότερες εβδομάδες. Εν τω μεταξύ μπορεί να χρειασθούν άλλες μορφές θεραπείας για προστασία του αυτοκτονικού αρρώστου. Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία γενικά είναι δεύτερη επιλογή θεραπείας, αν

η κατάθλιψη δεν επηρεασθεί από τα φάρμακα και ο άρρωστος συνεχίζει να εκδηλώνει ιδέες αυτοκτονίας, να έχει αϋπνίες, να αρνείται να τρώει και να πίνει υγρά. Ο άρρωστος μπορεί να φοβάται το ηλεκτροσόκ και ο νοσηλευτής χρειάζεται να κατανοήσει τους φόβους αυτούς, να υποστηρίξει όμως το ηλεκτροσόκ ως θετική εναλλακτική θεραπεία. Διότι αν ο νοσηλευτής έχει αρνητική στάση προς το ηλεκτροσόκ μπορεί να τη μεταφέρει στον άρρωστο και να του δημιουργήσει σύγχυση και άρνηση να τη δεχθεί.

Βοήθεια του αρρώστου να μετακινηθεί από αρνητικό, λανθασμένο και εξωπραγματικό, σε ρεαλιστικό, θετικό σύστημα θεώρησης του εαυτού του, της ζωής και του κόσμου. Έτσι θα μειωθούν τα αισθήματα αναξιότητας και αδυναμίας και θα αυξηθούν ο αυτοέλεγχος και η αυτοεκτίμησή του (γνωστική θεραπεία).

Ενίσχυση του αρρώστου στη διατύπωση κατορθωτών στόχων για τη ζωή του, διότι οι κατορθωτοί στόχοι είναι πιο πιθανό να εκπληρωθούν και να φέρουν ταχύτερες ικανοποιητικές αμοιβές.

Παρότρυνση του αρρώστου να φροντίζει την επαρκή διατροφή, την ατομική υγιεινή και την καλή του εμφάνιση. Με σκοπό τη διατήρηση της υγείας, την πρόληψη νόσησης, την ανύψωση του αισθήματος της αξιοπρέπειας και αυτοεκτίμησης.

Βεβαίωση του αρρώστου ότι υπάρχει ελπίδα να αναρρώσει από την κατάθλιψη και τον αυτοκτονικό ιδεασμό και ότι οι νοσηλευτές θα τον συντροφεύσουν στην πορεία αυτή.

Έπαινος του αρρώστου για προσπάθειες θετικής αυτό-αξιολόγησης, αυτοελέγχου και διαμόρφωσης ρεαλιστικών σκοπών. Τονώνεται το αίσθημα της προσωπικής του αξίας και της ελπίδας ότι μπορεί να αλλάξει η δυσάρεστη διάθεσή του.

Χορήγηση των παραγγεληθέντων αντικαταθλιπτικών φαρμάκων με συνέπεια και υπευθυνότητα, καθώς και με εξασφάλιση της θεληματικής συμμόρφωσης του αρρώστου.

Συνεργασία με τον άρρωστο και την οικογένειά του πριν από την έξοδο του από το νοσοκομείο, με σκοπό να κατανοήσουν τις διαπροσωπικές εντάσεις και πώς να τις αντιμετωπίζουν. Μια νοσηλευτική έρευνα, που

μελέτησε την ενσωμάτωση της οικογένειας στον προγραμματισμό της μετανοσοκομειακής φροντίδας καταθλιπτικών αρρώστων, διαπίστωσε ότι είχε τα εξής αποτελέσματα : Αύξηση της ικανοποίησης της οικογένειας από τη συνεργασία του αρρώστου, αύξηση της χρησιμοποίησης των υπηρεσιών υγείας της κοινότητας από τον άρρωστο όταν χρειαζόταν και μεγαλύτερο βαθμό προσαρμογής του αρρώστου στην καθημερινή ζωή.

Νοσηλευτικοί σκοποί / Κριτήρια αξιολόγησης νοσηλευτικών παρεμβάσεων σε διαταραχή κοινωνικής επικοινωνίας

Ο άρρωστος πρέπει να φθάσει στο σημείο να εκδηλώνεται ως εξής :

- Συνάπτει θεραπευτική συμμαχία με το προσωπικό.
- Αρχίζει να επικοινωνεί με συνασθενείς και το προσωπικό.
- Συμμετέχει ενεργητικά σε ομαδικές δραστηριότητες.
- Δείχνει άνεση, ικανοποίηση και ευχαρίστηση όταν επικοινωνεί με άλλους (επαφή με το βλέμμα, βελτιωμένο συναίσθημα, υψάλιες απαντήσεις).
- Εκδηλώνει συνειδητοποίηση ατομικών προβλημάτων που δυσκόλευαν την επικοινωνία του με άλλους.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

Συχνές και σύντομες συναντήσεις (5' - 10') με τον άρρωστο στο διάστημα της ημέρας για επικοινωνία. Οι συχνές και σύντομες επαφές ελαχιστοποιούν το άγχος και για τον άρρωστο και για τον νοσηλευτή. Προειδοποίηση του αρρώστου πότε και για πόση ώρα θα γίνουν οι νοσηλευτικές επισκέψεις. Οι συγκεκριμένες προσδοκίες ελαττώνουν το άγχος. Το πρόγραμμα παρέχει δομή και σκοπό στα κενά χρονικά διαστήματα.

Συνέπεια του νοσηλευτού στην ώρα της συνάντησης και παραμονή κοντά στον άρρωστο όλη την ώρα της υπόσχεσης και όταν ακόμη αυτός δεν μιλά και δεν ανταποκρίνεται στην παρουσία του

νοσηλευτού. Η σταθερότητα και η αξιοπιστία θεμελιώνει την εμπιστοσύνη. Ο άρρωστος αισθάνεται τη νοσηλευτική προσοχή χωρίς να προσπαθεί για να την κερδίσει. Όταν ο νοσηλευτής δεν έρχεται στην ώρα του ή δεν παραμένει όση ώρα είχε υποσχεθεί, ο καταθλιπτικός μπορεί να πάρει το ζήτημα προσωπικά και να σκεφθεί ότι δεν είναι άξιος προσοχής.

Παραμονή δίπλα στον άρρωστο και όταν δεν μιλά με σιωπή για μικρά διαστήματα. Η παρουσία και το ενδιαφέρον του νοσηλευτού του βεβαιώνει ότι τον θεωρεί πρόσωπο με αξία.

Όταν ο άρρωστος παρουσιάζει αλαλία (σιωπηλότητα, βωβότητα), ο νοσηλευτής μπορεί να σχολιάσει κάτι που βλέπει, π.χ. τα πολλά καινούργια κάδρα στον τοίχο ή τα καινούργια παπούτσια του αρρώστου. Όταν ο άρρωστος δεν είναι ακόμη έτοιμος για να μιλήσει, οι απευθείας ερωτήσεις ενδέχεται να αυξήσουν το άγχος του ενώ σχόλια για αντικείμενα του περιβάλλοντος τον επαναφέρουν στην πραγματικότητα. Χρήση απλών, συγκεκριμένων λέξεων. Η βραδυκίνητη σκέψη και η αδυναμία συγκέντρωσης της προσοχής δυσκολεύουν την κατανόηση. Διάθεση αρκετού χρόνου στον άρρωστο για να απαντήσει. Η βραδεία σκέψη χρειάζεται χρόνο να διατυπώσει κάποια απάντηση.

Προσεκτική ακρόαση υπονοουμένων μηνυμάτων και απευθείας ερώτηση για τυχόν σχέδιο αυτοκτονίας. Οι άνθρωποι συχνά αισθάνονται ανακούφιση και ελάττωση των αισθημάτων μοναξιάς όταν εξωτερικεύουν τις σκέψεις αυτοκτονίας.

Διάθεση χρόνου για ακρόαση και συζήτηση συναισθημάτων. Τα συναισθήματα που συναντούν κατανόηση, μπορούν να βοηθήσουν στην ελάττωση της μοναξιάς και απομόνωσης και διευκολύνουν την παραπέρα εξωτερίκευση πιο οδυνηρών συναισθημάτων, για να συντελεσθεί η θεραπεία.

Αποφυγή εκδηλώσεων όπως είναι τα γέλια, τα αστεία και η υπερβολική ευθυμία. Η εύθυμη στάση του νοσηλευτού αυξάνει τα αισθήματα αποξένωσης και απομόνωσης του αρρώστου με τη σύγκριση

των αντιθέσεων, πόσο χαρούμενος είναι ο νοσηλευτής και πόσο λυπημένος ο ίδιος.

Αποφυγή εκφράσεων όπως, τα πράγματα θα διορθωθούν...Ο καθένας μας μελαγχολεί κάποτε - κάποτε. Αυτά τείνουν να ελαχιστοποιούν τη σοβαρότητα του καταθλιπτικού συναισθήματος του αρρώστου και μπορεί να αυξήσουν μέσα του την ενοχή και αναξιότητα αφού δεν είναι σε θέση ο ίδιος να βγει από την κατάσταση όπου βρίσκεται. Αποδοχή εκδηλώσεων θυμού χωρίς αμυντική αντιπαράθεση. Ο θυμός του αρρώστου να μη θεωρείται προσωπική επίθεση κατά του νοσηλευτού. Η λογομαχία ή η αυτό-υπεράσπιση συντελούν μόνο στην ελάττωση της αυτοεκτίμησης και του αρρώστου και του νοσηλευτού. Ευθάρρυνση του αρρώστου να εξωτερικεύσει λεκτικά το θυμό του. Η λεκτική έκφραση δύσκολων συναισθημάτων ίσως να ελαττώσει την ανάγκη εκδήλωσής τους με ανεύθυνες πράξεις και ακατάλληλους τρόπους.

Αν ο θυμός του αρρώστου είναι δικαιολογημένος, ο νοσηλευτής πρέπει να παραδεχθεί ότι έγινε λάθος. Η στάση αυτή ευθαρρύνει την κατάλληλη εξωτερίκευση του θυμού και αποθαρρύνει την εσωτερίκευση και τη στροφή προς το ίδιο το εγώ.

Αποφυγή χρησιμοποίησης εκφράσεων αξιολογικής κριτικής. Π.χ. φαίνεσθε πιο καλός σήμερα ή μ' αρέσει το σημερινό σας χτένισμα. Διότι το καταθλιπτικό άτομο βλέπει τη αρνητική πλευρά κάθε πράγματος. Π.χ. Μπορεί να ερμηνεύσει τα σχόλια ως εξής : Δεν ήμουν καλός χθες. Αν χτενιστώ αλλιώς μπορεί να μην αρέσει στον νοσηλευτή. Είναι καλύτερο να πει ο νοσηλευτής : φοράτε ένα καινούργιο πουκάμισο σήμερα ή αλλάξατε το χτένισμα σας. Τα ουδέτερα προλαμβάνουν τις αρνητικές ερμηνείες.

Βαθμιαία ενσωμάτωση του αρρώστου σε συζητήσεις με άλλους αρρώστους και σε ομαδικές δραστηριότητες ανάλογα με το επίπεδο ανοχής του. Ευθάρρυνση τηλεφωνημάτων και επισκέψεων με υποστηρικτικά σημαντικά πρόσωπα (οικογένεια, φίλοι). Επιδοκιμασία των προσπαθειών του. Όλα αυτά ενεργούν ως θετικοί ενισχυτές του αισθήματος της προσωπικής αξίας του αρρώστου και της ικανοποίησης

από τις κοινωνικές επαφές. Μέσα στην ομάδα ο άρρωστος θα δοκιμάσει την υποστήριξη από τους άλλους, θα μάθει κοινωνικούς τρόπους και θα ανακαλύψει ότι τα προβλήματα και οι ανησυχίες του είναι παρόμοια με των άλλων.

Συνεχής εκτίμηση της αυτοκτονικής διάθεσης του αρρώστου για πρόληψη βλάβης ή και θανάτου.

Διδασκαλία του αρρώστου πώς να εξετάζει και να αμφισβητεί παράλογες και αστήρικτες αρνητικές εκτιμήσεις για τον εαυτό του και τις ικανότητές του. Η πιο ρεαλιστική θεώρηση του εαυτού αυξάνει την εμπιστοσύνη και την κλίση του προς κοινωνικές επαφές²¹.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΥΘΥΝΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗ

ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΑΝΤΙΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

2.1 Εισαγωγή

Η φυσική θεραπεία (φαρμακευτική) μπορεί να είναι μόνο αντικαταθλιπτικά φάρμακα ή συνδυασμός αντικαταθλιπτικών με κύρια αντιψυχωσικά. Το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να είναι ενημερωμένο για την ενέργεια – συνέργεια – παρενέργεια και την ανταγωνιστικότητά τους. Η αντικαταθλιπτική αγωγή μπορεί να προκαλέσει παρενέργειες στο καρδιαγγειακό σύστημα. Γι' αυτό επιβάλλεται η συχνή μέτρηση αρτηριακής πίεσης. Όταν η θεραπευτική αγωγή είναι ενέσιμη ενδομυϊκά θα πρέπει να ελέγχεται η περιοχή ότι δεν παρουσιάζει ερυθρότητα ή και απόστημα γιατί σ' αντίθετη περίπτωση, αντί για θεραπεία θα έχουμε προκαλέσει βλάβη. Η ενέσιμη ενδοφλέβια θεραπεία έχει ταχύτερα αποτελέσματα. Αυτή γίνεται με χορήγηση εμπλουτισμένου ορού με αντικαταθλιπτικά φάρμακα. Η προσοχή του νοσηλευτή εδώ, θα πρέπει να είναι επισημασμένη γιατί οι παρενέργειες είναι ταχύτερες. Πρέπει να ελέγχεται συχνά η ροή του ορού, σύμφωνα με τις ιατρικές εντολές, καθώς και η Α.Π. Όταν χορηγούνται άλατα του λιθίου, πρέπει να ελέγχουμε τα επίπεδα στο αίμα, για να εξασφαλίσουμε τη σωστή δόση για τον άρρωστο. Επίσης πρέπει να γίνονται συχνές εξετάσεις της νεφρικής λειτουργίας, λόγω της νεφροτοξικότητας του λιθίου. (Η θεραπευτική δράση του λιθίου δεν απέχει πολύ από την τοξική).

Μέλημα λοιπόν του νοσηλευτικού προσωπικού είναι οι εργαστηριακές εξέταση και οι απαντήσεις αυτών να παίρνονται έγκαιρα²⁰.

2.2 Άλλες παρενέργειες των φαρμάκων και νοσηλευτικές ευθύνες

- Αντικολινεργικές αντιδράσεις.
- Ξηροστομία. Αντιμετωπίζεται με άγλυκες καραμέλες, παγάκια, μάσημα τσίχλας, συχνές μικρές λήψεις υγρών και αυστηρή υγιεινή στόματος.
- Θαμπή όραση. Το άτομο καθισχύάζεται ότι η παρενέργεια αυτή θα υποχωρήσει σε λίγες εβδομάδες.
- Δυσκοιλιότητα. Λήψη τροφών με άφθονες ίνες. Αύξηση της σωματικής άσκησης και λήψη πολλών υγρών.
- Κατακράτηση ούρων. Διδασκαλία του αρρώστου να μετρά τα προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα υγρά του και να τα αναφέρει στον νοσηλευτή.
- Καταστολή. Ρύθμιση της λήψης των φαρμάκων πριν από την κατάκλιση για ύπνο. Συνεργασία με τον γιατρό για ελάττωση της δοσολογίας ή την αντικατάσταση του φαρμάκου με άλλο ελαφρότερο. Διδασκαλία του αρρώστου να μην οδηγεί αυτοκίνητο και να μη χειρίζεται επικίνδυνα μηχανήματα ή εργαλεία όταν έχει πάρει ηρεμιστικά φάρμακα.
- Ορθοστατική υπόταση. Ενημέρωση του αρρώστου να σηκώνεται αργά από το κρεβάτι ή την πολυθρόνα. Συχνή μέτρηση της αρτηριακής πίεσης σε ξαπλωμένη και όρθια στάση για έγκαιρη επισήμανση μεγάλων διαφορών στις τιμές.
- Αύξηση ευαισθησίας για εμφάνιση επιληπτικών σπασμών. Ιδιαίτερη παρακολούθηση του αρρώστου με ιστορικό εμφράγματος μυοκαρδίου. Ετοιμότητα για νοσηλευτική παρέμβαση σε περίπτωση σπασμών.
- Ταχυκαρδία, αρρυθμίες. Συστηματική μέτρηση της αρτηριακής πίεσης και των σφύξεων. Συζήτηση τυχόν σημαντικών αλλαγών με τον γιατρό.
- Υπερτασική κρίση (παρενέργεια των αναστολέων της ΜΑΟ). Συμβαίνει αν το άτομο που κάνει θεραπεία με ΑΜΑΟ (π.χ. *marplan*, *nardil*, *parnate*) χρησιμοποιεί τροφές που περιέχουν τυραμίνη. Τέτοιες τροφές είναι τα οиноπνευματώδη ποτά, τυρί, γιαούρτι, μπανάνες, σοκολάτες, αβοκάντο, λικορις, σταφίδες, παστή ρέγκα κ.α. Τα συμπτώματα

περιλαμβάνουν έντονη κεφαλαλγία, ταχυπαλμία, ναυτία / εμετούς, αυχενική δυσκαμψία, σημαντική αύξηση της Α.Π., στηθαγχικό πόνο, εγκεφαλικό αγγειακό επεισόδιο ή και κώμα. Η θεραπεία της υπερτασικής κρίσης συνίσταται στη διακοπή του φαρμάκου και χορήγηση αντιϋπερτασικού φαρμάκου που δρα άμεσα, κατά την ιατρική οδηγία. Διδασκαλία του αρρώστου ποιες τροφές να αποφεύγει κατά το διάστημα θεραπείας με αναστολείς της ΜΑΟ.

2.3 Αυτενδείξεις χορήγησης αντικαταθλιπτικών φαρμάκων

Υπερευαισθησία, καρδιαγγειακό νόσημα, διαταραχή νεφρικής ή ηπατικής λειτουργίας, ταυτόχρονη λήψη περισσότερων από ένα αντικαταθλιπτικών φαρμάκων.

2.4 Νοσηλευτική φροντίδα αρρώστου που υποβάλλεται σε ηλεκτροσπασμοθεραπεία

- Επιβεβαίωση ότι ο ψυχίατρος εξασφάλισε ενυπόγραφη πληροφορημένη συγκατάθεση του αρρώστου για την εφαρμογή της θεραπείας.
- Εξασφάλιση αποτελεσμάτων προσφάτων εργαστηριακών εξετάσεων αίματος και ούρων, ηλεκτροκαρδιογραφήματος και ακτινογραφίας θώρακος.
- Ο άρρωστος προ της θεραπείας πρέπει να είναι νηστικός, να ουρήσει, να φοράει νυκτικό ή πιζάμες ή άλλα χαλαρά ρούχα και να αφαιρέσει τυχόν τεχνητές οδοντοστοιχίες, φουρκέτες και γυαλιά ή φακούς επαφής.
- Λήψη και καταγραφή των ζωτικών σημείων.
- Χορήγηση θεϊκής αιροπίνης 30' πριν από τη θεραπεία κατά την ιατρική οδηγία, για ελάττωση των εκκρίσεων και αύξηση του καρδιακού ρυθμού που καταστέλλεται από τον ερεθισμό του παρασυμπαθητικού τον οποίο προκαλεί η ηλεκτροσπασμοθεραπεία.

- Συνεργασία με τον ψυχίατρο ή και τον αναισθησιολόγο στην ενδοφλέβια χορήγηση αναισθητικού π.χ. *Brevital*, μαζί με ένα μυοχαλαρωτικό π.χ. *anectine*. Μερικά πρωτόκολλα προβλέπουν και χορήγηση φαρμάκου που προκαλεί αμνησία, ώστε να μη θυμάται ο άρρωστος την εμπειρία.
- Χορήγηση οξυγόνου και ετοιμότητα για αναρρόφηση βρογχικών εκκρίσεων, αν χρειασθεί.
- Εφαρμογή των ηλεκτροδίων από το καθορισμένο υπεύθυνο πρόσωπο στους κροτάφους του αρρώστου και παροχή ηλεκτρικού ρεύματος 1 – 130 volts επί 0.1 – 0.5 δευτερόλεπτο.
- Χρήση αναπνευστήρα αμέσως μετά το ηλεκτρικό ερέθισμα.
- Τοποθέτηση του αρρώστου σε πλάγια θέση για πρόληψη εισρόφησης, παραμονή δίπλα του μέχρι να ανανήψει και παρακολούθηση των ζωτικών του σημείων κάθε 15' κατά τη πρώτη ώρα.

Για την αντιμετώπιση της προσωρινής αμνησίας και σύγχυσης που προκαλείται από τη θεραπεία, ο νοσηλευτής βρίσκεται δίπλα στον άρρωστο όταν ξυπνά, του βεβαιώνει ότι η απώλεια μνήμης είναι προσωρινή, του βάζει βραχιόλι ταυτότητας και τον παροτρύνει να χρησιμοποιεί σημειωματάριο και μολύβι, τηλεφωνικό κατάλογο κ.α. Τον επαναπροσανατολίζει στον τόπο, χρόνο και πρόσωπα. Τον ενισχύει να εκφράσει τους φόβους και τις ανησυχίες του. Προγραμματίζει μαζί του τη ρουτίνα της ημέρας για ελαχιστοποίηση της σύγχυσης και τον παρακολουθεί στενά τις επόμενες 48 ώρες.

Ο νοσηλευτής δεν παραλείπει να ενημερώνει την οικογένεια του αρρώστου, ποια συμπεριφορά να περιμένουν μετά την εφαρμογή της θεραπείας και προσπαθεί να ανακουφίσει το άγχος τους²¹.

2.5 Άλλες Νοσηλευτικές ευθύνες

Επίσης ιδιαίτερη προσοχή χρειάζεται στην διατροφή και ενυδάτωση του ασθενούς. Στις περισσότερες περιπτώσεις οι ασθενείς δείχνουν απροθυμία μέχρι και άρνηση για τροφή. Εδώ παροτρύνουμε τον ασθενή να φάει και να πάρει πολλά υγρά. Όταν αυτό δεν επιτυγχάνεται ενδέχεται

να χρειαστεί να τοποθετηθεί ρινογαστρικός σωλήνας (**Levin**) για να σιτιζείται. Σε ορισμένες περιπτώσεις, τοποθετείται όρος εμπλουτισμένος με βιταμίνες (προέχει η ενυδάτωση)! Υπάρχει ένα ποσοστό καταθλιπτικών ασθενών που έχουν νευρικότητα και βουλιμία. Εδώ πάλι πρέπει να παρεμβαίνει με διακριτικότητα το νοσηλευτικό προσωπικό.

Όταν ο ασθενής είναι διαβητικός και ειδικά όταν κάνει ινσουλίνη, τα πράγματα γίνονται πιο επιτακτικά για παρακολούθηση. Το λίγο φαγητό μπορεί να προκαλέσει υπογλυκαιμία και αντίστοιχα υπογλυκαιμικό κώμα και το πολύ φαγητό αντίθετα υπεργλυκαιμικό κώμα.

Μέσα στα μεγάλα ειδικά ψυχιατρικά τμήματα (που η αντιστοιχία νοσηλευτικού προσωπικού – ασθενών είναι μικρή), η παρακολούθηση των αρρώστων την ώρα του φαγητού, είναι ένα μέσο που θα μας οδηγήσει να δούμε έγκαιρα μια υποτροπή σε κατάθλιψη. Π.χ. ο Γιάννης καθόταν στο τραπέζι και έτρωγε το φαγητό του μέχρι σήμερα. Τώρα αρχίζει να μην πηγαίνει με διάθεση ή να μην πηγαίνει καθόλου στην τραπεζαρία. Αυτό είναι πρόκληση για συζήτηση. Όπως και ο Μανώλης τρώει με βουλιμία και δεν στέκεται στη καρέκλα.

Άλλος τρόπος ή μέσο που θα οδηγήσει το νοσηλευτικό προσωπικό να επισημάνει έγκαιρα την υποτροπή είναι ο ύπνος. Στις βραδινές επισκέψεις παρατηρούμε ότι ο ασθενής στριφογυρίζει στο κρεβάτι ή βηματίζει μονολογώντας στο θάλαμο. Την ημέρα δε σηκώνεται με διάθεση, παραμελεί τον εαυτό του και την προσωπική του περιποίηση, και αρχίζει να γίνεται ευερέθιστος ακόμα και στη καλημέρα που θα του απευθυνθεί.

Τον ενοχλεί να βλέπει τηλεόραση ή να ακούει ραδιόφωνο. Επιστρέφει από τον περίπατο πολύ γρήγορα και ξαπλώνει στο κρεβάτι αποφεύγοντας να μιλήσει, προσπαθώντας να κοιμηθεί.

Αλλά, παρότι είναι σκεπασμένος μέχρι και το πρόσωπο δεν κοιμάται. Η αρνητική άποψη για τον εαυτό του και το περιβάλλον, τον οδηγεί στην απομόνωση σε μια μεγάλη κατάσταση παθητικής δυστυχίας. Εδώ χρειάζεται μεγάλη προσοχή!

Το νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται στα ψυχιατρικά τμήματα, είναι ολιγάριθμο και πολλές φορές χωρίς επιστημονική κατάρτιση, οπότε

δυσκολεύεται ν' ανταπεξέλθει στις ανάγκες των νοσηλευομένων και να εφαρμόζονται σωστά οι εξής νοσηλευτικοί σκοποί.

Αυτοί οι νοσηλευτικοί σκοποί εστιάζονται σε 4 ομάδες αναγκών.

1. Έγκαιρη διαπίστωση υποτροπής για κατάθλιψη στον χρόνιο τρόφιμο.
2. Άμεσες ανάγκες που σχετίζονται με την απειλή της ζωής και την ασφάλεια του αρρώστου.
3. Βραχυπρόθεσμες ανάγκες που αφορούν τη νοσηλεία, θεραπεία και προετοιμασία για έξοδο από το νοσοκομείο.
4. Μακροπρόθεσμες ανάγκες που αναφέρονται στην εκπαίδευση του αρρώστου και της οικογένειάς του – όταν αυτή υπάρχει – για την πρόληψη υποτροπής ή την έγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπιση²⁰.

2.6 Νοσηλευτικό Προσωπικό Ψυχιατρικών Τμημάτων

Τα Τμήματα Ψυχιατρικής είναι η μοναδική περίπτωση που το νοσηλευτικό προσωπικό φοβάται όχι μόνο για το θάνατο των άλλων, αλλά και για την προσωπική του ακεραιότητα. Η επικινδυνότητα των ψυχασθενών με τις πολύπλοκες διαβαθμίσεις της δεν αποκλείει την απειλή ή και την πραγμάτωσή της σε πράξεις βίας έναντι στους νοσηλευτές.

Η πιο συχνή, όμως, συνάρτηση με ένα βίαιο και απρόβλεπτο θάνατο είναι η αυτοκτονία. Η αυτοκτονία ενός ασθενούς εμπλέκει κατά τρόπο άμεσο τους θεραπευτές, καταδεικνύοντας την ανεπάρκεια και την ακαταλληλότητα της θεραπευτικής τους προσέγγισης. Είναι μια έντονα επιθετική κίνηση απέναντι στη νοσηλευτική ομάδα, υποδεικνύοντας την ανικανότητά τους, αναταράσσοντας τα δυναμικά της και έχοντας επιπτώσεις στην εξέλιξη των υπόλοιπων ασθενών που βρίσκονται στο Τμήμα. Το δραματικό κλίμα επιδεινώνεται με την ανακοίνωση της αυτοκτονίας στους συγγενείς και την πιθανή εμπλοκή της αστυνομίας για έρευνες και ανακρίσεις.

Μόνο η αλληλεγγύη των μελών της νοσηλευτικής ομάδας μεταξύ τους και η σε βάθος γνώση της Κλινικής Ψυχιατρικής θα επιτρέψει να συζητηθεί και να τοποθετηθεί σωστά το γεγονός. Μέσα από τη συζήτηση μπορούν να επανεξετάσουν τα δυναμικά και να επέλθει μια νέα

ισορροπία, που θα επιτρέψει στη νοσηλευτική ομάδα να συνεχίσει το θεραπευτικό της έργο.

Αμυντικοί Μηχανισμοί

Οι αμυντικοί μηχανισμοί παραπέμπουν στους τρόπους, με τους οποίους πραγματοποιείται μια προσπάθεια ελέγχου των επώδυνων συναισθημάτων. Η συχνή επαφή με την προβληματική του θανάτου θα έπρεπε να οδηγεί στην αύξηση της νοσηρότητας σε καταθλιπτικά σύνδρομα στο νοσηλευτικό προσωπικό. Δεν έχει όμως διαπιστωθεί κάτι τέτοιο.

Αμυντικά συστήματα σε επίπεδο προσωπικό και συλλογικό αναπτύσσονται κατά τέτοιο τρόπο, ώστε να επιτρέπουν το ξεπέρασμα της θλίψης, την κυριαρχία πάνω στην επώδυνη κατάσταση και τη συνέχιση της εργασίας.

Οι προσωπικοί αμυντικοί μηχανισμοί έχουν σχέση με τη δομή της προσωπικότητας του κάθε ατόμου, την προσωπική και οικογενειακή του ιστορία και τις κοινωνικοπολιτιστικές συνθήκες, τις οποίες μεγάλωσε. Το φάσμα των αμυντικών μηχανισμών, στο οποίο ανατρέχει το άτομο για να αντιμετωπίσει το επώδυνο γεγονός, είναι ευρύ. Κυμαίνεται από την πλήρη άρνηση μέχρι τις μανιακές άμυνες²³.

2.7 Προοπτικές για το μέλλον

- Ø Ελάττωση στο μέγιστο βαθμό των συμπτωμάτων της ψυχικής ασθένειας, της μειονεξίας και της ανημπορίας.
- Ø Ενίσχυση της εκτίμησης και εμπιστοσύνης των ατόμων στον εαυτό τους.
- Ø Ανάπτυξη επαγγελματικών δραστηριοτήτων
- Ø Αποφυγή συχνών επανεισαγωγών.
- Ø Υψηλό επίπεδο ζωής στην κοινότητα.

Ø Μετεγκατάσταση των ενοίκων σε πιο αυτόνομες δομές : οικοτροφείο
- ξενώνες - προστατευμένα διαμερίσματα - οικογένεια²⁴.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Φυσικά είναι μεγάλο κόστος να ζητάς από μια κοινωνία να φροντίζει εκατομμύρια ανθρώπους μ' αυτή τη σοβαρή ψυχική διαταραχή. Είναι ιδιαίτερα μεγάλο επειδή πολλοί αρρωσταίνουν. Μερικές φορές είναι βίαιοι και επιθετικοί και χρειάζονται φροντίδα για πολλές δεκαετίες. Εφόσον το πρόβλημα είναι τόσο μεγάλο, μια αυξανόμενη επένδυση για έρευνα σχετικά με τις αιτίες και τη θεραπεία της είναι αναμφισβήτητα πολύ αποδοτική. Μέχρι όμως να εκπληρωθούν αυτές οι ελπίδες, η ευπρέπεια απαιτεί καλύτερους τρόπους διαβίωσης γι' αυτούς τους άτυχους ανθρώπους.

Η κατάθλιψη δεν είναι διανοητική ασθένεια, αλλά μια αλλοίωση της ψυχικής κατάστασης τόσο βαθιά, που απαιτεί την παρέμβαση θεραπευτή. Ο ασθενής υποφέρει απίστευτα και όσοι καταφέρνουν να το ξεπεράσουν διαβεβαιώνουν ότι θα προτιμούσαν να είχαν περάσει οποιαδήποτε άλλη αρρώστια⁹.

Έχουμε, πράγματι, πολλά προβλήματα και, συχνά, είμαστε πολύ δυστυχισμένοι, αλλά τίποτε Δε λύνεται με τα χάπια. Αν μπορείτε να μείνετε για λίγο ακίνητος, να πάρετε μια βαθιά ΕΙΣΠΙΟΝΗ και ΕΚΠΙΝΟΗ, έτσι που το βαρύ, κουρασμένο κορμί σας να χαλαρώσει και να γίνει πλαδαρό κι ύστερα να ξεκουραστείτε για λίγο, η ησυχία και η γαλήνη θα έρθουν σε σας, γιατί θα είσατε ο πραγματικός σας εαυτός μ' όλη την έννοια της λέξης. Αυτό δεν πρόκειται να θεραπεύσει την κατάστασή σας, αλλά αυτή η γαλήνη που πετύχατε και διατρέχει ολόκληρο το κορμί σας, σας δίνει ένα απόθεμα ενεργητικότητας για την αντιμετώπιση των προβλημάτων σας και μπορείτε να δείτε στις σωστές τους διαστάσεις τους παράγοντες αυτών των προβλημάτων. Πόσο τυχεροί είναι όσοι μπορούν να μιλήσουν για όλ' αυτά στο θεό τους – ξέρουν ότι είναι εκεί και νοιάζεται γι' αυτούς όπως τους το υποσχέθηκε : «Θα είμαι πάντα μαζί σας μέχρι και το τέλος²⁵».

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. **Γιώργος Πιπερόπουλος**, Ένας Ψυχολόγος κοντά σου, *Ελληνικά Γράμματα* - 1994.
2. **Paul Gilbert**, Ξεπερνώντας την Κατάθλιψη, *Ελληνικά Γράμματα* - 1999.
3. **Ισκα Σαλιτζμπέργκερ - Ουιτενμπεργκ**, Η αυτογνωσία από Ψυχαναλυτική θεώρηση και οι ανθρώπινες σχέσεις, *Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα 1995*.
4. **Θεόδωρος Ι. Μπαλλής**, Σύνοψη Κλινικής Ψυχιατρικής, *University Studio Press, Θεσσαλονίκη 2000*.
5. **Γ.Ν. Χριστοδούλου**, Κατάθλιψη, *Εκδόσεις Βήτα, 1998*.
6. **Γιώργος Κλεφτάρας**, Η Κατάθλιψη Σήμερα, *Ελληνικά Γράμματα, 1998*.
7. **Νίκου Μανου**, Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής, *Universtity Studio Press, Θεσσαλονίκη 1997*.
8. *Society for Neuroscience*, Τι Γνωρίζουμε Για Τον Εγκέφαλο, *Εκδόσεις Καστανιώτη Αθήνα, 1996*.
9. **Alejandra Vallejo Nayer**, Εφηβεία, η άγρια ηλικία, *Εκδόσεις Ενάλιος, Αθήνα 1997*.
10. **Ι. Τσιάντης**, Εφηβεία, *Εκδόσεις Καστανιώτη, 1998*.
11. **Άννα Παγοροπούλου**, Η Γεροντική Κατάθλιψη, *Ελληνικά Γράμματα, 2000*.
12. **Στάθης Α. Λυμπεράκης**, Εγκέφαλος και Ψυχολογία, *Ελληνικά Γράμματα* - 1997.
13. **Γιώργος Αλεβιζόπουλος**, Δικαστική ψυχιατρική, *Εκδόσεις «ΓΡ. ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΣ», 1998*.
14. **Karlan and Sadock's**, Ψυχιατρική, *Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας 1996*.
15. **Νίκου Μάνου**, Σύνθεση και Επιλογή Στην Ψυχιατρική Θεραπευτική, *Universtity Studio Press, Θεσσαλονίκη, 1993*.
16. **David D. Burns**, Αισθανθείτε καλά!, *Εκδόσεις Πατάκη, 1996*.

17. **Πέτρος Χαρτοκόλλης**, *Εισαγωγή Στην Ψυχιατρική*, Εκδόσεις Θεμέλιο 1991.
18. **Χ. Σ. Ιεροδιακόνου**, *Ψυχαναλυτική Ψυχοθεραπεία*, Εκδόσεις Μαστορίδη, Αθήνα, 1998.
19. *Nancy Mc Williams*, *Ψυχαναλυτική Διάγνωση*, *Ελληνικά Γράμματα*, 2000.
20. **Ι. Κούρος**, *Ψυχικά Προβλήματα και Θεραπείες*, *Ελληνικά Γράμματα* – 1994.
21. **Αφροδίτη Χρ. Ραγιά**, *Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας*, Αθήνα 2001.
22. **Χρυσανθης Δ. Πλατη**, *Γεροντολογική Νοσηλευτική*, Αθήνα 2000.
23. **Λαζαράτου**, *Περιοδικό Ιατρικής με τίτλο : Το stress του Νοσηλευτικού Προσωπικού στην Αντιμετώπιση του Θανάτου*, *τομ. 58, τευχ. 5, 1990*.
24. **Τετράδια Ψυχιατρικής** – Τριμηνιαία Περιοδική έκδοση της Επιστημονικής Ένωσης του Ψ.Ν.Α. – 2002 – Νο 80.
25. **Samuel H. Barondes**, *Στοιχεία Μοριακής Νευροβιολογίας και Βιολογικό Υπόστρωμα Ψυχικών Διαταραχών*, Εκδόσεις «ΕΛΛΗΝ», 1993.
26. **Alethea Lanwson**, *Πώς Να Καταπολεμήσετε Το Άγχος Χωρίς Φάρμακα*, Εκδόσεις ΟΠΕΡΑ – 1992.