

**Α.Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΩΝ, ΣΕΥΠ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

✚ ΘΕΜΑ:

**«ΜΕΙΖΩΝ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ – ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ
ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ»**



**Σπουδάστριες:
Γαϊτανίδη Μαρία
Χρήστου Ευγενία**

**Εισηγήτρια: Δρ. Γ. Θεοδωρακοπούλου
17 Σεπτεμβρίου 2004**

Πάτρα

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

- Πρόλογος
- Εισαγωγή
- Ιστορική ανασκόπηση

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

- - Κεφάλαιο 1: Ορισμοί Συναισθηματικών Διαταραχών..... σελ.1-2
- - Κεφάλαιο 2: Τύποι κατάθλιψης σελ.3-19
- - Κεφάλαιο 3: Επιδημιολογία..... σελ. 20-21
- - Κεφάλαιο 4: Αιτιολογία, Γενετική – Βιολογική - Ψυχοκοινωνική θεωρία σελ. 22-28
- - Κεφάλαιο 5: Συμπτώματα..... σελ. 29-33
- - Κεφάλαιο 6: Διάγνωση-Διαφορική Διάγνωση σελ. 34-38
- - Κεφάλαιο 7: Κατάθλιψη στις διάφορες ηλικίες..... σελ. 39-40
- - Κεφάλαιο 8: Θεραπείες..... σελ. 41-42
- - Κεφάλαιο 9 : Επιπτώσεις..... σελ. 46-50

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

- Κεφάλαιο 10: Ψυχοθεραπεία..... σελ. 51-57
- Κεφάλαιο 11: Αυτοκτονία..... σελ. 58-62
- Κεφάλαιο 12: Πρόληψη σελ. 63-67

- Κεφάλαιο 13: Μέσα από τα μάτια ενός καταθλιπτικού σελ. 68-69
- Κεφάλαιο 14: Νοσηλεύτης και καταθλιπτικόςσελ. 70
- Κεφάλαιο 15: Νοσηλευτικές Διεργασίες σελ. 71-81
- Επίλογος
- Βιβλιογραφία

ΑΝΤΙ ΠΡΟΛΟΓΟΥ...

Ο πόνος μου αντηχεί σε πλήθη ξένα που με τρομάζουν
και όταν με επαινούν, κι όσους έχει ο σκοπός μου ευχαριστήσει
ακόμα αν ζουν, στον κόσμο έχουν σκορπίσει.
Πώς κάθε ελπίδα πια δε χάνει ο νους, που είναι σε κούφια λόγια
κολλημένος, σκάβει άπληστα ζητώντας θησαυρούς, κι είναι
αν σκουλήκια βρει, ευχαριστημένος.

Γκαίτε, «Φάουστ»

*** ΕΙΣΑΓΩΓΗ ***

Η Κατάθλιψη αποτελεί ένα φαινόμενο, το οποίο έχει απασχολήσει την κοινωνία σε μεγάλο βαθμό και αποτελεί θέμα συζητήσεων πολλών επιστημόνων και ερευνητών. Μελέτες έδειξαν ότι εκατομμύρια άνθρωποι σε όλο τον κόσμο υποφέρουν από αυτή τη Διαταραχή. Αξιοσημείωτο δε είναι ότι στις Δυτικές χώρες η Καταθλιπτική Διαταραχή αγγίζει τα όρια της επιδημίας. Αποτελεί μια νόσο κατά την οποία ο άρρωστος υποφέρει από ένα «αφόρητο ψυχικό άλγος, το οποίο είναι χειρότερο από κάθε πόνο» .

Εμείς ασχοληθήκαμε με την πιο βαριά μορφή Κατάθλιψης που είναι η «Μείζων Κατάθλιψη».

Ξεκινώντας λοιπόν την εργασία μας , πρώτο μέλημά μας είναι η αναφορά των ορισμών των συναισθηματικών διαταραχών και βέβαια της Μείζων Κατάθλιψης.

Στη συνέχεια γίνεται μια αναφορά των αιτιολογικών παραγόντων και των επιδημιολογικών στοιχείων καθώς και των συμπτωμάτων της Κατάθλιψης. Επιπλέον, μια σειρά συμπτωμάτων και θεραπειών αναπτύσσεται λεπτομερώς στη πορεία της εργασίας μας. Στη συνέχεια, γίνεται μια αναφορά της Κατάθλιψης στις διάφορες ηλικίες των ανθρώπων καθώς και οι επιπτώσεις στη ζωή των ατόμων που πάσχουν από Κατάθλιψη.

Το δεύτερο μέρος της εργασίας μας ασχολείται κυρίως με τη Νοσηλευτική Παρέμβαση και την Πρόληψη. Επιπλέον γίνεται μία αναφορά στην αυτοκτονία και τελειώνουμε με τη Νοσηλευτική Διεργασία.

Τελειώνοντας θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε το Νοσοκομείο «ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ», το Αιγηνειο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο, την κυρία Α. Σιδέρη και την κ. Τσουγκράνα Θεοδώρα για τις χρήσιμες πληροφορίες που μας παρείχαν και βοήθησαν στη διεκπεραίωση της εργασίας μας.

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Ψυχή και σώμα έννοιες οι οποίες διαμέσου των αιώνων άλλοτε τις συναντάμε να αποτελούν ένα ξεχωριστό κομμάτι μελέτης και άλλοτε το πνεύμα είναι ενωμένο με το σώμα. Αδιαμφισβήτητο είναι πάντως παρ' όλες τις διαμάχες της φιλοσοφίας και της επιστήμης ότι χρίζουν και τα δύο της ίδιας ζωτικής σημασίας για να είναι το άτομο υγιές.

Οι πρώτοι γιατροί ήταν οι μάγοι της φυλής οι οποίοι καθιστούσαν υπεύθυνη για τα δεινά του σώματος την ψυχή, πίστευαν ότι γιατρεύοντας της ψυχή θα θεραπευόταν και το σώμα. Μέσα από αρχαιολογικές ανασκαφές ανακαλύφθηκαν τρυπανισμένα κρανία σε διάφορα μέρη του κόσμου γεγονός που αποδεικνύει ότι προκειμένου να ελευθερωθεί το σώμα από τα κακά πνεύματα ο ασθενής υποβαλλόταν σε μια περίεργη για τα σημερινά δεδομένα χειρουργική επέμβαση. Δοξασίες, εξορκισμοί, μαγικά βότανα, στοιχεία που μας αποδεικνύουν το ρόλο της ψυχής για την θεραπεία του ασθενούς. Ο Αριστοτέλης στο βιβλίο του «Περί ενυπνίων» το οποίο είναι απαλλαγμένο από την δαιμονολογία μας δίνει στοιχεία για το όνειρο, την ψυχή σε συνδυασμό με τις βιολογικές και βιοχημικές λειτουργίες του σώματος. Στον Όμηρο και στις αττικές τραγωδίες αναφέρονται ψυχιατρικές διαταραχές, π.χ. για να δώσει χρησμό η Πυθία έπεφτε σε «μανία». Οι ακόλουθοι του Διονύσου οι μαινάδες έπεφταν σε μαιναδισμό και μια φορά τόση ήταν η μανία του που έφαγαν τον Ορφέα. Καθώς και η μανιοκαταθλιπτική κρίση του Αίαντα ο οποίος από την στεναχώρια του όταν έδωσαν τα όπλα του Αχιλλέα στον Οδυσσέα, αυτοκτόνησε.

Η ιστορία της ψυχικής φροντίδας αντανάκλα την ανθρώπινη

κουλτούρα. Το πιο παλαιό στοιχείο για την ύπαρξη οργανωμένης ψυχικής φροντίδας ήτανε στην Βαγδάτη και στο Κάιρο το 918 μ.Χ.

Ο όρος μελαγχολία εμφανίζεται τον 5^ο αιώνα π.Χ. από τον Πατέρα της ιατρικής που κατά την παράδοση υπήρξε απόγονος του θεού Ασκληπιού, Ιπποκράτη. Μέσα από τη συνεχή παρατήρηση των ψυχιατρικών ασθενών και την αντικειμενική καταγραφή της συμπεριφοράς τους συμπέρανε ότι οι υπερφυσικές δυνάμεις δεν ήταν υπεύθυνες για το ότι συμβαίνει στο σώμα αλλά η αρχή όλων των νόσων είναι αποτέλεσμα κάποιας βιολογικής δυσλειτουργίας. Σύμφωνα με την θεωρία του έχει κατατάξει τους ανθρώπους σε τέσσερις κατηγορίες αναλόγως με το αίμα, τη λέμφο, την κίτρινη και μαύρη χολή.

Στην περίπτωση της «μελαγχολίας» υπεύθυνη είναι η μαύρη χολή που βρίσκεται στο μυαλό, όπου το συναίσθημα της λύπης, το άγχος, η ενοχή, ο θυμός, η αιτία, η κούραση παρατηρούνται.

Όσον αφορά τώρα τη λέξη κατάθλιψη η οποία προέρχεται από το ρήμα «καταθλίβω» που σημαίνει «καταπιέζω» ή «ζουλώ» ή «συγκινώ», πρωτοχρησιμοποιήθηκε από τον Πλούταρχο για να δηλώσει ψυχική διάθεση («το πνεύμα του καταθλίψαντος» Πλου. Ηθ. 1331).

Ο όρος μελαγχολία στον 17 – 18 αιώνα χρησιμοποιείται σχεδόν σαν όρος κάθε ψυχιατρικής ασθένειας και σιγά σιγά στην ψυχιατρική εμφανίζονται όλο και περισσότερες ταξινομήσεις των ψυχικών ασθενειών.¹³ Τον 19^ο αιώνα ο PINEL κατατάσσει για πρώτη φορά την ψύχωση σε 4 κατηγορίες: (1) Μελαγχολία, (2) Μανία, (3) Άνοια, (4) Ιδιωτεία.³⁰

Το 1899 ο Γερμανός ψυχίατρος EMIL KRAEPELIN (1856 – 1926) διατύπωσε ότι η μανία και η κατάθλιψη εναλλάσσονται κλινικά, η μια ψυχική κατάσταση κατακτά την άλλη, μπερδεύονται μεταξύ τους ή και συνδυάζονται.³¹

Ο Abolf Meyer Αμερικανός ψυχίατρος (1900 – 1940) υιοθέτησε τον όρο «κατάθλιψη» εγκαταλείποντας τον όρο «μελαγχολία». Τις απόψεις του τις έχουν υιοθετήσει η Αμερική, η Αγγλία και άλλες αγγλόφωνες χώρες.³²

Σήμερα στο δυτικό κόσμο η κατάθλιψη είναι ιδιαίτερα αυξημένη σε σημείο που θα μπορούσαμε να πούμε ότι αγγίζει τα όρια της επιδημίας. Σύμφωνα με τον Klerman (1978- 1987) η εποχής μας είναι «εποχή της μελαγχολίας»¹³

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΟΡΙΣΜΟΙ

A) ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Η Κατάθλιψη είναι μία νόσος. Αποτελεί ένα σύνδρομο συναισθηματικής Διαταραχής, το οποίο προκαλεί ένα συνδυασμό συμπτωμάτων που δε συναντάται σε άλλη νόσο.

B) ΜΕΙΖΩΝ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Αποτελεί τον πιο συχνό τύπο Κατάθλιψης. Ανήκει στις Καταθλιπτικές Διαταραχές και συχνά Αποκαλείται Μονοπολική. Είναι η πιο βαριάς μορφής Κατάθλιψη που αντιμετωπίζουν οι ψυχίατροι.

Γ) ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑ

Ορίζεται ως η εξωτερική έκφραση της συγκινησιακής κατάστασης του ασθενούς.

Δ) ΔΙΑΘΕΣΗ

Ορίζεται σαν μία διάχυτη και σταθερή συγκινησιακή

κατάσταση που χρωματίζει την αντίληψη του ατόμου για τον κόσμο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Η ταξινόμηση των καταθλιπτικών συνδρόμων παρουσιάζει δυσκολίες και αποτελεί αντικείμενο πολλών συζητήσεων και διαφωνιών. Οι διαφωνίες, όσον αφορά την ταξινόμηση της κατάθλιψης οφείλονται στον διαφορετικό τρόπο με τον οποίο τα θεωρητικά μοντέλα αντιλαμβάνονται την αιτιολογία της κατάθλιψης. Τα τελευταία 50 χρόνια, ένας μεγάλος αριθμός ερευνητών και επιστημόνων ασχολήθηκε με τη διάγνωση και ταξινόμηση της κατάθλιψης. Δυστυχώς, οι προσπάθειες ήταν άκαρπες. Η ποικιλία και η αφθονία κλινικών περιπτώσεων επιτείνουν τη σύγχυση που ήδη υπάρχει και επιπλέον τα χαρακτηριστικά των περιπτώσεων αυτής της διαταραχής περιπλέκουν την ένταξη σε μία κατηγορία.¹

Σημαντική εξαίρεση αποτελούν τα συστήματα ταξινόμησης που προτείνουν ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ICD – 10, World Health Organization 1992, 93) και η Αμερικάνικη Ψυχιατρική Εταιρεία (DSM – IV, American Psychiatric Association, 1994).¹

Το τελευταίο, αποτελεί αδιαμφισβήτητο το πιο ευρέως χρησιμοποιημένο σύστημα ταξινόμησης των ψυχικών διαταραχών στη σημερινή εποχή.

Τα δύο αυτά συστήματα χαρακτηρίζονται για την ακρίβειά τους όσον αφορά τα κριτήρια διάγνωσης των ψυχικών διαταραχών καθώς και για τις πληροφορίες που δίνουν για κάθε διαταραχή.¹

Οι κύριοι τρόποι με τους οποίους μπορεί να ταξινομηθεί η κατάθλιψη

περιλαμβάνουν τους εξής:

- 1) Πρωτοπαθής – Δευτεροπαθής.
- 2) Ανάλογα με τη σοβαρότητά της (Σοβαρή – Ήπια – Μέτρια).
- 3) Ανάλογα με την κλινική μορφή.

Γυρίζοντας τον κόσμο.

- 1) Στη γερμανική και Σκανδιναβική Ψυχιατρική, οι Υποστροφικές και Μανιοκαταθλιπτικές καταθλίψεις νοούνται ενδογενείς και διαχωρίζονται από τις ψυχογενείς / νευρωτικές.
- 2) Οι Σοβιετικοί δέχονται την Μανιοκαταθλιπτική Ψύχωση και την ψυχογενή αντιδραστική κατάθλιψη στο πλαίσιο των ψυχώσεων μόνο

ΠΑΡΑΔΟΣΙΑΚΟΙ ΤΡΟΠΟΙ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗΣ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

(1) Ψυχωσική / Νευρωσική:

Σύμφωνα με την παράδοση οι ψυχολογικές διαταραχές ανάλογα με τη σοβαρότητά τους, την αιτιολογία τους δύναται να κατηγοριοποιηθούν είτε ως ψυχωσικές είτε ως νευρωσικές. Αυτός λοιπόν ο διαχωρισμός που είναι περισσότερος ποσοτικός παρά ποιοτικός (Beck, Kendell 1970), στηρίζεται ως επί το πλείστον στην επαφή του ατόμου με την πραγματικότητα και την ικανότητά του να αντιλαμβάνεται το περιβάλλον γύρω του. Χαρακτηριστικό της ψυχωσικής κατάθλιψης είναι οι παραληρητικές ιδέες, οι παραισθήσεις και η απόσυρση η οποία δυσκολεύει, μπλοκάρει θα λέγαμε την επικοινωνία του ασθενούς με το περιβάλλον και δημιουργεί σοβαρά προβλήματα στην δημιουργικότητά του.

Από την άλλη, η νευρωσική κατάθλιψη επιτρέπει στο άτομο να έχει επίγνωση του τι συμβαίνει γύρω του χωρίς να παρατηρούνται προβλήματα στη λειτουργικότητά του. Ο όρος νευρωσική κατάθλιψη δε χρησιμοποιείται πλέον στο DSM – IV και ICD – 10 διότι έχει αποκατασταθεί από τη Δυσθυμική Διαταραχή.

(2) Ενδογενής / Εξωγενής – Αντιδραστική:

Έχει διαπιστωθεί ότι οι όροι «εξωγενής» ή «αντιδραστική» κατάθλιψη χρησιμοποιούνται για να περιγραφούν οι τύποι εκείνοι της κατάθλιψης

που λέγεται ότι προκαλούνται από περιβαλλοντικούς παράγοντες. Αντιθέτως, ο όρος «ενδογενής», αναφέρεται στις μορφές εκείνες της κατάθλιψης που προκαλούνται από βιολογικές αιτίες. Έτσι λοιπόν, οι νευρωσικοί τύποι κατάθλιψης θεωρούνται αντιδραστικοί και συνεπώς ψυχογενείς, ενώ η ψυχωσική κατάθλιψη ενδογενής και κατά συνέπεια βιογενής. Από έρευνες έχει βρεθεί ότι τόσο οι ασθενείς που πάσχουν από ενδογενή όσο και από αντιδραστική κατάθλιψη, έχουν βιώσει οδυνηρά γεγονότα (απώλεια αγαπημένου προσώπου) πριν την εκδήλωση του καταθλιπτικού επεισοδίου (Brugha, Dotter, Keller 1988, Danker – Brown 1985, Mc Guffin 1988). Οργανικά συμπτώματα όπως απώλεια βάρους, διαταραχή ύπνου συναντούμε στην ενδογενή κατάθλιψη, ενώ διαταραχή συναισθηματική συναντάμε στην αντιδραστική κατάθλιψη.

(3) Εποχιακή Συναισθηματική Διαταραχή:

Έρευνες των τελευταίων χρόνων έδειξαν ότι μερικά άτομα αναπτύσσουν κατάθλιψη μόνο μία συγκεκριμένη εποχή του χρόνου. Τα άτομα αυτά υποφέρουν από μία ιδιόμορφη συναισθηματική διαταραχή της διάθεσης επονομαζόμενη «Εποχιακή Συναισθηματική Διαταραχή».

Η διαταραχή αυτή εμφανίζεται ως επί το πλείστον σε γυναίκες που υποφέρουν χρόνια από κατάθλιψη τους χειμερινούς μήνες και αναρρώνουν την άνοιξη ((Thase, 1989, Wurtman & Wurtman 1989). Επιπλέον, έχει παρατηρηθεί ότι κάποια άτομα εμφανίζουν κατάθλιψη κατά τη διάρκεια των καλοκαιρινών μηνών, υπάρχουν όμως και άτομα που έχουν κατάθλιψη χειμώνα – καλοκαίρι και αναρρώνουν άνοιξη – φθινόπωρο.¹

(4) Πρωτοπαθής – Δευτεροπαθής Κατάθλιψη:

Η Πρωτοπαθής Κατάθλιψη αναφέρεται στην περίπτωση όπου η κατάθλιψη δεν συνδυάζεται με άλλη ψυχοπαθολογική κατάσταση. Από την άλλη, η Δευτεροπαθής Κατάθλιψη αναφέρεται σε ασθενείς με ιστορικό προϋπάρχουσας ψυχολογικής διαταραχής. Δύναται δηλαδή να αναπτυχθεί στο έδαφος κάποιου άλλου ψυχιατρικού νοσήματος (αγοραφοβική νεύρωση). Επίσης, η δευτεροπαθής κατάθλιψη μπορεί να εμφανιστεί ακόμα και στα πλαίσια ενός άλλου νοσήματος όπως λόγω χάρη στη νόσο Parkinson.

(5) Πρώιμη – Όψιμη:

Σημαντική θεωρείται από τους ερευνητές η ηλικία έναρξης της Κατάθλιψης, γι' αυτό και ο διαχωρισμός της σε πρώιμη – όψιμη είναι αρκετά σημαντικός. Μία σειρά μελετών έδειξε ότι όσο πιο πρώιμη είναι η έναρξη, τόσο πιο πιθανό είναι οι συγγενείς του ατόμου να παρουσίασαν διαταραχές διάθεσης στο παρελθόν. Αντιθέτως, όταν η έναρξη της κατάθλιψης παρατηρείται στη μέση ηλικία (γύρω στα 40), τα συγγενικά πρόσωπα έχουν ίσες πιθανότητες να πάθουν κατάθλιψη με αυτές του γενικού πληθυσμού.

(6) Διπολική – Μονοπολική:

Η συγκεκριμένη διάκριση αποτελεί μία από τις πιο αποδεκτές της καταθλιπτικής διαταραχής. Στην Διπολική Διαταραχή εντοπίζουμε

περιόδους μανίας ως επί το πλείστον και κατάθλιψη, οι οποίες μπορεί να είναι ήπιες ή σοβαρές.

Από την άλλη, στη μονοπολική κατάθλιψη έχουμε μόνο καταθλιπτικά επεισόδια δίχως ένδειξη οποιασδήποτε μορφής μανίας. Αυτό το είδος υπερέχει όλων των περιπτώσεων που συναντούμε στην κλινική πρακτική. Η Δυσθυμία (χρόνια κατάθλιψη) κατατάσσεται στη μονοπολική κατάθλιψη.¹

(7) Διπλή Κατάθλιψη:

Αυτός ο τύπος της κατάθλιψης μπορεί εύκολα να γίνει κατανοητός από το όνομά του.

Στην Διπλή Κατάθλιψη λοιπόν, κάποιος που είναι αρκετά μελαγχολικός γίνεται ακόμη πιο μελαγχολικός. Αυτό το είδος κατάθλιψης επέρχεται όταν το άτομο έχει ήδη Δυσθυμία και στη συνέχεια υποφέρει από Μείζων Καταθλιπτικό Επεισόδιο.^{3,8}

(8) Συγκαλυμμένη Κατάθλιψη ή Καταθλιπτικό Ισοδύναμο:

Η συγκαλυμμένη κατάθλιψη είναι μία από τις πιο αμφισβητήσιμες έννοιες στην ψυχοπαθολογία.

Στο συγκεκριμένο τύπο της συναισθηματικής Διαταραχής, η κατάθλιψη συγκαλύπτεται από τα συμπτώματα για τα οποία το άτομο παραπονιέται, γι' αυτό και η διάγνωση είναι δύσκολη. Τέτοια συμπτώματα μπορεί να είναι: ανορεξία, πόνοι, αυτοκαταστροφικοί

συμπεριφορά (Δημητρίου 1996, Fisch 1987, Φιλιππόπουλος). Ο τύπος αυτός υπάγεται στην κατηγορία «Καταθλιπτική Διαταραχή Μη Προσδιορισμένη Αλλιώς» του συστήματος DSM – IV.¹

ΣΥΓΧΡΟΝΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

(A) ICD – 10 :

Σύμφωνα με το συγκεκριμένο σύστημα η κατάθλιψη κατατάσσεται στις «Διαταραχές Διάθεσης». Έτσι λοιπόν έχουμε:

- 1) Μανιακό Επεισόδιο.
- 2) Διπολική Συναισθηματική Διαταραχή.
- 3) Καταθλιπτικό Επεισόδιο.
- 4) Υποτροπιάζουσα Καταθλιπτική Διαταραχή.
- 5) Άλλες Διαταραχές της Διάθεσης.
- 6) Μη καθοριζόμενες Διαταραχές της Διάθεσης.

(B) DSM – IV:

Το σύστημα DSM – IV αποτελεί αναμφισβήτητα το πιο διακεκριμένο σύστημα ταξινόμησης της κατάθλιψης που διαθέτουμε σήμερα.

Σύμφωνα με αυτό το σύστημα οι διαταραχές της διάθεσης διακρίνονται σε καταθλιπτικές διαταραχές, διπολικές και σε άλλες διαταραχές της διάθεσης

Χαρακτηριστικό των καταθλιπτικών διαταραχών είναι ότι ποτέ το άτομο δεν είχε ιστορικό μανιακού ή υπομανιακού επεισοδίου. Αντίθετα στις Διπολικές Διαταραχές ο ασθενής παρουσιάζει οπωσδήποτε ιστορικό Μανιακών ή Υπομανιακών Επεισοδίων με συνύπαρξη Μείζονος Καταθλιπτικού Επεισοδίου

ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

- 1) Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή: Έχουμε ένα ή περισσότερα Μείζονα Καταθλιπτικά Επεισόδια.
- 2) Δυσθυμική Διαταραχή – Δυσθυμία: καταθλιπτική Διάθεση κατά τη διάρκεια της ημέρας για τουλάχιστον δύο (2) χρόνια με συνοδά συμπτώματα κατάθλιψης.
- 3) Καταθλιπτική Διαταραχή Μη Προσδιορισμένη Αλλιώς.

Καταθλιπτική Διαταραχή, η οποία δεν δύναται να κατηγοριοποιηθεί σε κανένα από τα ψυχικά σύνδρομα: Μείζων κατάθλιψη, Δυσθυμία.

ΔΙΠΟΛΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

1) Διπολική Διαταραχή I:

Εδώ έχουμε ένα ή περισσότερα Μανιακά Επεισόδια, τα οποία πολλές φορές δίνουν τη θέση τους στα Μείζονα Καταθλιπτικά Επεισόδια.

2) Διπολική Διαταραχή II:

Έχουμε ένα ή περισσότερα Μείζονα Καταθλιπτικά Επεισόδια όπου συνυπάρχει ένα (1) τουλάχιστον Υπομανιακό Επεισόδιο.

3. Κυκλοθυμική Διαταραχή:

Χαρακτηρίζεται από περιόδους όπου υπομανιακά ή καταθλιπτικά

συμπτώματα εναλλάσσονται και διαρκούν για τουλάχιστον δύο (2) χρόνια.

3) Διπολική Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς:

Η συγκεκριμένη διαταραχή δεν ικανοποιεί τα κριτήρια για να καταταχθεί στις Διπολικές Διαταραχές.^{1,17}

Ύστερα λοιπόν από μία αναφορά στα είδη της κατάθλιψης αλλά και των συστημάτων ταξινόμησής της, θα ακολουθήσει μία πλήρης και λεπτομερειακή ανάλυση της πιο κύριας και σοβαρής μορφής κατάθλιψης. Αυτή δεν είναι άλλη από τη «Μείζων Κατάθλιψη».

Η Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή είναι ο πιο συχνός τύπος κατάθλιψης που αντιμετωπίζουν οι ψυχίατροι. Τα υπόλοιπα είδη συνδέονται μαζί της.

Αυτή η διαταραχή ανήκει στην κατηγορία της Μονοπολικής Κατάθλιψης, διότι τα άτομα μεταβαίνουν από τη φυσιολογική διάθεση στην κακή διάθεση και δεν εμφανίζουν περιόδους ευφορίας όπως στη μανία.

Χαρακτηριστικό των ασθενών που υποφέρουν από Μείζων Κατάθλιψη είναι η καταθλιπτική τους διάθεση συνοδευόμενη από μία σειρά συμπτωμάτων που επιδρούν τόσο στην σωματική όσο και στην ψυχική τους υγεία, είναι βαριάς μορφής και διαρκούν τουλάχιστον 2 εβδομάδες.

ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΜΕΙΖΟΝΟΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Υπάρχουν δύο (2) είδη Μείζονος Κατάθλιψης:

(1) Μείζων Κατάθλιψη, Μανιακό Επεισόδιο.

(2) Μείζων Κατάθλιψη, Υποτροπιάζουσα.

Έτσι λοιπόν, όταν κατά τη διάρκεια της Μείζονος κατάθλιψης εμφανιστεί μόνο ένα Επεισόδιο, τότε η διάγνωση είναι: «Μείζων Κατάθλιψη, Μανιακό Επεισόδιο». Αν όμως έχουμε εκδήλωση περισσότερων του ενός Μείζονα Καταθλιπτικά Επεισόδια τότε η διάγνωση είναι «Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή».

Δεδομένου ότι κάποιες φορές είναι δύσκολο να κατανοήσουμε αν πρόκειται για ένα ή δύο Επεισόδια ξεχωριστά, βασιζόμαστε στο σύστημα ταξινόμησης DSM – IV. Έτσι λοιπόν, σύμφωνα με αυτό το σύστημα ένα Επεισόδιο έχει λήξει αν για τουλάχιστον δύο μήνες δεν εμφανιστούν σημεία – συμπτώματα της Μείζων Κατάθλιψης.

Εν κατακλείδι, η Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή δύναται να προσδιοριστεί είτε με βάση το πιο πρόσφατο Επεισόδιο είτε με βάση την πορεία της. Έτσι, σύμφωνα με το πιο νεοεμφανισθέν Επεισόδιο η Μείζων Κατάθλιψη χαρακτηρίζεται ως:

- 1) Ήπια.
- 2) Μέτρια.
- 3) Σοβαρή.

Χωρίς Ψυχωσικά Στοιχεία, Σοβαρή με Ψυχωσικά Στοιχεία, Χρόνια, με Κατατονικά Στοιχεία, με Μελαγχολικά χαρακτηριστικά, με Άτυπα Χαρακτηριστικά και με Επιλόχεια Έναρξη.

Ψυχωσική Κατάθλιψη:

Στον τύπο αυτό της Μείζων Κατάθλιψης, εκτός από τα κύρια συμπτώματα εμφανίζονται και ψευδαισθήσεις π.χ. ο ασθενής ακούει φωνές χωρίς όμως να υπάρχουν άνθρωποι στο περιβάλλον ή και παραληρητικές ιδέες π.χ. ο ασθενής είναι εντελώς πεπεισμένος ότι είναι ένοχος για πράξεις που έκανε στο παρελθόν και γι' αυτό αξίζει και να πεθάνει.

Τις περισσότερες φορές η Ψυχωσική Κατάθλιψη απαιτεί νοσηλεία.^{4,1}

Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή με Κατατονικά Στοιχεία:

Τα άτομα τα οποία υποφέρουν από το συγκεκριμένο είδος της Μείζονος Κατάθλιψης χαρακτηρίζονται από Έντονη Ψυχοκινητική Διαταραχή ή οποία εκφράζεται με ακινησία ή υπερβολική κινητικότητα, αλαλία, ηχολαλία ή ηχοπραξία.

Η τακτική και συστηματική επίβλεψη κρίνεται απαραίτητη πολλές φορές όταν η κατάσταση είναι εκτός ελέγχου, διότι υπάρχει κίνδυνος το άτομο να βλάψει τον εαυτό του.

Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή με Μελαγχολικά Χαρακτηριστικά:

Κύριο χαρακτηριστικό αυτού του τύπου της Μείζων Κατάθλιψης αποτελεί η απώλεια του ενδιαφέροντος για όλες σχεδόν τις δραστηριότητες που του προσέδιδαν χαρά στο παρελθόν.

Επίσης, η παραπάνω κατάσταση θα πρέπει να συνοδεύεται και από 3 (τρία) επιπλέον συμπτώματα: πρώιμη πρωινή αφύπνιση, ψυχοκινητική διαταραχή (επιβράδυνση – διέγερση), υπερβολικά αισθήματα ενοχής.

Αξιοσημείωτο δε είναι ότι τα άτομα που πάσχουν από αυτού του τύπου την κατάθλιψη έχουν περισσότερες πιθανότητες να βελτιωθούν μετά από τη συνιστώσα χορήγηση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων σε σύγκριση με άτομα που υποφέρουν από άλλους είδους κατάθλιψη.

Άτυπη Κατάθλιψη:

Το άτομο με άτυπη κατάθλιψη εκδηλώνει σημεία και συμπτώματα διαφορετικά απ' αυτά που πιστεύουμε ότι είναι τα συνηθισμένα της κατάθλιψης.

Αυτό άλλωστε φανερώνεται ότι είναι από τη λέξη «άτυπη» που προέρχεται από το σύνδρομο α – (στερητικό) και τη λέξη τύπος.^{3,4}

Κατάθλιψη με Επιλόγια Έναρξη:

Έτσι ονομάζεται η Κατάθλιψη που αναπτύσσεται μετά τη γέννηση και κατά την περίοδο της λοχείας. Αυτή η περίοδος θεωρείται υψηλού κινδύνου για την ανάπτυξη κατάθλιψης στη γυναίκα, πιθανότατα λόγω των μεγάλων ορμονικών αλλαγών που γίνονται στον τοκετό.

Έντονο άγχος, επεισόδια πανικού, αυθόρμητο κλάμα, αϋπνία, απώλεια ενδιαφέροντος για το νεογέννητο, ιδέες αυτοκτονίας, άσκηση βίας στο παιδί είναι μερικά από τα χαρακτηριστικά της συμπεριφοράς της γυναίκας.^{4,1}

Υποτροπιάζουσα χαρακτηρίζεται ως:

- 1) Με ή Χωρίς Πλήρη Ανάρρωση Μεταξύ των Επεισοδίων.
- 2) Με Εποχιακό Σχήμα.

Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή με Εποχιακό Σχήμα:

Η κατάθλιψη αυτού του τύπου μπορεί να χτυπήσει οποιαδήποτε εποχή του χρόνου. Σε μερικούς ανθρώπους εμφανίζεται τακτικά το χειμώνα, όταν οι μέρες είναι μικρές και το φως λιγότερο, και ονομάζεται Εποχική Συναισθηματική Διαταραχή και μπορεί να βελτιωθεί από κάτι απλό όπως είναι ο φωτισμός πλήρους φάσματος στο σπίτι ή το γραφείο.

Επιπλέον, τα άτομα που ζουν σε σημεία γης όπου ο χειμώνας είναι μεγάλος και σκοτεινός έχουν ανακαλύψει ότι οι διακοπές σε Ελληνικά νησιά ή σε κάποιο μέρος φωτεινό, ηλιόλουστο μπορεί να κάνει θαύματα στη διάθεσή τους.^{3,1,21}

ΔΥΣΘΥΜΙΑ

Η Δυσθυμία (χρόνια κατάθλιψη) κατατάσσεται στην Μονοπολική Κατάθλιψη. Αποτελεί ένα είδος κατάθλιψης ήπιας μορφής αλλά μακροχρόνιας. Μερικά άτομα υποφέρουν όλη τους τη ζωή απ' αυτήν. Το άτομο που θα διαγνωσθεί ότι πάσχει από δυσθυμία, δεν έχει τίποτε άλλο από αυτό που όλοι αποκαλούμε «κακή διάθεση» συνδυασμένη με τρία (3) άλλα συμπτώματα της κατάθλιψης. Τα συμπτώματα της Δυσθυμίας είναι παρόμοια με αυτά της Μείζονος κατάθλιψης με τη μόνη διαφορά ότι είναι λιγότερο έντονα (θλίψη, λύπη, απώλεια ενδιαφέροντος, ψυχοκινητικές διαταραχές).^{3,4}

ΜΕΙΖΩΝ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ

Για να κατανοήσουμε όμως καλύτερα τα διάφορα είδη της Μείζονος Κατάθλιψης πιστεύεται ότι θα ήταν απαραίτητο να καθορίσουμε την έννοια του «Μείζονος Καταθλιπτικού Επεισοδίου».

Ο καθορισμός της προαναφερθείσας έννοιας είναι αρκετά σημαντικός όσον αφορά τη διάγνωση και τη κατηγοριοποίηση των Διαταραχών της Διάθεσης.

Έτσι λοιπόν, ένα επεισόδιο για να μπορεί να χαρακτηριστεί Μείζων θα πρέπει το άτομο τουλάχιστον για (2) δύο εβδομάδες να έχει καταθλιπτική διάθεση, απώλεια ενδιαφέροντος για καθημερινές δραστηριότητες που πριν τον ευχαριστούσαν, έκφραση συνεχώς λυπημένη. Ο ίδιος πιστεύει ότι η ζωή του δεν έχει απολύτως κανένα

νόημα, ζει χωρίς να ελπίζει και να ονειρεύεται και η κατάσταση μπορεί να γίνει αντιληπτή από την λεκτική συμπεριφορά και κυρίως από την έκφραση του προσώπου του, στην οποία καθρεφτίζεται η θλίψη και ο ψυχικός πόνος που νιώθει.

Επιπλέον, για να οριστεί ένα επεισόδιο «Μείζων» θα πρέπει να παρουσιάζει κι άλλα τέσσερα συνοδά συμπτώματα, τα οποία θα πρέπει να καταλαμβάνουν το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας.

Πιθανόν το άτομο να παρουσιάσει ευερεθιστότητα και να παραπονιέται για οργανικές ενοχλήσεις. Κύριο χαρακτηριστικό όμως των ατόμων με Μείζων Καταθλιπτικό Επεισόδιο είναι η ανικανότητά τους να λειτουργούν κοινωνικά αλλά και επαγγελματικά, «εξορίζοντάς» τους στην ουσία από το κοινωνικό σύνολο.^{1,4}

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

1. Επιδημιολογία των συναισθηματικών διαταραχών στο Διεθνή χώρο – Η συχνότητα των περιπτώσεων.

Σειρά επιδημιολογικών ερευνών μέχρι το 1979 στο γενικό πληθυσμό έδειξαν ότι οι γυναίκες υποφέρουν από Μείζων Κατάθλιψη σε πολύ υψηλότερα ποσοστά από τους άνδρες, σε αντίθεση με τη σχιζοφρένεια που εμφανίζεται σε υψηλότερα ποσοστά στους άνδρες. Στην κατηγορία «Μείζων Καταθλιπτικό Επεισόδιο» τα ποσοστά επικράτησης σε πέντε περιοχές των ΗΑ κυμάνθηκαν από 1,5 – 2,6%.

Μία σχετικά πρόσφατη επιτόπια ψυχιατρική επιδημιολογική έρευνα στη Δύση, που έγινε σε πέντε περιοχές των ΗΠΑ με δείγμα 18.000 ατόμων, απέδειξε ότι η μηνιαία επικράτηση της Μείζονος Κατάθλιψης με κριτήρια του συστήματος DSM – MI είναι 2,2%. Η επικράτηση για το διάστημα 6 μηνών και για όλη τη ζωή είναι 3% και 5,8 αντίστοιχα.

Επιπλέον, μελέτες έδειξαν ότι η εμφάνιση Μείζων Κατάθλιψης είναι μεγαλύτερη στις κατώτερες κοινωνικοοικονομικές τάξεις αν και η συχνότητα των συναισθηματικών διαταραχών δεν είναι μεγάλη σ' αυτές τις τάξεις. Επίσης, η φυλή διαφοροποιείται στις Μείζων Καταθλιπτικές Διαταραχές αφού οι μαύροι φαίνεται ότι νοσούν λιγότερο από τους λευκούς. Ως προς την ηλικία, μελέτες έδειξαν ότι τα νεότερα άτομα εμφανίζουν μεγαλύτερη πιθανότητα νοσήσης καθώς επίσης και η πρόωμη αποστέρηση των γονέων λόγω θανάτου κατά την παιδική ηλικία βρέθηκε

να ενοχοποιείται για την εμφάνιση Μείζων Καταθλιπτικών Διαταραχών.

Σύμφωνα με εκτιμήσεις του Παγκοσμίου Οργανισμού Υγείας (1998), το έτος 2020 θα αποτελεί η κατάθλιψη τη δεύτερη σε συχνότητα αίτια θανάτου και αναπηρίας .

2. Επιδημιολογία των συναισθηματικών διαταραχών στον Ελληνικό Χώρο.

Ο κίνδυνος εμφάνισης Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής σ' όλη τη διάρκεια ζωής του ατόμου είναι 10 – 25% για τις γυναίκες και 5 – 12% για τους άντρες, δηλαδή είναι διπλάσιος για τις γυναίκες.

Επίσης μια σειρά επιδημιολογικών ερευνών από το 1978 μέχρι σήμερα με μεγάλα δείγματα πληθυσμών και με τη χρήση ειδικών οργάνων – κλινικών κριτηρίων έδειξαν ότι ένα σημαντικό ποσοστό γυναικών και λιγότερο ανδρών ηλικίας 18 – 24 ετών υποφέρει περιστασιακά από καταθλιπτικά συμπτώματα (1978 – 1984, Δήμοι Αθήνας).

Τέλος, σε μελέτες που έγιναν σε ηλικιωμένους βρέθηκε ότι το 10 – 25% εμφανίζουν συμπτώματα κατάθλιψης. Από αυτούς το 1 – 5% πάσχουν από Μείζων Κατάθλιψη. Επιπλέον, σε μελέτες που έγιναν σε γηροκομεία και οίκους ευγηρίας το ποσοστό των ατόμων με Μείζων Κατάθλιψη ανέρχεται σε 5 – 15%.^{9,11,24,22,16,17}



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Αν αυτά που λέει ο άρρωστος για να δικαιολογήσει τα συναισθήματά του είναι φανταστικά, τότε τι τον κάνει να υποφέρει;⁹

Αναμφίβολα ο άνθρωπος που πάσχει από κατάθλιψη υποφέρει όσο κανένας άλλος ψυχιατρικός άρρωστος. Απόδειξη ότι πολύ συχνά αυτοκτονεί!^{2,9}

Πρωτεύων μέλημά μας λοιπόν, είναι να ξεκαθαρίσουμε ότι δεν υπάρχει ένας και μοναδικός λόγος που να εξηγεί τη διαταραχή. Έρευνες ετών έχουν επισημάνει μερικούς παράγοντες οι οποίοι φαίνεται να συμβάλλουν σε διαφορετικό κάθε φορά βαθμό στη νόσηση από κατάθλιψη. Η καταθλιπτική διαταραχή μπορεί να θεωρηθεί ως το τελικό αποτέλεσμα μιας ποικιλίας παραγόντων που δρουν πάνω στην ιδιοσυστασία κάθε τόμου καθώς και στο συγκεκριμένο κοινωνικό του πλαίσιο.⁴

Παρακάτω αναφέρονται μερικοί από τους παράγοντες οι οποίοι συμβάλλουν στην εμφάνιση κατάθλιψης:

(Α) Γενετικοί παράγοντες – Γενετική θεωρία

Λέγεται ότι οι συναισθηματικές διαταραχές είναι σ' ένα μεγάλο βαθμό κληρονομικές. Έτσι λοιπόν, ο κίνδυνος να πάθει κανείς κατάθλιψη όταν έχει στενούς συγγενείς που πάσχουν, ιδιαίτερα από σοβαρές ή χρόνιες

μορφές, είναι σημαντικά αυξημένος.

Έχει βρεθεί το ενδεχόμενο εμφάνισης μιας συναισθηματικής διαταραχής σε συγγενείς πρώτου βαθμού είναι για τους άντρες 6 – 18%, για τις γυναίκες 7 – 23%. Επιπλέον, σε μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί με δίδυμους και οικογένειες διδύμων ή ατόμων που έχουν υιοθετηθεί σε πολύ νεαρή ηλικία από οικογένειες εγκατεστημένες σε διαφορετικούς τόπους, έχει διαπιστωθεί ένα ποσοστό ομοιομορφίας ως προς την αρρώστια, για τους μονοζυγωτικούς διδύμους περίπου 69%, και για τους διζυγωτικούς διδύμους 13%.

Επιπροσθέτως, έχει θεωρηθεί ότι διάφορα γονίδια εμπλέκονται στη μεταβίβαση χαρακτηριστικών όπως λόγου χάρη χαρακτηριστικών της προσωπικότητας, βιολογικών χαρακτηριστικών που αυξάνουν την προδιάθεση του ατόμου να πάθει κατάθλιψη.

Τέλος, σύμφωνα με μια παλαιότερη μελέτη του Κάλμαν, ο βαθμός της κληρονομικότητας για συναισθηματικές διαταραχές κυμαίνεται από 66 – 96% για τα μονοζυγωτικά δίδυμα και από 20 – 25% για τα διζυγωτικά δίδυμα.^{4.2}

(B) Βιολογικοί παράγοντες – Βιολογική θεωρία

Έχει ανακαλυφθεί ότι μερικές από τις μη ψυχιατρικές παθήσεις είναι δυνατόν να προκαλέσουν κατάθλιψη δευτεροπαθώς. Το κοινό τους χαρακτηριστικό είναι ότι δρουν στο Κ.Ν.Σ. και επιπλέον επηρεάζουν τη λειτουργία των περιοχών του εγκεφάλου.

Έτσι λοιπόν έχουμε: (α) Παθήσεις του Κ.Ν.Σ. όπως νόσος του Parkinson, σκλήρυνση κατά πλάκας, αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο. (β)

Ενδοκρινικές και μεταβολικές παθήσεις όπως υπερθυρεοειδισμός, νόσος του Cushing. (γ) Λοιμώξεις που δρουν στο Κ.Ν.Σ. όπως Α.Ι.Δ.Σ., λοιμώδης μονοπυρήνωση. (δ) Συστηματικές διαταραχές όπως αναιμίες και μεταστατικός καρκίνος. (ε) Φάρμακα όπως κορτιζόνη.

Στη δεκαετία του '50, επιστήμονες ανακάλυψαν τους νευροδιαβιβαστές, βιοχημικές δηλαδή ουσίες με τις οποίες τα νευρικά κύτταρα επικοινωνούν μεταξύ τους.

Όπως είναι σε όλους μας γνωστό, ο ανθρώπινος εγκέφαλος είναι το πιο πολύπλοκο, πολυσύνθετο και «υπέροχο» θα λέγαμε «κέντρο επικοινωνιακών συνδέσεων» στον κόσμο. Δέκα εκατομμύρια εγκεφαλικά κύτταρα μεταδίδουν δισεκατομμύρια μηνύματα κάθε δευτερόλεπτο. Αυτά λοιπόν τα εγκεφαλικά κύτταρα, τα οποία αποκαλούνται νευρώνες δεν έχουν άμεση επαφή το ένα με το άλλο. Γι' αυτό επικοινωνούν μεταξύ τους χρησιμοποιώντας τους νευροδιαβιβαστές. Οι νευροδιαβιβαστές είναι χημικές ουσίες οι οποίες απελευθερώνονται από ένα κύτταρο στο χώρο μεταξύ αυτού και του επόμενου κυττάρου. Ο κάθε νευροδιαβιβαστής έχει ένα συγκεκριμένο υποδοχέα. Μοιάζουν με το «κλειδί και την κλειδαριά». Ο νευροδιαβιβαστής θα ταιριάζει μόνο στο δικό του υποδοχέα.^{2,3,4,16}

Βάση λοιπόν κάποιων θεραπευτικών ιδιοτήτων ορισμένων ψυχοφαρμάκων έχουν αναπτυχθεί δύο υποθέσεις που αφορούν το μηχανισμό των συναισθηματικών διαταραχών: (Α) Η κατεχολαμική υπόθεση, σύμφωνα με την οποία η κατάθλιψη οφείλεται σε μείωση μονοαμινών και η ινδολαμινική όπου οι συναισθηματικές διαταραχές αποδίδονται σε ανωμαλίες μεταβολισμού της σεροτονίνης. Είναι παραδεκτό ότι εκείνο που επηρεάζεται είναι ο μεταβολισμός των τριών

βιογενών αμνών: νορ – επινεφρίνης, ντοπαμίνης (οι δύο κατεχολαμίνες) και σεροτονίνης. Οι τρεις αυτοί νευροδιαβιβαστές είτε δεν απελευθερώνονται στις συνάψεις ή μεταβολίζονται υπερβολικά μέσα στα νευρικά κύτταρα. Έτσι λοιπόν, η ελάττωση της 3 – μεθοξυ – 4 – υδροξυ – φαινολογλυκόλης (M.H.P.G.), ενός μεταβολίτη της νορ – επινεφρίνης στα ούρα, συνδέεται με μία καταθλιπτική φάση, ενώ από την άλλη αύξηση της M.H.P.G. παρουσιάζεται όταν η κατάσταση βελτιωθεί ύστερα από θεραπεία με αντικαταθλιπτικά.

Άλλη βιολογική ανωμαλία η οποία έχει εντοπιστεί στην κατάθλιψη είναι η υπερδραστηριότητα του άξονα υποθάλαμος - υπόφυση - επινεφρίδια, όπως παρατηρείται από μία αύξηση της κορτιζόλης στο πλάσμα και τα ούρα. Το τεστ καταστολής της δεξαμεθαζόνης χρησιμοποιείται σήμερα σαν ένα βιολογικό τεστ διάγνωσης της κατάθλιψης. Σύμφωνα λοιπόν με τον Puig Autich το 1980 βρέθηκαν αυξημένα επίπεδα κορτιζόλης στο 50% των παιδιών που ήταν καταθλιπτικά. Τοιουτοτρόπως, ο Roznanski το 1982, ανακάλυψε πολλές περιπτώσεις με θετικό το τεστ της δεξαμεθαζόνης και οι Cytryn και Mcknew 1980, ανακάλυψαν χαμηλά επίπεδα (M.H.P.G.) στα ούρα των παιδιών που έπασχαν από κατάθλιψη.^{5,16}

Τέλος, σε ασθενείς που έπαιρναν φάρμακα για τη ρύθμιση της υψηλής αρτηριακής πίεσης (Α.Π.) παρατηρήθηκε σαν παρενέργεια, κατάθλιψη. Κι αυτό γιατί τα φάρμακα αυτά δρούσαν στους νευροδιαβιβαστές του εγκεφάλου και με κάποιο τρόπο μείωναν την συγκέντρωσή τους στον εγκέφαλο.⁴

(Γ) Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες – Ψυχοκοινωνική θεωρία

Όταν συμβαίνει ένα αρνητικό γεγονός, τα συναισθήματά μας δημιουργούνται αποκλειστικά από τον τρόπο σκέψης και αντίληψής μας. Ένα σημαντικό ποσοστό της ψυχικής μας οδύνης οφείλεται στις παραμορφώσεις των σκέψεών μας. Το πρόβλημα λοιπόν είναι «οι διαστρεβλωμένες σκέψεις» μας. Όταν θα καταφέρουμε να εξαλείψουμε τις παραμορφώσεις, θα ανακαλύψουμε ότι η αντιμετώπιση του «πραγματικού προβλήματος» θα είναι λιγότερο επώδυνη.²

(Α) Παράγοντες που δρουν νωρίς στη ζωή:

Διάφορες έρευνες έδειξαν ότι άτομα που στην παιδική τους ηλικία είχαν ζήσει κάποιο γεγονός σημαντικής απώλειας όπως λόγου χάρη: θάνατος γονιού, χωρισμός γονέων, έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να πάθουν κατάθλιψη σαν ενήλικοι.

(Β) Παράγοντες που δρουν αργότερα:

1. Γεγονότα ζωής:

Μια σειρά γεγονότων ζωής, είτε ψυχολογικών (π.χ. θάνατος αγαπημένου προσώπου, διαζύγιο) είτε κοινωνικών (π.χ. οικονομική ύφεση, συνθήκες διαμονής) είτε ακόμα ψυχοκοινωνικών (π.χ. απώλεια εργασίας, μετανάστευση) φαίνεται να αυξάνουν τον κίνδυνο για κατάθλιψη.

2. Τρόπος σκέψης:

Ο τρόπος με τον οποίο οι άνθρωποι σκέφτονται και αντιλαμβάνονται τα καθημερινά τους προβλήματα δείχνει να ευνοεί σε κάποιες περιπτώσεις τη δημιουργία κατάθλιψης. Υποστηρίζεται δηλαδή ότι μερικοί άνθρωποι βασίζονται σε κάποιες μη λειτουργικές παραδοχές για την ερμηνεία του κόσμου γύρω τους. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να «παραμορφώνουν» τελικά την εικόνα του γύρω κόσμου αντί να την ερμηνεύουν.⁴

Γεγονότα ζωής Θάνατος κάποιου κοντινού μας προσώπου.

- 1) Εξαιρετικά δύσκολη παιδική ηλικία.

Προσωπικά προβλήματα

- 1) Διάλυση μιας στενής προσωπικής σχέσης.
- 2) Στρες.
- 3) Οικονομικά προβλήματα.
- 4) Κακές σχέσεις.

Αρρώστια

- 1) Συνεχής και επίμονος σωματικός πόνος.
- 2) Κακή σωματική υγεία.³

Είναι σημαντικό να θυμόμαστε ότι

- 1) Όταν αναφέρουμε τον όρο κατάθλιψη εννοούμε την κλινική κατάθλιψη και όχι τα συνηθισμένα «σκαμπανεβάσματα» της καθημερινής μας ζωής.
- 2) Η κατάθλιψη είναι μία πραγματική νόσος.
- 3) Η κατάθλιψη δεν είναι προϊόν της φαντασίας μας.
- 4) Η κατάθλιψη δεν είναι κάποια αδυναμία του μυαλού μας.
- 5) Η κατάθλιψη δεν οφείλεται σε έλλειψη εξυπνάδας και αδύναμο χαρακτήρα.
- 6) Η κατάθλιψη δεν είναι μέρος της προσωπικότητάς μας.
- 7) Η κατάθλιψη δεν είναι τιμωρία από το Θεό για αμαρτίες του παρελθόντος, του παρόντος, του μέλλοντος.
- 8) Η κατάθλιψη είναι μία ασθένεια για την οποία υπάρχει θεραπεία.
- 9) Η κατάθλιψη σχετίζεται με χημικές μεταβολές στον εγκέφαλο.
- 10) Αυτές οι χημικές μεταβολές συνδέονται στενά με τις εκδηλώσεις και τα συμπτώματα κατάθλιψης.
- 11) Όταν οι χημικές μεταβολές αποκατασταθούν, τα συμπτώματα θα εξαφανιστούν.

Τα συμπτώματα και οι χημικές μεταβολές μπορούν να εξαλειφθούν σε περιπτώσεις κατάθλιψης (θεραπεία με χρήση εικονικού φαρμάκου).³

✚ ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

✚ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Είναι γενικά παραδεκτό ότι τα συμπτώματα της κατάθλιψης που είναι ποικίλα, συχνά εκδηλώνονται τόσο με ψυχολογικό τρόπο όσο και με οργανικό.

Έτσι λοιπόν μπορεί να συνδέονται με παράπονα για οργανικές ενοχλήσεις ή ψυχολογική και κοινωνική έκπτωση, και είναι δυνατό να αποτελούν αντιδράσεις σε προσωπικές εμπειρίες, σε αντίξοες κοινωνικές και οικονομικές καταστάσεις ή ακόμη και σε οργανικές παθήσεις.²

Πρέπει να επισημανθεί ότι δεν είναι απαραίτητο να είναι όλα τα συμπτώματα προκειμένου να διαγνωσθεί η κατάθλιψη. Άλλωστε, θα πρέπει να έχουμε υπόψιν μας ότι τα ίδια συμπτώματα μπορεί να δίνουν το παρόν και σε άλλες ψυχικές διαταραχές.¹

Κατηγορίες συμπτωμάτων μείζων κατάθλιψης:

- 1) Συμπτώματα σχετικά με το συναίσθημα: λύπη, θλίψη, άγχος, ενοχές, θυμός, εχθρότητα, εκνευρισμός.
- 2) Συμπτώματα συμπεριφοράς: διέγερση, καταθλιπτικό προσωπίο και στάση σώματος, αργή ομιλία και σκέψη, κλάμα και απόπειρες αυτοκτονίας.
- 3) Συμπτώματα σχετικά με τη στάση απέναντι στον ίδιο του τον εαυτό και στο περιβάλλον: χαμηλή αυτοεκτίμηση, αισθήματα ανημποριάς, απελπισίας, σκέψεις θανάτου και αυτοκτονίας.

- 4) Συμπτώματα γνωστικής εξασθένησης: μειωμένη ικανότητα σκέψης και αδυναμία συγκέντρωσης.
- 5) Συμπτώματα σχετικά με οργανικές αλλαγές και ενοχλήσεις: αδυναμία να βιώσει κανείς ευχαρίστηση, απώλεια όρεξης, διαταραχές ύπνου, εξάντληση, μείωση σεξουαλικού ενδιαφέροντος καθώς και παράπονα για οργανικά προβλήματα.¹

Υπάρχουν διάφορα συμπτώματα που εμφανίζονται στα πλαίσια της μείζονος κατάθλιψης³. Το σύμπτωμα όμως που έχουν όλοι όσοι πάσχουν από κατάθλιψη είναι: **ένα αίσθημα «κενού» ή λύπης που επιμένει** (κακή διάθεση). Τα κύρια συμπτώματα που εμφανίζει κάποιος όταν πάσχει από μείζον κατάθλιψη, περιλαμβάνουν τα ακόλουθα:

(Α) Έλλειψη ενδιαφέροντος: Άτομα που πάσχουν από μείζον κατάθλιψη χαρακτηρίζονται στην πλειοψηφία τους από μεγάλη ελάττωση του ενδιαφέροντος ή απόλαυσης σε όλες τις δραστηριότητες κατά το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, σχεδόν κάθε μέρα, π.χ. μία μητέρα έχασε το ενδιαφέρον της να φροντίσει το μικρό της παιδί, να καθαρίσει το σπίτι της, να ντυθεί όμορφα, πράγματα που πριν την ευχαριστούσαν πολύ. Η αλλαγή αυτή στη συμπεριφορά της είχε γίνει αντιληπτή από το στενό της περιβάλλον.

(Β) Καταθλιπτική διάθεση: Το άτομο χαρακτηρίζεται από καταθλιπτική διάθεση κατά το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, σχεδόν κάθε μέρα, όπως γίνεται φανερό είτε με υποκειμενική εκτίμηση είτε σύμφωνα με τις παρατηρήσεις των άλλων, π.χ. ο ασθενής κλαίει συχνά και φαίνεται πολύ στενοχωρημένος.

(Γ) Προβλήματα στον ύπνο: Η διαταραχή αυτή μπορεί να έχει πολλές μορφές π.χ. μερικοί ασθενείς δεν μπορούν να κοιμηθούν καθόλου, υποφέρουν δηλαδή από αϋπνία, άλλοι κάνουν πολύ ακανόνιστο ύπνο, ξυπνούν δηλαδή πολλές φορές κατά τη διάρκεια της νύχτας. Χαρακτηριστικό όμως αυτής της συναισθηματικής διαταραχής είναι ότι οι ασθενείς ξυπνούν από πολύ πρωί και δεν ξανακοιμούνται.

(Δ) Αλλαγές στη διατροφή: Παρουσιάζεται διαταραχή στην όρεξη για φαγητό. Συνήθως η κατάθλιψη προκαλεί απώλεια της όρεξης με αποτέλεσμα απώλεια βάρους και είναι δυνατό ένας ασθενής 75 κιλών μπορεί σ' ένα μήνα να χάσει πάνω από 5 κιλά. Έχει βρεθεί ότι σε μια μικρή ομάδα ασθενών προκαλείται το αντίθετο σύμπτωμα, η υπερφαγία.

(Ε) Διαταραχή του ενδιαφέροντος για σεξ: Τυπικό σύμπτωμα της κατάθλιψης είναι η έλλειψη του ενδιαφέροντος για την ερωτική πράξη δηλαδή το άτομο δεν έχει διάθεση για σεξ, άσχετα αν γίνεται η ερωτική πράξη, π.χ. μια γυναίκα με μείζων κατάθλιψη μπορεί να κάνει έρωτα με το σύζυγό της γιατί εκείνος το θέλει, αλλά η ίδια αν ερωτηθεί θα πει ότι δεν το επιθυμεί καθόλου και δεν της προκαλεί καμία ευχαρίστηση.

(ΣΤ) Αδυναμία συγκέντρωσης: Παρατηρείται δυσκολία τη συγκέντρωση, στη σκέψη, στη μνήμη ή στη λήψη αποφάσεων. Ο ασθενής με κατάθλιψη δεν μπορεί να συγκεντρωθεί εύκολα. Το μυαλό του φαίνεται να είναι απασχολημένο με άλλες ιδέες και σκέψεις.

(Ζ) Μειωμένη ενέργεια (κόπωση): Ο ασθενής νοιώθει σαν να τον έχουν εγκαταλείψει οι δυνάμεις του, αισθάνεται κουρασμένος όλη την ώρα. Μερικοί ασθενείς από την άλλη εμφανίζουν έντονη ανησυχία και άγχος σαν κάτι κακό πρόκειται να συμβεί.

(Η) Αίσθημα ενοχής, αναξιότητας, απελπισίας και απόγνωσης: Οι καταθλιπτικοί ασθενείς διακατέχονται από ιδέες ενοχής, αναξιότητας αλλά και αυτομομφής. Οι ίδιοι πιστεύουν ότι φταίνε για την τροπή που έχει πάρει η ζωή τους, όλα είναι δικό τους λάθος. Νιώθουν ότι η κατάσταση που περνούν είναι σαν ένα είδος τιμωρίας που έκαναν στο παρελθόν. Μπορεί να νοιώθουν ότι δεν αξίζουν τίποτα σαν άνθρωποι, ότι είναι ένα μηδενικό.

(Θ) Ανησυχία και απαισιοδοξία για το μέλλον: Ο ασθενής με κατάθλιψη χρωματίζει το μέλλον του με μαύρα χρώματα. Ο ίδιος πιστεύει ότι πολύ δύσκολα θα αλλάξει η κατάσταση της ζωής του.

(Ι) Ιδέες αυτοκτονίας: Μερικές φορές ο ασθενής νιώθει τόσο απελπισμένος και αβοήθητος με αποτέλεσμα το μυαλό του να πλημμυρίζεται από σκέψεις θανάτου ή αυτοκτονίας και απόπειρες αυτοκτονίας.

(Κ) Γενικά σωματικά συμπτώματα: Πολλοί ασθενείς με κατάθλιψη αναφέρουν μία ποικιλία από σωματικά συμπτώματα όπως λόγου χάρη πονοκεφάλους, πόνους γενικά στο σώμα τους, προβλήματα από το γαστρεντερικό κ.α. Τις περισσότερες φορές τα συμπτώματα αυτά τους οδηγούν σε διάφορους γιατρούς ή στα νοσοκομεία. Χαρακτηριστικό είναι ότι ύστερα από την εξέταση τα συμπτώματα δε μπορούν να εξηγηθούν και αποδίδονται από το γιατρό σε άγχος ή κόπωση.

(Λ) Ευερεθιστότητα.

Ύστερα από μία σειρά μελετών, οι ειδικοί θεωρούν ότι για να βγει η διάγνωση της κατάθλιψης ο ασθενής θα πρέπει να εκδηλώνει τουλάχιστον 5 συμπτώματα από τα παραπάνω, εκ των οποίων τα δύο πρώτα είναι τα πιο σημαντικά.^{3,4,6}

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Το βασικό διαγνωστικό στοιχείο της Μείζονος Καταθλιπτική Διαταραχής είναι μία κλινική πορεία που χαρακτηρίζεται από ένα ή περισσότερα Μείζονα Καταθλιπτικά Επεισόδια, χωρίς ιστορικό Μανιακού ή Υπομανιακού Επεισοδίου. Αν επισυμβεί κάποιο Μανιακό Επεισόδιο η διάγνωση αλλάζει σε Διπολική Διαταραχή. Το άτομο με διάγνωση «Μείζων Κατάθλιψη» διανύει μία περίοδο ψυχικού πόνου. Η καταθλιπτική του διάθεση που έχει διάρκεια τουλάχιστον 2 εβδομάδες και η απώλεια του ενδιαφέροντός του για όλες τις δραστηριότητες αποτελούν τα κυριότερα κριτήρια για να μπει η διάγνωση από τον θεράποντα ιατρό.²²

ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διάγνωση όσον αφορά τις συναισθηματικές διαταραχές μπορεί να ακούγεται εύκολη. Στην πραγματικότητα όμως, για να διαγνωστεί μια τέτοιου είδους διαταραχή απαιτείται μία πολύ προσεκτική εξέταση.

Συγκεκριμένα, η διάγνωση σε αρρώστους που υποφέρουν από κατάθλιψη είναι αρκετά δύσκολη κι αυτό γιατί μία καταθλιπτική διαταραχή μπορεί να περιέχει πολλά χαρακτηριστικά που αφορούν ένα νευρωτικό άτομο. Επιπλέον, υπάρχει κίνδυνος να γίνει συσχετισμός των οργανικών εγκεφαλικών συνδρόμων με την κατάθλιψη αφού τα εγκεφαλικά σύνδρομα συνοδεύονται από συμπτώματα κατάθλιψης.

Επίσης, μία κατάθλιψη μπορεί να εκδηλωθεί σαν σωματική διαταραχή αλλά και το αντίθετο, αφού μια διαταραχή σωματική μπορεί να χαρακτηρίζεται από έντονα συμπτώματα κατάθλιψης. Τέλος, σε ορισμένα φάρμακα όπως στη ρεζερπίνη, η οποία χρησιμοποιείται στην υπέρταση, αναφέρονται ως παρενέργειες καταθλιπτικά συμπτώματα. Και επιπλέον, οι πιθανότητες για τη δημιουργία σύγχυσης μεταξύ κατάθλιψης και Parkinson είναι μεγάλες γιατί έχουν πολλά κοινά σημεία.^{11,19}

ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΜΕΙΖΩΝ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Η Μείζων κατάθλιψη που αποτελεί βαριάς μορφής κατάθλιψη πρέπει καταρχήν να διαφοροποιηθεί όσον αφορά τη διάγνωση από τις Διπολικές Διαταραχές. κύριο κριτήριο αποτελεί ο τύπος του επεισοδίου που παρουσιάζει ο ασθενής ή έχει στο ιστορικό του. Έτσι λοιπόν, ιστορικό Μανιακού ή Υπομανιακού Επεισοδίου αποκλείει αυτομάτως τη Μείζων κατάθλιψη. Επίσης, στην περίπτωση όπου η διάκριση μεταξύ ενός Μείζονος Καταθλιπτικού Επεισοδίου και Μανιακού είναι δύσκολη, απαιτείται προσεκτική και σχολαστική εξέταση του ασθενούς.

Σε δεύτερη φάση, η Μείζων κατάθλιψη αποκλείεται όταν ένα καταθλιπτικό επεισόδιο οφείλεται σε συνέπειες μίας γενικευμένης ιατρικής κατάστασης (σκλήρυνση κατά πλάκας) ή σε κάποια ουσία. Στην περίπτωση αυτή η διάγνωση είναι: Διαταραχή της Διάθεσης Οφειλομένης σε γενική Ιατρική κατάσταση ή Διαταραχή της Διάθεσης Προκαλούμενης από ουσίες¹. Επιπλέον, η διαφορική διάγνωση ανάμεσα στην Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή και τη Δυσθυμία μπορεί να είναι αρκετά δύσκολη λόγω των κοινών συμπτωμάτων τους, γι' αυτό η διάκριση γίνεται με βάση τη διάρκεια και τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων. Μία

από τις πιο βασικές διαφορές μεταξύ των δύο αυτών διαταραχών είναι ότι η Μείζων Κατάθλιψη καλύπτει το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, κάθε μέρα, για τουλάχιστον δύο εβδομάδες ενώ η δυσθυμία είναι παρούσα περισσότερες ημέρες για τουλάχιστον δύο χρόνια. Επίσης, στη Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή περιλαμβάνονται ένα ή περισσότερα Καταθλιπτικά Επεισόδια ενώ στη Δυσθυμία τα συμπτώματα είναι πιο ήπιας μορφής και χρόνια.

Τέλος, θα πρέπει να γίνει διαφορική διάγνωση μεταξύ της Μείζων Κατάθλιψης και της Άνοιας. Ο διαχωρισμός αυτός είναι αρκετά δύσκολος σε ηλικιωμένα άτομα εξαιτίας των συμπτωμάτων που είναι παρόμοια. Γι' αυτό λοιπόν θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη η πορεία της νόσου, ο χρόνος έναρξης και ο χρόνος που εμφανίστηκαν τα συμπτώματα όπως: η απώλεια μνήμης, αδυναμία συγκέντρωσης.

✚ Η ΜΕΙΖΩΝ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΤΙΣ ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΗΛΙΚΙΕΣ ΤΩΝ ΑΝΘΡΩΠΩΝ

Αν και τα βασικά χαρακτηριστικά ενός Μείζονος Καταθλιπτικού Επεισοδίου είναι τα ίδια στα νήπια, στα παιδιά, στους εφήβους και στους ενήλικους, εντούτοις υπάρχουν κάποια συμπτώματα που διαφέρουν ανάλογα με την ηλικία.

ΜΕΙΖΩΝ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ – ΠΡΟΕΦΗΒΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ

Στα παιδιά που υποφέρουν από Μείζων Κατάθλιψη, σωματικά ενοχλήματα, ευερεθιστότητα και κοινωνική απόσυρση αποτελούν τα κύρια χαρακτηριστικά τους.

Επιπλέον, σε παιδιά της προεφηβικής ηλικίας τα Μείζονα Καταθλιπτικά Επεισόδια κάνουν την εμφάνισή τους μαζί με άλλες ψυχικές διαταραχές (Αγχώδεις Διαταραχές, Διαταραχές Ελαττωματικής Προσοχής). Τέλος υπάρχει περίπτωση να αναπτυχθεί «άγχος αποχωρισμού» και να κάνει το παιδί να προσκολληθεί, να αρνείται να πάει στο σχολείο και να φοβάται ότι οι γονείς του θα πεθάνουν.²²

ΜΕΙΖΩΝ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ

Η κατάθλιψη στην εφηβεία παρουσιάζεται με αυξημένη συχνότητα, με σοβαρές επιπτώσεις στην προσωπική και κοινωνική ζωή του εφήβου. Πριν το 1980, η κατάθλιψη των εφήβων σπάνια αναφερόταν, λόγω της

άτυπης κλινικής εικόνας που συνδεόταν με την κρίση της εφηβείας. Ύστερα από μία σειρά ερευνών, και με την πάροδο του χρόνου, αποδείχθηκε τελικά ότι η κατάθλιψη στην εφηβεία είναι συχνή και η κλινική της εικόνα παρουσιάζει ορισμένες ιδιαιτερότητες σε σχέση με την κατάθλιψη των ενηλίκων.

Επίσης, στους εφήβους τα Μείζονα Καταθλιπτικά Επεισόδια εμφανίζονται μαζί με Διαταραχές Ελαττωματικής Προσοχής, Διαταραχές σχετιζόμενες με ουσίες και με Διαταραχές στην Πρόσληψη Τροφής.

Η σοβαρότητα της εφηβικής κατάθλιψης απαιτεί μεγαλύτερη προσοχή στη διαγνωστική εκτίμηση και τη θεραπευτική αντιμετώπιση. Η δυσκολία έγκειται αφενός στη στάση του εφήβου που μπορεί να εμφανίσει αρνητική ή καθαρά αντικοινωνική συμπεριφορά και αφετέρου στη στάση των ενηλίκων, γονέων, δασκάλων που τους διαφεύγουν το άγχος και τα καταθλιπτικά συναισθήματά του. Τάσεις φυγής από το σπίτι, αισθήματα έλλειψης κατανόησης και επιδοκιμασίας, ανησυχία, εκνευρισμός, επιθετικότητα, απομάκρυνση από κοινωνικές δραστηριότητες, προβλήματα στο σχολείο και απομόνωση είναι μερικά στοιχεία που χαρακτηρίζουν τον έφηβο.

Επιπλέον, η προσωπική εμφάνιση των εφήβων μπορεί να παραμεληθεί και να παρουσιάσουν ιδιαίτερη ευαισθησία στην απόρριψη όσον αφορά τις ετεροφυλικές σχέσεις.^{22,20}

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΤΗΝ 3^η ΗΛΙΚΙΑ

Η κατάθλιψη αν και αποτελεί μία πολύ συχνή κατάσταση στους ανθρώπους στη σημερινή εποχή, έχει σημαντικές επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής των ατόμων της τρίτης ηλικίας.¹⁴

Στην ουσία η κατάθλιψη στους ηλικιωμένους δε διαφέρει απ' αυτή στους ενήλικες. Έρευνες έδειξαν ότι η κατάθλιψη στους ηλικιωμένους είναι συχνότερη και υπάρχουν πολλές πιθανότητες για εσφαλμένη διάγνωση αφού αυτά τα άτομα υποφέρουν από διάφορες ασθένειες όπως: άνοια, αρθρίτιδα, διαβήτη, υψηλή πίεση, καρδιακά προβλήματα. Το σημαντικό λοιπόν είναι να μη θεωρηθεί κατά λάθος η κατάθλιψη ότι είναι μία απ' αυτές τις ασθενείς.

Η κατάθλιψη σ' αυτήν την ευαίσθητη ηλικία του ανθρώπου πρέπει οπωσδήποτε να αναγνωρίζεται και να θεραπεύεται γιατί φθείρει την ικανότητα αντιμετώπισης των καθημερινών προβλημάτων και μειώνει τη θέληση για ζωή, συνεισφέροντας στον πρόωμο θάνατο από φυσικές αιτίες.

Επιπλέον, έχει βρεθεί ότι το 25% όλων των αυτοκτονιών συμβαίνει στα άτομα της τρίτης ηλικίας.

Οι καταθλιπτική ηλικιωμένοι άνθρωποι παρουσιάζουν διαφορετική κλινική εικόνα απ' αυτή της νεαρής και μέσης ηλικίας, δηλαδή αισθήματα ενοχής, απώλεια αυτοεκτίμησης, αυτοκτονικές –

παραληρητικές ιδέες δίωξης είναι σπάνια στα άτομα της τρίτης ηλικίας.

Οι ηλικιωμένοι παραπονιούνται περισσότερο για σωματικά ενοχλήματα, χαρακτηρίζονται από αυξημένο άγχος, δυσκολίες στη συγκέντρωση, διαταραχή μνήμης – ύπνου, απώλεια βάρους και διαταραχή στη συμπεριφορά όπως: κλεπτομανία, κατάχρηση αλκοόλ.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ ΤΗΣ ΜΕΙΖΩΝ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Οι αρρώστιες αποτελούν κομμάτι της ζωής μας. Δυστυχώς σχεδόν όλοι μας έχουμε βιώσει μια αρρώστια, σοβαρή ή όχι. Η Μείζων Κατάθλιψη αποτελεί κι αυτή μία νόσο σοβαρής μορφής, την οποία μπορούμε να την ξεπεράσουμε αρκεί να την αποδεχτούμε όπως και τη γρίπη. Αν έχουμε γρίπη μπορούμε να την αντιμετωπίσουμε με την κατάλληλη θεραπεία και να νοιώσουμε καλύτερα. Το ίδιο συμβαίνει και με τη Μείζων Κατάθλιψη. Η κατάλληλη θεραπεία είναι αυτή που μπορεί να κάνει το άτομο να πάψει να υποφέρει και να «πονά» στην ψυχή του. Αυτές οι ασθένειες μπορούν να αντιμετωπιστούν αρκεί τα άτομα που πάσχουν να έχουν στο πλάι τους έναν ειδήμων.³

Υπάρχουν λοιπόν συγκεκριμένες θεραπείες όσον αφορά τη Μείζων Κατάθλιψη. Ποιες είναι όμως αυτές;

Οι κύριοι τύποι θεραπείας είναι οι εξής:

- 1) Αντικαταθλιπτική φαρμακευτική θεραπεία.
- 2) Συνδυασμός φαρμακευτικής θεραπείας και ψυχοθεραπείας.
- 3) Άλλες θεραπείες όπως λόγου χάρη:
 - 1) Ηλεκτροσπασμοθεραπεία.
 - 2) Φωτοθεραπεία.
- 4) Ψυχοθεραπεία.^{4,3}

Επιπλέον, η θεραπεία της κατάθλιψης περιλαμβάνει δύο στάδια:

- 1) Θεραπεία οξέος επεισοδίου.
- 2) Συντήρηση του αποτελέσματος που επιτεύχθηκε στο πρώτο στάδιο.

Στόχος του πρώτου σταδίου είναι να θεραπευτούν τα συμπτώματα της κατάθλιψης έτσι ώστε το άτομο να αρχίσει πάλι να νιώθει χαρούμενος, να ξαναγυρίσει στις παλιές του δραστηριότητες και να ενταχθεί ξανά στο κοινωνικό σύνολο. Σ' αυτό το στάδιο όταν χρησιμοποιείται φαρμακευτική θεραπεία κρατάει σχεδόν ένα μήνα. Μελέτες χρόνων έδειξαν ότι οι ασθενείς που σταματούν τη θεραπεία σ' αυτό το στάδιο έχουν τεράστια πιθανότητα υποτροπής τους επόμενους μήνες. Αντιθέτως, τα άτομα που συνεχίζουν τη συνιστώσα θεραπεία και στο δεύτερο στάδιο θεωρείται ότι θεραπεύονται από το παρόν επεισόδιο. Αξιοσημείωτο είναι ότι αν ασθενής ο οποίος έχει ιστορικό τριών διαφορετικών επεισοδίων κατάθλιψης συνεχίσει τη χρόνια προληπτική θεραπεία ωφελείται σε μεγάλο βαθμό και οι πιθανότητες να μην ξαναπάθει επεισόδιο στη ζωή του είναι τεράστιες.⁴

Στη συνέχεια ακολουθεί μία πλήρης και λεπτομερειακή αναφορά των ειδών της θεραπείας της Κατάθλιψης.

I. Αντικαταθλιπτική Φαρμακευτική Θεραπεία:

Η κύρια ένδειξη των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων είναι οι καταθλίψεις βαριάς μορφής όπως είναι η «Μείζων Κατάθλιψη» και επιπλέον έχει βρεθεί ότι είναι αποτελεσματική 70 – 80%. Χορηγούνται

είτε μόνα τους είτε σε συνδυασμό με ψυχοκοινωνικές θεραπείες.

Υπάρχουν πολλά είδη αντικαταθλιπτικών φαρμάκων. Ο μηχανισμός με τον οποίο λειτουργούν διαφέρει ανάλογα με το φάρμακο αλλά γενικώς τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα ανυψώνουν τη διάθεση των ασθενών και τον ανακουφίζουν ψυχικά.

Όλα τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα για να λειτουργήσουν χρειάζονται 3 – 4 εβδομάδες. Πιο συγκεκριμένα, τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα επαναφέρουν την ισορροπία των νευροδιαβιβαστών του εγκεφάλου κι έτσι οι χημικές μεταβολές αποκαθίστανται. Με τη δράση τους στον εγκέφαλο επιτυγχάνεται αύξηση της συγκέντρωσης της νορεπινεφρίνης και σεροτονίνης (χημικών ουσιών που σχετίζονται με τη διάθεση).¹²

Είναι αρμοδιότητα του ιατρού να επιλέξει το φάρμακο που πιστεύει ότι είναι καλύτερα για κάθε ατομική περίπτωση, έχοντας υπόψη του τον τύπο της Κατάθλιψης, την ηλικία, την συνύπαρξη άλλων ασθενειών. Υπάρχουν φορές όμως, όπου ο ασθενής δεν ανταποκρίνεται στο συγκεκριμένο φάρμακο και χρειάζεται να γίνει αλλαγή με κάποιο άλλο.

Θα πρέπει επίσης να επισημανθεί ότι όταν αρχίσει να ανυψώνεται η διάθεση του ασθενούς και χαρακτηρίζεται από αυξημένη ενεργητικότητα τότε οι πιθανότητες να διαπράξει απόπειρα αυτοκτονίας αυξάνονται κατά πολύ και θα πρέπει η επίβλεψη του ατόμου να γίνεται σε τακτά χρονικά διαστήματα.

Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα λοιπόν ανάλογα με τον χημικό τους τύπο και το μηχανισμό δράσης διακρίνονται στις εξής κύριες κατηγορίες:

- 1) Τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά όπως π.χ. Anafranil, αμιτριπυλίνη (Clavil), ιμπραμίνη (Tofranil) και τα παρόμοια ετεροκυκλικά όπως π.χ. Ludiomil.
- 2) Αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης (ΜΑΟ).
- 3) Εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης π.χ. Ladose, Seropram, Sexat, Dumyrox.
- 4) Αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης και νοραδρεναλίνης.^{9,6,4,12}

(Α) Τρικυκλικά Αντικαταθλιπτικά (ΤΚΑ):

Σύμφωνα με μελέτες χρόνων, από την εισαγωγή τους στην θεραπευτική Ιατρική, τα ΤΚΑ συνέβαλαν εντυπωσιακά στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των καταθλιπτικών ασθενών. Πριν την εμφάνισή τους η μόνη θεραπεία για τις βαριές μορφές κατάθλιψης όπως είναι η Μείζων, ήταν η εισαγωγή τους στο νοσοκομείο και η εφαρμογή ηλεκτροσπασμοθεραπείας.

Η ανάπτυξη των ΤΚΑ έδινε τη δυνατότητα σ' ένα ευρύ φάσμα ασθενών να θεραπεύονται μέσα στην κοινωνία, δίχως να αποδιοργανώνεται η προσωπική τους ζωή. Επιπλέον, τα άτομα με ήπιες μορφές κατάθλιψης θεραπεύονταν χωρίς να παρεμποδίζονται οι καθημερινές τους δραστηριότητες.¹⁰

Η αποτελεσματικότητα των ΤΚΑ δεν αμφισβητείται σε καμία περίπτωση και ως σήμερα κανένα νέο αντικαταθλιπτικό φάρμακο δεν βρέθηκε ότι έχει την ίδια αποτελεσματικότητα μ' αυτό και με το Placebo.

Έχει διαπιστωθεί ότι η ανταπόκριση των ασθενών με βαριά Κατάθλιψη είναι πολύ καλύτερη απ' αυτή των ασθενών με ήπια Κατάθλιψη και σύμφωνα με την εμπειρία στη Μ. Βρετανία το 1/3 των ασθενών ανταποκρίνεται καλά.^{10,18}

(B) Οι αναστολείς της ΜΑΟ δεν χρησιμοποιούνται τόσο συχνά διότι έρευνες έδειξαν ότι είναι λιγότερο αποτελεσματικά σε σύγκριση με τα τρικυκλικά και τις περισσότερες φορές προκαλούν ανεπιθύμητες αλληλεπιδράσεις με τροφές και φάρμακα.

Οι αναστολείς της ΜΑΟ χορηγούνται ως επί το πλείστον σε ασθενείς που υποφέρουν με Άτυπη Κατάθλιψη διότι ανταποκρίνονται καλύτερα και τα αποτελέσματα είναι ικανοποιητικά.

(Γ) Οι εκλεκτικοί αναστολείς της επαναπρόσληψης της σεροτονίνης έχουν μακρό χρόνο ζωής και μπορεί να δίνονται στον ασθενή μία φορά την ημέρα σε καθημερινή βάση. Εφόσον το άτομο δεν παρουσιάσει καμία βελτίωση πέραν των έξι εβδομάδων η περίπτωση θα πρέπει να χαρακτηριστεί ανθεκτική και να ενισχυθεί με άλατα λιθίου.

Έχουν λιγότερες παρενέργειες από τα τρικυκλικά, είναι ασφαλέστερα και τείνουν να καθιερωθούν ως φάρμακα εκλογής.^{4,9,12,10,6,15}

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9

ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΑΝΤΙΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

Όπως προαναφέραμε τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα που χορηγούνται σε καταθλιπτικούς αρρώστους προκαλούν θεαματική βελτίωση της διάθεσής τους και κατά συνέπεια της όλης κατάστασής τους. Εντούτοις, όπως όλα τα φάρμακα έτσι λοιπόν και τα αντικαταθλιπτικά έχουν ορισμένες παρενέργειες. Η θεραπεία με τα ΤΚΑ έχει αρκετά μειονεκτήματα. Έχει βρεθεί ότι προκαλούν έντονες χολινεργικές παρενέργειες. Παρατηρούνται παρενέργειες από το ουροποιητικό σύστημα, το ΚΝΣ και το γαστρεντερικό. Επιπλέον, οι αντιχολινεργικές παρενέργειες συνδέονται με καρδιοτοξικές δράσεις, γι' αυτό είναι πολύ επικίνδυνα σε περίπτωση υπερδοσολογίας.^{10,4,6,13}

Η έντονη λοιπόν χολινεργική δράση των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων προκαλεί αρκετές αλλά και ενοχλητικές παρενέργειες όπως ξηροστομία, θολή όραση, δυσκοιλιότητα, διαταραχή ούρησης (κατακράτηση ούρων), ταχυκαρδία, ορθοστατική υπόταση και υπερτασική κρίση που προκαλείται συγκεκριμένα από τη χορήγηση αναστολέων της ΜΑΟ, αν ο ασθενής καταναλώνει τροφές οι οποίες περιέχουν τυραμίνη. Κάποιες από αυτές είναι: οινοπνευματώδη ποτά, σοκολάτες, αβοκάντο κ.α.^{10,4,6}

Εξαιτίας λοιπών των παραπάνω παρενεργειών πολλοί ασθενείς προτιμούν τη διακοπή των φαρμάκων και τη συμμόρφωσή τους στη θεραπεία.

Επιπλέον, πολλοί άνθρωποι πιστεύουν ότι η θεραπεία

της

Κατάθλιψης και συγκεκριμένα τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα μπορεί να προκαλέσουν **εξάρτηση**, δηλ. να τα συνηθίσει ο οργανισμός τους όπως τα ναρκωτικά. Στην πραγματικότητα όμως αυτό δεν συμβαίνει: **Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα δεν προκαλούν εξάρτηση.**

Τα μόνα φάρμακα που δύναται να προκαλέσουν εξάρτηση και δρουν στο ΚΝΣ είναι τα ηρεμιστικά – αγχολυτικά (Tavor, Stondon, Xanax).⁴

Τέλος, ένα μεγάλο ποσοστό αντικαταθλιπτικών ασθενών έχουν πεποιθήσεις όπως λ.χ. «Μπορώ να τα καταφέρω μόνος μου», «Είναι ντροπή να παίρνεις ψυχοφάρμακα», «Αν χρειάζεται να πάρω αντικαταθλιπτικά σημαίνει ότι είμαι αδύναμος».

«Ο γιατρός έκανε ότι μπορούσε. Αφού δεν με βοηθά αυτό το φάρμακο κανένα δε θα μπορέσει. Ας μη φορτώνομαι στο γιατρό. Πρέπει απλώς να υπομένω την κατάστασή μου».¹²

(II) Ηλεκτροσπασμοθεραπεία:

Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία αποτελεί ένα είδος θεραπείας της Κατάθλιψης, το οποίο έχει προκαλέσει έντονες συζητήσεις μεταξύ ψυχιάτρων και νοσηλευτών ψυχικής υγείας.⁶

Δεν είμαστε βέβαιοι για τον τρόπο με τον οποίο ενεργεί αλλά τα αποτελέσματά της σε βαριές μορφές Κατάθλιψης όπως είναι η Μείζων, είναι σωτήρια. Αποτελεί ένα είδος σωματικής θεραπείας, η οποία είναι ταχύτερη από τα φάρμακα, σύμφωνα με την οποία ηλεκτρόδια

τοποθετούνται στους κροτάφους και έτσι μεταδίδεται ηλεκτρικό ρεύμα στον εγκέφαλο προκαλώντας επιληπτική κρίση και κατά συνέπεια αύξηση της σεροτονίνης – νορεπινεφρίνης.^{6,12,11}

Η ιδέα μίας τέτοιας επιθετικής επέμβασης στον εγκέφαλο δημιουργεί πολλούς ενδοιασμούς.

Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία εφαρμόζεται σε ασθενείς με έντονες ψυχικές διαταραχές και όταν ο κίνδυνος αυτοκτονίας είναι άμεσος ή κατόπιν από επανειλημμένες απόπειρες αυτοκτονίας. Αυτή η θεραπεία εφαρμόζεται σπάνια σε παιδιά και εφήβους ενώ η χρήση της θεωρείται ασφαλής σε ηλικιωμένα άτομα άνω των 90 ετών.^{20,11, 48}

Παρενέργειες:

Οι παρενέργειες της ηλεκτροσπασμοθεραπείας περιλαμβάνουν τις εξής:

- 1) Παροδική υπόταση και παρατεταμένη κολπική ταχυκαρδία.
- 2) Παροδική σύγχυση, αμνησία, κεφαλαλγία.
- 3) Άπνοια, σπασμοί.^{6,13}

(IV) Φωτοθεραπεία

Στη θεραπεία αυτή ο ασθενής εκτίθεται σε έντονο τεχνητό λαμπερό φως εντάσεως τουλάχιστον 2.500 LUX. Αντιθέτως, η έκθεσή του σε φως κανονικής εντάσεως (<300 LUX) έχει ανύπαρκτη θεραπευτική ιδιότητα. Το φως θα πρέπει να κατευθύνεται στα μάτια του ατόμου, έτσι ώστε να

προκαλεί διέγερση του αμφιβληστροειδούς και στη συνέχεια του πυρήνα του υποθαλάμου στον εγκέφαλο. Η διάρκεια της έκθεσης των ασθενών στο φως κυμαίνεται από 1 – 3 ώρες και η θεραπεία συνήθως εφαρμόζεται κατά τις πρωινές ώρες γιατί η ώρα της ημέρας φαίνεται ότι παίζει σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση του θεραπευτικού αποτελέσματος. Αντιθέτως, τα αποτελέσματα της έκθεσης στο φως, κατά τη βραδινή ώρα ήταν απογοητευτικά.

Η συμβολή της φωτοθεραπείας όσον αφορά την Κατάθλιψη είναι πολύτιμη, διότι γίνεται ανεκτή από τους ασθενείς και οι ανεπιθύμητες ενέργειες είναι μηδαμινές.²⁰

Παρενέργειες:

Οι παρενέργειες δεν είναι σημαντικές. Κάποιες από αυτές είναι:

- 1) Κεφαλαλγία.
- 2) Καταπόνηση των οφθαλμών.
- 3) Ευερεθιστότητα.

ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ

Η κατάθλιψη δημιουργεί τόση μιζέρια και για τόσο μεγάλο χρονικό διάστημα, που είναι φυσιολογικό τα άτομα με Μείζων Κατάθλιψη να αναζητούν ανακούφιση από τον πόνο τους. Το αλκοόλ απ' ό,τι έχει διαπιστωθεί αποτελεί το πιο κοινό παυσίπονο αφού διατίθεται εύκολα και είναι κοινωνικά αποδεκτό. Επιπλέον, τα άτομα αυτά κάνουν συχνά κατάχρηση ναρκωτικών. Μερικά από αυτά φαίνεται ότι βοηθούν αλλά στην πραγματικότητα δεν είναι αλήθεια, διότι η κατάθλιψη παραμένει. Οι ουσίες που σε «ανεβάζουν», τα παυσίπονα, τα ηρεμιστικά, τα χάπια που σε «φτιάχνουν» δεν θεραπεύουν την κατάθλιψη. Αντιθέτως την επιδεινώνουν. Οι άνθρωποι που υποφέρουν από Μείζων Κατάθλιψη, εξαιτίας της απάθειας και της σεξουαλικής αδιαφορίας μπορεί να οδηγηθούν σε συζυγικά προβλήματα (διαζύγιο).

Μία άλλη σημαντική επίπτωση είναι το κάπνισμα. Είναι ένα από τα πιο εθιστικά ναρκωτικά που προκαλεί πολλές ασθένειες και πολλούς θανάτους. Το κάπνισμα επηρεάζει τη διάθεση τόσο προς τα πάνω όσο και προς τα κάτω, αν και στην περίπτωση της κατάθλιψης την επιδεινώνει. Τέλος, τα άτομα που πάσχουν από κατάθλιψη χρησιμοποιούν οποιαδήποτε πηγή απόλαυσης όπως λ.χ. τζόγο, τηλεόραση, σεξ, βιντεοπαιχνίδια προκειμένου να απαλύνουν τον πόνο τους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10

ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Ψυχοθεραπεία είναι μια θεραπεία ψυχής μια θεραπευτική αντιμετώπιση των ψυχολογικών προβλημάτων ενός ατόμου, στην μακροχρόνια θεραπεία μιας συναισθηματικής διαταραχής.

Καταρχήν ο όρος ψυχοθεραπεία δεν είναι συνώνυμος με τον όρο ψυχανάλυση όπως οι περισσότεροι πιστεύουν.

Η ψυχαναλυτικού τύπου ψυχανάλυση είναι ένα από τα είδη ψυχοθεραπείας. Πρωταρχικής σημασίας σε πρώτο στάδιο είναι ένας ψυχοθεραπευτής, ο οποίος είναι αυτός που πρέπει να κατανοήσει τα προβλήματα του ατόμου και να τον υποστηρίξει στις δύσκολες στιγμές του. Τον ρόλο του ψυχοθεραπευτή ασκεί ο γιατρός, ο νοσηλεύτης, ο εργασιοθεραπευτής, η ψυχιατρική ομάδα, η οικογένεια αλλά και η ίδια η κοινωνία. Η θεραπεία της κατάθλιψης είναι δύσκολη για αυτό ο θεραπευτής πρέπει να προσέξει προτού αναλάβει κάποιο ασθενή.

Για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης η αποτελεσματικότερη από τις ψυχοθεραπείες είναι η γνωσιακή, κυρίως σε ασθενείς με ελαφριά ή μέτρια κατάθλιψη.

Η ψυχοθεραπεία διακρίνεται σε δυο μεγάλες κατηγορίες, στην ατομική και την ομαδική ψυχοθεραπεία. Οι ατομικές ψυχοθεραπείες έχουν περιορισμένο χρόνο. Στόχος τους είναι η επίλυση του συμπτώματος ή του προβλήματος και όχι η αλλαγή της προσωπικότητας. Χρησιμοποιείται κυρίως σε ήπιες και χρόνιες μορφές καταφλιψης

.Βασίζεται σε ψυχοδυναμικές αρχές (δίνει έμφαση στο ρόλο των προηγούμενων εμπειριών και των μη συνειδητών κινήτρων στον προσδιορισμό της συμπεριφοράς)Το ποσοστό αποτελεσματικότητας των ψυχοθεραπειών είναι 50 – 55%. Ο αριθμός των συνεδριών κυμαίνεται από 1 – 3 συνεδρίες το μήνα, ανάλογα με την ανάγκη που έχει ο ασθενής για θεραπεία.

Το αποτέλεσμα της ψυχοθεραπείας εξαρτάται από την αρχή μέχρι το τέλος από τον θεραπευτή. Ο θεραπευτής βρίσκεται σε κατάσταση «empathy» στα ελληνικά «ευσυναίσθηση» να μπορεί δηλαδή να αντιληφθεί μέσω της εσωτερικής του εμπειρίας την ψυχολογική κατάσταση του άλλου ατόμου.

Όσο αφορά την ομαδική ψυχοθεραπεία εκείνη συμβάλει στην απόκτηση κοινωνικών δεξιοτήτων (ή στη βελτίωση των υπαρχουσών) σε ένα αμοιβαίως υποστηρικτικό περιβάλλον, ένα περιβάλλον δηλαδή όπου ο ένας ασθενής βοηθάει τον άλλον να ξεπεράσει τις δυσκολίες του. Η ομαδική ψυχοθεραπεία δίνει τη δυνατότητα διερεύνησης και βελτίωσης των τρόπων που επικοινωνεί ο ασθενής με τους άλλους . 48

ΓΝΩΣΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης η αποτελεσματικότερη θεραπεία είναι η γνωσιακή ψυχοθεραπεία κυρίως σε ασθενείς με ελαφριά ή μέτρια κατάθλιψη. Είναι μια ειδική θεραπευτική τεχνική που στοχεύει στην αναγνώριση και τροποποίηση των αρνητικών «γνωσιών» του ασθενούς για τον εαυτό του (π.χ. «είμαι ανίκανος) και για τους άλλους («όλοι με σιχαίνονται») και την αντικατάσταση των «γνωσιών» αυτών με άλλες που εκφράζουν μια πιο θετική αντίληψη .⁴⁸

Σε 40 ασθενείς με υποτροπιάζουσα μείζων κατάθλιψη που είχαν επιτυχώς θεραπευτεί με αντικαταθλιπτικά φάρμακα, υποβλήθηκαν τυχαίως σε γνωσιακή θεραπεία, το αποτέλεσμα ήταν να ελαττωθεί σταδιακώς και τελικά να αποσυρθεί η χορήγηση αντικαταθλιπτικής αγωγής.

ΑΝΑΨΥΧΗ – ΨΥΧΟΔΡΑΜΑ

Ένα άλλο είδος ομαδικής ψυχοθεραπείας είναι το ψυχόδραμα. Εδώ συμμετέχουν σε μια θεατρική παράσταση οι ασθενείς όπου ο καθένας παίζει κάποιο ρόλο πάντα σύμφωνα με τις σχετικές υποδείξεις του θεραπευτή. Αυτό το είδος ψυχοθεραπείας ενοήθηκε από τον Αυστριακό Μορένο στις αρχές του αιώνα και σήμερα χρησιμοποιείται αλλά έχει υποστεί διάφορες τροποποιήσεις.¹³

Επίσης η μουσική και η ζωγραφική έχουν θεραπευτικές ιδιότητες. Πολλοί καλλιτέχνες χρησιμοποίησαν την μουσική εώς ένα μέσο διοχέτευσης της αρνητικής τους ενέργειας. Έτσι διοργανώνονται κονσέρτα στα οποία συμμετέχουν οι ασθενείς παίζοντας κάποιο μουσικό όργανο ή τραγουδώντας³³

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η οικογένεια αποτελεί μια οργανική οντότητα, και το ό,τι συμβαίνει μέσα σ' αυτήν επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό όλα τα μέλη της. Είναι μία ψυχοθεραπευτική ομάδα με τις δικές της ιδιαιτερότητες οι οποίες ποικίλουν ανάλογα με την οικογένεια. Αυτό ακριβώς είναι που πρέπει να αντιληφθεί ο θεραπευτής, πχ σε περιπτώσεις εφήβων που πάσχουν από κατάθλιψη θα πρέπει να δει τις απόψεις των γονέων γύρω από θέματα όπως η αυστηρότητα, η πειθαρχία ή η ελευθερία που πρέπει να έχει ο έφηβος⁴⁴

.

Έτσι μέσα από τις συνεδρίες με όλα τα μέλη της οικογένειας μπορεί ο θεραπευτής να πάρει κάποια πολύ σημαντικά στοιχεία και να βοηθήσει έτσι όλα τα μέλη να αποκτήσουν καλύτερη ψυχική υγεία³⁸

.

Η ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ

Η θεραπεία της συμπεριφοράς έχει σαν σκοπό να βοηθήσει το άτομο, εκτιμώντας τις δυσκολίες της συμπεριφοράς του να αλλάξει κάποια συνήθεια ή φοβία του, και δεν ασχολείται με το παρελθόν του ατόμου και την ψυχική διαταραχή. Σύμφωνα με τον Skinner το πως επιδρούν πάνω στο άτομο οι συνέπειες από την συμπεριφορά, αυτό επιρρεάζει την απόφαση του ατόμου στο αν θα επαναλάβει ή θα απορρίψει την συγκεκριμένη ενέργεια. Εάν πχ το παιδί βραβεύεται για κάτι, τότε θα το επαναλάβει. Αν μάθει ότι όταν γκρινιάζει θα γίνεται αυτό που θέλει, τότε θα υιοθετίσει αυτή την συμπεριφορά. Έτσι με αυτό το σύστημα στρέφουμε το άτομο να κάνει θετικές ενέργειες αποδοκιμάζοντας την διαταραγμένη συμπεριφορά.

ΦΥΣΙΚΗ ΑΣΚΗΣΗ

«Νους υγιής εν σώματι υγιή»

Όπως υποστήριζαν και οι αρχαίοι Έλληνες, ένα υγιές σώμα συνοδεύεται από μία υγιή ψυχή, συνεπώς η φυσική άσκηση μπορεί να χρησιμοποιηθεί και στη θεραπεία της κατάθλιψης. Έπειτα από κάποια συμμετοχή σε αθλητικές δραστηριότητες, το άτομο γίνεται πιο αισιόδοξο και νοιώθει πιο ανάλαφρο.

ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑ Ή ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Είναι μια μορφή θεραπείας, ένα πρόγραμμα ασχολιών που περιλαμβάνει την εκμάθηση κάποιας τέχνης ή τεχνικής (ζωγραφική, κεραμική, ραπτική, αθλητικά παιχνίδια). Η εργασιοθεραπεία έχει ως σκοπό να μπορέσει ο ασθενής να ενταχθεί στον εργασιακό τομέα αξιοποιώντας της δυνατότητές του και να μπορέσει γενικότερα να λειτουργήσει φυσιολογικά μέσα στην κοινωνία⁴¹

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11

ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ

Στις δυο τελευταίες δεκαετίες παρατηρήθηκε μια εντυπωσιακή αύξηση του αριθμού των αυτοκτονιών σε άτομα ηλικίας 15 έως 25 χρονών. Από μια διαφορετική οπτική γωνία ο Rice και ο Milter υπολογίζουν πως 60% των αυτοκτονιών οφείλονται σε διαταραχές της διάθεσης. Συγκεκριμένα η μεγαλύτερη για πράξη αυτοκτονίας υπάρχει στην κατάθλιψη, γύρω στο 75% των καταθλιπτικών ασθενών έχει την εμπειρία ενός και πάνω επεισοδίου αυτοκαταστροφής στην ζωή του. ²⁶

Ο μεγαλύτερος κίνδυνος στην κατάθλιψη είναι η αυτοκτονία, η οποία μοιάζει σαν μοναδική διέξοδος από την απελπισία σύμφωνα πάντα με τον διαστρεβλωμένο τρόπο με τον οποίο σκέφτεται ο καταθλιπτικός. ^{42, 48}

Οι γονείς έχουν την ανάγκη να πιστεύουν πως τίποτα σοβαρό δεν συμβαίνει με το παιδί τους, και εξαιτίας του νεαρού της ηλικίας του ελπίζουν πως όλα με το χρόνο θα φτιάξουν. Αυτά τα παραπάνω εμποδίζουν τον γονέα να αποδεχτεί κάποιες άσχημες καταστάσεις ή ακόμη και να δει τα σημάδια της απελπισίας και κατάθλιψης που παρουσιάζει το παιδί.

Περίπου 2% - 4% των παιδιών και το 8% - 10% των εφήβων έχει κάνει απόπειρα αυτοκτονίας. Η αυτοκτονία αποτελεί την τρίτη πιο συχνή αιτία θανάτου στους εφήβους μετά τα νεοπλασματικά νοσήματα και τα τροχαία. Ένα μικρό όμως ποσοστό παιδιών φθάνουν στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας 10% - 15%.^{10, 45}

Αρνούνται να δουν την πραγματικότητα ή δεν έχουν εντοπίσει την ύπαρξη του προβλήματος / συμβουλές.

Σημαντικό είναι να τονίσουμε πως η ιδέα του θανάτου διαφέρει από ηλικία σε ηλικία. Τα πολύ μικρά παιδιά πιστεύουν πως ο θάνατος είναι κάτι το οποίο βασίζεται σε μαγικές ιδιότητες, έπειτα μεγαλώνοντας νομίζουν πως είναι κάτι περιοδικό και όχι μια μόνιμη κατάσταση, στην εφηβεία αντιλαμβάνονται ότι μπορούν να επιλέξουν ανάμεσα στη ζωή και στο θάνατο και έτσι προβληματίζονται. Είναι μια πρόκληση ότι δηλαδή μπορούν να πάρουν μια τόσο μεγάλη απόφαση για τον εαυτό τους, τη στιγμή που μέσα στο σπίτι τους νοιώθουν πως είναι καταπιεσμένα και πως όλες οι αποφάσεις έχουν παρθεί ανεξάρτητα από τη δική τους θέληση.

Είναι ζωτικής σημασίας να κατανοήσουμε πως ο κίνδυνος της αυτοκτονίας είναι καλύτερο να υπερεκτιμάται από το να υποτιμάται.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Πρωτίστης σημασίας είναι ο ιατρός να λάβει ένα πλήρες ιστορικό του ασθενούς. Μελετώντας τα στοιχεία θα πρέπει να δείξει ιδιαίτερο ενδιαφέρον εάν υπάρχουν συμπτώματα κατάθλιψης και σε κάποιο άλλο μέλος της οικογενείας. Έπειτα μια συνέντευξη ίσως δεν είναι αρκετή για να δημιουργηθεί το κατάλληλο κλίμα έτσι ώστε να ανοιχτεί ο ασθενής, να δείξει εμπιστοσύνη στον θεραπευτή και να του εκφράζει τις ανησυχίες, τις φοβίες και τις ανασφάλειές του.

Πρέπει να ανασηκώσουμε την κρούστα και να ανακαλύψουμε την πηγή, τις αιτίες της πληγής.⁴⁰ Από εκεί θα ξεκινήσει η θεραπεία. Μια επιφανειακή ψυχοθεραπεία δεν θα χρησίμευε σε τίποτα, θα κολλούσε απλώς ένα έμπλαστρο πάνω σε μια ξύλινη γάμπα. Μια σειρά από παράγοντες θα πρέπει να εξετάσει ο θεραπευτής όπως τους λόγους για τους οποίους επιθυμεί να αυτοκτονήσει, το τρόπο με τον οποίο σκέφτεται το άτομο, εάν επικοινωνεί φυσιολογικά με τους υπόλοιπους συνανθρώπους του, οι σχέσεις που έχει με σημαντικά πρόσωπα, με την οικογένειά του, για να έχει μια σφαιρική άποψη.

Από μεριάς της νοσηλευτικής οι ευθύνες και οι υποχρεώσεις στο θέμα της αυτοκτονίας είναι αρκετές (βλ. Νοσηλευτική Διεργασία). Σημαντικό είναι να αναφέρουμε το πόσο τραγικά επιδρά η αυτοκτονία και στο ίδιο το προσωπικό του νοσοκομείου. Από πολλούς χαρακτηρίζεται ως η «καρδιακή ανακοπή του ψυχιατρικού τμήματος». Συνεπώς είναι η ψυχική δύναμη την οποία πρέπει να έχει ο νοσηλευτής για να μπορέσει να επιβιώσει και ο ίδιος απέναντι σε αυτό το τραγικό γεγονός, την αυτοκτονία, το τέλος μιας ζωής.^{43,47}

Τα παρακάτω είναι κάποια σημάδια τα οποία πρέπει να προσέχουν οι γονείς για να προλάβουν κάποιο τραγικό γεγονός:

- 1) Σημαντικές αλλαγές στην προσωπικότητα.
- 2) Μη αναμενόμενη, σημαντική μείωση της αποδοτικότητας.
- 3) Το ενδιαφέρον χάνεται για τις συνηθισμένες δραστηριότητες.
- 4) Κοινωνική αποξένωση.
- 5) Εγκληματικές ή επικίνδυνες δραστηριότητες.⁹
- 6) Πρόσφατη απόρριψη (π.χ. φίλους).
- 7) Να πετάει ή να χαρίζει ακριβά υπάρχοντά του.
- 8) Άσχημα ξεσπάσματα.
- 9) Διαβάζει ιστορίες ή κάνει ζωγραφιές οι οποίες συσχετίζονται με τον θάνατο.
- 10) Έχει στην κατοχή του επικίνδυνα όπλα.
- 11) Εκφράζει αναπάντεχη χαρά έπειτα από μια περίοδο κατάθλιψης.

Εάν κάποιο παιδί παρουσιάζει τα παραπάνω συμπτώματα τότε πρέπει να τα λάβουμε σοβαρά υπόψη μας γιατί ο κίνδυνος της αυτοκτονίας ελλοχεύει. Δεν το κάνουν τα παιδιά απλά για να τραβήξουν την προσοχή, προσπαθούν για αυτό γιατί το έχουν πραγματικά ανάγκη.

Καλύτερο είναι να κάνει κάποιος απλά κάτι και ας είναι λάθος από το να μην κάνει τίποτα απολύτως.

Ειδικές υπηρεσίες για άτομα με αυτοκτονικές τάσεις ή απόπειρες.

- Μονάδες επείγουσας τηλεφωνικής βοήθειας
- Υπηρεσίες παρέμβασης σε κατάσταση «κρίσης»
- Τμήματα επειγόντων ψυχιατρικών περιστατικών
- Ειδικά τμήματα στους ψυχιατρικούς τομείς γενικών νοσοκομείων
- Ειδικές υπηρεσίες στα κέντρα ψυχικής υγείας (κοινότητα) .

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12

Η ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

Η Πρωτοβάθμια φροντίδα Υγείας αποτελεί την «πύλη εισόδου» του αρρώστου στο σύστημα υγείας. Είναι το σημείο πρώτης επαφής , μέσω του οποίου άρρωστοι με διάφορα προβλήματα υγείας , μεταξύ των οποίων και προβλήματα ψυχικής υγείας , απευθύνονται στον ιατρό για διάγνωση και θεραπευτική αντιμετώπιση. Στην ουσία πολλά όσον αφορά τη διάγνωση και θεραπευτική αντιμετώπιση ,κρίνονται σε αυτό το επίπεδο .Αυτό γιατί όπως είναι γνωστό η πρόληψη, η έγκαιρη διάγνωση και η πρόωμη αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας έχουν άμεση σχέση με την αποφυγή της χρονιότητας και των επιπλοκών.

Το πρόβλημα των ψυχικών διαταραχών στη ΠΦΥ απασχόλησε τόσο τους ειδικούς της ψυχικής υγείας, όσο και τους ιατρούς της ΠΦΨ. Ήδη από τις αρχές της δεκαετίας του 60, οι πρώτες συστηματικές έρευνες άρχισαν με σκοπό να εκτιμήσουν το μέγεθος του και τα χαρακτηριστικά του προβλήματος .Η εμπειρία αυτών των δεκαετιών βοήθησε στην εκτίμηση του προβλήματος των ψυχικών διαταραχών στην ΠΦΨ και των παραγόντων που το επηρεάζουν καθώς και στην δημιουργία προγραμμάτων πρόληψης , αντιμετώπισης και βελτίωσης των διαγνωστικών δυνατοτήτων του προσωπικού της ΠΦΨ.

Από τη μέχρι σήμερα εμπειρία και τα επιδημιολογικά δεδομένα που έχουν προκύψει σε χώρες με αναπτυγμένα συστήματα ΠΦΨ (όπως η Βρετανία και η Ολλανδία) η πλειοψηφία των αρρώστων με ψυχολογικά

προβλήματα επισκέπτονται τον γενικό γιατρό . Η απόφαση του ιδίου του αρρώστου για τη φροντίδα της ψυχικής του υγείας αποτελεί τον καθοριστικό παράγοντα. Στη συνέχεια , η επόμενη διαδικασία είναι η αναγνώριση του προβλήματος από τον γενικό γιατρό όπου όμως άνω το 50% των αρρώστων της ΠΦΨ με ψυχικές διαταραχές δεν αναγνωρίζεται από τους γιατρούς της ΠΦΨ (κυρίως με κατάθλιψη).Είναι γνωστό ότι μεγάλο μέρος των καταθλιπτικών ασθενών που αυτοκτονούν επισκέφθηκαν τον γιατρό τους (κυρίως τον οικογενειακό) λίγο χρονικό διάστημα πριν από την μοιραία πράξη τους εκφράζοντας τις ιδέες αυτοκαταστροφής τους.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον έχει η μεγαλύτερη ερευνά έως σήμερα η οποία έγινε σε υπηρεσίες τη ΠΦΨ που διεξάχθηκε υπό την αιγίδα της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας σε 15 ερευνητικά κέντρα 14 χωρών μεταξύ των οποίων και η Αθήνα. Η κατάθλιψη αποτελεί το συχνότερο πρόβλημα των αρρώστων της ΠΦΨ. Το 24%

των αρρώστων που επισκέπτονταν τις υπηρεσίες ΠΦΨ και έπασχαν από ψυχικές διαταραχές το 10,4% έπασχαν από κατάθλιψη.^{37,40}

Η πρόληψη του πρώτου βαθμού έχει δυο βασικούς στόχους

α) να μελετήσει και να εξακριβώσει τους στρεσογόνους παράγοντες και συνθήκες ζωής έτσι ώστε να μειωθεί ο δείκτης της ψυχικής νοσηρότητας

.

β) να εφαρμόσει μέτρα βοήθειας των ατόμων για να μπορούν να αντεπεξέλθουν στις ψυχοβλάπτικες επιρροές που δέχονται από το περιβάλλον. ²⁹

Όσο αφορά την δευτερογενή πρόληψη της κατάθλιψης η προσπάθεια

εστιάζεται σύμφωνα και με όσα αναφέρθηκαν στα προβλήματα αναγνώρισης στην ΠΦΨ και στην σωστή και έγκαιρη διάγνωση. Η βελτίωση των ικανοτήτων αναγνώρισης και αντιμετώπισης της κατάθλιψης από το προσωπικό της ΠΦΨ αποτελούν πρωταρχικούς στόχους. Ήδη σε πολλές χώρες υπάρχουν προγράμματα που ασχολούνται με αυτά τα προβλήματα. Η ομάδα παρέμβασης του ξενώνα Λάρισας υλοποιώντας το πρόγραμμα αποασυλοπείησης των ασθενών της Λέρου εκπόνησε εκπαιδευτικό πρόγραμμα δίμηνης χρονικής διάρκειας για το νοσηλευτικό προσωπικό του 4 ου περιπτέρου Λακκίου. Το εκπαιδευτικό αυτό πρόγραμμα απευθυνότανε στο σύνολο του νοσηλευτικού και βοηθητικού προσωπικού και περιλάμβανε δυο σκέλη το θεωρητικό και το πρακτικό. Η εκπαίδευση αυτή είχε περισσότερο βιωματικό χαρακτήρα και το αποτέλεσμα ήταν να εκπαιδευτεί και να ευαισθητοποιηθεί το προσωπικό και να βελτιωθεί η εικόνα του περιπτέρου.³⁶ Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας εξέδωσε μια ειδική έκδοση του κεφαλαίου των Ψυχικών διαταραχών της Ταξινόμησης ICD-10 για το προσωπικό των υπηρεσιών της ΠΦΨ.

Η τριτογενής πρόληψη περιλαμβάνει τα προγράμματα ψυχικής, κοινωνικής και επαγγελματικής αποκατάστασης έτσι ώστε το άτομο να επανενταχθεί στην κοινωνία και να μην νοσήσει ξανά. Η τριτογενής πρόληψη της κατάθλιψης έχει ως στόχο την πρόληψη και την έγκαιρη διάγνωση των υποτροπών, κατά την διάρκεια της θεραπείας της συντήρησης και της σταθεροποίησης του συναισθήματος και τέλος στην συμμόρφωση του αρρώστου με την συνεχιζόμενη αγωγή του.

Ένα πρόγραμμα το οποίο ασχολείται με την τριτογενή πρόληψη είναι το πρόγραμμα 'ΙΑΣΩ': Η Λειτουργία της μονάδας τηλεφωνικής βοήθειας. Οι στόχοι του είναι να ενημερώσει και να πληροφόρηση γύρω από το

θέμα των ναρκωτικών και των δυνατοτήτων παροχής υπηρεσιών και η
ψυχοκοινωνική συμβουλευτική υποστήριξη σε 'άμεσα ή 'έμμεσα
ενδιαφερόμενους 34

ΠΡΟΛΗΨΗ

Η πρόληψη στην ψυχογηριατρική νοσηλευτική.

Η ψυχογηριατρική νοσηλευτική επιδιώκει την πρόληψη ,ελαχιστοποίηση και ολιστική αντιμετώπιση των ψυχολογικών προβλημάτων των ηλικιωμένων. Ένα από τα προβλήματα είναι και η κατάθλιψη ,οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις για την πρόληψη και αντιμετώπιση της είναι :η εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα, η ανάπτυξη υποστηρικτικής διαπροσωπικής σχέσης νοσηλευτού -ηλικιωμένου και η δημιουργία θεραπευτικού περιβάλλοντος για την διατήρηση του προσανατολισμού στην πραγματικότητα και της ψυχικής υγείας και ευεξίας του ηλικιωμένου.



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 13

ΜΕΣΑ ΑΠΟ ΤΑ ΜΑΤΙΑ ΕΝΟΣ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΟΥ

- Καλύτερα να ήμουν νεκρός
- Τίποτα δεν πρόκειται να αλλάξει ,γιατί να προσπαθήσω
- Νοιώθω πολύ κουρασμένος ,θέλω να μείνω μόνος μου.
- Πονάω, Γιατί δεν βλέπει κανείς– πόσο πονάω.
- Είμαι ανίκανος να κάνω οτιδήποτε.

Αυτές είναι οι σκέψεις ενός καταθλιπτικού ατόμου. Το άτομο βρίσκεται σε ένα βυθισμένο βούρκο ,κάνει μόνο μαύρες σκέψεις .Η εικόνα που έχει για την ζωή μοιάζε με ένα ανεμοστρόβιλο που όλα τα ρουφάει ακόμη και την τελευταία σταγόνα ζωής, ένα απέραντο σκοτάδι Όλα είναι μονότονα η μια μέρα δεν διαφέρει από την άλλη .Θαρρείς και η ζωή είναι όπως τα μάτια ενός άπνου ατόμου ,βαραίνει...Θέλει να ξεκουραστεί αιώνια. Η μοναξιά του είναι αφόρητη, δείχνει σημάδια που φανερώνουν την απεγνωσμένη ,σιωπηρή κραυγή του για βοήθεια, αλλά όσα χέρια και αν συντρέχουν να τον βοηθήσουν εκείνος αρνείται να τα δει και συνεχίζει να αναρωτιέται³⁹.

‘Δεν με βλέπει κανείς πόσο υποφέρω’

Δεν μπορεί να αποδεχτεί την αρρώστια του , τον φοβίζει η λέξη τρελός.

Ο ι ερινύες τον κυνηγούν σαν άλλο αρχαίο ήρωα αρχαίας τραγωδίας.

Ντροπή, αναξιότητα, πόνος είναι οι λέξεις που χαρακτηρίζουν την ζωή του.²⁷

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 14

Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΚΑΙ Ο ΑΡΡΩΣΤΟΣ

Η συνδρομή του νοσηλευτή όσο αφορά τον καταθλιπτικό είναι ζωτικής σημασίας. Όπως αναφέρθηκε και στις ψυχοθεραπείες , ρόλο ψυχοθεραπευτή ασκεί και ο νοσηλευτής .Αρκεί να φανταστεί κανείς τον εαυτό του μέσα σε ένα ψυχιατρείο ανάμεσα σε ξένους ,τότε ίσως καταλάβει τη σημασία , τη στήριξη που μπορεί να προσφέρει ο νοσηλευτής .Ο νοσηλευτής είναι εκείνος ο οποίος έρχεται πολύ συχνά σε επαφή με τον ασθενή. Εκείνος του δίνει τα φάρμακα του , τον ελέγχει για να μην βλάψει τον εαυτό του ,φροντίζει το περιβάλλον του.Πολύ σημαντικό είναι να κατανοήσει ο νοσηλεύτης ο οποίος εργαζέται σε ψυχιατρείο το απρόβλεπτο μπορεί δηλαδή ένας φαινομένικα ήσυχος ασθενής να βρεθεί σε κατάσταση διέγερσης όπου μπορεί να βλάψει τον εαυτό του και τους υπόλοιπους ,πρέπει να βρίσκεται ο νοσηλευτής σε συνεχή εγρήγορση .

Επίσης μια γλυκιά κουβέντα ακόμη και η σιωπή όταν καθόμαστε δίπλα του, η υπομονή όταν παραλογίζεται είναι πράξεις ανθρωπιάς.

Σημαντικό είναι λοιπόν το νοσηλευτικό προσωπικό να κατανοήσει πως ότι ο κάθε ασθενής αποτελεί μια ξεχωριστή οντότητα, και που στην συγκεκριμένη περίπτωση παρουσιάζει ιδιαιτερότητες .Η

Η συνεχής επικοινωνία με τους συγγενείς , η ενημέρωση τους για την κατάσταση του ατόμου και της αρρώστιας του είναι μέσα στα καθήκοντα του νοσηλευτή.2

🏠 ΚΕΦΑΛΑΙΟ 15

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΕΣ – ΜΕΙΖΩΝ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Πρόβλημα	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός	Εφαρμογή	Αξιολόγηση
Ανεπιθύμητα αποτελέσματα κατά τη χορήγηση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων.	<p>§ Αντιμετώπιση ξηροστομίας.</p> <p>§ Αντιμετώπιση θαμπής όρασης.</p> <p>§ Να φροντίσουμε για την φυσιολογική λειτουργία του εντέρου.</p> <p>§ Να προληφθούν οι επιληπτικοί σπασμοί.</p> <p>§ Να προληφθεί η υπερτασική κρίση.</p> <p>Η πρόληψη της τοξικότητας που προκαλούν τα αντικαταθλιπτικά όπως το λίθιο, ΜΑΟΙ, και να αντιμετωπιστούν τα συμπτώματα εάν</p>	<p>§ Να προγραμματιστεί η σωστή ενυδάτωση και διατροφή που πρέπει να ακολουθήσει ο ασθενής με σκοπό να αντιμετωπιστεί η δυσκοιλιότητα.</p> <p>§ Να γίνει συνεργασία με το γιατρό εάν υπάρξει καταστολή για νέες οδηγίες.</p> <p>§ Να γίνει διδασκαλία του ασθενούς όσον αφορά την κατακράτηση ούρων και την ορθοστατική υπόταση.</p> <p>§ Ενημέρωση του ασθενούς ότι πρέπει να γίνεται συχνός</p>	<p>§ Δίνω στον ασθενή άγλυκες καραμέλες ή παγάκια για την αντιμετώπιση της ξηροστομίας και συστήνω για τον ίδιο λόγο να προσέχει την στοματική του υγιεινή.</p> <p>§ Καθησυχάζω τον ασθενή για την μη μονιμότητα κάποιων δυσάρεστων συμπτωμάτων.</p> <p>§ Φροντίζω να πάρω το ιστορικό του ασθενούς και ελέγγω εάν υπάρχει σε αυτό έμφραγμα μυοκαρδίου γιατί εάν υπάρχει τότε ο ασθενής είναι πιο</p>	<p>§ Συζητώ με τον ασθενή εάν τα ανεπιθύμητα συμπτώματα υποχώρησαν.</p> <p>§ Διακόπτεται η χορήγηση του φαρμάκου που προκάλεσε τοξικότητα ή αναστέλλεται η χορήγησή του.</p> <p>§ Χορηγούμε άλλη φαρμακευτική αγωγή σύμφωνα με τις οδηγίες του γιατρού.</p> <p>§ Καταγράφονται οι κενώσεις του ασθενή και ελέγχουμε τη σύσταση και το</p>

	<p>προκύψει τοξικότητα.</p>	<p>έλεγχος της Α.Π. και ότι κάποια συμπτώματα όπως η θαμπή όραση είναι παροδικά.</p> <p>§ Διδάσκω στον ασθενή τον τρόπο με τον οποίο θα μετρά τα προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα υγρά.</p> <p>§ Συμβουλεύω τον ασθενή να μην χειρίζεται επικίνδυνα μηχανήματα ή να οδηγεί εάν βρίσκεται σε κατάσταση καταστολής.</p>	<p>ευαίσθητος στο να εμφανίσει επιληπτική κρίση. Παρακολουθώ συστηματικά την Α.Π. και τις σφίξεις, για τυχόν παρουσίαση ταχυκαρδίας ή αρρυθμίες.</p> <p>§ Παρέχω στον ασθενή ο οποίος κάνει θεραπεία με ΑΜΑΟ ειδική διατροφή (να μην τρώει τροφές που περιέχουν τυραμίνη π.χ. οиноπνευματώδη ποτά, τυρί, γιαούρτι, σοκολάτες κ.τ.λ.</p>	<p>χρώμα των κενώσεων τα οποία μπορεί να είναι αλλοιωμένα εξαιτίας των φαρμάκων.</p> <p>§ Ελέγχεται συστηματικά ο ασθενής και γίνεται συχνή εξέταση αίματος, παρατηρώ σημεία τοξικότητας ιδιαίτερα από ΤΑΦ.</p>
--	-----------------------------	---	---	---

Πρόβλημα	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός	Εφαρμογή	Αξιολόγηση
Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία και τα προβλήματα που προκύπτουν.	<p>§ Να διεξαχθεί όσο το δυνατόν πιο σωστά και ψυχικά ανώδυνα για τον ασθενή.</p> <p>§ Να ανακουφίσω τον ασθενή από το άγχος και την ένταση που πιθανόν να προκαλεσθεί από την θεραπεία.</p> <p>§ Καλή συνεργασία με το υπόλοιπο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό για την σωστή διεκπεραίωση της ηλεκτροσπασμοθεραπείας.</p> <p>§ Τέλος τον αφήνουμε να ξεκουραστεί και να κοιμηθεί αλλά τον παρακολουθούμε για τις επόμενες 48 ώρες.</p>	<p>§ Προγραμματίζω μια σειρά από εξετάσεις για την εξασφάλιση της υγείας του ασθενούς.</p> <p>§ Φροντίζω να ενημερωθεί ο ασθενής για την φύση της θεραπείας, τα μέτρα που πρέπει να λάβει και για την εξασφάλιση της ψυχικής του υγείας.</p> <p>§ Χορήγηση θειικής ατροπίνης πριν την θεραπεία για να ελαττωθούν οι εκκρίσεις και να αυξηθεί ο καρδιακός ρυθμός.</p> <p>§ Χορηγώ οξυγόνο και βρίσκομαι σε ετοιμότητα για αναρρόφηση εκκρίσεων.</p>	<p>§ Βεβαιώνω ότι υπάρχει η ενυπόγραφη συγκατάθεση του ασθενούς.</p> <p>§ Πραγματοποιώ εργαστηριακές εξετάσεις, εξετάσεις ούρων, ηλεκτροκαρδιογράφημα, ακτινογραφία θώρακος έτσι ώστε να αποφευχθούν δυσάρεστες επιπλοκές.</p> <p>§ Τονίζουμε στον ασθενή πως δεν θα πονέσει και δεν θα θυμάται τίποτα έπειτα.</p> <p>§ Τον διαβεβαιώνουμε πως η απώλεια μνήμης θα είναι παροδική.</p> <p>§ Τον ενημερώνουμε</p>	<p>§ Ελέγχεται μετά την θεραπεία εάν έχει επανέρθει η σωστή λειτουργία του καρδιακού και αναπνευστικού συστήματος, εάν ο ασθενής παρουσιάζει φανερή βελτίωση, εάν είναι πιο αισιόδοξος, πιο κινητικός, εάν έχει γίνει πιο δραστήριος και εάν είναι ικανός να πραγματοποιήσει κάτι που επιθυμεί.</p>

		<p>§ Ενισχύεται ψυχολογικά ο ασθενής και του συμπαραστεκόμαστε μετά την θεραπεία.</p> <p>§ Τον επαναπροσανατολίζουμε στο τόπο και χρόνο στον οποίο βρίσκεται.</p> <p>§ Τον ενισχύουμε να εκφράσει τους φόβους και τις ανησυχίες του.</p> <p>§ Βοηθάμε τον ασθενή να κατανοήσει πως το άγχος του είναι αιτία πολλών προβλημάτων του.</p>	<p>πως πρέπει να είναι νηστικός, να έχει ουρήσει, να έχει ανάλαφρη ενδυμασία και να αφαιρέσει οτιδήποτε πρόσθετο.</p>	
--	--	---	---	--

Πρόβλημα	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός	Εφαρμογή	Αξιολόγηση
-Ανορεξία	<p>-Σωστή διατροφή του ασθενούς</p> <p>-Επανάκτηση του φυσιολογικού βάρους του</p> <p>-Αποφυγή αφυδάτωσης, αποβιταμίνωσης, σιδηροπενικής αναιμίας, σωματικής εξασθένησης και τέλος του θανάτου.</p>	<p>-Χορήγηση φαρμάκων σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες (βιταμίνες, συμπληρώματα διατροφής)</p> <p>-Κανονίζω να γίνουν οι κατάλληλες ψυχοθεραπείες (οικογενειακή ψυχοθεραπεία, ψυχανάλυση)</p> <p>-Κανονίζω συναντήσεις του ασθενούς με τον διαιτολόγο.</p> <p>-Φροντίζω για τα γεύματα του να είναι όσο το δυνατό πιο ελκυστικά και μαθαίνω τις προτιμήσεις του έτσι ώστε να αρέσουν στον ασθενή</p>	<p>-Παρέχω στον ασθενή ελκυστικά γεύματα ,όταν ένα γεύμα έχει ευχάριστη παρουσίαση τότε μπορεί να κεντρίσει την προσοχή του ασθενούς</p> <p>-Τοποθετώ ρινογαστρικό σωλήνα εάν το βάρος του έχει μειωθεί σημαντικά</p>	<p>-Εκτίμηση της κατάστασης του βάρους του και των εργαστηριακών εξετάσεων (πχ χαμηλός σίδηρος).</p> <p>-Έλεγχος ζωτικών σημείων .(δέκατα μπορεί να υποδηλώνουν και αφυδάτωση)</p>

Πρόβλημα	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός	Εφαρμογή	Αξιολόγηση
<p>- Κοινωνική απομόνωση και διαταραχές στην κοινωνική επικοινωνία</p>	<p>-Να καταφέρει ο ασθενής να εξωτερικεύει τα αισθήματα του .</p> <p>-Να αρχίζει να επικοινωνεί με τους υπόλοιπους .</p> <p>-Να υπάρχουν σημάδια λεκτικά και μη τα οποία να φανερώνουν ότι το άτομο συμμετέχει ενεργά μέσα στην ομάδα.</p> <p>-Να δοθούν κίνητρα στον ασθενή και να αρχίσει να αναζητά την συντροφιά των άλλων και να ανταλλάσσουν απόψεις .</p>	<p>-Προγραμματίζονται διάφορες δραστηριότητες στις οποίες μπορεί να πάρει μέρος ο ασθενής .</p> <p>-Μια σωστή ενημέρωση από τους συγγενείς του για τις προτιμήσεις του όσο αφορά την μουσική , την τέχνη και τις αθλητικές δραστηριότητες μπορούν να αποβούν χρήσιμες .</p> <p>-Συζήτηση με το γιατρό για το ποιές ψυχοθεραπείες μπορεί να κάνει ο ασθενής π.χ γνωσιακή</p>	<p>-Ενθαρρύνεται ο ασθενής να εξωτερικεύει τον θυμό του και την λύπη του .</p> <p>- Τον παροτρύνουμε να ασχολείται με δραστηριότητες έτσι ώστε να αποκτήσει εμπιστοσύνη στον εαυτό του και αυξηθεί η αυτοεκτίμηση του.</p> <p>-Διοργανώνουμε μια μορφή ψυχοθεραπείας με την βοήθεια του και του γιατρού – θεραπευτή και γενικά όλης της ομάδας η οποία ονομάζεται ψυχοδραμα. Αυτή η ψυχοθεραπεία βοηθάει το άτομο μα κατανοήσει τα προβλήματα του</p>	<p>-Σημειώνουμε οποιαδήποτε πρόοδο παρουσιάσει ο ασθενής και τα αποτελέσματα τα συζητάμε με την υπόλοιπη ομάδα.</p> <p>-Αν δεν έχουμε καμία θετική αλλαγή γίνεται επαναπροσδιορισμός των στόχων του προγράμματος .</p> <p>-Εξετάζουμε τα αποτελέσματα από τις ψυχοθεραπείες και κατά πόσο έχει καταφέρει ο ασθενής να επικοινωνεί συναισθηματικά με τον εαυτό του και με τους άλλους .</p>

Πρόβλημα	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός	Εφαρμογή	Αξιολόγηση
	<p>-Να γίνει κοινωνικός και να εμπιστεύεται τον εαυτό του και τους άλλους.</p> <p>-Να καταφέρει αν συνειδητοποιήσει τα προβλήματα ότι και να δεχτεί ότι αυτά είναι ο λόγος που δυσχεραίνουν την επικοινωνία του με τους άλλους .</p>	<p>,εργασιοθεραπεία , ψυχόδραμα.</p> <p>-Προγραμματίζονται συναντήσεις και επισκέψεις με τον νοσηλευτή και τον ασθενή.</p> <p>-Ενημερώνω τον ασθενή για την διάρκεια , το σκοπό και το χρόνο που θα γίνουν οι συναντήσεις.</p>	<p>μέσω της τέχνης και να εκφραστεί μέσω αυτής.</p> <p>-Με υπομονή αφοπλίζεται ο νοσηλευτής ,δέχεται τον θύμο του χωρίς να αντιδρά η να προσπαθεί να υπερασπιστεί τον εαυτό του απέναντι στις προσβολές του .</p> <p>-Συμπαραστήκεται στον ασθενή άλλοτε λεκτικά με την χρήση απλών λέξεων και άλλοτε απλά στέκεται πλάι του προσφέροντας την σιωπή του .</p> <p>-Αποφεύγει ο νοσηλευτής να εκδηλώνεται</p>	

Πρόβλημα

Αντικειμενικός
σκοπός

Προγραμματισμός

Εφαρμογή

Αξιολόγηση

θορυβωδώς ,όπως με
γέλια η αστεία γιατί
κάτι τέτοιο θα έκανε
τον άρρωστο άτομο
να απομονωθεί
περισσότερο.

-Παρακολουθούμε
συστηματικά το
άτομο για σημάδια
που δηλώνουν
αυτοκτονικές τάσεις .
-Διδάσκουμε τον
άρρωστο πως να
αμφισβητεί τις
παράλογες σκέψεις
του και να προσπαθεί
να βλέπει πιο
ρεαλιστικά τις
καταστάσεις .

Πρόβλημα	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός	Εφαρμογή	Αξιολόγηση
- Αυτοκτονία	<p>-Είναι απαραίτητο να γίνει η έγκαιρη διάγνωση , να ενημερωθούν όλα τα άτομα ου συσχετίζονται με τον ασθενή, ώστε να έχει την καλύτερη δυνατή φροντίδα.</p> <p>-Να αποφευχθούν οι καταστάσεις που τον επηρεάζουν αρνητικά και τον θέτουν σε κίνδυνο</p>	<p>-Ο ασθενής μπαίνει σε πρόγραμμα ομαδικής ή ατομικής ψυχοθεραπείας αναλόγως την εκτίμηση του ψυχοθεραπευτή του .</p> <p>-Να χορηγηθεί η κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή.</p> <p>-Στενή παρακολούθηση ασθενούς για αποφυγή του μοιραίου.</p> <p>-Έλεγχος των πραγμάτων που χρησιμοποιεί .</p> <p>-Προγραμματίζω συνεντεύξεις και συζητήσεις .</p>	<p>-Παρακολουθώ τον ασθενή πολύ συχνά γενικότερα ,άλλα και ειδικότερα κυρίως την νύχτα αλλά και όταν είναι φαινομενικά χαρούμενος γιατί τότε αυξάνονται οι πιθανότητες να βλάψει τον εαυτό του.</p> <p>-Φροντίζουμε να είναι κάποιος δίπλα του όταν μετακινείται.</p> <p>-Απομακρύνω όλα τα αιχμηρά αντικείμενα , ακόμη και τα μαντήλια και τις ζώνες μην τυχόν αποπειραθεί να κρεμαστεί.</p> <p>-Προσέχω να παίρνει τα φάρμακα του ,ασθενείς που βρίσκονται σε τέτοιες.</p>	<p>-Καταγράφω εάν επικοινωνεί θετικά με το προσωπικό</p> <p>-Εκτιμώ εάν υπάρχουν παρενέργειες από τα φάρμακα που παίρνει .</p> <p>-Εάν συμμετέχει ενεργά κατά την διάρκεια της ομαδικής ψυχοθεραπείας.</p> <p>-Εάν έχει κατανοήσει τα προβλήματά του και εάν εκφράζει την επιθυμία να τα λύσει και να προχωρήσει με την ζωή του</p>

			<p>Εφαρμογή</p> <p>καταστάσεις εφεύρουν απίθανους τρόπους για να μην πάρουν τα χάπια τους είναι ευθύνη του νοσηλευτή να βεβαιώνεται</p>	
--	--	--	---	--

Πρόβλημα	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός	Εφαρμογή	Αξιολόγηση
Προβλήματα με τον ύπνο ,αϋπνία, υπερπνεία	- Να συμβάλλουμε έτσι ώστε ο ασθενής να κοιμάται φυσιολογικά.	- Προγραμματίζω την ανάλογη φαρμακευτική αγωγή. - Κανονίζω συζητήσεις για να μάθω ποιες ήταν οι συνήθειες πριν νοσήσει και ποιές είναι τώρα. - Προγραμματίζω φυσική άσκηση η οποία ηρεμεί τον ασθενεί, το σώμα κουράζεται και το πνεύμα γαληνεύει.	- Χορηγώ ηρεμιστικά. - Φροντίζω ώστε ο ασθενής να έχει χαμηλό φωτισμό όταν κοιμάται ησυχία και μαλακό κρεβάτι. - Τον παρακολουθών ιδίως την νύχτα που είναι λιγότερο το προσωπικό για να μην κάνει τίποτα και βλάψει τον εαυτό του. -Τον ξυπνώ κάθε μέρα την ίδια ώρα άσχετα με το πόσο κοιμάται για να μην κάνει την νύχτα μέρα και την μέρα νύχτα. -Του παρέχω την δυνατότητα να διαβάζει βιβλία και να ασκείται.	- Καταγράφονται οι ώρες ύπνου τις οποίες κοιμάται ο ασθενής. - Γίνεται εκτίμηση κατά πόσο οι ενέργειές μας είχαν τα αναμενόμενα αποτελέσματα και αναλόγως πράττουμε.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. PAUL GILBERT, «Ξεπερνώντας την Κατάθλιψη», Εκδόσεις ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ, , Επιμέλεια: Δημήτρης Μόνος, σελ. 39-40 , 1998
2. Ψυχίατρος Κοκκώλης Κωνσταντίνος, «Κατάθλιψη και αυτοκτονία», <http://www.stress.gr/disorders/depression1.htm>, 17/10/2003
3. James Richards, Clinical Depression / The_illness <http://www.depnet.gr/universe1/>
4. Γιώργος Κλεφτάρας «Η Κατάθλιψη σήμερα», Κεφ. 1, Υποκ. 3, σελ.32,33, κεφ.2 σελ 51-92, εκδόσεις ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ, Αθήνα,1998.
5. KAPLAN AND SAPUCK'S, «Ψυχιατρική» , Harold I. KAPLAN, MD, Benjamin A. Gredd, MD, Έβδομη Έκδοση, Τόμος Α, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσα,2001
6. Ι.Α Παράσχος , ΨΥΧΙΑΤΡΟΣ «Κατάθλιψη» Προσφορά κειμένου: Lundbeck Hellas <http://clubs.pathfinder.gr/psichi/154075>
7. DAVID D. BURNS, «Αισθάνομαι καλά-Αντιμετώπιση της Κατάθλιψης χωρίς φάρμακα» Εκδόσεις Πατάκη, σελ. 241-258 1998
8. Max Belbruck- Center for Molecular Medicine, Berlin-Buch and Department of Neurology Charite University Hospital.2003
9. Lester- Παπαματθαίακη , «Η Κατάθλιψη των Εφήβων, Αυτοκτονία», Σύγχρονα θέματα Παιδοψυχιατρικής, 2ος τόμος, δεύτερο μέρος, κεφ. 10, σελ.240, Συνεργάτες-, Επιμέλεια: Γιάννης Τσιαντής, Σωτήρης Μανωλόπουλος, ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΚΑΣΤΑΝΙΩΤΗ , 2003
10. Αφροδίτη Ραγιά ,Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας, «Ψυχιατρική - Νοσηλευτική» σελ. 278-279, Γ Έκδοση Βελτιωμένη , Αθήνα, 2001.
11. Νίκος Μάνος, «Βασικά Στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής»

- Αναθεωρημένη Έκδοση, , 173, 175, 184-87, 189-193, 195-200, 201, 203, 204-206, 208, 212-216. Θεσσαλονίκη, 1997.
- 12., Ιωάννης Μειμάρης, Κων/να Κοκαρίδα, Αντ.Χαραλάμπους, Τετράδιο Ψυχιατρικής, Νο 83 Ιουλιος-Αυγουστος-Σεπτέμβριος, σελ.83, 2003
 13. Πέτρος Χαρτοκόλλη « Εισαγωγή στην Ψυχιατρική», Εκδόσεις ΘΕΜΕΛΙΟ, δεύτερη έκδοση αναθεωρημένη, σελ. 207-226, 303-306, 307-322. 1991
 14. T S.Montgomery Τετράδιο Ψυχιατρικής, Περιοδική Έκδοση της επιστημονικής ένωσης ΚΘΨΑ, Τεύχος Νο 9, Γενάρης-Φλεβάρης-Μάρτης 1986
 15. Γ.Ν Παπαδημητρίου «Μη Φαρμακευτική Αντιμετώπιση Της Κατάθλιψης», <http://www.iatrotek.org> , 17/10/2003
 - 16.Θεοδώρα Τσώλη, «Η Κατάθλιψη απέναντι στα παιδιά μου», Το Βήμα, κωδικός άρθρου Β13688Α401, 13\10\2000.
 - 17 Δ. Κ. Αναγνωστόπουλος. Ε. Λαζαράτου «Εφηβεία και Κατάθλιψη», <http://www.iatrotek.org>, 1999
 18. Ι.Α Παράσχος «Ψυχολογικά μέσα θεραπείας», <http://www.pot.gr/syntagologio/chapter4>, 2004
 19. Ιωάννης Γ.Μειμάρης, Κων/να Κοκαρίδα, Παύλος Βαχτσεβάνος, Τετράδιο Ψυχιατρικής, Τριμηνιαία Έκδοση της ένωσης ΨΝΑ, Ιούλιος-Αύγουστος-Σεπτέμβριος, 2003
 20. Simeon G. Jovan: MD, DPM, FRCPsych, Κεφάλαιο 1 «Ο ύπνος των παιδιών, διαταραχές και θεραπεία», καθηγητής Ψυχιατρικής Πανεπιστημίου της Οττάβα, Καναδά, 2003.
 21. Γιώργος Κλεφτάρας. «The journal of the Hellenic psychological society» Περιοδικό Ψυχολογίας, SYCHOLOGY, Τόμος 7 , Τεύχος 1, Απρίλιος 2000.

22. Στέλλιος Στυλιανίδης «Η Επικινδυνότητα και η Αυτοκτονικότητα του Ψυχικά Άρρωστου», Ένωσις Συντακτών Ημερησίων Εφημερίδων Αθηνών (ΕΣΗΕΑ), Ψυχική Υγεία και ΜΜΕ, Ελληνική Ψυχιατρική Εταιρία (Ε.Ψ.Ε.) Πρακτικά, σελ. 64 , Αθήνα 1999
23. Κ. Σολδάτος , «Ψυχώσεις: Διάγνωση και Αντιμετώπιση». Ετήσιο 27ο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο Ιατρική Εταιρία Αθηνών, σελ. 156 , Αθήνα, 2001
24. Γ.Ν Παπαδημητρίου, Μ.Γ Μαδιανός. «Η ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ», Δεύτερη Έκδοση, Εκδόσεις ΒΗΤΑ, σελ. 13, 14-21, 15-16, 52-57, 23-31, 9-11, 33-36, Συντονισμός-Επιμέλεια:Γ.Ν ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΥ, 1998
25. Zindel V. Segal and Michael Gemar «Psychology Press Ltd. – Cognition and emotion», 11 5/6, 500-516, Edited by Ran Cotlib co. editors Howards Kurtzmayand, Mary Blehar ,1997
26. Ian H. Gotlib (Stanford Uni. U.S.A.),Howard S. Kurtzman and Mary C. Blehar (National Ins. Of mental Health, U.S.A.) Psychology Press Ltd. – Cognition and emotion «The cognitive psychology of depression: introduction to the special issue » 11 5/6, 497-500Edited by Ran Cotlib co. editors Howards Kurtzmayand, Mary Blehar , 1997
27. Trevor Burns with the Samaritans «no end to experience: recognizing depression Dealing with depression». The cognitive psychology of depression. Edited by Ran Cotlib co. editors Howards Kurtzmayand, Mary Blehar p. 21-26 ,1996
28. Gerald D. Oster, Ph.D. Sarah S. Montgomery «Helping your depressed teenager. A guide for parents and caregivers», M.S.W. 1995
29. Αφοδίτη Χρ. Ραγιά. «Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας γ` έκδοση βελτιωμένη» Αθήνα , 2001
30. www.britanicca.com (Pinel) Nosographie, philosophique on mithode

de l'analyse appliquee u la midicine. Paris, an VII [1798] 6th edition in 3 volumes 1818. German translation, Copenhagen, 1799-1800, 2003

31. www.britanica.com (Emil Krueplin – Manic depressive psychognosis) «Psychiatric Complendum» nine edj, 1883, 1920, APA'S Publication manual 5th edition ,2003
32. www.britanica.com (Adolf Meyer), «Styding the whole of man» Hospital munity Psychiatry, 27(7), 492-493, 2003
33. Κυζηρίδου, Αθανασιάδης, Τσακώνη, Ιεροδιακόνου «Η οικογένεια παράγων πρόληψης μέσα από την ζωγραφική», Κέντρο ψυχικής υγιεινής '2ο συνέδριο προληπτικής ψυχιατρικής, περιλήψεις- Μέγαρο μουσικής, Γ πανεπιστημιακή ψυχ. Κλινική γεν. νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ Θεσ/νικη, σελ. 37 Αθηνών 9-12 Απριλίου 1992 , Αθήνα
34. Δρούγα, Κοταξάκης, Γοννής, Χριστοδούλου Πρόγραμμα ΙΑΣΩΝ «Η λειτουργία της μονάδας τηλεφωνικής βοήθειας», Κέντρο ψυχικής υγιεινής '2ο συνέδριο προληπτικής ψυχιατρικής, περιλήψεις- Μέγαρο μουσικής Αθηνών, Κέντρο ψυχικής υγιεινής Αθήνα. σελ 76 ,9-12 Απριλίου 1992, Αθήνα
35. Α. Ραγιά, «Ψυχογυριατρική νοσηλευτική: Αρχές, εφαρμογές, προοπτικές» τμήμα νοσηλευτικής πανεπιστημίου Αθηνών. Κέντρο ψυχικής υγιεινής '2ο συνέδριο προληπτικής ψυχιατρικής, περιλήψεις- Μέγαρο μουσικής Αθηνών 9-12 Απριλίου 1992, Αθήνα
36. Ζάχος, Τράγαλος, Γιακουβή, Λευθήρη, Κουρδή, Κανδήλης. «Εκπαιδύοντας τους νοσηλευτές-τριες του κρατικού θεραπευτηρίου Λέρου», ΞΕΝΩΝΑΣ ΛΑΡΙΣΣΑΣ. Κέντρο ψυχικής υγιεινής '2ο συνέδριο προληπτικής ψυχιατρικής, περιλήψεις- Μέγαρο μουσικής Αθηνών 9-12 Απριλίου 1992, Αθήνα.
37. Β. Μαυρέας, «Η κατάθλιψη στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας»,

- τόμος 12, τεύχος 1, Εκδόσεις Ελληνική Εταιρεία Γενικής Ιατρικής, Ιανουάριος-Μάρτιος, www.iatronet.gr, 2000
38. Bernard Golse, Paul Messerschmitt «Το παιδί σε κατάθλιψη». Μετάφραση Ιουλιέτας Ράλλη, Ροδόλφου Ράλλη, Ι. Χατζηνικολή , 1987.
39. Λουκά Παπαναστασίου «Ψυχολογία και αγωγή της παιδικής και εφηβικής ηλικίας» –εκδ. Αφοί Κυριακίδη –κεφ. 11 σελ 45-58 Θεσ/νικη 1983
40. Pierre Daco. «Οι καταπληκτικές νίκες της σύγχρονης ψυχολογίας» Εκδ. Δίπτυχο Αθήνα 1969. σελ 73
41. Pierre Daco. «Οι καταπληκτικές νίκες της σύγχρονης ψυχολογίας», J Sutter (Γιατρός σε ψυχιατρικές κλινικές) «Εργοθεραπεία» σελ 646. Εκδ. Δίπτυχο Αθήνα 1969
42. Άρτεμις Ηγούμενου «Συννόσηση: Κατάθλιψη με Νευρολογικές Παθήσεις» Νοσηλευτική 42 3, 316-323, Ιούλιος - Σεπτέμβριος 2003
43. Donald J. Franklin, Ph, D. «Depression-Information Treatment», www.psychologyinfo.com, copyright 1999
44. Gelder M, Mayou R, Geddes J, Psychiatry. 2nd ed. Oxford, Oxford University Press, 1999
45. Ιατρικός Τύπος, Τσαούσης «Ψυχική Υγεία», Η εφημερίδα του κόσμου της υγείας, αρ. φυλ. 254 - Νοέμβριος 2002
46. E. Lester- Παπαματθαϊάκη Σύγχρονα θέματα παιδοψυχιατρικής «Ψυχοκοινωνικά θέματα» πρώτος τόμος, τρίτο μέρος. ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΚΑΣΤΑΝΙΩΤΗ, Επιμέλεια Γιάννης Τσιάντης σελ. 235 ,2003
47. Μ.Π. Οικονόμου , «Ψυχική Υγεία: Νέα Αντιληψη, Νέα Ελπίδα» Έκθεση για την Παγκόσμια Υγεία Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας. σελ. 31 , 2001

48. Γ.Ν. Χριστοδούλου., Προληπτική Ψυχιατρική Β' Έκδοση, εκδόσεις Βήτα, Medical Arts, σελ. 77-86, 349, Αθήνα , 2000