

**ΑΤΕΙ ΠΑΤΡΩΝ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**ΘΕΜΑ: Η διάγνωση και η υποστήριξη ατόμων με κατάθλιψη από το διαδίκτυο.**

**ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ**  
Κατσιαμπούλα Γεωργία  
Κοντομίχη Στυλιανή

**ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ**  
Κ.Κουτσογιάννης

**Πάτρα 2005**

## **ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ**

- **ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....σελ.5**
- **ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....σελ.6**

### **ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ:**

#### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΘΕΩΡΙΕΣ.....σελ.7**

1.1.Ορισμός Κατάθλιψης..... σελ.7

1.2.Θεωρίες Κατάθλιψης.....σελ.8

#### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΕΠΙΠΤΩΣΗ – ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ.....σελ.9**

2.1.Επίπτωση κατάθλιψης στο άτομο.....σελ.9

2.1.1.Ανώτερες ψυχικές λειτουργίες που διαταράσσονται.....σελ.9

2.1.2.Επιστροφή η μη επιστροφή στη φυσιολογική κατάσταση.....σελ.9

2.2.Επιδημιολογία.....σελ.10

2.2.1.Παράγοντες κινδύνου νόσησης.....σελ.10

2.2.2.Οικογενειακό ιστορικό.....σελ.11

#### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ.....σελ.11**

3.1.Ιστορική αναδρομή.....σελ.11

3.2.Συμβολή αιτιών – παραγόντων.....σελ.11

3.2.1.Βιολογικοί παράγοντες.....σελ.12

3.2.1.1.Γενετική άποψη.....σελ.12

3.2.2.Ψυχολογικοί παράγοντες.....σελ.13

3.2.3.Χαρακτηριολογικοί παράγοντες.....σελ.14

3.2.4.Κοινωνικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες.....σελ.14

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΔΙΑΓΝΩΣΗ**

4.1. Διάγνωση – τρέχοντα συστήματα ταξινόμησης.....σελ.15	
4.1.1. Σύστημα ICD – 10.....σελ.15	
4.1.2. Σύστημα DSM – III – R.....σελ.16	
4.1.2.1. Ορισμός καταθλιπτικού συνδρόμου σύμφωνα με το DSM – III – R.....σελ.16	
4.1.2.2. Τύποι καταθλιπτικού συνδρόμου σύμφωνα με το DSM – III – R.....σελ.17	
4.1.3. Σύστημα DSM-IV.....σελ.18	
4.2. Διαφορική Διάγνωση κατάθλιψης.....σελ.22	
4.2.1. από βιολογικές παθήσεις.....σελ.22	
4.2.2. από ψυχικές διαταραχές.....σελ.24	
4.2.3. ιατρικές εξετάσεις καταθλιπτικού ασθενή.....σελ.24	

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ.....σελ.25**

5.1. Γενικά στοιχεία κλινικής συμπτωματολογίας.....σελ.25	
5.2. Ομαδοποίηση συμπτωμάτων.....σελ.26	
5.3. Αναλυτική προσέγγιση συμπτωμάτων.....σελ.27	

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ.....σελ.29**

6.1. Εργαστηριακά Ευρήματα.....σελ.29	
---------------------------------------	--

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7. ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....σελ.29**

7.1. Γενικά στοιχεία θεραπείας της κατάθλιψης.....σελ.29	
7.2. Διάκριση θεραπειών.....σελ.30	
7.2.1. Ψυχοφαρμακοθεραπεία.....σελ.30	
7.2.2. Ηλεκτροσπασμοθεραπεία.....σελ.32	
7.2.2.1. Αντενδείξεις.....σελ.32	
7.2.2.2. Κυριότερες ανεπιθύμητες ενέργειες .....σελ.33	
7.2.3. Ψυχοχειρουργική θεραπεία.....σελ.33	
7.2.4. Φωτοθεραπεία.....σελ.34	
7.2.5. Ψυχοθεραπεία.....σελ.34	

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8. ΠΡΟΓΝΩΣΗ.....σελ.36**

8.1.Πρόγνωση.....σελ.36

**ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ**

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9. ΧΡΗΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΜΕ ΤΗΝ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑ Η/Υ.....σελ.37**

9.1.Ιατρική τεχνολογία και Η/Υ.....σελ.37

9.2.Εφαρμογές της πληροφορικής στην υγεία.....σελ.39

9.3.Η νοσηλευτική και η τεχνολογία.....σελ.41

9.4.Οι κοινωνικές επιπτώσεις των εφαρμογών της τεχνολογίας στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.....σελ.43

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10.ΗΘΙΚΟΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΙ.....σελ.49**

10.1.Ηθικοί προβληματισμοί κατά την χρήση της τεχνολογίας.....σελ.49

10.1.1.Δεοντολογικές προσεγγίσεις της νοσηλευτικής.....σελ.49

10.1.2.Αρχές δεοντολογίας.....σελ.49

10.2.Νοσηλευτικοί κώδικες-ηθικά διλήμματα.....σελ.52

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11.Η/Υ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ.....σελ.53**

11.1.Η διάγνωση της κατάθλιψης από Η/Υ.....σελ.53

11.2.Διάκριση πρόληψης.....σελ.54

11.2.1.Πρωτοβάθμια πρόληψη.....σελ.54

11.2.2.Δευτεροβάθμια πρόληψη.....σελ.54

11.2.3.Τριτοβάθμια πρόληψη.....σελ.55

11.3.Ερωτηματολόγια κατάθλιψης.....σελ.56

**ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ Ή ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ Ή ΕΠΙΛΟΓΟΣ.....σελ.63**

**ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....σελ.65**

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....σελ.69**

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Ζούμε σε μια εποχή που σπαράσσεται από μικρούς και μεγάλους πολέμους, από τη βία, την εγκληματικότητα και την ασυνεννοησία. Μια εποχή που, τουλάχιστον στις χώρες που βαυκαλίζονται να αποκαλούνται «προηγμένες», διατείνεται ότι είναι ανθρωποκεντρική και αναρωτιέται κατάπληκτη που έχει φτάσει ο άνθρωπος, που αποτελεί το κέντρο της.

Η πρόοδος της τεχνολογίας και της επιστήμης γενικότερα εξελίσσεται με άλματα, και όμως τα επιτεύγματα της δε θα έφταναν ίσως να τροφοδοτήσουν ένα πλήρες δελτίο ειδήσεων στην τηλεόραση αντίθετα, τα νέα από το καθημερινό αστυνομικό δελτίο θα χρειάζονταν πολλαπλάσιο χρόνο, αν επρόκειτο να αναφερθούν όλα. Οι ειδικοί αγωνίζονται να δώσουν ο καθένας την ερμηνεία του, να στηλιτεύσουν τις βλαβερές συνέπειες της ευημερίας, να καταδικάσουν την κοινωνία και την πολιτική. Πολύ μελάνι χύθηκε σε μια απεγνωσμένη προσπάθεια να υποταχτούν όλα στη λογική των αριθμών και της στατιστικής. Κι όμως, φαίνεται πως αυτό δεν είναι αρκετό, ιδιαίτερα στον ευαίσθητο χώρο της νοημοσύνης.

Το πιο κοινό ψυχολογικό πρόβλημα που συναντάται στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας είναι η καταθλιπτική διαταραχή. Οι Mc Daniel JS και συν (1995) αναφέρουν πως ποσοστό 8% των ασθενών που ζουν στην κοινότητα πληρούν τα διαγνωστικά κριτήρια της Κατάθλιψης, ενώ ένα ποσοστό 15-36% των ασθενών αυτών πάσχουν από διάφορες συναισθηματικές διαταραχές.

Η μελέτη αυτή απευθύνεται σε όλους όσους ενδιαφέρονται για τη κατάθλιψη, όποιοι κι αν είναι, χωρίς διάκριση επιστημονικής προεργασίας, ειδικότητας ή ιδεολογίας.

Τα τελευταία χρόνια η εξέλιξη της Ψηφιακής Τεχνολογίας και της Πληροφορικής έχει σαν αποτέλεσμα την ανάπτυξη συστημάτων, που η χρήση τους στην διάγνωση, στην υποστήριξη και στην θεραπεία των ασθενών είναι καταλυτική.

Τέλος, η αναγκαιότητα να εφαρμοστεί η τεχνολογία στο χώρο της υγείας, συνέβαλε ώστε να αξιολογηθεί η πολύτιμη συμβολή της νοσηλευτικής στην υγεία, καθώς επίσης δημιουργήθηκαν νέες για τους νοσηλευτές περιοχές προσέγγισης, νέοι ορίζοντες επέκτασης, νέοι ρόλοι να αναλάβουν και νέες προκλήσεις να ανταποκριθούν. Η τεχνολογία βοηθά στην εφαρμογή της επιστημονικής και εφαρμοσμένης νοσηλευτικής καθώς δημιούργησε τις προϋποθέσεις για νοσηλευτική έρευνα, δίνοντας τη δυνατότητα στη νοσηλευτική να ορθοποδήσει και να κινηθεί ισάξια και σύγχρονα με τις άλλες επιστήμες και τέχνες.

---

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στόχος της εργασίας αυτής είναι να φωτίσει ορισμένες πλευρές της κατάθλιψης, μιας νοσολογικής κατάστασης που αφορά ένα σημαντικό ποσοστό του πληθυσμού, προκαλεί τεράστια οδύνη στους πάσχοντες και τις οικογένειες τους, οδηγεί συχνά στην άρνηση της ζωής και έχει ανυπολόγιστες κοινωνικές επιπτώσεις.

Η κατάθλιψη είναι μια πάθηση που παρακολούθησε την ανθρωπότητα από τα πρώιμα στάδια της ύπαρξής της μέχρι σήμερα. Εκατομμύρια ανθρώπων σε όλο τον κόσμο νοσούν από κατάθλιψη και υπολογίζεται ότι ένας στους 11 ανθρώπους θα νοσήσει σε κάποια περίοδο της ζωής του από αυτή.

Η κατάθλιψη αποτελεί μία από τις σημαντικότερες διαταραχές της ψυχικής ισορροπίας του ατόμου, αφενός γιατί έχει επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής του καθώς το άτομο δρα δυσλειτουργικά στις διάφορες εκφάνσεις της – διαπροσωπικές σχέσεις, εργασία, κοινωνικό περιβάλλον – και αφετέρου γιατί στις μέρες μας ο αριθμός των νοσούντων από κατάθλιψη είναι πολύ μεγάλος παγκοσμίως και με το πέρασμα των χρόνων έχει τάση αυξητική.

Επίσης να αναφερθεί ότι η ανάγκη για ευρεία χρήση της Τεχνολογίας, έκανε αναπόφευκτη την εφαρμογή της και στο χώρο της Νοσηλευτικής. Καθημερινά έρχονται στην επικαιρότητα νέες ανακαλύψεις και νέες τεχνικές πάνω στην έρευνα και παρακολούθηση των αρρώστων. Η συνεχώς αυξανόμενη τεχνολογική ανάπτυξη φέρνει νέα στοιχεία από λεπτομερέστερες έρευνες. Ο άνθρωπος, κυριολεκτικά στέκει με δέος και παρακολουθεί την αλματώδη, αυτή ανάπτυξη, προσπαθώντας με κάθε τρόπο να γνωρίσει τα πάντα γύρω από τις ανακαλύψεις που συνεχώς έρχονται εμπρός του. Οι ηλεκτρονικοί υπολογιστές, η δορυφορική κάλυψη, η αυτόματη λήψη δεδομένων τον βομβαρδίζουν ασταμάτητα. Βρίσκεται σε συνεχή εγρήγορση για να μάθει τις νέες μεθόδους και τα νέα τεχνολογικά επιτεύγματα, που θα βοηθήσουν στην ανακάλυψη των πολύπλοκων προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι νοσηλευόμενοι.

# 1<sup>ο</sup> ΚΕΦΑΛΑΙΟ

## 1.1.Ορισμός Κατάθλιψης

Οι συναισθηματικές διαταραχές ή διαταραχές της διάθεσης είναι ομάδα διαγνωστικών κατηγοριών με ένα εύρος συμπτωμάτων, που συνοψίζονται σε δύο: τις διπολικές διαταραχές και την ή μονοπολική κατάθλιψη<sup>1</sup>.

Η καταθλιπτική διαταραχή, είναι η πιο σοβαρή μορφή κατάθλιψης, η οποία επηρεάζει αποφασιστικά όλες τις καθημερινές δραστηριότητες του πάσχοντος που χάνει το ενδιαφέρον του για τη ζωή<sup>8</sup>.

Η κατάθλιψη έχει χαρακτηριστεί σαν θάνατος εν ζωή, αφού ο άνθρωπος δοκιμάζει πλήρη απώλεια ζωτικότητας, αυθορμητισμού, κινητικότητας και σκοπού, μέχρι του σημείου να επιθυμεί και να σχεδιάζει την αυτοκαταστροφή<sup>1</sup>.

Η κατάθλιψη είναι εξ ίσου σοβαρή με το διαβήτη και τα καρδιακά νοσήματα. Πρόσφατες μελέτες καταδεικνύουν ότι η έκπτωση της λειτουργικότητας που προκαλεί η καταθλιπτική νόσος είναι συγκρίσιμη ή και πιο σοβαρή από αυτήν που προκαλούν πολλές χρόνιες σοβαρές σωματικές παθήσεις (καρδιαγγειακά προβλήματα, γαστρεντερικές παθήσεις, διαβήτης, αρθρίτις). Η έκπτωση αυτή αφορά όλους τους τομείς της ζωής του ασθενούς. Η κατάθλιψη αυξάνει τη θνητότητα λόγω της αυτοκτονικότητας, των ατυχημάτων και της υποτροπής πολλών σωματικών παθήσεων.



## **1.2.Θεωρίες της Κατάθλιψης**

### **1.2.1. Ψυχοαναλητικές και Ψυχοδυναμικές Θεωρίες:**

Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή, στο επίκεντρο της καταθλιπτικής διαταραχής βρίσκεται η φανταστική ή πραγματική απώλεια ενός αγαπημένου «αντικειμένου», π.χ. λόγω θανάτου, χωρισμού<sup>3</sup>.

### **1.2.2. Θεωρίες της γνωστικής συμπεριφοράς:**

Πολλοί επιστήμονες έχουν μελετήσει το μηχανισμό της δημιουργίας της κατάθλιψης βασιζόμενοι στη συμπεριφορά του ατόμου<sup>4</sup>.

### **1.2.3. Γενετική θεωρία:**

Υποστηρίζεται ότι οι συναισθηματικές διαταραχές είναι σε μεγάλο βαθμό κληρονομικές<sup>5</sup>.

### **1.2.4.Ιδιοπαθής θεωρία:**

Αναφέρεται στη σωματική διάπλαση του ατόμου και την πιθανότητα κάποιας σχέσης με τον χαρακτήρα του και την τάση για μια ορισμένη ψυχοπαθολογία<sup>6</sup>.

### **1.2.5.Βιολογική Θεωρία:**

Έχουν αναπτυχθεί δύο υποθέσεις: η κατεχολαμινική υπόθεση, κατά την οποία η μεν κατάθλιψη οφείλεται σε μια μείωση των μονοαμινών ή βιογενών αμινών και η ινδολαμινική υπόθεση, που αποδίδει τις διαταραχές αυτές σε ανωμαλίες του μεταβολισμού της σεροτονίνης<sup>6</sup>.



---

## 2<sup>ο</sup> ΚΕΦΑΛΑΙΟ

### 2.1.Επίπτωση κατάθλιψης στο Άτομο

Κατά τη κατάθλιψη περίπου το 50% των ενηλίκων αρρώστων εμφανίζει , σε σύγκριση με τους υγιείς , ελαφρά γνωστική έκπτωση και το 45% εμφανίζει μέτρια – σοβαρή γνωστική έκπτωση. Στα καταθλιπτικά παιδιά υπάρχει 7πλάσια συχνότητα εμφάνισης μαθησιακών προβλημάτων. Η παρατηρούμενη έκπτωση της νευροψυχολογικής απόδοσης στην κατάθλιψη δεν είναι ομοιόμορφη για όλες τις δεξιότητες.

#### 2.1.1.Ανώτερες Ψυχικές Λειτουργίες που Διαταράσσονται

Οι ανώτερες ψυχικές λειτουργίες που διαταράσσονται είναι:

- A) Η προσοχή και η συγκέντρωση: Η έκπτωση της προσοχής είναι σχετικά ελαφρά , αλλά επηρεάζει την αρχική φάση της απόκτησης και της κωδικοποίησης των πληροφοριών.
- B) Η μνήμη: Η καταθλιπτικοί παραπονιούνται για εύκολη λησμοσύνη, η οποία συσχετίζεται θετικά με τη σοβαρότητα της κατάθλιψης.
- Γ) Υπάρχει μια αναστρέψιμη έκπτωση της απόδοσης σε οπτικοχωρικά εγχειρήματα. Επίσης μπορεί να υπάρχει κακή απόδοση σε κινητικά εγχειρήματα που απαιτούν συνεχή προσοχή και εννοιολογική ευκαμψία.
- Δ) Έκπτώσεις στη γνωστική λειτουργία των καταθλιπτικών αρρώστων συμβαίνουν σε καταστάσεις ή εγχειρήματα που απαιτούν προσπάθεια και ενεργητική και συνεχή γνωστική δραστηριότητα<sup>7</sup>.

#### 2.1.2.Επιστροφή ή μη Επιστροφή στη Φυσιολογική Κατάσταση

Οι περισσότεροι ασθενής επιστρέφουν στη φυσιολογική τους κατάσταση ή στο προηγούμενη επίπεδο λειτουργικότητάς τους ανάμεσα στα καταθλιπτικά επεισόδια. Ένα ποσοστό όμως 20 – 35% των ασθενών δεν αποκαθίστανται ποτέ στην προηγούμενη τους κατάσταση και συνεχίζουν να έχουν υπολειμματικά συμπτώματα και κοινωνική έκπτωση. Η πιθανότητα αυτής της μη πλήρους αποδρομής του επεισοδίου αυξάνει με την ηλικία των ασθενών, τον αριθμό των επεισοδίων και την ύπαρξη οικογενειακού ιστορικού κατάθλιψης<sup>8</sup>.

---

## 2.2 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Σύμφωνα με τους υπολογισμούς του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας περισσότεροι από 350 εκατομμύρια άνθρωποι σε όλο τον κόσμο πάσχουν από κατάθλιψη, και ο αριθμός αυτός συνεχώς αυξάνεται <sup>9</sup>.

Στις ανεπτυγμένες χώρες ο επιπολασμός είναι 2.3 έως 3.2% για τους άνδρες και 4.5% έως 9.3% για τις γυναίκες. Η πιθανότητα εμφάνισης καθ' όλη τη διάρκειά της ζωής είναι 7 έως 12% για τους άνδρες και 20 έως 25% για τις γυναίκες. Στην πρωτοβάθμια περίθαλψη 6 έως 10% των ασθενών έχουν κατάθλιψη. Όπως φαίνεται από τα ποσοστά αυτά, η κατάθλιψη στις μονάδες πρωτοβάθμιας περίθαλψης είναι εξίσου συχνή με τις λοιμώξεις του ανώτερου αναπνευστικού και την υπέρταση.

Η κατάθλιψη αποτελεί το μεγαλύτερο ψυχιατρικό πρόβλημα για τις Η.Π.Α. όπου υπολογίζεται ότι το ποσοστό της νόσου κατά οποιοδήποτε χρονικό διάστημα ενός μηνός αγγίζει το 4% για τον αντρικό και το 6% για τον γυναικείο πληθυσμό <sup>10</sup>.

### 2.2.1. Παράγοντες Κινδύνου Νόσησης

Επομένως το ποσοστό εμφάνισης και η πιθανότητα εκδήλωσης ψυχικής νόσου αυξάνεται καθώς και στις μεγαλύτερες ηλικίες όπου και στο γυναικείο παρά στο αντρικό φύλλο <sup>11</sup>. Επίσης άλλοι παράγοντες κινδύνου νόσησης κατάθλιψης αποτελούν η φυλή όπου οι λευκοί νοσούν περισσότερο απ' τους μαύρους, η κοινωνικό – οικονομική κατάσταση, όπου όταν είναι υψηλή αποτελεί παράγοντα κινδύνου για τα άτομα που νοσούν ενώ η χαμηλότερη ενοχοποιείται όταν εμφανίζεται καταθλιπτική διαταραχή. Εκτός από τα παραπάνω, παράγοντα κινδύνου αποτελεί η πρόωμη αποστέρηση των γονέων λόγω θανάτου καθώς και η διαταραγμένη οικογενειακή ζωή κατά την παιδική ηλικία επιδρώντας αρνητικά και δημιουργώντας πολλές πιθανότητες στο παιδί να νοσήσει σε κάποια φάση της ζωής του. Επιπροσθέτως, τα διαζευγμένα άτομα έχουν μεγάλη πιθανότητα να νοσήσουν καθώς και τα άτομα με αρνητικά ψυχοπιεστικά γεγονότα ζωής και με ύπαρξη στρες στη ζωή τους.

Άλλοι σημαντικοί παράγοντες που είναι δυνατόν να πυροδοτήσουν τη συναισθηματική διαταραχή της κατάθλιψης είναι η ανεργία, η διαμόρφωση της προσωπικότητας και ο τρόπος μόνιμης κατοικίας, με αποτέλεσμα τα άτομα των αστικών περιοχών να εμφανίζονται περισσότερο επιρρεπή απ' τα άτομα της επαρχίας <sup>12</sup>.

### **2.2.2.Οικογενειακό Ιστορικό**

Πρέπει να σημειωθεί πως η διαταραχή με την οποία ασχολούμαστε είναι 1,5 – 3 φορές συχνότερη στους βιολογικούς συγγενείς πρώτου βαθμού ατόμων με αυτή τη διαταραχή απ' ό τι στο γενικό πληθυσμό <sup>1</sup>.

Συμπερασματικά, οι επιδημιολογικές διαστάσεις αυτής της ασθένειας, όπως αυτή έχει διερευνηθεί στον διεθνή και ελληνικό χώρο αποκαλύπτει ότι σημαντικά ποσοστά του γενικού πληθυσμού υποφέρουν από καταθλιπτικά συμπτώματα που επιφέρουν έκπτωση της κοινωνικής λειτουργικότητας, ενώ τα άτομα αυτά συνήθως αναφέρουν και κακή σωματική υγεία ή εμφανίζουν μεγαλύτερη θνησιμότητα <sup>7</sup>.

## **3<sup>ο</sup> ΚΕΦΑΛΑΙΟ**

### **3.1.Ιστορική Αναδρομή**

Το ενδιαφέρον για τα αίτια της κατάθλιψης έχει ιστορία χιλιάδων ετών. Περισσότεροι από 2000 χρόνια πριν, οι Αρχαίοι Έλληνες θεωρούσαν ότι η κατάθλιψη προκαλείται από πολύ υψηλά επίπεδα μέλαινας χολής στο σώμα. Πίστευαν ότι υπάρχουν άνθρωποι που απ' τη φύση τους έχουν περισσότερη μέλαινα χολή, είναι δηλαδή μελαγχολική. Αλλά πίστευαν επίσης, ότι και το άγχος, η διατροφή και οι εποχιακές αλλαγές, είναι δυνατόν να επηρεάσουν την ποσότητα της μέλαινας χολής στο σώμα. Ακόμη, οι Αρχαίοι Έλληνες αναγνώριζαν ότι τα διάφορα γεγονότα της ζωής προκαλούν αναστάτωση και ότι η αναστάτωση αυτή επηρεάζει τις σωματικές λειτουργίες, δηλαδή τα επεισόδια της μέλαινας χολής <sup>13</sup>.

### **3.2.Συμβολή Αιτιών – Παραγόντων στη Κατάθλιψη**

Σήμερα, σύμφωνα με τις ποικίλες μελέτες και έρευνες που έχουν γίνει, η κατάθλιψη μπορεί να οφείλεται σε μία ή και περισσότερες αιτίες, αλλά συνήθως δεν είναι εφικτό να αποδειχθεί μία συγκεκριμένη αιτία. Κατά κανόνα υπάρχει ένας συνδυασμός παραγόντων (οργανικών, ψυχολογικών, κοινωνικών) που μπορεί να οδηγήσουν στην κατάθλιψη. Ο βαθμός όμως, συμβολής του κάθε παράγοντα, όπως και ο τρόπος αλληλεπίδρασής του ενός παράγοντα με τον άλλο – διαφορετικά για την κάθε περίπτωση – δεν έχουν προσδιοριστεί μέχρι σήμερα ικανοποιητικά <sup>14</sup>.  
Οι παράγοντες αυτοί που συμβάλλουν κατά κάποιο τρόπο στην

εκδήλωση της κατάθλιψης ή αποτελούν προδιαθετικούς παράγοντες είναι οι εξής:

### **3.2.1 Βιολογικοί Παράγοντες**

Όταν κάποιος έχει κατάθλιψη παρατηρούνται αλλαγές στη λειτουργία του εγκεφάλου του. Επηρεάζεται ο ύπνος, επιβραδύνεται η δραστηριότητα των περιοχών του εγκεφάλου που ελέγχουν τις θετικές ενισχύσεις και τα θετικά συναισθήματα και αυξάνεται η δραστηριότητα των περιοχών του εγκεφάλου που ελέγχουν τα αρνητικά συναισθήματα. Σημαντικές είναι οι αλλαγές στον τρόπο μετάδοσης των πληροφοριών στον εγκέφαλο. Η σύγχρονη έρευνα δεν έχει καθορίσει με ακρίβεια όλες τις αλλαγές, αλλά θεωρείται ότι έχουν μεγάλη σημασία οι αλλαγές που παρατηρούνται στις μονοαμινεργικές νευρικές οδούς του εγκεφάλου<sup>13</sup>. Πάντως κατά την κλασική άποψη, η κατάθλιψη προκαλείται κυρίως από την υπολειτουργία του σεροτονινεργικού και του νοραδρενεργικού συστήματος<sup>15</sup>.

#### **3.2.1.1 Γενετική Άποψη**

Από άποψη γενετικής τα γονίδια παίζουν σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση της προσωπικότητας μας και καθορίζουν την προδιάθεσή μας για εμφάνιση άγχους και κατάθλιψης. Είναι γεγονός ότι η ποιότητα και η μορφή των πρώιμων σχέσεων μας επηρεάζουν τη διαμόρφωση των συνδέσεων των νευρικών κυττάρων στον εγκέφαλό μας. Αυτό σημαίνει ότι διάφορες εμπειρίες διαμορφώνουν τον εγκέφαλό μας και ότι αυτός είναι ο συνδετικός κρίκος ανάμεσα σε όσα συμβαίνουν στο εξωτερικό μας περιβάλλον και σε όσα συμβαίνουν μέσα μας (στον εγκέφαλό μας και σε όλο μας το σώμα). Αυτό υποδηλώνει ότι η βιολογική προδιάθεση για κατάθλιψη μπορεί να είναι αποτέλεσμα πρώιμων εμπειριών οι οποίες επηρεάζουν την ανάπτυξη και την ωρίμανση του εγκεφάλου<sup>13</sup>.

### **3.2.2 Ψυχολογικοί Παράγοντες**

Ψυχολογικοί Παράγοντες: Μέχρι σήμερα δεν έχει αποδειχτεί ότι μια συγκεκριμένη προσωπικότητα ή ένας συγκεκριμένος ψυχολογικός μηχανισμός προκαλεί την κατάθλιψη, αλλά έχουν λεχθεί και διαπιστωθεί διάφορες θεωρίες, οι οποίες πιστεύεται ότι επηρεάζουν στην εκδήλωση της κατάθλιψης και ιδιαίτερα σε συνδυασμό με άλλους παράγοντες<sup>8</sup>.

Η διαπροσωπική απώλεια έχει τονισθεί ιδιαίτερα από τον Freud και τους οπαδούς του και κυρίως των Abraham, που σημείωσαν τις

ομοιότητες και τις διαφορές ανάμεσα στο κοινό πένθος και την κατάθλιψη που ακολουθεί την απώλεια ενός αγαπημένου ατόμου, είτε κάποιος σημαντικής για το άτομο διάστασης.

Κατά βάση δίνεται έμφαση στη σπουδαιότητα της απώλειας της αυτοεκτίμησης που βιώνει ο καταθλιπτικός. Κι ενώ οι καταθλιπτικοί παρουσιάζουν παρόμοια συμπτώματα με αυτά των ατόμων που βρίσκονται σε πένθος, σε αντίθεση με αυτούς φαίνεται να κρατούν μια πιο αρνητική στάση απέναντι στον ίδιο τους τον εαυτό και να έχουν χαμηλή αυτοεκτίμηση<sup>3</sup>.

Άλλοι θεωρητικοί υποστηρίζουν ότι η αστάθεια και η ανασφάλεια στη βρεφονηπιακή ηλικία που προέρχεται από διαταραγμένη σχέση μητέρας – παιδιού, δημιουργούν το υπόστρωμα για ευαισθησία και ευαλωτότητα σε αποχωρισμούς αργότερα<sup>8</sup>.

Κατά άλλους, η κατάθλιψη είναι οργή ή επιθετικότητα ή θυμός, στραμμένη εναντίον του εαυτού. Το άτομο που υποφέρει από κατάθλιψη είναι συνήθως ανίκανο να νιώσει και να εκφράσει τη φυσιολογική οργή, θυμό, ή επιθετικότητα. Αντί γι' αυτό, σύμφωνα με την ψυχαναλυτική θεωρία, η οργή στρέφεται προς τα μέσα ενάντια στον ίδιο τον εαυτό<sup>16</sup>.

Τέλος, μια από τις ψυχολογικές θεωρίες της κατάθλιψης, η οποία έχει τύχει αρκετής μελέτης είναι η γνωστική – συμπεριφορική προσέγγιση η οποία αναπτύχθηκε ξεχωριστά από τον ψυχίατρο Aaron Beck και τον ψυχολόγο Albert Ellis. Η θεωρία αυτή απομακρύνεται από την ψυχοδυναμική θεώρηση και αποδίδει την κατάθλιψη σε αρνητική, λαθεμένη εκτίμηση που κάνει το άτομο για τον εαυτό του τον κόσμο και το μέλλον. Το άτομο μαθαίνει μέσα από την προσέγγιση αυτή, να αναγνωρίζει πως ο τρόπος σκέψης του συντελεί στο πρόβλημά του ιδίως στην αίσθηση της αποτυχίας και διδάσκεται να αλλάξει τον τρόπο με τον οποίο σκέπτεται για τα προβλήματά του, ώστε να επιτευχθεί άρση των συμπτωμάτων και έτσι κατά συνέπεια να είναι λιγότερο ευάλωτο στο άγχος και στην κατάθλιψη<sup>13</sup>.

### **3.2.3.Χαρακτηριολογικοί Παράγοντες**

Η χρήση ουσιών και ο αλκοολισμός πολύ συχνά προϋπάρχουν της εμφάνισης της κατάθλιψης. Αν και αρκετά στοιχεία δείχνουν νοσολογικές οντότητες, δεν μπορεί να παραβλεφθεί το γεγονός ότι άτομα που τις παρουσιάζουν, εμφανίζουν συγκεκριμένα χαρακτηριστικά προσωπικότητας. Η κοινωνική απομόνωση που αποτελεί προδιαθεσικό παράγοντα για την κατάθλιψη, επίσης μπορεί να οφείλεται ενίοτε σε

εσωστρέφεια, μειωμένη αυτοεκτίμηση και κοινωνική ανασφάλεια του ατόμου. Μπορεί, επομένως, να θεωρηθεί ότι χαρακτηριστικά προσωπικότητας που σχετίζονται με την εσωστρέφεια, το κοινωνικό άγχος και την αδυναμία ελέγχου των παρορμήσεων, προδιαθέτουν σε εμφάνιση κατάθλιψης. Ένας άλλος τύπος προσωπικότητας που έχει συνδεθεί με την κατάθλιψη αφορά την παρουσία σημαντικής τελειοθηρίας, ψυχαναγκαστικής συμπεριφοράς και ιδιαίτερης αυστηρότητας προς τον εαυτό<sup>15</sup>.

### **3.2.4 Κοινωνικοί και Περιβαλλοντικοί Παράγοντες**

Οι καταθλιπτικοί αντιμετωπίζουν συνήθως ένα συνδυασμό προβλημάτων, τόσο ενδογενών (τρόπο σκέψης, αρνητικά συναισθήματα) όσο και εξωγενών. Οι κοινωνικές προσεγγίσεις εστιάζουν την προσοχή τους σε αυτά τα εξωγενή προβλήματα<sup>13</sup>.

Η ευαισθησία των ανθρώπων στις εξωτερικές επιδράσεις ποικίλει. Μερικοί είναι υπερβολικά ευαίσθητοι σε ότι συμβαίνει γύρω τους, άλλοι δεν είναι. Για τους ευαίσθητους, το κοινωνικό περιβάλλον μπορεί να προκαλέσει μια υπερβολική επίδραση στην ψυχική τους διάθεση. Ο κόσμος γύρω τους μπορεί να επιβεβαιωθεί συνέχεια μια υγιή αίσθηση αυτοσεβασμού, να ενθαρρύνει την έκφραση συναισθημάτων και τους προσφέρει μια ατμόσφαιρα ελπίδας. Από την άλλη, όταν το περιβάλλον δεν προσφέρει την ενίσχυση στο εγώ μειώνει την αυτοπεποίθηση, επανειλημμένα προκαλεί εχθρότητα ενώ ταυτόχρονα εμποδίζει την απελευθέρωσή της, προξενεί χωρίς λόγο αισθήματα ενοχής, μοναξιάς και εγκατάληψης. Το περιβάλλον αυτό θα δημιουργήσει κατάθλιψη στους περισσότερους ανθρώπους που ζουν σε αυτό.

Επίσης, σημαντικό ρόλο παίζει το ότι ένα μέρος της αυτοεκτίμησης μας πηγάζει από την ανάληψη ρόλων που θεωρούμε σημαντικούς και μας προσφέρουν την αίσθηση της επιτυχίας, καθώς και από την ύπαρξη φίλων που εκτιμούν την συντροφιά μας.

Οι αλλαγές στο ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον π.χ. μετανάστευση και ανεργία καθώς και εμφάνιση σωματικής νόσου στο ίδιο το άτομο ή σε στενό συγγενή, έχουν επίσης βρεθεί να προδιαθέτουν στην εμφάνιση κατάθλιψης. Η παρουσία των γεγονότων αυτών που ευοδώνουν την εμφάνιση της κατάθλιψης έχει επιβεβαιωθεί σε πολλές μελέτες διεθνώς και έχει επίσης διαπιστωθεί και στον ελληνικό πληθυσμό. Τέλος, άλλοι παράγοντες που θεωρείται ότι προϋπάρχουν συχνά σε άτομα που κατόπιν παρουσιάζουν κατάθλιψη, είναι το χαμηλό κοινωνικό-οικονομικό

επίπεδο, η χηρεία και το διαζύγιο, η κοινωνική απομόνωση, η χαμηλή εκπαίδευση και οι κακές συζυγικές σχέσεις<sup>17</sup>.

## 4ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

### 4.1 Διάγνωση- Τρέχοντα συστήματα ταξινόμησης:

Διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM-III

Όσον αφορά την διάγνωση της κατάθλιψης υπάρχουν δυο τρέχοντα συστήματα ταξινόμησης:

- I) ICD-10 και
- II) DSM-III-R

#### 4.1.1 Σύστημα ICD-10.

Σύμφωνα με το ταξινομικό σύστημα ICD-10, της WHO, που δημοσιεύθηκε το 1992, η κατάθλιψη υπάγεται στις διαταραχές της διάθεσης, οι οποίες και κωδικοποιούνται στην κατηγορία F30-F39 και στην κατηγορία αυτή ανήκουν οι παρακάτω διαταραχές:

F30. Μανιακό επεισόδιο.

F31. Διπολική συναισθηματική διαταραχή.

F32. Καταθλιπτικό επεισόδιο.

F33. Υποτροπιάζουσα καταθλιπτική διαταραχή.

F34. Επίμονες διαταραχές της διάθεσης.

F38. Άλλες διαταραχές της διάθεσης.

F39. Μη καθοριζόμενες διαταραχές της διάθεσης<sup>18,19,20,21</sup>.



#### 4.1.2 Σύστημα DSM-III-R.

Σύμφωνα με το ταξινομικό σύστημα DSM-III-R , το "διαγνωστικό και στατιστικό εγχειρίδιο των ψυχικών διαταραχών" της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας που δημοσιεύθηκε το 1994, διαχωρίζονται οι συναισθηματικές διαταραχές κυρίως στις παρακάτω κατηγορίες :

1. καταθλιπτική διαταραχή.
2. Διπολική διαταραχή τύπου I.
3. Δυσθυμική διαταραχή.
4. Κυκλοθυμική διαταραχή.
5. Διπολική διαταραχή τύπου II.
6. Καταθλιπτική διαταραχή μη προσδιοριζόμενη διαφορετικά.

Στην κατηγορία αυτή υπάγονται κυρίως:

- i) Η προεμμηνορρυσιακή δυσφορική διαταραχή.
- ii) Η ελάσσων καταθλιπτική διαταραχή.
- iii) Η υποτροπιάζουσα βραχεία καταθλιπτική διαταραχή.
- iv) Η μεταψυχωσική καταθλιπτική συνδρομή<sup>18,19,20,21</sup>.

##### 4.1.2.1 Ορισμός καταθλιπτικού συνδρόμου, σύμφωνα με το DSM-III-R.

Ένα " Καταθλιπτικό Σύνδρομο " ορίζεται ως το παρακάτω κριτήριο A.

A. Τουλάχιστον 5 από τα κάτωθι συμπτώματα τα οποία συνυπάρχουν τουλάχιστον επί 2 εβδομάδες και εμφανίζονται σχεδόν κάθε μέρα για το μεγαλύτερο διάστημα της ημέρας.

1. Καταθλιπτική συναισθηματική διάθεση ,για το μεγαλύτερο διάστημα της μέρας σχεδόν κάθε μέρα , όπως φαίνεται είτε με υποκειμενική εκτίμηση είτε σύμφωνα με τις παρατηρήσεις άλλων.
2. Εκσεσημασμένη ελάττωση του ενδιαφέροντος ή της ευχαρίστησης σε όλες τις δραστηριότητες κατά το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας σχεδόν κάθε μέρα.
3. Σημαντική απώλεια βάρους ή αύξηση του βάρους όταν δεν κάνει δίαιτα ή ελάττωση ή αύξηση της όρεξης σχεδόν κάθε μέρα.
4. Αϋπνία σχεδόν κάθε μέρα .
5. Ψυχοκινητική διέγερση ή επιβράδυνση σχεδόν κάθε μέρα.
6. Κόπωση ή απώλεια ενέργειας/ ενεργητικότητας σχεδόν κάθε μέρα.



7. Αισθήματα αναξιότητας ή υπερβολικής απρόσφορης ενοχής σχεδόν κάθε μέρα .
  8. Ελαττωμένη ικανότητα του ατόμου για να σκεφθεί ή να συγκεντρωθεί ή αναποφασιστικότητα, σχεδόν κάθε μέρα.
  9. Υποτροπιάζουσες σκέψεις θανάτου ,υποτροπιάζουν αυτοκτονικός ιδεασμός χωρίς συγκεκριμένο σχέδιο ή μια απόπειρα αυτοκτονίας ή ένα συγκεκριμένο σχέδιο για αυτοκτονία<sup>8</sup>.
- B.** Απουσία οργανικής νόσου η οποία θα μπορούσε να ευθύνεται για τα συμπτώματα τα οποία δεν παρουσιάζονται δευτεροπαθή λόγω κάποιας νόσου.
- Γ.** Οι παραισθήσεις και οι ψευδαισθήσεις δεν διαρκούν πέρα των 2 εβδομάδων χωρίς να συνυπάρχουν συμπτώματα κατάθλιψης .
- Δ.** Απουσία διαγνωσμένης σχιζοφρένειας ή σχιζοφρενικής διαταραχής η οποία να συνυπάρχει.
- Ε.** Απουσία μανιακού επεισοδίου στο ατομικό ιστορικό <sup>22,6</sup>.

#### 4.1.2.2 Τύποι καταθλιπτικού συνδρόμου σύμφωνα με το DSM-III-R.

Εκτός από τα παραπάνω αξίζει να αναφερθούμε και στους τύπους του Καταθλιπτικού Επεισοδίου σύμφωνα με το DSM-III-R.

(Βαρύτητα τωρινής κατάστασης )

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

I) Ψυχωτικά στοιχεία σύμφωνα συναισθηματική διάθεση.

Παραληρητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις των οποίων το περιεχόμενο εναρμονίζεται πλήρως με τα τυπικά καταθλιπτικά θέματα προσωπικής ανεπαρκείας, ενοχής, νοσήσεις θανάτου ,μηδενισμού ή επάξιας τιμωρίας.

II) Ψυχωτικά στοιχεία ασύμφωνα με τη συναισθηματική διάθεση.

Παραληρητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις των οποίων το περιεχόμενο δεν περιλαμβάνει τυπικά καταθλιπτικά θέματα προσωπικής ανεπάρκειας , ενοχής, νόησης , θανάτου , μηδενισμού και επάξιας τιμωρίας.

5. Σε μερική ύφεση: Ενδιάμεσος τύπος μεταξύ του 'Σε πλήρη ύφεση' και 'Ήπιο' και χωρίς προηγούμενη δυσθυμία.

6. Σε πλήρη ύφεση: Όταν δεν υπήρξαν σημαντικά συμπτώματα και σημεία της διαταραχής κατά τους τελευταίους έξι μήνες<sup>8</sup>.

#### 4.1.3 Σύστημα DSM-IV

Σύμφωνα με το DSM-IV, οι διαταραχές της διάθεσης διακρίνονται σε Καταθλιπτικές Διαταραχές σε Διπολικές Διαταραχές και σε άλλες διαταραχές της διάθεσης. Οι Καταθλιπτικές διαταραχές διαφέρουν από τις Διπολικές από το ότι το άτομο που πάσχει δεν έχει παρουσιάσει ποτέ μανιακό, μεικτό ή υπομανιακό επεισόδιο. Στις διπολικές διαταραχές το άτομο πρέπει να παρουσιάζει ένα τέτοιο επεισόδιο και να έχει ιστορικό Μείζονος Καταθλιπτικού επεισοδίου.

Συγκεκριμένα οι Καταθλιπτικές Διαταραχές περιλαμβάνουν την Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή, την Δυσθυμία και τη Καταθλιπτική Διαταραχή μη προσδιοριζόμενη αλλιώς.

A) Η Μείζον Καταθλιπτική διαταραχή χαρακτηρίζεται από ένα η περισσότερα μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια χωρίς ποτέ να έχει ποτέ προηγηθεί κάποιο μανιακό, μεικτό ή υπομανιακό επεισόδιο. Όταν χαρακτηρίζεται από ένα μόνο επεισόδιο, τότε η διάγνωση είναι Μείζον Καταθλιπτική Διαταραχή, Μοναδικό Επεισόδιο. Όταν όμως έχουν υπάρξει περισσότερα από ένα επεισόδια, η διάγνωση είναι Μείζον Καταθλιπτική Διαταραχή, Υποτροπιάζουσα.

Για να χαρακτηριστεί τώρα ένα Επεισόδιο ως Μείζον Καταθλιπτικό, θα πρέπει κατά τη διάρκεια της ίδιας περιόδου δυο εβδομάδων να υπάρχει είτε καταθλιπτική ή ευερέθιστη διάθεση, είτε απώλεια του ενδιαφέροντος και της ευχαρίστησης. Εκτός από αυτά, το άτομο πρέπει να παρουσιάσει τέσσερα τουλάχιστον συμπτώματα από ένα κατάλογο συμπτωμάτων που περιλαμβάνουν σωματική απώλεια η αύξηση βάρους της τάξεως του 5% του βάρους του σώματος η μη πρόσληψη του αναμενόμενου βάρους στο παιδί, αυπνία η υπερυπνία σχεδόν κάθε μέρα ψυχοκινητική διέγερση ή επιβράδυνση σχεδόν κάθε μέρα που μπορεί να

παρατηρείται και από τους άλλους, αίσθηση κόπωσης η απώλεια ενέργειας σχεδόν κάθε ημέρα, ελαττωματική ικανότητα σκέψης η συγκέντρωσης και τέλος υποτροπιάζουσες σκέψεις θανάτου αυτοκτονίας η απόπειρας αυτοκτονίας.

Για να χαρακτηριστεί ως τέτοιο ένα Μείζον Καταθλιπτικό επεισόδιο πρέπει να συνοδεύεται από κλινικά σημαντική δυσφορία και έκπτωση σε σημαντικούς τομείς της λειτουργικότητας του ατόμου. Πρέπει επίσης να αποκλειστεί ότι τα συμπτώματα αυτά οφείλονται σε άμεσες οργανικές επιπτώσεις μιας ουσίας η μιας ιατρικής κατάστασης όπως είναι ο υποθυρεοειδισμός.

Τέλος, στη περίπτωση που το άτομο έχει χάσει ένα αγαπημένο άτομο και βιώνει τη διαδικασία του πένθους, τα συμπτώματα αυτά δεν συνιστούν Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο εκτός από την περίπτωση που τα συμπτώματα χαρακτηρίζονται από λειτουργική έκπτωση νοσηρή ενασχόληση με αίσθημα αναξιοτήτας αυτοκτονικό ιδεασμό, ψυχωσικά συμπτώματα η ψυχοκινητική επιβράδυνση για περισσότερα από δυο μήνες.

Η κατάθλιψη όμως μπορεί να έχει και μη τυπικά χαρακτηριστικά, όπως αλλαγές στη διάθεση και μελαγχολικά και κατατονικά στοιχεία μαζί με ένα η δυο στοιχεία που διαρκούν για μια περίοδο τουλάχιστον δυο εβδομάδων και περιλαμβάνουν αύξηση της όρεξης και σημαντική πρόσληψη βάρους, υπερυπνία, αίσθηση βάρους στα χέρια και τα πόδια και μια ευαισθησία και φόβο απόρριψης που εκτείνεται πέρα από τα επεισόδια και προκαλεί σταδιακή κοινωνική απομόνωση.

Η Μείζον Καταθλιπτική Διαταραχή σοβαρή με ψυχωσικά στοιχεία διαφοροποιείται από την ύπαρξη Μ.Κ.Ε με ψυχωσικά χαρακτηριστικά δηλαδή με παραλυτικές ιδέες και παραισθήσεις. Τα ψυχωσικά αυτά στοιχεία μπορεί να είναι σύμφωνα η ασύμφωνα με τη διάθεση του ατόμου, οπότε έχουμε α) ψυχωσικά στοιχεία σύμφωνα με τη διάθεση του ατόμου. β) ψυχωσικά στοιχεία σε ασυμφωνία με τη διάθεση του ατόμου.

Η Μ.Κ.Δ με Κατατονικά χαρακτηριστικά εμφανίζεται όταν έχει προηγηθεί ένα επεισόδιο με κλινική εικόνα που χαρακτηρίζεται από έντονη ψυχοκινητική διαταραχή (π.χ ηχοπραξία ακινησία αλαλία...).

Η Μ.Κ.Δ με Μελαγχολικά χαρακτηριστικά αφορά ένα επεισόδιο του οποίου το κύριο χαρακτηριστικό είναι η απώλεια του ενδιαφέροντος και της ευχαριστήσεως σε όλες η σχεδόν όλες της δραστηριότητες. Επιπλέον, πρέπει να είναι παρόντα τρία από τα ακόλουθα συμπτώματα { μια ξεχωριστή ποιότητα καταθλιπτικής διάθεσης που είναι συστηματικά χειρότερη το πρωί, πρώιμη πρωινή αφύπνιση, ψυχοκινητική επιβράδυνση η διέγερση, σημαντική ανορεξία η απώλεια βάρους και υπερβολικά η απρόσφορα συναισθήματα ενοχής.

Η Μ.Κ.Δ, υποτροπιάζουσας, με εποχικά σχήμα αφορά την έναρξη η ύφεση των επεισοδίων που συμβαίνουν σε χαρακτηριστικές χρονικές

στιγμές του έτους. Τις περισσότερες φορές η έναρξη γίνεται το φθινόπωρο η το χειμώνα και ύφεσης την άνοιξη. Για να διατυπωθεί αυτή η διάγνωση πρέπει να έχουν εμφανιστεί καταθλιπτικά επεισόδια τα δυο προηγούμενα χρόνια τις συγκεκριμένες εποχές, χωρίς παρουσία επεισοδίων σε άλλες εποχές του έτους. Τα άτομα αυτά συχνά παρουσιάζουν κατά τη διάρκεια των επεισοδίων υπερυπνία, υπερφαγία, αύξηση βάρους, έλλειψη ενεργείας και έντονη πιθυμιά κατανάλωσης υδατανθράκων

Β) Η Δυσθυμική διαταραχή χαρακτηρίζεται από χρόνια καταθλιπτική η ευερέθιστη διάθεση που διαρκεί για το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας και για τις περισσότερες μέρες, στα πλαίσια μιας περιόδου ενός τουλάχιστον έτους. Το άτομο δεν πρέπει να είναι χωρίς συμπτώματα για διάστημα μεγαλύτερο από δυο μήνες. Για να διαγνωσθεί δυσθυμία το άτομο πρέπει να παρουσιάζει δυο οι παραπάνω από ένα κατάλογο συμπτωμάτων που περιλαμβάνουν την ελαττωμένη όρεξη η υπερφαγία, αϋπνία η υπερυπνία, μειωμένη ενέργεια η κόπωση η αυτοεκτίμηση μειωμένη ικανότητα συγκέντρωσης η δυσκολία λήψης αποφάσεων και αίσθημα έλλειψης ελπίδας.

Για να μπει η διάγνωση ης δυσθυμικής διαταραχής, τα συμπτώματα δε θα πρέπει να οφείλονται σε άμεσα φυσιολογικά αποτελέσματα μιας ουσίας μιας γενικής ιατρικής κατάστασης όπως και στη Μ.Κ.Δ, αλλά ούτε να υπάρχει ιστορικό κυκλοθυμικής διαταραχής μανιακού μεικτού η υπομανιακού επεισοδίου.

Όταν η δυσθυμία εμφανίζεται για πρώτη φορά στη παιδική ηλικία η στην εφηβεία γίνεται λόγος για καταθλιπτική προσωπικότητα. Αν η δυσθυμία συνυπάρχει με νευρογενή ανορεξία, διαταραχή άγχους, ρευματοειδή αρθρίτιδα η άλλες ψυχοσωματικές παθήσεις και χρήση ουσιών, τότε ονομάζεται δευτερογενής δυσθυμία.

Γ) Η κατηγορία της καταθλιπτικής διαταραχής μη προσδιορισμένης αλλιώς περιλαμβάνει διαταραχές με χαρακτηριστικά της κατάθλιψης που δεν εντάσσονται στα κριτήρια για μια συγκεκριμένη διαταραχή διάθεσης η διαταραχή της προσαρμογής με καταθλιπτική διάθεση. Η κατηγορία αυτή περιλαμβάνει μεταξύ άλλων, διαταραχές όπως η ελάσσων καταθλιπτική διαταραχή, η υποτροπιάζουσα βραχεία καταθλιπτική διαταραχή και η μεταψυχωσική καταθλιπτική διαταραχή της σχιζοφρένειας.

Τόσο το DSM-IV όσο και το ICD-10 χρησιμοποιούν λίγο πολύ τα ίδια κριτήρια για να διαγνώσουν την κατάθλιψη και τη δυσθυμία στους ενήλικες και τα παιδιά. Το DSM-IV μόνο κάνει κάποιες διευκρινήσεις και σχόλια γι τη διάρκεια, για παράδειγμα των συμπτωμάτων στη δυσθυμία που στα παιδιά είναι ενός έτους σε σύγκριση με τους ενήλικες που η διάρκεια προϋποθέτει τουλάχιστον δύο έτη. Τα δυο αυτά συστήματα ταξινόμησης υιοθετούν διαφορετικό τρόπο όσον αφορά τη

συννοσηρότητα. Στο DSM-IV δεν υπάρχει ξεχωριστή κατηγορία για καταστάσεις που χαρακτηρίζονται από δυο προβλήματα. Θεωρείται ότι η κατάθλιψη μπορεί να συνυπάρχει μαζί με άλλες ψυχιατρικές καταστάσεις και άρα το άτομο αντιμετωπίζεται σα να έχει δυο διαγνώσεις, σε αντίθεση με το ICD-10 όπου θεωρείται ότι μόνο μια διαταραχή μπορεί να διαγνωσθεί. Μια μεικτή κλινική εικόνα εδώ μπορεί να περιγράφεται ως μια και μοναδική διαταραχή από την οποία πάσχει ένα άτομο, παρά ως δυο διαφορετικές διαταραχές. Γι' αυτό και υπάρχουν ξεχωριστές κατηγορίες όπως η μεικτή αγχώδης καταθλιπτική διαταραχή που χαρακτηρίζεται τόσο από συμπτώματα άγχους όσο και από συμπτώματα κατάθλιψης.

## 4.2 Διαφορική διάγνωση κατάθλιψης.

### 4.2.1 Από βιολογικές παθήσεις.

Ειδικότερα ,διαφορική διάγνωση θα πρέπει να γίνει από τα εξής:

#### 1. Νευρολογικά αίτια.

- § Αγγειοεγκεφαλικές νόσοι
- § Επιληψίες
- § Άνοιες.
- § Νόσος του Fahr.
- § Νόσος του Huntington.
- § Λοιμώξεις.
- § Ημικρανίες.
- § Ναρκοληψία.
- § Νεοπλάσματα.
- § Σκλήρυνση κατά πλάκας.
- § Νόσος του Parkinson. Περίπου το 50-75% των παρκινσονικών αρρώστων εμφανίζει καταθλιπτικά συμπτώματα , ανεξάρτητα από το βαθμό βαρύτητας της σωματικής κατάστασης , την ηλικία ή την διάρκεια της νόσου. Αλλά συνδεόμενα με την παρουσία διαταραχών που αποκαλύπτονται από τις νευροψυχολογικές δοκιμασίες (tests).

§ Προϊούσα υπερπυρηνική παράλυση <sup>23</sup>.

§ Άπνοια κατά τον ύπνο.

§ Τραύματα.

§ Νόσος του Wilson.

#### 2. Ενδοκρινικά αίτια .

§ Αδρενεργικά ( νόσος του Cushing , νόσος του Addison)

§ Υπεραλδοστερονισμός.

§ Σχετιζόμενα με την έμμηνο ρύση.

§ Παραθυρεοειδικές διαταραχές.

§ Λοχεία .

§ Θυρεοειδικές διαταραχές.

#### 3. Λοιμώδεις νόσοι και φλεγμονώδεις παθήσεις.

§ Σύνδρομο χρόνιας κόπωσης.

§ Μονοπυρήνωση.

§ Πνευμονία (ιογενής και βακτηριακή).

§ Ρευματοειδής αρθρίτιδα.

§ Αρτηρίτιδα του Sjogren.

§ Συστηματικός ερυθρεμάτης λύκος.

§ Κροταφική αρτηρίτιδα.

- § Φυματίωση.
- 4. Διάφορες παθήσεις.
  - § Καρκίνος (ιδίως του παγκρέατος ).
  - § Πορφυρία.
  - § Ουραιμία.
  - § Αβιταμινώσεις ( Β12, C, φυλικού οξέος ).
- 5. Αναλγητικά και αντιφλεγμονώδη.
  - § Ινδομεθανίνη.
  - § Οπιούχα.
  - § Φαινακετίνη.
  - § Νιτροφουραντοϊνή.
  - § Στρεπτομυκίνη.
  - § Σουλφαμεθοξαζόλη.
  - § Σουλφοναμίδες.
  - § Τετρακυκλίνες.
- 6. Αντιβακτηριακά και αντιμυκητιασικά
  - § Αμπικιλίνη.
  - § Κυκλοσερίνη.
  - § Μετρονιδαζόλη
- 7. Αντιυπερτασικά και καρδιολογικά σκευάσματα.
  - § α μεθυλ-ντοπα.
  - § Αναστολείς β-αδρενεργικών υποδοχέων (προπρανολόλη).
  - § Κλονιδίνη.
  - § Γουανεθιδίνη.
  - § Λιδοκαϊνή.
  - § Ρεζερπίνη.
- 8. Αντινεοπλασματικά.
  - § Αζαθειοπρίνη κ.α.
  - § C-ασπραγινάση.
- 9. Νευρολογικά και ψυχιατρικά σκευάσματα
  - § Αμανταδίνη.
  - § Αντιψυχωσικά ( βουτυροφαινόνες , φαινοθειαζίνες, οξυνδόλες ).
  - § Βρωμοκρυπτίνη.
  - § Καρβαμαζεπίνη.
  - § Λεβοντόπα.
  - § Φαινυτοϊνή.
  - § Κατασταλτικά και υπνωτικά (βαρβιτουρικά , βενζοδιαζεπίνες ).
- 10. Στεροειδή και ορμόνες .
  - § κορτικοστεροειδή (συμπεριλαμβανομένης και της ACTH).
- 11. Διάφορα αλλά σκευάσματα..
  - § Κυπροεπταδίνη .

- § Σιμετιδίνη.
- § Δισουλφιραμίδη.
- § Διεγερτικά (αμφεταμίνες κ.λ.π).

#### 4.2.2 Από ψυχικές παθήσεις.

Στις ψυχικές διαταραχές ,από τις οποίες πρέπει να διαφοροδιαγνωσθεί η καταθλιπτική διαταραχή, περιλαμβάνονται :<sup>24</sup>

##### 1. Άλλες διαταραχές διάθεσης

- ✓ Ελάσσων καταθλιπτική διαταραχή : η οποία χαρακτηρίζεται από ατελές .αλλά επέλευσης καταθλιπτικό σύνδρομο .
- ✓ Υποτροπιάζουσα βραχεία καταθλιπτική διαταραχή : ανάπτυξη πλήρους καταθλιπτικού συνδρόμου.
- ✓ Δυσθυμική διαταραχή : χαρακτηρίζεται από εκδήλωση ατελούς καταθλιπτικού συνδρόμου δίχως σαφή επεισοδιακό χαρακτήρα .

##### 2. Άλλες κατηγορίες ψυχικών διαταραχών.

Καταθλιπτικά συμπτώματα ενδέχεται να απαντώνται σε ποικίλες κατηγορίες ψυχικών διαταραχών ,όπως :<sup>25</sup>

- ✓ Διαταραχή προσαρμογής με καταθλιπτική διάθεση.
- ✓ Διαταραχές λόγω κατάχρησης οινόπνευματος.
- ✓ Αγχώδεις διαταραχές.
- ✓ Διαταραχές σίτισης και πρόληψης τροφής (ψυχογενής ανορεξία ,ψυχογενής βουλιμία )
- ✓ Σχιζοφρένεια.
- ✓ Σχιζοφρενικόμορφη διαταραχή.
- ✓ Σχιζοσυναισθηματική διαταραχή – καταθλιπτικός τύπος.
- ✓ Σωματόμορφες διαταραχές (διαταραχή σωματοποίησης ) <sup>26</sup>.

#### 4.2.3 Ιατρικές εξετάσεις καταθλιπτικού ασθενή.

Καλό είναι η διερεύνηση του καταθλιπτικού ασθενή να περιλαμβάνει ορισμένες εξετάσεις ρουτίνας ,που παρουσιάζονται παρακάτω καθώς και επιπρόσθετες εξετάσεις αν το ιστορικό ή η κλινική εικόνα του ασθενή προτείνουν κάποια συγκεκριμένη ιατρική κατάσταση.

Η ιατρική εξέταση του καταθλιπτικού ασθενή :

- ✚ Έλεγχος ρουτίνας.



- # Ιατρικό ιστορικό – συμπεριλαμβανόμενης της χρήσης φαρμάκων –ουσιών .
- # Φυσική εξέταση .
- # Γενική αίματος .
- # Βιοχημικές εξετάσεις αίματος .
- # Έλεγχος λειτουργίας θυρεοειδούς .
- # Ανάλυση ούρων .
- # Επιπρόσθετος έλεγχος .
- # Νευρολογική εξέταση .
- # Ακτινογραφία θώρακος .
- # Ηλεκτροκαρδιογράφημα .
- # Αξονική τομογραφία ( ή/και μαγνητική τομογραφία , spect )
- # Νευροψυχολογικές δοκιμασίες <sup>1</sup>.

## 5<sup>ο</sup> ΚΕΦΑΛΑΙΟ

### 5.1.Γενικά Στοιχεία Κλινικής Συμπτωματολογίας

Η κατάθλιψη, όπως συμβαίνει και σε οποιαδήποτε άλλη νόσο, αποτελείται από ένα σύνολο σημείων και συμπτωμάτων, τα οποία και την χαρακτηρίζουν <sup>27</sup>. Τα καταθλιπτικά αυτά στοιχεία λοιπόν, χαρακτηρίζουν και συναρθρώνονται με τις στάσεις του ατόμου σε σχέση με τους άλλους και τους εαυτούς τους, τις διαπροσωπικές του σχέσεις και μια γενικότερη παθολογική λειτουργία της προσωπικότητας και οφείλονται κατά κύριο λόγο στην διαταραχή του συναισθήματος της ψυχοκινητικής δραστηριότητας των γνωστικών λειτουργιών αλλά και των λειτουργιών του φυτικού νευρικού συστήματος <sup>7</sup>.

Όσον αφορά τον χρόνο που αναπτύσσονται τα συμπτώματα ενός καταθλιπτικού επεισοδίου, αυτός μπορεί να ποικίλλει από μια περίοδο ημερών ή εβδομάδων, μπορεί όμως, τα συμπτώματα να αναπτυχθούν αρκετά ξαφνικά και απότομα – ιδιαίτερα μετά από ένα σοβαρό στρες της ζωής. Του καταθλιπτικού επεισοδίου μερικές φορές προηγούνται για μήνες ηπιότερα καταθλιπτικά συμπτώματα <sup>8</sup>.

Στην πιο σοβαρή της μορφή η κατάθλιψη αγγίζει τα ψυχοσωματικά όρια και το άτομο συνήθως παρουσιάζει υπερβολική θλίψη, ενοχές και απελπισία, πλήρη ανηδονία, ενώ ενδέχεται και να χάσει την επαφή του με την πραγματικότητα και να αναπτύξει παραισθήσεις, παραληρητικές

ιδέες και σοβαρή κινητική και ψυχολογική επιβάρυνση. Δεν είναι σπάνιες οι φορές που ο καταθλιπτικός άρρωστος έχει και ακουστικές ή και οπτικές ψευδαισθήσεις. Τα καταθλιπτικά συμπτώματα συνδέονται συνήθως και με παράπονα για οργανικές ενοχλήσεις ή για ψυχολογική και κοινωνική έκπτωση καθ μπορεί να αποτελούν αντιδράσεις σε προσωπικές εμπειρίες (π.χ. θλίψη, πένθος),σε αντίξοες κοινωνικές και οικονομικές καταστάσεις (π.χ. ρατσισμός, φτώχεια) ή ακόμα και σε οργανικές παθήσεις<sup>3</sup>.



## **5.2.Ομαδοποίηση Συμπτωμάτων**

Τα συμπτώματα της κατάθλιψης μπορούν να ομαδοποιηθούν. Και η πιο λειτουργική κατανομή τους ορίζεται σε βασικές διαστάσεις και συναντάται σχεδόν σε όλη τη βιβλιογραφία. Οι διαστάσεις αυτές που συγκροτούν το καταθλιπτικό σύνδρομο είναι:

- A)Η συναισθηματική/ βιωματική (πως νιώθει το άτομο που έχει κατάθλιψη.
- B)Η γνωστική (πως σκέφτεται και εκτιμά τη ζωή του).
- Γ)Η συμπεριφορική (πως συμπεριφέρεται)
- Δ)Η σωματική (τι εκδηλώνεται μέσω των σωματικών λειτουργιών).
- E)Η λειτουργική (πως λειτουργεί συνολικά ο άνθρωπος που έχει κατάθλιψη στην εργασία του και στις διαπροσωπικές σχέσεις).

## **5.3.Αναλυτική Προσέγγιση Συμπτωμάτων**

Σε κάθε άνθρωπο που έχει κατάθλιψη, η καταθλιπτική διάθεση προσδιορίζεται με μια σειρά πιθανών χαρακτηρισμών όπως: Ακεφιά / αθυμία, δυσθυμία / κατήφεια, κακοκεφιά / βαρυθυμία, στενοχώρια / απογοήτευση, αποθάρρυνση / αποκαρδίωση, λύπη, θλίψη, μελαγχολία, κατάθλιψη, ψυχαλγία,, απελπισία, απόγνωση.

Σε ορισμένους τύπους καταθλιπτικής διαταραχής(συνήθως χειρότερη το πρωί, βελτιωμένη το βράδυ).Ένα ποσοστό 10% - 15% των καταθλιπτικών ατόμων, αρνούνται την ύπαρξη καταθλιπτικής διάθεσης. Αντ' αυτής αναφέρουν μόνο συναισθηματική αναστολή και ασυγκινησία / απάθεια<sup>15</sup>.

Εκτός των άλλων, πράγματι το κύριο σύμπτωμα της κατάθλιψης είναι η ανηδονία, δηλαδή απώλεια της δυνατότητας βίωσης οποιαδήποτε ευχαρίστησης. Επίσης, αυξάνονται τα αρνητικά συναισθήματα, ιδίως ο θυμός και η αγανάκτηση. Άλλα συμπτώματα είναι το άγχος και ο φόβος, έτσι, πράγματα που στο παρελθόν γινόταν με ιδιαίτερη ευκολία, τώρα γίνονται τρομερά δύσκολα και προκαλούν φόβο. Ακόμη, η ντροπή, ο φθόνος και η ζήλια είναι κάποια από τα συναισθήματα που συμπεριλαμβάνονται στα συμπτώματα<sup>13</sup>.

Αυτό που κυριαρχεί στη σκέψη των καταθλιπτικών είναι οι αρνητικές εκτιμήσεις για τον εαυτό τους, για τον κόσμο και το παρόν, καθώς και για το μέλλον, αυτοϋποτίμηση, χαμηλή αυτοεκτίμηση ιδέες ανεπάρκειας, απώλειας και αποτυχίας ή ήττας. Υπάρχει συνεχής αυτοκριτική, ιδέες αναξιότητας και αποστέρησης<sup>15</sup>.

Εκτός απ ' τα παραπάνω, στις es καταθλίψεις εμφανίζονται και σαφείς διαταραχές των νοητικών λειτουργιών, όπως διαταραχή της συγκέντρωσης και της προσοχής, διαταραχές στην μνήμη, ακαμψία στην επεξεργασία των πληροφοριών και στις στρατηγικές επίλυσης προβλημάτων<sup>8</sup>.

Εδώ παρουσιάζεται δυσκολία κινητοποίησης ακόμα και για τις πιο απλές πράξεις, αδράνεια, χρονοτριβία, αποφυγή για ανάληψη πρωτοβουλιών, δυσκολία αποφάσεων και έντονη τάση για αναβολή <sup>16</sup>.

Συχνά εμφανίζεται ψυχοκινητική επιβράδυνση αυτό σημαίνει μειωμένη ροή και ποσότητα του λόγου και καθυστέρηση στις απαντήσεις(συχνά μονολεκτικές και μονοσύλλαβες απαντήσεις και με μεγάλα κενά).Οι καταθλιπτικοί μοιάζουν να βρίσκονται στα όρια της εξάντλησης και παρουσιάζουν αργή και χωρίς αυθορμητισμό, σκέψη και δραστηριότητα. Οι κινήσεις του σώματος είναι αργές και οι χειρονομίες, οι ελάχιστες δυνατές <sup>3</sup>.

Συνήθως, η κατάθλιψη σχετίζεται αρχικά με ανωμαλίες στον ύπνο. Τα περισσότερα άτομα παρατηρούν μια διαταραχή στις συνήθειες του ύπνου τους. Μπορεί να χρειαστούν περισσότερο χρόνο για να κοιμηθούν. Ξυπνούν πιο συχνά κατά τη διάρκεια της νύχτας και κοιμούνται ελαφριά. Ξυπνούν το πρωί πολύ πριν τη συνηθισμένη του ώρα. Τις ώρες που είναι ξύπνιοι, προτού κοιμηθούν και μετά το πρωινό ξύπνημα, τις περνούν αναμασώντας προβλήματα και πιέσεις<sup>16</sup>.

Ένα άλλο σύμπτωμα της κατάθλιψης είναι η ανορεξία, δηλαδή η απώλεια της όρεξης για φαγητό. Αυτά οδηγούν σε απώλεια βάρους. Ένα πολύ σπουδαίο σημάδι της κατάθλιψης είναι η ελάττωση της σεξουαλικής ορμής και ικανότητας, ενώ σε μερικές γυναίκες υπάρχει προσωρινή αμηνόρροια. Το σύμπτωμα αυτό είναι πολύ συχνό, και τραυματίζει ακόμη περισσότερο την αυτοεκτίμηση των καταθλιπτικών.

Επίσης, κάποια άλλα σωματικά συμπτώματα που μπορεί να παρουσιαστούν είναι, δυσautονομικές εκδηλώσεις όπως, αίσθημα παλμών, ταχυκαρδία, εφιδρώσεις, ξηροστομία, δυσκοιλιότητα, δυσπεψία, κεφαλαλγία <sup>8</sup>.

Σ ' όλες τις καταθλιπτικές διαταραχές υπάρχει μία, άλλοτε μικρού βαθμού, διαταραχή της συνολικής λειτουργικότητας του αρρώστου. Τούτο γίνεται κατανοητό αν ληφθεί υπόψη η επίδραση της συναισθηματικής, της γνωστικής και της συμπεριφορικής συνιστώσας του καταθλιπτικού συνδρόμου. Υπάρχει σαφής έκπτωση της απόδοσης, της παραγωγικότητας και της δημιουργικότητας στον εργασιακό χώρο.

Στις διαπροσωπικές σχέσεις, οι άνθρωποι που έχουν κατάθλιψη εκλύουν μη εποικοδομητικές αντιδράσεις από τους άλλους, κάνοντάς τους να νιώθουν υπεύθυνοι και ένοχοι. Ιδίως με τους οικείους τους, υπάρχει κακή επικοινωνία, προσκολλητική εξάρτηση, απαιτητικότητα, ένταση και τριβές, που συχνά καταλήγουν σε συζυγικά προβλήματα. Μερικές φορές υπάρχει κοινωνική απόσυρση <sup>15</sup>.

Άτομα που βρίσκονται σε ένα Καταθλιπτικό Επεισόδιο συχνά παρουσιάζουν και άλλα συμπτώματα όπως: εύκολο κλάμα, ευερεθιστότητα, νοσηρή ενασχόληση με κάθε είδους προβλήματα, άγχος φοβίες, υπερβολικό νοιάξιμο και στενοχώρια για την σωματική τους υγεία, διάφορους πόνους(πονοκέφαλος, αρθρικούς, κοιλιακούς ή άλλους πόνους) ή και προσβολές πανικού. Διαταραχές που μπορεί να συνυπάρχουν με Καταθλιπτική Διαταραχή είναι διαταραχές σχετιζόμενες με ουσίες, διαταραχή πανικού, Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή, ψυχογενής ανορεξία ή βουλιμία, μεταιχμιακή διαταραχή της προσωπικότητας και κυρίως δυσθυμική διαταραχή. Υπολογίζεται ότι σε 10% - 25% των περιπτώσεων Καταθλιπτικής Διαταραχής προηγείται δυσθυμική διαταραχή και ότι κάθε χρόνο περίπου 10% των ατόμων με δυσθυμική διαταραχή αναπτύσσουν το πρώτο καταθλιπτικό επεισόδιο.

Επίσης, η καταθλιπτική διαταραχή μπορεί να συνδέεται με χρόνιες γενικές ιατρικές καταστάσεις. Αναφέρεται ότι 20% - 25% των ατόμων με γενικές ιατρικές καταστάσεις όπως π.χ. διαβήτη, έμφραγμα του μυοκαρδίου, καρκίνος ή εγκεφαλικό επεισόδιο μπορεί να αναπτύξουν καταθλιπτική διαταραχή κατά την πορεία της σωματικής του αρρώστιας <sup>8</sup>

## 6<sup>ο</sup> ΚΕΦΑΛΑΙΟ

### 6.1 Εργαστηριακά ευρήματα

Εργαστηριακά, ουσιαστικά, δεν υπάρχουν ευρήματα που να είναι παθολογικά για καταθλιπτικό επεισόδιο. Εντούτοις, σε άτομα με καταθλιπτικά επεισόδια (άσχετα αν έχουν καταθλιπτική ή διπολική I ή II διαταραχή) έχουν βρεθεί ορισμένα ευρήματα που θεωρούνται παθολογικά σε σχέση με την ομάδα ελέγχου. Τέτοια ευρήματα είναι οι ανωμαλίες στον ύπνο, τα ευρήματα από τις μετρήσεις των νευροδιαβιβαστών και των μεταβολιτών τους στο αίμα, εγκεφαλονωτιαίο υγρό ή ούρα και από τη λειτουργία των υποδοχέων τους, τα ευρήματα από τις νευροαπεικονιστικές τεχνικές από τα προκλητά δυναμικά. κ.ά.<sup>8</sup>

## 7<sup>ο</sup> ΚΕΦΑΛΑΙΟ

### 7.1 Γενικά στοιχεία θεραπείας της κατάθλιψης.

Η κατάθλιψη κατά κανόνα θεραπεύεται αποτελεσματικά. Είναι δηλαδή μια ιάσιμη πάθηση. Γνωρίζουμε σήμερα πολύ καλά ότι η νόσος κατάθλιψη παρά το ότι εκφράζεται με ψυχολογικά συμπτώματα, κατά βάση είναι μια βιολογική πάθηση, και σαν τέτοια ανταποκρίνεται κυρίως σε βιολογικά μέσα θεραπείας. Κάτω από αυτό το πρίσμα είναι ανεξήγητο για ποιο λόγο οι προτροπές προς τον καταθλιπτικό άρρωστο να το ρίξει έξω επιδεινώνουν την κατάσταση αντί να τη βελτιώνουν. στον τομέα της θεραπείας της κατάθλιψης έχουν γίνει σημαντικές πρόοδοι τα τελευταία χρόνια με τη χρήση νέων φαρμάκων τα οποία και καλή αποτελεσματικότητα έχουν και στερούνται των παρενεργειών που είχαν τα παλαιότερης γενιάς αντικαταθλιπτικά φάρμακα. Παράλληλα, ορισμένες μορφές κατάθλιψης ανταποκρίνονται άριστα και σε άλλου τύπου βιολογικές θεραπείες, οι οποίες είναι αποτελεσματικές αξιόπιστες και ακίνδυνες<sup>9</sup>.

Τις τελευταίες δεκαετίες, εφαρμόζονται και ειδικές ψυχοθεραπευτικές τεχνικές για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης, φαίνεται ότι ο συνδυασμός φαρμακοθεραπείας και ψυχο-θεραπείας έχει τα καλύτερα αποτελέσματα.

Μια από αυτές τις τεχνικές ,που ονομάζεται γνωσιακή ψυχοθεραπεία , αποσκοπεί στη ``διόρθωση`` του αρνητικού τρόπου σκέψης και καταθλιπτικών ασθενών, δηλαδή στην αλλαγή της σκέψης τους ώστε να αρχίσουν να βλέπουν τα πράγματα αισιόδοξα και όχι απαισιόδοξα . Τόσο αυτή όσο και οι υπόλοιπες ψυχοθεραπείες γίνονται από ειδικούς ψυχοθεραπευτές και εξηγούνται αναλυτικά στη συνέχεια .

## 7.2 Διάκριση θεραπειών.

Οι θεραπείες που ακολουθούνται για τη θεραπεία της κατάθλιψης είναι οι εξής:

1. Ψυχοθεραπεία
2. Ηλεκτροσπασμοθεραπεία
3. Ψυχοχειρουργική θεραπεία ( Λοβεκτομή-Λευκοτομή)
4. Φωτοθεραπεία
5. Ψυχοθεραπεία

Ας δούμε όμως αναλυτικά τι είναι και τι περιλαμβάνει η κάθε θεραπεία:

### 7.2.1 Ψυχοφαρμακοθεραπεία.

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

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

Συνοψίζονται δε ως εξής :

#### **ΘΕΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΨΥΧΟΦΑΡΜΑΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ**

- Û Ελάττωση και κάποτε κατάργηση της νοσηρής συμπτωματολογίας:
- Û Ελαττώνονται οι διεγέρσεις.
- Û Τα παραληρήματα ατονούν.
- Û Οι ψευδαισθήσεις μετριάζονται.
- Û Τα κατατονικά φαινόμενα εξουδετερώνονται.
- Û Οι τάσεις αυτοκτονίας και οι παρορμήσεις περιορίζονται.

- Û Το πλησίασμα του ασθενούς και η από μέρους του αποδοχή της θεραπείας βελτιώνονται .
- Û Οι περιορισμοί μειώνονται στο ελάχιστο.
- Û Μεγάλο ποσοστό ασθενών γίνονται κοινωνικά βιώσιμοι.

### **ΑΡΝΗΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΨΥΧΟΦΑΡΜΑΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ**

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

Τα φάρμακα που χορηγούνται για τη θεραπεία της κατάθλιψης είναι τα τρικυκλικά /πολυκυκλικά αντικαταθλιπτικά τα οποία αποκλείουν την πρόσληψη της νορεπινεφρίνης , της ντοπαμίνης και της σεροτονίνης στο νευρώνα . Μακροχρόνια θεραπεία πιθανόν να προκαλεί μεταβολές σε ορισμένους υποδοχείς του ΚΝΣ. Τα πιο σημαντικά φάρμακα της κατηγορίας αυτής είναι η ημιπραμίνη (η πρωτότυπη ουσία ),η αμιτριπτυλίνη ,η δισιπραμίνη ,η νοτριπτυλίνη ,η προτριπτυλίνη και η δοξεπίνη.

Όλα τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά (Τ.Κ.Α) έχουν παρόμοια θεραπευτική αποτελεσματικότητα και η εκλογή του φαρμάκου εξαρτάται από την αντοχή του ασθενούς στις ανεπιθύμητες ενέργειες και τη διάρκεια της δράσης .Ασθενείς που δεν ανταποκρίνονται στη θεραπεία με ένα τρικυκλικό αντικαταθλιπτικό ,μπορεί να παρουσιάζουν βελτίωση μετά τη χορήγηση ενός άλλου Τ.Κ.Α της ίδιας ομάδας <sup>28</sup>.



## 7.2.2 Ηλεκτροσπασμοθεραπεία.

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

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

Είναι θεραπεία που χρησιμοποιήθηκε και χρησιμοποιείται ευρέως ,γιατί είναι απλή στην τεχνική της, σχετικά ασφαλής, σύντομη, φθηνή και συχνά αποτελεσματική <sup>29</sup> .

Εφαρμόζεται όταν ο κίνδυνος αυτοκτονίας είναι άμεσος , είτε ύστερα από επαναλαμβανόμενες απόπειρες , καθώς επίσης στις περιπτώσεις σοβαρών καταθλιπτικών ασθενών , που δεν απαντούν στην φαρμακευτική αγωγή <sup>6</sup> .

Όταν επιλέγουμε την ΗΣΘ για τη θεραπεία της κατάθλιψης θα πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη η φύση και η βαρύτητα της κλινικής συμπτωματολογίας.

Ως μέθοδος έχει σημαντική θεραπευτική αποτελεσματικότητα στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης που συνοδεύεται από παραληρηματικές ιδέες , κακοήθη πορεία με εκδήλωση αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς , καχεξία , εξάντληση και αφυδάτωση. Ο χρόνος νοσηλείας είναι μικρότερος σε σχέση με τα αντικαταθλιπτικά .

### 7.2.2.1 Αντενδείξεις ηλεκτροσπασμοθεραπείας.

Αντενδείξεις για την εφαρμογή της ΗΣΘ δεν υπάρχουν , άλλα υπάρχουν καταστάσεις υψηλού κινδύνου όπως:

1. Αυξημένη ενδοκρανιακή πίεση.
2. Πρόσφατο έμφραγμα του μυοκαρδίου.
3. Πρόσφατη ενδοεγκεφαλική αιμορραγία.
4. Αγγειακό ανεύρυσμα ή δυσπλασία.
5. Αποκόλληση αμφιβληστροειδούς.
6. Φαιοχρωμοκύττωμα.
7. Κίνδυνοι από την αναισθησία <sup>30</sup> .





Η ΗΣΘ χρησιμοποιείται σε νοσηλευόμενους αλλά και σε εξωτερικούς ασθενείς . Η γραπτή συγκατάθεση του ίδιου και των συγγενών του είναι απαραίτητη . Στην πράξη εφαρμόζεται η τροποποιημένη ΗΣΘ με τη χρήση αναισθησίας ,μυοχάλασης και οξυγόνωσης που έχει ως αποτέλεσμα τη μείωση του φόβου των ασθενών για τη θεραπεία και την καταγμάτων και σπασμών που συνέβαιναν στο παρελθόν. Τα ψυχοφάρμακα ‘‘κόβονται’’ κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης αρκούν 6-12 συνεδρίες.

### **7.2.2.2 Κυριότερες ανεπιθύμητες ενέργειες.**

Κυριότερες ανεπιθύμητες ενέργειες της ΗΣΘ είναι:

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

Συμπερασματικά ,η ΗΣΘ αποτελεί μια σημαντική θεραπευτική μέθοδο στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης.

### **7.2.3 Ψυχοχειρουργική θεραπεία.**

Ψυχοχειρουργική θεραπεία ( Λοβεκτομή-Λευκοτομή ):

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

Η άποψη του ασθενούς συνήθως λαμβάνεται υπόψη .Ο γιατρός εξηγεί την επέμβαση στον ασθενή και προσπαθεί να ελαττώσει τους φόβους του σχετικά με αυτήν. Η επέμβαση σπάνια γίνεται χωρίς την γραπτή συγκατάθεση του ασθενούς και των συγγενών<sup>29</sup>.

Η Ψυχοχειρουργική έχει σήμερα εγκαταλειφθεί σχεδόν παντελώς. Για την εποχή της όμως θεωρήθηκε ως επανάσταση και απόδειξη είναι ότι ο Egas Monitz τιμήθηκε με το βραβείο Νόμπελ το 1949.



#### 7.2.4 Φωτοθεραπεία.

Φωτοθεραπεία: Σε μια μελέτη όπου εκτέθηκαν τυχαία νοσηλευόμενοι καταθλιπτικοί ασθενείς σε υψηλά και χαμηλά επίπεδα τεχνητού φωτισμού των υψηλών επιπέδων , που προηγούμενες αναφορές, τόσο οι μονοπολικές όσο και οι διπολικές καταθλίψεις ανταποκρίθηκαν όταν η φωτοθεραπεία χρησιμοποιήθηκε μαζί με τη φαρμακοθεραπεία. Η βελτίωση του συναισθήματος ήταν ανάλογη με την ένταση του φωτισμού , δηλαδή σε ασθενείς που θεραπεύονταν με υψηλά επίπεδα φωτισμού το συναίσθημα βελτιώθηκε πολύ περισσότερο απ' αυτούς που εκτέθηκαν σε χαμηλά επίπεδα .Τα ευρήματα της έρευνας θέτουν την υπόθεση ότι η φωτοθεραπεία είναι γενικώς εφαρμόσιμη στα καταθλιπτικά νοσήματα και ότι οι εντάσεις του φώτος που συνήθως χρησιμοποιούνται είναι μικρότερες από τις βέλτιστες <sup>31</sup>.

#### 7.2.5 Ψυχοθεραπεία.

Ψυχοθεραπεία : Η λέξη ψυχοθεραπεία σημαίνει βασικά θεραπεία ψυχής , μια θεραπευτική αντιμετώπιση των ψυχολογικών προβλημάτων ενός ορισμένου ατόμου, τη θεραπεία μιας ψυχικής διαταραχής . Ειδικότερα όμως αναφέρεται σε μια θεραπευτική αγωγή που γίνεται με ψυχολογικά μέσα , σε μια σχέση ψυχοθεραπευτή-ψυχοθεραπευομένου που αναπτύσσεται με τη βοήθεια του προφορικού λόγου, της συνομιλίας <sup>6</sup>.

Οι μέθοδοι ψυχοθεραπείας που υπάρχουν είναι ποικίλλα και είναι οι εξής:

1. Ατομική ψυχοθεραπεία .
  - α) Εντατική.
  - β) Υποστηρικτική.
2. Ομαδική ψυχοθεραπεία.
3. Θεραπεία συμπεριφοράς.
4. Περιβάλλον και ψυχοθεραπεία.
5. Αναψυχή –ψυχόδραμα.
6. Φυσική άσκηση.
7. Εργοθεραπεία ή Απασχολησιοθεραπεία.

Ενώ παλαιότερα πιστευόταν ότι το φύλο του θεραπευτή και ασθενή παίζει σημαντικό ρόλο στη διεξαγωγή της ψυχοθεραπείας (οι γυναίκες – ασθενείς έδειχναν ενδιαφέρον για γυναίκες –θεραπευτές λόγω της πίστης ότι θα λάμβαναν περισσότερη κατανόηση και συμπάθεια ), η πρόσφατη έρευνα των Zlotnic et al (1998), κατάφερε να γκρεμίσει αυτούς τους μύθους και λάθος αντιλήψεις , απαντώντας ότι το φύλο του θεραπευτή και ασθενή δεν παίζει σημασία και δεν επηρεάζει την πορεία της νόσου και θεραπείας.

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

- ✓ Την ηλικία του ασθενούς .
- ✓ Το διανοητικό επίπεδο του ασθενούς και τη βαρύτητα της ψυχικής διαταραχής .
- ✓ Την επαγγελματική κατάργηση του ψυχοθεραπευτή και την αντίληψη του σχετικά με την αποτελεσματικότητα των διαφόρων μορφών ψυχοθεραπείας .
- ✓ Την "αιτιολογία" της διαταραχής.
- ✓ Τους στόχους στους οποίους σκοπεύει ο ψυχοθεραπευτής , που βέβαια εξαρτώνται από το σύστημα αξιών που έχει υιοθετήσει , σχετικά με τον ιδανικό τύπο ανθρώπινης συμπεριφοράς.
- ✓ Από τις ειδικές αντικειμενικές συνθήκες : τόπο, χρόνο, κοινωνικούς παράγοντες, οικονομικούς παράγοντες κ.λ.π.



## 8<sup>ο</sup> ΚΕΦΑΛΑΙΟ

### 8.1 Πρόγνωση.

Θα πρέπει να πούμε ότι οι εφαρμοζόμενες σήμερα θεραπευτικές τεχνικές στην κατάθλιψη έχουν αποδειχτεί αποτελεσματικές σε ικανοποιητικό βαθμό και γενικά ότι η πρόγνωση της κατάθλιψης είναι καλή.

Οι περισσότεροι πάνω από τους ασθενείς που παρουσιάζουν ένα πρώτο Καταθλιπτικό Επεισόδιο παρουσιάζουν αργότερα μια ή περισσότερες υποτροπές. Ένας μικρός αριθμός ασθενών δεν ξαναπαρουσιάζουν καταθλιπτικό επεισόδιο ( Κατάθλιψη, Μοναδικό επεισόδιο). Η πορεία ποικίλλει. Ορισμένα άτομα παρουσιάζουν επεισόδια που διαχωρίζονται από πολλά χρόνια φυσιολογικής λειτουργικότητας . Αλλά παρουσιάζουν αλλεπάλληλα καταθλιπτικά επεισόδια . Κι άλλα παρουσιάζουν αύξηση της συχνότητας των επεισοδίων καθώς προχωρεί η ηλικία τους.

Οι περισσότεροι ασθενείς επιστρέφουν στη φυσιολογική τους κατάσταση ή στο προηγούμενο επίπεδο λειτουργικότητας τους ανάμεσα στα καταθλιπτικά επεισόδια .Ένα ποσοστό όμως 20-30% των ασθενών δεν αποκαθίστανται ποτέ στην προηγούμενή τους κατάσταση και συνεχίζουν να έχουν υπολειμματικά συμπτώματα και κοινωνική έκπτωση. Η πιθανότητα αυτής της μη πλήρους αποδρομής του επεισοδίου αυξάνει με την ηλικία των ασθενών , τον αριθμό των επεισοδίων και την ύπαρξη οικογενειακού ιστορικού κατάθλιψης<sup>8</sup>.



## ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ 9<sup>ο</sup> ΚΕΦΑΛΑΙΟ

### 9.1 Ιατρική τεχνολογία και Η/Υ

Η μαζική χρησιμοποίηση των Η\ Υ στην Ιατρική Τεχνολογία δεν προχώρησε παρά μετά την εμφάνιση των μικροεπεξεργαστών και την εφαρμογή των κυκλωμάτων πολύ μεγάλης κλίμακας ολοκλήρωσης. Σαν χαρακτηριστικό σημείο αναφοράς στην εφαρμογή της πληροφορικής στην ιατρική Τεχνολογία μπορούμε να θεωρήσουμε την χρήση των Η\ Υ στην ιατρική απεικόνιση με την κατασκευή του πρώτου υπολογιστικού τομογράφου (CT). Αυτό γιατί η ανακατασκευή εικόνας μιας εγκάρσιας τομής του εγκεφάλου στη βάση μερικών χιλιάδων μετρήσεων δεν μπορούσε να πραγματοποιηθεί παρά μόνο με τη χρήση υπολογιστών. Αλλά και στις άλλες περιοχές ιατρικής διάγνωσης και θεραπείας η πρόοδος στην μικρο-ηλεκτρονική και την πληροφορική επηρεάζει άμεσα την ανάπτυξη και εξέλιξη σχετικών εφαρμογών. Έτσι για παράδειγμα στον τομέα της ανάλυσης δειγμάτων, μετά τους αυτόματους αναλυτές και απαριθμητές, σήμερα βλέπουμε την διείσδυση στο μοριακό επίπεδο με την αυτοματοποίηση της ανάλυσης της αλληλουχίας των αμινοξέων των πρωτεϊνών, ή ακόμη την αυτόματη αναγνώριση ακόμη και μορφολογικών χαρακτηριστικών σε εικόνες ιστών. Στον τομέα της καταγραφής βιοσημάτων, οι εξελίξεις είναι σημαντικές σε ότι αφορά:

Νέους βίο-αισθητήρες και Τεχνικές επεξεργασίας και μετάδοσης του σήματος, Τεχνικές μετάδοσης και ανάλυσης εικόνας

Σε ότι αφορά τις τεχνικές απεικόνισης στα επόμενα χρόνια προβλέπεται η σταδιακή αντικατάσταση όλων των συμβατικών συστημάτων με ψηφιακά Η επεξεργασία των εικόνων θα επεκταθεί περισσότερο και θα γίνει μαζικότερη χρήση των συστημάτων αρχειοθέτησης (ιατρικός φάκελος) και επικοινωνίας καθώς και των συστημάτων τηλε-ακτινολογίας. Εκτός από την χρήση laser υψηλής απόδοσης αναμένεται ότι οι νέες χειρουργικές τεχνικές θα υποστηρίζονται όλο και περισσότερο από υπολογιστές σε άμεση διασύνδεση με απεικονιστική συστήματα.

Τέλος, οι τομείς των τεχνητών οργάνων, της προσθετικής και της αποκατάστασης προβλέπεται ότι θα αποκτούν όλο και μεγαλύτερο ειδικό βάρος και σε συνδυασμό με τις εξελίξεις στη τηλεϊατρική,

(διάγνωση θεραπευτική παρέμβαση από απόσταση ιδίως λόγω της μεγάλης ανάπτυξης του Internet και των Web εφαρμογών) στην κατ' οίκον νοσηλεία θα επιστρέψουν την ουσιαστική μείωση της ανάγκης μετακίνησης των ασθενών και της παραμονής τους στα Νοσηλευτικά Ιδρύματα.

Η αλματώδης ανάπτυξη της τεχνολογίας την έχει καταστήσει έναν από τους κύριους παράγοντες που διαμορφώνουν τη ζωή μας. Επηρεάζει με πολλούς τρόπους την εξέλιξη. Μετέβαλε τις συνθήκες παραγωγής, δημιούργησε μορφές απασχόλησης, που διεύρυναν τα πλαίσια της ανθρώπινης δραστηριότητας. Απάλλαξαν τον άνθρωπο από κοπιαστικές μονότονες και φθοροποιές για την υγεία του εργασίες.

Η ανάγκη για ευρεία χρήση της Τεχνολογίας, έκανε αναπόφευκτη την εφαρμογή της και στο χώρο της Νοσηλευτικής. Καθημερινά έρχονται στην επικαιρότητα νέες ανακαλύψεις και νέες τεχνικές πάνω στην έρευνα και παρακολούθηση των αρρώστων. Η συνεχώς αυξανόμενη τεχνολογική ανάπτυξη φέρνει νέα στοιχεία από λεπτομερέστερες έρευνες. Ο άνθρωπος, κυριολεκτικά στέκει με δέος και παρακολουθεί την αλματώδη, αυτή ανάπτυξη, προσπαθώντας με κάθε τρόπο να γνωρίσει τα πάντα γύρω από τις ανακαλύψεις που συνεχώς έρχονται εμπρός του. Οι ηλεκτρονικοί υπολογιστές, η δορυφορική κάλυψη, η αυτόματη λήψη δεδομένων τον βομβαρδίζουν ασταμάτητα. Βρίσκεται σε συνεχή εγρήγορση για να μάθει τις νέες μεθόδους και τα νέα τεχνολογικά επιτεύγματα, που θα βοηθήσουν στην ανακάλυψη των πολύπλοκων προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι νοσηλευόμενοι.

Σήμερα, άλλωστε, η παροχή της φροντίδας είναι βασισμένη στην υψηλή τεχνολογία και καλύπτει με επιτυχία σχεδόν όλο το φάσμα των ασθενών, οι οποίοι ίσως, μερικά χρόνια πριν θα είχαν ελάχιστη ελπίδα για να ζήσουν. Επίσης, καθώς το μέλλον της εξέλιξης της τεχνολογίας δείχνει ότι όλο και πιο πολύπλοκος εξοπλισμός θα χρησιμοποιείται, δημιουργείται η εντύπωση ότι ο σύγχρονος τεχνολογικός εξοπλισμός μπορεί να υποκαταστήσει τον ανθρώπινο παράγοντα. Όσο εξελίσσεται η τεχνολογία, τόσο και οι απαιτήσεις από ειδικευμένο ανθρώπινο δυναμικό γίνονται μεγαλύτερες.

Η τεχνολογική επανάσταση ιδιαίτερα στο χώρο της υγείας δεν μπορεί να αφήσει αδιάφορους τους επαγγελματίες της υγείας, οι οποίοι πρέπει να είναι έτοιμοι να χρησιμοποιήσουν την τεχνολογία με τέτοιο τρόπο ώστε να είναι αποτελεσματική, αλλά και να μην επηρεάζει τις διαπροσωπικές σχέσεις τους με τον ασθενή και τον καθοριστικό τους ρόλο με πάντα Βάση τις επιστημονικές αλλά και γενικότερα ανθρώπινες, ηθικές αξίες και αρχές<sup>32</sup>.

## **9.2 Οι εφαρμογές της πληροφορικής στην υγεία**

Οι ηλεκτρονικοί υπολογιστές είναι το εργαλείο της μελλοντικής προόδου του επαγγέλματος. Σήμερα οι νοσηλευτές είναι επιφορτισμένοι από πληθώρα καθηκόντων απαιτήσεων και έγγραφων αποδεικτικών στοιχείων του έργου τους. Είναι υποχρεωμένες να μάθουν νέους χειρισμούς μηχανημάτων, εργαλείων υλικού και νέα φάρμακα, απομνημονεύοντας αλληλεπιδράσεις. Η απαίτηση για εξυπηρέτηση προς τους ασθενείς από την είσοδο μέχρι την έξοδό τους είναι υψηλότερη απ' ό,τι μερικά χρόνια πριν. Σήμερα το ποσό των απαιτούμενων γνώσεων αυξάνει διαρκώς σ' όλους τους κλάδους. Έτσι πρέπει να δεχθούμε ότι οι ηλεκτρονικοί υπολογιστές μάλλον παρά η ανθρώπινη μνήμη η οποία ευκολότερα σφάλει θα πρέπει να αναλάβουν την ευθύνη της ακοής καταγραφής στοιχείων. Και αυτό πρέπει να γίνει για άλλους επαγγελματίες υγείας. Είναι γεγονός ότι τα Νοσοκομεία στρέφονται τώρα στην τεχνολογία για βοήθεια και κυρίως από το 1986, όταν το αυτόματο σύστημα ηλεκτρονικών υπολογιστών μπήκε στα Νοσοκομεία των προηγμένων χωρών και είδαν ότι οι Νοσηλευτές μπορούν να συγκεντρώνονται στα δικά τους νοσηλευτικά καθήκοντα, αντί να χάνουν χρόνο, αναλαμβάνοντας γραφειοκρατικές και διοικητικές δραστηριότητες. Και αυτό διότι το αυτόματο σύστημα νοσηλείας λειτουργεί με ηλεκτρονικούς υπολογιστές, οι οποίοι τροφοδοτούμενοι σωστά με βασικά στοιχεία και με ολοκληρωμένη διαδικασία πληροφόρησης προσφέρει 99,9% αξιοπιστία. Αυτοματοποιεί την πληροφορία για να εγγραφή, ιστορικό, εντολή και σχεδιασμό προγραμμάτων νοσηλείας, βελτιώνει την προσφερόμενη Νοσηλευτική φροντίδα και μειώνει το κόστος νοσηλείας.

Απαλλάσσει το Νοσηλευτικό προσωπικό από το stress της εργασίας, με αποτέλεσμα την αύξηση ικανοποίησης μέσα από αυτή. Διευκολύνει επίσης την καλύτερη οργάνωση και διοίκηση νοσηλευτικών υπηρεσιών. Οι ηλεκτρονικοί υπολογιστές είναι τα σύγχρονα εργαλεία για την καλύτερη εκπαίδευση των Νοσηλευτών και των άλλων επαγγελματιών υγείας, ιδιαίτερα τώρα που μαζί με το video μπορούν να ενσωματωθούν στα πραγματικά κλινικά ερεθίσματα της σύγχρονης ζωής μας. Χρησιμοποιούμε τους ηλεκτρονικούς εγκεφάλους για την εκτέλεση προηγμένων ανθρώπινων εργασιών, όπως ο συλλογισμός, η επίλυση προβλημάτων και η εκμάθηση.

Οι ηλεκτρονικοί υπολογιστές όταν τροφοδοτούνται σωστά βγάζουν συμπεράσματα αντάξια των αποφάσεων έμπειρων ανθρώπων στον κλινικό τομέα. Οι συνηθέστερες εφαρμογές στα νοσοκομεία είναι στις διοικητικές και οικονομικές υπηρεσίες.

Η Νοσηλευτική βρίσκεται στο σταυροδρόμι των εξελίξεων και του εκσυγχρονισμού της και είναι προφανές ότι το μέλλον της εφαρμογής των ηλεκτρονικών υπολογιστών είναι τεράστιο. Κι ενώ έχουμε κάθε λόγο να είμαστε ενθουσιασμένοι με τις δυνατότητες που μας παρέχει η πληροφορική θα πρέπει παράλληλα να ελέγξουμε όλες τις πλευρές του θέματος.

Παρά την αισιοδοξία δεν παροτρύνεται η αντικατάσταση των νοσηλευτριών από τους ηλεκτρονικούς εγκεφάλους. Αντίθετα προτείνω και συνηγορώ για την ανάπτυξη συμβουλευτικών συστημάτων για βοήθεια των νοσηλευτριών στους τομείς της πρακτικής άσκησης των καθηκόντων<sup>33,32</sup>.





### 9.3 Η νοσηλευτική και η τεχνολογία

Η αναγκαιότητα να εφαρμοστεί η τεχνολογία στο χώρο της υγείας, συνέβαλε ώστε να αξιολογηθεί η πολύτιμη συμβολή της νοσηλευτικής στην υγεία, καθώς επίσης δημιουργήθηκαν νέες για τους νοσηλευτές περιοχές προσέγγισης, νέοι ορίζοντες επέκτασης, νέοι ρόλοι να αναλάβουν και νέες προκλήσεις να ανταποκριθούν. Η τεχνολογία οξύνει δυνατά, ηθικά, νοητικά και κοινωνικά μυαλά να επιδοθούν πιο λαχταριστά και με μεγαλύτερη μαχητικότητα για τη νίκη του θανάτου να προχωρήσουν πιο ανθρωπιστικά, κεφάλια και αποφασιστικά, στην ανακούφιση του πόνου. Η τεχνολογία βοηθά στην εφαρμογή της επιστημονικής και εφαρμοσμένης νοσηλευτικής καθώς δημιούργησε τις προϋποθέσεις για νοσηλευτική έρευνα, δίνοντας τη δυνατότητα στη νοσηλευτική να ορθοποδήσει και να κινηθεί ισάξια και σύγχρονα με τις άλλες επιστήμες και τέχνες, στους ίδιους επιστημονικούς, πανεπιστημιακούς, εκπαιδευτικούς και διοικητικούς χώρους. Η υψηλή τεχνολογία και η αυξανόμενη χρήση της στο χώρο της υγείας παρουσιάζει και μεγάλη επίπτωση στη νοσηλευτική. Οι νοσηλευτές του εικοστού πρώτου αιώνα δεδομένου ότι θα ασκούν το έργο σε περιβάλλον υψηλής τεχνολογίας και να τη χρησιμοποιούν κατάλληλα χωρίς να υποδουλώνονται σε αυτή.

Έτσι, ενώ σε γενικές γραμμές ωφέλησε η τεχνολογία τη νοσηλευτική και τον άρρωστο, υπήρξαν και ζημιές, όπως:

- ⇒ Επηρέασε χρονικά την ανθρώπινη προσέγγιση του αρρώστου με τα νοσηλευτικά στελέχη. Συχνά ελαττώνεται στο ελάχιστο ο χρόνος προσέγγισής τους.
- ⇒ Δημιούργησε διάσπαση και διάσταση του νοσηλευτο-ιατρικού πεδίου, αφού ταυτόχρονα ακόμα και οι επιστημονικοί βασικοί μέθοδοι όπως για παράδειγμα, η ψηλάφηση, η επισκόπηση διαμοιράστηκαν σε αρρώστους από μηχανήματα ακριβείας όπως είναι τα μόνιτορ.

⇒ Παρεμβλήθηκαν στις σχέσεις και θέσεις αρρώστου - νοσηλευτο-ιατρικού προσωπικού και άλλα επαγγέλματα, όπως τεχνικοί νοσοκομειακών μηχανημάτων, συντηρητές κ.ά. που από τη φύση της εκπαίδευσής τους δεν έχουν αναπτύξει διανθρώπινες, ανθρωπιστικές σχέσεις με άρρωστους ανθρώπους και με πρώτιστο σκοπό την ανακούφιση κι αυτό γιατί επίκεντρο της δουλειάς τους είναι η λειτουργία του αυτόματου αναλυτού ή του αξονικού τομογράφου και όχι πρωταγωνιστής άνθρωπος - άρρωστος. Έτσι η εξάρτηση του αρρώστου - ανθρώπου που ζητά βοήθεια ζωής και φωνάζει βοήθεια» δεν πιάνεται από τα βραχεία και τα μακρά κύματα των μηχανημάτων, ακόμα κι αν έχει τεθεί από την τεχνολογία σε κρύα μεταλλοπλαστικά μηχανήματα ακρίβειας, αναπνευστήρες, απινιδωτές κ.ά.

Παρόλη την υπέρμετρη ανάπτυξη της τεχνολογίας, η ζεστασιά της παλάμης και των δακτύλων του νοσηλευτή στο μέτωπο του πυρέσσοντα ή του υποθερμικού αρρώστου, δεν θα αντικατασταθεί ποτέ με καμία παγοκύστη, ακόμη κι αν είναι φτιαγμένη από πολύτιμους λίθους!!! Γιατί η ζωή και τούτη η βιολογική και η άλλη, η συνεχιζόμενη, θέλει μεταλαμπάδωση ανθρώπινη και μάλιστα με «αναγκαία συμπάθεια» που λέει ο Πλούταρχος στα Ηθικά του. Οι νοσηλευτές - άνθρωποι θα προσφέρουν, ανεξάρτητα των τεχνολογικών εξελίξεων και των τεχνολογικών μέσων, τη βοήθεια τους δεόντως στους ασθενείς συνανθρώπους τους<sup>21</sup>.



#### **9.4. Οι κοινωνικές επιπτώσεις των εφαρμογών της τεχνολογίας των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας.**

Σαν ορισμό της τεχνολογίας θα μπορούσαμε να πούμε ότι είναι η εφαρμογή των αποτελεσμάτων και των δεδομένων που γεννώνται στα εργαστήρια μαθηματικών, φυσικής, χημείας, βιολογίας και οδεύουν προς την παραγωγή με σκοπό τη δημιουργία νέων προϊόντων, ώστε να βελτιώσουν τα υπάρχοντα. Από τον κανόνα αυτό, δεν ήταν δυνατό να ξεφύγουν τόσο η ιατρική όσο και η νοσηλευτική με αποτέλεσμα να έχουμε άμεσες επιρροές στην άσκηση και στις εφαρμογές και των δύο αυτών λειτουργιών, που σχετίζονται με την υγεία και την περίθαλψη των ατόμων.

Η εφαρμογή της υψηλής τεχνολογίας έχει επιφέρει και θετικά αλλά και αρνητικά αποτελέσματα και στην κοινωνία αλλά και στη νοσηλευτική, η οποία νοσηλευτική απευθύνεται στον ασθενή σαν μέλος μιας κοινωνίας και η οποία επηρεάζει με τον τρόπο της εφαρμογής της τη ζωή του, τη δράση του και την κοινωνική συμπεριφορά του.

Πρωταγωνιστικά πρόσωπα στην περίπτωσή μας είναι το νοσηλευτικό προσωπικό, που σήμερα είτε σαν άτομα είτε σαν ομάδα βρίσκεται σε ένα περιδινούμενο χώρο που επηρεάζεται από τις δυνάμεις της τεχνολογίας, τις ταχείες μεταβολές όλων των στοιχείων δράσης του χώρου, και που είναι υποχρεωμένο να μεταβάλλει και να προσαρμόζεται στις εκάστοτε περιστάσεις.

Άλλωστε, μια επίσκεψη σε Εντατική Μονάδα, μεγάλου καρδιολογικού κέντρου, αποδεικνύει την επίδραση της τεχνολογίας στην ιατρική αφού το περιβάλλον του κρεβατιού του ασθενούς θυμίζει Boeing 714 ή διαστημόπλοιο.

Σήμερα το περιβάλλον που εργάζεται το νοσηλευτικό προσωπικό πιέζεται από την ανάγκη εφαρμογής νέων τεχνολογιών, καθώς καλείται να τις εφαρμόσει επειδή κάποιες άλλες τεχνολογικές εξελίξεις θα εισβάλουν με τη σειρά τους σαν πιο σύγχρονες, μόλις οι πρώτες τεθούν εκτός δράσης.



Αλλά εδώ ακριβώς βρίσκεται και η καρδιά του προβλήματος, ότι δηλαδή για να χρησιμοποιήσει το νοσηλευτικό προσωπικό τις νέες τεχνολογίες που πρόκειται να εισβάλουν στο χώρο του, απαιτείται να είναι ήδη έμπειρο σε τεχνολογίες μιας προηγούμενης εποχής, γιατί διαφορετικά χάνεται μια συνέχεια και όπως όλοι το ξέρουμε, το επάγγελμά μας δεν έχει την πολυτέλεια να δικαιολογεί κενά στην επαγγελματική και επιστημονική μας κατάρτιση.

Είναι άλλωστε γενικώς παραδεκτό ότι ορισμένοι τομείς της νοσηλευτικής είναι άμεσα εξαρτώμενοι από κάθε νέα τεχνολογική εξέλιξη:

- Τα νέα φάρμακα που απαιτούν γνώσεις για την κατανόηση της θεραπευτικής τους αξίας και για τον τρόπο χρήσης τους.
- Οι νέοι νοσηλευτικοί σχεδιασμοί με τους οποίους μεταβάλλονται οι
- σχέσεις του ασθενούς, του χώρου όπου νοσηλεύεται και του προσωπικού που τον νοσηλεύει.
- Νέος εξοπλισμός των δωματίων, ηλεκτρονικές συσκευές παρακολούθησης, χρήση εξελιγμένης μορφής ηλεκτρονικών υπολογιστών, εφαρμογές ρομπότ, μικροαντλίες που ρυθμίζουν την ενέσιμη ινσουλίνη και άλλα που αποτελούν την ουσία των νέων σχεδιασμών νοσηλευτικής.
- Ιατρικές διαδικασίες που χρησιμοποιούν μεθόδους χλωροφωτομετρίας,
- τηλεραδιολογίας, αποτελούν τεχνολογίες χρήσιμες για χιλιάδες περιπτώσεις.
- Χειρουργικές διαδικασίες που χρησιμοποιούν εμφυτεύσεις και μεταμοσχεύσεις οργάνων ή η γενετική μηχανή αποτελούν έργα άμεσα επηρεαζόμενα από τη τεχνολογία.
- Συστήματα οργάνωσης που περιλαμβάνουν πληροφορική και χρήση Η/Υ προσχεδιασμένα για νοσηλευτικές ανάγκες ή ακόμα παρέχουν στοιχεία προερχόμενα από συνένωση πληροφοριών πολλών νοσηλευτικών οργανισμών, οπότε τα στοιχεία γίνονται ακριβέστερα και πλέον αξιόπιστα.



Η εφαρμογή νέων τεχνολογιών στους παραπάνω τομείς της νοσηλευτικής αλλά και γενικότερα στην ιατροφαρμακευτική περίθαλψη των ασθενών έχει πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα.

Επισημαίνουμε τα εξής πλεονεκτήματα

- ✓ Σταθεροποίηση των μεθόδων νοσηλεία για πιο ακριβή διάγνωση και εφαρμογή της θεραπευτικής αγωγής.
- ✓ Δυνατότητα αποθήκευσης των πιο σημαντικών στοιχείων από κάθε θεραπευτική αγωγή σε ηλεκτρονικούς υπολογιστές για μελλοντική χρήση σε στατιστικές εφαρμογές και ιατρική έρευνα .
- ✓ Αυξημένη παραγωγικότητα καθώς η χρήση ηλεκτρονικών υπολογιστών και μηχανημάτων βοηθά τη νοσηλεύτρια στην πιο γρήγορη εκπλήρωση των καθηκόντων της, ειδικά σε νοσηλείες ρουτίνας.
- ✓ Μείωση του χρόνου αλληλεπίδρασης νοσηλεύτριας ασθενούς και
- ✓ αποφυγή δημιουργίας ιδιαίτερα στενών σχέσεων μεταξύ τους, η οποία
- ✓ μπορεί να οδηγήσει σε μια αντικειμενική αντιμετώπιση του ασθενούς σε σχέση με την προδιαγεγραμμένη θεραπευτική αγωγή.

Αυτό το τελευταίο πλεονέκτημα, αποτελεί και την αφετηρία του σημαντικότερου μειονεκτήματος, δηλαδή της απώλειας ανθρωπιστικής αντιμετώπισης των ασθενών από τις νοσηλεύτριες.

Τα βασικότερα μειονεκτήματα που προκύπτουν από την εφαρμογή της νέας τεχνολογίας, είναι τα εξής:

- § Ο υπολογιστής θα αντικαταστήσει σε λίγα χρόνια τις εργασίες του υγειονομικού προσωπικού, αρκεί να υποθέσουμε το παρακάτω σενάριο:



- § Ο ασθενής φτάνει στα επείγοντα στις 2.00 τα ξημερώματα, τον υποδέχεται ένα ρομπότ που στη συνέχεια τον συνδέει με ένα υπερσύγχρονο ηλεκτρονικό υπολογιστή. Ο υπολογιστής τον ρωτάει τι νιώθει, καταγράφει τα συμπτώματα και προβαίνει στις απαραίτητες αναλύσεις. Αφού ο υπολογιστής συγκρίνει τα αποτελέσματα των αναλύσεων σε συνδυασμό με τα συμπτώματα του ασθενούς με στοιχεία αποθηκευμένα στη μνήμη του, κάνει τη διάγνωση και ορίζει την κατάλληλη θεραπεία. κατόπιν δίνει το φάρμακο στον ασθενή και τον στέλνει στο σπίτι του ή σε μια άλλη μονάδα του νοσοκομείου, όπου τον παραλαμβάνει ο επόμενος ηλεκτρονικός.
- § Ένα άλλο μειονέκτημα είναι το αυξημένο κόστος των μηχανημάτων και επομένως της θεραπευτικής αγωγής. Οι νέες μορφές των μηχανημάτων και επομένως της θεραπευτικής αγωγής. Οι νέες μορφές περίθαλψης καθώς απαιτούν την παράλληλη χρήση σύνθετων μηχανημάτων, ανταποκρίνονται σε αυξημένες απαιτήσεις και ανάλογες δαπάνες. Βέβαια, η χρήση σύνθετων μηχανημάτων μπορεί να οδηγήσει σε λανθασμένες μετρήσεις και κατ' επέκταση σε λανθασμένη διάγνωση και θεραπευτική αγωγή.
- § Το αυξημένο αυτό κόστος πολλές φορές επιβάλλει την ταχύτερη εξαγωγή των ασθενών από το νοσοκομείο. Εάν αυτό δεν συμβαίνει, υπάρχει δυσανάλογη αύξηση του αριθμού των «βαρέως πασχόντων» ανά νοσηλευτή. Αυτό έρχεται σε αντίθεση με την αναμφισβήτητη αρχή ότι η προσπάθειά μας σε συνάρτηση με την τεχνολογία πρέπει να τείνει στη μείωση του αριθμού των νοσηλευομένων ανά νοσηλεύτρια.
- Όσο η τεχνολογία που αφορά τη θεραπευτική και νοσηλευτική ανέρχεται σε υψηλότερη στάθμη, τόσο μεγαλώνει και η ανάγκη ανωτέρου επιπέδου επαφών και συγκεντρωμένων ελέγχων σε σχέση με την εφαρμογή ορισμένων ηθικών κανόνων ή και οικονομικών συμπεριφορών που αναφέρονται στο επάγγελμα του νοσηλευτή.
- § Άλλωστε δεν επιδέχεται αμφισβήτηση, το ότι η μοναδικότητα της αποστολής του νοσηλευτή είναι να μπορεί να κάνει για τους άλλους ό,τι αυτοί έκαναν για τους εαυτούς τους, αν είχαν τη δύναμη, τη θέληση, τη γνώση ή και τη σωματική ικανότητα.
-

Ο νοσηλευτής πρέπει να προσφέρει τις υπηρεσίες του να αποκτήσει την ανεξαρτησία του όσο το δυνατόν γρηγορότερα ή την ικανότητα να συμβιώσει με ένα χρόνιο πρόβλημα της υγείας του ή τέλος να πεθάνει με αξιοπρέπεια, όταν πια ο θάνατος έρχεται αναπόφευκτα. Έτσι δημιουργείται το εξής δίλημμα: πώς και πότε μπορεί να γίνει επιλογή των ασθενών εκείνων, τους οποίους πρέπει να αναβιώσουμε ή να διατηρήσουμε στη ζωή και κάτω από ποιο κόστος για τον ίδιο τον άρρωστο, την οικογένειά του και την κοινωνία;

Ουδέποτε στο παρελθόν η Νοσηλευτική απέκτησε τόση σημαντικότητα, όσο σήμερα, τουλάχιστον στις τεχνολογικά προηγμένες χώρες, όπου είχε την ευθύνη τόσο της νοσηλείας όσο και της διδασκαλίας και ενημέρωσης του ασθενούς, ώστε αυτός να αντιμετωπίζει με λιγότερο φόβο την τεχνολογία στο χώρο του Νοσοκομείου.

Είναι λοιπόν σαφής η αναγκαιότητα της υψηλής γνώσης χειρισμού των τεχνολογικών επιτευγμάτων από το Νοσηλευτή, ούτως ώστε ο ίδιος να είναι σε θέση να:

- ✓ Να κατανοεί τη φύση των φαινομένων που απαιτούν τη χρησιμοποίηση
- ✓ ορισμένων μηχανημάτων για διάγνωση και θεραπεία
- ✓ Να κατανοεί τους μηχανισμούς με τους οποίους τα μηχανήματα
- ✓ αλληλεπιδρούν με τους ασθενείς
- ✓ Να χρησιμοποιεί με ευχέρεια και εκ του ασφαλούς τα μηχανήματα
- ✓ Να αναγνωρίζει τις ενδείξεις στον ασθενή που δηλώνουν την ανάγκη
- ✓ χρησιμοποίησης κάποιου μηχανήματος ή θεραπείας

Με άλλα λόγια, η τεχνολογία αποδεικνύεται καθημερινά στο χώρο μας σαν ένα χρήσιμο όργανο, που παράγει και παρέχει υψηλής στάθμης υπηρεσίες, φτάνει μόνο να μην τοποθετείται πάνω από τις βασικές αρχές της Νοσηλευτικής. Πράγματι, έχουν παρατηρηθεί τελευταία περιπτώσεις νοσηλευτών, που δίνουν μεγαλύτερη σημασία στα ηλεκτρονικά μηχανήματα παρά στον ίδιο τον ασθενή, με αποτέλεσμα να συγκεντρώνουν την προσοχή τους στην επιβίωσή του και μόνο, αντί στην ποιότητα της ζωής που του προσφέρουν.



Η κοινωνία μας άρχισε τελευταία να αντιδρά στην αποπροσωποποίηση της σημερινής μοντέρνας περίθαλψης. Ο John Neisbitt τονίζει ότι πρέπει ο κάθε νοσηλευτής να μάθει να αντισταθμίσει τις υλικές παροχές της τεχνολογίας με τις πνευματικές απαιτήσεις της ανθρώπινης φύσης. Είναι πολύ σημαντικό για τη νοσηλεύτρια να συνειδητοποιεί τη σπουδαιότητα των ψυχοπνευματικών παραγόντων στην αντίδραση του ασθενούς προς την ασθένειά του. Η επόμενη γενιά νοσηλευτών τείνει να προσαρμοστεί με την τεχνολογική γνώση και πράξη μόνον και να περιορίσει την ανθρωπιστική πλευρά της νοσηλευτικής στο ελάχιστο. Ας ελπίσουμε ότι νέα πρωτοποριακά εκπαιδευτικά προγράμματα θα εμφανιστούν που θα προετοιμάζουν επαγγελματίες ικανούς να ερμηνεύουν και να εφαρμόζουν την τεχνολογία στη Νοσηλευτική με τον πιο σωστό και ισορροπημένο τρόποι.





## 10<sup>0</sup> ΚΕΦΑΛΑΙΟ

### 10.1 Ηθικοί προβληματισμοί κατά τη χρήση της τεχνολογίας.

#### 10.1.1 Δεοντολογικές προσεγγίσεις της νοσηλευτικής .

Οι πεποιθήσεις γύρω από τη συμπεριφορά των Νοσηλευτριών, κωδικοποιήθηκαν σαν «Κώδικες Δεοντολογίας» , κατά την δεκαετία του 1950 από Διεθνείς και Εθνικούς Νοσηλευτικούς Οργανισμούς. Οι κώδικες σημαδεύουν την αρχή της συστηματικής ανάπτυξης των Νοσηλευτικών καθηκόντων και υποχρεώσεων, σαν αντικείμενο μελέτης από την ίδια τη Νοσηλευτική επιστήμη. Σκοπό έχουν να καθοδηγήσουν τις αποφάσεις και προσδιορίζουν το περιεχόμενο των Νοσηλευτικών πράξεων. Ακόμη, παρέχουν ένα πρότυπο για τη λήψη αποφάσεων οι οποίες αφορούν ηθικούς κανόνες και αρχές συμπεριφοράς στον επαγγελματικό, επιστημονικό τομέα . Συνοπτικά οι ηθικοδεοντολογικοί κανόνες της Νοσηλευτικής αποτελούνται από αρχές, κανόνες συμπεριφοράς και ενέργειες ιδιαίτερα προσαρμοσμένες στις απαιτήσεις της Νοσηλευτικής επιστήμης<sup>36</sup> .

#### 10.1.2.Αρχές δεοντολογίας

Οι επιστημονικοί κανόνες δεοντολογίας αναπτύσσονται σε διάλογο με την κοινωνία και είναι ανοικτοί προς δημόσια συζήτηση και έρευνα . Αφορούν τα επιστημονικά επαγγέλματα. Αποτελούν ένα τύπο εφαρμοσμένων κανονιστικών διατάξεων συμπεριφοράς. Χρησιμοποιούν ηθικές αρχές με τις οποίες καθορίζονται οι πράξεις σαν σωστές ή λανθασμένες σε κάθε πρόβλημα της νοσηλευτικής ασκήσεως. Οι Νοσηλευτικές ηθικοδεοντολογικές αρχές, έχουν επίσης απ' ευθείας σχέση με έναν άλλο τύπο εφαρμοσμένων κανονιστικών ηθικών αρχών, τις ονομαζόμενες Βιοϊατρικές ηθικές αρχές ή εφαρμοσμένες αρχές στην επιστήμη της Ιατρικής και υγειονομικής φροντίδας.



Ο τύπος των αρχών αυτών είναι σχεδόν καινούργιος. Έγινε σημαντικός καθώς πληθύνονται οι αποφάσεις για θέματα υγείας γύρω από το πρόβλημα των εκτρώσεων, τη διακοπή της μηχανικής αναπνευστικής υποστήριξη του αρρώστου, τη νομοθεσία του εγκεφαλικού θανάτου. Τα βιοϊατρικά θέματα αναφέρονται σε θεωρίες και αρχές προερχόμενες από την επιστήμη της ηθικοφιλοσοφίας. Οι Βιοϊατρικές αρχές δεοντολογίας εφαρμόζουν τις φιλοσοφικές ιδέες στα προβλήματα που προκύπτουν κατά την παροχή της Νοσηλευτικής Φροντίδας

Η Νοσηλευτική Επιστήμη συνδέεται άμεσα με τις αρχές της Βιοϊατρικής Δεοντολογίας όπου προβάλλονται τρόποι, μέθοδοι που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τη διαπίστωση περιπτώσεων προβλημάτων ηθικοδεοντολογικού χαρακτήρα καθώς και τρόποι προσέγγισης για την επίλυσή τους.

Η συμπεριφορά της Νοσηλεύτριας/τή σε σχέση με τις αρχές και τους κανόνες της ηθικής δεοντολογίας είναι προσαρμοσμένη σε ένα γενικότερο πλαίσιο αναφορικά με την παροχή φροντίδας. Στηρίζεται στο σεβασμό του ατόμου και υπογραμμίζεται από τις αρχές της:

- ✚ αυτονομίας
- ✚ μη βλαβερότητας
- ✚ δικαιοσύνης
- ✚ φιλαλήθειας

**Αυτονομία:** Ορίζεται σαν αυτοέλεγχος. Απαιτεί τον σεβασμό του ατόμου, στα πλαίσια της φροντίδας, ως αυτόνομου παράγοντος, ο οποίος έχει το δικαίωμα να ελέγχει τη ζωή του. Η Νοσηλεύτρια / τής, παρέχει φροντίδα με τον τρόπο της πληροφόρησης, ώστε να μπορεί να κατανοεί και να επιλέγει ο άρρωστος. Το δικαίωμα του αρρώστου για ησυχία, εχεμύθεια, επίσης απορρέουν από την αρχή της αυτονομίας.

**Μη βλαβερότητας:** Για την Νοσηλεύτρια/τή σημαίνει απομάκρυνση όλων των παραγόντων, οι οποίοι θα συμβάλλουν στο να προκληθεί βλάβη εις βάρος του αρρώστου. Η αρχή απαιτεί ασφαλή φροντίδα με ευγένεια και πλήρη υπευθυνότητα. Ακόμη, στην αρχή, συμπεριλαμβάνεται η απομάκρυνση κάθε τι που θα ενοχλήσει ή θα δημιουργήσει πόνο ή ανικανότητα στον άρρωστο.



Όπως αναφέρεται χαρακτηριστικά στο Νοσηλευτικό Κώδικα του Συνδέσμου Αμερικανίδων Νοσηλευτριών (ANA, 1976) η Νοσηλεύτρια διατηρεί σε υψηλό επίπεδο τις νοσηλευτικές της ικανότητες κατά την παροχή των υπηρεσιών της.

**Αγαθοεργία:** Είναι συνέχεια της προηγούμενης αρχής. Απαιτεί πράξεις, οι οποίες συμβάλλουν στην ευημερία των άλλων. Συνδέεται με την πρόληψη και απομάκρυνση του κινδύνου, τη συμπόνια, την αγάπη, την καλοσύνη, τη φιλανθρωπία. Η Νοσηλεύτρια/τής παρέχει τις υπηρεσίες φροντίδας με κατανόηση, σε σχέση με την ανθρώπινη αξιοπρέπεια και τη μοναδικότητα του αρρώστου σαν άτομο. με λίγα λόγια η Νοσηλεύτρια / τής βοηθά τον άρρωστο μέχρι τέλους, ακόμη και σε περιπτώσεις που η ιατρική επιστήμη αποσύρεται από τον πρωταγωνιστικό ρόλο της φροντίδας.

**Δικαιοσύνη:** Η αρχή ισοδυναμεί με την αμεροληψία. Η Νοσηλεύτρια / της για να υπερασπισθεί την αμεροληψία και το δίκαιο στο υψηλότερο δυνατό επίπεδο, χρειάζεται να είναι απηλλαγμένη από προσωπικές προκαταλήψεις, διακρίσεις και να έχει αυτογνωσία των πράξεών της

**Φιλαλήθεια.** Με την αρχή αυτή απαιτείται από τη Νοσηλεύτρια / τη να είναι φιλαλήθης στις συναλλαγές της και επί πλέον να παραμένει εχέμυθος σε ότι αφορά τον άρρωστο.

Όλες αυτές οι αρχές καθοδηγούν την ανάπτυξη των ηθικών και δεοντολογικών αξιών της Νοσηλευτικής<sup>36</sup>.



## 10.2 Νοσηλευτικοί κώδικες - ηθικά διλήμματα

Η ύπαρξη και δημιουργία του κώδικα είναι βασικό χαρακτηριστικό κάθε επιστημονικού επαγγέλματος. Επιπλέον παρέχει τρόπους για τον επαγγελματικό αυτοέλεγχο,. Δείχνει την αποδοχή της επαγγελματικής ευθύνης και την εμπιστοσύνη με την οποία περιβάλλεται το επάγγελμα από την κοινωνία. Ο Νοσηλευτικός Κώδικας αναφέρεται με σαφήνεια στις ευθύνες της Νοσηλεύτριας σαν πρόσωπο με επιστημονική κατάρτιση.

Συγκεκριμένα, οι Νοσηλευτικοί κώδικες σκοπό έχουν να:

- ⇒ βοηθήσουν τις Νοσηλεύτριες / τές να αναπτύξουν την ικανότητα ολοκλήρωσης ηθικοδεοντολογικού συλλογισμού κατά την πρακτική τους
- ⇒ προσδιορίσουν το ρόλο της Νοσηλευτικής αποστολής και των ασκούντων αυτή σε οποιοδήποτε τομέα υγείας
- ⇒ προσδιορίσουν τον Νοσηλευτικό ρόλο στη συμμετοχή της διαδικασίας των αποφάσεων γύρω από άτομα με ειδικές ανάγκες υγείας
- ⇒ αναπτύξουν την καταγραφή και αναφορά μηχανισμών, ώστε να διαβεβαιωθούν οι Νοσηλεύτριες/τές ότι ενεργούν όπως απαιτούν οι κανόνες και οι αρχές δεοντολογίας.

Οι πρώτοι εθνικοί κώδικες Νοσηλευτικής υιοθετήθηκαν το 1949 στη Λιβηρία, και το 1950 στην Αμερική. Ήταν 10 Ιουλίου 1953μ, όταν στη συνάντηση του Διεθνούς Συμβουλίου Νοσηλευτικής (ICN) που συνήλθε στον Σάο Πάολο της Βραζιλία το Ανώτατο Συμβούλιο ψήφισε τον πρώτο Διεθνή Κώδικα Νοσηλευτικής. Μεταγενέστερα, τον Ιούνιο του 1965, αναθεωρήθηκε από το Ανώτατο Συμβούλιο και πάλι στη συνάντηση της Φραγκφούρτης στη Δ. Γερμανία. Ο νέος κώδικας που ισχύει έως σήμερα, προτάθηκε από την Υπηρεσία της Επιστημονικής Επιτροπής του ICN και υιοθετήθηκε στη συνάντηση του Συμβουλίου των Εθνικών Αντιπροσώπων του ICN τον Μάιο του 1973 στο Συνέδριο του Μεξικού.



## 11<sup>ο</sup> ΚΕΦΑΛΑΙΟ

### 11.1 Η διάγνωση της κατάθλιψης από Η/Υ

Με την ραγδαία εξέλιξη των επιστήμων και κυρίως της πληροφορικής πολλές παραδοσιακές επιστήμες άρχισαν να εκμεταλλεύονται με τον καλύτερο τρόπο τις δυνατότητες της πληροφορικής. Στα τελευταία 50 χρόνια έχουν επιτευχθεί τόσα πολλά στον τεχνολογικό τομέα, που άλλαξαν ριζικά την ζωή του ατόμου. . Με τα τεχνολογικά αυτά επιτεύγματα ανατράπηκαν πάρα πολλές απαισιόδοξες προβλέψεις για το μέλλον της ανθρωπότητας. Σήμερα δίδεται μεγάλη έμφαση στην πρόληψη των ψυχικών νοσημάτων όπως και κάθε άλλης διαταραχής της υγείας. Ο ακαδημαϊκός και καθηγητής της ιατρικής Γεώργιος Μερίκας γράφει, ότι το στοιχείο «πρόληψη» είναι πλέον κυριολεκτικά δεσπόζουσας σημασίας για τη σύγχρονη άρτια κλινική ιατρική σκέψη, τη σωστή έρευνα και την αποδοτική περίθαλψη <sup>1</sup>.

Η πρόληψη οποιασδήποτε κατάστασης είναι αποτελεσματικότερη από τη θεραπεία. Η πρόληψη της κατάθλιψης είναι πιο πολύπλοκη από την πρόληψη άλλων ανθρώπινων ασθενειών. Όταν λέμε πρόληψη εννοούμε την αποφυγή της χρόνιας κατάθλιψης και των παγίδων που ο χρόνια καταθλιπτικός μπορεί να στήσει. Οι καταθλιπτικοί πρέπει να ξέρουν πως και που να βρίσκουν επιστημονική βοήθεια όταν τη χρειάζονται και το κάνουν το γρηγορότερο δυνατό.

Για να επιτευχθεί η πρόληψη, ώστε να παρεμποδιστεί η εμφάνιση και ανάπτυξή της, πρέπει:

1) να κατανοήσουμε και να ελέγξουμε τους παράγοντες που συντελούν στη δημιουργία της,

2) να κατέχουμε τις μεθόδους που είναι ικανές να εξαλείψουν τους νοσογόνους παράγοντες του περιβάλλοντος ώστε να παρεμποδίζουν την προσβολή του ανθρώπινου βιοψυχοκοινωνικού οργανισμού.



## 11.2. Διάκριση Πρόληψης

Η πρόληψη της κατάθλιψης, αφού αυτή θεωρείτε πρόβλημα υγείας, μπορεί να καταταχθεί σε τρεις βαθμούς: πρώτο, δεύτερο και τρίτο βαθμό.

### 11.2.1. Πρωτοβάθμια πρόληψη

1) Η «πρωτοβάθμια πρόληψη» έχει δύο σημαντικούς στόχους: πρώτα να αυξήσει την επίγνωση του κοινού για καλύτερη αντιμετώπιση επεισοδίων οξείας κατάθλιψης και δεύτερον να διδάξει το άτομο να αποφύγει την παγίδευση στη χρόνια κατάθλιψη ή σε καταθλιπτογενές περιβάλλον.

Η καλή επικοινωνία με τα μέλη της οικογένειας αποτελεί σημαντικό μέτρο για την πρόληψη της κατάθλιψης<sup>16</sup>.

Η νοσηλευτική βρίσκεται στην πρώτη γραμμή της μάχης για την πρόληψη των ψυχικών διαταραχών. Έχει τη δυνατότητα η νοσηλευτική να παρέμβει στην ψυχολογική κρίση του ατόμου με προσωπική παρουσία και φροντίδα. Η φροντίδα γίνεται με θεραπευτικό υποστηρικτικό διάλογο, με καθοδήγηση στη λύση του υποκείμενου προβλήματος και με εκπαίδευση πώς να βγει το άτομο από την κρίσιμη κατάσταση με αυξημένο δυναμικό για ψυχική υγεία.

### 11.2.2. Δευτεροβάθμια πρόληψη

2) Η «δευτερογενής πρόληψη» επιδιώκει την ανίχνευση των ψυχικά νοσούντων, την έγκαιρη διάγνωση και αποτελεσματική θεραπεία της ψυχικής διαταραχής, ώστε να ελαχιστοποιηθεί η διάρκειά της, να προληφθούν οι παθολογικές επιπτώσεις της στα μέλη της κοινωνίας και η εγκατάσταση της ψυχικής αναπηρίας στους αρρώστους<sup>1</sup>.

Ο νοσηλευτής λειτουργεί ως δίοδο από την οποία ο ασθενής θα παραπεμφθεί σε άλλες αρμόδιες υπηρεσίες ανάλογα με τις ανάγκες του. Στο σημείο αυτό έγκειται και η προετοιμασία της δευτερογενούς πρόληψης, δηλαδή: α) η χωρίς καθυστέρηση παραπομπή και, β) η χορήγηση πολύτιμων πληροφοριών.



### 11.2.3. Τριτοβάθμια πρόληψη

3) Το έργο του νοσηλευτή στους χρόνιους ασθενείς περιγράφει ακριβέστερα ο όρος «τριτογενής πρόληψη». Αναφέρεται σε άτομα με ήδη εξακριβωμένη ψυχική κατάσταση και περιλαμβάνει το πρόγραμμα αποκατάστασης και επανένταξής τους στην κοινωνία. Ειδικότερα η αποκατάσταση στοχεύει στην κάλυψη των κυριότερων αναγκών του ασθενούς γιατί αυτός:

- Ζητάει αληθινές πληροφορίες
- Βασανίζεται από τη σκέψη του μέλλοντος
- Πρέπει να καταπολεμά ανώμαλες εμπειρίες
- Χρειάζεται οικονομική κάλυψη

Αντιμετωπίζει κοινωνικά προβλήματα <sup>16</sup>.

Προς τον σκοπό αυτό δημιουργούνται ενδιάμεσες δομές υπηρεσιών ψυχικής υγείας, τα ψυχιατρικά νοσοκομεία ημέρας ή νύχτας, οι ψυχιατρικοί τομείς στα γενικά νοσοκομεία, τα κέντρα ψυχικής υγείας, οι ξενώνες, τα προστατευόμενα εργαστήρια, οι σταθμοί ψυχιατρικών πρώτων βοηθειών με ανοιχτή τηλεφωνική γραμμή 24ώρες το 24ωροκ.ά.<sup>1</sup>. Τέλος, υπάρχουν διάφορα ερωτηματολόγια στο διαδύκτιο (internet) τα οποία μπορεί να επισκεφθεί ο καθένας ο οποίος παρατηρεί κάποιες σημαντικές αλλαγές στον ψυχικό και πνευματικό του κόσμο και χρειάζεται βοήθεια ώστε να αντιμετωπίσει τα προβλήματα του, και κάνοντας τα tests που υπάρχουν έτσι ώστε να τον βοηθήσουν να κατανοήσει την κατάσταση στην οποία βρίσκεται και έγκαιρα να επισκεφθεί κάποιον ειδικό για να τον βοηθήσει πνευματικά και να του συστήσει την καταλληλότερη θεραπεία.



## ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

### ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ 1<sup>0</sup>

1. Αισθανόμαι άθλια- δυστυχισμένος και λυπημένος.
    - Όχι, όχι καθόλου
    - Όχι, όχι πολύ
    - Ναι, ορισμένες φορές
    - Ναι, οπωσδήποτε
  
  2. Το βρίσκω εύκολο να κάνω τα πράγματα που συνήθιζα να κάνω.
    - Ναι, οπωσδήποτε
    - Ναι, ορισμένες φορές
    - Όχι, όχι πολύ
    - Όχι, όχι καθόλου
  
  3. Γινόμαι πολύ φοβισμένος ή πανικόβλητος ή τρομοκρατημένος για προφανώς κανέναν λόγο.
    - Όχι, όχι καθόλου
    - Όχι, όχι πολύ
    - Ναι, ορισμένες φορές
    - Ναι, οπωσδήποτε
  
  5. Εχώ κλαίουσες χρονικές περιόδους ή αισθάνομαι έτσι.
    - Όχι, όχι καθόλου
    - Όχι, όχι πολύ
    - Ναι, ορισμένες φορές
    - Ναι, οπωσδήποτε
  
  6. Ακόμα απολαμβάνω τα πράγματα που συνήθιζα να κάνω.
    - Ναι, οπωσδήποτε
    - Ναι, ορισμένες φορές
    - Όχι, όχι πολύ
    - Όχι, όχι καθόλου
  
  7. Είμαι ανήσυχος, νευρικός και δεν μπορώ να μένω ακίνητος.
    - Όχι, όχι καθόλου
    - Όχι, όχι πολύ
    - Ναι, ορισμένες φορές
    - Ναι, οπωσδήποτε
-



8.Συνηθίζω να κοιμάμαι εύκολα χωρίς υπνωτικά χάπια.

- Ναι, οπωσδήποτε
- Ναι, ορισμένες φορές
- Όχι, όχι καθόλου
- Όχι, όχι πολύ

9.Αισθανόμαι νευρικός όταν βγαίνω έξω από το σπίτι μόνος μου.

- Όχι, όχι καθόλου
- Όχι, όχι πολύ
- Ναι, ορισμένες φορές
- Ναι, οπωσδήποτε

10.Εχω χάσει το ενδιαφέρον μου στα πράγματα.

- Όχι, όχι καθόλου
- Όχι, όχι πολύ
- Ναι, ορισμένες φορές
- Ναι, οπωσδήποτε

11.Αισθανόμαι κουρασμένος, κουράζομαι χωρίς κανέναν λόγο.

- Όχι, όχι καθόλου
- Όχι, όχι πολύ
- Ναι, ορισμένες φορές
- Ναι, οπωσδήποτε

12.Είμαι πιο ευέξαπτος από συνήθως.

- Όχι, όχι καθόλου
- Όχι, όχι πολύ
- Ναι, ορισμένες φορές
- Ναι, οπωσδήποτε

13.Ξυπνάω νωρίς και μετά κοιμάμαι άσχημα για την υπόλοιπη νύχτα.

- Όχι, όχι καθόλου
- Όχι, όχι πολύ
- Ναι, ορισμένες φορές
- Ναι, οπωσδήποτε<sup>37</sup>



## **ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ 2<sup>ο</sup>**

### **1.Κάνω τα πράγματα αργά.**

- Όχι καθόλου
- Μόνο λίγο
- Κάπως
- Μέτρια
- Μάλλον αρκετά
- Παρά πολύ

### **2.Το μέλλον μου μοιάζει μάταιο , απελπισμένο.**

- Όχι καθόλου
- Μόνο λίγο
- Κάπως
- Μέτρια
- Μάλλον αρκετά
- Παρά πολύ


### **3.Είναι δύσκολο για μένα να συγκεντρωθώ στο διάβασμα.**

- Όχι καθόλου
- Μόνο λίγο
- Κάπως
- Μέτρια
- Μάλλον αρκετά
- Παρά πολύ

### **4.Η ευτυχία και η διασκέδαση έχουν φύγει από τη ζωή μου.**

- Όχι καθόλου
- Μόνο λίγο
- Κάπως
- Μέτρια
- Μάλλον αρκετά
- Παρά πολύ

### **5.Εχώ δυσκολία στο να παίρνω αποφάσεις.**

- Όχι καθόλου
  - Μόνο λίγο
  - Κάπως
  - Μέτρια
  - Μάλλον αρκετά
  - Παρά πολύ
- 

**6.Εχώ χάσει το ενδιαφέρον σε απόψεις, πλευρές της ζωής που συνηθίζαν να είναι σημαντικές για μένα.**

- Όχι καθόλου
- Μόνο λίγο
- Κάπως
- Μέτρια
- Μάλλον αρκετά
- Παρά πολύ

**7.Αισθανόμαι λυπημένος, μελαγχολικός και δυστυχισμένος.**

- Όχι καθόλου
- Μόνο λίγο
- Κάπως
- Μέτρια
- Μάλλον αρκετά
- Παρά πολύ

**8.Είμαι ταραγμένος και συνηθίζω να τριγυρνάω τριγύρω.**

- Όχι καθόλου
- Μόνο λίγο
- Κάπως
- Μέτρια
- Μάλλον αρκετά
- Παρά πολύ

**9.Νοιωθώ κουρασμένος.**

- Όχι καθόλου
- Μόνο λίγο
- Κάπως
- Μέτρια
- Μάλλον αρκετά
- Παρά πολύ

**10.Χρειάζεται μεγάλη προσπάθεια για μένα να κάνω τα απλά πράγματα.**

- Όχι καθόλου
- Μόνο λίγο
- Κάπως
- Μέτρια
- Μάλλον αρκετά
- Παρά πολύ

**11.Νοιωθω ότι είμαι ένας ένοχος άνθρωπος του οποίου του αξίζει να τιμωρηθεί.**

- Όχι καθόλου
- Μόνο λίγο
- Κάπως
- Μέτρια
- Μάλλον αρκετά
- Παρά πολύ

**12.Αισθανομαι ως αποτυχία.**

- Όχι καθόλου
- Μόνο λίγο
- Κάπως
- Μέτρια
- Μάλλον αρκετά
- Παρά πολύ

**13.Αισθανόμαι χωρίς ζωή, περισσότερο νεκρός παρά ζωντανός.**

- Όχι καθόλου
- Μόνο λίγο
- Κάπως
- Μέτρια
- Μάλλον αρκετά
- Παρά πολύ

**14.Ο ύπνος μου έχει γίνει ανήσυχος, πολύ λίγο, παρά πολύ ή διακεκομμένος ύπνος.**

- Όχι καθόλου
- Μόνο λίγο
- Κάπως
- Μέτρια
- Μάλλον αρκετά
- Παρά πολύ

**15.Περναω χρόνο σκεπτόμενος πω να σκοτώσω τον εαυτό μου.**

- Όχι καθόλου
- Μόνο λίγο
- Κάπως
- Μέτρια
- Μάλλον αρκετά

**16.αισθανομαι παγιδευμένος ή πιασμένος.**

- Όχι καθόλου
- Μόνο λίγο
- Κάπως
- Μέτρια
- Μάλλον αρκετά
- Παρά πολύ

**17.Αισθανόμαι κατάθλιψη ακόμα και όταν ωραία πράγματα μου συμβαίνουν.**

- Όχι καθόλου
- Μόνο λίγο
- Κάπως
- Μέτρια
- Μάλλον αρκετά
- Παρά πολύ

**18.Χώρις να προσπαθώ να κάνω δίαιτα, έχω χάσει ή πάρει βάρος**

- Όχι καθόλου
- Μόνο λίγο
- Κάπως
- Μέτρια
- Μάλλον αρκετά
- Παρά πολύ



## ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ 3<sup>0</sup>

### **ΒΗΜΑ 1**

Σημείωσε οποία από τα συμπτώματα έχεις νοιώσει σε μια τακτική βάση τουλάχιστον τις δύο περασμένες βδομάδες.

#### **Συναισθηματικά συμπτώματα**

- Έλλειψη κινήτρων
- Συνεχής μελαγχολία
- Ερεθιστότητα
- Πρόβλημα συγκέντρωσης
- Αίσθημα απομόνωσης όχι τόσο συνδεδεμένο με την οικογένεια και τους φίλους
- Χάσιμο του ενδιαφέροντος σε αγαπημένες δραστηριότητες
- Συνεχής ανησυχία
- Αίσθημα αναξιότητας ή ένοχης χωρίς κανέναν λόγο
- Σκέψεις για θάνατο ή αυτοκτονία

#### **Σωματικά συμπτώματα**

- Πονοκέφαλοι
- Ανεξήγητα μυϊκά προβλήματα
- Υπερένταση
- Χαμηλή ενέργεια
- Ανάστατο στομάχι
- Προβλήματα ύπνου
- Καρδιακοί παλμοί
- Σημαντική αλλαγή βάρους

### **ΒΗΜΑ 2**

Μπορεί τα συμπτώματα να επηρεάσουν την ικανότητα σου να είσαι ο εαυτός σου και να λειτουργείς σε καθημερινή βάση.(απαιτείται)  
(Για παράδειγμα, μπορεί τα συμπτώματα σου να επηρεάσουν την καθημερινή σου επέμβαση με την αλληλεπίδραση σου με την οικογένεια σου και τους φίλους σου ή την διασκέδαση με αγαπημένα συνήθειες και δραστηριότητες?)

⇒ Ναι, τα συμπτώματα μου επηρεάζουν την καθημερινή μου λειτουργία.

⇒ Όχι, τα συμπτώματα μου δεν επηρεάζουν την καθημερινή μου λειτουργία.<sup>38</sup>



## ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ Ή ΕΠΙΛΟΓΟΣ Ή ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Σύμφωνα με όσα προαναφέρθηκαν, η κατάθλιψη είναι μια ψυχική ασθένεια με μεγάλη σοβαρότητα, η οποία έχει επιπτώσεις στη ζωή του καταθλιπτικού και της οικογενείας του και χρίζει μεγάλης υποστήριξης και βοήθειας.

Είναι σημαντικό λοιπόν, να ευαισθητοποιηθεί το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό για την κατάθλιψη στο γενικό νοσοκομείο και στους χώρους όπου παρέχεται φροντίδα στον άνθρωπο, γιατί οι συνάνθρωποι μας που πάσχουν από κατάθλιψη δεν βρίσκονται μόνο στις ψυχιατρικές κλινικές ή κουβαλούν πολλά περισσότερα προβλήματα από ότι νομίζουμε.

Οι πρότυπες νοσηλευτικές στάσεις που συνιστώνται σαν θεραπευτικές είναι:

Η επιείκεια, ενεργητική φιλικότητα, συναισθηματική ουδετερότητα, αξιοπρεπής παρακολούθηση και ευγενική σταθερότητα.

§ Η επιείκεια εκδηλώνεται με την ελαστικότητα στο χειρισμό των δυσκολιών του αρρώστου να προσαρμοσθεί στο θεραπευτικό πρόγραμμα.

§ Στην ενεργητική φιλικότητα οι νοσηλευτές και οι νοσηλεύτριες παίρνουν την πρωτοβουλία και δείχνουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον ή θαλπωρή στον άρρωστο, πάντοτε προσαρμοσμένα στις θεραπευτικές του ανάγκες.

§ Στην παθητική φιλικότητα εξάλλου, ο νοσηλευτής\τρια λέει καθαρά ότι είναι διαθέσιμος για να βοηθήσει τον άρρωστο και διατηρεί επαφή μαζί του, αλλά δεν παίρνει την πρωτοβουλία να εκδηλώσει ιδιαίτερη προσοχή.

§ Συναισθηματική ουδετερότητα είναι η στάση κατά την οποία ο νοσηλευτής δεν αντιδρά ανοικτά συναισθηματικά στις παρεκκλίσεις, στην έκδηλη δυσφορία ή σε σκόπιμους ελιγμούς (μανούβρες) του αρρώστου. Αποφεύγεται ακόμη και η προσωπική ενθάρρυνση του αρρώστου.

§ Η ευγενική σταθερότητα απαιτεί από το νοσηλευτή και τη νοσηλεύτρια να μεταβιβάζουν στον άρρωστο αίσθημα ασφάλειας, ότι γνωρίζουν ακριβώς τι πρέπει να γίνει και ότι περιμένουν να εφαρμοσθούν αυτά που ζητούν. Ευγενική σταθερότητα χρειάζεται και κατά την εφαρμογή περιοριστικών μέτρων, το συντομότερο, δυνατό χρονικό διάστημα και ύστερα από γραπτή οδηγία<sup>1</sup>.



- § Όταν το καταθλιπτικό άτομο βγει από το νοσοκομείο, δηλαδή βρεθεί εκτός θεραπευτικού νοσοκομειακού περιβάλλοντος, σημαντική βοήθεια μπορεί να αντλήσει από την Κοινωνική Νοσηλευτική. Η Κοινωνική Νοσηλευτική όμως πέρα από ότι βοηθά άτομα άρρωστα, συμβάλλει και στην πρόληψη.
- § Τι είναι αλήθεια Κοινωνική Νοσηλευτική; Είναι κλάδος της Νοσηλευτικής, ο οποίος συνδυάζει επιστημονικές γνώσεις και δεξιότητες προερχόμενες τόσο από την Νοσηλευτική όσο και από την Δημόσια Υγιεινή τις οποίες εφαρμόζει με σκοπό την προαγωγή της υγείας των ατόμων της κοινότητας .
- § Η Κοινωνική Νοσηλευτική μπορεί να βοηθήσει το καταθλιπτικό άτομο μέσα στα πλαίσια της οικογένειας και του εργασιακού περιβάλλοντος ή γενικότερα στην πρόληψη εμφάνισης κατάθλιψης από φυσιολογικά άτομο.
- § Αφού η οικογένεια αποτελεί σύνολο και σύστημα, η αρρώστια ενός μέλους του συστήματος, έχει άμεση επίπτωση σε όλο το σύστημα και ο τρόπος που το σύστημα αντιδρά έχει άμεση επίδραση στο μέλος που πάσχει. Όσο πιο σωστά και αποτελεσματικά λειτουργεί το σύστημα, τόσο πιο καλά θα προσαρμόζονται τα μέλη <sup>35</sup>.
- § Στη σωστή λειτουργία του συστήματος αυτού αλλά και του συστήματος της εργασίας καλείται να συμβάλλει η Κοινωνική Νοσηλευτική και να βοηθήσει δυναμικά, πράγμα το οποίο κάνει.
- Εκτός από τα παραπάνω, οι καταθλιπτικοί μπορούν να βρουν υποστήριξη από τις ανοικτές γραμμές επικοινωνίας στήριξης ατόμων. Πρόκειται για οργανωμένα τηλεφωνικά κέντρα , επανδρωμένα με προσωπικό καταρτισμένο σε θέματα ψυχικής υγείας. Συζητούν με τα καταθλιπτικά άτομα, ακούν τα προβλήματά τους, τα καθησυχάζουν, τους δίνουν πληροφορίες για ψυχιατρικές δομές και κέντρα ψυχικής υγιεινής, τα αποτρέπουν από το να αυτοκτονήσουν σε περίπτωση που ο καταθλιπτικός τους καλέσει και τους ζητήσει βοήθεια.
- § Τελειώνουμε με την ελπίδα η μελέτη αυτή να έριξε φως σε βασικά σημεία της κατάθλιψης. Προσπάθεια μας ήταν να είναι όσο το δυνατόν περισσότερο κατατοπιστική και πλήρης.





## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

1. Παράσχος Α., Ιεροδιακόνου Χ., Φωτιάδης Χ., Δημητρίου Ε., «Συναισθηματικές Διαταραχές» στη «Ψυχιατρική Επιμέλεια» Εκδόσεις Μαστορίδη, Θεσσαλονίκη 1988
2. Rulie I Roberts m, Taylor R Liaison psychiatry nursing in an inner city accident and emergency department. Journal of psychiatric and mental health nursing. 1997.
3. American psychiatric association. Diagnostic criteria from DSM-IV. Washington DC 1999
4. Huprich S.K. «Depressive Personality Disorder: Theoretical Issues, Clinical Findings» and «Future Research Questions Clinical psychology Review», vol 18, No 5, Published Elsevier Science Ltd, U.S.A ,1998, 477 – 500
5. Mackinnon D.f., Jamison KR., Depaylos R., «Γενετική της Μανιοκαταθλιπτικής Νόσου, Αναζητήσεις: Νευρολογία ψυχιατρική», Τεύχος 5, Εκδόσεις Μαΐανδρος, Θεσ/νίκη 1997, 53
6. Samuelsson M., Sunbring Y., Winnel I., Asberg M. Nurses Attitudes to Attempted Suicide patients. Scandinavian Journal of Caring Science. 1997
7. Χριστοδούλου Ν.Γ., «Κατάθλιψη», 1998
8. Μάνου Νίκος, «Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής», 1997
9. Ελληνική Ψυχιατρική Εταιρία, «κατάθλιψη – τι πρέπει να γνωρίζετε για αυτή», ενημερωτικό φυλλάδιο, χορηγία της Smith Cline Beecham Pharmaceuticals, Αθήνα 1999
10. Alloy L.B., Acocella J., Bootzin R.R., «Abnormal Psychology Current Perspectives», 7<sup>th</sup> Edition, Published by Mc Graw Hill Inc, New York 1996
11. Copeland J.R.M., Beekman A.T.F., Dewey M.E. et al, «Depression in Europe», British Journal of Psychiatry, published by the Royal College of Psychiatrists, London, 1999

- 12.Sidley G. General nurses attitudes to patients who self-harm nursing Standard 1996
- 13.Gilbert P., «Ξεπερνώντας την κατάθλιψη», (μετάφραση: Κατερίνα, Αγγελική – Γιώργος Ευσταθίου), εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1999
- 14.Πριαμη Μ. Η εξέλιξη της διασυνδεδετικής συμβουλευτικής νοσηλευτικής ψυχικής υγείας στα Γενικά νοσοκομεία.Νοσηλευτική 1998
- 15.Ντώνιας Χ. Σταμάτης, « Η διάγνωση της κατάθλιψης», εκδόσεις Κοινοτικό κέντρο ψυχιατρικής υγείας, Θεσσαλονίκη, 1999
- 16.Kaplan and Sadok's. Ψυχιατρική 7<sup>η</sup> Έκδοση.τομος Β.  
Μετάφραση Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας 200
- 17.Σολδάτος Μ., «Ψυχολογία και Ψυχοπαθολογία της γυναίκας», εκδόσεις ψυχιατρική κλινική Πανεπιστημίου, Αθήνα ,1999
- 18.Spitzer RI, Williams JBW.Classification of mental disorders and DSM – III. In: Kaplan HI, Freedman AM, Sadock Bj(eds) «Comprehensive Textbook of Psychiatry». 3<sup>rd</sup> ed, Baltimore, Williams and Wilkins, 1980
- 19.Kaplan IH, Sadock BJ, Grebb JA. Kaplan and Sadock's «Synopsis of Psychiatry». 7<sup>th</sup> ed, Baltimore, Williams and Wilkins, 1994
- 20.ICD – 10. «Classification of mental and behavioral disorders: Clinical description and diagnostic guidelines», World Health Organization, 1992
- 21.American Psychiatric association, «Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders», 4<sup>th</sup> ed, Washington, American Psychiatric Association, 1994
- 22.Ingram R.E., «Encyclopedia of Human Behaviour – Depression» Vol.2, Published by Academic Press Inc., California, 1994
- 23.Kaplan HI, SADOCK B., «Comprehensive Text Book of Psychiatry», 6<sup>th</sup> ed, Baltimore, Williams and Wilkins.1995



- 24.American PSYCHIATRIC ASSOCIATION., « Diagnostic Criteria from DSM – IV», Washington DC.,1994
- 25.American Psyciatric Association, «Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders», 4<sup>th</sup> ed, Washington, DC., APA, 1994
- 26.Kaplan HI Sadock BJ GREBB JA, Kaplan and sadocks «Synopsis of phychiatry» 7<sup>th</sup> ed, Baltimore and Wikins, 1994
- 27.Βασλαματζής, Γ., «Η κατάθλιψη ως στοιχείο διαταραχής της προσωπικότητας.» Στο: 26<sup>ο</sup> Ετήσιο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο με θέμα»'Ιδιαιτερότητες στη διάγνωση και αντιμετώπιση της κατάθλιψης., Αθήνα, Ιατρική εταιρία Αθηνών,2000
- 28.Harvey RA, Champe PC, «Φαρμακολογία», Συντονισμός – Επιμέλεια Μετάφρασης Παπαδόπουλος Ι, Παπαδόπουλος Γ. Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνος , 2<sup>η</sup> Έκδοση Αθήνα, 1997
- 29.Γιαννοπούλου Α., «Ψυχιατρική Νοσηλευτική», Έκδοσης “Η ΤΑΒΙΘΑ”, Αθήνα, 1996
30. Παπαδημητρίου Γ.Ν., «Άγχος και Κατάθλιψη» 25<sup>ο</sup> Ετήσιο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο, Ιατρική εταιρία Αθηνών, Αθήνα, 1999
- 31.Beuchemin KM,Mays P, «Η φωτοθεραπεία είναι μια χρήσιμη επιπρόσθετος μέθοδος στη θεραπεία των νοσηλευόμενων καταθλιπτικών ασθενών», Αναζητήσεις: Νευρολογία – Ψυχιατρική, Τεύχος 6, Εκδόσεις Μαϊάνδρος, Θεσ/νίκη, 1997.
- 32.Στεφανοπούλου Ο. - Ανδρόγλου Α, πτυχιακή εργασία "Τεχνολογική εξέλιξη και οι επιπτώσεις της στην κοινωνία", Υπ Καθ. Ζορμπάς Β.,ΣΔΟ, Τμήμα ΔΕ, Πάτρα Μάιος 1998.
- 33.Σαβόπουλος Γ.: Ασκήσεις-Μαθήματα Ακτινοτεχνολογίας , Εκδόσεις «ΓΡΗΓΟΡΙΟΣ ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΣ», 2001
- 34.ΕΣΔΝΕ Τομέας ΜΕΘ, Κλινικό Φροντιστήριο, Κατευθυντήριες γραμμές στις νοσοκομειακές λοιμώξεις, Κέρκυρα 26-5-99, "Πρόληψη από ενδοαγγειακές συσκευές", σελ. 6-27, 54-63.

35. Κυριακίδου Θ. Ελένη., «Κοινωνική νοσηλευτική», Έκδοση τέταρτη βελτιωμένη, Εκδόσεις «Η ΤΑΒΙΘΑ», Αθήνα, 2000

36.Κ. Κουτσογιάννης ΜΟΝΤΕΛΟ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ  
ΝΕΥΡΟΑΝΑΤΟΜΙΚΟΥ ΥΠΟΣΤΡΩΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΠΡΟΚΛΗΤΩΝ  
ΔΥΝΑΜΙΚΩΝ, Διδακτορική διατριβή ΠΑΤΡΑ 1994

[www.google.gr](http://www.google.gr):

37.depression screening quiz.htm

38.Mental help net. Depression Questionnaire



# ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

## Depression

**I feel miserable and sad.**

- No, not at all
- No, not much
- Yes, sometimes
- Yes, definitely

**I find it easy to do the things I used to do.**

- Yes, definitely
- Yes, sometimes
- No, not much
- No, not at all

**I get very frightened or panicky feeling for apparently no reason at all.**

- No, not at all
- No, not much
- Yes, sometimes
- Yes, definitely

**I have weeping spells, or feel like it.**

- No, not at all
- No, not much
- Yes, sometimes
- Yes, definitely

**I still enjoy the things I used to.**

- Yes, definitely
- Yes, sometimes
- No, not much
- No, not at all

**I am restless and can't keep still.**

- No, not at all

[Most F](#)  
[Clinical](#)  
[Depress](#)  
[Screeni](#)  
[QuizAn;](#)  
[Disorde](#)  
[Anxiety](#)  
[Screeni](#)  
[QuizDej](#)  
[Test ID](#)  
[Have a](#)  
[with Alc](#)  
[- Take C](#)  
[Alcoholi](#)  
[...Zolof](#)  
[\(sertrali](#)  
[Effects](#)

[What's](#)  
[Effexor](#)  
[Effects :](#)  
[Withdra](#)  
[Seroxat](#)  
[\(paroxe](#)  
[Side-](#)  
[EffectsE](#)  
[\(venlafa](#)  
[Side-](#)  
[EffectsL](#)  
[\(fluvoxa](#)  
[Side-Eff](#)  
[Depress](#)  
[Dictiona](#)

- No, not much
- Yes, sometimes
- Yes, definitely

**I get off to sleep easily without sleeping tablets.**

- Yes, definitely
- Yes, sometimes
- No, not much
- No, not at all

**I feel anxious when I go out of the house on my own.**

- No, not at all
- No, not much
- Yes, sometimes
- Yes, definitely

**I have lost interest in things.**

- No, not at all
- No, not much
- Yes, sometimes
- Yes, definitely

**I get tired for no reason.**

- No, not at all
- No, not much
- Yes, sometimes
- Yes, definitely

**I am more irritable than usual.**

- No, not at all
- No, not much
- Yes, sometimes

Yes, definitely

**I wake early and then sleep badly for the rest of the night.**

No, not at all

No, not much

Yes, sometimes

Yes, definitely

[Reset Values](#)

[Back to Depression Quizzes Index](#)



From [Nancy Schimelpfening](#),  
Your Guide to [Depression](#).  
**FREE** Newsletter. [Sign Up Now!](#)

[Important disclaimer information about this About site.](#)

---



## Goldberg Depression Questionnaire

Ivan Goldberg

Use this questionnaire to help determine if you need to see a mental health professional for diagnosis and treatment of depression, or to monitor your mood.

**Instructions:** You might reproduce this scale and use it on a weekly basis to track your moods. It also might be used to show your doctor how your symptoms have changed from one visit to the next. Changes of **five or more points** are significant. This scale is not designed to make a diagnosis of depression or take the place of a professional diagnosis. *If you suspect that you are depressed, please consult with a mental health professional as soon as possible.*

The 18 items below refer to how you have felt and behaved **during the past week**. For each item, indicate the extent to which it is true, by checking the appropriate box next to the item.

---

### 1. I do things slowly.

- Not at all
- Just a little
- Somewhat
- Moderately
- Quite a lot
- Very much

### 2. My future seems hopeless.

- Not at all
- Just a little
- Somewhat
- Moderately
- Quite a lot
- Very much

### 3. It is hard for me to concentrate on reading.

- Not at all
- Just a little
- Somewhat
- Moderately
- Quite a lot

Very much

**4. The pleasure and joy has gone out of my life.**

Not at all

Just a little

Somewhat

Moderately

Quite a lot

Very much

**5. I have difficulty making decisions.**

Not at all

Just a little

Somewhat

Moderately

Quite a lot

Very much

**6. I have lost interest in aspects of life that used to be important to me.**

Not at all

Just a little

Somewhat

Moderately

Quite a lot

Very much

**7. I feel sad, blue, and unhappy.**

Not at all

Just a little

Somewhat

Moderately

Quite a lot

Very much

**8. I am agitated and keep moving around.**

Not at all

- Just a little
- Somewhat
- Moderately
- Quite a lot
- Very much

**9. I feel fatigued.**

- Not at all
- Just a little
- Somewhat
- Moderately
- Quite a lot
- Very much

**10. It takes great effort for me to do simple things.**

- Not at all
- Just a little
- Somewhat
- Moderately
- Quite a lot
- Very much

**11. I feel that I am a guilty person who deserves to be punished.**

- Not at all
- Just a little
- Somewhat
- Moderately
- Quite a lot
- Very much

**12. I feel like a failure.**

- Not at all
- Just a little
- Somewhat
- Moderately
- Quite a lot

Very much

**13. I feel lifeless -- more dead than alive.**

- Not at all
- Just a little
- Somewhat
- Moderately
- Quite a lot
- Very much

**14. My sleep has been disturbed -- too little, too much, or broken sleep.**

- Not at all
- Just a little
- Somewhat
- Moderately
- Quite a lot
- Very much

**15. I spend time thinking about *HOW* I might kill myself.**

- Not at all
- Just a little
- Somewhat
- Moderately
- Quite a lot
- Very much

**16. I feel trapped or caught.**

- Not at all
- Just a little
- Somewhat
- Moderately
- Quite a lot
- Very much

**17. I feel depressed even when good things happen to me.**

- Not at all

- Just a little
- Somewhat
- Moderately
- Quite a lot
- Very much

**18. Without trying to diet, I have lost, or gained, weight.**

- Not at all
- Just a little
- Somewhat
- Moderately
- Quite a lot
- Very much

Score My Depression Questionnaire

Clear

---

Copyright 1993 Ivan Goldberg. All rights reserved. Adopted from the printed edition of the Goldberg Depression Inventory for electronic distribution. For personal use only; other use may be prohibited by law.

## Depression Questionnaire

1) Have you been feeling depressed, sad, hopeless, or down in the dumps lately?

- A. yes
- B. no

2) Have you lost interest or pleasure in most of the activities that you used to find enjoyable?

A. yes

B. no

3) Has your appetite or weight changed a great deal? (such as gaining or losing ten pounds in the last two months)

A. yes

B. no

4) Have your sleeping patterns changed? Do you have difficulty falling asleep, staying asleep, or waking up in the morning? Do you find you need much more or much less sleep than you used to?

A. yes

B. no

5) Have you been feeling restless? Do you find yourself unable to sit still, wringing your hands, or pacing? Alternately, do you feel slowed down? Do you find yourself talking, thinking, or moving more slowly?

A. yes

B. no

6) Do you have less energy, or feel fatigued and tired nearly everyday?

A. yes

B. no

7) Do you experience feelings of worthlessness or guilt nearly every day?

A. yes

B. no

8) Do you find it more difficult to think or concentrate these days? Or do you have difficulty making decisions?

A. yes

B. no

9) Do you often feel that others would be better off if you were dead?

A. yes

B. no

10) Have you ever attempted suicide?

A. yes

B. no

11) Are you thinking of committing suicide or hurting yourself?

A. yes

B. no

12) Have your feelings of sadness or restlessness caused problems in your personal relationships?

A. yes

B. no

13) Have your feelings caused problems for you at work, such as being unable to complete assignments or accomplish what you used to?

A. yes

B. no

14) Has your depression caused problems in your ability to care for yourself?

A. yes

B. no

# ΑΚΟΥΣΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑ & ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

## Συζήτηση δύο περιπτώσεων

του Γιώργου Κωνσταντακόπουλου  
και της Παναγιώτας Φουράκη

**Π**οιον καλείται να προστατεύσει ο θεσμός της ακούσιας νοσηλείας; Τον ασθενή ή κάποιους από τον οικογενειακό και κοινωνικό του περίγυρο; Το δικαίωμα του ασθενούς στη θεραπεία ή τη δημόσια τάξη και ασφάλεια;

Για πολλά χρόνια η απάντηση στα παραπάνω ερωτήματα ήταν καταρατική ως προς το δεύτερο σκέλος τους. Στην πραγματικότητα κανένα τέτοιο δίλημμα δεν υπήρχε. Ο ψυχικά πάσχων άνθρωπος ήταν "φρενοβλαβής" ή "πνευματικά διαταραγμένος" και γι' αυτό αυτομάτως επικίνδυνος για τους άλλους. Απέναντι σ' αυτήν την κοινωνική επικινδυνότητα του ψυχοασθενούς ο εγκλεισμός του σε κάποιο άσυλο ήταν η νομικά, θεσμικά και ηθικά επιβεβλημένη λύση, προκειμένου να προστατευθεί απ' αυτόν το κοινωνικό σύνολο. Η αναγκαστική νοσηλεία ήταν μέτρο φυλακτικό και λιγότερο έως καθόλου θεραπευτικό - προνοιακό για τον πάσχοντα.

Το προαναφερόμενο δίλημμα για το διπλό ρόλο της ψυχιατρικής, το θεραπευτικό και το φυλακτικό, και οι πολλαπλές συνέπειες και αντιφάσεις που προκύπτουν απ' αυτό, τέθηκαν σε νέες βάσεις από τη σύγχρονη επιστήμη και υπό την επίδραση των φωνών για την υπεράσπιση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων των ψυχοασθενών.

Νέες νομοθετικές ρυθμίσεις σ' όλο τον σύγχρονο κόσμο τα τελευταία 25 χρόνια, επανοπροοδίασαν τα κριτήρια και τις διαδικασίες για την ακούσια νοσηλεία με σαφή μετατόπιση του ενδιαφέροντος στον στόχο της θεραπευτικής αντιμετώπισης του πάσχοντα και με ειδική μέριμνα μέσω δικαστικών εγγυήσεων για το σεβασμό των δικαιωμάτων του και την προστασία των συμφερόντων του. Από αυτό το πνεύμα διαπνέεται και το ισχύον σήμερα στη χώρα μας νομικό πλαίσιο για την ακούσια νοσηλεία (νόμος 2071/92, άρθρα 95-101).

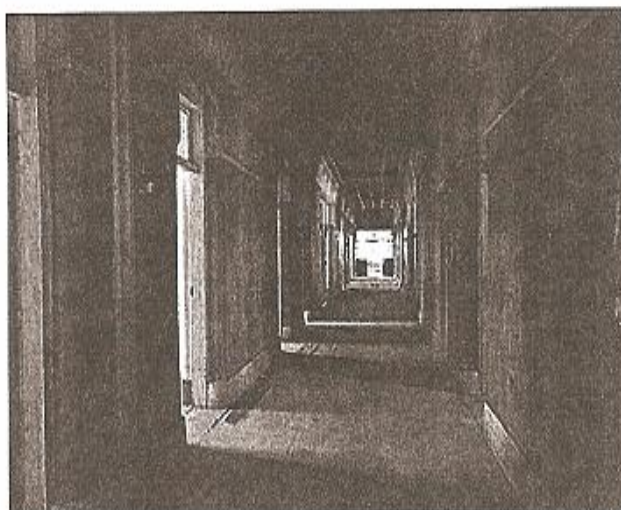
Δεν έχει ωστόσο απαλλαχθεί εντελώς η ψυχιατρική ακόμα και σήμερα από το φυλακτικό της ρόλο, ούτε έχει εξλειφθεί από το νομικό πλαίσιο και κυρίως από την πραγματικότητα που διαμορφώνεται από την εφαρμογή του νόμου, η επιταγή για προστασία της κοινωνίας από τους θεωρούμενους ως επικίνδυνους ψυχοασθενείς. Ο νόμος 2071/92 προβλέπει ότι η

ακούσια νοσηλεία μπορεί να εφαρμοστεί είτε για να μην στερηθεί ο ασθενής την αναγκαία θεραπεία και μη επιδεινωθεί έτσι η κατάσταση της υγείας του είτε για να αποτραπούν πράξεις βίας κατά του ίδιου ή τρίτων. Με τη δεύτερη αυτή προϋπόθεση διατηρούνται ως στόχος της νοσηλείας η προστασία της κοινωνίας από τον πάσχοντα, ως κριτήριο γι' αυτήν ή επικινδυνότητά του τελευταίου και ως ρόλος του ψυχιάτρου να προστατεύσει το κοινωνικό σύνολο εγκλείοντας τον ασθενή υπό θεραπεία και για όσο διαρκεί αυτή.

Σαφέστερα και αυστηρώς τα παραπάνω ισχύουν όσον αφορά στη νοσηλεία των ψυχικά πάσχόντων που διέπραξαν εγκλήματα για τα οποία κρίθηκε από το δικαστήριο ότι δεν έχουν "τον καταλογισμό", δηλαδή ότι λόγω της ψυχικής διαταραχής αυτοί δεν ήταν σε θέση να κατανοήσουν το άδικο της πράξης τους. Οι άνθρωποι αυτοί δεν φυλακίζονται, αλλά εγκλείονται με απόφαση του δικαστηρίου σε θεραπευτική μονάδα από την οποία θα βγουν όταν το δικαστήριο κρίνει μετά από γνωμοδότηση των θεραπόντων γιατρών ότι δεν υπάρχει πλέον κίνδυνος διέπραξης εγκλημάτων. Τα δικαιώματα του ασθενούς και οι όροι που διασφαλίζονται από το νόμο 2071/92 για τη διαδικασία και τη λήξη της ακούσιας νοσηλείας δεν ισχύουν γι' αυτούς τους ασθενείς, αφού δεν νοσηλεύονται για να θεραπευτούν, αλλά κρατούνται υπό θεραπεία και δεν εξέρχονται όταν εμφανίσουν επαρκή βελτίωση της







νόσου σύμφωνα με την εκτίμηση των ψυχιάτρων αλλά όταν δεν είναι πια επικίνδυνοι σύμφωνα με την κρίση των δικαστών!

Πολλά έχουν μέχρι σήμερα γραφτεί για την ασάφεια του όρου "επικινδυνότητα", για το μεγάλο βαθμό αβεβαιότητας κατά την εκτίμησή της και για το μύθο περί της επικινδυνότητας των ψυχοασθενών ως γενικά αυξημένης πιθανότητας να εγκληματήσουν σε σύγκριση με τον υγιή πληθυσμό. Αρκετά επίσης έχουν ειπωθεί και γραφτεί στο πλαίσιο του συνεχιζόμενου διαλόγου περί ακούσιας νοσηλείας για τη διασφάλιση ή μη των δικαιωμάτων των ασθενών από το ισχύον νομικό πλαίσιο, για τα προβλήματα κατά την εφαρμογή του και τα κενά που προκύπτουν από την σκοπιά των συμφερόντων των ασθενών. Επίσης από τις σελίδες αυτού του "περιόδου" έχουμε επανειλημμένα αναφερθεί σε σχετικά θέματα.

Παραμένει ωστόσο τραγικά επίκαιρη μία κεντρική εποήμηση της κριτικής στην σημερινή κατάσταση πραγμάτων. Ότι η μοναδική άρνηση της "φυλακτικής" λογικής είναι η αξιοποίηση του θεσμού της ακούσιας νοσηλείας για όσο καιρό θα είναι αναγκαία, με τέτοιο τρόπο, σε τέτοια έκταση και εντός τέτοιου πλαισίου, ώστε αυτή να απαντά αποκλειστικά και μόνο στη θεραπευτική ανάγκη του πάσχοντα και να εξασφαλίζει συνεπώς το δικαίωμά του για περιθαλψη πέρα από "έξωθεν" ανάγκες και πιέσεις.

Όπως επισημαίνει ο Μανιτάκης (1997): "Το ζητούμενο είναι μια περιθαλψη που πρέπει να πραγματοποιείται σ' ένα καθεστώς προστατευόμενης ή εγγυημένης ελευθερίας καθώς και μία ελευθερία που πρέπει να βιώνεται σε ένα καθεστώς αξιοπρεπούς κοινωνικής περιθαλψης και εξασφαλισμένης θεραπείας". Αυτό το ζητούμενο όμως δεν πρέπει να εξαντλείται σε ευχολόγια. Αντίθετα πρέπει να αναζητηθεί σε συγκεκριμένες πρακτικές και με συγκεκριμένους τρόπους, όπως:

- Η ανάπτυξη επαρκών σε αριθμό και δυνατότητες κοινοτικών μονάδων ψυχικής υγείας και

ολοκληρωμένων συστημάτων κοινοτικής ψυχιατρικής (π.χ. τομέας ψυχικής υγείας), που θα εξασφαλίζουν την έγκαιρη παρέμβαση και το συνεχές της φροντίδας εντός της κοινότητας.

- Η καλλιέργεια αντίστοιχης κουλτούρας στις μονάδες και τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας

- Η περαιτέρω ανάπτυξη του νομοθετικού και θεσμικού πλαισίου που θα διασφαλίζει την έγκαιρη και αποτελεσματική θεραπευτική αντιμετώπιση, παράλληλα με το μέγιστο δυνατό περιορισμό του φυλακτικού-ελεγκτικού ρόλου των υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Αυτοί οι προσανατολισμοί έχουν από καιρό τώρα προταθεί στο πλαίσιο του διαλόγου για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση στη χώρα μας. Η πρόοδος της μεταρρύθμισης τα τελευταία χρόνια έχει ορισμένες θετικές συνέπειες και στα παραπάνω πεδία. Είναι ωστόσο ακόμα πολλά αυτά που πρέπει να γίνουν για να θεωρήσουμε ότι το πνεύμα της κοινοτικής φροντίδας έχει επικρατήσει στο σύστημα υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Σ' αυτό το κείμενο δεν θα αναλύσουμε συστηματικά τα όποια ελλείμματα και τις δυνατές βελτιώσεις. Θα επιχειρήσουμε απλώς μέσα από την παρουσίαση χαρακτηριστικών περιπτώσεων να αναδείξουμε ορισμένα ζητήματα που αφορούν την σχέση μεταξύ ακούσιας νοσηλείας και δικαιωμάτων του ασθενούς, όπως αυτά αναδύονται από την καθημερινή εμπειρία. Παρουσιάζουμε συνοπτικά και σχολιάζουμε δύο περιπτώσεις που επιλέξαμε από το αρχείο μονάδων της ΚΛΙΜΑΚΑΣ και στις οποίες λόγω της έλλειψης οικογενειακού υποστηρικτικού πλαισίου αναδύεται με οξύτητα το αίτημα για ολοκληρωμένη παρέμβαση και υποστήριξη του πάσχοντα από τις δημόσιες υπηρεσίες. Παράλληλα όμως αναδεικνύονται και γενικότερα ζητήματα για την αξιοποίηση των θεσμών και των υπηρεσιών υπέρ των συμφερόντων και των δικαιωμάτων των ασθενών.



## Παρουσίαση περιπτώσεων

### Περίπτωση Α

Η κα. Κάτια Σ. γεννήθηκε σε ένα νησί των Κυκλάδων πριν 76 χρόνια. Όταν ήταν δέκα χρονών έφυγε από το νησί με τη μητέρα της και τα δύο μεγαλύτερα της αδέρφια για μια καλύτερη τύχη στην πρωτεύουσα. Από μικρή ήταν μοναχικό παιδί και απέφυγε τις παρέες με συνομήλικα παιδιά. Από νωρίς στη βιοπάλη, κατάφερε κάποια στιγμή να μπει σαν καθαρίστρια σε μια δημόσια υπηρεσία, όπου δούλεψε για πάνω από 35 χρόνια. Δεν παντρεύτηκε ποτέ και οι σχέσεις της με τα αδέρφια της είχαν διακοπεί από νωρίς. Με τις οικονομίες της αγόρασε ένα οικόπεδο και έχτισε ένα σπίτι σε μια άλλοτε απομονωμένη περιοχή των νοτίων προαστίων. Αφού συνταξιοδοτήθηκε, αποσύρθηκε στο σπίτι που είχε χτίσει σχεδόν μόνη της, επειδή θεωρούσε ότι θα ήταν καλύτερα εκεί μακριά από τους ανθρώπους που δεν την αγαπούσαν και δεν την ήθελαν μιας και ήταν περιέργη... Οσάτσο η γειτονία μεγάλωσε και η κα. Κάτια άρχισε να νιώθει ότι απειλείται από την παρουσία των γειτόνων και των "παράνομων συνδιαλλαγών" τους τις νύχτες και έτσι άρχισε να μην κοιμάται τα βράδια για να τους παρακολουθεί, καθώς ήταν σίγουρη ότι έμπαιναν στο σπίτι της και της κατέστρεφαν την περιουσία της, που με τόσο κόπο απέκτησε... Οι διαμαρτυρίες της τα βράδια και οι φωνές της ξεσήκωναν την γειτονία ώσπου μια μέρα το Μάιο 2002 δύο αστυνομικοί της

χτύπησαν το κουδούνι. Για να τους ανοίξει της είπαν ότι επιτέλους ανταποκρίθηκαν στις αλλεπάλληλες κλήσεις της και ήρθαν τάχα για να την βοηθήσουν.. Η κα. Κάτια άνοιξε τις κλειστές πόρτες και οι αστυνομικοί χωρίς περαιτέρω εξηγήσεις τις φόρεσαν χειροπέδες και την υποβάσταζαν να κατέβει τις σκάλες μιας και η κα. Κάτια περπατάει μόνο με "τι" και ήταν αδύνατον να περπατήσει, όπως ήταν δεμένη πίσωπλατα. Την οδήγησαν στο τμήμα όπου της είπαν ότι οι γείτονες της έκαναν καταγγελία και θα τη μεταφέρουν σε ψυχιατρική κλινική για να εξετασθεί από γιατρούς. Αφού την εξέτασαν οι ψυχίατροι, εισήχθη στην ψυχιατρική κλινική όπου νοσηλεύτηκε για είκοσι περίπου μέρες με διάγνωση "ψύχωση παρανοϊκού τύπου". Μετά την νοσηλεία και με ύφεση της συμπτωματολογίας η κα. Κάτια γύρισε στο σπίτι της, Μόνη της. Δύο χρόνια μετά και αφού δεν υπάρχει πρόβλεψη για την εξωνοσοκομειακή παρακολούθηση και περιθαλψη ούτε υποστηρικτικό περιβάλλον να την βοηθήσει και να επιβλέπει τη λήψη της φαρμακευτικής αγωγής, η κα. Κάτια είναι σε χειρότερη κατάσταση από αυτή που ήταν πριν τη νοσηλεία της... Τώρα εκτός των άλλων είναι πιο πολύ θυμωμένη με τους γείτονες της, γιατί "στείλανε στο τρελάδικο μια μεγάλη γυναίκα κουτσά, που το μόνο που έκανε, ήτανε να θέλει να προστατεύσει την περιουσία της...". Η κα. Κάτια εξακολουθεί να μην κοιμάται τα βράδια και να μένει όρθια μέχρι το πρωί, εξακολουθεί να φωνάζει στους γείτονές της και να τους καταριέται για το κακό που της έκαναν και που εξακολουθούν να κάνουν...



### Περίπτωση Β

Η Τασία Μ. γεννήθηκε στην Αθήνα πριν 27 χρόνια περίπου. Μεγάλωσε σε μια γειτονία των δυτικών προαστίων όπως προκύπτει από την παλιά της ταυτότητα. Το Μάρτιο του 2003 εντοπίστηκε από την Υπεύθυνη του Κέντρου Στήριξης Αστέγων της ΚΛΙΜΑΚΑΣ να κοιμάται σε μια καλύβα ανάμεσα σε ποντίκια και σκουπίδια στους κήπους του Σαράφειου κολυμβητηρίου. Βρισκόταν σε παραλήρημα και ήταν πολύ επιθετική. Απέφυγε την επαφή με τους υπόλοιπους άστεγους και σε καμία περίπτωση δεν ήθελε να μιλήσει στην Υπεύθυνη του Κέντρου που προσπαθούσε να την προσεγγίσει. Οι άστεγοι που μαζεύονται στο Σαράφειο για το καθημερινό σουσίτιο του Δήμου Αθηναίων, πληροφόρησαν την Υπεύθυνη του Κέντρου ότι ένα βράδυ, πριν δύο χρόνια, η Τασία είχε έρθει στο κολυμβητήριο μαζί με τους φίλους της, οι οποίοι μάλλον έκαναν διακίνηση ναρκωτικών και την εγκατέλειψαν εκεί. Η Τασία περνούσε τις μέρες της περιμένοντας να έρθουν να την πάρουν. Έλεγε επίσης ότι ήταν παντρεμένη αλλά εξακολουθούσε να είναι παρθένα και ότι ο αρραβωνιαστικός της, που την άφησε εκεί, θα έρθει σύντομα να την πάρει. Το Κέντρο αποφάσισε να επιμείνει στην προσπάθεια προσέγγισης και η Υπεύθυνη την επισκεπτόταν δυο-τρεις φορές την εβδομάδα. Πέρασαν έξι μήνες για να κερδίσει την εμπιστοσύνη της και να την πείσει να περάσει από το Κέντρο για να κάνει μπάνιο με την παραίνεση της και να δεχθεί φαγητό. Παρόλο που η Τασία ερχόταν στο

Κέντρο και έτρωγε, δεν δεχόταν τη βοήθεια ψυχιάτρου. Εξακολουθούσε να παραμένει απρόσιτη και να την φοβίζει η επαφή με τους ανθρώπους. Έτσι πάρθηκε η απόφαση από το επιστημονικό προσωπικό του Κέντρου να νοσηλευτεί η Τασία παρά τη θέλησή της σε ψυχιατρική κλινική. Ωστόσο έγινε προσπάθεια να υποστηρίξετε η αίτηση για εισαγγελική παρέμβαση πέρα από το προσωπικό του Κέντρου και από τους "συγκάτοικούς" της στο Σαράφειο, εφόσον δεν βρέθηκαν οι συγγενείς της. Έπειτα από πολλές συζητήσεις αρκετοί άστεγοι συνυπογράφησαν την καταγγελία. Το Φεβρουάριο του 2004 δύο αστυνομικοί βρήκαν την Τασία στο εγκαταλελειμμένο φορτηγάκι όπου διέμενε και τη μετέφεραν στην ψυχιατρική κλινική μεγάλου νοσοκομείου. Η κατάσταση της υγείας της Τασίας βελτιώθηκε τον πρώτο μήνα όμως οι γιατροί και το νοσηλευτικό προσωπικό του νοσοκομείου κράτησαν την Τασία σχεδόν τρεις μήνες, ώσπου να ολοκληρωθούν οι διαδικασίες μεταφοράς της σε ξενώνα της ΚΛΙΜΑΚΑΣ. Στο διάστημα αυτό δεχόταν τακτικά επισκέψεις από το προσωπικό του Κέντρου Αστέγων και ακολούθως από το προσωπικό του ξενώνα στον οποίο θα μετέβαινε. Επειδή οι περισσότεροι ξενώνες φιλοξενούν άτομα που έχουν παραμείνει στις κρατικές ψυχιατρικές κλινικές για μεγάλα χρονικά διαστήματα, η έντοξη της Τασίας δεν ήταν εύκολη υπόθεση. Μετά όμως από την κινητοποίηση της αρμοδίου στη Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας του Υπουργείου, παρακάμφθηκαν οι γραφειοκρατικές διαδικασίες και τα νομικά κολλήματα και η Τασία τελικά φιλοξενείται στον

ξενώνα της ΚΛΙΜΑΚΑΣ. Σήμερα η Τασία συμβιώνει αρμονικά με τους υπόλοιπους ένοικους του ξενώνα, είναι λειτουργική και συνεργάσιμη. Το προσωπικό του ξενώνα έχει σκύψει με αγάπη πάνω στην Τασία και την βοηθά να περπατήσει στο δρόμο της επανένταξης.

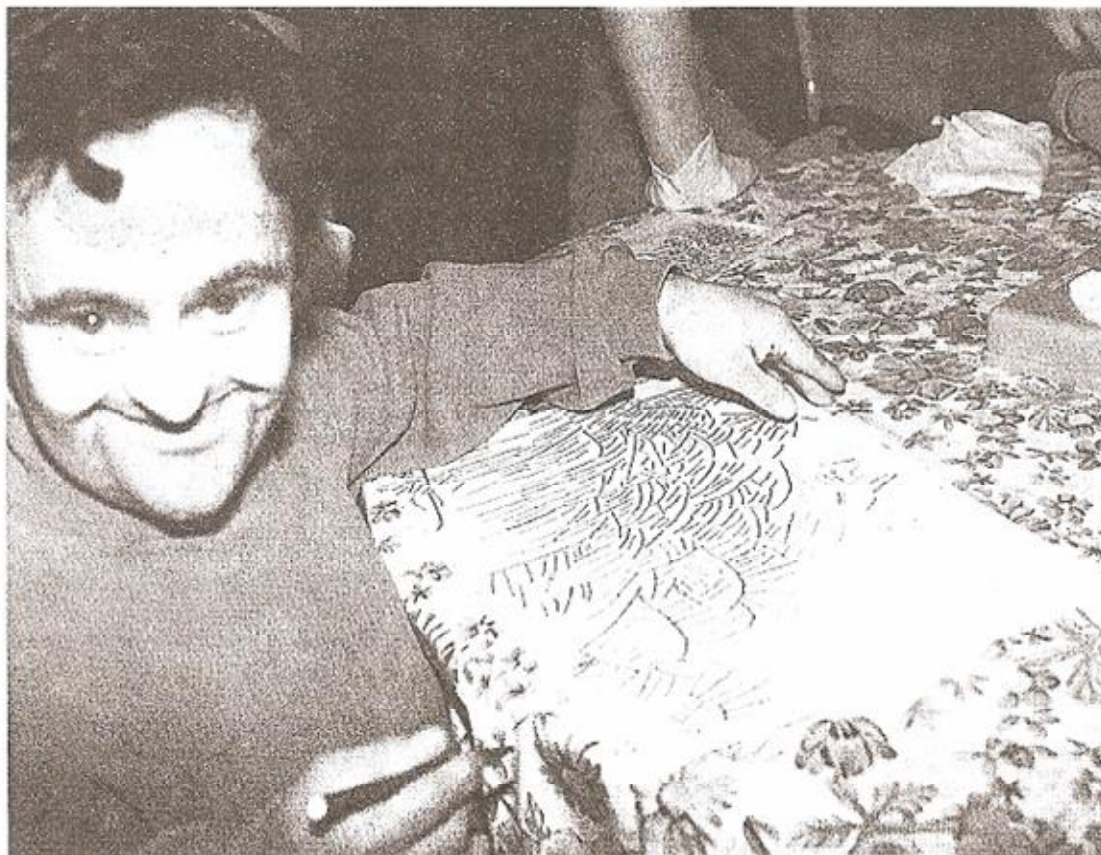
### Σχολιασμός

Πρόκειται, όπως προαναφέραμε, για δύο περιπτώσεις στις οποίες δεν υπάρχει υποστήριξη από την οικογένεια, όχι μόνο κατά την εκδήλωση της κρίσης αλλά και κατά την πορεία της νόσου, πολύ πιθανό από την έναρξή της. Η οικογένεια στην περίπτωση Α απομακρύνεται από την "περιέργη" αδελφή και στην περίπτωση Β δεν ανευρίσκεται από τις κοινωνικές υπηρεσίες και προφανώς αδιαφορεί για την ασθενή.

Και στις δύο περιπτώσεις η νόσος διαδράμει από την έναρξή της και επί μακρόν χωρίς καμία θεραπεία, γεγονός που πιθανόν επιβαρύνει τη μετέπειτα πορεία της και την ανταπόκριση στη θεραπεία. Και οι δύο ασθενείς επίσης δεν είχαν ενσθησία, δηλαδή επήνωση ότι πάσχουν και γι' αυτό δε θεωρούσαν ότι χρειαζόνταν οποιαδήποτε ειδική θεραπεία. Θα λέγαμε συνεπώς ότι και στις δύο περιπτώσεις η θεραπευτική παρέμβαση θεωρείται απαλύτως επιβεβλημένη και ότι δικαιολογείται η αναγκαστική νοσηλεία, εφόσον δεν υπάρχει εναλλακτική λύση.

Υπήρχε όμως στις συγκεκριμένες περιπτώσεις εναλλακτική λύση ή επιχειρήθηκε έστω μια ηπιότερη παρέμβαση για την προσέγγιση της ασθενούς και τη θεραπεία της, πριν θεωρηθεί αναπόφευκτη η ακούσια νοσηλεία της; Σ' αυτό το σημείο οι δύο περιπτώσεις διαφέρουν. Στην περίπτωση Α η ασθενής οδηγείται χωρίς καμία διαπραγμάτευση και προειδοποίηση σε νοσηλεία παρά τη θέλησή της. Αντίθετα στην περίπτωση Β γίνεται επίμονη προσπάθεια από εξειδικευμένη υπηρεσία για την προσέγγιση της ασθενούς, που βρίσκεται σε μία εξαιρετικά δυσμενή και πολύπλοκη κατάσταση, αυτή του αστέγου ψυχικά πάσχοντα, και σχεδιάζεται η εξωνοσοκομειακή αντιμετώπισή της αν και το σχέδιο αποτυγχάνει τελικά.

Μπορούμε να κατανοήσουμε πλήρως τη θέση του ψυχιάτρου όταν πρόκειται να γνωμοδοτήσει για την αναγκαιότητα της ακούσιας νοσηλείας ενός ασθενούς σε κατάσταση ανάλογη με αυτή της κας Κάτιας (περίπτωση Α). Ακόμα και αν κρίνει ότι ο ασθενής θα μπορούσε να αντιμετωπισθεί σε εξωνοσοκομειακή βάση, ακόμα και αν επιτύχει τη συναίνεση του ασθενούς για τη θεραπεία κατ' οίκον, σε ποιον μπορεί να εμπιστευθεί τον ασθενή για να τον επιβλέπει και να τον υποστηρίζει κατά τη θεραπεία; Από τη στιγμή που δεν υπάρχει οικογενειακό περιβάλλον κατάλληλο για την υποστήριξη του ασθενούς, η αναγκαστική νοσηλεία είναι μονόδρομος και η ψυχιατρική κλινική είναι η μοναδική υπηρεσία που θα βοηθήσει άμεσα τον ασθενή





είτε αυτός συναινεί για τη θεραπεία του είτε όχι. Οσοδήποτε με αυτόν τον τρόπο συμβαίνει πολύ συχνά σε παρόμοιες περιπτώσεις να μην εξασφαλίζεται τελικά η θεραπεία του ασθενούς μακροπρόθεσμα, όπως συνέβη με την κα Κάτια. Αυτό που επιτυγχάνεται είναι μόνο η προσωρινή ύφεση της νόσου. Η υποτροπή θα επέλθει σύντομα, συνήθως λόγω διακοπής της φαρμακευτικής αγωγής, δεν θα αντιμετωπισθεί έγκαιρα και ο ασθενής θα βρεθεί στην ίδια προ της νοσηλείας κατάσταση.

Την ίδια τύχη θα μπορούσε να έχει και η Τασία Μ. (περίπτωση Β) μετά την ολοκλήρωση της νοσηλείας της. Επιπλέον η συγκεκριμένη ασθενής κινδύνευε να βρεθεί και πάλι στο δρόμο, όπως πολλοί άλλοι άστεγοι ψυχικά πάσχοντες που κατά καιρούς νοσηλεύονται, παραμένουν όμως άστεγοι μετά τη νοσηλεία και αργά ή γρήγορα υποτροπιάζουν κ.δ.κ. (Βλ. ειδικό αφιέρωμα του τεύχους 2). Σε αυτήν την περίπτωση η πρωτοβουλία του Κέντρου Αστέγων όχι μόνο δεν θα οδηγούσε στη θεραπεία αλλά θα είχε επιπλέον ως αποτέλεσμα τη διάρρηξη της σχέσης με την ασθενή. Ο κίνδυνος αυτός απεφεύχθη λόγω της κινητοποίησης, της ευαισθησίας και της συντονισμένης προσπάθειας όλων των εμπλεκόμενων υπηρεσιών, της κλινικής όπου νοσηλευόταν η ασθενής, της κεντρικής υπηρεσίας του Υπουργείου και του ξενώνα που την υποδέχθηκε. Δυστυχώς όμως η εξέλιξη αυτή είναι η εξαίρεση και όχι ο κανόνας. Άλλωστε στην παρούσα φάση της διαδικασίας απο-αυλοποίησης οι στεγαστικές μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης (ξενώνες, οικοτροφεία) έχουν πληρωθεί από πρώην χρόνιους τροφίμους των ψυχιατρείων και ελάχιστες θέσεις διατίθενται. Συχνά οι γιατροί και οι κοινωνικοί λειτουργοί των ψυχιατρικών κλινικών αναζητούν μάταια μονάδα για να παραπέμψουν ασθενείς που δεν έχουν στέγη, μετά την έξοδό τους. Γι' αυτό και παρά την ταχεία ανάπτυξη τέτοιων μονάδων, αυξάνεται παράλληλα και ο αριθμός των αστέγων με χρόνιες ψυχικές διαταραχές.

Εφόσον λοιπόν στην περίπτωση Β εξασφαλίσθηκε τελικά από τις υπάρχουσες υπηρεσίες ψυχικής υγείας η συνέχεια της φροντίδας και η επανένταξη της ασθενούς, δεν θα έπρεπε να γίνει κάτι ανάλογο και στην περίπτωση Α, όταν μάλιστα η συγκεκριμένη ασθενής διαθέτει ιδιόκτητη κατοικία;

Η αποτυχία σε αυτή την περίπτωση αναδεικνύει τα τεράστια κενά που υπάρχουν στην ανοικτή κοινοτική φροντίδα στη χώρα μας. Δεν υπάρχουν υπηρεσίες οι

οποίες να παρακολουθούν τον ασθενή διαμορφώνοντας παράλληλα το υποστηρικτικό - κοινωνικό πλαίσιο που αυτός έχει ανάγκη. Γιατί τα άτομα με σοβαρές ψυχικές διαταραχές έχουν αυξημένες ανάγκες υποστήριξης, με πρώτη ανάγκη μία σχέση εμπιστοσύνης με τις μονάδες και τους ειδικούς της ψυχικής υγείας. Τα άτομα αυτά συχνά δεν αναζητούν βοήθεια από μόνα τους και δεν ακολουθούν τη φαρμακευτική αγωγή ιδιαίτερα σε καταστάσεις κρίσης. Γι' αυτούς τους ασθενείς χρειάζονται ειδικές μονάδες που να παρέχουν τακτική παρακολούθηση, πολυμεταβλητή παρέμβαση, κατ' οίκον φροντίδα και παρέμβαση στην κρίση. Τέτοιες μονάδες μπορεί να συγκροτούνται είτε αυτοτελώς (π.χ. Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας) είτε στο πλαίσιο ευρύτερων κοινοτικών δομών, όπως τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας ή το Ψυχιατρικό Τμήμα Γενικού Νοσοκομείου. Θα μπορούσαν επίσης διαφορετικές κοινοτικές υπηρεσίες που εμπλέκονται στην ολοκληρωμένη φροντίδα του ασθενούς να συντονίζονται από ένα δίκτυο λειτουργιών (κοινωνικών λειτουργών, επισκεπτών υγείας ή κοινοτικών νοσηλευτών), όπως συμβαίνει σε αστικά κέντρα ορισμένων χωρών. Εναλλακτικά και συμπληρωματικά είναι δυνατό μέλη της ίδιας της κοινότητας να ενταχθούν εθελοντικά στο σύστημα φροντίδας, αναλαμβάνοντας την άμεση παρακολούθηση και υποστήριξη του ασθενούς, οργανωμένα με τη μορφή του Εθελοντικού Τοπικού Υποστηρικτικού Πυρήνα.

Όταν λειτουργούν υπηρεσίες που συνιστούν ολοκληρωμένη κοινοτική φροντίδα, η προστασία των δικαιωμάτων του ασθενούς με πρώτο το δικαίωμα στην περιθαλίξη, τη θεραπεία και την κοινωνική ένταξη, εξασφαλίζονται με πολλούς τρόπους. Σε ασθενείς που ζουν στην κοινότητα υπό τη δέουσα φροντίδα και παρακολούθηση γίνεται έγκαιρη αναγνώριση των συμπτωμάτων της υποτροπής και αντιμετώπιση (δευτεροβάθμια πρόληψη) και λαμβάνεται μέριμνα ώστε να αποφεύγεται η αναπηρία λόγω μετάπτωσης της νόσου σε χρονιότητα (τριτοβάθμια πρόληψη). Ο αριθμός των νοσηλειών ενός ασθενούς μπορεί να μειωθεί θεαματικά και η ακούσια νοσηλεία να αποφεύγεται. Το τελευταίο είναι σαφώς πιο πιθανό, όταν μέσα από την τακτική παρακολούθηση και την πολύπλευρη φροντίδα έχει εγκαθιδρυθεί ισχυρή σχέση εμπιστοσύνης ανάμεσα στον ασθενή και την υπηρεσία ψυχικής υγείας. Εφόσον η υπηρεσία εκτιμά ότι η

νοσηλεία είναι αναγκαία, έχει τη δυνατότητα να εξασφαλίσει τη συναίνεση του ασθενούς, αφού διαπραγματεύεται τη νοσηλεία στο πλαίσιο της συνεχούς παρακολούθησης του ασθενούς από τους ανθρώπους που εμπιστεύεται. Σε περιπτώσεις που η αξεία έναρξη ή υποτροπή της νόσου επιβάλλουν την ακούσια νοσηλεία (π.χ. έλλειψη εναισθησίας, έντονη διέγερση, επιθετικότητα) και πάλι η εμπλοκή μιας ειδικής κοινοτικής υπηρεσίας εξασφαλίζει την ουσιαστική προστασία του ασθενούς και των δικαιωμάτων του.

Έτσι στην περίπτωση Α ακόμα και αν η ακούσια προσαγωγή της ασθενούς για ψυχιατρική εκτίμηση και νοσηλεία ήταν αναπόφευκτη, θα μπορούσε να αποφευχθεί η υπερβολική βία που ασκήθηκε από τα αστυνομικά όργανα και συνακόλουθα το τραυματικό βίωμα της ασθενούς, που τροφοδότησε κατόπιν την αρνητική της στάση προς τη θεραπεία και την παρανοϊκή επιθετικότητά της για τους γείτονές της. Η επίδειξη σεβασμού προς την αξιοπρέπεια και τα δικαιώματά της και η διασφάλιση της συνέχισης της παρακολούθησης μετά τη νοσηλεία, θα ήταν συνθήκες ικανές να αναστρέψουν την αρχική έλλειψη

συνεργασίας από την ασθενή. Μπορεί κανείς να διαπιστώσει μια τέτοια θετική εξέλιξη στην περίπτωση Β, στην οποία επίσης υπήρξε προσαγωγή της ασθενούς από την αστυνομία αλλά με εντελώς διαφορετικούς όρους.

Παρόλο που η αναίτια βίαη συμπεριφορά των αστυνομικών που συνοδεύουν τους πάσχοντες, δεν είναι ο κανόνας, δεν πρέπει να μας διαφεύγει το γεγονός ότι οι στιγματιστικές, προκατειλημμένες και αναχρονιστικές αντιλήψεις για την ψυχική νόσο κυριαρχούν και ανάμεσα σ' αυτούς, όπως και σ' όλη την κοινωνία. Μια προγραμματισμένη δράση για την ευαισθητοποίηση και την ενημέρωσή τους, θα μπορούσε να αμβλύνει ανάλογα προβλήματα κατά την εμπλοκή τους στη διαδικασία της ακούσιας νοσηλείας αλλά και σε άλλες περιπτώσεις εμπλοκής τους με ψυχικά πάσχοντες.

Τέλος, θεωρούμε ότι τόσο στην περίπτωση της κας Κάτιας μετά τη νοσηλεία της, όσο και σε πλήθος άλλων περιπτώσεων χωρίς να έχει προηγηθεί νοσηλεία, θα βοηθούσε μάλλον περισσότερο ο θεσμός της αναγκαστικής εξωνοσοκομειακής θεραπείας, ο οποίος ισχύει σε άλλες χώρες.





## Συμπεράσματα

Πολύ συχνά η κριτική που ασκείται στο ισχύον νομικό πλαίσιο για την ακούσια νοσηλεία και στα κενά κατά την εφαρμογή του βρίσκεται αντιμέτωπη με τους ισχυρισμούς ότι αφορά σε λεπτομέρειες ή στους τύπους και ότι στην πράξη η ευσυνειδητή στάση των ψυχιάτρων και του υπολοίπου προσωπικού των ψυχιατρικών κλινικών εγγυάται την ορθή εφαρμογή του μέτρου της ακούσιας νοσηλείας υπέρ του ασθενούς, ξεπερνώντας τα προβλήματα που προκύπτουν από την αρνητική στάση του τελευταίου. Πιστεύουμε ότι οι όροι που θέτει ο νόμος, όπως η γνωμοδότηση δύο ψυχιάτρων, η δικάσιμος εντός 10 ημερών, το δικαίωμα του ασθενούς να παρίσταται στη δίκη και να εκπροσωπείται από δικηγόρο, το δικαίωμα να ασκήσει έφεση, η υπεύθυνη ενημέρωσή του για τα δικαιώματά του και ο έλεγχος της διάρκειας της νοσηλείας, δεν είναι τυπικά ζητήματα και λεπτομέρειες. Είναι ουσιαστικές και αναγκαίοι όροι για να υπάρχει δικαστική προστασία του ασθενούς πριν και κατά τη διάρκεια του εγκλεισμού του και να απαλλάσσεται - εν μέρει τουλάχιστον - η ψυχιατρική από την ευθύνη του οργάνου κοινωνικού ελέγχου, περιοριζόμενη στην επιστημονική κρίση και το θεραπευτικό έργο.

Από την πλευρά του ευσυνειδητού θεραπευτή δεν υπάρχει φυσικά καμία διάθεση περιορισμού της ελευθερίας του ασθενούς παρά αυστηρά και μόνο στο

βαθμό που αυτό επιβάλλεται από το συμφέρον του ίδιου, για τη δική του προστασία και τη διαφύλαξη του δικαιώματός του στην περιθαλψη. Ακριβώς γι' αυτό το λόγο όμως ο θεραπευτής έχει κάθε λόγο και χρέος να υπερασπίζεται τα δικαιώματά που ο νόμος παρέχει στον πάσχοντα.

Το ζήτημα που τέθηκε εδώ, βρίσκεται πέρα απ' αυτό το σημείο. Από την σκοπιά του συμφέροντος του ασθενούς και του δικαιώματός του στη θεραπεία, το νομικό πλαίσιο για την ακούσια νοσηλεία είναι τελείως ανεπαρκές από μόνο του, όσο φιλελεύθερο και αν είναι, όσο τυπικά και αν εφαρμόζεται. Γιατί το δικαίωμα αυτό διασφαλίζεται μόνο εν το σύστημα των υπηρεσιών ψυχικής υγείας το εγγυάται στην πράξη.

Έτσι δυστυχώς για τους καθ' όλα συμπαθείς, ευσυνειδητούς θεραπευτές, μία ορθώς αποφασισμένη και επιτυχώς ολοκληρωμένη ακούσια νοσηλεία δεν εγγυάται το θεραπευτικό αποτέλεσμα και μπορεί παρ' όλα αυτά να είναι καταδικασμένη σ' αποτυχία. Είναι συνεπώς και δικό τους καθήκον να μην επαναστατούν με την ορθή τεχνολογικά πρακτική αλλά να παίρνουν θέση στο ζήτημα των αναγκών και του δικαιώματος των ασθενών στην ολοκληρωμένη φροντίδα και την κοινωνική ένταξη.

Μπορεί να μας αντιπείνει κανείς ότι επιλέξαμε να παρουσιάσουμε περιπτώσεις που είναι 'πέρα από τα συνήθη μέτρα', ιδιαίτερα επιβαρημένες κοινωνικά. Οι περιπτώσεις αυτές δεν είναι λίγες δυστυχώς και αυξάνονται κάθε μέρα, αλλά επιπλέον πιστεύουμε ότι

με βάση αυτές τις περιπτώσεις μπορούμε να αξιολογήσουμε αντικειμενικά την επάρκεια της φροντίδας που προσφέρει το σύστημα των δημόσιων υπηρεσιών. Άλλωστε η ύπαρξη μίας οικογένειας που υποστηρίζει ολόπλευρα τον ασθενή πολλές φορές παραμένει ευχή, ενώ στην πράξη το οικογενειακό περιβάλλον πολύ συχνά επιβαρύνει την πορεία της νόσου και συμβάλλει στην έκλυση κρίσεων, όπως όλοι οι ειδικοί γνωρίζουν. Πολύ συχνά ο ψυχίατρος καλείται να γνωμοδοτήσει για την ακούσια νοσηλεία εμπλεκόμενος σε μια διαπραγμάτευση ανάμεσα στον ασθενή και το οικογενειακό του περιβάλλον και να κρίνει υπεύθυνα κατά πόσο το περιβάλλον αυτό λειτουργεί υπέρ των συμφερόντων του ασθενούς, τόσο τη στιγμή που αιτείται την ακούσια νοσηλεία του όσο και γενικότερα. Η οικογένεια του ασθενούς μπορεί να είναι μέρος του προβλήματος ή να λειτουργήσει ως ενεργό μέρος στην αντιμετώπιση του. Καταλήγουμε έτσι και πάλι στην

αναγκαιότητα της κοινοτικής ανοιχτής φροντίδας, που περιλαμβάνει τη στήριξη, εκπαίδευση και θεραπεία των οικογενειών με πάσχοντα μέλη.

Δεν ήταν στις προθέσεις μας να αναπτύξουμε ολοκληρωμένη προβληματική σχετικά με την οργάνωση των κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Αρκούμαστε στην επισήμανση ότι στο βαθμό που η ακούσια νοσηλεία χρειάζεται - και χρειάζεται πράγματι όταν λόγω της ψυχικής νόσου κινδυνεύει σοβαρά η υγεία και τραυματίζεται η αξιοπρέπεια του ασθενούς - πρέπει να εξετάζεται από πολλές πλευρές το κατά πόσο καλύπτονται παράλληλα οι ανάγκες του ασθενούς για φροντίδα και μετά από τη νοσηλεία. Παρόλο που το δικαίωμα στην περίθαλψη αναγνωρίζεται απ' όλους, ο δρόμος που οδηγεί στη διασφάλιση αποτελεσματικής και αξιοπρεπούς φροντίδας για όλους τους ψυχικά πάσχοντες είναι ακόμα μακρύς.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αλεβίζος Β. "Το σκεπτικό του Νόμου 2071/92 για την ακούσια νοσηλεία", Τετράδια Ψυχιατρικής, 1997, τ.60, σ.132-136
- Bhugra D., Loff J. (eds), *Social Psychiatry*, 1993, Blackwell
- Κοσμάτος Κ. "Το έκτο κεφάλαιο του ν.2071/1992 μετά από ένα έτος εφαρμογής: έρευνα της δοκιμασίας στην πράξη", Υπεράσπιση, 1994, σ.203-211
- Λειβαδίτης Μ., *Ψυχιατρική και Δίκαιο*, 1994, εκδ. Παπαζήση, σ.421-439
- Λειβαδίτης Μ. "Η εφαρμογή του μέτρου της ακούσιας νοσηλείας σε ένα περιφερειακό νοσοκομείο", Τετράδια Ψυχιατρικής, 1997, τ.60, σ.137-140
- Μανιτάκης Α. "Τα δικαιώματα του ψυχασθενούς: δικαιώματα ενός προσώπου στην ελευθερία ή δικαιώματα ενός ασθενούς στην υγεία", Τετράδια Ψυχιατρικής, 1997, τ.60, σ.54-68
- Μεγαλοοικονόμου Θ. "Προβλήματα εφαρμογής του νόμου 2071 για την Ψυχική Υγεία στην περιφέρεια Δωδεκανήσου", Τετράδια Ψυχιατρικής, 1997, τ.60, σ.141-146
- Μεγαλοοικονόμου Θ. "Κρίση, Ίδρυμα, Κοινότητα - Η διαδρομή του ψυχικά πάσχοντα από τον εγκλεισμό στην εγκατάλειψη", Τετράδια Ψυχιατρικής, 2003, τ.83, σ.25-34
- Ντουράκη Θ. "Επικινδυνότητα, ψυχιατρική αγωγή και Ευρωπαϊκή Σύμβαση Δικαιωμάτων του Ανθρώπου", Τετράδια Ψυχιατρικής, 1997, τ.60, σ.111-125
- Παρασκευόπουλος Ν. "Ο εγκλεισμός σε ψυχιατρείο ως προληπτικό μέτρο και μέτρο ασφαλείας του ελληνικού Ποινικού Κώδικα", Τετράδια Ψυχιατρικής, 1997, τ.60, σ.27-30
- Πλουμπίδης Δ. "Παρατηρήσεις για την εφαρμογή του νόμου 2071/92 σχετικά με την αναγκαστική νοσηλεία σε ψυχιατρικά ιδρύματα", Τετράδια Ψυχιατρικής, 1997, τ.60, σ.147-151
- Σακελαρόπουλος Π., Λειβαδίτης Μ. (εκδ.), *Επικινδυνότητα και Κοινωνική Ψυχιατρική*, 1991, εκδ. Παπαζήση
- Σκαραγκάς Δ. "Η άρση του καταλογισμού των ψυχικά διαταραγμένων παραβατών", Τετράδια Ψυχιατρικής, 2003, τ.83, σ.74-81
- Στυλιανίδης Σ. "Κλινικές παρατηρήσεις σχετικά με την εφαρμογή της ψυχιατρικής νομοθεσίας και το ψυχωτικό υποκείμενο", Τετράδια Ψυχιατρικής, 1997, τ.60, σ.37-47
- Szasz T. "Psychiatric diagnosis, psychiatric power and psychiatric abuse", *Journal of Medical Ethics*, 1994, σ.134-138
- Τσαλίκoglou Φ. "Ψυχικά πάσχοντες και στέρηση της ελευθερίας", στο *Η στέρηση της ελευθερίας στο ποινικό σύστημα και τα δικαιώματα του ανθρώπου*, Ίδρυμα Μαραγκοπούλου, 1991, σ.279-297



