

**ΑΤΕΙ ΠΑΤΡΩΝ
ΣΕΥΠ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΤΟ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ ΤΗΣ ΜΕΙΖΩΝΟΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΚΑΙ
Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ ΓΙΑ
ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ.**



**ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ
ΓΑΛΙΑΤΣΑΤΟΥ ΣΟΦΙΑ
ΘΕΟΔΩΡΑΚΟΠΟΥΛΟΥ ΕΥΛΟΚΙΑ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ
Κα ΕΛΕΝΗ ΓΑΚΗ**



ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

- ΠΡΟΛΟΓΟΣ
- ΕΙΣΑΓΩΓΗ

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ:

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΟΡΙΣΜΟΣ

1.1.Ορισμός Μείζων Κατάθλιψης

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΕΠΙΠΤΩΣΗ – ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

2.1.Επίπτωση κατάθλιψης στο άτομο

2.1.1 Τομείς της ζωής του ασθενούς που επηρεάζονται.

2.1.2 Επιστροφή η μη επιστροφή στη φυσιολογική κατάσταση

2.2 Επιδημιολογία

2.2.1 Φύλο και κατάθλιψη

2.2.2 Διαπολιτισμικές διακυμάνσεις

2.2.3 Σύγκριση γενεών

2.2.4 Μεταβλητές που συνδέονται με την κατάθλιψη

2.2.5 Ηλικία έναρξης- Εφηβεία και κατάθλιψη.

2.2.6 Οικογένεια και κατάθλιψη.

2.2.7 Συμπέρασμα

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

3.1.Ιστορική αναδρομή

3.2.Συμβολή αιτιών – παραγόντων

3.2.1 Βιολογικές θεωρίες

3.2.2 Γενετικές- κληρονομικές θεωρίες

α. Μελέτες οικογένειας

β. Μελέτες διδύμων και υιοθεσίας

γ. Μελέτες υιοθεσίας

3.2.3 Νευροχημικές θεωρίες

3.2.4 Ψυχαναλυτικές θεωρίες

3.2.5 Ανθρωπιστική- Υπαρξιακή προσέγγιση

3.2.6 Συμπεριφοριστικές θεωρίες

3.2.7 Γνωσιακές θεωρίες

- Το μοντέλο του Rehm
- Μαθημένη αδυναμία αντίδρασης
- Θεωρία του κέντρου ελέγχου
- Η θεωρία του Beck
- Θεωρία του επιτόπιου νου

3.2.8 Χαρακτηριολογικοί παράγοντες

3.2.9 Κοινωνικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΔΙΑΓΝΩΣΗ- ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ

4.1 Η ταξινόμηση των καταθλιπτικών διαταραχών

4.1.1 Ζητήματα ταξινόμησης

4.1.2 Παλαιότερα συστήματα ταξινόμησης

4.1.3 Σύγχρονα συστήματα ταξινόμησης

4.2. Διαφορική Διάγνωση μείζων κατάθλιψης

4.2.1. από βιολογικές παθήσεις

4.2.2. από ψυχικές διαταραχές

4.2.3. ιατρικές εξετάσεις καταθλιπτικού ασθενή

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

5.1. Γενικά στοιχεία κλινικής συμπτωματολογίας

5.2. Ομαδοποίηση συμπτωμάτων

5.3. Αναλυτική προσέγγιση συμπτωμάτων

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

6.1. Εργαστηριακά Ευρήματα

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7. ΘΕΡΑΠΕΙΑ

- 7.1.Γενικά στοιχεία θεραπείας της μείζονος κατάθλιψης
- 7.2.Διάκριση θεραπειών
 - 7.2.1.Ψυχοφαρμακοθεραπεία
 - 7.2.2.Ηλεκτροσπαζμοθεραπεία
 - 7.2.2.1.Αντενδείξεις
 - 7.2.2.2.Κυριότερες ανεπιθύμητες ενέργειες
 - 7.2.3.Ψυχοχειρουργική θεραπεία
 - 7.2.4.Φωτοθεραπεία
 - 7.2.5.Ψυχοθεραπεία

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8. ΠΡΟΓΝΩΣΗ

- 8.1.Πρόγνωση

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ:

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΑΠΟΨΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΤΟΥ ΘΕΜΑΤΟΣ

- 9.1.Εισαγωγικά στοιχεία
- 9.2.Ενδείξεις νοσηλείας καταθλιπτικού ασθενή
- 9.3.Λανθασμένες αντιλήψεις νοσηλευτικού προσωπικού
- 9.4.θεωρητικά πλαίσια της νοσηλευτικής ψυχικής υγείας

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10. ΠΡΟΛΗΨΗ

- 10.1.Εισαγωγικά στοιχεία
- 10.2.Διάκριση πρόληψης
 - 10.2.1.Πρωτοβάθμια
 - 10.2.2.Δευτεροβάθμια
 - 10.2.3.Τριτοβάθμια

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ– ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ – ΣΚΟΠΟΙ

- 11.1.Εισαγωγικά στοιχεία
 - 11.1.1.Ορισμός νοσηλευτικής διεργασίας
 - 11.1.2.Σκοποί νοσηλευτικής διεργασίας
 - 11.1.3.Στάδια νοσηλευτικής διεργασίας
 - 11.1.4.Ένα πραγματικό κλινικό περιστατικό-νοσηλευτική διεργασία
- 11.2.Ψυχιατρική συνέντευξη και τεχνικές
- 11.3.ψυχιατρικό ιστορικό
- 11.4.Ομάδες αναγκών στις οποίες εξατομικεύεται η νοσηλευτική φροντίδα
- 11.5.Νοσηλευτικές παρεμβάσεις στην ψυχοφαρμακοθεραπεία
- 11.6. >> >> >> ηλεκτροσπαζμοθεραπεία
- 11.7. >> >> >> ψυχοχειρουργική θεραπεία
- 11.8. >> >> >> ψυχοθεραπεία
- 11.9. >> >> σε ασθενή με αυτοκτονικές τάσεις και παράγοντες κινδύνου
- 11.10.Άλλες νοσηλευτικές διαγνώσεις που τίθενται για τη μείζον κατάθλιψη – νοσηλευτικές παρεμβάσεις

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12.ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ–ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

- 12.1.Εισαγωγικά Στοιχεία
- 12.2.Ορισμός αποκατάστασης
 - 12.2.1.Παρεμβάσεις μέσα στα πλαίσια της αποκατάστασης
- 12.3.Διδασκαλία αρχών – νοσηλευτικές παρεμβάσεις για τη λήψη φαρμάκων:
 - 12.3.1.Στον ασθενή
 - 12.3.2.Στην οικογένειά του
- 12.4.Νοσηλευτικές παρεμβάσεις – διδασκαλία ατόμου στην διερεύνηση του πεδίου συμμετοχής του στη ζωή

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 13. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ – ΕΠΙΛΟΓΟΣ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η συγγραφή μιας σύγχρονης μελέτης, με αντικείμενο τη μείζων κατάθλιψη, είναι έργο διόλου εύκολο. Έργο που απαιτεί ευαισθητοποίηση, ενδιαφέρον και πάνω από όλα αγάπη για τη γνώση, αγάπη για τη Νοσηλευτική. Γιατί όμως χαρακτηρίζουμε τη συγγραφή μιας σύγχρονης μελέτης δύσκολο έργο; Η απάντηση είναι απλή· γιατί έχει κανείς να αντιμετωπίσει το πρόβλημα της επιλογής εκείνων των πορισμάτων της επιστήμης που είναι κοινά αποδεκτά και συγχρόνως έχουν γενικό ενδιαφέρον.

Η μελέτη αυτή απευθύνεται σε όλους όσους ενδιαφέρονται για τη μείζων κατάθλιψη, όποιοι κι αν είναι, χωρίς διάκριση επιστημονικής προεργασίας, ειδικότητας ή ιδεολογίας. Βασική μας πρόθεση είναι να παρουσιάσουμε μία εικόνα, για την ασθένεια την οποία πραγματευόμαστε, όσο το δυνατόν γίνεται περισσότερη ολοκληρωμένη. Γι' αυτό και καταβλήθηκε ιδιαίτερη προσπάθεια ώστε η μελέτη μας να αποδίδει όσο γίνεται πιστά και με ακρίβεια τις διαπιστώσεις και τα πορίσματα που αφορούν τη μείζων κατάθλιψη χωρίς περιττές, για τους πολλούς, γνώσεις.

Το περιεχόμενό της καλύπτει το βασικό, παραδοσιακό υλικό που υπάρχει, παρουσιάζοντας αρχικά στο Α' μέρος στοιχεία και γνώσεις, για το αντικείμενο μελέτης μας, << δανεισμένα >> από το χώρο της Ιατρικής (όπως: επιδημιολογία, αιτίες, συμπτώματα, θεραπεία κ.τ.λ.). Στο Β' μέρος εκθέτονται οι νοσηλευτικές πρακτικές και νοσηλευτικές παρεμβάσεις σε όλα τα επίπεδα φροντίδας υγείας: πρόληψη – αντιμετώπιση – αποκατάσταση.

Δίνοντας στη δημοσιότητα το έργο μας αυτό ευελπιστούμε ότι, τόσο από τη θεματική όσο και από την επιστημονική τεκμηρίωση και τον τρόπο διαπραγμάτευσης των θεμάτων, θα ικανοποιηθεί κάθε αναγνώστης.

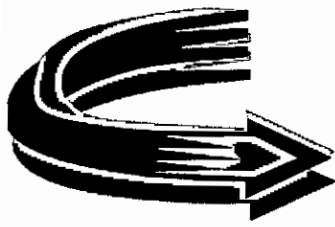
Στο σημείο αυτό, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε την κ. Κωνσταντίνα Σωτηριάδου, ψυχίατρο στο νοσοκομείο ημέρας του Κέντρου ψυχικής Υγείας του Αγίου Ανδρέα. Επίσης την κ. Γιατρά Αγγελική προϊσταμένη στο νοσοκομείο Ημέρας του κέντρου Ψυχικής Υγείας. Τέλος την ψυχιατρική κλινική του Π.Π.Γ.Ν.Π για τις πολύτιμες οδηγίες για τη λήψη ιστορικού ψυχιατρικού αρρώστου.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ψυχική υγεία είναι πολυδιάστατο φαινόμενο, αναπόσπαστο από την όλη υγεία του ανθρώπου καθώς η σωματική, η ψυχική και η πνευματική υγεία είναι άρρηκτα συνδεδεμένες.

Κάθε διαταραχή στην ψυχική υγεία του ατόμου – είτε μικρή είτε μεγάλη – έχει δυσάρεστες συνέπειες γι ‘ αυτό. Η μείζων 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 μείζων κατάθλιψη είναι πολύ μεγάλος παγκοσμίως και με το πέρασμα των χρόνων έχει τάση αυξητική.

Με αφορμή λοιπόν τα παραπάνω, σκοπός της εργασίας μας είναι να <<ρίξουμε φως >> σε αυτή την ύπουλη ασθένεια και να παρουσιάσουμε τα βασικά της στοιχεία που συναποτελούν την << ταυτότητά >> της. Απώτερος όμως σκοπός μας είναι να προσεγγίσουμε πέρα από <<γενικά>>, και <<ειδικά>> τη μείζων κατάθλιψη. Και όταν λέμε <<ειδικά>>, εννοούμε υπό το πρίσμα της νοσηλευτικής. Τις νοσηλευτικές δηλαδή πρακτικές και παρεμβάσεις, σε όλα τα επίπεδα φροντίδας υγείας του καταθλιπτικού ατόμου.



ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1.Ορισμός Μείζων Κατάθλιψης

Η βίωση των συναισθημάτων είναι κάτι καθημερινό και κοινό για όλους, καθώς και η διακύμανση των συναισθημάτων, που αποτελεί μια φυσιολογική πτυχή της ανθρώπινης εμπειρίας. Η οργή, η χαρά η λύπη είναι συναισθηματικές καταστάσεις γνωστές σε όλους μας που συχνά εναλλάσσονται. Ωστόσο κάποιοι άνθρωπο βιώνουν ακραίες διακυμάνσεις στο συναίσθημα που γίνονται επίμονες και επηρεάζουν σοβαρά τη λειτουργικότητά τους. Η διάκριση μεταξύ της φυσιολογικής και της παθολογικής διακύμανσης του συναισθήματος είναι σημαντική, και περιλαμβάνει τη χρήση συγκεκριμένων κριτηρίων που θα αναφέρουμε παρακάτω¹.

Μια σοβαρή διαταραχή της διάθεσης είναι η κατάθλιψη. Η έννοια <<κατάθλιψη>> μπορεί να αναφέρεται είτε σε μια διάθεση, ένα συναίσθημα, είτε σε ένα κλινικό σύνδρομο, που αποτελεί έναν συνδυασμό από συναισθηματικά, γνωστικά και συμπεριφορικά συμπτώματα². Έχουμε δηλαδή στη δεύτερη περίπτωση κάτι περισσότερο και ποιοτικά διαφορετικό από την απλή εμπειρία της θλίψης. Τα συναισθήματα που συνδέονται με την απλή καταθλιπτική διάθεση είναι συχνά η απογοήτευση και η απόγνωση. Αν και η θλίψη είναι μια καθολική εμπειρία, η βαθιά κατάθλιψη ως διαταραχή δεν είναι: οι άνθρωποι που υποφέρουν από βαριά κατάθλιψη περιγράφουν την εμπειρία ως κατακλυσμιαία αποπνικτική ή αποδιοργανωτική².

Αυτό που λαμβάνεται υπόψη όταν πρόκειται να γίνει η διάγνωση της κατάθλιψης είναι η ένταση των συμπτωμάτων, η διάρκεια της συγκεκριμένης συναισθηματικής διάθεσης, η παρουσία συμπτωμάτων του αυτόνομου νευρικού συστήματος, η υποκειμενική ενόχληση του ατόμου και έκπτωση της νοητικής δραστηριότητας¹. Η κλινική κατάθλιψη, περιλαμβάνει την παρουσία καταθλιπτικής διάθεσης που συνοδεύεται από πολλά άλλα συμπτώματα όπως κούραση, απώλεια ενέργειας δυσκολία ύπνου και αλλαγές στην όρεξη. Επίσης η κλινική κατάθλιψη περιλαμβάνει μια ποικιλία αλλαγών στη σκέψη και στην έκδηλη συμπεριφορά: το άτομο που υποφέρει από κατάθλιψη μπορεί να βιώνει γνωστικά συμπτώματα, όπως υπερβολική ενοχή, συναισθήματα αναξιότητας, προβλήματα συγκέντρωσης και αυτοκτονικές σκέψεις. Τα συμπεριφορικά συμπτώματα μπορεί να ποικίλλουν από τη μέγιστη υπερδιέγερση στην απόλυτη αδράνεια².

Παρά το γεγονός ότι η κατάθλιψη είναι σχετικά συχνό φαινόμενο, ο ορισμός της δεν είναι εύκολος. Ακόμη και οι ειδικοί δεν συμφωνούν σχετικά με τη φύση της, ούτε και έχουν καταλήξει σχετικά με το αν πρόκειται ουσιαστικά για ένα βιολογικό ή για ένα ψυχολογικό φαινόμενο. Σε ένα σημείο εντούτοις υπάρχει

ομοφωνία: η κατάθλιψη παρουσιάζεται ως ένα παγκόσμιο χαρακτηριστικό της ανθρώπινης φύσης, από την παροδική θλίψη που μπορεί να συμβεί στο καθένα από εμάς μέχρι τη βαριά κατάθλιψη. Σε γενικές γραμμές, πάντως, η κατάθλιψη θα μπορούσε να οριστεί ως μια κατάσταση παθολογικής θλίψης που συνοδεύεται από σημαντική μείωση του αισθήματος προσωπικής αξίας και από την επώδυνη συνείδηση της επιβράδυνσης των νοητικών ψυχοκινητικών και οργανικών διαδικασιών. Λόγω της έλλειψης ενός λειτουργικού και γενικά αποδεκτού ορισμού, η κατάθλιψη ορίζεται από τις ψυχολογικές, συμπεριφορικές, γνωστικές και βιολογικές εκδηλώσεις της³.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1.Επίπτωση Κατάθλιψης στο Άτομο

Κατά τη μείζων 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) Εκπτώσεις στη γνωστική λειτουργία των καταθλιπτικών αρρώστων συμβαίνουν σε καταστάσεις ή εγχειρήματα που απαιτούν προσπάθεια και ενεργητική και συνεχή γνωστική δραστηριότητα⁴.

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 κατάθλιψης¹.

2.2 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Η εκτίμηση της συχνότητας της κατάθλιψης στον πληθυσμό ποικίλει σημαντικά ανάλογα με τον τρόπο που ο κάθε ερευνητής χρησιμοποιεί τον όρο «κατάθλιψη».

Ο όρος αυτός χρησιμοποιείται συνήθως με τρεις τρόπους. Ο πρώτος τρόπος αναφέρεται στην κατάθλιψη ως σύμπτωμα το οποίο μπορεί να εμφανιστεί σε όλους τους ανθρώπους ως αντίδραση σε οδυνηρές καταστάσεις και γεγονότα.

Ο όρος της κατάθλιψης χρησιμοποιείται επίσης με την έννοια του συνδρόμου, το οποίο αποτελείται από ένα συνδυασμό συμπτωμάτων, όπως συναισθήματα στενοχώριας, μοναξιάς και νευρικότητας, τα οποία συχνά έπονται ενός οδυνηρού γεγονότος.

Τέλος ο όρος κατάθλιψη αναφέρεται σε μία συγκεκριμένη διαταραχή, στην οποία τα παραπάνω συμπτώματα είναι αυξημένα σε ένταση, επιμένουν στο χρόνο και έχουν συγκεκριμένη αιτιολογία, πορεία, και έκβαση⁵.

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 αυξάνεται⁶.

Η μείζων κατάθλιψη αποτελεί το μεγαλύτερο ψυχιατρικό πρόβλημα για τις Η.Π.Α. όπου υπολογίζεται ότι το ποσοστό της νόσου κατά οποιοδήποτε χρονικό διάστημα ενός μηνός αγγίζει το 4% για τον αντρικό και το 6% για τον γυναικείο πληθυσμό⁷.

Είναι αρκετά δύσκολο να εκτιμήσουμε με ακρίβεια ζητήματα όπως η συχνότητα και η διασπορά των διαταραχών διάθεσης. Αυτό συμβαίνει καταρχήν εξαιτίας του ορισμού της κλινικής κατάθλιψης, που σε άλλους ερευνητές είναι πολύ ευρύς και σε άλλους εστιάζεται σε μια στενή κατηγορία σοβαρά διαταραγμένων ασθενών.

Επίσης μεθοδολογικά ζητήματα εμπλέκονται εδώ: πολλές πρώιμες επιδημιολογικές

μελέτες επικεντρώθηκαν σε ασθενείς που ήταν υπό θεραπεία σε νοσοκομεία και κέντρα ψυχικής υγείας. Δυστυχώς όμως μεγάλος αριθμός ανθρώπων βιώνει σοβαρή κατάθλιψη χωρίς να επιδιώκει ή να μπορεί να αναζητήσει επαγγελματική βοήθεια. Επομένως τα στατιστικά στοιχεία που διαθέτουμε

πρέπει να αντιμετωπίζονται με προσοχή².

Η μονοπολική διαταραχή - κατάθλιψη είναι από τις πιο κοινές μορφές ψυχοπαθολογίας. Από τους ανθρώπους στους οποίους πάρθηκε συνέντευξη για τη μελέτη του ECA, περίπου 3% πληρούσαν τα κριτήρια του DSM-III για μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο σε περίοδο 6 μηνών κι ένα επιπλέον 3% πληρούσε τα κριτήρια για δυσθυμία κατά την ίδια περίοδο. Τέλος, περίπου ένα 1 % πληρούσε τα κριτήρια για μανιακό επεισόδιο. Συνολικά επομένως έχουμε ένα ποσοστό της τάξης του 6% για τις διαταραχές διάθεσης, με τη μονοπολική διαταραχή να είναι σαφώς επικρατούσα, παρουσιάζοντας μια αναλογία τουλάχιστο της τάξης 5: 1 με τις διπολικές διαταραχές².

2.2.1 Φύλο και κατάθλιψη

Από τη βιβλιογραφική μας ανασκόπηση προκύπτει ότι οι γυναίκες σε σημαντικά μεγαλύτερα ποσοστά παρουσιάζουν κατάθλιψη σε σχέση με τους άνδρες, με τις γυναίκες να θεωρούνται 2 ή 3 φορές πιο ευάλωτες στην κατάθλιψη². Το εύρημα αυτό επιβεβαιώνεται από το σύνολο των ερευνών ανεξάρτητα από τη χρήση στην έρευνα ψυχιατρικών ή κοινοτικών δειγμάτων και ανεξάρτητα από τη μέθοδο αξιολόγησης της κατάθλιψης. Αντίθετα, για τη διπολική διαταραχή δεν έχουμε παρόμοια διαφοροποίηση.

Επίσης φαίνεται ότι άνδρες που βιώνουν σύγκρουση με το ρόλο του φύλου τους έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να αντιμετωπίσουν κατάθλιψη, καθώς και λιγότερες πιθανότητες να αναζητήσουν βοήθεια. Επίσης υπάρχει διαφοροποίηση στον τρόπο έκφρασης της κατάθλιψης σε άνδρες και γυναίκες να εμφανίζουν μία τάση προς μεγαλύτερη σωματοποίηση: τα σωματικά συμπτώματα είναι πιο κοινά στις γυναίκες, οι οποίες εκδηλώνουν έτσι μια πιο «σωματική» κατάθλιψη, παρά στους άνδρες.

Η σχετική εσωστρέφεια των γυναικών στην έκφραση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων φαίνεται και από μια παράπλευρη εκδήλωση της κατάθλιψης, την αυτοκτονική συμπεριφορά. Τα κορίτσια φαίνεται ότι έχουν σε μεγαλύτερο βαθμό αυτοκτονικό ιδεασμό και κάνουν περισσότερες απόπειρες από ότι τα αγόρια. Η επιθετικότητα των ανδρών μπορεί επίσης να εκφραστεί σε αυτοκτονικές απόπειρες⁸, οι οποίες μπορεί να είναι λιγότερες από εκείνες των κοριτσιών, είναι όμως συχνότερα επιτυχημένες. Φαίνεται ότι οι άνδρες αντιμετωπίζουν την αυτοκτονική συμπεριφορά περισσότερο ως ανάληψη κινδύνου και πρόκλησης, σε αντίθεση με τις γυναίκες που έχουν περισσότερα καταθλιπτικά συμπτώματα από ότι οι άνδρες.

Η κατάθλιψη στα κορίτσια σχετίζεται επίσης με παράγοντες της οικογένειας, όπως πολύ αυστηρή γονεϊκή επιτήρηση: Κορίτσια που είναι υπερελεγχόμενα από τους γονείς τους παρουσιάζουν συχνότερα κατάθλιψη. Επίσης σημαντικός παράγοντας είναι η ύπαρξη κατάθλιψης της μητέρας, που συνδέεται με χαμηλή αυτοεκτίμηση στα κορίτσια⁹. Στα αγόρια, αντίθετα, η κατάθλιψη δε σχετίζεται με την ύπαρξη χαμηλής αυτοεκτίμησης. Υπάρχουν ωστόσο και οι έρευνες που δείχνουν ότι ειδικά σε δείγματα φοιτητών δεν υπάρχουν σημαντικές διαφορές φύλου ως προς την κατάθλιψη .

Την ερμηνεία της διαφορετικής συχνότητας και έκφρασης της κατάθλιψης στα δύο φύλα θα σκιαγραφήσουμε τόσο στις αιτιολογικές θεωρίες της κατάθλιψης όσο και στη συζήτηση των ευρημάτων μας. Ας αναφέρουμε εδώ τη δυνατότητα εμπλοκής κοινωνικών παραγόντων που είτε οδηγούν τις γυναίκες πιο εύκολα από τους άνδρες στην αναζήτηση βοήθειας για την κατάθλιψη είτε συμβάλλουν με τρόπο άμεσο στην ανώτερη αντιπροσώπευση των γυναικών στο κλινικό σύνδρομο της κατάθλιψης⁹.

2.2.2 Διαπολιτισμικές Διακυμάνσεις

Η προσέγγιση της διαπολιτισμικής διάστασης στη μελέτη της κατάθλιψης έγινε ήδη . από τον Kraepelin, ο οποίος παρατήρησε το 1921 ότι στην Ιάβα (Ινδονησία) η διπολική . διαταραχή ήταν το ίδιο κοινή όσο και στην Ευρώπη.

. Όπως σε κάθε διαπολιτιστική προσέγγιση, έτσι και στην περίπτωση της κατάθλιψης έχουμε να αντιμετωπίσουμε πολλά μεθοδολογικά ζητήματα, που έχουν να κάνουν με τις διαφορετικές «πραγματικότητες» που παρουσιάζουν οι ετερογενείς μεταξύ τους κουλτούρες. Ένα παράδειγμα αποτελεί το γεγονός ότι ορισμένες Αφρικανικές φυλές έχουν μόνο μία λέξη για να εκφράσουν τις έννοιες «θυμός» και «λύπη»².

Οι διαγνωστικές κατηγορίες που χρησιμοποιούμε δεν είναι ουδέτερες σε καμιά περίπτωση και δεν μπορούν να εφαρμόζονται απλά και αναγωγιστικά για τη μελέτη και την άλλων πολιτισμών μη δυτικών. Ένα γενικό πάντως συμπέρασμα που προκύπτει από την ανασκόπηση μιας πληθώρας ερευνών είναι ότι η συχνότητα εμφάνισης της κατάθλιψης φαίνεται να είναι η ίδια σε πολλούς

πολιτισμούς και Κουλτούρες, αλλά αλλάζει η έκφραση των συγκεκριμένων συμπτωμάτων².

2.2.3 Σύγκριση των γενεών

Μια σημαντική ερώτηση αφορά την ιστορική πορεία της κατάθλιψης: η συχνότητα εμφάνισης κατάθλιψης έχει αυξηθεί κατά τα τελευταία χρόνια; Η απάντηση είναι καταφατική, όπως φαίνεται από την ανασκόπηση ερευνών μετά από τον Β' Παγκόσμιο Πόλεμο. Περισσότεροι άνθρωποι παρουσιάζουν κατάθλιψη και όσο πιο πρόσφατα γεννιέται κανείς τόσο μεγαλύτερες πιθανότητες έχει να εμφανίσει κατάθλιψη νωρίτερα στη ζωή του².

2.2.4 Μεταβλητές που συνδέονται γενικά με την κατάθλιψη

Αναφέροντας καταρχήν μερικά γενικά στοιχεία, μπορούμε να παρατηρήσουμε ότι η σοβαρότητα των συμπτωμάτων είναι ο πιο σημαντικός παράγοντας που καθορίζει την ποιότητα ζωής των καταθλιπτικών, ενώ οι κοινωνικο-δημογραφικές μεταβλητές όπως ο τύπος του οικογενειακού περιβάλλοντος, το επίπεδο μόρφωσης, η συζυγική κατάσταση; ο αριθμός των καταθλιπτικών επεισοδίων, η διαταραχή της προσωπικότητας και το φύλο συνδέονται αλλά έχουν πιο δευτερεύοντα ρόλο¹⁰.

Σε επιδημιολογική μελέτη επανελέγχου στη Βαλτιμόρη με 1920 άτομα φάνηκε ότι η σοβαρή κατάθλιψη συνδέεται με το γυναικείο φύλο, το οικογενειακό ιστορικό κατάθλιψης και τα αγχογόνα γεγονότα πριν την έναρξη τους πρώτου επεισοδίου κατάθλιψης. Ενώ η μέτρια και ήπια κατάθλιψη συνδέεται με το οικογενειακό ιστορικό κατάθλιψης, τα αγχογόνα γεγονότα αλλά όχι με το γυναικείο φύλο²⁰.

2.2.5 Ηλικία έναρξης - εφηβεία και κατάθλιψη

Πολλές μελέτες υποστηρίζουν ότι η πρόωμη εφηβεία είναι η πιο κρίσιμη περίοδος για την εμφάνιση του πρώτου επεισοδίου κατάθλιψης. Πρόσφατες επιδημιολογικές μελέτες δείχνουν ότι η κατάθλιψη είναι υψηλότερη στους νέους ενήλικες, αντίθετα με ότι πιστευόταν ότι η κατάθλιψη είναι διαταραχή της μέσης ηλικίας¹¹. Αναφέρεται ότι η κρίσιμη ηλικία για μείζονα κατάθλιψη είναι τα 14,3 έτη και για δυσθυμική διαταραχή τα 11,3 έτη¹². Οι Burke et al, (1990) αναφέρουν ότι ο μέσος όρος έναρξης για μείζονα κατάθλιψη είναι για τις γυναίκες τα 23 χρόνια και για τους άνδρες τα 25. Οι γυναίκες έχουν κορύφωση μεταξύ 15-19 ετών και αύξηση 25-29, ενώ οι άνδρες έχουν κορύφωση στην ηλικία των 15-19 αλλά στην περίοδο των 25-29 εμφανίζουν ύφεση. Και σε καμία ηλικιακή περίοδο οι άνδρες δεν φτάνουν τους υψηλούς βαθμούς των γυναικών. Στην εφηβεία παρουσιάζεται αύξηση στην έναρξη της κατάθλιψης¹². Επιδημιολογικές μελέτες δείχνουν ότι ο μέσος όρος της ηλικίας έναρξης μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου είναι 25 ετών και για τα δύο φύλα και συμβαίνει στις ηλικίες 15-19 και 25-29, και ότι για εφήβους με οικογενειακό ιστορικό μείζονος κατάθλιψης η ηλικία πρώτης εμφάνισης καταθλιπτικού επεισοδίου ήταν για το 50% από την ηλικία των 25 ετών και για το 25% η εφηβεία¹². Έρευνες έδειξαν ότι η πρόωμη ηλικία έναρξης μείζονος κατάθλιψης έχει δυσμενέστερη πρόγνωση και συνδέεται με μεγαλύτερα ποσοστά οικογενειακής προδιάθεσης για κατάθλιψη στους συγγενείς πρώτου βαθμού. Εν αντιθέσει οι Lewinsohn et al (1986) δεν βρήκαν ότι η πρωιμότερη ηλικία έναρξης συνδέεται με επεισόδια μεγαλύτερης διάρκειας. Οι Hammen et al . (1992) βρήκαν ότι η πρόωμη ηλικία έναρξης στους μονοπολικούς καταθλιπτικούς έχει πρόγνωση για πιο σοβαρή κατάθλιψη και, το χρόνιο στρες έχει σχέση με την πρόωμη ηλικία έναρξης η οποία σχετίζεται πιο πολύ με επαναληπτικά επεισόδια, κατάθλιψης, χρονιότητας και ψυχοκοινωνικής εξασθένησης¹³. Ο πιο ισχυρός προγνωστικός δείκτης κατάθλιψης είναι η παρελθούσα κατάθλιψη¹⁴.

Επίσης τα αγχογόνα γεγονότα ζωής φαίνεται ότι συνδέονται με αυξημένες αναφορές καταθλιπτικής συμπτωματολογίας σε μη καταθλιπτικούς φοιτητές, αλλά είναι πολύ σπάνιο να υπάρχουν καταθλιπτικά επεισόδια εκτός αν υπήρχε

προηγούμενο ιστορικό κατάθλιψης. Σύμφωνα με τους Hammen et al(1983) επισημαίνεται ότι οι φοιτητές που θα αναπτύξουν κατάθλιψη στις ίδιες αντίξοες συνθήκες έχουν βιολογική και ψυχολογική ευαλωτότητα. Καταθλιπτικοί φοιτητές είχαν πιο εσωστρεφές πρότυπο συμπεριφοράς με περισσότερες συμπεριφορές αποφυγής, δύσκολη ιδιοσυγκρασία και αγχογόνες διαπροσωπικές σχέσεις.

Σχετικά με την κατάθλιψη των εφήβων, μπορούμε να αναφέρουμε εδώ ότι οι έφηβοι που παρουσιάζουν κατάθλιψη από τα 16 τους χρόνια τείνουν να εμφανίζουν μονοπολική κατάθλιψη, ενώ οι νέοι ενήλικες, από 23 και άνω, που για πρώτη φορά σε αυτή την ηλικία παρουσιάζουν κατάθλιψη, τείνουν να εμφανίζουν τη διπολική μορφή της διαταραχής.

Η εικόνα που προκύπτει πάντως από τη βιβλιογραφία συσχετίζει την πρώιμη έναρξη της κατάθλιψης με περισσότερα επεισόδια μείζονος κατάθλιψης. Επίσης η πρώιμη έναρξη φαίνεται να συνδέεται με συννοσηρότητα, χρήση ουσιών, με κεντρικά χαρακτηριστικά προσωπικότητας και με γενικώς χειρότερη πρόγνωση¹⁵. Η πρώιμη ηλικία εμφάνισης της κατάθλιψης σχετίζεται επίσης με υψηλούς βαθμούς επαναληπτικών επεισοδίων, χρονιότητα της κατάστασης και ψυχοκοινωνική εξασθένιση¹³. Δεν είναι τυχαίο εξάλλου που ο πιο ισχυρός προγνωστικός δείκτης για την εμφάνιση κατάθλιψης είναι η προηγούμενη εκδήλωση καταθλιπτικού επεισοδίου. Τέλος, φαίνεται ότι το χρόνιο άγχος σχετίζεται με πρώιμη έναρξη της κατάθλιψης.

Σε μελέτες γεωγραφικού μήκους που συνδέουν την- εφηβική κατάθλιψη με την ενήλικη(και οι οποίες είναι ελάχιστες) βρήκαν ότι τα δυσφορικά συναισθήματα των εφήβων είναι σημαντικοί προγνωστικοί δείκτες δυσφορικών συναισθημάτων στην ενήλικη ζωή. Οι Harrington et al (1990) σε μελέτη επανελέγχου παιδιών μετά-από 18 χρόνια που είχαν θεραπευθεί από κατάθλιψη ανακάλυψαν μεγάλους βαθμούς υποτροπής το 60% εμφάνισε ένα τουλάχιστον επαναληπτικό επεισόδιο μείζονος κατάθλιψης, έρευνα από 14 χώρες.

Οι Block et al, (1991) έδειξαν ότι τα αγόρια που είχαν κατάθλιψη στην ηλικία των 18 ετών ήταν επιθετικά χωρίς γονεϊκή επιτήρηση και φροντίδα και είχαν έλλειψη ελέγχου, ενώ τα κορίτσια είχαν υπερέλεγχο.

2.2.6 Οικογένεια και Κατάθλιψη

Είναι λίγες οι μελέτες που διερευνούν αυτές τις δύο μεταβλητές σε κοινοτικά δείγματα. Υπάρχουν πάντως ευρήματα που συσχετίζουν την

καταθλιπτική συμπτωματολογία με την οικογενειακή απόρριψη και το αρνητικό κλίμα της οικογένειας και με την ελλιπή οικογενειακή συνοχή.

Οι Kander et al (1986) μετά από 9χρονο επανέλεγχο καταθλιπτικών εφήβων κοριτσιών επεσήμαναν ότι οι καταθλιπτικές ανέφεραν ότι η σχέση τους με τους γονείς χαρακτηριζόταν από περισσότερη ψυχολογική απόσταση και δυσαρέσκεια σε σχέση με τις μη καταθλιπτικές γυναίκες, και τα δύο φύλα με κατάθλιψη έκαναν περισσότερες αναφορές για δυσκολίες με τον/την σύντροφο από τους μη καταθλιπτικούς.

Τέλος σε άλλη έρευνα φαίνεται ότι οι φοιτήτριες με μητέρες που έχουν ιστορικό κατάθλιψης και οι οποίες είχαν έλλειψη μητρικής στοργής και υπερέλεγχο εμφάνισαν χαμηλή αυτοεκτίμηση και Καταθλιπτική συμπτωματολογία, ενώ στους γιους δε βρέθηκε κάποια σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στη μητρική κατάθλιψη και στην καταθλιπτική συμπτωματολογία⁹. Μια άλλη σχετική μεταβλητή που έχει μελετηθεί σε σχέση με την κατάθλιψη είναι η σειρά γέννησης στην οικογένεια. Σε μελέτη για την προσωπικότητα και τη νοημοσύνη σε σχέση με τη σειρά γέννησης, φαίνεται ότι οι πρωτότοκοι ήταν πιο υπάκουοι με περισσότερες ηγετικές τάσεις και είχαν την τάση να μιμούνται τα γονεϊκά πρότυπα. Οι δευτερότοκοι ήταν πιο εξερευνητικοί και παρατηρητικοί σε σύγκριση με τα άλλα αδέρφια και απαιτούσαν περισσότερη προσοχή από τους γονείς επειδή έπαιρναν λίγη ανατροφοδότηση-ανταπόκριση ενώ οι υστερότοκοι ήταν εξαρτημένοι και υπερπροστατευμένοι από τους γονείς¹⁶.

Η επίδραση της σειράς γέννησης στην καλή ψυχολογική κατάσταση και τα κοινωνικά δίκτυα υποστήριξης μελετήθηκε σε έρευνα με 2886 φοιτητές: οι πρωτότοκοι φοιτητές είχαν μεγαλύτερους βαθμούς αρνητικών συναισθημάτων ενώ οι υστερότοκοι εμφάνιζαν συνολικά υψηλότερους βαθμούς και θετικών και αρνητικών συναισθημάτων. Οι πρωτότοκες και οι υστερότοκες φοιτήτριες εμφάνισαν παρόμοιους βαθμούς θετικών συναισθημάτων και κοινωνικών σχέσεων. Δεν βρέθηκαν σημαντικές διαφορές στα κοινωνικά δίκτυα στήριξης μεταξύ των πρωτότοκων και των δύο φύλων και των άλλων αδελφών σε σειρά γέννησης.

Τρεις μελέτες εξέτασαν τις επιδράσεις της σειράς γέννησης στις προσδοκίες για την οικογενειακή σχέση και την αυτοαντίληψη. Οι πρωτότοκοι φοιτητές και οι υστερότοκοι είχαν περισσότερες επιρροές και εξαρτήσεις από την οικογενειακή σχέση σε σχέση με τους δευτερότοκους. Οι τελευταίοι ανέφεραν ότι θα στρέφονταν στους γονείς για την αντιμετώπιση μιας αντίξοης συνθήκης, ενώ οι δευτερότοκοι θα στρέφονταν στους συνομηλίκους. Και οι πρωτότοκοι και οι υστερότοκοι, το πιο σημαντικό και κοντινό πρόσωπο ανέφεραν τη μητέρα¹⁷.

2.2.7 Συμπέρασμα

Συμπερασματικά οι επιδημιολογικές διαστάσεις αυτής της ασθένειας, όπως αυτή έχει διερευνηθεί στον διεθνή κ' ελληνικό χώρο αποκαλύπτει ότι σημαντικά ποσοστά του γενικού πληθυσμού υποφέρουν από καταθλιπτικά συμπτώματα που επιφέρουν έκπτωση της κοινωνικής λειτουργικότητας, ενώ άτομα αυτά αναφέρουν κακή σωματική υγεία ή εμφανίζουν μεγαλύτερη θνησιμότητα¹⁸.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

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. Ο Ιπποκράτης τον τέταρτο αιώνα π.Χ. περιέγραψε με λεπτομέρεια τόσο την κατάθλιψη αποκαλώντας την μελαγχολία, όσο και την μανία²¹.

Σήμερα στο Δυτικό κόσμο, η συχνότητα της θα μπορούσαμε να πούμε ότι παίρνει διαστάσεις επιδημίας. Τις τελευταίες δεκαετίες παρατηρείτε αύξηση τού ενδιαφέροντος για την κατάθλιψη και τις άλλες διαταραχές της διάθεσης από τους ειδικούς και τους υπόλοιπους επαγγελματίες της υγείας¹⁹. Σύμφωνα με ιστορικές μαρτυρίες, πολλές διάσημες προσωπικότητες υπέφεραν από αυτήν. Ο βασιλιάς Σολομώντας, ο Αβραάμ Λίνκολ, ο Ουίνστον Τσόρτσιλ και ο Φιλανδός συνθέτης Γιαν Σμπέλιους είναι γνωστά ιστορικά παραδείγματα²¹.

3.2. Συμβολή Αιτιών – Παραγόντων στη Μείζων Κατάθλιψη

Ερμηνεία- Αιτιολογία Κατάθλιψης

3.2.1 Βιολογικές Θεωρίες

3.2.2 Γενετικές - Κληρονομικές Θεωρίες

Από πολλές μελέτες έχει επιβεβαιωθεί η συμβολή του γενετικού παράγοντα για την κατανόηση των διαταραχών διάθεσης. Μελέτες διδύμων και υιοθεσίας έχουν δείξει ότι αν υπάρχει γενετικό συστατικό στην ευαλωτότητα για διαταραχή, τότε μια γενετική παρέκκλιση καθιστά ορισμένα άτομα πιο ευπαθή από άλλα. Οι έρευνες σε αυτό τον τομέα είναι έρευνες που πραγματοποιούνται με διδύμους, με υιοθεσίες και με οικογένειες.

A. Μελέτες οικογένειας:

Υπάρχει γενικά η τάση η κατάθλιψη να είναι πιο κοινή ανάμεσα σε συγγενείς αίματος από ότι στο γενικό πληθυσμό². Συγγενείς α' βαθμού με άτομο που πάσχει από διπολική ή μονοπολική διαταραχή έχουν υψηλότερη επικράτηση διπολικής και μονοπολικής διαταραχής, ενώ η μείζων κατάθλιψη είναι η πιο συνήθης διαταραχή διάθεσης σε οικογένειες διπολικών και μονοπολικών ασθενών.

Οι Gershow et al 1984 έδειξαν ότι η επικράτηση των διαταραχών διάθεσης σε α' βαθμού συγγενείς ήταν 7%, 20% και 25% και δείχνουν ότι οι διαταραχές διάθεσης είναι συνήθεις με συγκέντρωση σε λίγες οικογένειες. Διαφαίνεται επίσης η τάση οι συγγενείς διπολικών να εμφανίζουν διπολική και οι συγγενείς μονοπολικών να εμφανίζουν πιο πολύ μονοπολική διαταραχή. Συγκεκριμένα σε έρευνα των Gershow et al βλέπουμε ότι οι συγγενείς μονοπολικών είχαν διπολική σε ποσοστό 2,99% και μονοπολική 16,6%, ενώ οι συγγενείς διπολικών 14,9% διπολική και 8% μονοπολική. Οι συγγενείς των φυσιολογικών έχουν 0,8%, διπολική και 5,8% μονοπολική διαταραχή.

Το εύρημα αυτό επαναλαμβάνεται και σε παλιότερες έρευνες, όπως για παράδειγμα αυτή του Slater (1944), που βρήκε ότι 15% των αδελφών, γονέων και παιδιών ασθενών μανιο-καταθλιπτικών είχαν την ίδια διαταραχή, ενώ στο γενικό πληθυσμό η ίδια διαταραχή παρουσίαζε ένα ποσοστό της τάξης του 0,5%.

B. Μελέτες διδύμων και υιοθεσίας :

Η σύγκριση μονοζυγωτικών και διζυγωτικών ζευγών διδύμων αποτελεί μια πιο αυστηρή δοκιμασία της πιθανής επίδρασης γενετικών παραγόντων. Είναι πολλές οι έρευνες που έχουν αναφέρει μεγαλύτερη συμφωνία μεταξύ των

μονοζυγωτικών παρά των διζυγωτικών διδύμων². Η διαφορά μεταξύ μονοζυγωτικών (67%) και διζυγωτικών διδύμων (15%) σε πολυάριθμες μελέτες για περίοδο 50 ετών παρέχει ισχυρές ενδείξεις για τη γενετική βάση της κατάθλιψης.

Για παράδειγμα αναφέρουμε μια παλιότερη έρευνα που πραγματοποιήθηκε στη Δανία το 1979 και περιλάμβανε όλα τα δίδυμα και των δύο φύλων που γεννήθηκαν από το 1870 έως το 1920. Πιστοποιήθηκαν 110 ζεύγη δύμων στα οποία ένα ή και δύο μέλη είχαν μανιοκατάθλιψη, και φάνηκε ότι η συμφωνία ήταν υψηλότερη για τους διπολικούς μονοζυγωτικούς προγόνους (79%) όσον αφορά τους μονοπολικούς μονοζυγωτικούς προγόνους (54%)².

Γ. Μελέτες υιοθεσίας:

Ο κίνδυνος για διαταραχή διάθεσης στους βιολογικούς γονείς διπολικών ασθενών ήταν υψηλότερος (12%) σε σύγκριση με του θετούς γονείς υιοθετημένων διπολικών ή φυσιολογικών υιοθετημένων (9%). Μείζων κατάθλιψη διαγνώστηκε με μεγαλύτερη συχνότητα σε βιολογικούς συγγενείς υιοθετημένων με διαταραχή αλλά η νευρωτική κατάθλιψη και η δυσθυμία δεν είχαν πιο συχνή εμφάνιση².

3.2.3 Νευροχημικές Θεωρίες

Η χημική δραστηριότητα του εγκεφάλου είναι άλλος ένας παράγοντας που αναμφισβήτητα εμπλέκεται με καθοριστικό τρόπο στην αιτιολογία των διαταραχών της διάθεσης. Η περισσότερη γνώση μας πάνω στο θέμα προέρχεται από τυχαίες ανακαλύψεις ουσιών οι οποίες μπορούν να αλλάζουν τη διάθεση. Τέσσερις είναι κυρίως οι περιοχές έρευνες που απασχολούνται με το θέμα των διαταραχών διάθεσης: οι διαταραχές της νευροδιαβίβασης, οι διαταραχές της νευροφυσιολογικής λειτουργίας (ιδιαίτερα του ύπνου), οι διαταραχές της νευροενδοκρινικής λειτουργίας και η νευροαπεικόνιση της δομής και της λειτουργίας του εγκεφάλου¹.

Αναφορικά με τη νευροδιαβίβαση η προσοχή έχει εστιαστεί κυρίως στη νορεπίνεφρίνη, στη σεροτονίνη, στην ακετυλοχολίνη, στη ντοπαμίνη και στο GABA. Διαδεδομένη είναι η υπόθεση της κατεχολαμίνης, που πρεσβεύει ότι η κατάθλιψη προκαλείται από ανεπάρκεια νορεπινεφρίνης στις νευρικές συνάψεις

του εγκεφάλου, πρόταση που βασίσθηκε κυρίως στους μηχανισμούς δράσης των αντικαταθλιπτικών, που δρουν αυξάνοντας την πρόσληψη της νορεπινεφρίνης με διάφορους τρόπους¹. Με τυχαίο τρόπο ανακαλύφθηκε ότι οι αναστολείς της μοχοαμινοξειδάσης (ΜΑΟ) οι οποίοι δρουν αυξάνοντας έμμεσα την πρόσληψη νορεπινεφρίνης απαλύνουν τα συμπτώματα της κατάθλιψης.

Επίσης η κατάθλιψη έχει αποδοθεί και στην έλλειψη σεροτονίνης, πάλι βάσει της δράσης ορισμένων αντικαταθλιπτικών φαρμάκων που δεσμεύουν την επαναπρόσληψη της σεροτονίνης. Πάντως το φαινόμενο οι καταθλιπτικοί ασθενείς να παρουσιάζουν κάποια ανεπάρκεια στους νευροδιαβιβαστές δεν είναι γενικευμένο, και δεν αντιδρούν όλοι ικανοποιητικά σε θεραπεία με φάρμακα, γεγονός που τονίζει τον πολυδιάστατο ή έστω τον μη εξακριβωμένο χαρακτήρα της διαταραχής¹.

Αναφορικά με τις διαταραχές της νευροφυσιολογικής λειτουργίας, έχουν παρατηρηθεί συγκεκριμένα χαρακτηριστικά στη ηλεκτροεγκεφαλογράφημα (ΗΕΓ) ύπνου των καταθλιπτικών ατόμων, τα οποία βρίσκονται σταθερά στο 40%-60% των εξωτερικών ασθενών και στο 90% των ασθενών που νοσηλεύονται με μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο¹.

Μια σημαντική βιβλιογραφία συγκεντρώθηκε για τους ρόλους του δεξιού και του αριστερού ημισφαιρίου στην έκφραση και την εμπειρία του συναισθήματος και το ρόλο τους στην εμφάνιση κατάθλιψης. Πρώιμες παρατηρήσεις αναφέρουν ότι ασθενείς με μονομερή εγκεφαλική βλάβη του αριστερού ημισφαιρίου έδειξαν υψηλότερη επίπτωση καταστροφικών αντιδράσεων που χαρακτηρίζονταν από αρνητικό συναίσθημα και κλάμα. Αδιαφορία και ελαχιστοποίηση παρατηρήθηκαν δε άτομα με βλάβες στο δεξί ημισφαίριο.

Αυτές οι παρατηρήσεις επιβεβαιώθηκαν, από μεταγενέστερες έρευνες στις οποίες οι βλάβες του δεξιού ημισφαιρίου συσχετίστηκαν με θετικά συναισθήματα όπως η υπερβολική ευθυμία και η μανία. Αρκετές είναι οι μελέτες που τοποθετούν στο αριστερό ημισφαίριο την εμπειρία της κατάθλιψης. Επιπλέον, ο εντοπισμός βλαβών στην αριστερή μετωπική περιοχή βρέθηκε να είναι ο πιο σημαντικός προγνωστικός δείκτης της μετά το εγκεφαλικό

κατάθλιψης²².

Η ημισφαιρική εξειδίκευση για την εμπειρία του συναισθήματος είναι προφανής και από τις νευροαπεικονιστικές τεχνικές¹. Στις περισσότερες έρευνες η κατάθλιψη συνδέεται με προβλήματα στο αριστερό ημισφαίριο.

Τέλος, η κατάθλιψη σχετίζεται με διαταραχές στη νευροενδοκρινική λειτουργία. Για την ανεύρεση αιτιολογικών συσχετίσεων με τις διαταραχές της διάθεσης έχουν μελετηθεί ο υποθάλαμος, η υπόφυση, ο φλοιός των επινεφριδίων και άλλοι ενδοκρινείς αδένες. Ύστερα από το εύρημα ότι ορισμένοι καταθλιπτικοί ασθενείς δεν μπορούν να καταστείλουν την παραγωγή κορτιζόλης, ο υποθάλαμος έχει κινήσει το ενδιαφέρον των ερευνητών¹. Η υπερκορτιζολαιμία είναι ένα από τα σταθερά ευρήματα σε καταθλιπτικούς ασθενείς.

Η σύνδεση των βιολογικών με τις άλλες ερμηνευτικές απόπειρες της κατάθλιψης είναι μια πρόκληση για τους επιστήμονες που θέλουν να συλλάβουν το πολύπλοκο και πολυδιάστατο φαινόμενο της ανθρώπινης ψυχοπαθολογίας. Μπορούμε ίσως να υποθέσουμε ότι μια σειρά στρεσογόνων γεγονότων της ζωής μπορεί να προκαλέσει μια βιολογική αντίδραση όπως είναι μια υπερέκκριση κορτιζόλης, που εφόσον αρχίσει είναι δύσκολο να σταματήσει και που μπορεί να προκαλέσει ή να επιδεινώσει ένα καταθλιπτικό σύνδρομο, το οποίο έχει ταυτόχρονα και αιτίες ψυχοκοινωνικές. Ας αναγνωρίσουμε τέλος και το ενδεχόμενο της κληρονομικότητας και την ανάγκη ένταξής του σε ένα πολυπαραγοντικό μοντέλο ερμηνευτικό της κατάθλιψης¹.

3.2.4 Ψυχαναλυτικές Θεωρίες

Στις ψυχαναλυτικές θεωρίες κατάθλιψης κυριαρχεί ως κεντρική ιδέα η φανταστική ή πραγματική απώλεια ενός πολύτιμου ή αγαπημένου «αντικειμένου» λόγω θανάτου, χωρισμού, απόρριψης, ή η συμβολική απώλεια κάποιας ιδέας. Τα «αγαπημένα αντικείμενα» είναι οι σημαντικοί άλλοι στην πρώιμη παιδική ηλικία συνήθως οι γονείς και κυρίως η μητέρα. Η απώλεια λειτουργεί ως μελλοντικός προδιαθεσιακός παράγοντας ευαλωτότητας στην κατάθλιψη, αν το άτομο στην εφηβική ή ενήλικη ζωή του αντιμετωπίσει σημαντική απώλεια ή απογοήτευση. Σύμφωνα με τον **Freud** (1917) η απώλεια που δοκιμάζει το παιδί του προκαλεί θυμό και απογοήτευση, τα οποία

στρέφονταν προς το χαμένο αντικείμενο ή πρόσωπο. Στην πρώιμη παιδική ηλικία το παιδί εσωτερικεύει το αγαπημένο αντικείμενο, έτσι εσωτερικεύει και την απώλεια του αγαπημένου αντικειμένου ή της αγάπης της μητέρας με επακόλουθο την εσωτερίκευση του θυμού και της απογοήτευσης σε ένα τμήμα του παιδικού εγώ, γεγονός που οδηγεί το παιδί σε απώλεια της αυτοεκτίμησής του²³.

Στο «Πένθος και Μελαγχολία» ο Freud. (1917) επισημαίνει ότι ο πόνος είναι ένα παρατεταμένο και βαθύ στάδιο λύπης για την απώλεια του αγαπημένου αντικειμένου²³. Η λύπη είναι η συναισθηματική αντίδραση του εγώ στον πόνο, και μπορεί να προκληθεί από εμπειρίες απώλειας αλλά δεν εμφανίζει επιθετικές συγκρούσεις ή στην εξωτερική πραγματικότητα ή ενδοψυχικά όπως συμβαίνει στην κατάθλιψη²⁴.

O Abraham (1911-1985) πίστευε ότι τα ευάλωτα άτομα στην κατάθλιψη ή τη μελαγχολία βιώνουν αμφιθυμικά συναισθήματα προς τους άλλους, τα οποία εναλλάσσονται και όποτε κυριαρχεί το ένα εμποδίζει την έκφραση του άλλου. Η αμφιθυμία σχετίζεται με προβληματικές σχέσεις του αντικειμένου στην πρώιμη παιδική ηλικία. Στο στοματικό στάδιο υπάρχει η τάση να βιώνει το άτομο απόλαυση που πηγάζει από την ερωτογενή ζώνη του στόματος. Το καταθλιπτικό άτομο βιώνει ανάγκες και ματαιώσεις που σχετίζονται με στοματικές συμπεριφορές όπως φαγητό, ποτό, φιλί.

Έτσι, ως αποτέλεσμα συνεχών και πρώιμων απογοητεύσεων το καταθλιπτικό άτομο δημιουργεί ένα δεσμό γενετήσιων ορμών με εχθρικές καταστροφικές ορμές. Αργότερα κατά την ενήλικη ζωή του ο καταθλιπτικός μπορεί να βιώνει αργότερα απογοητεύσεις στη ζωή του αναβιώνοντας τα εχθρικά συναισθήματα που οδηγούν σε επεισόδιο μελαγχολίας. Οι ασύνειδες καταθλιπτικές ορμές του καταθλιπτικού οδηγούν σε αισθήματα ενοχής και απώλεια όρεξης²⁵.

O Rando (1928) υποστηρίζει πως οι ευάλωτοι στην κατάθλιψη στηρίζουν την αυτοεκτίμησή τους στην αγάπη και την επιδοκιμασία των άλλων παρά στα επιτεύγματά τους. Οι καταθλιπτικοί λόγω της εξάρτησής τους από τους άλλους επηρεάζονται πιο πολύ απ' τους μη καταθλιπτικούς από τις απογοητεύσεις και τις απορρίψεις του κοινωνικού τους περιβάλλοντος: οι ματαιώσεις οδηγούν στην εχθρικότητα που αποξενώνει τους άλλους του περιβάλλοντος του καταθλιπτικού. Τότε το άτομο επιχειρεί να ξανακερδίσει τους άλλους μέσα από τον πόνο, την αυτομομφή και άλλα συμπτώματα της κατάθλιψης. Αν με αυτή τη συμπεριφορά δεν κερδίσει τη χαμένη αγάπη, αυτά τα συμπτώματα γίνονται

αυτοτιμωρία, ενοχή και κατάθλιψη²⁶.

Σύμφωνα με την **Klein** η προδιάθεση στην κατάθλιψη οφείλεται στην ποιότητα της σχέσης μητέρας - παιδιού στα πρώτα χρόνια της ζωής. Αν η εμπειρία του παιδιού με τη μητέρα δεν προήγαγε αισθήματα αγάπης και ασφάλειας, το παιδί δεν μπόρεσε να υπερνικήσει την αμφιθυμία προς το αγαπημένο αντικείμενο και πάντα θα βρίσκεται σε κίνδυνο για βίωση καταθλιπτικού επεισοδίου. Η προδιάθεση για κατάθλιψη είναι το αποτέλεσμα της πρώιμης αποτυχίας για υπερνίκηση καταθλιπτικών φόβων και ανησυχιών και για την εγκαθίδρυση ενός καλύτερου επίπεδου αυτοεκτίμησης¹⁵.

Σύμφωνα με τον **Jacobson** η συγχώνευση του εαυτού με τις εσωτερικευμένες αναπαραστάσεις του αγαπημένου αντικειμένου γίνεται στην πρώιμη παιδική ηλικία. Η απώλεια του αντικειμένου προκαλεί θυμό και εχθρικήτητα που στρέφονται στο απωλεσθέν αντικείμενο και στην εσωτερική του αναπαραστάση. Η συγχώνευση του εαυτού και των εσωτερικών αναπαραστάσεων δυσκολεύει τη διάκριση του εαυτού από το αντικείμενο με αποτέλεσμα ο θυμός και η εχθρικήτητα να εσωτερικεύονται και να στρέφονται και προς τον εαυτό ως αυτομορφή και μίσος ενάντια του εαυτού²⁷.

Τέλος θα αναφερθούμε στη θεωρία του **Bowlby** για τους ασφαλείς δεσμούς προσκόλλησης. Τα παιδιά σύμφωνα με αυτή τη θεωρία έχουν την τάση να προσκολλώνται σε σημαντικά πρόσωπα, τα οποία θα τους προσφέρουν προστασία και ασφάλεια. Υποτίθεται ότι όλοι οι άνθρωποι, ανεξαρτήτου ηλικίας, αν δεν αναπτύξουν ισχυρή προσκόλληση στην πρώιμη παιδική ηλικία, είναι ευάλωτοι στις προβληματικές διαπροσωπικές σχέσεις. Σύμφωνα με τον Bowlby τα νεογέννητα έχουν στην αρχή της ζωής τους η τάση να αναζητούν κίνητρα και διέγερση και ενθαρρύνουν την προσκόλληση σε σημαντικά αντικείμενα είναι έμφυτη στα νεογέννητα. Η προστατευτική εγγύτητα του αβοήθητου νεογέννητου με τους ενήλικες έχει σίγουρα αξία επιβίωσης και γι' αυτό στον άνθρωπο έχουν αναπτυχθεί συμπεριφοράς όπως το κλάμα ή το χαμόγελο. Η απειλή για απώλεια μιας σημαντικής φιγούρας προσκόλλησης προκαλεί άγχος και θλίψη. Αν οι δεσμοί προσκόλλησης διαλυθούν λόγω χωρισμού, έλλειψης συναισθηματικής ανταπόκρισης, ο Bowlby θεωρεί ότι αυτά τα άτομα θα είναι ενδεχομένως ευάλωτα στην κατάθλιψη²⁷.

Γενικά σύμφωνα με την κλασική ψυχανάλυση, η κατάθλιψη θεωρείται ως αποτυχία της φυσικής πορείας της θλίψης. Το καταθλιπτικό σύνδρομο αποτελείται από αρνητική αυτοκριτική, ενοχή, απώλεια της λίμπιντο και χαμηλή αυτοεκτίμηση. Η σπουδαιότητα της απώλειας στην πρώιμη παιδική ηλικία και της ποιότητας της σχέσης παιδιού - μητέρας τον πρώτο χρόνο της ζωής ως παράγοντες ευαλωτότητας είναι οι κεντρικότεροι για ανάπτυξη κατάθλιψης.

3.2.5 Ανθρωπιστική - Υπαρξιακή προσέγγιση και κατάθλιψη.

Οι θεωρητικοί που πρόσκεινται τόσο στην ανθρωπιστική (Maslow, 1970, Rogers, 1955, 1961, 1980) όσο και στην υπαρξιακή (Frankl, 1962, 1975, Laing, 1964, 1967, May, 1959, 1961) προσέγγιση απορρίπτουν την έννοια του προκαθορισμού της ανθρώπινης συμπεριφοράς και σκέψης και πιστεύουν στην ελευθερία του κάθε ανθρώπου να επιλέγει την τύχη του και στην προσωπική ευθύνη των αποφάσεων του.

Οι υπαρξιστές (Frankl, Laing) θεωρούν ότι η κατάθλιψη απορρέει από την έλλειψη αυθεντικότητας στη ζωή του καταθλιπτικού, και υπ' αυτή την έννοια η κατάθλιψη είναι η αναμενόμενη αντίδραση στον μη αυθεντικό τρόπο ζωής. Οι καταθλιπτικοί δεν έχουν απλώς αισθήματα ενοχής αλλά είναι ένοχοι, γιατί απέτυχαν να κάνουν επιλογές, να αξιοποιήσουν το δυναμικό τους και να πάρουν την ευθύνη της ζωής τους.

Σύμφωνα με τον Frankl (1959, 1962) το βασικό κίνητρο της ανθρώπινης συμπεριφοράς είναι η αναζήτηση νοήματος. Η κατάθλιψη επέρχεται όταν το άτομο δεν έχει σκοπό στη ζωή του. Αναλαμβάνοντας την ευθύνη της ζωής τους και αναζητώντας κάποιο νόημα, ακόμη και σε περιστάσεις «δοκιμασίας», οι καταθλιπτικοί μπορούν να επιτύχουν μια αίσθηση ελέγχου και απαραίτητης επάρκειας για την ανάπτυξη μιας αποδεκτής από τους ίδιους ύπαρξης.

Ο Rogers (ανθρωπιστική προσέγγιση) (1959) επέδειξε έννοιες όπως «ζεστασιά», «ενσυναίσθηση» και «αποδοχή» και τόνισε τη σημασία της αυτοπραγμάτωσης και της βίωσης μιας αυθεντικής, γνήσιας ζωής για τη

θεραπεία της κατάθλιψης.

Σημαντική επίκριση προς την υπαρξιακή ανθρωπιστική προσέγγιση είναι ότι αποτελεί μια μη επιστημονική θεωρία. Η επιμονή στην ελεύθερη βούληση έρχεται σε αντίθεση με το επιστημονικό ιδεώδες του νεοτερμινισμού που είναι δημοφιλές στην επιστήμη σήμερα, και αντιτίθεται σε πηγές γνώσης και κατανόησης του κόσμου όπως η έμπνευση και η ενόραση. Η εναλλακτική θέση της υπαρξιακής ανθρωπιστικής προσέγγισης που θέτει κεντρική την ενσυναίσθηση έχει επικριθεί από την κυρίαρχη επιστημονική παράδοση, επειδή δεν μπορεί να επαληθευτεί αν ο θεραπευτής αντιλαμβάνεται τον εσωτερικό κόσμο του καταθλιπτικού και αν η ενσυναίσθηση έχει θεραπευτική αξία, έχουμε να κάνουμε δηλαδή περισσότερο με διαίσθηση παρά με μετρήσιμα, «αντικειμενικά» μεγέθη²⁸.

3.2.6 Συμπεριφοριστικές Θεωρίες της Κατάθλιψης

Οι συμπεριφοριστικές θεωρίες προσπαθούν να εξηγήσουν την κατάθλιψη με έννοιες όπως ενίσχυση, αντίδραση και υπεργενίκευση ερεθίσματος. Σε αντίθεση με την εστίαση των ψυχαναλυτικών θεωριών της κατάθλιψης σε πρώιμα βιώματα και ενδοψυχικές διαδικασίες, οι συμπεριφορικές θεωρίες προσπαθούν να εξηγήσουν την κατάθλιψη σύμφωνα με την αντίδραση και την υπεργενίκευση του ερεθίσματος (Rehm, 1990)²⁹. Για τους θεωρητικούς συμπεριφοριστές η κατάθλιψη περιλαμβάνει μια υπεργενικευμένη αντίδραση (πχ απώλεια ενδιαφέροντος σε ευρεία σειρά δραστηριοτήτων, απώλεια όρεξης, μειωμένο σεξουαλικό ενδιαφέρον, χαμηλή αυτοεκτίμηση) σε ένα περιορισμένο ερέθισμα (π.χ απώλεια εργασίας).

Ο **Skinner** (1953) αναφέρει ότι η κατάθλιψη είναι το αποτέλεσμα αδυναμίας της συμπεριφοράς που οφείλεται στη διακοπή των εγκαθιδρυμένων συνεπειών της συμπεριφοράς που έχουν θετικά ενισχυθεί από το κοινωνικό περιβάλλον. Ο **Ferster** (1973,1974) υποστηρίζει ότι η κατάθλιψη οφείλεται στη μείωση της συχνότητας ορισμένων προσαρμοσμένων δραστηριοτήτων που θα μπορούσαν να δεχτούν θετική ενίσχυση.

Το καταθλιπτικό άτομο βρίσκεται σε διαδικασία απόσβεσης και δέχεται μειωμένο βαθμό ενίσχυσης. Η αποτυχία του καταθλιπτικού να παράγει προσαρμοσμένες συμπεριφορές μπορεί να οφείλεται ή σε απότομες αλλαγές του περιβάλλοντος που απαιτούν νέες πηγές ενίσχυσης ή σε αποστροφικές και τιμωρητικές συμπεριφορές στις οποίες ο εμπλεκόμενος καταθλιπτικός δεν έχει ευκαιρίες για θετική ενίσχυση ή τέλος σε μη ακριβή παρατήρηση του περιβάλλοντος που οδηγεί σε ακατάλληλη κοινωνική συμπεριφορά και σε ελάχιστη θετική ενίσχυση. Πρόκειται για ατελή ικανότητα εκδήλωσης συμπεριφορών που θα τύχουν θετικής ενίσχυσης.

Η απώλεια ενός κεντρικού ενισχυτή οδηγεί σε εξασθένηση όλων των συμπεριφορών που ήταν οργανωμένες γύρω από τον απολεσθέντα ενισχυτή. Οι **Wolpe** (1974) & **Lazarus** (1966) πιστεύουν ότι μερικά ερεθίσματα προκαλούν εξαρτημένες συγκινησιακές αντιδράσεις, και τα άτομα αποφεύγουν αυτά τα ερεθίσματα αν δεν είναι συνδεδεμένα με σημαντικές πηγές ενίσχυσης (άτομα αντίθετου φύλου, συνεντεύξεις- εργασίας). Το άτομο γίνεται έτσι αποκομμένο από πηγές ικανοποίησης. Σύμφωνα με αυτή- τη θεωρία, υπερβολικά υψηλά επίπεδα άγχους μπορούν άμεσα να μετατραπούν σε κατάθλιψη. Η θέση αυτή συμφωνεί με πρόσφατες έρευνες όπου φαίνεται η συννοσηρότητα και η σημαντική αλληλεπικάλυψη των δύο αυτών διαταραχών³⁰.

Ο **Costello** (1972) διαφοροποιούμενος από τον **Ferster** διακρίνει ανάμεσα στη μείωση του αριθμού των διαθέσιμων ενισχυτών του ατόμου και στη μείωση της αποτελεσματικότητας των διαθέσιμων ενισχυτών. Σύμφωνα με τον **Costello** η απώλεια μιας πηγής ενίσχυσης δεν εξηγεί τη γενική απώλεια ενδιαφέροντος του καταθλιπτικού. Η κατάθλιψη οφείλεται στη διάσπαση μιας αλυσίδας συμπεριφορών που ίσως οφείλεται στην απώλεια ενός ενισχυτή της αλυσίδας. Επομένως υπάρχει απώλεια της αποτελεσματικότητας των ενισχυτών και η γενική απώλεια ενδιαφέροντος είναι εκδήλωση της μείωσης της αποτελεσματικότητας των ενισχυτών.

Η συμπεριφορική θεωρία με τη μεγαλύτερη απήχηση είναι του **Peter Lewinsohn**(1973, 1974, 1975). Επικέντρωσε την προσοχή και την έρευνα στο χαμηλό ποσοστό ενίσχυσης που δέχεται το άτομο για μία συγκεκριμένη του συμπεριφορά – αντίδραση. Το χαμηλό ποσοστό θετικής ενίσχυσης και το

υψηλό ποσοστό απωθητικών εμπειριών οδηγεί σε δυσφορία και στη μείωση της συγκεκριμένης συμπεριφοράς, καταλήγοντας στην κατάθλιψη. Το χαμηλό επίπεδο θετικής ενίσχυσης ίσως οφείλεται σε έλλειμμα σε συμπεριφορές ή δεξιότητες του ατόμου που εμποδίζουν τους ενισχυτές να φθάσουν στο άτομο ή μειώνουν την ικανότητα του ατόμου να τα βγάξει πέρα σε απωθητικές εμπειρίες ή τέλος σε έλλειμμα των ενισχυτών στο περιβάλλον λόγω αποδυνάμωσης, απώλειας ή σε πλεόνασμα απωθητικών εμπειριών ή μείωση της ικανότητας να αντλεί ικανοποίηση και ευχαρίστηση από θετικά γεγονότα ή αυξημένη ευαισθησία σε αρνητικά γεγονότα¹².

Συμπληρώνοντας τον Lewinsohn, ο Coine (1976) υποστήριξε ότι η κατάθλιψη διατηρείται από τις αρνητικές αντιδράσεις των σημαντικών άλλων στη συμπεριφορά του καταθλιπτικού. Το περιβάλλον του αρχικά δείχνει πραγματικό ενδιαφέρον και οι συμπεριφορές του καταθλιπτικού γίνονται απαιτητικές με αυξημένη συχνότητα. Η συμπεριφορά του καταθλιπτικού γίνεται απωθητική και προκαλεί συναισθήματα θυμού, με συγκεκριμένη εχθρότητα η οποία δεν εκφράζεται και προκαλεί ενοχές. Ο καταθλιπτικός αντιλαμβάνεται τα αντικρουόμενα μηνύματα των άλλων, τα εκλαμβάνει ως απόρριψη και προσπαθώντας να ξανακερδίσει την υποστήριξη των άλλων, η κατάστασή του χειροτερεύει.

Συνοψίζοντας, αναφορικά με τα ζητήματα αιτιολογίας και διατήρησης της κατάθλιψης παρατηρούμε ότι τα συμπεριφορικά μοντέλα κατάθλιψης θεωρούν ως υπεύθυνο παράγοντα της κατάθλιψης τη μείωση του ποσοστού της θετικής ενίσχυσης ή τη μείωση της αποτελεσματικότητας της θετικής ενίσχυσης που λαμβάνεται από το περιβάλλον των καταθλιπτικών.

3.2.7 Γνωσιακές Θεωρίες για την κατάθλιψη

Οι γνωσιακές θεωρίες κατά μία έννοια αποτελούν μετεξέλιξη των συμπεριφοριστικών, γιατί διατήρησαν την πειραματική μεθοδολογία και την εγκυρότητα του συμπεριφορισμού και νομιμοποίησαν τη μελέτη γνωστικών μεταβλητών, όπως οι σκέψεις, ιδέες, πεποιθήσεις και προσδοκίες του ατόμου. Αναφορικά με την αιτιολογία της κατάθλιψης, οι γνωσιακές θεωρίες εστιάζουν στις παράλογες σκέψεις στις γνωστικές παραμορφώσεις, σε αντίθεση με τις συμπεριφορικές θεωρίες που μιλούν για ενισχύσεις και συμπτώματα. Συναφής

με αυτή τη θέση είναι η θεραπευτική πτυχή της κάθε θεωρίας: Οι συμπεριφοριστικές μέθοδοι εστιάζονται στην έκδηλη συμπεριφορά, ενώ οι γνωσιακές επιχειρούν να κάνουν το άτομο να ελέγξει τα γνωστικά του σχήματα που καθοδηγούν τη δραστηριότητά του στον κόσμο και να τα καταστήσει πιο λειτουργικά. Παρακάτω θα δούμε ορισμένα μοντέλα αιτιολογικά της κατάθλιψης που αναπτύχθηκαν στο πλαίσιο της γνωσιακής θεωρητικής παραγωγής.

1. Το μοντέλο του Rehm

Το μοντέλο του Rehm δίνει βάρος σε διαδικασίες αυτοελέγχου του ανθρώπου, που σχετίζονται με την αυτοκαταγραφή ή αυτοπαρατήρηση, την αυτοεκτίμηση και την αυτοενίσχυση. Δυσλειτουργίες σε αυτές τις διαδικασίες είναι που οδηγούν στην καταθλιπτική κατάσταση.

Αναλυτικότερα, κατά την αυτοκαταγραφή ή αυτοπαρατήρηση το άτομο παρατηρεί τόσο τη συμπεριφορά του όσο και το περιβάλλον, ώστε να εκτιμήσει αργότερα παραμέτρους σχετικές με την επίτευξη του στόχου του, κατά την αυτοεκτίμηση ή αυτοαξιολόγηση συγκρίνει τις πληροφορίες που λαμβάνει με ένα εσωτερικό κριτήριο ή μέτρο σύγκρισης σχετικό με την επιθυμητή συμπεριφορά, και τέλος το άτομο προσφέρει στον εαυτό του αυτοενίσχυση ανάλογα με το πόσο η δεδομένη συμπεριφορά προσεγγίζει την επιθυμητή³.

Στη συμπεριφορά αυτοελέγχου που διαγράψαμε πιο πάνω μπορεί να εμφανιστούν προβλήματα, τα οποία ο Rehm έχει εντάξει σε έξι κατηγορίες:

- Αναφορικά με την αυτοκαταγραφή, τα καταθλιπτικά άτομα εστιάζουν επιλεκτικά την προσοχή τους στα αρνητικά γεγονότα που ακολουθούν τη συμπεριφορά τους, γεγονός που αποκλείει τη θέαση των θετικών και οδηγεί σε απαισιοδοξία.
- Τα καταθλιπτικά άτομα επίσης τείνουν να εστιάζουν στις βραχυπρόθεσμες συνέπειες των πράξεών τους και να εγκλωβίζονται στις παρούσες απαιτήσεις.
- Επίσης οι καταθλιπτικοί δυσλειτουργούν στη διαδικασία της αυτοεκτίμησης, θέτοντας μη ρεαλιστικά, τελειοθηρικά και σφαιρικά κριτήρια που είναι πολύ δύσκολο να ικανοποιηθούν, οδηγώντας στην εκτίμηση του εαυτού τους με έναν αρνητικό υπεργενικευμένο τρόπο.
- παρατηρείται επίσης η τάση να αποδίδουν τα θετικά σε εξωγενείς παράγοντες και τα αρνητικά στους ίδιους, παίρνοντας πάντα όλη την ευθύνη

για τις αποτυχίες τους.

- Γενικά οι καταθλιπτικοί δε δίνουν στον εαυτό τους αυτενίσχυση, γεγονός που συνάδει και με την ελλιπή επιμονή τους κατά την εκπλήρωση έργων και υποχρεώσεων.
- Τέλος, τα καταθλιπτικά άτομα είναι πολύ αυστηρά με τον εαυτό τους και τον τιμωρούν πολύ, καταλήγοντας σε υπερβολική αναστολή²⁹.

2. Μαθημένη Αδυναμία Αντίδρασης και Απόδοση Αιτιών -Απελπισία

Η θεωρία αυτή διατυπώθηκε στην πρώτη της μορφή από τον Seligman (1975), αναδιατυπώθηκε από τους Seligman, Abramson & Teasdale (1978) ως «Απόδοση αιτιών» και αναθεωρήθηκε πρόσφατα από τους Abramson, Metalsky & ALLOY (1989) μετονομαζόμενη σε «**Θεωρία Έλλειψης Ελπίδας ή Απελπισίας**»³¹.

Η βασική θέση της θεωρίας που διατυπώθηκε ήδη από τον Seligman βάσει πειραμάτων του με ζώα είναι ότι η παθητικότητα ενός ατόμου και η αίσθηση ότι δεν είναι ικανό να δράσει και να ελέγξει τη ζωή του δημιουργούνται μέσα από δυσάρεστες και τραυματικές εμπειρίες, τις οποίες το άτομο προσπάθησε ανεπιτυχώς να ελέγξει. Η παθητικότητα και η αίσθηση αδυναμίας ελέγχου της προσωπικής ζωής θεωρούνται υπεύθυνες και ικανές να οδηγήσουν ένα άτομο στην κατάθλιψη³¹.

Όπως φάνηκε από τα πειράματα του Seligman υπάρχει η τάση το επίκτητο αίσθημα αδυναμίας να γενικεύεται και να επηρεάζει σοβαρά και αρνητικά την απόδοση, του υποκειμένου: τα ζώα στα οποία δημιουργήθηκε αίσθηση ανικανότητας με πειραματικούς χειρισμούς παρέμειναν παθητικά όταν αντιμετώπιζαν στρεσογόνες καταστάσεις, και δεν δρούσαν αν και θα μπορούσαν. Παρουσίαζαν ανορεξία και άλλα συμπτώματα χαρακτηριστικά της κατάθλιψης¹⁷.

Το μοντέλο του Seligman ερμηνεύει την παθητικότητα αλλά δεν μπορεί να αγγίξει πτυχές της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας όπως τη θλίψη, τις ενοχές και τις ιδέες αυτοκτονίας, ενώ αδυνατεί και να εξηγήσει ακόμα και την απώλεια της αυτοεκτίμησης, τη γενίκευση της κατάθλιψης σε διάφορες περιστάσεις ή τις ατομικές διαφορές στη σοβαρότητα της κατάθλιψης³¹.

Ένας παράγοντας που εισήχθη για να θεραπεύσει αυτές τις αδυναμίες του μοντέλου είναι η ύπαρξη της ελπίδας Σύμφωνα με τις μεταγενέστερες εκδοχές της θεωρίας είναι η έλλειψη ελπίδας που οδηγεί στην κατάθλιψη: Τα

συμπεράσματα που εξάγει το άτομο σε σχέση με τα αρνητικά γεγονότα αποτελούν καθοριστικό παράγοντα σε αυτή τη διαδικασία, και οι Abramson et al (1989) έχουν διακρίνει τρία είδη τέτοιων συμπερασμάτων:

- ✓ Το άτομο αποδίδει σημαντικά αρνητικά γεγονότα της ζωής του σε σφαιρικές αιτίες.
- ✓ Αντιλαμβάνεται τις συνέπειες ενός γεγονότος ως σημαντικές, μη αναστρέψιμες, απίθανο να αλλάξουν και με επιρροή σε πολλούς τομείς της ζωής του.
- ✓ Ένα αρνητικό γεγονός έχει σημαντικές επιδράσεις στα χαρακτηριστικά που εξάγει το άτομο για τον ίδιο τον εαυτό του, όπως αυτοαντίληψη, προσωπική αξία, ικανότητες, προσωπικότητα ³.

Υπάρχει λοιπόν ένα γενικό ύφος απόδοσης αιτιών, που αποτελεί την προδιάθεση μερικών ατόμων να αντιλαμβάνονται τα αρνητικά γεγονότα με τους τρόπους που αναφέραμε παραπάνω, αποδίδοντάς τα σε σταθερούς και σφαιρικούς παράγοντες. Σύμφωνα με τη θεωρία, ένα άτομο δε θα αναπτύξει κατάθλιψη έλλειψης ελπίδας αν αφενός δεν έχει την προδιάθεση, ή το καταθλιπτικό στυλ απόδοσης αιτιών, και αφετέρου αν δεν έρθει αντιμέτωπο με στρεσογόνα αρνητικά γεγονότα. Ας σημειώσουμε τέλος ότι είναι δυνατό η καταθλιπτική τάση απόδοσης αιτιών να εμφανίζεται σε έναν μόνο τομέα της δραστηριότητας του ατόμου, όπως μπορεί να είναι η επαγγελματική ή η προσωπική ζωή.

Εμπειρικές έρευνες που θέλησαν να ελέγξουν την εγκυρότητα της θεωρίας και να αναζητήσουν την κατεύθυνση ή την ύπαρξη μιας αιτιώδους σχέσης μεταξύ της απόδοσης αιτιών και τη κατάθλιψη δε μας επιτρέπουν να καταλήξουμε σε ένα ασφαλές συμπέρασμα. Οι δυσλειτουργικές αποδόσεις προηγούνται του καταθλιπτικού επεισοδίου και μπορούμε βάσει αυτών να προβλέψουμε ένα επίπεδο κατάθλιψης, ή έπονται, ή είναι ανεξάρτητες από την εκδήλωση επεισοδίου; Ανεξάρτητα από την κατεύθυνση πάντως της σχέσης και τις μεθοδολογικές αδυναμίες των ερευνών, τα, δεδομένα δείχνουν ότι υπάρχει σχέση μεταξύ κατάθλιψης και τρόπου απόδοσης αιτιών και οπωσδήποτε η σχέση αυτή μπορεί να αξιοποιηθεί και αξιοποιείται κατά τη θεραπεία.

3. Θεωρία του Κέντρου Ελέγχου

Η έννοια του κέντρου ελέγχου αναφέρεται στον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβάνεται το άτομο τις ενισχύσεις. Ο Rotter (1954, 1972) εδραίωσε τη θεωρία του κέντρου ελέγχου, διακρίνοντας δύο δυνατότητες τον εσωτερικό έλεγχο, κατά τον οποίο το άτομο πιστεύει ότι οι ενισχύσεις εξαρτώνται από τη δική του συμπεριφορά, ικανότητες και δεξιότητες, και τον εξωτερικό έλεγχο, κατά τον οποίο το άτομο πιστεύει ότι οι ενισχύσεις δεν έχουν σχέση με τον ίδιο, αλλά μάλλον με τον έλεγχο ο οποίος ασκείται από άτομα που κατέχουν εξουσία, από την τύχη, το πεπρωμένο κλπ. Μιλάμε λοιπόν για εσωτερικό έλεγχο όταν ένα άτομο αντιλαμβάνεται μια αιτιολογική σχέση μεταξύ των δικών του πράξεων και των αποτελεσμάτων που προέρχονται από αυτές, και για εξωτερικό έλεγχο, ότι ένα άτομο δεν αντιλαμβάνεται μια τέτοια σχέση και αποδίδει τις ενισχύσεις στην ενέργεια της τύχης ή γενικότερα εξωτερικών από εκείνο δυνάμεων.

Ο εσωτερικός ή εξωτερικός έλεγχος αποτελεί μια γενική τάση του ατόμου που εξαρτάται σύμφωνα με το Rotter από προηγούμενες εμπειρίες ενίσχυσης του ατόμου, και σίγουρα από την κουλτούρα της κοινωνίας στην οποία ανήκει (θα προσθέταμε εμείς). Η διάσταση αυτή αποτελεί ένα χαρακτηριστικό της προσωπικότητας που επηρεάζει μια ευρεία γκάμα συμπεριφορών του ατόμου. Το άκρο που συνδέεται με την ανάπτυξη κατάθλιψης είναι η τάση για εξωτερικό έλεγχο: ένα άτομο που θεωρεί ότι οι ενισχύσεις δεν εξαρτώνται από το ίδιο έχει την τάση να αντιλαμβάνεται τον εαυτό του χωρίς προσωπικό έλεγχο και ανίκανο να επιλύσει μια προβληματική κατάσταση. Από αυτό το σημείο είναι δυνατόν να ξεκινούν συναισθήματα απαισιοδοξίας και ανικανότητας, καθώς και χαμηλή αυτοεκτίμηση.

Πολλές είναι οι έρευνες που συσχετίζουν το κέντρο ελέγχου με την εκδήλωση ψυχοπαθολογίας. Ένα βέβαιο εύρημα είναι το ότι η ύπαρξη εσωτερικού ελέγχου στο άτομο αποτελεί προστατευτικό παράγοντα κατά της εκδήλωσης κατάθλιψης, αλλά η θεωρία εξελίσσεται ακόμα και πολύ απέχει από το να βρίσκεται σε ένα τελικό στάδιο³.

4. Η ΘΕΩΡΙΑ ΤΟΥ BECK

Η θεωρία του Beck είναι η περισσότερο γνωστικά προσανατολισμένη και συχνά αναφέρεται στη βιβλιογραφία ως η κατεξοχήν γνωστική θεωρία της κατάθλιψης. Ο Beck παρατήρησε ότι οι καταθλιπτικοί χαρακτηρίζονται από έναν ιδιαίτερο τρόπο σκέψης: έχουν την τάση να βλέπουν τον εαυτό τους «χαμένο» και συνεχώς «ματαιωμένο», «αποστερημένο» και «εμποδισμένο». Εμπλέκονται σε έναν τυπικά αρνητικό τρόπο σκέψης όσον αφορά τον εαυτό τους και το μέλλον τους και τείνουν να κάνουν μερικά λάθη λογικού συλλογισμού, τα οποία ο Beck υπέθεσε ότι βρίσκονται στη βάση της κατάθλιψης, και μπορούν να βοηθήσουν τόσο στην κατανόησή της όσο και στην αιτιολογία της διατήρησής της.

Αυτές οι παραδοχές αποτέλεσαν τη βάση για τη θεωρία και τη θεραπευτική πρόταση του Beck: η κατάθλιψη κάτω από αυτή την οπτική αντιμετωπίζεται ως το προϊόν λανθασμένου τρόπου σκέψης, διαταραχής στις «ιδέες» και τις σκέψεις ενός ατόμου. Είναι δηλαδή κεντρικής σημασίας οι ερμηνείες της πραγματικότητας που κάνει το άτομο, και η ψυχοπαθολογία της κατάθλιψης δεν ανάγεται σε μια διαταραχή της διάθεσης αλλά πηγάζει από αρνητικές και παράλογες αντιλήψεις των αντικειμενικών εμπειριών και γεγονότων.

Τα συναισθήματα, παίζουν κεντρικό ρόλο επίσης στη θεωρία, αλλά θεωρείται ότι μπορούν να ερμηνευθούν ή να αναχθούν στις ιδέες και σκέψεις του ατόμου και που καθορίζουν τη σημασία του αποδίδεται στα γεγονότα. Ωστόσο οι γνωστικές διαδικασίες αν και πρωτανεύουσες σε αυτή τη θεώρηση δεν παίρνουν το ρόλο του αιτίου ούτε του αιτιατού, καθώς τέτοιες σχέσεις όπως αναγνωρίζει και ο Beck πολύ απέχουν από τη γραμμικότητα και την απλή ερμηνεία.

Βασικό στοιχείο της θεωρίας του Beck είναι η γνωστική τριάδα, που αναφέρεται σε τρεις κεντρικούς άξονες σκέψεων και ιδεών, όπου το καταθλιπτικό άτομο εκδηλώνει μια αρνητική θεώρηση α)για τον εαυτό του, β)για τον κόσμο και την τρέχουσα κατάσταση και τις εμπειρίες του, και γ)για το μέλλον³. Η θεωρία υποστηρίζει ότι η γνωστική τριάδα είναι υπεύθυνη για πολλά, από τα χαρακτηριστικά καταθλιπτικά συμπτώματα, μέσα στα οποία

συμπεριλαμβάνονται και οι ανεπάρκειες σε επίπεδο κινήτρων, όπως και σε επίπεδο συναισθηματικής, συμπεριφορικής και οργανικής δραστηριότητας. Ο καταθλιπτικός έχει την τάση να αντιλαμβάνεται τον εαυτό του με τα πλέον αρνητικά χαρακτηριστικά, να βλέπει έναν κόσμο που έχει υπερβολικές απαιτήσεις από αυτόν, που στερείται χαράς και που χρησιμεύει μόνο για να του προξενεί εμπόδια, ενώ αναφερόμενος στο μέλλον αντικρίζει μια ατέλειωτη σειρά προβλημάτων και δυσκολιών, στερήσεων και ματαιώσεων.

Τα γνωστικά σχήματα του καταθλιπτικού είναι το βασικό στοιχείο που δημιουργεί και συντηρεί την παθολογία του. Κοινά αποδεκτός ορισμός για την έννοια του σχήματος δεν υπάρχει, αλλά ο Beck το προσδιορίζει ως «μια σταθερή δομή που χρησιμοποιείται για την επιλογή, κωδικοποίηση και αξιολόγηση των πολυάριθμων ερεθισμάτων με τα οποία ένα άτομο έρχεται συνεχώς σε επαφή»³. Στα πλαίσια της κατάθλιψης θεωρείται ότι τα σχήματα παίζουν έναν αιτιολογικό ρόλο, επηρεάζοντας με σταθερά αρνητικό τρόπο το πώς το άτομο αντιλαμβάνεται και δομεί το περιβάλλον του, διαδικασία που οδηγεί στο καταθλιπτικό συναίσθημα. Τη δημιουργία των καταθλιπτικών σχημάτων ανάγει ο Beck σε πρώιμες αρνητικές εμπειρίες των παιδικών χρόνων.

Η θεωρία του Beck έχει αποτελέσει έναυσμα για εμπειρική έρευνα και έχει επιβεβαιωθεί στις βασικές αρχές της. Ωστόσο δε λείπουν και οι αμφισβητήσεις κεντρικών θέσεων της θεωρίας, όπως εκείνης που διατείνεται ότι η κατάθλιψη προέρχεται από λανθασμένες ερμηνείες των αντικειμενικών γεγονότων. Το τι είναι ένα «αντικειμενικό» γεγονός και πώς κατασκευάζεται είναι ένα πολύπλοκο ζήτημα καθόλου αυτονόητο. Εξάλλου υπάρχει και η άποψη ότι οι καταθλιπτικοί είναι ρεαλιστές ως προς την εκτίμησή τους της πραγματικότητας, σε αντίθεση με τους μη καταθλιπτικούς. Ακολουθώντας αυτή τη λογική μπορεί να προτιμήσουμε μια έστω και μη ρεαλιστική εκτίμηση της πραγματικότητας, η οποία φαίνεται όμως να είναι λειτουργική από άλλες απόψεις (δεν οδηγεί σε παθητικότητα παραίτηση).

Τέλος πολλά είναι τα μεθοδολογικά τρωτά που καταλογίζονται στις έρευνες οι οποίες επιβεβαιώνουν τη θεωρία του Beck, ορισμένα από τα οποία αναφέρονται στο ακατάλληλο του δείγματος είτε σε προβληματικούς λειτουργικούς ορισμούς κατάθλιψης, που την ανάγουν σε μετρήσιμες δυσφορίας η καταθλιπτικής διάθεσης³.

5. Θεωρία του Επιτόπιου Νου και Κατάθλιψη

Η θεωρία του επιτόπιου νου είναι μια πρόσφατη εξέλιξη της γνωστικής, παράδοσης, που φιλοδοξεί να προσεγγίσει τα μεγάλου εύρους και σχετικά μόνιμα γνωστικά σχήματα / συστήματα ή μοντέλα πρόσληψης και

επεξεργασίας πληροφοριών, τα οποία λειτουργούν σε πολλά επίπεδα και παράλληλα. Ο Teasdale (1991) για να περιγράψει τις σχέσεις μεταξύ των διάφορων γνωστικών συστημάτων αναφέρεται στην έννοια του «επιτόπιου νου», που την αναλύει βασιζόμενος στις παρακάτω ιδέες:

Δεν έχουμε έναν νου, αλλά πολλούς. Κάθε στιγμή ένας είναι ο τρέχων και ο επικρατών. Οι διαταραχές της διάθεσης μπορούν να κατανοηθούν ως η τάση του ατόμου να «κολλάει» σε έναν νου, αντί να εναλλάσσει φυσιολογικά τους διάφορους τρόπους σκέψης ανάλογα με τις συνθήκες. Αυτό που κάνουν οι γνωστικές θεραπείες είναι να βοηθούν το άτομο να αντικαταστήσει τον επιτόπιο νου στον οποίο έχει κολλήσει με έναν άλλο, και κυρίως να μάθει να μην εμμένει σε έναν νου στο μέλλον.

Η εναλλαγή από τον ένα επιτόπιο νου στον άλλο δεν είναι μια συνειδητή προσπάθεια του ατόμου αλλά περισσότερο μια αυτόματη διαδικασία που παρουσιάζεται ως απόκριση σε περιβαλλοντικά ερεθίσματα. Το ζήτημα επομένως είναι να επιλέγεται ο πιο λειτουργικός κάθε φορά νους που μπορεί να προσφέρει τα καλύτερα αποτελέσματα στις καταστάσεις που αντιμετωπίζει το άτομο.

Πώς όμως σχετίζεται η θεωρία του επιτόπιου νου με την κατάθλιψη; Καταρχήν βασικό χαρακτηριστικό του γνωστικού συστήματος του ανθρώπου υποτίθεται ότι είναι η ύπαρξη δύο συστημάτων επεξεργασίας πληροφοριών, τα οποία είναι ιεραρχικά δομημένα ώστε το ένα να ασχολείται με ειδικά νοήματα και το άλλο με ανώτερης αφαίρεσης σχήματα. Η κατάθλιψη προκαλείται από σχηματικά μοντέλα που κωδικοποιούν καταθλιπτογόνα θέματα. Τα ειδικά, συγκεκριμένα νοήματα μόνο έμμεσα συμβάλλουν στην κατάθλιψη, μέσω της επιρροής τους σε ανώτερου επιπέδου νοήματα.

Το όλο σύστημα λειτουργεί δυναμικά και ανατροφοδοτικά: η διατήρηση της κατάθλιψης εξαρτάται από τη συνεχή αναπαραγωγή καταθλιπτογόνων σχηματικών μοντέλων, η οποία μπορεί να διακοπεί αν για παράδειγμα αποσπαστεί με κάποιο τρόπο η προσοχή του ατόμου, οπότε και μειώνεται αισθητά η κατάθλιψη²¹.

Ερευνητικά δεδομένα δείχνουν ότι εναλλασσόμενα ερεθίσματα στο περιβάλλον μπορούν αυτόματα να ενεργοποιήσουν ή να αποκλείσουν πολύπλοκα, ολοκληρωμένα μοντέλα ερμηνείας, κινήτρων και συμπεριφοράς. Επίσης έρευνες έχουν δείξει ότι μετά από θεραπεία καταθλιπτικά άτομα έχουν μικρότερη πρόσβαση σε αρνητικές έννοιες, χτίζοντας στην ουσία έναν διαφορετικό εαυτό: η καταθλιπτική κατάσταση φαίνεται ότι χαρακτηρίζεται από έναν διακριτό επιτόπιο νου πολύ διαφορετικό από αυτόν που επικρατεί σε κατάσταση φυσιολογικής διάθεσης, ώστε να μπορούμε να μιλήσουμε για τη δυνατότητα συνύπαρξης δύο, διαφορετικών νοητικών πραγματικοτήτων στο ίδιο άτομο²¹.

Στην ερώτηση τι κάνει τον καταθλιπτικό επιτόπιο νου να εμμένει, ο Teasdale δίνει τρία βασικά στοιχεία: η αναπαραγωγή των αρνητικών σχημάτων μέσω της συνεχούς ανατροφοδότησης, η αισθητηριακή ανατροφοδότηση που σχετίζεται με τις οργανικές διαστάσεις της κατάθλιψης και συμβάλλει στη διαιώνιση των σωματικών συμπτωμάτων της, και τέλος σε αυτό που ονομάζουμε «γνωστικό ιμπεριαλισμό», που οδηγεί στην προνομιακή μεταχείριση πληροφοριών που θα βοηθήσουν στη συντήρηση της κατάθλιψης²¹.

Η θεωρία του επιτόπιου νου μένει ακόμη να διερευνηθεί για να αποσαφηνιστούν πολλά σημεία της, ωστόσο το σημαντικό είναι ότι σηματοδοτεί την επίγνωση της σημαντικότητας των ανώτερων επιπέδων γνωστικής αναπαράστασης και οργάνωσης στη μελέτη της κατάθλιψης¹⁴.

3.2.8. 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 εαυτό³².

3.2.9 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 προβλήματα³³.

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 σχέσεις³⁴.

Έχει διαπιστωθεί ότι η πορεία που οδηγεί στην κατάθλιψη δεν είναι ευθεία και μονόδρομη αλλά ότι η κατάθλιψη αποτελεί μάλλον το αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης μιας σειράς παραγόντων, οι οποίοι καθιστούν ευάλωτο το άτομο και του δημιουργούν την προδιάθεση να αναπτύξει διαταραχή³².

4 ΚΕΦΑΛΑΙΟ

4.1 Η ταξινόμηση των καταθλιπτικών διαταραχών

Η ευρύτερη κατηγορία στην οποία διαγνωστικά ανήκει η κατάθλιψη είναι οι διαταραχές της διάθεσης, οι οποίες περιλαμβάνουν τις καταθλιπτικές διαταραχές, τις διπολικές διαταραχές, τη διαταραχή της διάθεσης οφειλόμενη σε γενική ιατρική κατάσταση, τη διαταραχή της διάθεσης προκαλούμενη από ουσίες, καθώς και τη διαταραχή της διάθεσης μη προσδιοριζόμενη αλλιώς.¹

4.1.1 Ζητήματα ταξινόμησης

Κατά καιρούς έχουν προταθεί διάφορα συστήματα ταξινόμησης των καταθλιπτικών διαταραχών. Πάντα στον προσδιορισμό των κριτηρίων ταξινόμησης οι επιστήμονες παίρνουν θέση απέναντι σε δύο βασικά ζητήματα-άξονες: την επιθυμητή ευρύτητα του προσδιορισμού των διαταραχών και την ετερογένεια των συμπτωμάτων όπως εμφανίζονται σε διάφορους ασθενείς, που μπορεί να ποικίλλουν από την εκδήλωση μόνο μανιακών ή καταθλιπτικών επεισοδίων στην εκδήλωση ενός συνδυασμού, παρουσία ή όχι ψυχωτικών φαινομένων, ενώ υπάρχει και το ζήτημα της κατάθλιψης ως αντίδρασης σε συγκεκριμένα γεγονότα ζωής: όλες αυτές οι εκδηλώσεις αποτελούν εκφράσεις μιας ενιαίας διαταραχής, ή πρόκειται για ποιοτικώς διαφορετικά θέματα; Για τη διάκριση της κλινικής κατάθλιψης από τη φυσιολογική θλίψη παραθέτουμε εδώ έναν πίνακα με ορισμένα κριτήρια τα οποία λαμβάνουν υπόψη οι επιστήμονες κατά τη διάγνωσή τους².

<p>Σημαντικοί παράγοντες για τη διάκριση της Κλινικής Κατάθλιψης Από τη φυσιολογική θλίψη</p>	
Ένταση	Η αλλαγή της διάθεσης διαπερνά της της πτυχές της ζωής του ατόμου και οδηγεί σε δυσλειτουργικά στον κοινωνικό και επαγγελματικό τομέα.
Απουσία εκλυτικών παραγόντων	Η διάθεση μπορεί να εμφανιστεί στην απουσία κάθε διακριτού εκλυτικού παράγοντα ή είναι δυσανάλογη σε σχέση με της παράγοντες που μπορεί να εκλφθούν ως εκλυτικοί
Ποιότητα	Η αλλαγή της διάθεσης είναι διαφορετική από αυτή που βιώνεται κατά την φυσιολογική θλίψη
Συνδεόμενα χαρακτηριστικά	Η αλλαγή στη διάθεση συνοδεύεται από μια δέσμη ενδείξεων και συμπτωμάτων, που περιλαμβάνουν γνωστικά και σωματικά χαρακτηριστικά.
Ιστορικό	Η αλλαγή της διάθεσης μπορεί να προηγείται από ένα ιστορικό προηγούμενων επεισοδίων ευφορίας και υπερδραστηριότητας.

- Πηγή Κλεφταράς (1998)

4.1.2 Παλαιότερα συστήματα ταξινόμησης

Η πρώτη συστηματική απόπειρα ταξινόμησης έγινε από το γιατρό Emil Kraepelin (1921), ο οποίος διέκρινε δύο ευρείες κατηγορίες νοητικών διαταραχών: την *dementia praecox* (πρώιμη άνοια) την οποία σήμερα ορίζουμε ως σχιζοφρένεια, και τη μανιακή καταθλιπτική διαταραχή. Η δεύτερη κατηγορία συμπεριλάμβανε όλα τα καταθλιπτικά σύνδρομα, ανεξάρτητα του αν το άτομο παρουσιάζει και μανιακά και καταθλιπτικά επεισόδια ή μόνο καταθλιπτικά.²

Μια μεταγενέστερη ταξινόμηση αφορά τη διάκριση σε **ενδογενή και αντιδραστική κατάθλιψη**. Υποτίθεται ότι η πρώτη πηγάζει από βιοπλογικούς παράγοντες που εδράζονται στο άτομο και που παραμένουν ανεξάρτητοι από το περιβάλλον, ενώ η αντιδραστική κατάθλιψη αποδίδεται σε εντοπισμούς παράγοντες-γεγονότα του περιβάλλοντος του ατόμου.

Άλλου είδους διάκριση είναι εκείνη μεταξύ **ψυχωτικής και νευρωτικής κατάθλιψης**. Το κριτήριο εδώ είναι η επαφή ή όχι του ατόμου με την πραγματικότητα, που είναι υπαρκτή στη νευρωτική κατάθλιψη και απουσιάζει στην ψυχωτική εκδοχή της, οπότε και εκδηλώνονται ψευδαισθήσεις και παραληρητικές ιδέες¹.

Άλλη μια διχοτόμηση έχουμε ανάμεσα στη **διεγερμένη κατάθλιψη**, κατά την οποία παρατηρείται ψυχοκινητική διέγερση του ατόμου που μπορεί να εκφράζεται με υπερβολική δραστηριότητα, βηματισμό και αναστεναγμούς, και στην **επιβραδυμένη κατάθλιψη**, κατά την οποία έχουμε ψυχοκινητική επιβράδυνση, αργή δραστηριότητα και σκέψη.

Τέλος έχουμε τη διάκριση **πρωτοπαθούς και δευτεροπαθούς κατάθλιψης**. Η πρωτοπαθής κατάθλιψη δεν προηγείται και δε μπορεί να συνδυαστεί με άλλη διαταραχή, ενώ αυτό συμβαίνει στη δευτεροπαθή κατάθλιψη¹.

4.1.3 Σύγχρονα συστήματα ταξινόμησης

Δύο είναι τα κυριότερα σύγχρονα συστήματα ταξινόμησης των καταθλιπτικών επεισοδίων:

- I. ICD-10 και
- II. DSM-IV

❖ Σύστημα ICD-10.

Σύμφωνα με το ταξινομικό σύστημα ICD-10, του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, που δημοσιεύθηκε το 1993, 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 διάθεσης⁴⁸.

Η καθεμία από τις κατηγορίες αυτές εμπεριέχει έναν αριθμό υποκατηγοριών που περιγράφονται αναλυτικά στον παρακάτω πίνακα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1

Διαταραχές της διάθεσης σύμφωνα με το ICD-10

F3 Μανιακό επεισόδιο

F30.0 Υπομανία

F30.1 Μανία χωρίς ψυχωσικά συμπτώματα

F30.8 Άλλα μανιακά επεισόδια

F30.9 Μανιακό επεισόδιο, μη καθορισμένο

F31 διπολική συναισθηματική διαταραχή

F31.0 Διπολική συναισθηματική διαταραχή, παρόν επεισόδιο υπομανιακό

F31.1 Διπολική συναισθηματική διαταραχή, παρόν επεισόδιο μανιακό χωρίς ψυχωσικά συμπτώματα

F31.2 Διπολική συναισθηματική διαταραχή, παρόν επεισόδιο μανιακό με ψυχωσικά συμπτώματα

F31.3 Διπολική συναισθηματική διαταραχή, παρόν επεισόδιο ήπιας ή μέτριας κατάθλιψης

.30 Χωρίς σωματικό σύνδρομο

.31 Με σωματικό σύνδρομο

F31.4 Διπολική συναισθηματική διαταραχή, παρόν επεισόδιο βαριάς κατάθλιψης χωρίς ψυχωσικά συμπτώματα

F31.5 Διπολική συναισθηματική διαταραχή, παρόν επεισόδιο βαριάς κατάθλιψης με ψυχωσικά συμπτώματα

F31.6 Διπολική συναισθηματική διαταραχή, παρόν επεισόδιο μεικτό

F31.7 Διπολική συναισθηματική διαταραχή, σε αποδρομή κατά την παρούσα φάση

F31.8 Άλλες διπολικές συναισθηματικές διαταραχές

F31.9 Διπολική συναισθηματική διαταραχή, μη καθορισμένη

F32 Καταθλιπτικό επεισόδιο

F32.0 Ήπιο καταθλιπτικό επεισόδιο

.00 Χωρίς σωματικό σύνδρομο

.01 Με σωματικό σύνδρομο

F32.1 Μέτριας βαρύτητας καταθλιπτικό επεισόδιο

.10 Χωρίς σωματικό σύνδρομο

.11 Με σωματικό σύνδρομο

F32.2 Βαρύ καταθλιπτικό επεισόδιο χωρίς ψυχωσικά συμπτώματα

(συνέχεια)

F32 Καταθλιπτικό επεισόδιο (συνέχεια)

F32.8 Άλλα καταθλιπτικά επεισόδια

F32.9 Καταθλιπτικό επεισόδιο, μη καθοριζόμενο

F33 Υποτροπιάζουσα καταθλιπτική διαταραχή

F33.0 Υποτροπιάζουσα καταθλιπτική διαταραχή, παρόν επεισόδιο ήπιο

.00 Χωρίς σωματικό σύνδρομο

.01 Με σωματικό σύνδρομο

F33.1 Υποτροπιάζουσα καταθλιπτική διαταραχή, παρόν επεισόδιο μέτριας βαρύτητας

.10 Χωρίς σωματικό σύνδρομο

.11 Με σωματικό σύνδρομο

F33.2 Υποτροπιάζουσα καταθλιπτική διαταραχή, παρόν επεισόδιο βαρύ χωρίς ψυχωσικά συμπτώματα

F33.3 Υποτροπιάζουσα καταθλιπτική διαταραχή, παρόν επεισόδιο βαρύ με ψυχωσικά συμπτώματα

F33.4 Υποτροπιάζουσα καταθλιπτική διαταραχή, σε αποδρομή κατά την παρούσα φάση

F33.8 Άλλου τύπου υποτροπιάζουσες καταθλιπτικές διαταραχές

F33.9 Υποτροπιάζουσα καταθλιπτική διαταραχή, μη καθοριζόμενη

F34 Επίμονες διαταραχές της διάθεσης [συναισθηματικές]

F34.0 Κυκλοθυμία
 F34.1 Δυσθυμία
 F34.8 Άλλες επίμονες διαταραχές της διάθεσης [συναισθηματικές]
 F34.9 Επίμονη διαταραχή της διάθεσης [συναισθηματική] μη καθοριζόμενη
F38 Άλλες διαταραχές της διάθεσης [συναισθηματικές]
 F38.0 Άλλες μονήρεις διαταραχές της διάθεσης [συναισθηματικές]
 .00 Μεικτό συναισθηματικό επεισόδιο
 F38.1 Άλλες υποτροπιάζουσες διαταραχές της διάθεσης [συναισθηματικές]
 .10 Βραχεία υποτροπιάζουσα καταθλιπτική διαταραχή
 F38.8 Άλλες καθοριζόμενες διαταραχές της διάθεσης [συναισθηματικές]
 .10 Βραχεία υποτροπιάζουσα καταθλιπτική διαταραχή
 F38.8 Άλλες καθοριζόμενες διαταραχές της διάθεσης [συναισθηματικές]
F39 Μη καθοριζόμενες διαταραχές της διάθεσης [συναισθηματικές]

ΠΙΝΑΚΑΣ 2

Διαγνωστικά κριτήρια του καταθλιπτικού επεισοδίου σύμφωνα με το ICD-10

A.1. Το καταθλιπτικό επεισόδιο θα πρέπει να διαρκεί για τουλάχιστον 2 εβδομάδες.
 2. Δεν υπήρξαν αρκετά **υπομανιακά** ή **μανιακά** συμπτώματα που να ικανοποιούν τα κριτήρια για υπομανιακό ή μανιακό επεισόδιο σε οποιαδήποτε περίοδο της ζωής του ατόμου.
 3. Το επεισόδιο **δεν** αποδίδεται σε χρήση **ψυχοδραστικών ουσιών** ή σε κάποια **οργανική ψυχωτική διαταραχή**.

B.1. **Καταθλιπτική** διάθεση σε βαθμό οπωσδήποτε παθολογική για το άτομο, παρούσα το **μεγαλύτερο** μέρος της ημέρας και **σχεδόν κάθε μέρα**, έντονα επηρεαζόμενη από τις περιστάσεις και διαρκούσαν για τουλάχιστον 2 εβδομάδες.
2. **Απώλεια ενδιαφέροντος ή ευχαρίστησης** για δραστηριότητες που κανονικά είναι ευχάριστες.
3. **Μειωμένη ενέργεια και αυξημένη κούραση.**

Γ.1. **Μειωμένη αυτοεκτίμηση** και εμπιστοσύνη στον εαυτό.
 2. **Παράλογα** συναισθήματα **αυτομομφής** ή υπερβολικές και **απρόσφορες ενοχές**
 3. **Επαναλαμβανόμενες ιδέες θανάτου** ή **αυτοκτονίας** ή οποιαδήποτε συμπεριφορά αυτοκτονίας.
 4. **Παράπονα για μειωμένη ικανότητα σκέψης και συγκέντρωσης,**

όπως αναποφασιστικότητα, αμφιταλάντευση και δισταγμός.

5.Αλλαγή στην ψυχοκινητική δραστηριότητα, με διέγερση ή επιβράδυνση (είτε υποκειμενική είτε αντικειμενική).

6.Διαταραχή του ύπνου οποιασδήποτε μορφής.

7.Αλλαγή στην όρεξη (μείωση ή αύξηση) με αντίστοιχη αλλαγή βάρους.

Υποκατηγορίες: Σωματικό σύνδρομο-Ήπιο καταθλιπτικό επεισόδιο- Μέτριο καταθλιπτικό επεισόδιο-Σοβαρό καταθλιπτικό επεισόδιο με ή χωρίς ψυχωσικά συμπτώματα.

4.1.2 Σύστημα DSM-IV

Το πιο ευρέως χρησιμοποιούμενο σύστημα ταξινόμησης σήμερα είναι αυτό που περιγράφεται στο Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρίας το DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994). Το DSM-IV δίνει με ακρίβεια τα κριτήρια για τη διάγνωση των ψυχικών διαταραχών καθώς και συγκεκριμένες πληροφορίες για κάθε διαταραχή.

Έτσι οι διαταραχές της διάθεσης ταξινομούνται ως εξής:⁴⁹

➤ **Καταθλιπτικές Διαταραχές**

- 1.Μείζων καταθλιπτική διαταραχή
- 2.Δυσθυμική διαταραχή ή δυσθυμία
- 3.Καταθλιπτική διαταραχή μη προσδιοριζόμενη αλλιώς.

➤ **Διπολικές διαταραχές**

- 1.Διπολική διαταραχή I.
- 2.Διπολική διαταραχή II.
- 3.Κυκλοθυμική διαταραχή
- 4.Διπολική διαταραχή μη προσδιοριζόμενη αλλιώς

➤ **Άλλες διαταραχές της διάθεσης**

- 1.Διαταραχή της διάθεσης οφειλόμενη σε γενική ιατρική κατάσταση
- 2.Διαταραχή της διάθεσης οφειλόμενη σε ψυχοδραστικές ουσίες
- 3.Διαταραχή της διάθεσης μη προσδιοριζόμενη αλλιώς⁴⁹.

Διαγνωστικά κριτήρια της Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής, Μοναδικού επεισοδίου κατά το DSM-IV

- A.** Παρουσία ενός μοναδικού Μείζονος Καταθλιπτικού Επεισοδίου
B. Το Μείζων Καταθλιπτικό επεισόδιο **δεν εξηγείται** καλύτερα ως Σχιζοσυναισθηματική Διαταραχή, Παραληρητική Διαταραχή ή Ψυχωσική Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς.
Γ. Δεν έχει ποτέ υπάρξει Μανιακό επεισόδιο, Μεικτό Επεισόδιο ή Υπομανιακό Επεισόδιο.

Σημείωση: Ο αποκλεισμός αυτός δεν ισχύει αν τα παρουσιαζόμενα ως μανιακά, μεικτά ή υπομανιακά επεισόδια έχουν προκληθεί από κάποια ουσία ή θεραπεία ή οφείλεται στα άμεσα φυσιολογικά αποτελέσματα μιας γενικής ιατρικής κατάστασης.

Προσδιορίστε (για το τρέχον ή το πιο πρόσφατο επεισόδιο):

Προσδιοριστές Σοβαρότητας/ Ψύχωσης/ Ύφεσης

Χρόνιο

Με Κατατονικά Χαρακτηριστικά

Με Μελαγχολικά Χαρακτηριστικά

Με Άτυπα Χαρακτηριστικά

Με Επιλόχεια Έναρξη

Διαγνωστικά κριτήρια του Μείζονος Καταθλιπτικού Επεισοδίου κατά το DSM-IV

A. Πέντε (ή περισσότερα) από τα παρακάτω συμπτώματα υπάρχουν κατά τη διάρκεια της ίδιας περιόδου δύο εβδομάδων και αντιπροσωπεύουν μία αλλαγή από την προηγούμενη λειτουργικότητα, τουλάχιστον ένα από τα συμπτώματα είναι είτε 1) καταθλιπτική διάθεση είτε 2) απώλεια του ενδιαφέροντος ή της ευχαρίστησης.

Σημείωση: Να μην συμπεριληφθούν συμπτώματα που οφείλονται σαφώς σε μία σωματική διαταραχή, παραληρητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις ασύμφωνες με τη συναισθηματική διάθεση.

1) **Καταθλιπτική διάθεση** κατά το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, σχεδόν κάθε ημέρα, όπως φαίνεται είτε με υποκειμενική εκτίμηση (π.χ. αισθάνεται λυπημένος ή άδειος) ή σύμφωνα με τις παρατηρήσεις άλλων (π.χ. φαίνεται δακρυσμένος).

Σημείωση: Στα παιδιά και στους εφήβους η διάθεση μπορεί να είναι ευερέθιστη.

2) **Εκσεσημασμένη ελάττωση του ενδιαφέροντος ή της ευχαρίστησης** σε όλες ή σχεδόν όλες τις δραστηριότητες κατά το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, σχεδόν κάθε μέρα (όπως φαίνεται είτε με υποκειμενική εκτίμηση είτε σύμφωνα με τις παρατηρήσεις άλλων).

3) **Σημαντική απώλεια βάρους χωρίς δίαιτα ή αύξηση βάρους** (π.χ. μία αλλαγή μεγαλύτερη του 5% του βάρους του σώματος σε ένα μήνα), ή μείωση ή αύξηση της όρεξης σχεδόν κάθε μέρα.

Σημείωση: Στα παιδιά να ληφθεί υπόψη η μη πρόσληψη του αναμενόμενου βάρους.

4) **Αϋπνία ή υπερυπνία** σχεδόν κάθε μέρα.

5) **Ψυχοκινητική διέγερση ή επιβράδυνση** σχεδόν κάθε μέρα (που παρατηρείται από τους άλλους, όχι απλώς υποκειμενικά αισθήματα ανησυχίας ή επιβράδυνσης).

Συνέχεια:

- 6) **Κόπωση ή απώλεια ενέργειας** σχεδόν κάθε μέρα.
- 7) **Αισθήματα αναξιοτήτας ή υπερβολικής ή απρόσφορης ενοχής**(που μπορεί να είναι παραληρητικά) σχεδόν κάθε μέρα (όχι απλώς αυτομομφή ή ενοχή σχετικά με το ότι είναι άρρωστος/η).
- 8) **Ελαττωμένη ικανότητα σκέψης ή συγκέντρωσης, ή αναποφασιστικότητα**, σχεδόν κάθε μέρα (είτε με υποκειμενική εκτίμηση είτε σύμφωνα με τις παρατηρήσεις άλλων).
- 9) **Υποτροπιάζουσες σκέψεις θανάτου** (όχι απλώς φόβος θανάτου), υποτροπιάζων αυτοκτονικός ιδεασμός χωρίς ένα συγκεκριμένο σχέδιο, ή μία απόπειρα αυτοκτονίας ή ένα συγκεκριμένο σχέδιο αυτοκτονίας.

B. Τα συμπτώματα δεν ικανοποιούν τα κριτήρια για ένα Μεικτό Επεισόδιο.

Γ. Τα συμπτώματα προκαλούν κλινικά σημαντική δυσφορία ή βλάβη (έκπτωση) κοινωνική, επαγγελματική ή σε άλλους σημαντικούς τομείς λειτουργικότητας.

Δ. Τα συμπτώματα δεν οφείλονται σε άμεσες οργανικές επιπτώσεις μιας ουσίας (π.χ. ναρκωτικά, φαρμακευτική αγωγή) ή μιας γενικότερης ιατρικής (οργανικής) κατάστασης (π.χ. υποθυροειδισμός).

E. Τα συμπτώματα δεν εξηγούνται καλύτερα από ένα Πένθος, με άλλα λόγια μετά την απώλεια ενός αγαπημένου ατόμου, τα συμπτώματα επιμένουν για περισσότερο από δύο μήνες ή χαρακτηρίζονται από εκσεσημασμένη λειτουργική έκπτωση, νοσηρή ενασχόληση με αισθήματα αναξιοτήτα, αυτοκτονικό ιδεασμό, ψυχωσικά συμπτώματα, ή ψυχοκινητική επιβράδυνση.

4.2 Διαφορική διάγνωση μείζον 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 ³⁵.
- 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 ερυθηματώδης λύκος.
- Κροταφική αρτηρίτιδα.
- Φυματίωση.

4. Διάφορες παθήσεις.

- Καρκίνος (ιδίως του παγκρέατος).
- Πορφυρία.
- Ουραιμία.
- Αβιταμινώσεις (B12, 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, οξυίνδόλες).
- 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 διαφοροδιαγνωστεί η μείζων καταθλιπτική διαταραχή, περιλαμβάνονται :³⁶

Ι. 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 :³⁷

- ❖ 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) ³⁸.

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 ²⁰.

5 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 χαρακτηρίζουν³⁹. 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 συστήματος⁴.

Όσον αφορά τον χρόνο που αναπτύσσονται τα συμπτώματα ενός μείζονος 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 συμπτώματα¹.

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' όσον 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 παθήσεις⁴⁰.

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:

α) Η συναισθηματική/ βιωματική (πώς νιώθει το άτομο που έχει κατάθλιψη.

β) Η γνωστική (πώς σκέφτεται και εκτιμά τη ζωή του).

γ) Η συμπεριφορική (πώς συμπεριφέρεται)

Δ)Η σωματική (τι εκδηλώνεται μέσω των σωματικών λειτουργιών).

Ε)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 μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής(συνήθως χειρότερη το πρωί, βελτιωμένη το βράδυ).Ενα ποσοστό 10% - 15% των καταθλιπτικών ατόμων, αρνούνται την ύπαρξη καταθλιπτικής διάθεσης. Αντ'αυτής αναφέρουν μόνο συναισθηματική αναστολή και ασυγκινησία / απάθεια³².

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 συμπτώματα²¹.

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 αναξιοσύνης και αποστέρησης³².

Εκτός απ ' τα παραπάνω, στις μείζονες 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 προβλημάτων¹.

Εδώ παρουσιάζεται δυσκολία κινητοποίησης ακόμα και για τις πιο απλές πράξεις, αδράνεια, χρονοτριβία, αποφυγή για ανάληψη πρωτοβουλιών, δυσκολία αποφάσεων και έντονη τάση για αναβολή⁴¹.

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 .

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 ⁴¹.

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 ¹.

Σ ' όλες τις καταθλιπτικές διαταραχές υπάρχει μία, άλλοτε μικρού βαθμού, διαταραχή της συνολικής λειτουργικότητας του ατόμου. 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 ³².

Άτομα που βρίσκονται σε ένα Μείζον 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 Μείζονα 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 Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής προηγείται δυσθυμική διαταραχή και ότι κάθε χρόνο περίπου 10% των ατόμων με δυσθυμική διαταραχή αναπτύσσουν το πρώτο καταθλιπτικό επεισόδιο.

Επίσης, η μείζονα καταθλιπτική διαταραχή μπορεί να συνδέεται με χρόνιες γενικές ιατρικές καταστάσεις. Αναφέρεται ότι 20% - 25% των ατόμων με γενικές ιατρικές καταστάσεις όπως π.χ. διαβήτης, έμφραγμα του μυοκαρδίου, καρκίνος ή εγκεφαλικό επεισόδιο μπορεί να αναπτύξουν μείζονα καταθλιπτική διαταραχή κατά την πορεία της σωματικής του αρρώστιας²⁰.

6 ΚΕΦΑΛΑΙΟ

6.1 ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

Εργαστηριακά, ουσιαστικά, δεν υπάρχουν ευρήματα που να είναι παθολογικά για μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο. Εντούτοις, σε άτομα με μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια (άσχετα αν έχουν μείζονα καταθλιπτική ή διπολική I ή II διαταραχή) έχουν βρεθεί ορισμένα ευρήματα που θεωρούνται παθολογικά σε σχέση με την ομάδα ελέγχου. Τέτοια ευρήματα είναι οι ανωμαλίες 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.²⁰.

7 ΚΕΦΑΛΑΙΟ

7.1 Γενικά στοιχεία θεραπείας της μείζονος 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 ακίνδυνες⁶.

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 νευρώσεις⁴².

Παρόλο που η φαρμακευτική αγωγή μπορεί να αποδειχθεί εξαιρετικά ωφέλιμη σε πολλές περιπτώσεις, οι περισσότεροι καταθλιπτικοί ασθενείς αρνούνται να πάρουν φάρμακα .Οι τρεις συχνότεροι λόγοι για τους οποίους συμβαίνει αυτό είναι:

- Πεποιθήσεις όπως: <<Πρέπει να τα καταφέρω μόνος μου! Είναι ντροπή να παίρνεις ψυχοφάρμακα>>. << Από τη στιγμή που χρειάζομαι φάρμακα είμαι αδύναμος>>.
- Ο φόβος των παρενεργειών.
- Ο φόβος εξάρτησης από τα φάρμακα και αδυναμίας χειρισμού καταστάσεων χωρίς τη βοήθεια τους.

Η δράση των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων:

Για πολλά χρόνια, η έρευνα είχε επικεντρωθεί σε τρεις χημικές ουσίες στον

εγκέφαλο που σχετίζονται με τη διάθεση. Οι ουσίες αυτές είναι η ντοπαμίνη, η νορεπινεφρίνη, και η σεροτονίνη. Όλες αυτές οι ουσίες ονομάζονται μονοαμίνες. Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα δρουν αυξάνοντας τα επίπεδα των ουσιών αυτών στο αίμα και/ή μετατρέποντας την αποτελεσματικότητα της δράσης τους στον εγκέφαλο.

Υπάρχουν τρεις βασικές κατηγορίες αντικαταθλιπτικών φαρμάκων. Οι αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης, τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά και οι ειδικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης. Ένα τέταρτο φάρμακο το λίθιο χορηγείτε σε άτομα που παρουσιάζουν διπολική διαταραχή και βοηθά στη σταθεροποίηση της διάθεσης²¹.

ΘΕΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΨΥΧΟΦΑΡΜΑΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

- Ελάττωση και κάποτε κατάργηση της νοσηρής συμπτωματολογίας:
- Ελαττώνονται οι διεγέρσεις.
- Τα παραληρήματα ατονούν.
- Οι ψευδαισθήσεις μετριάζονται.
- Τα Κατατονικά φαινόμενα εξουδετερώνονται.
- ' Οι τάσεις αυτοκτονίας και οι παρορμήσεις περιορίζονται.
- Το πλησίασμα του ασθενούς και η από μέρους του αποδοχή της θεραπείας βελτιώνονται.
- Οι περιορισμοί μειώνονται στο ελάχιστο.
- Μεγάλο ποσοστό ασθενών γίνονται κοινωνικά βιώσιμοι.

ΑΡΝΗΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΨΥΧΟΦΑΡΜΑΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

- Πέρα από την άμβλυνση ή κατασίγαση των συμπτωμάτων καμία επίδραση δεν ασκεί στην ίδια την ασθένεια.
- Αν διακοπεί η θεραπεία η ασθένεια επανέρχεται ανέπαφη ή και προχωρημένη.
- Βλαπτικές συνέπειες πάνω σε συστήματα και όργανα από τη μακροχρόνια χρήση τους π.χ Εξωπυραμιδικό σύνδρομο.
- Η συνέχιση της γίνεται χωρίς διακοπή.
- Τοξικομανίες που καλλιεργούνται από ορισμένα ηρεμιστικά⁴².

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 χρησιμοποίησαν

πρώτα στα ζώα και μετά στους ανθρώπους.

Το E.C.T συνίσταται στη δημιουργία μεγάλου επιληπτικού σπασμού, με την εφαρμογή δυο ηλεκτρόδιων 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 .

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 .

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 μείζονος 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 .

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 ⁴³.

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 νοσηλεύόμενοι 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 φωτός που συνήθως χρησιμοποιούνται είναι μικρότερες από τις βέλτιστες ⁴⁴.

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 ⁴⁵.

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. Αναπήχη -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. ⁴⁵.

Δέκα βήματα που θα σας βοηθήσουν να αντιμετωπίσετε την κατάθλιψη

1. Ζητήστε βοήθεια αν τη χρειαστείτε, μην υποφέρετε σιωπηλά.
2. Προχωρήστε βήμα-βήμα.
3. Χωρίστε τα προβλήματά σας σε μικρότερα και μην προσπαθείτε να κάνετε τα πάντα ταυτόχρονα.
4. Ασχοληθείτε με περισσότερες θετικές δραστηριότητες.
5. Παρατηρήστε και αναγνωρίστε τις σκέψεις που περνούν από το μυαλό σας όταν έχετε κατάθλιψη.
6. Αναγνωρίστε ποια είδη αρνητικών σκέψεων κάνετε (π.χ. διπολική σκέψη, παραγνώριση των θετικών στοιχείων κ.τ.λ.). Δώστε ιδιαίτερη σημασία στο τι σκέφτεστε για τον εαυτό σας, πως του φέρεστε και τι γενικούς χαρακτηρισμούς του αποδίδετε. Να θυμάστε ότι ο εσωτερικός σας κριτής μπορεί να σας βυθίσει ακόμη βαθύτερα στην κατάθλιψη.
7. Καταγράψτε τις σκέψεις σας ώστε να γίνουν πιο σαφείς και να μπορέσετε να τις εξετάσετε προσεκτικότερα.
8. Προσπαθήστε να αναγνωρίσετε τα βασικά θέματα που σας προβληματίζουν όταν έχετε κατάθλιψη (π.χ. ανάγκη για επιδοκιμασία, ντροπή, δυσκολίες στις σχέσεις, υπερβολικές απαιτήσεις, τελειομανία κ.τ.λ.). Έτσι θα μπορέσετε να αμφισβητήσετε πιο εύκολα τις αρνητικές πεποιθήσεις που σχετίζονται με τα προβλήματα αυτά.
9. Μάθετε να αμφισβητείτε τον τρόπο με τον οποίο σκέπτεστε χρησιμοποιώντας τη λογική σας και δείχνοντας επιείκεια στον εαυτό σας. Αν δείξετε κατανόηση στον εαυτό σας και σταματήσετε να θεωρείτε ότι είστε κατώτεροι, κακοί, ανίκανοι κ.τ.λ., θα επιτρέψετε στον εγκέφαλό σας να επανέλθει στον προηγούμενο τρόπο λειτουργίας του.
10. Προσπαθήστε να αμφισβητήσετε τις αρνητικές σκέψεις και να αναπτύξετε νέους τρόπους συμπεριφοράς. Να αναμένετε ότι κατά καιρούς θα υπάρχουν αναποδιές και απογοητεύσεις.

Τέλος να θυμάστε:

- Η κατάθλιψη είναι απλώς μια ψυχολογική κατάσταση, δεν αντιπροσωπεύει όλη σας την ύπαρξη.
- Το άγχος είναι απλώς μία ψυχολογική κατάσταση, δεν αντιπροσωπεύει όλη σας την ύπαρξη
- Ο θυμός είναι απλώς μια ψυχολογική κατάσταση, δεν αντιπροσωπεύει όλη σας την ύπαρξη.

Αυτές οι καταστάσεις συνδέονται με τον τρόπο εξέλιξης του εγκεφάλου μας σε περίοδο εκατομμυρίων ετών. Είναι μέρος της ανθρώπινης φύσης. Τα συναισθήματά μας είναι ένας κακός σύμβουλος για την αξιολόγηση του εαυτού μας, γιατί μεταβάλλονται όπως η κατεύθυνση του ανέμου. Όσο μεγαλύτερη επιείκεια δείχνουμε στον εαυτό μας, τόσο πιο αντικειμενικές θα είναι οι κρίσεις μας και τόσο λιγότερο θα επηρεάζονται από τα δεδομένα της κάθε στιγμής. Αν καταφέρετε να μείνετε πιστοί φίλοι του εαυτού σας παρότι έχετε κατάθλιψη, θα έχετε κάνει ένα μεγάλο βήμα προς τη θεραπεία σας.

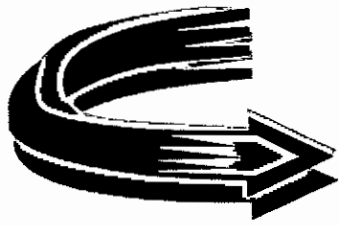
8 ΚΕΦΑΛΑΙΟ

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 Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο παρουσιάζουν αργότερα μια ή περισσότερες υποτροπές. Ένας μικρός αριθμός ασθενών δεν ξανά παρουσιάζουν καταθλιπτικό επεισόδιο (Μείζον 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 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 κατάθλιψης¹.



ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΑΠΟΨΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΤΟΥ ΘΕΜΑΤΟΣ

9.1.Εισαγωγικά Στοιχεία

Η νοσηλευτική έχει την αποστολή να βοηθήσει τον καταθλιπτικό άρρωστο στην προσπάθειά του να επιτύχει μια ψυχοσωματική και πνευματική ανανέωση. Να ξαναβρεί δηλαδή τη ζωτικότητα του και την αγάπη για τη ζωή, να αισθανθεί ότι έχει προσωπική αξία και ικανότητες και μπορεί να τα βγάλει πέρα στη ζωή ⁴⁶.

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

Περίπου ένα ποσοστό 10% του γενικού πληθυσμού πάσχει από κατάθλιψη ώστε να χρειάζεται βοήθεια από επαγγελματίες της υγείας. Στο σύνολο των ασθενών που νοσηλεύονται σε νοσοκομεία το 1/5 έως 1/3 των ατόμων πάσχει από κάποιο βαθμό κατάθλιψης. Επομένως, η κατάθλιψη είναι πιο συχνή στο γενικό νοσοκομείο παρά στο γενικό πληθυσμό ⁴⁷.

Το πιο σημαντικό στοιχείο στη θεραπεία της κατάθλιψης στο γενικό νοσοκομείο είναι η σωστή εκτίμηση και διάγνωση πριν οποιαδήποτε παρέμβαση. Η νοσηλεύτρια πρέπει να ψάξει πέρα από την εικόνα της κατάθλιψης για να βρει την υποκείμενη σοβαρότητα και αιτία ⁴⁷.

9.2.Ενδείξεις Νοσηλείας καταθλιπτικού Ασθενή

Οι ενδείξεις νοσηλείας ενός καταθλιπτικού ασθενή είναι:

- Σοβαρός κίνδυνος αυτοκτονίας
- Σοβαρός κίνδυνος ανθρωποκτονίας
- Απώλεια της ικανότητας για φροντίδα του εαυτού του, είτε λόγω ακινητοποιητικών συμπτωμάτων, είτε λόγω ψυχωτικού τρόπου σκέψης.
- Οξείες παθολογικές καταστάσεις επικίνδυνες για τη ζωή του ατόμου που προέρχονται από την κατάθλιψη (π.χ. ανορεξία, αφυδάτωση).
Συνακόλουθες παθολογικές καταστάσεις (π.χ. σοβαρή καρδιακή νόσος) που απαιτούν ειδική διάγνωση και θεραπεία ¹.

Σ ' αυτό το σημείο πρέπει να πούμε πως ο ρόλος του νοσηλευτή στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης είναι πολύ σημαντικός. Με την προϋπόθεση ο νοσηλευτής να έχει γνώσεις, εμπειρία και διαρκή ενημέρωση γύρω από την ψυχική υγεία.

9.3. Λανθασμένες Αντιλήψεις Νοσηλευτικού Προσωπικού

Υπάρχουν όμως και περιπτώσεις όπου το νοσηλευτικό προσωπικό εργάζεται με διάφορες λανθασμένες αντιλήψεις για την κατάθλιψη, με απόρροια η κατάθλιψη να μην αντιμετωπίζεται σωστά και η εξέλιξή της να 'ναι μοιραία για τον ασθενή.

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

Μία άλλη λανθασμένη αντίληψη είναι πως η κατάθλιψη είναι μια φυσιολογική αντίδραση της γήρανσης και καθώς η πλειοψηφία των ασθενών είναι >65, αυτή η αντίληψη μπαίνει εμπόδιο στη σωστή θεραπεία και αντιμετώπιση των ηλικιωμένων ασθενών. Η συγκριτική έρευνα των Black, Winokur και Nasrallah (1987) απέδειξε ότι οι ασθενείς που έπασχαν από κάποια σωματική νόσο και κατάθλιψη δεχόντουσαν ανεπαρκή φροντίδα σε σχέση με καταθλιπτικούς ασθενείς οι οποίοι δεν έπασχαν από άλλη νόσο⁴⁷.

9.4. Θεωρητικά Πλαίσια της Νοσηλευτικής Ψυχικής Υγείας

Αξιοσημείωτη κρίνεται η αναφορά των θεραπευτικών πλαισίων της νοσηλευτικής της ψυχικής υγείας. Στην ψυχιατρική και ψυχιατρική νοσηλευτική λοιπόν, χρησιμοποιούνται διάφορα θεωρητικά πλαίσια για την κατανόηση των ψυχιατρικών διαταραχών και για την επιλογή της νοσηλευτικής και θεραπευτικής αγωγής. Τα συνηθέστερα είναι: 1) το βιολογικό (ιατρικό), 2) το ψυχολογικό, 3) το συμπεριφοριστικό και 4) το κοινωνικό πλαίσιο. Ας δούμε όμως τι πραγματεύεται το καθένα απ' αυτά.

1. Το βιολογικό πλαίσιο – μοντέλο (Kraepelin) θεωρεί την ψυχική αρρώστια όπως και τη σωματική. Ενδιαφέρεται για την αιτιολογία, την παθογένεση, τα σημεία και συμπτώματα, τη διαφορική διάγνωση, τη θεραπεία και την πρόγνωση⁴⁶.

2. Το ψυχολογικό πλαίσιο – μοντέλο (Freud, Sullivan, Fromm Reichmann, Erikson, υπαρξιστές κ.α.) ερευνά τα ψυχολογικά γεγονότα που επισπεύδουν μια ψυχική διαταραχή. Ως κύρια θεραπεία προτείνεται η ψυχοθεραπεία και ως νοσηλεία εκλογής ο νοσηλευτικός διάλογος νοσηλευτικού – αρρώστου.

3. Το πλαίσιο – μοντέλο της συμπεριφοράς (Pavlov, Watson, Guthrie) θεωρεί τις ψυχολογικές διαταραχές ως εκδηλώσεις παθολογικής συμπεριφοράς που το άτομο τις έμαθε σαν αποτέλεσμα δυσάρεστων γεγονότων και τις διατηρεί επειδή οδηγούν σε εξυπηρετικά για το ίδιο αποτελέσματα ή προλαβαίνουν κάποιες ανεπιθύμητες επιβαρύνσεις και συνέπειες.

4. Το κοινωνικό πλαίσιο – μοντέλο (Tuke, Meyer, Sullivan) μελετά τον τρόπο με τον οποίο το άτομο ζει και κινείται μέσα στην κοινωνία. Τα ψυχιατρικά συμπτώματα αποδίδονται όχι σε εσωτερικές συγκρούσεις ούτε στις εκδηλώσεις της ψυχικής αρρώστιας, αλλά στη σχέση του ατόμου με τον τρόπο λειτουργίας του στις κοινωνικές περιστάσεις.

Γενικά η κλινική ψυχιατρική νοσηλευτική εφαρμόζει εκλεκτική προσέγγιση. Χρησιμοποιεί αρχές απ 'όλα τα θεωρητικά πλαίσια φροντίδας της ψυχικής υγείας με σκοπό να επιφέρει το επιθυμητό θεραπευτικό αποτέλεσμα στο συγκεκριμένο άρρωστο ⁴⁶.

ΠΡΟΛΗΨΗ

10.1.Εισαγωγικά Στοιχεία

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 δεσπόζουσα σημασία για τη σύγχρονη άρτια κλινική ιατρική σκέψη, τη σωστή έρευνα και την αποδοτική περίθαλψη⁴⁶.

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 ανάπτυξη 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.

10.2. Διάκριση Πρόληψης

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

10.2.1.Πρωτιβάθμια

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 κατάθλιψης⁴¹.

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.

10.2.2. Δευτεροβάθμια

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 αρρώστους².

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.

10.2.3. Τριτοβάθμια

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 προβλήματα⁴¹.

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 24ωρο κ.ά.².

11 ΚΕΦΑΛΑΙΟ

11.1 Εισαγωγικά στοιχεία.

Για να μπορέσει ο νοσηλευτής να φέρει εις πέρας το νοσηλευτικό του έργο και καθήκον, πρέπει να κατέχει καλά τη νοσηλευτική διεργασία, τους σκοπούς της και τα στάδια από τα οποία αποτελείται.

11.1.1 Ορισμός νοσηλευτικής διεργασίας.

Τι είναι λοιπόν νοσηλευτική διεργασία; Είναι η συστηματική, επιστημονική επίλυση ενός προβλήματος στην πράξη. Είναι μια σειρά από σχεδιασμένες ενέργειες προκειμένου να ικανοποιηθούν οι ανάγκες και να επιλυθούν τα ασθενούς και της οικογένειάς του.

11.1.2 Σκοποί της νοσηλευτικής διεργασίας.

Σκοποί της νοσηλευτικής διεργασίας είναι:

1. Η διατήρηση της υγείας του ατόμου.
2. Η πρόληψη της νόσου.
3. Η προαγωγή της ανάρρωσης , όταν υπάρχει νόσος και
4. Η αποκατάσταση της ευεξίας και την μέγιστης λειτουργικότητας του ατόμου.

11.1.3 Στάδια νοσηλευτικής διεργασίας.

Όσο για τα στάδια της είναι τα παρακάτω:

1. Η αξιολόγηση των αναγκών και προβλημάτων του ατόμου.
2. Ο προγραμματισμός της νοσ/κής φροντίδας.
3. Η εφαρμογή του προγράμματος της νοσ/κής φροντίδας.
4. Η αξιολόγηση της νοσ/κής φροντίδας.

Στο πρώτο στάδιο της νοσ/κής διεργασίας, η αξιολόγηση των αναγκών και προβλημάτων επιτελείται και ολοκληρώνεται με: (ι) τη συλλογή στοιχείων και (ιι) τον καθορισμό του προβλήματος ή τη διατύπωση της νοσ/κής διάγνωσης.

Στις μεθόδους συλλογής πληροφοριών ανήκουν:

- a. Η συνέντευξη.
- b. Το νοσ/κό ιστορικό.
- c. Η φυσική εξέταση.
- d. Η αξιολόγηση της διανοητικής και ψυχολογικής υγείας του
- e. ατόμου.
- f. Η συμβουλευτική αναζήτηση πληροφοριών από άλλους.

g. Η βιβλιογραφική ανασκόπηση.

11.1.4 ΚΛΙΝΙΚΟ ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

Η Νατάσσα, ένα 11χρονο κοριτσάκι, ζει σε μια μικρή επαρχιακή πόλη τη Λάρισα. Οι φυσικοί γονείς της Νατάσσας την εγκατέλειψαν όταν γεννήθηκε στο νοσοκομείο του Βόλου. Αργότερα υιοθετήθηκε από τους σημερινούς θετούς της γονείς. Σε πολύ τρυφερή ηλικία η Νατάσσα αντίκρισε το σκληρό πρόσωπο της ζωής, μαθαίνοντας στα εννέα της χρόνια ότι ήταν υιοθετημένη.

Το γεγονός αυτό της το αποκάλυψε ένας συμμαθητής στο σχολείο την ώρα του παιχνιδιού. Θέλοντας λοιπόν να την πικάρει χωρίς και εκείνο να αντιλαμβάνεται τις συνέπειες της λέει: <<Εσύ δεν 'έχεις γονείς! Οι γονείς σου είναι ψεύτικοι. Οι αληθινοί σου γονείς δε σε ήθελαν όταν γεννήθηκες!>> Το παιδί από τη στιγμή εκείνη και από την επιβεβαίωση αργότερα, τραυματίστηκε βαθειά.

Οι θετοί γονείς της Νατάσσας, άνθρωποι απλοί, που ασχολούνταν με αγροτικές καλλιέργειες, δε μπορούσαν να πιστέψουν τον τρόπο με τον οποίο αποκαλύφθηκε στο μοναχοπαιδί τους η αλήθεια. Ήταν δεμένη οικογένεια και θεωρούσαν ότι η μικρή αν μάθαινε τώρα την αλήθεια θα πληγωνόταν πολύ. Τώρα πια, έτσι όπως είχαν έρθει τα πράγματα, έμειναν παγωμένοι και ανήμποροι να αντιμετωπίσουν το παιδί.

Αρχικά η Νατάσσα δε συνειδητοποίησε ολοκληρωτικά πόσο την είχε επηρεάσει η αλήθεια. Ήταν παιδί άλλωστε. Οι γονείς ηρέμησαν κι αυτοί βλέποντας πως το παιδί το αντιμετώπισε με ψυχραιμία.

Με την πάροδο του χρόνου όμως η διάθεσή της άλλαξε. Ιδιαίτερα τους τρεις τελευταίους μήνες η μητέρα της είχε τρομοκρατηθεί διαπιστώνοντας ότι τα ρούχα της ήταν όλα φαρδιά πάνω στο μικροκαμωμένο σώμα της, ότι δεν είχε πια φίλους, ότι αδιαφορούσε για το σχολείο κ.λ.π. Έτσι γρήγορα η μητέρα της πήγε στο σχολείο για να το συζητήσει με τη δασκάλα. Εκεί διαπίστωσε ότι ενώ η Νατάσσα ήταν μια καλή μαθήτρια, τον τελευταίο καιρό οι επιδόσεις της συνεχώς μειώνονται, γεγονός που τη κάνει συχνά να παραπονιέται ότι δεν αξίζει τίποτα. Η δασκάλα της παρατηρεί ότι η Νατάσσα δίνει την εικόνα ενός παιδιού μελαγχολικού, αποτραβηγμένου στις σκέψεις του, με μειωμένο κίνητρο τόσο για τις σχολικές της εργασίες όσο και για τις κοινωνικές δραστηριότητες της τάξης.

Στο σπίτι η κατάσταση δεν ήταν διαφορετική. Η μητέρα της είχε διαπιστώσει ότι η Νατάσσα έτρωγε ελάχιστα είχε αδυνατίσει αρκετά. Δεν μπορούσε να κοιμηθεί το βράδυ στριφογυρνούσε στα σκεπάσματα ενώ κατά τη διάρκεια της μέρας παραπονιόταν για πονοκεφάλους. Φαινόταν σα να μην την ενδιέφερε τίποτα ενώ είχε εγκαταλείψει αγαπημένες της δραστηριότητες, όπως η ζωγραφική, λέγοντας πως δεν αντλεί πια καμιά ευχαρίστηση από αυτές. Απομονώνεται στο δωμάτιο της ώρες

ολόκληρες χωρίς να θέλει να μιλήσει σε κανέναν. Εκνευρίζεται εύκολα και συχνά κλαίει.

Η μητέρα της, παρατηρώντας όλα αυτά τα σημάδια μελαγχολίας που είχαν καταβάλει το παιδί της κατάφυγε σε ειδικούς, οι οποίοι συνέστησαν την παραμονή της σε ίδρυμα ψυχικής αποκατάστασης παιδιών. Όπως και έγινε.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΣΤΑΔΙΟ 1 ^ο	ΣΤΑΔΙΟ 2 ^ο	ΣΤΑΔΙΟ 3 ^ο	ΣΤΑΔΙΟ 4 ^ο
<p>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ</p>	<p>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ-ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΩΝ</p>	<p>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ</p>	<p>ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΩΝ</p>
<p><u>Ανεπαρκής κοινωνική επικοινωνία-Απομόνωση-ελλιπής αυτοφροντίδα.</u> Αιτιολογικοί παράγοντες: ➤ Ιστορικό ψυχοτραυματικής εμπειρίας, -το γεγονός της υιοθεσίας και η απώλεια των φυσικών γονιών. ➤ Έλλειψη εμπιστοσύνης στους άλλους, λόγω της απόκρυψης της αλήθειας για</p>	<p>Η μικρή Νατάσσα θα πρέπει να φτάσει στο σημείο να εκδηλώνεται ως εξής: ➤ Να αποδέχεται τη φροντίδα του προσωπικού να αντιληφθεί ότι πρόκειται για το καλό της. ➤ Να μην εγκαταλείπει τον εαυτό</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Συχνές αλλά σύντομες συναντήσεις με το παιδί έτσι ώστε να μην του προκαλούμε άγχος. • Απλές-εύκολα κατανοητές οδηγίες για τις νοσηλευτικές επισκέψεις, με ηρεμία και χαμόγελο. • Συνέπεια 	<ul style="list-style-type: none"> • Η μικρή Νατάσσα αποκτά μεγαλύτερη όρεξη και η διάθεση να φροντίσει την εμφάνισή της και τη διατροφή της. • Αντιλαμβάνεται το νόημα της ζωής και υπόσχεται πως δεν πρόκειται να κάνει κακό

<p>τους φυσικούς της γονείς. ➤ Ανεπαρκής κοινωνικότητα- φόβος συζήτησης της υιοθεσίας- εκλαμβάνει το ενδιαφέρον των άλλων ως οίκτο. ➤ Αίσθηση αδικίας σε βάρος της - σύγκριση με άλλα παιδιά. ➤ Υπερπροστασία από τους γονείς με αποτέλεσμα την έλλειψη ανοχής για την αντιμετώπιση μιας δύσκολης κατάστασης. ➤ Εκλαμβάνει τη φυσιολογική αυστηρότητα και καθοδήγηση</p>	<p>της, να τρέφεται σωστά και να φροντίζει την εικόνα της. ➤ Να συναναστρέφεται με τα υπόλοιπα παιδιά να δραστηριοποιείται και να εξωτερικεύεται. ➤ Να συμμετέχει στις ομαδικές δραστηριότητες της κλινικής- στις ομαδικές συζητήσεις. ➤ Να ικανοποιείτ</p>	<p>του νοσηλευτή στην ώρα της συνάντησης- παραμονή δίπλα της ακόμα κι όταν δε μιλά. Η σταθερότητα είναι αυτή που θεμελιώνει την εμπιστοσύνη, ενώ η παραβίαση της υπόσχεσης οδηγεί στην επιβεβαίωση των αισθημάτων αναξιοπότητας από την πλευρά του παιδιού. • Παραμονή</p>	<p>στον εαυτό της. • Σταδιακά συμμετέχει στις δραστηριότητες της ομάδας των παιδιών. • Συζητά με όσους την προσεγγίζουν και αρχίζει να εμπιστεύεται ι το προσωπικό. • Εξωτερικεύει τους λόγους που πείστηκε και παραδέχεται πως ήταν υπερβολή. • Αντιλαμβάνεται πως τα προβλήματα της ήταν κοινά με</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>των γονιών ως έλλειψη πραγματικής αγάπης και στοργής.</p> <p>➤ Αίσθηση πως με την εγκατάλειψη του εαυτού της τιμωρεί τους γονείς της για την αλήθεια που της έκρυψαν.</p> <p>➤ Χαμηλή αυτοεκτίμηση- Πηγάζει από την υποσυνείδητη δράση του γεγονότος της υιοθεσίας που το παιδικό μυαλό της το μεταφράζει πως δεν αξίζει η ίδια πως υστερεί.</p> <p>➤ Υποσυνείδητη</p>	<p>αι από τις συζητήσεις που κάνει να έχει οπτική επαφή με αυτόν που μιλά και να δίνει νηφάλιες απαντήσεις</p> <p>➤ Να επανακτήσει τη χαμένη της ελπίδα να χαιρέται με αυτά που καταφέρνει.</p> <p>➤ Να έρθει πιο κοντά με τους γύρω της να μιλά γι' αυτά που την πνίγουν, που την κάνουν να θέλει να</p>	<p>κοντά στο παιδί κάθε φορά στα πλαίσια της προκαθορισμένης ώρας ανεξάρτητα από το αν ανταποκρίνεται ή όχι. Με τον τρόπο αυτό το παιδί αισθάνεται ότι αξίζει την προσοχή μας.</p> <p>• Όταν το παιδί δε μιλά, το παροτρύνου με να σχολιάσει αυτά που βλέπει γύρω του. π.χ κάποια εικόνα ή κάποιο</p>	<p>πολλά απ' τα παιδιά της ηλικίας της που έχουν κι αυτά υιοθετηθεί.</p> <p>• Δραστηριοποιείτε όσον αφορά στις παλιές αγαπημένες της συνήθειες π.χ. ζωγραφική και χειροτεχνίες</p> <p>• Ζητά τα βιβλία της.</p> <p>• Έρχεται πιο κοντά με τη μητέρα της. Τηλεφωνεί συχνά και της ζητά να είναι κοντά της.</p> <p>• Έχει</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>αναζήτηση των φυσικών της γονιών-περιέργεια να τους γνωρίσει. ➤ Μη σωστή προσέγγιση του παιδιού από την οικογένεια-Ανεπαρκής στήριξη-Ανεπαρκής συζήτηση γύρω από το θέμα-ελλιπής πληροφόρηση-Αρνητικός σχολιασμός των φυσικών γονιών. ➤ Κοινωνική απομόνωση των ίδιων των γονιών. Αποδεικτικά χαρ\κά της νος\κης διάγνωσης: ➤ Ελαττωμένη ή καθόλου</p>	<p>απομονωθεί .</p>	<p>παιχνίδι. • Χρήση παιδικών λέξεων-εκφράσεις ηρεμίας και γλυκύτητας που διευκολύνουν την κατανόηση. • Διάθεση αρκετού χρόνου για να σκεφτεί και να απαντήσει. • Προσεκτική ακρόαση και ανάλυση των απαντήσεων του παιδιού μήπως αφήνει τις ποιοσδήποτε αιχμές για αυτοκτονία ή</p>	<p>ξεχωρίζει 2-3 παιδιά με τα οποία μοιράζεται το χρόνο της και την προσωπικότητά της. • Εκφράζει την επιθυμία ότι θέλει να γίνει δασκάλα.-Μοιράζεται όνειρα και επιθυμίες με τα παιδιά που θεωρεί πιο φίλους της. • Αντιλαμβάνεται πως η αγάπη των θετών της γονιών είναι πάνω από όλα. • Ξεχνιέται και</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>συμμετοχή στις δραστηριότητες της κλινικής. π.χ</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ εργοθεραπεία. ➤ Μη συμμετοχή σε συζητήσεις ➤ Δυσφορία όταν βρίσκει με τους υπόλοιπους μικρούς ασθενείς-Αποφυγή ακόμα και οπτικής επαφής μαζί τους. ➤ Παραμονή στο δωμάτιό της τις περισσότερες ώρες της μέρας. ➤ Μη ανταπόκριση στις προσπάθειες προσέγγισης από τα άλλα παιδιά ➤ Αποστροφή για 		<p>οποιοδήποτε κακό στον εαυτό του.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Για το σκοπό αυτό φροντίζουμε: τη στενή παρακολούθηση του και την τοποθέτηση σε δωμάτιο όχι μοναχικό για μεγαλύτερη ασφάλεια. • Ελέγχουμε τα αντικείμενα που φέρει μαζί του. Δίνουμε προσοχή στα επικίνδυνα σκεύη που μπορεί να παραπέμπουν σε τέτοιες σκέψεις και 	<p>επανακτά το ανέμελο παιδικό χαμόγελο.</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------

<p>το προσωπικό.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Εγκατάλειψη της εξωτερικής της εικόνας-ελλιπής διατροφή-άρνηση λήψης φαρμάκων. ➤ Άρνηση να δει τους θετούς της γονείς. 		<p>τα απομακρύνουμε όλα από το παιδί</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ακόμη δίνουμε έμφαση στους νοσηλευτικούς γύρους στους θαλάμους οι οποίοι θα πρέπει να μην είναι συγχνοί και προβλέψιμοι . π.χ κατά τη διάρκεια της νύχτας- ή στην αλλαγή της βάρδιας. • Ιδιαίτερη φροντίδα και προσωπική παρατήρηση όσον αφορά την χορήγηση
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

		<p>της αντικαταθλιπτικής-αγωγής-σωστή λήψη.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Έμφαση στα συναισθήματα του. Η κατανόηση από την πλευρά μας βοηθά το παιδί να εξωτερικεύσει αυτά που νοιώθει-να ομολογήσει όσα την πνίγουν και να συντελεστεί με μεγαλύτερη επιτυχία η θεραπεία. • Η εύθυμη στάση του νοσηλευτή 	
--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

		<p>θα πρέπει να αποφεύγεται π.χ γέλια και αστεία. Αυτό γιατί το παιδί συγκρίνει τη δική του ψυχολογική κατάσταση και απομονώνει αι ακόμη περισσότερο</p> <ul style="list-style-type: none"> • Αποφυγή εκφράσεων όπως τα πράγματα θα διορθωθούν- ότι όλοι μας αισθανόμαστε έτσι κάποτε. Αυτά τείνουν να ελαχιστοποιήσουν τη σοβαρότητα του
--	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

		<p>καταθλιπτικ ού συναισθήματ ος και να αυξήσουν την ενοχή και την αναξιότητα. • Επίσης η μεγάλη σοβαρότητα και η έκφραση λύπης κάνουν το παιδί να πιστεύει πως έχει κάτι το ιδιαιτέρα σοβαρό-κάτι το επικίνδυνο κάτι που δε θα ξεπεράσει ποτέ</p> <p>• Αποδοχή εκδηλώσεων θυμού χωρίς</p>
--	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

		<p>αμυντική αντιπαράθεση</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ενθάρρυνση να εξωτερικευτεί λεκτικά ο θυμός- για την αποφυγή άλλων πράξεων π.χ αυτοκτονία. • Βαθμιαία ενσωμάτωση του παιδιού σε συζητήσεις-ομαδικές δραστηριότητες (π.χ ζωγραφική, χειροτεχνίες, γράψιμο κ.τ.λ) • Ενθάρρυνση τηλεφωνημάτων και επισκέψεων με 	
--	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

		<p>αγαπημένα πρόσωπα.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Επιδοκίμασι α των προσπαθειών του- ενίσχυση της προσωπικής του αξίας. • Μέσα στην ομάδα το παιδί θα δοκιμάσει την υποστήριξη από τους άλλους, θα μάθει κοινωνικούς τρόπους και θα ανακαλύψει ότι τα δικά της προβλήματα είναι παρόμοια με των άλλων. • Συνεχής
--	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

		<p>εκτίμηση και της εξέλιξης του παιδιού.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Διδασκαλία του παιδιού πώς να αμφισβητεί τις παράλογες και αστήρικτες αρνητικές εκτιμήσεις για τον εαυτό του και τις ικανότητές του. • Διδασκαλία της οικογένειας με σκοπό να κατανοήσουν τη φύση του προβλήματος και να 	
--	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

			<p>μάθουν να το αντιμετωπιζ ουν από κοινού. Καθοδήγησ η για τη συνεργασία με το παιδί- τη χρήση των υπηρεσιών υγείας και την ομαλή επαναπροσα ρμογή στην καθημερινότη τα.</p>	
--	--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

11.2 Ψυχιατρική συνέντευξη και τεχνικές.

Ουσιαστικά κάθε συνέντευξη είναι μια αναζήτηση ή ακόμη καλύτερα μια συνομιλία. Η ψυχιατρική συνέντευξη, όμως, είναι ένα ξεχωριστό είδος συζήτησης και διαφέρει από τη συνηθισμένη συνομιλία σε πολλά κύρια σημεία.

Ο σκοπός της συνέντευξης δεν είναι απλά η συλλογή πληροφοριών γύρω από τον ασθενή, αλλά η « εμπραθητική » κατανόηση του πως νιώθει ο ασθενής. Γι' αυτό και υπάρχουν διάφορες τεχνικές που πρέπει να ακολουθούνται όπως:

- Αφήστε τη συνέντευξη να κυλήσει ελεύθερα.
- Για τους ασθενείς που δυσκολεύονται να βάλουν σε μια σειρά τις σκέψεις τους κάνετε τη συνέντευξη πιο δομημένη.
- Διατυπώστε τις ερωτήσεις σας με τέτοιο τρόπο που να προτρέπουν τον ασθενή να μιλήσει.
- Αποφύγετε τις καθοδηγητικές ερωτήσεις.
- Βοηθήστε τους ασθενείς να μπου σε λεπτομέρειες και να γίνουν συγκεκριμένοι.
- Αντανακλάστε πίσω στους ασθενείς τα συναισθήματά σας.
- Παραφράστε τις σκέψεις των ασθενών σας.

11.3 Ψυχιατρικό ιστορικό.

Η προετοιμασία ενός ψυχιατρικού περιλαμβάνει δύο σαφή και ξεχωριστά στάδια. Τη λήψη του ψυχιατρικού ιστορικού και την καταγραφή των ευρημάτων για την παρουσίαση του σε κάποιον άλλο. Δεν πρέπει να λησμονούμε, επίσης, ότι η αρχική συνέντευξη για τη λήψη του ιστορικού είναι συχνά και θεραπευτική, αφού αυτή είναι που εγκαθιστά τη βασική σχέση εμπιστοσύνης και ελπίδας.

Κατά το δεύτερο στάδιο, τον προγραμματισμό της νοσηλευτικής φροντίδας, ο νοσηλευτής πρέπει να γνωρίζει τις ανθρώπινες ανάγκες και τη σειρά προτεραιότητάς τους, ώστε να οργανώσει σωστά τη φροντίδα που θα παρέχει στον ασθενή.

Ο Maslow περιέγραψε τις ανθρώπινες ανάγκες κατά σειρά προτεραιότητας πολύ παραστατικά σε μια κλίμακα με βάση τις φυσιολογικές, οργανικές, ή βασικές ανάγκες, και κορυφή της κλίμακας την ανάγκη του ατόμου για

προσωπική ικανοποίηση και επιτυχία.

Το τρίτο στάδιο είναι ακριβώς η υλοποίηση όσων προγραμματίστηκαν με σκοπό την αντιμετώπιση των προβλημάτων που διαπιστώθηκαν. Η εφαρμογή των νοσηλευτικών οδηγιών όπως διατυπώνονται στο πρόγραμμα φροντίδας.

Η εκτίμηση του αποτελέσματος αποτελεί το τέταρτο και τελικό στάδιο της νοσηλευτικής διεργασίας και περιλαμβάνει την κριτική της ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας που δόθηκε και την αποτελεσματικότητά της σε σχέση με τους αντικειμενικούς σκοπούς.

**ΔΕΛΤΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ**

ΒΑΣΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Όν/νυμο -----Όνομα Πατέρα -----Ηλικία -----

Τόπος γέννησης -----Διεύθυνση κατ οικίας -----

Τηλέφωνο -----Θρήσκευμα -----Μόρφωση -----

Επάγγελμα -----Ταμείο -----

Οικογενειακή κατάσταση

Όνομα συζύγου -----Έγγαμος(η)_ Άγαμος(η)_ Διαζευγμένος_ Χήρος_ Παιδιά -----

Στενός συγγενής (είδος συγγένειας) ----- Όν/νυμο -----

Διεύθυνση κατοικίας ----- Τηλέφωνο ----- Ακούσια

εισαγωγή _

Εκούσια _ Φορές που έχει εισαχθεί για νοσηλεία _

Ημερομηνία εισόδου ---- Ώρα ----- Διάγνωση εισαγωγής -----

Συμπτώματα (περιγραφή από τον άρρωστο) -----

Προηγούμενη Ψυχιατρική Συμπτωματολογία -----

Άλλος Ψυχικά άρρωστος στην οικογένεια -----

Συμπληρώστε από που συλλέξατε τις πληροφορίες για τον καθένα από τα παραπάνω ερωτήματα -----

ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

(Α.Π., Σφύξεις, Θερμοκρασία, Βάρος Σώματος, Ύψος, Διανοητική κατάσταση, Ακοή, Όραση, Κινητικότητα άκρων, Αισθητικότητα, Οργανικά Προβλήματα, Χρόνια νοσήματα, Αλλεργίες, Φάρμακα για αντιμετώπιση οργανικών νοσημάτων, Διατροφή, Άλλες συνήθειες)

Περιγράψτε:

Γενική Εμφάνιση (Ντυμένος ανάλογα με την εποχή, περιποιημένος, Σωματικά ανίκανος ή ψυχικά ανίκανος για αυτοφροντίδα, άλλο) Περιγράψτε:

Ψυχική Διάθεση/ Συναισθήματα (Λυπημένος - Ευφορικός - Απρόσφορος - Απαθής - Επιφυλακτικός -άλλο) Περιγράψτε:

Ημερήσιο Πρόγραμμα Απασχόλησης: Πως περνά ο άρρωστος την ημέρα του. Περιγράψτε αναλυτικά, καταγράψτε τα γεύματα και τις απασχολήσεις.

Συμπεριφορά - Σωματικές στάσεις: (υπερκινητικός, υποκινητικός, ηχοπραξία, σκυφτός, επιθετικός, τρόμος, κοινωνικός, αποσυρμένος, στερεοτυπίες, ανήσυχος, ψυχαναγκαστικός, άλλο) **Καθορίστε:**

Σχέσεις με την πατρική ή και την προσωπική οικογένεια: (χαρακτηρίζει δυστυχημένα τα παιδικά του χρόνια, αισθάνεται σπουδαίο μέλος της πατρικής οικογένειας ή και της προσωπικής. Έχει δύσκολες σχέσεις με τον/ την σύζυγο. Προβλήματα συμβίωσης)

Κοινωνικές επαφές (αισθάνεται μόνωση, φίλοι, συζητά με άλλους τα προβλήματά του, υποπιτεύεται ότι ΟΙ άλλο! θέλουν το κακό του, άλλο) **Καθορίστε:**

Εξαρτήσεις: (Κάπνισμα, αλκοόλ, ναρκωτικά, φάρμακα) **Καθορίστε:**

Παρενέργειες φαρμάκων: (παρακολούθηση για ορθοστατική υπόταση, υπέρταση, ταχυκαρδία, ξηροστομία, μελαχρωστικό χρώμα προσώπου, εφίδρωση, ακαθισία, τρόμο χεριών, σιελόρροια, άλλο) **Περιγράψτε, καθώς και αναλυτικά τις δοσολογίες φαρμάκων και τυχόν αλλαγές.**

Εργαστηριακές και Άλλες Εξετάσεις Αιμοληψία

Ro Θώρακα

Η Ε Γ:

GT Εγκεφάλου

Άλλο καθορίστε:

11.4 Ομάδες αναγκών στις οποίες εξατομικεύεται νοσηλευτική φροντίδα.

Η νοσηλευτική φροντίδα του καταθλιπτικού άρρωστου στο νοσοκομείο εξατομικεύεται με τη μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας και εστιάζεται σε 3 ομάδες αναγκών, οι οποίες είναι:

- 1) Άμεσες ανάγκες σχετιζόμενες με την απειλή της ζωής και την ασφάλεια του αρρώστου, π.χ πρόληψη αυτοκτονίας.
- 2) Βραχυπρόθεσμες ανάγκες που αφορούν τη νοσηλεία, θεραπεία και προετοιμασία να βγει από το νοσοκομείο.
- 3) Μακροπρόθεσμες ανάγκες που αναφέρονται στην εκπαίδευση του αρρώστου και της οικογένειάς του για την πρόληψη υποτροπής της κατάθλιψης ή την έγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπισή της ώστε να διατηρείται με λίγη ή καθόλου κατάθλιψη για όσο το δυνατό μεγαλύτερο χρονικό διάστημα⁴⁶.

11.5 Νοσηλευτικές παρεμβάσεις στην ψυχοθεραπεία.

Η ψυχοφαρμακοθεραπεία είναι μια δραστηριότητα υπεύθυνη στην οποία συνεργάζονται η ιατρική και η νοσηλευτική. Ο νοσηλευτής έχει ευθύνη να εκσυγχρονίζει τις γνώσεις του για τα ψυχοτρόπα φάρμακα. Ενεργεί ως συντονιστής κατά τον προγραμματισμό της φαρμακοθεραπείας του αρρώστου φροντίζοντας να εξασφαλίζει τις απαραίτητες πληροφορίες και να τις διακινεί έγκαιρα και με ακρίβεια μεταξύ ψυχιάτρων και νοσηλευτών⁴⁶.

- ❖ Προκειμένου να χορηγήσει ο νοσηλευτής ψυχοφάρμακα σε ψυχιατρικούς ασθενείς πρέπει να έχει υπόψη του:
 - Τις ενέργειες του φαρμάκου
 - Τις παρενέργειες του φαρμάκου
 - Την ακριβή δόση, σύμφωνα με την ιατρική οδηγία
 - Τον τρόπο και το χρόνο χορήγησης
- ❖ Χορηγούνται μετά το φαγητό, γιατί είναι δυνατά και προκαλούν γαστρεντερικές διαταραχές. Το βράδυ δίνονται αργά για να διαρκέσει η υπνωτική τους δράση όλη τη νύχτα⁴³.
- ❖ Αν εμφανισθούν εξωπυραμιδικές αντιδράσεις ή όψιμη δυσκινησία, ο νοσηλευτής και ψυχίατρος αποφασίζουν αν μπορεί να ελαττωθεί η δόση του φαρμάκου που τα προκάλεσε ή πρέπει να προστεθεί αντιπαρκινσονικό φάρμακο².
- ❖ Αν ο άρρωστος παρουσιάσει ορθοστατική υπόταση πρέπει να ξαπλώσει στο κρεβάτι και να διδαχθεί πώς να αλλάζει θέσεις αργά και να κατεβάζει πρώτα τα πόδια του από το κρεβάτι για 5' λεπτά πριν σηκωθεί όρθιος για την πρόληψη λιποθυμίας και πτώσης. Σε περίπτωση που έχει έντονη ζάλη πρέπει να παραμείνει ξαπλωμένος και να σηκώνεται μόνο με

συνοδεία ⁴⁶.

- ❖ Μερικά φάρμακα προκαλούν ευαισθησία στο ηλιακό φως. Οι ασθενείς που τα παίρνουν δεν πρέπει να εκτίθενται στο ηλιακό φως, γιατί υπάρχει κίνδυνος να πάθουν και εγκαύματα ακόμα. Τέτοιο φάρμακο είναι η θοραζίνη ⁴³.
- ❖ Η ξηροστομία να ανακουφίζεται με λήψη υγρών, μάσημα τσίχλας για πρόκληση σιελόρροιας Και καλή υγιεινή του στόματος.
- ❖ Η δυσκοιλιότητα αντιμετωπίζεται με δίαιτα που περιέχει άφθονες ίνες (χόρτα, ωμά φρούτα), λήψη υγρών και υπακτικά φάρμακα ⁴⁶.
- ❖ Μερικά φάρμακα προκαλούν αύξηση του βάρους, γι' αυτό ζυγίζονται οι ασθενείς αυτοί και πρέπει να προσέχετε τι διαιτολόγιο τους. Απαγορεύεται η λήψη οινοπνευματωδών ποτών ταυτόχρονα με τη λήψη φαρμάκων.
- ❖ Σε περίπτωση λιθίου , επειδή αποβάλλεται ο έλεγχος από τα νεφρά, επιβάλλεται ο έλεγχος της επάρκειας των νεφρών και ο έλεγχος της ποσότητας του φαρμάκου στο αίμα, γιατί κάθε υπέρβαση της ανεκτής ποσότητας δημιουργεί δηλητηρίαση ⁴³.
- ❖ Για να διαπιστώσουμε αν υπάρχει κατακράτηση ούρων, διδάσκουμε τον άρρωστο να μετρά τα προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα υγρά και να τα αναφέρει στον νοσηλευτή.
- ❖ Μετράμε συστηματική την αρτηριακή πίεση και τις σφύξεις για τυχόν σημαντικές αλλαγές τους (ταχυκαρδία, αρρυθμίες) και το αναφέρουμε στο γιατρό.
- ❖ Υπερτασική κρίση (παρενέργεια των αναστολέων της MAO). Συμβαίνει αν το άτομο που κάνει θεραπεία με MAO (π.χ. Marplan, nardil, pamate) χρησιμοποιεί τροφές που περιέχουν τυραφίνη. Τέτοιες τροφές είναι το τυρί, γιαούρτι, μπανάνες, σοκολάτες, αβοκάντο, λικορίς, σταφίδες, παστή ρέγγα κ.α. Η θεραπεία της υπερτασικής κρίσης συνίσταται στη διακοπή του φαρμάκου και χορήγηση αντιυπερτασικού φαρμάκου που δρα άμεσα, κατά την ιατρική οδηγία. Διδασκαλία του αρρώστου ποιες τροφές να αποφεύγει κατά το διάστημα θεραπείας με αναστολείς της MAO ⁴⁶.

11.6 Νοσηλευτικές παρεμβάσεις στην ηλεκτροσπασμοθεραπεία.

Για να δούμε τώρα τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις για τη φροντίδα αρρώστου που υποβάλλεται σε ηλεκτροσπασμοθεραπεία:

- Επιβεβαίωση ότι ο ψυχίατρος εξασφάλισε ενυπόγραφη πληροφορημένη συγκατάθεση του αρρώστου για την εφαρμογή της θεραπείας.
- Εξασφάλιση αποτελεσμάτων προσφάτων εργαστηριακών εξετάσεων αίματος και ούρων, ηλεκτροκαρδιογραφήματος και ακτινογραφίας θώρακος.
- Ο άρρωστος προ της θεραπείας πρέπει να'ναι νηστικός, να ουρήσει, να

φορέσει νηκτικό ή πυτζάμες ή άλλα χαλαρά ρούχα και να αφαιρέσει τις τυχόν τεχνητές οδοντοστοιχίες, φουρκέτες και γυαλιά ή φακούς επαφής.

- Λήψη και καταγραφή των ζωτικών σημείων.
- Χορήγηση θειϊκής ατροπίνης 30' πριν από τη θεραπεία κατά την ιατρική οδηγία, για ελάττωση των εκκρίσεων και αύξηση του καρδιακού ρυθμού που καταστέλλεται από τον ερεθισμό του παρασυμπαθητικού τον οποίο προκαλεί η ηλεκτροσπασμοθεραπεία .
- Συνεργασία με τον ψυχίατρο ή και τον αναισθησιολόγο στην ενδοφλέβια χορήγηση αναισθητικού, Π.χ. Brevital, μαζί με ένα μυοχαλαρωτικό Π.χ. anectine. Μερικά πρωτόκολλα προβλέπουν και χορήγηση φαρμάκου που προκαλεί αμνησία, ώστε να μη θυμάται ο άρρωστος την εμπειρία.
- Χορήγηση οξυγόνου και ετοιμότητα για αναρρόφηση βρογχικών εκκρίσεων, αν χρειασθεί.
- Χρήση αναπνευστήρα αμέσως μετά το ηλεκτρικό ερέθισμα.
- Τοποθέτηση του αρρώστου σε πλάγια θέση για πρόληψη εισρόφησης , παραμονή δίπλα του μέχρι να ανανήψει και παρακολούθηση των ζωτικών του σημείων κάθε 15' κατά την πρώτη ώρα⁴⁶ .

11. 7 Νοσηλευτικές παρεμβάσεις στην ψυχοχειρουργική θεραπεία.

Σημαντικός είναι ο ρόλος των νοσηλευτών και κατά την ψυχοχειρουργική θεραπεία, τόσο ι) προεγχειρητικά όσο και ιι) μετεγχειρητικά.

Η προεγχειρητική αγωγή περιλαμβάνει τη γενική προετοιμασία του ασθενούς, όπως και στις άλλες επεμβάσεις. Η καθαριότητα του τριχωτού της κεφαλής καλό είναι να γίνεται όσο το δυνατόν πιο αργά, γιατί αυτό επιδρά πολύ άσχημα ψυχολογικά, ιδίως στις γυναίκες. Καλό είναι να συνοδεύει τον ασθενή στο χειρουργείο, ο νοσηλευτής που έκανε την προεγχειρητική προετοιμασία και που γνωρίζει ο ασθενής⁴³.

Κατά την μετεγχειρητική αγωγή, σπουδαιότερο καθήκον του νοσηλευτή είναι η συχνή παρακολούθηση του ασθενούς, του σφυγμού και της πίεσης για να μπορέσει να προλάβει τυχόν εγκεφαλική αιμορραγία ή αύξηση της ενδοκρανιακής πίεσης.

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

Υγρά συνήθως δεν δίνονται το πρώτο 24ωρο. Κάτι ηρεμιστικό πρέπει να δίνεται για να προλαμβάνεται η ανησυχία, αλλά ποτέ δεν δίνεται μορφίνη σε επεμβάσεις εγκεφάλου. Αλλαγή τραύματος γίνεται μορφίνη την 7η ημέρα..

Συμπτώματα σύγχυσης παρατηρούνται σχεδόν πάντοτε τις πρώτες μετεγχειρητικές μέρες, γι' αυτό πρέπει να παίρνονται μέτρα για την ασφάλεια του ασθενούς. Συνήθως παραμένει κλινήρης για μια εβδομάδα⁴³.

11.8 Νοσηλευτικές παρεμβάσεις στην ψυχοθεραπεία.

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

Ένας ασθενής που είναι ανασφαλής και εξαρτημένος, μπορεί να ακουμπήσει σε ένα δυνατό νοσηλευτή που προσφέρει υποστήριξη και ασφάλεια. Άλλος ασθενής που χρειάζεται κάποιον να εξαρτάται από αυτόν, μπορεί να ικανοποιήσει την ανάγκη του να είναι προστατευτικός, με το να προσπαθήσει να βοηθήσει έναν καινούριο ασθενή. Κατά τη διάρκεια της ψυχοθεραπείας ο νοσηλευτής ενεργεί ως ένα κατάλληλο πρόσωπο πάνω στο οποίο εξασκεί ο ασθενής καινούριες κοινωνικές επιτηδειότητες.

Μπορεί να εξυπηρετήσει ο νοσηλευτής ως στόχος για τα αισθήματα του ασθενούς και, αν μείνει ανεπηρέαστος και αμερόληπτος, μπορεί να τον βοηθήσει να μάθει να ελέγχει την έκφραση των αισθημάτων του με μεγαλύτερη αντίληψη και επιδεξιότητα, μπορεί να εκμεταλλευθεί την ειδική σχέση του με τον ασθενή. Μπορεί να το κάνει, είτε με την προσπάθεια του να μειώσει στο ελάχιστο την ένταση μεταξύ θεραπευτικών περιόδων καθιστώντας έτσι ικανό τον ασθενή να χρησιμοποιεί τις συνεντεύξεις με τον ψυχίατρο με μεγαλύτερη βελτίωση, είτε σε μερικές περιπτώσεις μπορεί να βοηθήσει την επέκταση των θεραπευτικών περιόδων.

Ο ασθενής μπορεί να συζητά με τον νοσηλευτή, χρησιμοποιώντας τον για να ταξινομήσει μερικές από τις μπερδεμένες σκέψεις του, ιδέες και αισθήματα, κάνοντας έτσι ευκολότερο γι'αυτόν να συλλέξει τα πιο σπουδαία γεγονότα για τη θεραπευτική συνέντευξη με το γιατρο⁴³.

11.9 Νοσηλευτικές παρεμβάσεις σε ασθενή με αυτοκτονικές τάσεις και παράγοντες κινδύνου.

Πολύ σοβαρό ζήτημα είναι ο υψηλός κίνδυνος για αυτοκαταστροφή, ζήτημα συνυφασμένο σε μεγάλο βαθμό με τους ασθενείς εκείνους που πάσχουν από μείζων κατάθλιψη.

Οι παράγοντες κινδύνου που υπάρχουν για την αυτοκτονία είναι:

- Προφορική έκφραση των συναισθημάτων της υπαρχούσης
- απελπιστικότητας.
- Αυξημένα επίπεδα άγχους.

- Προφορική έκφραση τάσεως προς αυτοκτονία.
 - Λευκή φυλή.
 - Ανδρικό γένος.
 - Μοναχική ζωή.
 - Προχωρημένη ηλικία.
 - Ιστορικό προηγούμενων αποπειρών αυτοκτονίας, οικογενειακό ιστορικό αποπειρών αυτοκτονίας και οικογενειακό ιστορικό καταχρήσεως ουσιών⁴.
- Όταν το άτομο εκδηλώσει μεγάλο κίνδυνο εκδήλωσης επιθετικότητας εναντίον εαυτού, οι νοσηλευτικοί σκοποί που θέτουμε είναι να φθάσει ο άρρωστος στο σημείο ώστε να:
- Εκφράζει επιθυμία να ζήσει, αιτιολογεί και δεν αναφέρει ιδέες ή σχεδιασμό αυτοκτονίας.
 - Εκδηλώσει αισιοδοξία και ελπίδα, χαμογελά ή γελά ανάλογα με τη συζήτηση και την περίσταση.
 - Κάνει σχέδια για το μέλλον που περιλαμβάνουν δραστηριότητες αλλά και ιατρική παρακολούθηση και συμμόρφωση στη φαρμακοθεραπεία⁵⁰

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις που εφαρμόζονται συνίστανται στα παρακάτω:

- ✓ Εξήγηση στον άρρωστο από τον νοσηλευτή ότι ενδιαφέρεται για την ασφάλεια του και βοηθήσει να διατηρηθεί ασφαλής.
- ✓ Στενή παρακολούθηση (συνεχής ή κάθε 15' σε κάθε περίπτωση μεγάλου κινδύνου). Τοποθέτηση του αρρώστου σε δωμάτιο, όχι μοναχικό, δίπλα στο νοσηλευτικό παρατηρητήριο και συνοδεία σε όλες τις μετακινήσεις του, αν ενδείκνυται.
- ✓ Προσοχή να μη χρησιμοποιούνται επικίνδυνα είδη (μαντήλια λαιμού, ζώνες, ξυράφια, ψαλίδια).
- ✓ Έλεγχος όλων των ατομικών ειδών που έφερε ο άρρωστος στο νοσοκομείο και ενημέρωση της οικογενείας του να μη φέρει επικίνδυνα είδη.
- ✓ Ιδιαίτερη φροντίδα και προσωπική παρατήρηση κατά τη χορήγηση των φαρμάκων, ώστε να τα παίρνει ο άρρωστος και να μη τα κρύβει για απόπειρα αυτοκτονίας ή να τα πετάει στα άχρηστα .
- ✓ Παρακολουθείται για απότομες και μη αναμενόμενες μεταβολές στη διάθεση, οι οποίες αντανακλούν την τάση προς αυτοκαταστροφή.
- ✓ Ακούμε τον ασθενή με προσοχή, ενώ ενθαρρύνεται να εκφράσει προφορικά τα αρνητικά του συναισθήματα .
- ✓ Παρακολουούθηση του αρρώστου ακόμη και όταν χρησιμοποιεί τους βοηθητικούς χώρους με προηγούμενη ενημέρωσή του. Έχουν συμβεί αυτοκτονίες και σ'αυτούς τους χώρους.
- ✓ Νοσηλευτικοί γύροι στους θαλάμους σε συχνά αλλά όχι τακτά διαστήματα (ιδιαίτερα τη νύχτα, τα ξημερώματα, στις αλλαγές βάρδιας των νοσηλευτών

και σε άλλες ώρες που προβλέπεται ότι το προσωπικό είναι πολύ απασχολημένο).

- ✓ Συστηματικός έλεγχος του περιβάλλοντος για επικίνδυνα σημεία, Π.χ. ανοιχτές πόρτες και παράθυρα, ανοιχτές προσβάσεις προς τη σκάλα ή την ταράτσα ή εκτεθειμένες φιάλες με απορρυπαντικά ⁴⁶.

11.10 Άλλες νοσηλευτικές διαγνώσεις που τίθενται για τη μείζων κατάθλιψη-νοσηλευτικές παρεμβάσεις.

Άλλες νοσηλευτικές διαγνώσεις που μπορούν να τεθούν για τη μείζονα κατάθλιψη, εκτός από τον μεγάλο κίνδυνο για επιθετικότητα εναντίον του εαυτού είναι:

- Διαταραχή κοινωνικής επικοινωνίας.
- Χρόνια χαμηλή αυτοεκτίμηση.
- Μη αποτελεσματική αντιμετώπιση ατομικών προβλημάτων.
- Απελπισία.
- Αίσθημα αδυναμίας.
- Ανεπαρκής αυτοφροντίδα ⁴⁶.

Εάν διαπιστώσουμε κάποιο ή κάποια από τα παραπάνω, θα κινηθούμε μέσα στα πλαίσια της νοσηλευτικής διεργασίας. Δηλαδή θα προγραμματίσουμε την νοσηλευτική μας φροντίδα, θα την εφαρμόσουμε και τέλος θα εκτιμήσουμε τα αποτελέσματα.

Περαιτέρω νοσηλευτικές παρεμβάσεις που μπορούμε να εφαρμόσουμε είναι:

- Ενθάρρυνση του ασθενή να κάνει ερωτήσεις.
- Ανακάλυψη των προτεραιοτήτων του ασθενή και συζήτηση με τον ασθενή γι'αυτές.
- Ενθάρρυνση του ασθενή για φυσική δραστηριότητα.
- Ενθάρρυνση να αγωνιστεί για να θέσει ρεαλιστικούς σκοπούς στη ζωή του
- Επιβράβευση όταν ακολουθεί σωστά το θεραπευτικό του σχέδιο.
- Ανακάλυψη των προσωπικών δυνάμεων και αδυναμιών του ασθενή.
- Παροχή δυνατοτήτων και ενθάρρυνση ανάληψης υπεύθυνων ρόλων.
- Ενίσχυση ανεξαρτησίας της σκέψης και της δράσης 5.
- Χρήση απλών, συγκεκριμένων λέξεων. Η βραδυκίνητη σκέψη και η αδυναμία συγκέντρωσης της προσοχής δυσκολεύουν την κατανόηση.
- Διάθεση αρκετού χρόνου στον άρρωστο για να απαντήσει Η βραδεία σκέψη χρειάζεται χρόνο να διατυπώσει κάποια απάντηση.
- Αποφυγή εκδηλώσεων όπως είναι τα γέλια, τα αστεία και η υπερβολική ευθυμία.
- Ενθάρρυνση του αρρώστου να εξωτερικεύσει λεκτικά το θυμό του.
- Αν ο θυμός του αρρώστου είναι δικαιολογημένος, ο νοσηλευτής πρέπει να παραδεχθεί ότι έγινε λάθος.

Τελειώνοντας, τονίζεται ότι η νοσηλευτική επιδιώκει τη βοήθεια του ατόμου να ευρύνει τον τρόπο θεώρησης των προβλημάτων του και να αντιληφθεί ότι υπάρχουν εναλλακτικές λύσεις, Το ενισχύει ηθικά να ξαναβρεί την ελπίδα, να ανανεώσει τις αξίες και τους σκοπούς της ζωής του, να αναγεννηθεί και να εμπνευσθεί από νέο πνεύμα.

ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ – ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

12.1.Εισαγωγικά Στοιχεία

Όταν ο καταθλιπτικός ασθενής αντιμετωπιστεί σωστά από ψυχιατρικής και νοσηλευτικής απόψεως και έχει και ίδιος τη θέληση να ακολουθήσει ένα θεραπευτικό πρόγραμμα, μαζί βέβαια και με την αμέριστη υποστήριξη της οικογένειάς του, επιτυγχάνεται το προσδοκώμενο. Κι όταν λέμε προσδοκώμενο εννοούμε την αποκατάσταση καταθλιπτικού ατόμου. Η μέρα αποχώρησεως του ασθενούς από το νοσοκομείο δεν πρέπει να φτάνει χωρίς προετοιμασία και προειδοποίηση του ασθενούς και του περιβάλλοντός του.

Κατά την αποχώρηση από το νοσοκομείο ο ασθενής δυνατό να έχει θεραπευτεί τελείως και να επανέλθει έτσι στον προηγούμενο ρυθμό και τρόπο ζωής. Είναι όμως δυνατό κατά την έξοδό του, αν και θεραπευμένος, να χρειάζεται ειδική φροντίδα, προκειμένου να επανέλθει πλήρως στην προηγούμενη κατάστασή του.

Ανάλογα με τις συνθήκες, κάτω από τις οποίες θα βγει ο ασθενής από το νοσοκομείο, γίνεται προετοιμασία τόσο του ίδιου όσο και του άμεσου περιβάλλοντος του για την καλύτερη προσαρμογή του στο νέο περιβάλλον. Τα αισθήματα, που δοκιμάζει ο ασθενής κατά την έξοδό του από το νοσοκομείο, συνήθως είναι αισθήματα ικανοποίησης χαράς και ευγνωμοσύνης. Παράλληλα όμως είναι δισταχτικός, ανησυχεί και αμφιβάλλει για τη συνεχιζόμενη αποκατάσταση της υγείας του χωρίς την άμεση νοσηλευτική και ιατρική παρακολούθηση, μέχρι σημείου να μη θέλει να βγει από το νοσοκομείο.

Η αδελφή του δίνει την ευκαιρία να εκφράσει τους φόβους και ανησυχίες του, να θέσει ερωτήσεις και του εκδηλώνει το ενδιαφέρον της για τα προβλήματά του⁵¹.

12.2.Ορισμός Αποκατάστασης

Σ' αυτό το σημείο όμως, καλό θα ήταν να δούμε τι ακριβώς είναι η αποκατάσταση ενός μείζονος καταθλιπτικού ασθενή. Ο Bozarth et al (1976) περιγράφει το συνολικό στόχο της ψυχιατρικής αποκατάστασης ως μία βαθμιαία διαδικασία εκπαίδευσης, που βοηθά τον ασθενή να «.....εκτελεί τις φυσικές, διανοητικές και συναισθηματικές δεξιότητες που απαιτούνται για να ζήσει, να μάθει και να εργασθεί στη δική του ιδιαίτερη κοινότητα, λαμβάνοντας το μικρότερο ποσό υποστήριξης από εκπροσώπους των επαγγελματιών υγείας»⁵².

12.2.1. Παρεμβάσεις Μέσα στα Πλαίσια της Αποκατάστασης

Οι παρεμβάσεις που μπορεί να κάνει ο νοσηλευτής μέσα στα πλαίσια της αποκατάστασης είναι:

Ενθάρρυνση του ατόμου για σταδιακή απόκτηση επιβολής και ελέγχου των κοινωνικών και φυσικών δυσκολιών

Ενθάρρυνση του ατόμου να αγωνίζεται για ρεαλιστικούς στόχους.

Διδασκαλία να αναγνωρίσει και να δεχθεί την ύπαρξη της ασθένειας που τον ταλαιπωρεί, δηλαδή της μείζονος κατάθλιψης.

Διδασκαλία στην αντιμετώπιση των βασικών του ζωτικών αναγκών.

Προσδιορισμός, εύρεση επαγγελματικών πόρων για υποστήριξη σε κρίση.

Προσφορά συμβουλής και καθοδήγησης

Παραπομπή του ασθενούς σε ομάδες απασχόλησης ή δημιουργικής θεραπείας.

Διδασκαλία στον προσδιορισμό και ενασχόληση με ευχάριστες δραστηριότητες.

Διδασκαλία του ασθενούς στο να προσδιορίζει σημάδια και συμπτώματα που σηματοδοτούν την επανεμφάνιση της κατάθλιψης

Υποστήριξη και ενίσχυση των συμπεριφορών αυτοβοήθειας.

Ενθάρρυνση ανάπτυξης προσωπικών σχέσεων απ' τις οποίες θα λάβει υποστήριξη ο ασθενής.

Παραπομπή του ατόμου να ζήσει σε ένα υποστηρικτικά δομημένο περιβάλλον για αυτό²⁴.

12.3. Διδασκαλία Αρχών – Νος/κές Παρεμβάσεις για τη λήψη φαρμάκων

Αξιοσημείωτο είναι, πως ο ασθενής που θα συνεχίσει τη λήψη φαρμάκων και μετά την έξοδό του από το νοσοκομείο, πρέπει να πληροφορηθεί λεπτομερώς σχετικά με τη συχνότητα και τον τρόπο λήψεώς τους. Οι οδηγίες συνίστανται να γράφονται λεπτομερώς πάνω στο φιαλίδιο του φαρμάκου. Για φάρμακο που μπορεί να έχει παρενέργεια, ενημερώνεται λεπτομερώς τόσο ο ασθενής, όσο και υπεύθυνο μέλος της οικογένειας για τα θεραπευτικά μέτρα που θα χρειαστεί να λάβουν⁵¹.

Κι αυτό διότι όλοι οι άρρωστοι έχουν ανάγκη να πληροφορηθούν σωστά πώς να παίρνουν τα φάρμακά τους, για την αποτελεσματική θεραπεία και την πρόληψη των κινδύνων από τη λήψη τους. Υπάρχουν κάποιες αρχές που πρέπει να ακολουθεί ο ασθενής και η οικογένειά του, όσον αφορά τη λήψη των φαρμάκων. Αυτές τις αρχές είναι νοσηλευτικό μας καθήκον να τις διδάξουμε στον καταθλιπτικό και την οικογένειά του, να δεχθούμε τις ερωτήσεις τους γύρω από αυτές, να λύσουμε τυχόν απορίες τους και να σιγουρευτούμε πως τις έχουν εμπεδώσει.

12.3.1.Στον Ασθενή

Οι αρχές που πρέπει να γνωρίζει ο καταθλιπτικός είναι οι παρακάτω:

Παίρνετε τα φάρμακα που σας σύστησε ο γιατρός για το πρόβλημα της υγείας σας και όχι άλλα με δική σας πρωτοβουλία.

Διαβάζετε τις εσώκλειστες οδηγίες, ώστε να γνωρίζετε το σκοπό και τη δράση του φαρμάκου που παίρνετε, για να μπορείτε να παρακολουθείτε και τα αποτελέσματα.

Μετράτε σωστά τη δόση σύμφωνα με την ιατρική οδηγία. Η μεγαλύτερη μπορεί να κάνει κακό, η μικρότερη να μην φέρει αποτελέσματα.

Σε παράλειψη δόσης φαρμάκου μη διπλασιάζετε την επόμενη χωρίς ιατρική συμβουλή. Για να μη το ξεχνάτε μπορείτε να έχετε σε μια κάρτα ή στο ημερολόγιό σας ώρες λήψεως και τη δόση.

Αχρηστεύσετε τα φάρμακα που έμειναν μετά τη διακοπή τους και εφόσον έληξε η ημερομηνία τους.

Πληροφορείστε το γιατρό που επισκέπτεστε για πρώτη φορά για τα φάρμακα που παίρνετε με οδηγία του προσωπικού σας γιατρού.

Ενημερώστε το γιατρό όταν το φάρμακο που παίρνετε σας προκαλεί κάποια παρενέργεια.

Φροντίστε για την επάρκεια των φαρμάκων όταν τα παίρνετε μακροχρόνια, ώστε να μην σας λείψουν σε αργίες, απεργίες, κακοκαιρία.

12.3.2.Στην Οικογένειά του

Οι αρχές που πρέπει ο νοσηλευτής να μεταδώσει στην οικογένεια του καταθλιπτικού, πάνω απ' όλα είναι να προσέχουν αυτό το άτομο κατά τη λήψη των φαρμάκων του. Σε περίπτωση που το καταθλιπτικό άτομο δεν είναι τυπικό στη λήψη των φαρμάκων του και δεν προσέχει, πρέπει να επιστήσουμε την προσοχή της οικογένειας στα παρακάτω, διότι υπάρχει κίνδυνος τα καταθλιπτικά άτομα:

Να πάρουν κατά λάθος άλλο φάρμακο αντί το καθορισμένο, με απρόβλεπτες συνέπειες

Μα παραλείπουν δόση ή δόσεις φαρμάκου

Να παίρνουν τα φάρμακα σε ακατάλληλες ώρες, έτσι που να μην έχουν θεραπευτικό αποτέλεσμα.

Να παίρνουν διπλή ή μεγαλύτερη δόση, διότι νομίζουν ότι πρέπει να συμπληρώσουν τη δόση που 'χαν ξεχάσει.

Να τους πέσει το φιαλίδιο και να σπάσει. Να το αφήσουν ανοιχτό διότι δεν μπορούν να εφαρμόσουν το πώμα οπότε θα χυθεί ή θα αλλοιωθεί το φάρμακο⁵³.

Επίσης, η οικογένεια ενημερώνεται και για τις αρχές που διδάξαμε τον άρρωστο. Ωστε αν ξεχάσει κάποια από αυτές ο καταθλιπτικός, η οικογένεια να 'χει επίγνωση και να τις εφαρμόσει.

12.4.Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις – Διδασκαλία Ατόμου στην Διεύρυνση του Πεδίου Συμμετοχής του στη Ζωή

Μία άλλη επέμβαση που μπορεί να επιδιώξει ο νοσηλευτής, κατά την αποκατάσταση του καταθλιπτικού, είναι να διευρύνει το πεδίο συμμετοχής του στη ζωή.

Αυτή η κατηγορία επέμβασης, στοχεύει στην επέκταση και βελτίωση της ποιότητας του τρόπου ζωής του ατόμου, προ της κατάθλιψης. Αυτό μπορεί να εμπεριέχει επεμβάσεις όπως ενθάρρυνση για συμμετοχή στον αθλητισμό, σε μαθήματα μουσικής, σε νέες λέσχες. Επίσης, ενθάρρυνση του καταθλιπτικού να αναπτύξει νέες ασχολίες (χόμπι) , να επιστρατεύσει τις διανοητικές του δυνάμεις και προσπάθειες και γενικά να επενδύει ενέργεια στους άγνωστους γι' αυτό τομείς της ζωής, δηλαδή να ψάχνει καινούργια πράγματα, να ενασχολείται με δραστηριότητες που δεν είχε επιχειρήσει ποτέ.

Επιπροσθέτως, μπορούμε να διδάξουμε και να ενθαρρύνουμε το άτομο να Παίρνει ρίσκα στις διαπροσωπικές του σχέσεις, χωρίς να φοβάται Χρησιμοποιεί τις πηγές της κοινωνίας δηλαδή να λάβει μέρος στην κοινωνία μέσω του σχολείου, της εργασίας.

Αναπτύξει ένα δίκτυο με άλλους ανθρώπους που θα βασίζεται στην αξιοπιστία, στην υποστήριξη και στην βοήθεια

Προσφύγει σε μεθόδους αυτό – βοήθειας όπως είναι η ανάγνωση βιβλίων με περιεχόμενο που να λέει πώς μπορούμε να βελτιώσουμε τη ζωή μας, να περνάμε καλά π.χ. το βιβλίο *Feeling Good* (Burns, 1980). Κ άλλα συναφή ⁵⁴.

Τελειώνοντας, πρέπει να πούμε πως όσο σημαντική είναι η παρέμβαση του νοσηλευτή στη θεραπεία ατόμου με μείζων κατάθλιψη, άλλο τόσο σημαντική είναι και κατά την αποκατάσταση του ατόμου.

13 ΚΕΦΑΛΑΙΟ

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ Ή ΕΠΙΛΟΓΟΣ Ή ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Σύμφωνα με όσα προαναφέρθηκαν, η μείζων 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.

Γ'αυτό και μέσα στα πλαίσια του θεραπευτικού περιβάλλοντος ο νοσηλευτής και η νοσηλεύτρια πρέπει να είναι:

1. Ειλικρινείς στην επικοινωνία με τον άρρωστο.
2. Πρόθυμοι να αναλαμβάνουν τις συνέπειες της συμπεριφοράς τους.
3. Ικανοί να ανέχονται το άγχος και την απογοήτευση χωρίς να γίνονται άκαμπτα αμυντικοί.
4. Έτοιμοι να ζητούν και να χρησιμοποιούν τη βοήθεια και την υποστήριξη των άλλων που έχουν περισσότερη γνώση και πείρα.
5. Εύκολοι να αναγνωρίζουν ότι ο αυτοσεβασμός έχει άμεση σχέση με την ικανότητα του ατόμου να σέβεται και να κατανοεί τους άλλους.
6. Πρότυπα της επιθυμητής αναμενόμενης συμπεριφοράς.
7. Χειριστές του δυναμικού του περιβάλλοντος και των διαφορών που προκύπτουν.
8. Ηγέτες στην οργάνωση, λειτουργία και αξιολόγηση των διαφόρων δραστηριοτήτων.
9. Παράγοντες αλλαγής της ανθρώπινης συμπεριφοράς ⁴⁶.

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 ⁴⁶.
 - ✓ Όταν το καταθλιπτικό άτομο βγει από το νοσοκομείο, δηλαδή βρεθεί εκτός θεραπευτικού νοσοκομειακού περιβάλλοντος, σημαντική βοήθεια μπορεί να αντλήσει από την Κοινοτική νοσηλευτική. Η Κοινοτική Νοσηλευτική όμως πέρα από ότι βοηθά άτομα άρρωστα, συμβάλλει και στην πρόληψη.
 - ✓ Τι είναι αλήθεια Κοινοτική 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 Κοινοτική Νοσηλευτική μπορεί να βοηθήσει το καταθλιπτικό άτομο μέσα στα πλαίσια της οικογένειας και του εργασιακού περιβάλλοντος ή γενικότερα στην πρόληψη εμφάνισης μείζονος 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.
 - ✓ Στη σωστή λειτουργία του συστήματος αυτού αλλά και του συστήματος της εργασίας καλείται να συμβάλλει η Κοινοτική 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 ⁵⁵.

- ✓ Τελειώνουμε με την ελπίδα η μελέτη μας να έριξε φως σε βασικά σημεία της μείζονος κατάθλιψης. Προσπάθεια μας ήταν να είναι όσο το δυνατόν περισσότερο κατατοπιστική και πλήρης.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 1.<Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής> Νίκος Μάνου (1997)
- 2.Oltmanns, T.F.,Emery R.E.(1998) Abnormal psychology. New Jersey, Prentice Halh
- 3.Κλεφταράς, Γ.,(1998), Η κατάθλιψη σήμερα. Περιγραφή, Διάγνωση, Θεωρίες και Ερευνητικά Δεδομένα, Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα.
- 4.<Κατάθλιψη>, Γ. Ν. Χριστοδούλου (1998)
- 5.Klerman, G.L. και Weissman M.M(1989) Increasing rates of depression. Jurnal of the American Medical Association, 261, 2229- 2235
- 6.Ελληνική Ψυχιατρική Εταιρία, ‘Η κατάθλιψη – τι πρέπει να γνωρίζετε για αυτή’, ενημερωτικό φυλλάδιο, χορηγία της Smith Cline Beecham Pharmaceuticals, Αθήνα 1999
- 7.Alloy L.B., Acocella J., Bootzin R.R., ‘Abnormal Psychology Current Perspectives”, 7th Edition, Published by Mc Graw Hill Inc, New York 1996
- 8.Prigerson, H.G(1999) Gender Differences in clinical correlates of suicidality among young adults.Journal of nervous and mental disease , Jan , Vol (187)(1): 23-31
- 9.Miller L.(1999). Self – esteem and depression. Ten year follow up of mothers and offspring, Journal of Affective Disorders, Jan – Mar, vol 52 (1-3) : 41-49
- 10.Ramirez, N. (1999) Preceived quality of life in depression: Effect of clinical and demografic variables. International Journal of Psychiatry in clinical Practice, Mar, vol(3) 1:35-41
- 11.Karno, M Hough, R.L Burnam A., Escobar, J.I, Timbers, D,M,Santana F & Boyd, J.H(1987) Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders among Mexican Americans and non-Hispanic whites in Los Angeles
- 12.Lewinsohn. P.M, Hoberman, H.M & Rosenbaun,M.(1988) a prosrective study of risk factors for unipolar depression. Journal of Abnormal Psychology.

13. Kovacs M. & Beck, A.T (1994). The American journal of psychiatry
14. Hammen C. Davila J. Brown G Ellicott, A. & Gitlin, M. (1992) Psychiatric history and stress. Predictors of severity of unipolar depression. Journal of abnormal psychology.
15. Klein, D.L (1999) Age of onset in chronic major depression: Relation to demographic and clinical variables, family history and treatment response. Journal of Affective Disorders, Oct. vol55 (2-3): 149-157
16. Najam N. (1990) Relationship between intelligence order of birth and some personality variables. Journal of behaviour al sciences, Dec vol (2) :21-32
17. Salmon, C.A. (1998) Birth order and familial sentiment: Middleborns are different. Evolution and Human behaviour, Sep vol(19)(5): 299-312
18. Copeland J.R.M., Beekman A.T.F., Dewey M.E. et al, 'Depression in Europe', British Joymral of Psychiatry, published by the Royal College of Psychiatrists, London, 1999
19. Δ. Μαδιανός, 22^ο Ετήσιο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο, «κατάθλιψη», Ιατρική Εταιρία Αθηνών, Αθήνα 1996
20. Μάνου Νίκος, «Η ψυχιατρική συνέντευξη», 1997
21. Gilbert P., Ξεπερνώντας την κατάθλιψη, (μετάφραση: Κατερίνα, Αγγελική – Γιώργος Ευσταθίου), εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1999
22. Robinw C.J and Luten A.G. (1991) Sociotropy and autonomy: Differential patters of clinical presentation in unipolar depression. Journal of Abnormal pychology
23. Freud s. (1917-1957) Mourning and melancholia. In J. strachey (Ed and Trans) The standard edition of the complete psychological works of sigmund Freud (vol 14) London. Hogarth press
24. <Nursing Interrentionsin Depression>
25. Abraham K. (1911-1985) Notes on the phychoanalytic investigation and treatment of maniac-depression insanity and allied contitions. In J.C. Coyne (Ed.), Essentian paper s on depression. New York: New York University press.

- 26.Rando (1928) The problem of melancholia. International journal of pshychoanalysis.
- 27.Bowlby, J. (1988) Developmental psychiatry comes of age. American Journal of phychiatry.
- 28.Bootzin R.R., Acocella, J.R& Alloy, L.B (1993). Abnormal psychology Current Perspectives. New York: Mc Grow-hill
- 29.Rehm, L.P (1990). Cognitive and behavioral theories in B.B Wolman & G. Stricker (Ed.s) Depressive disorders: facts, theories, and treatment methods New York John Wiley.
- 30.Ραμπαβίλας, Α.Δ. (1996) Συννοσηρότητα της κατάθλιψης με τις αγχώδης διαταραχές. Στο Γ.Ν. Χριστοδούλου , 22^ο Ετήσιο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο, Αθήνα, ιατρική Εταιρία Αθηνών.
- 31.Abramson, L.Y. Metalsky, G.I.& Alloy, L.B.(1989) Hopelessness depression: A theory – based subtype of depression. Psychological Rewiew,96
- 32.Ντώνιας Χ. Σταμάτης, Η διάγνωση της κατάθλιψης, εκδόσεις Κοινοτικό κέντρο ψυχιατρικής υγείας, Θεσ/νίκη 1999
- 33.Παπακώστας Γ.Γ., Στοιχεία ψυχιατρικής , εκδόσεις Καμπανά, Αθήνα 1995
- 34.Σολδάτος Μ., Ψυχολογία και Ψυχοπαθολογία της γυναίκας εκδόσεις ψυχιατρική κλινική Πανεπιστημίου, Αθήνα 1999
- 35.Kaplan HI, SADOCK B. Comprehensive Text Book of Psychiatry, 6th ed, Baltimore, Williams and Wilkins.1995
- 36.Amarican PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic Criteria from DSM – IV Washington DC.1994
- 37.American Psyciatric Association : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed, Washington, DC., APA 1994
- 38.Kaplan HI Sadock BJ GREBB JA, Kaplan and sadocks Synopsis of phychiatry 7th ed, Baltimore and Wikins 1994

- 39.Βασλαματζής, Γ.(2000), «Η κατάθλιψη ως στοιχείο διαταραχής της προσωπικότητας.» Στο: 26^ο Ετήσιο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο με θέμα: Ιδιαιτερότητες στη διάγνωση και αντιμετώπιση της κατάθλιψης. Αθήνα, Ιατρική εταιρία Αθηνών.
- 40.Παράσχος Α., <Συναισθηματικές Διαταραχές> στη <Ψυχιατρική Επιμέλεια> Χ. Ιεροδιακόνου, Χ. Φωτιάδης, Ε. Δημητρίου, Εκδόσεις Μαστορίδη, Θεσσαλονίκη 1988
- 41.Frederic F. Flach, Κατάθλιψη μουσική της δύναμη (μετάφραση Αναστασίου Βαλεντίνη) εκδόσεις Δίοδος, Αθήνα 1989
- 42.Harvey RA, Champe PC, “Φαρμακολογία”, Συντονισμός – Επιμέλεια Μετάφρασης Παπαδόπουλος Ι, Παπαδόπουλος Γ. Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνος , Αθήνα 1997, 2^η Έκδοση.
- 43.Γιαννοπούλου Α. “Ψυχιατρική Νοσηλευτική”, Έκδοσης “Η ΤΑΒΙΘΑ”, Αθήνα 1996
- 44.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.
- 45.Χαρτοκόλλης Π. “Εισαγωγή στην Ψυχιατρική”, Δεύτερη Έκδοση, Εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα, 1991
- 46.<Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας>, Αφροδίτη Χρ. Ραγιά (2001)
- 47.Neese Bryant J, “Depression in the General Hospital,” Nursing Clinics of North America, No.3, September 1991, W.B. Saunders Company, Philadelphia 1991
- 48.ICD – 10. Classification of mental and behavioral disorders: Clinical description and diagnostic guidelines. World Health Organization 1992
- 49.American Psychiatric association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed, Washington, American Psychiatric Association, 1994
- 50.<Γεροντολογική Νοσ/κή φροντίδα>, Joan F. Needham (1999)

51. «Γενική, παθολογική, χειρουργική νοσηλευτική», ΤΟΜΟΣ Α', Μ. Α. Μαλαρινού – Σ. Φ. Κωνσταντινίδου, Εκδόσεις «Η ΤΑΒΙΘΑ», Έκδοση 22^η, Αθήνα 2001

52. «Βασική Νοσηλευτική, μία βιο – ψυχο – κοινωνική προσέγγιση.», Δρ. Γεωργία Γ. Σαββοπούλου, Επίκουρος καθηγήτρια νοσηλευτικής Τ.Ε.Ι. Αθήνας, Εκδόσεις «Η ΤΑΒΙΘΑ», Αθήνα 1997

53. «Κλινική νοσηλευτική» : Βασικές και ειδικές νοσηλείες»Ελευθερία Κ. Αθανάτου, Έκδοση ΙΑ' Αναθεωρημένη, Αθήνα 2000

54.Ingram R.E. “Encyclopedia of Human Behaviour – Depression” Vol.2, Published by Academic Press Inc., California 1994

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

