

**Α.Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ Σ.Ε.Υ.Π.
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ :
ΜΙΑ ΝΕΑ ΜΑΤΙΑ ΣΤΗΝ ΑΣΘΕΝΕΙΑ ΤΟΥ ΜΕΛΛΟΝΤΟΣ –
ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ ΕΠΙΤΥΧΗΜΕΝΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ



ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ

ΜΠΟΖΙΟΝΕΛΟΥ ΙΩΑΝΝΑ

ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ

ΣΠΥΡΑΤΟΣ ΦΩΤΗΣ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

...Η τραγωδία αυτού του κόσμου είναι ότι κανένας δεν είναι ευτυχής, άσχετα αν εγκλωβίστηκε σε εποχή πόνου ή χαράς. Η τραγωδία αυτού του κόσμου είναι ότι οι πάντες είναι μόνοι. Δεν μπορείς να μοιραστείς με το παρόν μια ζωή πιασμένη από το παρελθόν. Κάθε άνθρωπος που κολλάει στο χρόνο μένει μονάχος

Alan Lightman,
«Τα όνειρα του Αϊνστάιν,
μια νουβέλα για τη φύση του χρόνου»

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	5
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	6
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	8
1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ.....	8
1.2 ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ.....	9
1.2.1 ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑ.....	10
1.2.2 ΦΥΤΙΚΟ (ΑΥΤΟΝΟΜΟ) ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ.....	11
1.2.3 ΚΙΝΗΤΟΠΟΙΗΣΗ.....	12
1.2.4 ΣΚΕΨΗ – ΑΝΤΙΛΗΨΗ.....	13
1.2.5 ΣΩΜΑΤΙΚΑ ΕΝΟΧΛΗΜΑΤΑ.....	14
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ	15
2.1 ΠΑΛΙΟΤΕΡΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗΣ.....	15
2.2 ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΩΝ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΚΑΤΑ DSM- IV.....	17
2.2.1 ΜΕΙΖΟΝ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ.....	18
2.2.2 ΔΥΣΘΥΜΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ.....	30
2.2.3 ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΜΗ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΖΟΜΕΝΗ ΑΛΛΙΩΣ.....	34
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ	36
3.1 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΕΠΕΙΓΟΥΣΩΝ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΩΝ.....	36
3.2 ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ.....	37
3.3 ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΕΣ.....	39
3.4 ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΜΕΘΟΔΩΝ.....	40
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	42
4.1 ΕΙΔΗ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ.....	42
4.2 ΠΩΣ ΒΙΩΝΕΙ ΤΟ ΧΡΟΝΟ ΤΟΥ Ο ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΟΣ ΑΣΘΕΝΗΣ ΚΑΤΑ ΤΟΝ ΓΑΛΛΟ ΨΥΧΙΑΤΡΟ ΜΙΝΚΩΣΚΙ.....	42
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ	45
5.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ.....	45
5.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ: ΜΕΓΑΛΟΣ ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΕΝΑΝΤΙΟΝ ΕΑΥΤΟΥ.....	46

5.2.1	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ.....	47
5.2.2	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ.....	47
5.3	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ: ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ..	51
5.3.1	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ.....	52
5.3.2	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ.....	52
5.4	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΥΘΥΝΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΑΝΤΙΚΑΤΑΘΛΗΠΤΙΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ.....	55
5.5	ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΥΘΥΝΕΣ.....	56
5.5.1	ΑΝΤΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ.....	57
5.6	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΗΛΕΚΤΡΟΣΠΑΣΜΟΘΕΡΑΠΕΙΑ (ECT).....	57
5.6.1	ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ECT.....	57
5.6.2	ΑΝΤΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ECT.....	58
5.6.3	ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΣ ΔΡΑΣΗΣ.....	58
5.6.4	ΕΝΔΕΧΟΜΕΝΟΙ ΚΙΝΔΥΝΟΙ ΚΑΙ ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ.....	58
5.6.5	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ECT..	58
	ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6.....	60
6.1	ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΤΗΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ ΣΤΟ ΨΥΧΙΑΤΡΕΙΟ.....	60
	ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ.....	63
7.1	ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ.....	63
7.2	ΣΥΝΥΠΑΡΕΗ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΚΑΙ ΑΛΛΩΝ ΨΥΧΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ.....	63
7.3	ΣΥΝΥΠΑΡΕΗ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΚΑΙ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ ΑΓΩΓΗΣ.....	64
7.4	ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ.....	64
7.4.1	ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ.....	64
7.4.2	ΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ – ΦΑΡΜΑΚΟΛΟΓΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ.....	64

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Ανάμεσα στους Μείζονες κλάδους της ιατρικής, η ψυχιατρική άρχισε να αναγνωρίζεται, να διδάσκεται και να εξασκείται ως αυτοτελής ειδικότητα τελευταία από όλες. Κατά την κοινή αντίληψη είναι λίγο πολύ ταυτόσημη με την νευρολογία, αφού κάποιος που πάσχει από μια ψυχιατρική διαταραχή θεωρείται ότι πάσχει από τα νεύρα του, όμως με μια προσεκτικότερη ματιά, καταλαβαίνουμε πως πρόκειται για την αμιγώς ιατρική του εγκεφάλου και μόνο.

Πρακτικά όμως, ο πρώτος κλάδος της ιατρικής με τον οποίον ασχολήθηκαν είναι η ψυχιατρική. Η πρώτη ιατρική ήταν στα χέρια των ιερέων και των μάγων αφού οι άνθρωποι αντιμετώπιζαν την ασθένεια, σωματική ή ψυχική ως αποτέλεσμα θεϊκής βουλήσεως ή μοίρας και κάθε ιατρική παρέμβαση απευθυνόταν πρώτιστα στην ψυχολογία του ασθενούς. Η θεραπευτική αποτελεσματικότητα, από την πιο πρωτόγονη ιατρική πράξη, βασιζόταν περισσότερο στο κύρος που έδινε στον ιερέα – ιατρό η ταύτισή του με την θεότητα, παρά οι επιστημονικές του γνώσεις ή η εμπιστοσύνη του ασθενούς στην ιατρική επιστήμη.

Ψυχιατρική είναι ο κλάδος της ιατρικής που ασχολείται με τη σπουδή, τη θεραπεία και την πρόληψη ψυχικών διαταραχών ή, διαφορετικά, είναι ο κλάδος της ιατρικής για τον οποίο ψυχολογικά φαινόμενα έχουν πρωταρχική σημασία στη διάγνωση και θεραπεία.¹

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ψυχιατρική αντιμετωπίζει μια σειρά από εννοιολογικά προβλήματα, που θα μπορούσαν να σχηματοποιηθούν ως δилήματα ή αντινομίες, αρχίζοντας από το δилήμμα ψυχή – σώμα. Ψυχή, με βάση την ψυχιατρική, είναι ο εαυτός του ανθρώπου στην αφηρημένη του μορφή, ένα υποθετικό όργανο, που αντιλαμβάνεται, θυμάται, σκέπτεται, αισθάνεται, επιθυμεί ή θέλει και προπάντων, έχει επίγνωση του εαυτού του. Παρόλο που η ψυχή είναι μια έννοια υποθετική, οι λειτουργίες της δεν έχουν τίποτα το υποθετικό, τίποτα το εξωπραγματικό. Για να γίνουν γνωστές πρέπει να περιγραφούν από το αντικείμενο το ίδιο, που στην περίπτωση αυτή δρα ως υποκείμενο. Αντιθέτως το σώμα είναι ένα πραγματικό όργανο που αναπνέει, τρώει, χωνεύει, συνουσιάζεται, βλέπει, ακούει, μιλάει, αντιδρά σε φυσικά και χημικά ερεθίσματα, κινείται στο χώρο και το χρόνο. Οι λειτουργίες του σώματος μπορούν να γίνουν γνωστές με τη βοήθεια φυσικών μέσων, και χωρίς τη συμμετοχή, συναίνεση ή την επίδραση του αντικειμένου

Συμπεριφορά είναι ο τρόπος με τον οποίο ένα αντικείμενο αντιδρά σε κάποιο ερέθισμα και εμφανίζεται ως μια λιγότερο ή περισσότερο αντιληπτή αλλαγή του αντικειμένου μέσα στο περιβάλλον του. Η συμπεριφορά είναι κάτι το αντικειμενικό – η διαγωγή ενός αντικειμένου όπως γίνεται αντιληπτή από κάποιον που βρίσκεται εκτός του αντικειμένου. Η υποκειμενική άποψη της συμπεριφοράς συνιστά μια εμπειρία – το βίωμα ενός γεγονότος ή μιας σειράς γεγονότων.

Μια εμπειρία μπορεί να οριστεί, ανάλογα με το μέτρο που αναφέρεται στον εξωτερικό ή στον εσωτερικό κόσμο του αντικειμένου, ως αντικειμενική ή υποκειμενική. Μια αντικειμενική εμπειρία προσδίδει ιδιότητες ή ποιότητα στον κόσμο των αντικειμένων που περιβάλλουν το υποκείμενο. Μια υποκειμενική εμπειρία προσδίδει ιδιότητες ή ποιότητα στον εσωτερικό κόσμο του αντικειμένου, στον γνωστικό και συναισθηματικό του κόσμο, που συνιστά την ψυχή του.

Ένα άλλο βασικό δилήμμα που αντιμετωπίζει η ψυχιατρική είναι αυτό που αφορά την έννοια του ομαλού και ανώμαλου. Η ομαλότητα αναφέρεται σε μια φυσιολογική κατάσταση, που προσδιορίζεται από τη λειτουργική της

σκοπιμότητα και την προσαρμοστική της χρησιμότητα, οπότε η ανωμαλία είναι απόλυτη.

Η ομαλότητα επίσης μπορεί να αναφέρεται σε μια κοινωνικά οριοθετημένη κατάσταση – μια προτίμηση, μια ιδεολογία ή ένα συμβατικό τρόπο συμπεριφοράς. Τότε η ανωμαλία είναι σχετική, καθώς η στάση της κοινωνίας απέναντι σε μια τέτοια κατάσταση διαφέρει από τόπο σε τόπο και από εποχή σε εποχή.

Κατά μια τρίτη άποψη ομαλό είναι κάτι που συμβαίνει ή υπάρχει στο μεγαλύτερο μέρος ενός δεδομένου πληθυσμού.

Το δίλημμα ομαλό – ανώμαλο προβληματίζει έναν ψυχίατρο, προκειμένου να αποφανθεί αν μια κατάσταση – συναίσθημα, σκέψη, συμπεριφορά – θα πρέπει να θεωρηθεί σημαντικά παθολογική, ώστε να δικαιολογείται μια κλινική παρέμβαση. Βάσει των δεδομένων αυτών, ως ψυχιατρική διαταραχή θεωρείται ένα κλινικά σημαντικό σύνδρομο, που αφορά είτε την ψυχολογική κατάσταση είτε τη συμπεριφορά ενός ατόμου, και εκδηλώνεται είτε με επώδυνα συμπτώματα είτε με μια μείωση της αποδοτικότητάς του σε μια ή περισσότερες από τις φυσιολογικές ή κοινωνικές του λειτουργίες.¹

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Η θλίψη, ο ψυχικός πόνος και η επιβράδυνση ή η προσωρινή αναστολή του ρυθμού της ζωής, η έλλειψη των μελλοντικών προοπτικών, ο φόβος για το παρόν, οι τύψεις για το παρελθόν, είναι βιώματα πολύ- λίγο γνωστά σε όλους τους ανθρώπους.

Όλοι τα ζήσαμε σε μικρότερο ή μεγαλύτερο βαθμό ή τα είδαμε να διαδραματίζονται σε άλλους υπό την επήρεια ψυχοτραυματικών γεγονότων. Ο βαθμός της έντασής τους και η χρονική τους διάρκεια, η δυσαναλογία τους σε σχέση με τα αίτια, που τα προκάλεσαν ή η αυτόματη εμφάνισή τους, προσδίδουν το παθολογικό τους χαρακτήρα και συνιστούν την νόσο κατάθλιψη.

Η κατάθλιψη αποτελεί ιδιαίτερη ψυχική διαταραχή, περισσότερο προσιτή από οποιανδήποτε άλλη και τις περισσότερες φορές ευεφήγητη και δικαιολογημένη.

Η σχετική εξοικείωση όλων μας με τα βιώματα του καταθλιπτικού ή η ποιοτική ομοιότητα τους προς ότι έχουμε ζήσει κάτω από διάφορες οδυνηρές συνθήκες, καθιστά την καταθλιπτική διαταραχή κατανοητή και της προσδίδει ένα βαθύ ανθρώπινο χαρακτήρα.

Ο καταθλιπτικός ασθενής παρά την υπερβολή με την οποία διαδραματίζονται μέσα του και εκδηλώνονται τα γεγονότα, δε μας γίνεται ποτέ ξένος, απόμακρος όπως συμβαίνει σε άλλες ψυχώσεις, στην σχιζοφρένεια για παράδειγμα, αντίθετα είναι ο άνθρωπος που αμέσως αποσπά την εμπιστοσύνη - συμπόνια - συμπάθεια.

Η κατάθλιψη εκδηλώνεται με υπερβολική λύπη, αίσθημα πλήρους αδυναμίας του ατόμου και συνοδεύεται με επώδυνες σκέψεις, αναξιότητας, ενοχής, αυτομορφής, απαισιοδοξίας.

Άλλοτε εμφανίζεται σαν αιτία μιας νόσου και άλλοτε σαν συνέπεια αυτής. Μπορεί να αποτελεί την έναρξη ή να συνοδεύει άλλες ψυχώσεις (σχιζοφρένεια, οργανικές ψυχώσεις), την συναντούμε σε νευρολογικές νόσους, κατά την διαδρομή ή την αποδρομή σωματικής παθολογικής κατάστασης, εγχείρησης, σωματικού τραυματισμού. Άλλοτε βρισκόμαστε προ μιας αυτόματης αναδυόμενης μελαγχολίας, τέλος σαν ενδοκρινολογική διαταραχή (εφηβεία - κύηση - λοχεία), κυρίως στην εμμηνόπαυση και υποστροφή, όπου η συχνότητα είναι μεγαλύτερη. Γενικά μπορούμε να πούμε, ότι η κατάθλιψη - υποδύεται, προαναγγέλλει, συνοδεύει ή ακολουθεί

μια σωματική νόσο. “ Τα δε περί ψυχής δια σώματος ἔξιν τήδε”, όπως αναφέρει ο Πλάτων, για την σχέση ψυχικής διαταραχής (μελαγχολίας) με το σώμα.²

1.2 ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ - ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Ύστερα από την έντονη ενασχόληση με το άγχος κατά το πρώτο μισό αυτού του αιώνα, στο δεύτερο μισό του η έντονη ενασχόληση είναι με την κατάθλιψη (ίσως από την απογοήτευση που συσσωρεύσε ο πρώτος μισός;). Ιδιαίτερα στην ιατρική, η κατάθλιψη με την ποικιλία των συμπτωμάτων της φαίνεται να είναι πανταχού παρούσα, γι' αυτό και οι γιατροί αλλά και οι συγγενείς προς αυτούς επιστήμονες πρέπει να μπορούν να αναγνωρίζουν τα συμπτώματα της. Σημειώνουμε από την αρχή, ότι σε ένα καταθλιπτικό ασθενή μπορεί να μην είναι η καταθλιπτική διάθεση πάντα εμφανής ή ακόμα και παρούσα (μολονότι φυσικά είναι η πιο συχνή εμπειρία) και άλλα συμπτώματα, π.χ. από το αυτόνομο νευρικό σύστημα, τη σκέψη κτλ. να μας οδηγήσουν στην διάγνωση και αποτελεσματική θεραπεία. Ποια είναι λοιπόν τα συμπτώματα της κατάθλιψης;

Ο Πίνακας 1 είναι μια προσπάθεια ομαδοποίησης των πολυάριθμων πράγματι συμπτωμάτων και σημείων της κατάθλιψης, που αναλύονται σύντομα παρακάτω.³

Πίνακας1 . Συμπτώματα της κατάθλιψης

<u>Συναίσθημα</u>	<u>Κινητοποίηση</u>
Καταθλιπτική διάθεση	Απώλεια του ενδιαφέροντος
Ανηδονία	Ανημπορία, έλλειψη
Άγχος	ελπίδας
Φυτικό (Αυτόνομο) Νευρικό Σύστημα	Σκέψεις ή απόπειρες αυτοκτονίας
Διαταραχή του ύπνου	<u>Σκέψη-Αντίληψη</u>
Διαταραχή της όρεξης	Αισθήματα-σκέψεις
Κόπωση, εξάντληση (απώλεια ενέργειας)	ενοχής ή και αναξιότητας
Ελάττωση της σεξουαλικής διάθεσης (libido)	Χαμηλή αυτοεκτίμηση
Ψυχοκινητική επιβράδυνση	Δυσκολία στη συγκέντρωση
Ψυχοκινητική διέγερση	Ψύχωση (ψευδαισθήσεις, παραληρητικές ιδέες κτλ.)
	Σωματικά ενοχλήματα

1.2.1 Συναίσθημα

Καταθλιπτική διάθεση

Το άτομο που βρίσκεται σε καταθλιπτική διαταραχή συνήθως περιγράφει τη διάθεση του σαν καταθλιπτική, λέγοντας ότι νιώθει λύπη, θλίψη, απογοήτευση, απελπισία κτλ. Η καταθλιπτική αυτή διάθεση χαρακτηριστικά κυριαρχεί στη ζωή του ατόμου. Συχνά είναι έτσι και τα εύκολα κλάματα. Μπορεί όμως το άτομο να περιγράψει τη διάθεση του και με λόγια όπως «δεν με νοιάζει πια» ή μπορεί ακόμη να μας λέει ότι δεν νιώθει θλίψη. Το τελευταίο είναι ιδιαίτερα συχνό σε παιδιά, που όμως δείχνουν την κατάθλιψη στο πρόσωπο τους. Όπως, ήδη τονίσαμε, ψάχνουμε και για άλλα συμπτώματα πέρα από την καταθλιπτική διάθεση, σε άτομα που δεν την παρουσιάζουν αλλά πιστεύουμε ότι πάσχουν από κατάθλιψη. Επίσης, όπως στη συνέντευξη με κάποιο σχιζοφρενικό ασθενή που δεν έχει χαρακτηριστικά συμπτώματα η αίσθηση παράξενου στον κλινικό εξεταστή μπορεί να βοηθήσει, έτσι και στην επικοινωνία με καταθλιπτικό ασθενή, ο εξεταστής μπορεί να νιώσει θλίψη, πολλές φορές αφόρητη, ενώ ο ασθενής δεν αναφέρει θλίψη.

Ανηδονία

Απώλεια της ευχαρίστησης (=ανηδονία) σε δραστηριότητες που προηγούμενα ήταν ευχάριστες αποτελεί βασικό σύμπτωμα της κατάθλιψης και χρειάζεται προσοχή γιατί το άτομο μπορεί να μην το έχει συναισθανθεί και να μην παραπονιέται γι' αυτό. Η οικογένεια του μπορεί όμως να το έχει προσέξει.

Δραστηριότητες που παύουν να είναι ευχάριστες είναι το φαγητό, το σεξ, τα χόμπι, τα σπορ, κοινωνικές και οικογενειακές εκδηλώσεις. Ανάλογη προς την ανηδονία είναι και η απώλεια ενδιαφέροντος σε διάφορες δραστηριότητες (βλ. παρακάτω στην Κινητοποίηση).

Άγχος

Πολλοί καταθλιπτικοί ασθενείς νιώθουν άγχος με μορφή εσωτερικής δυσφορίας, φόβου, αισθήματος επικείμενου κινδύνου, ευερεθιστότητας ή ακόμη και προσβολών πανικού με συνοδά φυτικά συμπτώματα όπως ιδρώτες, αίσθημα παλμών, ταχυκαρδία κτλ. Η συνύπαρξη άγχους και κατάθλιψης μπορεί να κάνει δύσκολη τη διάκριση ποιο από τα δύο αποτελεί τη βασική διαταραχή.

1.2.2 Φυτικό (Αυτόνομο) Νευρικό Σύστημα

Συχνή είναι η παρουσία συμπτωμάτων από το φυτικό νευρικό σύστημα. Η αναγνώριση τους είναι σημαντική τόσο για τη διάγνωση, όσο και για τη θεραπεία της κατάθλιψης.

Διαταραχή του ύπνου

Οι περισσότεροι καταθλιπτικοί ασθενείς παρουσιάζουν κάποιας μορφής διαταραχή του ύπνου, συνήθως αϋπνία, μερικές φορές και υπερυπνία. Η αϋπνία μπορεί να συνίσταται σε δυσκολία του ατόμου να κοιμηθεί (αρχική αϋπνία), σε αφύπνιση στη διάρκεια της νύχτας και δυσκολία να ξανακοιμηθεί (μέση αϋπνία) και σε αφύπνιση νωρίς το πρωί (τελική αϋπνία), που είναι ιδιαίτερα συχνή και ενοχλητική καθώς το άτομο ξυπνά στις τέσσερις, πέντε ή έξι το πρωί και δεν μπορεί να ξανακοιμηθεί.

Διαταραχή της όρεξης

Πολλοί καταθλιπτικοί ασθενείς παρουσιάζουν ανορεξία που συνοδεύεται ή όχι από απώλεια βάρους. Η απώλεια βάρους μπορεί να είναι μικρή, μεγάλη ή και απειλητική για τη ζωή. Λιγότερο συχνή είναι η αύξηση της όρεξης, που μπορεί να οδηγήσει και σε πρόσληψη σημαντικού βάρους, ιδιαίτερα σε νεαρές γυναίκες και σε άτομα με Διπολική Διαταραχή.

Κόπωση, εξάντληση (απώλεια ενέργειας)

Συχνό παράπονο των καταθλιπτικών ασθενών είναι ένα αίσθημα κόπωσης ή εξάντλησης, σαν όλη τη ζωτικότητα ή ενέργεια που έχουν μέσα τους να έχει φύγει. Αυτό το αίσθημα, που πολλές φορές είναι ανυπόφορο, μπορεί να παρακολουθεί τις ημερήσιες διακυμάνσεις της συναισθηματικής διάθεσης, οπότε χαρακτηριστικά μπορεί να έχουμε μεγαλύτερη κατάθλιψη και κόπωση - εξάντληση το πρωί και βελτίωση και των δύο καθώς προχωρά η ημέρα.

Ελάττωση της σεξουαλικής διάθεσης (libido)

Συχνή είναι η ελάττωση της libido, και ιδιαίτερα στους άντρες, καθώς μπορεί να εκφράζεται και με διαταραχή της στύσης, και τραυματίζει ακόμη περισσότερο την αυτοεκτίμησή τους.

Ψυχοκινητική επιβράδυνση

Πολλοί καταθλιπτικοί ασθενείς παρουσιάζουν επιβράδυνση της σκέψης, του λόγου και των κινήσεων. Έτσι, οι απαντήσεις τους είναι φτωχές ή και μονολεκτικές. Ο λόγος γίνεται μονότονος και βραδύς, το βλέμμα είναι απλανές, οι κινήσεις του σώματος αργές και η όλη εικόνα μπορεί να φθάσει να μοιάζει την κατατονία.

Ψυχοκινητική διέγερση

Ορισμένοι καταθλιπτικοί ασθενείς - ιδιαίτερα ηλικιωμένα άτομα - παρουσιάζουν εκνευρισμό, ανησυχία, ένταση ή και διέγερση αντί για επιβράδυνση. Έτσι οι ασθενείς αυτοί βηματίζουν πάνω κάτω, στριφογυρνούν τα χέρια τους, τραβούν τα μαλλιά τους, το δέρμα τους, τα ρούχα τους, παραπονιούνται έντονα ή φωνάζουν.

1.2.3 Κινητοποίηση

Απώλεια του ενδιαφέροντος στις συνηθισμένες δραστηριότητες

Οι καταθλιπτικοί ασθενείς βιώνουν όχι μόνο μια απώλεια της ικανότητας για ευχαρίστηση, αλλά επίσης και μια ελάττωση της κινητοποίησης σ' όλες τις εκφράσεις της ζωής. Εργασία, οικογενειακή ζωή, σπορ κτλ. χάνουν το ενδιαφέρον τους και το άτομο νιώθει ότι δεν έχει την ικανότητα-διάθεση να εκτελέσει συνηθισμένες ασχολίες.

Ανημπορία, έλλειψη ελπίδας

Χαρακτηριστικά το καταθλιπτικό άτομο νιώθει ανήμπορο να φέρει σε πέρας τις υποχρεώσεις του, ακόμη και απλά καθήκοντα - μέχρι και το πώς να φροντίσει την εμφάνιση του και την υγιεινή του. Επίσης, νιώθει χωρίς ελπίδα για το μέλλον ή για την κατάσταση του.

Σκέψεις ή απόπειρες αυτοκτονίας

Η πιο σοβαρή και επικίνδυνη επιπλοκή των καταθλιπτικών διαταραχών είναι οπωσδήποτε η αυτοκτονία. Η συχνότητα των ολοκληρωμένων αυτοκτονιών είναι μεγάλη. Υπολογίζεται ότι 1% των καταθλιπτικών ασθενών πεθαίνει αυτοκτονώντας μέσα σε 12 μήνες από την έναρξη του καταθλιπτικού επεισοδίου. Σε ασθενείς που υποφέρουν από υποτροπιάζοντα επεισόδια κατάθλιψης το ποσοστό ανεβαίνει στο

15%. Ιδιαίτερα επικίνδυνο είναι το γεγονός ότι ο μεγαλύτερος κίνδυνος για αυτοκτονία είναι στην περίοδο των 6 έως 9 μηνών που ακολουθεί τη συμπτωματική βελτίωση των ασθενών. Κι αυτό, αν και φαίνεται παράδοξο, οφείλεται κατά πάσα πιθανότητα στο ότι στην περίοδο αυτή ο ασθενής έχει αποκτήσει αρκετή ενεργητικότητα για να ολοκληρώσει ένα σχέδιο αυτοκτονίας, ενώ δεν έχει αλλάξει σημαντικά η θεώρηση της ζωής του, που τη θεωρεί αρκετά αρνητική ώστε να θέλει έντονα να αυτοκτονήσει.^{4,5}



1.2.4 Σκέψη-Αντίληψη

Αισθήματα-σκέψεις ενοχής ή/και αναξιότητας, χαμηλή αυτοεκτίμηση

Οι καταθλιπτικοί ασθενείς συχνά εκφράζουν αισθήματα και σκέψεις ενοχής για τρέχουσες ή παρελθούσες αποτυχίες ή λάθη. Ο βαθμός αυτοκατηγορίας, όμως, είναι υπερβολικός, και φαίνεται είτε από το ότι τα γεγονότα στα οποία αναφέρεται ο ασθενής είναι μηδαμινά είτε από το ότι ο ασθενής αποδίδει στον εαυτό του περισσότερη ευθύνη από ότι του αναλογεί. Επίσης το αίσθημα αναξιότητας, το οποίο παρουσιάζουν πολλοί ασθενείς, κυμαίνεται από αισθήματα ανεπάρκειας μέχρι έντονη αρνητική εκτίμηση της προσωπικής αξίας του ατόμου. Ανάλογα επηρεάζεται και η αυτοεκτίμηση καθώς οι ασθενείς είναι ανίκανοι να εκτιμήσουν ρεαλιστικά την απόδοσή τους στις καθημερινές υποχρεώσεις (που είναι όμως και μειωμένη), αλλά και σαν συνέπεια των προηγούμενων. Ενοχή, αναξιότητα, χαμηλή αυτοεκτίμηση, όταν φθάσουν στο σημείο να είναι σε σταθερή και ακλόνητη διάσταση με την πραγματικότητα, αποτελούν πια παραληρητικές ιδέες.

Δυσκολία στη συγκέντρωση

Οι καταθλιπτικοί ασθενείς μπορεί να είναι τόσο έντονα ενασχολημένοι με τις καταθλιπτικές τους σκέψεις που δυσκολεύονται να προσέξουν τι γίνεται γύρω τους. Επίσης, παραπονούνται για «έκπτωση της μνήμης» ή για δυσκολία συγκέντρωσης

που φαίνεται στην προσπάθεια τους να διαβάσουν, να δουν τηλεόραση κτλ. Επειδή τα ανοϊκά άτομα ουσιαστικά έχουν δυσκολία με τη μνήμη και τη συγκέντρωση, μερικές φορές είναι δύσκολο να διαφοροδιαγνώσει κανείς την κατάθλιψη από την άνοια στα ηλικιωμένα άτομα.

Οι καταθλιπτικοί ασθενείς παρουσιάζουν επίσης συχνά και επιβράδυνση της σκέψης και αναποφασιστικότητα.

Ψύχωση

Η κατάθλιψη μπορεί να είναι αρκετά βαριά, ώστε να περιλαμβάνει ψυχωτικά συμπτώματα, κυρίως ψευδαισθήσεις και παραληρητικές ιδέες. Το περιεχόμενο αυτών των ψευδαισθήσεων και των παραληρητικών ιδεών συνήθως είναι σύντονο με την κατάθλιψη (ψευδαισθήσεις ή παραληρητικές ιδέες **σύμφωνες με τη συναισθηματική διάθεση**). Π.χ. το άτομο πιστεύει ότι το καταδιώκουν επειδή είναι αμαρτωλό ή ανεπαρκές ή έχει ακουστικές ψευδαισθήσεις που το κατηγορούν για αμαρτίες ή λάθη του. Μπορεί επίσης να εμφανισθούν μηδενιστικές παραληρητικές ιδέες καταστροφής του κόσμου ή του ατόμου, σωματικές παραληρητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις καρκίνου ή άλλης σοβαρής ασθένειας, παραληρητικές ιδέες φτώχειας.

Λιγότερο συχνά, το περιεχόμενο των ψευδαισθήσεων και των παραληρητικών ιδεών δεν έχει σχέση με την κατάθλιψη (ψευδαισθήσεις ή παραληρητικές ιδέες **ασύμφωνες με τη συναισθηματική διάθεση**). Π.χ. το άτομο πιστεύει ότι το καταδιώκουν χωρίς να μπορεί να εξηγήσει τον λόγο κτλ.^{4, 6}

1.2.5 Σωματικά ενοχλήματα

Εκτός από τα κλασικά συμπτώματα από το αυτόνομο νευρικό σύστημα που αναφέραμε παραπάνω, υπάρχει ένας μεγάλος αριθμός σωματικών συμπτωμάτων που αποτελούν έκφραση του καταθλιπτικού συνδρόμου. Στην κλινική πράξη, παθολόγοι, γενικοί γιατροί κ.ά. βομβαρδίζονται με τέτοια ενοχλήματα, όπως πονοκέφαλοι, πόνοι στη μέση, μυϊκοί σπασμοί (κράμπες), ναυτία, εμετός, δυσκοιλιότητα, οπισθοστερνικό κάψιμο, δυσκολία στην αναπνοή, υπέρπνοια, πόνος στο στήθος κ.ά. Μεγάλος αριθμός εξετάσεων γίνεται χωρίς λόγο και τελικά ο γιατρός καταλήγει ότι όλα αυτά ήταν «ψυχολογικά». Ο όρος «καλυμμένη κατάθλιψη» έχει χρησιμοποιηθεί για τις περιπτώσεις αυτές. Δεν πρόκειται, όμως, για άλλου είδους κατάθλιψη. Απλά, ο γιατρός πρέπει να σκεφθεί ότι το άτομο με τέτοια συμπτώματα μπορεί να έχει κατάθλιψη, οπότε ρωτώντας για άλλα συμπτώματα κατάθλιψης - εκτός των πόνων - οδηγείται στη διάγνωση της.⁷

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΩΝ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

Η ανασκόπηση της συμπτωματολογίας της κατάθλιψης, που παραθέσαμε παραπάνω, κάνει σαφή την τεράστια ποικιλία συμπτωμάτων που τη χαρακτηρίζει. Αν αναλογισθούμε επιπλέον την ποικιλία των τύπων της κατάθλιψης ανάλογα με την ύπαρξη και τη μορφή των εκλυτικών παραγόντων, το οικογενειακό ιστορικό και την κλινική πορεία, το φάσμα γίνεται πραγματικά απεριόριστο. Έτσι, μερικοί άνθρωποι πέφτουν σε κατάθλιψη μετά από σαφή τραυματικά γεγονότα, ενώ άλλοι φαίνονται να βυθίζονται σε κατάθλιψη χωρίς φανερή αιτία. Μερικοί ασθενείς έχουν οικογενειακό δέντρο φορτωμένο με καταθλιπτικούς συγγενείς, ενώ άλλοι έχουν οικογενειακό ιστορικό εντελώς ελεύθερο από ψυχική ασθένεια. Άλλοι ασθενείς βιώνουν σαφώς περιγεγραμμένα επεισόδια κατάθλιψης, ενώ άλλοι παραπονούνται ότι ήταν καταθλιπτικοί σ' όλη τους τη ζωή.

2.1 ΠΑΛΙΟΤΕΡΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗΣ

Ενδογενής κατάθλιψη έναντι αντιδραστικής κατάθλιψης

Ως ενδογενής κατάθλιψη ορίζεται το σύνδρομο που θεωρείται ότι προέρχεται από μέσα από τον άρρωστο, δηλαδή ότι είναι αποτέλεσμα βιολογικών παραγόντων και ότι έχει πορεία και εξέλιξη ανεξάρτητη από περιβαλλοντικές επιδράσεις. Τα κύρια χαρακτηριστικά της ενδογενούς κατάθλιψης είναι έντονες διαταραχές του αυτόνομου νευρικού συστήματος (ύπνος, όρεξη, ενέργεια), απουσία περιβαλλοντικών εκλυτικών παραγόντων (θάνατοι, προσωπικές απώλειες) και σταθερή προνοσηρή προσωπικότητα χωρίς υποχονδρίαση, αυτολύπηση κτλ.

Η αντιδραστική κατάθλιψη, αντίθετα, αναφέρεται στο σύνδρομο εκείνο που εκλύεται από παράγοντες στο περιβάλλον του ασθενή (παρά από βιολογικούς παράγοντες). Χαρακτηριστικά της κατάθλιψης αυτής είναι η αναγνώριση εμφανών εκλυτικών γεγονότων και στρες της ζωής, η απουσία σημαντικών φυτικών διαταραχών, η διακύμανση των συμπτωμάτων ανάλογα με ψυχολογικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες και η ασταθής, «νευρωτική» προνοσηρή προσωπικότητα.

Η αξία της διάκρισης της κατάθλιψης σε ενδογενή ή αντιδραστική βρίσκεται στο ότι τονίζει τη σημασία των φυτικών σημείων, δηλαδή της διαταραχής ύπνου,

της απώλειας βάρους, της εξάντλησης και της ψυχοκινητικής επιβράδυνσης ή διέγερσης και στην έμφαση της ευνοϊκής απάντησης των συμπτωμάτων αυτών στα αντικαταθλιπτικά και την ηλεκτροσπασμοθεραπεία. Το πρόβλημα, όμως, είναι ότι πολύ λίγοι ασθενείς μπορούν να ενταχθούν στη μία ή στην άλλη κατηγορία, γιατί οι περισσότεροι αν πιεσθούν μπορούν να αναφέρουν κάποια γεγονότα που μπορεί να θεωρηθούν εκλυτικά και πολλοί έχουν και εμφανή στρεσογόνα συμβάντα και φυτικά σημεία. Επιπλέον, τα φάρμακα ή το ηλεκτροσόκ μπορεί να βοηθήσουν και τις περιπτώσεις με αναγνωρίσιμα στρεσογόνα συμβάντα, τα οποία τελικά δεν αποτελούν αντένδειξη. Έτσι, ουσιαστικά, οι περισσότεροι καταθλιπτικοί ασθενείς βρίσκονται σε κάποιο σημείο ενός συνεχούς του οποίου τα άκρα αποτελούν η ενδογενής και η αντιδραστική κατάθλιψη.

Ψυχωτική κατάθλιψη έναντι νευρωτικής κατάθλιψης

Ο όρος ψυχωτική κατάθλιψη χρησιμοποιείται αρκετά εξειδικευμένα για τη μορφή της κατάθλιψης στην οποία το άτομο έχει χάσει την ικανότητα του ελέγχου της πραγματικότητας, οπότε και παρουσιάζονται παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις ή βαθιά σύγχυση. Αδρά 20% των καταθλιπτικών ασθενών έχουν ψυχωτικά συμπτώματα. Στην καθημερινή πράξη, όμως, ο όρος χρησιμοποιείται πολύ πιο πλατιά για κάθε κατάθλιψη που παρουσιάζει έκπτωση της κοινωνικής και επαγγελματικής λειτουργικότητας, αδυναμία εκτέλεσης των βασικών καθημερινών καθηκόντων και απόσυρση από τον κόσμο - δηλαδή «βαριά» κατάθλιψη. Οι ψυχωτικές καταθλίψεις θεωρούνται ότι έχουν βιολογική βάση.

Στη νευρωτική κατάθλιψη ο έλεγχος της πραγματικότητας παραμένει ανέπαφος και σε πιο ευρεία χρήση του όρου η καθημερινή λειτουργικότητα δεν παραβλάπτεται σε σημαντικό βαθμό. Ο όρος υποδηλώνει κοινωνικοψυχολογική προέλευση της κατάθλιψης παρά βιολογική αιτιολογία.

Και αυτή η ταξινόμηση - διάκριση έχει περιορισμένη χρησιμότητα. Η εφαρμογή του όρου «ψυχωτικός» στην κατάθλιψη είναι τελικά ασαφής, γιατί μπορεί ν' αναφέρεται είτε σε συγκεκριμένα ψυχωτικά συμπτώματα είτε στη βαρύτητα του συνδρόμου. Επίσης, αν λάβει κανείς υπόψη την ευρύτητα του φάσματος της βαρύτητας των καταθλιπτικών διαταραχών, είναι μάλλον αυθαίρετο το να αποφασίσει κανείς ότι ένα άτομο έχει κατάθλιψη ψυχωτικού επιπέδου και ένα άλλο άτομο νευρωτικού.

Παρόλα αυτά, η παρουσία ή απουσία συγκεκριμένων ψυχωτικών συμπτωμάτων είναι σημαντικό στοιχείο για την κλινική εκτίμηση κάθε καταθλιπτικού ασθενή (γι' αυτό και προσδιορίζονται στην ταξινόμηση κατά DSM-IV, βλ. παρακάτω). Εκτός από τη σημασία τους για τη θεραπευτική αγωγή του ασθενή, η παρουσία ψυχωτικών συμπτωμάτων θα έπρεπε να προειδοποιήσει τον

κλινικό ιατρό για αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονίας και για σοβαρή αντιμετώπιση της απόφασης για νοσηλεία του ασθενή.

Διεγερμένη κατάθλιψη έναντι επιβραδυμένης κατάθλιψης

Η διεγερμένη κατάθλιψη είναι η μορφή της κατάθλιψης, της οποίας η κλινική εικόνα περιλαμβάνει ψυχοκινητική διέγερση - υπερβολική, μη παραγωγική - με σκοπό την ανακούφιση της έντασης δραστηριότητα, όπως στριφογύρισμα των χεριών, τράβηγμα των μαλλιών, δάγκωμα των νυχιών, βηματισμό πάνω κάτω, αναστεναγμούς, βογκητά. Διεγερμένες καταθλίψεις είναι πολύ πιο συχνές στα ηλικιωμένα άτομα (50-70 ετών) και συχνά περιλαμβάνουν ψυχωτικά συμπτώματα. Το ηλεκτροσόκ και τα αντιψυχωτικά σε συνδυασμό με τα αντικαταθλιπτικά βοηθούν στη θεραπεία τους.

Η επιβραδυμένη κατάθλιψη αναφέρεται στην κλινική εικόνα που περιλαμβάνει ψυχοκινητική επιβράδυνση - αργή, χωρίς αυθορμητισμό σκέψη και δραστηριότητα. Η παρουσία ψυχοκινητικής επιβράδυνσης θεωρείται καλό προγνωστικό σημείο για την απάντηση σε τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά.

Και αυτή η διάκριση έχει περιορισμένη χρησιμότητα γιατί πολλοί καταθλιπτικοί ασθενείς παρουσιάζουν μίγμα σημείων διέγερσης και επιβράδυνσης. Επίσης, πολλοί καταθλιπτικοί ασθενείς έχουν φυσιολογικό επίπεδο ψυχοκινητικότητας, οπότε δεν μπορούν να ενταχθούν σε καμιά από τις δύο κατηγορίες.

Πρωτοπαθής κατάθλιψη έναντι δευτεροπαθούς κατάθλιψης

Ο όρος πρωτοπαθής κατάθλιψη αναφέρεται στην κατάθλιψη της οποίας δεν προηγείται και η οποία δεν συνδυάζεται με άλλη ψυχιατρική διαταραχή - ψύχωση, νεύρωση, αλκοολισμό κτλ. Δευτεροπαθής κατάθλιψη θεωρείται η κατάθλιψη όπου από το ιστορικό ή την εξέταση αναγνωρίζεται η ύπαρξη και άλλης ψυχιατρικής διαταραχής.^{8, 9, 10}

2.2 ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΩΝ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΚΑΤΑ DSM - IV

Σύμφωνα με το DSM-IV οι Καταθλιπτικές Διαταραχές διακρίνονταν στη Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή, στη Δυσθυμική Διαταραχή και στην

Καταθλιπτική Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς, που τις περιγράφουμε αμέσως παρακάτω.¹¹

2.2.1 Μείζον Καταθλιπτική Διαταραχή

Διάγνωση

Το βασικό διαγνωστικό στοιχείο της Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής είναι μια κλινική πορεία που χαρακτηρίζεται από ένα (Μείζον Καταθλιπτική Διαταραχή, Μοναδικό Επεισόδιο) ή περισσότερα (Μείζον Καταθλιπτική Διαταραχή, Υποτροπιάζουσα) Μείζονα Καταθλιπτικά Επεισόδια (βλέπε Πίνακα 2 για τα διαγνωστικά του κριτήρια), χωρίς ιστορικό Μανιακού, Μεικτού ή Υπομανιακού Επεισοδίου. Αν επισυμβεί κάποιο Μανιακό, Μεικτό ή Υπομανιακό Επεισόδιο η διάγνωση αλλάζει σε Διπολική Διαταραχή (εκτός, βέβαια, αν υπεύθυνη για την αλλαγή της διάθεσης είναι κάποια αντικαταθλιπτική αγωγή, κάποια ουσία ή τοξίνη ή κάποια γενική ιατρική κατάσταση, οπότε η διάγνωση της Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής παραμένει και μπαίνει η επιπρόσθετη διάγνωση της Διαταραχής της Διάθεσης Προκαλούμενης από Ουσίες, Με Μανιακά ή Με Μεικτά Στοιχεία ή της Διαταραχής της Διάθεσης Οφειλόμενης σε Γενική Ιατρική Κατάσταση, Με Μανιακά ή Μεικτά Στοιχεία). Τα **διαγνωστικά κριτήρια** κατά DSM-IV της Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής (Μοναδικό Επεισόδιο ή Υποτροπιάζουσα) παρουσιάζονται στον Πίνακα 2

Πίνακας 2. Διαγνωστικά κριτήριο κατά DSM-IV για τη Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή

Μείζον Καταθλιπτική Διαταραχή, Μοναδικό Επεισόδιο

- .. Παρουσία ενός μοναδικού Μείζονος Καταθλιπτικού Επεισοδίου.
- . Το Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο δεν εξηγείται καλύτερα ως Σχιζοσυναισθηματική Διαταραχή και δεν επικάθεται σε Σχιζοφρένεια, Σχιζοφρενικόμορφη Διαταραχή, Παραληρητική Διαταραχή ή Ψυχωτική Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς.
- ! Δεν έχει υπάρξει ποτέ ένα Μανιακό Επεισόδιο, Μεικτό Επεισόδιο ή Υπομανιακό Επεισόδιο. **Σημείωση:** Ο αποκλεισμός δεν ισχύει αν όλα τα παρόμοια με μανιακό, μεικτό ή υπομανιακό επεισόδια έχουν προκληθεί από ουσία ή θεραπεία ή οφείλονται στα άμεσα φυσιολογικά αποτελέσματα μιας γενικής ιατρικής κατάστασης.

!.

Μείζον Καταθλιπτική Διαταραχή, Υποτροπιάζουσα

- .. Παρουσία δύο ή περισσότερων Μειζόνων Καταθλιπτικών Επεισοδίων. Σημείωση: Για να θεωρηθούν ξεχωριστά τα επεισόδια θα πρέπει να υπάρχει ένα μεσοδιάστημα 2 τουλάχιστον συνεχών μηνών κατά τους οποίους δεν πληρούνται τα κριτήρια για Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο.
 - . Τα Μείζονα Καταθλιπτικά Επεισόδια δεν εξηγούνται καλύτερα ως Σχιζοσυναισθηματική Διαταραχή και δεν επικάθονται σε Σχιζοφρένεια, Σχιζοφρενικόμορφη Διαταραχή, Παραληρητική Διαταραχή ή Ψυχωτική Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενης Αλλιώς.
 - ! Δεν έχει υπάρξει ποτέ ένα Μανιακό Επεισόδιο. Μεικτό Επεισόδιο ή Υπομανιακό Επεισόδιο. **Σημείωση:** Ο αποκλεισμός δεν ισχύει αν όλα τα παρόμοια με μανιακό, μεικτό ή υπομανιακό επεισόδια προκαλούνται από ουσία ή θεραπεία ή οφείλονται στα άμεσα φυσιολογικά αποτελέσματα μιας γενικής ιατρικής κατάστασης.
-

Προσδιοριστές

Όπως φαίνεται στον Πίνακα 2 η Μείζον Καταθλιπτική Διαταραχή μπορεί να προσδιορισθεί είτε με βάση το τρέχον ή το πιο πρόσφατο Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο, είτε με βάση την πορεία της.

Με βάση **το τρέχον ή το πιο πρόσφατο Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο**, η Μείζον Καταθλιπτική Διαταραχή, Μοναδικό Επεισόδιο ή Υποτροπιάζουσα μπορεί να χαρακτηριστεί / προσδιορισθεί ως:

- *Ήπια, Μέτρια, Σοβαρή Χωρίς Ψυχωτικά Στοιχεία, Σοβαρή Με Ψυχωτικά Στοιχεία, Σε Μερική Ύφεση, Σε Πλήρη Ύφεση.*
- *Χρόνια.*
- *Με Κατατονικά Στοιχεία.* Σημειώνουμε ότι η Μείζον Καταθλιπτική Διαταραχή (όπως και η Διπολική I ή II Διαταραχή) Με Κατατονικά Στοιχεία θα πρέπει να δ.δ από *Κατατονική Διαταραχή Οφειλόμενη σε Γενική Ιατρική Κατάσταση, από Σχιζοφρένεια, Κατατονικού Τύπου ή από παρενέργειες κάποιου φαρμάκου (π.χ. κάποια Κινητική Διαταραχή Προκαλούμενη από Φάρμακα).*
- *Με Μελαγχολικά Στοιχεία.* Σημειώνουμε, ότι άτομα Με Μελαγχολικά Στοιχεία είναι πιο πιθανό να έχουν απαντήσει σε αντικαταθλιπτικά φάρμακα ή σε ηλεκτροσπασμοθεραπεία στο παρελθόν και είναι πιο πιθανό ν' απαντήσουν στις θεραπείες αυτές και στο τρέχον επεισόδιο. Τα μελαγχολικά στοιχεία απαντώνται εξίσου και στα δύο φύλα, αλλά είναι συχνότερα σε πιο ηλικιωμένα άτομα. Συχνά συνοδεύονται από ψυχωτικά στοιχεία και επίσης εργαστηριακά συνδέονται συχνά

με μη καταστολή στη DST, με υπερκορτιζολαιμία, με ελάττωση της λανθάνουσας περιόδου πριν τον REM ύπνο και με άλλους βιολογικούς δείκτες της κατάθλιψης.

- *Με Άτυπα Στοιχεία.* Σημειώνουμε, ότι ως υπερυπνία ορίζεται συνολική διάρκεια ύπνου (νύχτας ή μέρας) τουλάχιστον 10 ωρών ή τουλάχιστον 2 ωρών περισσότερο απ' όταν το άτομο δεν είναι σε κατάθλιψη. Όσον αφορά την ευαισθησία στην απόρριψη, το άτομο μπορεί να φεύγει από τη δουλειά του νωρίτερα ή να χρησιμοποιεί ηρεμιστικά για ν' αντιμετωπίσει την κριτική που του γίνεται, μπορεί ν' αποφεύγει να κάνει σχέσεις ή να κάνει τρικυμιώδεις σχέσεις εξαιτίας της ευαισθησίας αυτής. Συχνά, μπορεί να συνυπάρχει Αποφευκτική Διαταραχή της Προσωπικότητας, Διαταραχή Άγχους Αποχωρισμού, Ειδική ή Κοινωνική Φοβία.
- *Με Επιλόχεια Έναρξη.* Αν και βασικά το Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο (όπως επίσης και το Μανιακό ή Μεικτό Επεισόδιο) που έχουν επιλόχεια έναρξη δεν διαφέρουν στη συμπτωματολογία από τα αντίστοιχα επεισόδια διαταραχής της διάθεσης χωρίς επιλόχεια έναρξη, εντούτοις μπορεί να χαρακτηρίζονται πιο συχνά από ευμετάβλητη διάθεση και από κυμαινόμενη κλινική πορεία. Συχνά μπορεί να υπάρχουν και ψυχωτικά στοιχεία. Όταν υπάρχουν παραληρητικές ιδέες, συχνά αφορούν το νεογέννητο (π.χ. ότι το κατέλαβε ο διάβολος, ότι έχει ειδικές δυνάμεις, ότι το περιμένει φοβερή μοίρα). Μπορεί να υπάρχει αυτοκτονικός ιδεασμός, ψυχαναγκαστικές σκέψεις για βία προς το παιδί, αδυναμία συγκέντρωσης, ψυχοκινητική διέγερση, έντονο άγχος ή Προσβολές Πανικού, αυθόρμητο κλάμα (για πολύ μετά τη συνηθισμένη διάρκεια του φυσιολογικού κλάματος που διαρκεί για 3-7 μέρες μετά τον τοκετό), έλλειψη ενδιαφέροντος προς το νεογέννητο και αϋπνία, συνήθως αρχική.

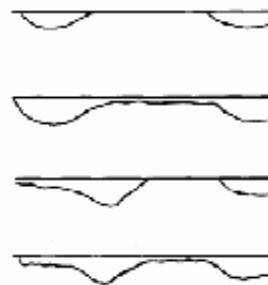
Συχνά σε επιλόχεια ψυχωτικά επεισόδια (δηλ. σε Επεισόδια Διαταραχής της Διάθεσης Με Ψυχωτικά Στοιχεία ή σε Βραχεία Ψυχωτική Διαταραχή ή σε Ψυχωτική Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς, με έναρξη μέσα σε 4 εβδομάδες μετά τον τοκετό) μπορεί να συμβεί *παιδοκτονία* με αφορμή ψευδαισθήσεις που δίνουν τέτοια εντολή ή παραληρητικές ιδέες ότι το παιδί είναι δαιμονισμένο (μπορεί όμως να συμβεί και σε σοβαρά επιλόχεια επεισόδια διαταραχής της διάθεσης χωρίς ψυχωτικά στοιχεία). Τα επιλόχεια επεισόδια πρέπει, βέβαια να διαφοροδιαγνωστούν από παραλήρημα, που μπορεί να συμβεί στην περίοδο αυτή και που χαρακτηρίζεται από διαταραχές της συνείδησης και της προσοχής.

Επιλόχεια ψυχωτικά επεισόδια είναι πιο συχνά σε γυναίκες με προηγούμενα επεισόδια διαταραχής της διάθεσης με επιλόχεια έναρξη, αλλά και σε γυναίκες με προηγούμενο ιστορικό Διαταραχής της Διάθεσης (ειδικά Διπολικής I Διαταραχής).

Με βάση την **πορεία** της η Μείζον Καταθλιπτική Διαταραχή, Υποτροπιάζουσα μπορεί να χαρακτηριστεί/προσδιορισθεί ως:

- *Με ή Χωρίς Πλήρη Ανάρρωση Ανάμεσα στα Επεισόδια.* Οι προσδιοριστές αυτοί αφορούν την περίοδο ανάμεσα στα δύο πιο πρόσφατα επεισόδια. Ο χαρακτηρισμός της πορείας γίνεται ακόμη πιο συγκεκριμένος αν σημειωθεί η παρουσία ή όχι προϋπάρχουσας Δυσθυμικής Διαταραχής. Οι παρακάτω τέσσερις γραφικές αναπαραστάσεις δείχνουν τέσσερις βασικές πορείες της Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής, Υποτροπιάζουσας:

- Υποτροπιάζουσα, με πλήρη ανάρρωση ανάμεσα στα επεισόδια, χωρίς Δυσθυμική Διαταραχή.
- Υποτροπιάζουσα, χωρίς πλήρη ανάρρωση ανάμεσα στα επεισόδια, χωρίς Δυσθυμική Διαταραχή.
- Υποτροπιάζουσα, με πλήρη ανάρρωση ανάμεσα στα επεισόδια, επικαθήμενη σε Δυσθυμική Διαταραχή.
- Υποτροπιάζουσα, χωρίς πλήρη ανάρρωση ανάμεσα στα επεισόδια, επικαθήμενη σε Δυσθυμική Διαταραχή.



Γενικά, άτομα Χωρίς Πλήρη Ανάρρωση Ανάμεσα στα Επεισόδια τείνουν να έχουν περισσότερα επεισόδια και μάλιστα χωρίς πλήρη ανάρρωση κι αυτά. Αν υπάρχει Δυσθυμική Διαταραχή πριν από το πρώτο επεισόδιο Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής, κατά πάσα πιθανότητα δεν θα υπάρξει πλήρης ανάρρωση ανάμεσα στα επεισόδια. Το σχήμα αυτό (γραφική αναπαράσταση Δ) αναφέρεται ως «διπλή κατάθλιψη» και παρατηρείται στο 20% - 25% των ατόμων με Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή. Υπολογίζεται ότι μόνο στο 3% περίπου των ατόμων με Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή και με προϋπάρχουσα Δυσθυμική Διαταραχή μπορεί να υπάρξει πλήρης ανάρρωση ανάμεσα στα επεισόδια (γραφική αναπαράσταση Γ).

- *Με Εποχιακό Σχήμα.* Σημειώνουμε, ότι το 60%-90% των ατόμων, των οποίων τα Μείζονα Καταθλιπτικά Επεισόδια έχουν εποχιακό σχήμα, είναι γυναίκες. Το εποχιακό σχήμα αφορά κυρίως φθινόπωρο ή χειμώνα. Ιδιαίτερα όσον αφορά τα χειμερινά καταθλιπτικά επεισόδια, αναφέρεται ότι μπορεί να παρουσιάζονταν σε ορισμένα άτομα χωρίς να πληρούν τα κριτήρια για Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο (και όπου, βέβαια, δεν ισχύει ο προσδιοριστής αυτός).¹²

Συνοδά συμπτώματα και σημεία. Συνοδές διαταραχές

Άτομα που βρίσκονταν σε ένα Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο συχνά παρουσιάζουν, εκτός των συμπτωμάτων που αναφέρονταν στα διαγνωστικά τους κριτήρια, και άλλα συμπτώματα (όπως ήδη αναφέραμε στα Συμπτώματα της κατάθλιψης), όπως εύκολο κλάμα, ευερεθιστότητα, νοσηρή ενασχόληση με κάθε

είδους προβλήματα, άγχος, φοβίες, υπερβολικό νιάξιμο και στενοχώρια για τη σωματική τους υγεία, διάφορους πόνους (πονοκεφάλους, 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 Αναταραχή. Υπολογίζεται ότι σε 10% - 25% των περιπτώσεων Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής προηγείται Δυσθυμική Διαταραχή και ότι κάθε χρόνο περίπου 10% των ατόμων με Δυσθυμική Διαταραχή αναπτύσσουν το πρώτο τους Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο.

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

Εργαστηριακά, ουσιαστικά, δεν υπάρχουν ευρήματα που να είναι παθολογικά για Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο. Εντούτοις, σε άτομα με Μείζονα Καταθλιπτικά Επεισόδια έχουν βρεθεί ορισμένα ευρήματα που θεωρούνταν παθολογικά σε σχέση με την ομάδα ελέγχου. Τέτοια ευρήματα είναι οι ανωμαλίες στο ηλεκτροεγκεφαλογράφημα ύπνου, τα ευρήματα από τις μετρήσεις των νευροδιαβιβαστών και των μεταβολιτών τους στο αίμα, εγκεφαλονωτιαίο υγρό ή ούρα και από τη λειτουργία των υποδοχέων τους, τα ευρήματα από τη DST, από τις νευροαπεικονιστικές τεχνικές, από τα προκλητά δυναμικά κ.α.^{11, 13}

Ορισμένα χαρακτηριστικά σχετικά με την ηλικία

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

Έτσι, σωματικά ενοχλήματα, ευερεθιστότητα και κοινωνική απόσυρση είναι πιο συχνά στα παιδιά, ενώ ψυχοκινητική επιβράδυνση, υπερυπνία και παραληρητικές ιδέες είναι λιγότερο συχνά στην προεφηβεία απ' ό τι στην εφηβεία και στην ενήλικη ζωή. Σε παιδιά προεφηβικής ηλικίας τα Μείζονα Καταθλιπτικά Επεισόδια συχνά εμφανίζονται μαζί με άλλες ψυχικές διαταραχές και ιδιαίτερα Διαταραχές Ελαττωματικής Προσοχής και Διασπαστικής Συμπεριφοράς και Αγχώδεις Διαταραχές. Σε εφήβους, τα Μείζονα Καταθλιπτικά Επεισόδια συχνά εμφανίζονται μαζί με Διαταραχές Ελαττωματικής Προσοχής και Διασπαστικής Συμπεριφοράς, με Αγχώδεις Διαταραχές, με Διαταραχές Σχετιζόμενες με Ουσίες και με Διαταραχές στην Πρόσληψη Τροφής.

Έτσι, στα προεφηβικά χρόνια μπορεί να αναπτυχθεί *άγχος αποχωρισμού* και να κάνει το παιδί να προσκολληθεί, να αρνείται να πάει στο σχολείο και να φοβάται ότι οι γονείς του θα πεθάνουν. Σε εφήβους, μπορεί να εμφανισθεί αρνητική ή καθαρά αντικοινωνική συμπεριφορά. Τάσεις φυγής από το σπίτι, αισθήματα έλλειψης κατανόησης και επιδοκιμασίας, ανησυχία, εκνευρισμός, ευερεθιστότητα και επιθετικότητα είναι συχνά, όπως και η απομάκρυνση από κοινωνικές δραστηριότητες, η απομόνωση και προβλήματα με το σχολείο. Η προσωπική εμφάνιση μπορεί να παραμεληθεί. Μπορεί να εμφανισθεί ιδιαίτερη ευαισθησία στην απόρριψη στις ετεροφυλικές σχέσεις. Μπορεί να αναπτυχθεί εξάρτηση σε ψυχοδραστικές ουσίες.

Σε ηλικιωμένα άτομα, όπως ήδη αναφέρθηκε, η έκπτωση της προσοχής, της συγκέντρωσης και η «έκπτωση της μνήμης», η εικόνα δηλαδή της ψευδοάνοιας, είναι συχνή και χρειάζεται διαφοροδιάγνωση από την Άνοια.¹⁴

Επιδημιολογία



Κίνδυνος νοσηρότητας, Επιπολασμός και Φύλο. Ο κίνδυνος εμφάνισης Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής σ' όλη τη διάρκεια της ζωής του ατόμου (επιπολασμός ζωής) είναι 10% - 25% για τις γυναίκες και 5% - 12% για τους άντρες, δηλαδή είναι διπλάσιος για τις γυναίκες. Ο επιπολασμός (σημείου) της Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής είναι 5% - 9% για τις γυναίκες και 2% - 3% για τους άντρες. Τα ποσοστά αυτά δεν φαίνεται να επηρεάζονται από την εθνικότητα, το μορφωτικό επίπεδο, την οικονομική κατάσταση ή από το αν το άτομο είναι ανύπαντρο, παντρεμένο, χωρισμένο ή σε χηρεία.

Ηλικία έναρξης. Η Μείζον Καταθλιπτική Διαταραχή μπορεί ν' αρχίσει σ' οποιαδήποτε ηλικία. Η μέση ηλικία έναρξης είναι γύρω στα 25. Είναι δύο φορές πιο συχνή σε έφηβες και ενήλικες γυναίκες απ' ό,τι σε εφήβους και ενήλικους άντρες, αλλά είναι το ίδιο συχνή σε αγόρια και κορίτσια στην προεφηβική ηλικία. Η

υψηλότερη συχνότητα και για άντρες και για γυναίκες είναι μεταξύ 25 και 44 ετών, ενώ ελαττώνεται και για τους δύο μετά τα 65.

Οικογενειακό ιστορικό. Όπως ήδη αναφέραμε, η Μείζον Καταθλιπτική Διαταραχή είναι 1,5 - 3 φορές συχνότερη στους βιολογικούς συγγενείς πρώτου βαθμού ατόμων μ' αυτήν τη διαταραχή απ' ότι στον γενικό πληθυσμό. Μελέτες έχουν δείξει, επίσης, ότι υπάρχει αυξημένος κίνδυνος για Εξάρτηση από Αλκοόλ στους ενήλικους βιολογικούς συγγενείς πρώτου βαθμού και ενδεχομένως για Διαταραχή Ελαττωματικής Προσοχής / Υπερκινητικότητας στα παιδιά, των ατόμων μ' αυτήν τη διαταραχή.^{15, 16}

Κλινική πορεία

Τα συμπτώματα ενός Μείζονος Καταθλιπτικού Επεισοδίου αναπτύσσονται συνήθως μέσα σε μια περίοδο ημερών ή εβδομάδων. Μπορεί, όμως, ν' αναπτυχθούν αρκετά ξαφνικά και απότομα, ιδιαίτερα μετά από ένα σοβαρό στρες της ζωής. Του καταθλιπτικού επεισοδίου, μερικές φορές, προηγούνται για μήνες, ηπιότερα καταθλιπτικά συμπτώματα, άγχος, φοβίες ή προσβολές πανικού.

Τα περισσότερα Μείζονα Καταθλιπτικά Επεισόδια (τα δύο τρίτα περίπου των περιπτώσεων) αυτοπεριορίζονται και έχουν καλή πρόγνωση, ακόμη και χωρίς ειδική θεραπεία. Οποσδήποτε, όμως, ειδικές σωματικές θεραπείες, όπως αντικαταθλιπτικά και ηλεκτροσόκ, ελαττώνουν την ένταση των συμπτωμάτων και επιταχύνουν την ανάρρωση. Πριν την εμφάνιση των σωματικών θεραπειών τα περισσότερα καταθλιπτικά επεισόδια διαρκούσαν έξι ως οκτώ μήνες. Με τη βοήθεια των θεραπειών αυτών τα επεισόδια διαρκούν τώρα μόνον εβδομάδες.

Στο ένα τρίτο περίπου των περιπτώσεων τα Μείζονα Καταθλιπτικά Επεισόδια υποχωρούν μερικά ή καθόλου. Τα άτομα που έχουν μερική μόνον ύφεση κινδυνεύουν περισσότερο να έχουν και άλλα επεισόδια και επίσης να συνεχίσουν το σχήμα της μερικής ανάρρωσης μεταξύ των επεισοδίων.

Έτσι, ο προσδιορισμός της Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής Με ή Χωρίς Πλήρη Ανάρρωση Μεταξύ των Επεισοδίων έχει προγνωστική σημασία.

Μελέτες έχουν δείξει ότι 1 χρόνο μετά τη διάγνωση ενός Μείζονος Καταθλιπτικού Επεισοδίου 40% των ατόμων εξακολουθούν να πληρούν τα κριτήρια για Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο (αν τα άτομα αυτά συνεχίσουν να τα πληρούν για 2 χρόνια (το 5% ως 10%), τότε η διαταραχή προσδιορίζεται ως Χρονιά), περίπου 20% βρίσκονται σε Μερική Ύφεση και 40% δεν έχουν πια καθόλου συμπτώματα. Όσο πιο βαρύ το αρχικό Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο τόσο είναι πιο επίμονο. Χρόνιες γενικές ιατρικές καταστάσεις επίσης αποτελούν παράγοντα κινδύνου για περισσότερα επίμονα επεισόδια. Άτομα με προϋπάρχουσα Δυσθυμική Διαταραχή πριν από το πρώτο τους Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο είναι πιο

πιθανό να έχουν κι άλλα επεισόδια, να έχουν φτωχότερη ανάρρωση ανάμεσα στα επεισόδια και μπορεί να χρειαστούν επιπρόσθετη θεραπεία κατά τη διάρκεια του επεισοδίου και πιο μακρόχρονη θεραπεία για να πετύχουν και να διατηρήσουν φυσιολογική διάθεση.

Όπως αναφέραμε παραπάνω, Μείζονα Καταθλιπτικά Επεισόδια μπορεί να συμβούν μετά από ψυχοκοινωνικά στρες, όπως θάνατοι, χωρισμοί, διαζύγια. Ο τοκετός επίσης, μπορεί να προκαλέσει Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο (προσδιορισμός: Με Επιλόχεια Έναρξη). Χρόνιες γενικές ιατρικές καταστάσεις και Εξάρτηση από Ουσίες, ιδιαίτερα από Αλκοόλ ή Κοκαΐνη, μπορεί να συμβάλουν στην πρόκληση Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής. Σ' ένα σημαντικό αριθμό γυναικών τα συμπτώματα ενός Μείζονος Καταθλιπτικού Επεισοδίου χειροτερεύουν μερικές μέρες πριν την εμμηνορρυσία.

Η πορεία τώρα της Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής, Υποτροπιάζουσας ποικίλλει. Ορισμένα άτομα έχουν μεμονωμένα επεισόδια κι ανάμεσα τους πολλά χρόνια χωρίς καταθλιπτικά συμπτώματα, άλλοι έχουν αλληπάλληλα επεισόδια και άλλοι συνεχώς και περισσότερα επεισόδια καθώς προχωρά η ηλικία τους. Ο αριθμός των προηγούμενων επεισοδίων προλέγει την πιθανότητα για επόμενο επεισόδιο. Περίπου το 50% ως 60% των ατόμων με Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή, Μοναδικό Επεισόδιο αναμένεται να έχουν ένα δεύτερο επεισόδιο. Το ποσοστό αυτό γίνεται 70% (να έχουν τρίτο) αν έχουν δεύτερο και 90% (να έχουν τέταρτο) αν έχουν τρίτο. Περίπου 5% ως 10% των ατόμων με Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή, Μοναδικό Επεισόδιο αναπτύσσουν αργότερα Μανιακό Επεισόδιο, (και το ποσοστό ανεβαίνει στο 10%-15%, αν τα καταθλιπτικά επεισόδια υποτροπιάζουν). Η πιθανότητα για ανάπτυξη Διπολικής Διαταραχής σε ένα νέο άτομο με Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή φαίνεται ν' αυξάνει όσο πιο οξεία είναι η έναρξη της κατάθλιψης, ιδιαίτερα αν συνυπάρχουν ψυχωτικά στοιχεία, ψυχοκινητική επιβράδυνση και έλλειψη προεφηβικής ψυχοπαθολογίας, καθώς επίσης και εφόσον υπάρχει οικογενειακό ιστορικό Διπολικής Διαταραχής.¹⁷

Επιπλοκές

Άτομα με Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή, ιδιαίτερα Υποτροπιάζουσα, μπορεί να παρουσιάζουν ελαττωμένη ενέργεια και ενεργητικότητα, φτωχή συγκέντρωση, έλλειψη ενδιαφέροντος, φτωχή απόδοση στην εργασία ή στο σχολείο, δυσκολίες στις διαπροσωπικές σχέσεις και στις κοινωνικές συναναστροφές. Η απάθεια και οι σεξουαλικές δυσκολίες (π.χ. ανοργασμία στις

γυναίκες, διαταραχή της στύσης στους άντρες) οδηγούν σε ένταση στη συζυγική ζωή. Σαν αποτέλεσμα των παραπάνω μπορεί να υπάρξουν συζυγικά προβλήματα (π.χ. διαζύγιο), εργασιακά προβλήματα (π.χ. απώλεια της δουλειάς), σχολικά προβλήματα (π.χ. σκασιαρχείο, αποτυχίες στα μαθήματα), κατάχρηση αλκοόλ και άλλων ουσιών ή αυξημένη χρήση των ιατρικών υπηρεσιών. Μπορεί, επίσης, να υπάρξει μια αύξηση της συχνότητας πρόωρου θανάτου από γενικές ιατρικές καταστάσεις.

Η πιο σοβαρή, όμως, επιπλοκή είναι η **αυτοκτονία**. Ο κίνδυνος για αυτοκτονία είναι ιδιαίτερα υψηλός σε άτομα με ψυχωτικά στοιχεία, με ιστορικό προηγούμενων αποπειρών, με οικογενειακό ιστορικό πετυχημένων αυτοκτονιών, με ταυτόχρονη χρήση ουσιών, που ζουν μόνο τους ή είναι διαζευγμένα ή χωρισμένα και που έχουν προετοιμάσει ένα (λεπτομερειακό) σχέδιο αυτοκτονίας.

Η Μείζον Καταθλιπτική Διαταραχή έχει υψηλή θνησιμότητα. Μέχρι και 15% των ατόμων με σοβαρή Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή πεθαίνουν αυτοκτονώντας. Μελέτες έχουν δείξει ότι ο κίνδυνος αυτοκτονίας μεγαλώνει με την ηλικία και φθάνει στο τετραπλάσιο σε άτομα πάνω από 55 ετών. Υπολογίζεται ότι ο κίνδυνος αυτοκτονίας σε άτομα με διαταραχές της διάθεσης γενικά είναι 30 φορές μεγαλύτερος απ' ότι στον γενικό πληθυσμό.^{17,18}

Διαφορική διάγνωση

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

Διαταραχή της Διάθεσης Οφειλόμενη σε Γενική Ιατρική Κατάσταση. Τα Μείζονα Καταθλιπτικά Επεισόδια της Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής θα διαφοροδιαγνωστούν από αυτήν τη διαταραχή με βάση το ότι σ' αυτήν η διαταραχή της διάθεσης κρίνεται ότι είναι η άμεση φυσιολογική συνέπεια μιας συγκεκριμένης γενικής ιατρικής κατάστασης (π.χ. πολλαπλή σκλήρυνση, εγκεφαλικό επεισόδιο, υποθυρεοειδισμός). Για την απόφαση αυτή απαραίτητο είναι το προσεκτικό ιστορικό, οι εργαστηριακές εξετάσεις και η φυσική εξέταση.

Καλό, λοιπόν, είναι η κλινική διερεύνηση του καταθλιπτικού ασθενή να περιλαμβάνει ορισμένες εξετάσεις ρουτίνας, που παρουσιάζονται στον Πίνακα 3, καθώς και επιπρόσθετες εξετάσεις αν το ιστορικό ή η κλινική εικόνα του ασθενή προτείνουν κάποια συγκεκριμένη γενική ιατρική κατάσταση.

Πίνακας 3. *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, κ.ά.)

Νευροψυχολογικές δοκιμασίες

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

Διαταραχή της Διάθεσης Προκαλούμενη από Ουσίες. Η διαταραχή αυτή διακρίνεται από Μείζονα Καταθλιπτικά Επεισόδια της Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής από το γεγονός ότι κάποια ουσία (π.χ. ουσία κατάχρησης, φάρμακο, τοξίνη) θεωρείται ότι σχετίζεται αιτιολογικά με τη διαταραχή της διάθεσης. Η απόφαση αυτή θα βασισθεί στο ιστορικό, στη φυσική εξέταση και στα εργαστηριακά ευρήματα.

Έτσι, για παράδειγμα καταθλιπτική διάθεση που συμβαίνει μόνο κατά το στερητικό σύνδρομο από κοκαΐνη θα διαγνωσθεί ως Διαταραχή της Διάθεσης Προκαλούμενη από Κοκαΐνη, Με Καταθλιπτικά Στοιχεία, Με Έναρξη Κατά τη Διάρκεια Στερητικού Συνδρόμου.

Άνοια. Σε ηλικιωμένα άτομα, πολλές φορές, είναι δύσκολη η διαφορική διάγνωση του κατά πόσο τα γνωστικά συμπτώματα - δυσκολία στη συγκέντρωση, παράπονα για απώλεια της μνήμης, απάθεια, αποπροσανατολισμός κτλ. -

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

Μανιακά Επεισόδια με ευερέθιστη διάθεση ή Μεικτά Επεισόδια. Αυτά θα διαφοροδιαγνωστούν από Μείζονα Καταθλιπτικά Επεισόδια με προεξάρχουσα ευερέθιστη διάθεση με την προσεκτική εκτίμηση της παρουσίας μανιακών συμπτωμάτων. Αν, βέβαια, τα κριτήρια πληρούνται και για Μανιακό Επεισόδιο και για Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο (εκτός από τη διάρκεια των 2 εβδομάδων) σχεδόν κάθε μέρα, για περίοδο τουλάχιστον 1 εβδομάδας, τότε αυτό το επεισόδιο είναι ένα Μεικτό Επεισόδιο. Έτσι, η Μείζον Καταθλιπτική Διαταραχή θα διαφοροδιαγνωστεί από τη **Διπολική I Διαταραχή** με βάση την ύπαρξη ή όχι στο ιστορικό Μανιακού ή Μεικτού Επεισοδίου. Από τη **Διπολική II Διαταραχή**, πάλι, από την ύπαρξη ή όχι στο ιστορικό **Υπομανιακού Επεισοδίου**.^{19, 20}

Δυσθυμική Διαταραχή. Η διαφορική διάγνωση αυτή θα γίνει με βάση τη βαρύτητα, τη χρονιότητα και την επιμονή της διαταραχής και είναι οπωσδήποτε δύσκολη καθώς τα συμπτώματα στις δύο διαταραχές είναι παρόμοια και δεν μπορούν ν' αξιολογηθούν με ακρίβεια αναδρομικά. Πέρα, λοιπόν, από το ότι η καταθλιπτική διάθεση στο Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο της Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής πρέπει να είναι παρούσα για το μεγαλύτερο μέρος της μέρας, σχεδόν κάθε μέρα, για μια περίοδο τουλάχιστον 2 εβδομάδων, ενώ στη Δυσθυμική Διαταραχή για τις περισσότερες μέρες, για τουλάχιστον 2 χρόνια, συνήθως στο ιστορικό η Μείζον Καταθλιπτική Διαταραχή θα χαρακτηρίζεται από ένα ή περισσότερα διακριτά Μείζονα Καταθλιπτικά Επεισόδια που ξεχωρίζουν από τη «συνηθισμένη» λειτουργικότητα του ατόμου, ενώ η Δυσθυμική Διαταραχή θα

χαρακτηρίζεται από χρόνια, λιγότερο σοβαρά καταθλιπτικά συμπτώματα, που είναι παρόντα για πολλά χρόνια.

Αν, τώρα, βέβαια, η αρχική έναρξη των χρόνιων καταθλιπτικών συμπτωμάτων είναι αρκετά σοβαρή ώστε να πληροί τα κριτήρια για Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο, η διάγνωση θα είναι Μείζον Καταθλιπτική Διαταραχή, Χρονιά (αν πληρούνται ακόμα τα κριτήρια για 2 τουλάχιστον χρόνια) ή Μείζον Καταθλιπτική Διαταραχή, Σε Μερική Ύφεση (αν δεν πληρούνται πια τα κριτήρια). Η διάγνωση της Δυσθυμικής Διαταραχής μπορεί να μπει μετά τη διάγνωση της Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής μόνον αν: α) η Δυσθυμική Διαταραχή είχε εγκατασταθεί πριν από το πρώτο Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο (δηλ. δεν υπήρξαν Μείζονα Καταθλιπτικά Επεισόδια κατά τη διάρκεια των 2 πρώτων χρόνων των δυσθυμικών συμπτωμάτων) ή β) υπήρξε πλήρης ύφεση του Μείζονος Καταθλιπτικού Επεισοδίου (δηλ. που να διαρκεί 2 τουλάχιστον μήνες) πριν την έναρξη της Δυσθυμικής Διαταραχής. Η περίπτωση α) είναι αυτή που λέγεται και «διπλή κατάθλιψη». Αν, τώρα, υπήρξε πλήρης ύφεση του Μείζονος Καταθλιπτικού Επεισοδίου που επικάθισε στη Δυσθυμική Διαταραχή (της περίπτωσης α) η διάγνωση είναι (όπως και στην περίπτωση β) μόνον Δυσθυμική Διαταραχή (και μπορεί να σημειωθεί στο ιστορικό και Μείζον Καταθλιπτική Διαταραχή, Προηγούμενο Ιστορικό).¹⁵

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

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

Διαταραχή Ελαττωματικής Προσοχής / Υπερκινητικότητας. Καθώς η διαταραχή της προσοχής και η χαμηλή ανοχή στη στέρηση συμβαίνουν και σ' αυτήν τη διαταραχή και στη Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή, μπορεί να μπου και οι δύο διαγνώσεις, αν πληρούνται τα κριτήρια και για τις δύο διαταραχές. Χρειάζεται πάντως προσοχή να μη διαγνωσθεί εύκολα και Μείζον Καταθλιπτική Διαταραχή σε παιδιά με Διαταραχή Ελαττωματικής Προσοχής / Υπερκινητικότητας, στα οποία η

διαταραχή της διάθεσης χαρακτηρίζεται από ευερεθιστότητα μάλλον παρά από θλίψη ή απώλεια του ενδιαφέροντος.

Διαταραχή της Προσαρμογής Με Καταθλιπτική Διάθεση. Η διαταραχή αυτή θα διαφοροδιαγνωστεί από ένα Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο που συμβαίνει σαν απάντηση σε ένα ψυχοκοινωνικό στρες από το ότι δεν συμπληρώνονται σ' αυτήν τα πλήρη κριτήρια για Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο.

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

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

Καταθλιπτική Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς. Η διάγνωση αυτή θα μπει όταν υπάρχει καταθλιπτική διάθεση μαζί με κλινικά σημαντική έκπτωση, που όμως δεν πληρούν τα κριτήρια της διάρκειας ή της βαρύτητας του Μείζονος Καταθλιπτικού Επεισοδίου.^{14, 16}

2.2.2 ΔΥΣΘΥΜΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

Διάγνωση

Το βασικό χαρακτηριστικό της Δυσθυμικής Διαταραχής είναι μία χρόνια καταθλιπτική διάθεση, που το άτομο την έχει το μεγαλύτερο μέρος της μέρας, τις περισσότερες μέρες, για τουλάχιστον 2 χρόνια.

Τα διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM-IV της Δυσθυμικής Διαταραχής παρουσιάζονται στον Πίνακα 4.

Πίνακας 4. Διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM-IV της Δυσθυμικής Διαταραχής

A. Καταθλιπτική διάθεση στο μεγαλύτερο μέρος της μέρας, τις περισσότερες μέρες, όπως φαίνεται είτε από υποκειμενική εκτίμηση είτε σύμφωνα με παρατήρηση άλλων, τουλάχιστον για 2 χρόνια. Σημείωση: Σε παιδιά και εφήβους η διάθεση μπορεί να είναι ευερέθιστη και η διάρκεια πρέπει να είναι τουλάχιστον για 1 χρόνο.

B. Παρουσία, όταν το άτομο είναι σε κατάθλιψη, δύο (ή περισσότερων) από τα παρακάτω:

- (1) ελαττωμένη όρεξη ή υπερφαγία
- (2) αϋπνία ή υπερυπνία
- (3) ελαττωμένη ενέργεια/ενεργητικότητα ή κόπωση
- (4) χαμηλή αυτοεκτίμηση
- (5) ελαττωμένη ικανότητα για συγκέντρωση ή δυσκολία για λήψη αποφάσεων
- (6) αισθήματα έλλειψης ελπίδας

C. Κατά τη διάρκεια της περιόδου των 2 χρόνων (1 χρόνου για παιδιά ή εφήβους) της διαταραχής, ποτέ το άτομο δεν ήταν ελεύθερο συμπτωμάτων των κριτηρίων A και B για διάστημα περισσότερο από 2 μήνες κάθε φορά.

D. Κατά τη διάρκεια των 2 πρώτων χρόνων της διαταραχής (1 χρόνου για παιδιά και εφήβους) δεν ήταν παρόν Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο, δηλαδή η διαταραχή δεν εξηγείται καλύτερα ως χρόνια Μείζον Καταθλιπτική Διαταραχή ή Μείζον Καταθλιπτική Διαταραχή, σε Μερική Ύφεση.

E. Δεν έχει υπάρξει ποτέ ένα Μανιακό Επεισόδιο, Μεικτό Επεισόδιο ή Υπομανιακό Επεισόδιο και δεν έχουν ποτέ (συμπληρωθεί τα κριτήρια για Κυκλοθυμική Διαταραχή).

F. Η διαταραχή δεν συμβαίνει αποκλειστικά και μόνον κατά τη διάρκεια της πορείας μιας χρόνιας Ψυχωτικής Διαταραχής όπως η Σχιζοφρένεια ή η Παραληρητική Διαταραχή.

G. Τα συμπτώματα δεν οφείλονται στα άμεσα φυσιολογικά αποτελέσματα της δράσης μιας ουσίας (π. χ. ουσία κατάχρησης, φάρμακο) ή μιας γενικής ιατρικής κατάστασης (π. χ. υποθυρεοειδισμός).

H. Τα συμπτώματα προκαλούν κλινικά σημαντική υποκειμενική ενόχληση ή έκπτωση στον κοινωνικό, επαγγελματικό ή σ' άλλους σημαντικούς τομείς της λειτουργικότητας

Όπως φαίνεται και στη σημείωση του κριτηρίου D, διαγνωστικά, ύστερα από τα αρχικά 2 χρόνια της Δυσθυμικής Διαταραχής μπορεί να επικαθίσουν Μείζονα Καταθλιπτικά Επεισόδια. Στην περίπτωση αυτή δίνεται διπλή διάγνωση («διπλή κατάθλιψη») δηλ. Μείζον Καταθλιπτική Διαταραχή και Δυσθυμική Διαταραχή. Αν το άτομο ξαναγυρίσει στη δυσθυμική του κατάσταση (δηλ. δεν υπάρχουν πια

κριτήρια για Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο, αλλά επιμένουν τα δυσθυμικά συμπτώματα), τότε μπαίνει η διάγνωση μόνο της Δυσθυμικής Διαταραχής [βλ. σχετικά και Προσδιοριστές Πορείας, καθώς και Διαφορική διάγνωση (από Δυσθυμική Διαταραχή) της Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής].

Σημειώνουμε, επίσης, ότι όπως φαίνεται στο κριτήριο G, η διάγνωση Δυσθυμική Διαταραχή δεν μπαίνει, αν τα δυσθυμικά συμπτώματα οφείλονται στα άμεσα φυσιολογικά αποτελέσματα μιας ουσίας, όπως π.χ. αλκοόλ ή αντιυπερτασικά φάρμακα ή μιας γενικής ιατρικής κατάστασης, όπως π.χ. υποθυρεοειδισμός, νόσος του Alzheimer, πολλαπλή σκλήρυνση κ.ά.

Άτομα με έναρξη της διαταραχής πριν τα 21 είναι πιο πιθανό ν' αναπτύξουν αργότερα Μείζονα Καταθλιπτικά Επεισόδια.

Συνοδά συμπτώματα και σημεία. Συνοδές διαταραχές

Τα συμπτώματα της Δυσθυμικής Διαταραχής τα συνοδεύουν αισθήματα ανεπάρκειας, γενικευμένη απώλεια των ενδιαφερόντων ή της ευχαρίστησης, κοινωνική απόσυρση, αισθήματα ενοχής ή νοσηρή ενασχόληση με το παρελθόν, ευερεθιστότητα ή θυμός και ελαττωμένη δραστηριότητα, παραγωγικότητα και αποτελεσματικότητα. Φυτικά συμπτώματα μπορεί να υπάρχουν, αλλά είναι λιγότερο συχνά από ότι σε άτομα με Μείζονα Καταθλιπτικά Επεισόδια.

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

Εργαστηριακά, σε μερικά άτομα και ιδιαίτερα σ' αυτά με θετικό οικογενειακό ιστορικό για Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή, μπορεί να βρεθούν στο ηλεκτροεγκεφαλογράφημα ύπνου ορισμένα από τα στοιχεία που ανευρίσκονται στα άτομα με Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο (τα άτομα αυτά, επίσης, απαντούν καλύτερα στην αντικαταθλιπτική αγωγή).

Επιδημιολογικά στοιχεία και Χαρακτηριστικά σχετικά με την ηλικία

Ο επιπολασμός ζωής της Δυσθυμικής Διαταραχής (με ή όχι επικαθήμενη Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή) είναι περίπου 6%. Ο επιπολασμός (σημείου) είναι περίπου 3%. Στα παιδιά, η Δυσθυμική Διαταραχή απαντάται εξίσου και στα δύο φύλα και είναι υπεύθυνη για έκπτωση στη σχολική απόδοση και στις

κοινωνικές συναναστροφές. Παιδιά και έφηβοι με Δυσθυμική Διαταραχή είναι συνήθως ευερέθιστοι και ταυτόχρονα καταθλιπτικοί, με χαμηλή αυτοεκτίμηση, απαισιοδοξία και έκπτωση στις κοινωνικές δεξιότητες. Στους ενήλικους, οι γυναίκες είναι δύο με τρεις φορές πιθανότερο ν' αναπτύξουν Δυσθυμική Διαταραχή απ' ότι οι άντρες.

Η Δυσθυμική Διαταραχή είναι πιο συχνή στους βιολογικούς συγγενείς πρώτου βαθμού ατόμων με Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή, απ' ότι στον γενικό πληθυσμό.

Κλινική πορεία

Η Δυσθυμική Διαταραχή συχνά αρχίζει νωρίς και ύπουλα, δηλαδή στην παιδική ηλικία, στην εφηβεία ή στην αρχή της ενήλικης ζωής. Η πορεία της είναι χρόνια και συχνά σ' αυτήν επικάθεται Μείζον Καταθλιπτική Διαταραχή, που είναι και η αιτία που συνήθως ο ασθενής θα ζητήσει θεραπεία.

Εάν η Δυσθυμική Διαταραχή προηγείται της έναρξης της Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής, υπάρχει μικρότερη πιθανότητα να συμβεί πλήρης ανάρρωση ανάμεσα στα Μείζονα Καταθλιπτικά Επεισόδια και μεγαλύτερη πιθανότητα για πιο συχνά επεισόδια.

Διαφορική διάγνωση

Η βασική διαφοροδιάγνωση της Δυσθυμικής Διαταραχής θα γίνει από τη Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή με το σκεπτικό που ήδη έχει αναφερθεί στη διαφορική διάγνωση της διαταραχής αυτής. Όσον αφορά τις Χρόνιες Ψυχωτικές Διαταραχές (π.χ. Σχιζοσυναισθηματική Διαταραχή, Σχιζοφρένεια, Παραληρητική Διαταραχή), που μπορεί να συνοδεύονται από καταθλιπτικά συμπτώματα, δεν δίνεται ξεχωριστή διάγνωση Δυσθυμικής Διαταραχής, εφόσον τα συμπτώματα της κατάθλιψης υπάρχουν μόνον κατά την πορεία της ψυχωτικής διαταραχής (συμπεριλαμβανομένων και των υπολειμματικών φάσεων). Η Δυσθυμική Διαταραχή θα διαφοροδιαγνωστεί από τη Διαταραχή της Διάθεσης Οφειλόμενη σε Γενική Ιατρική Κατάσταση και από τη Διαταραχή της Διάθεσης Προκαλούμενη από Ουσίες από την ανεύρεση κάποιας γενικής ιατρικής κατάστασης ή κάποιας ουσίας που με φυσιολογικό μηχανισμό προκαλούν την κατάθλιψη. Αν, βέβαια, υπάρχει μόνο ψυχολογική σχέση ή καθόλου σχέση της Δυσθυμικής Διαταραχής με κάποια χρόνια γενική ιατρική κατάσταση, τότε μπαίνει η διάγνωση Δυσθυμική Διαταραχή στον Άξονα I και η διάγνωση της γενικής ιατρικής κατάστασης στον Άξονα III.

Συχνά, συνυπάρχει, όπως ήδη αναφέραμε, και κάποια Διαταραχή της Προσωπικότητας τότε μπαίνουν και οι δύο διαγνώσεις.^{5,7}

2.2.3 Καταθλιπτική διαταραχή μη προσδιοριζόμενη αλλιώς

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

Παραδείγματα της Καταθλιπτικής Διαταραχής Μη Προσδιοριζόμενης Αλλιώς είναι τα παρακάτω:

1. *Προεμμηνορρυσιακή δυσφορική διαταραχή*: κατά τη διάρκεια του προηγούμενου χρόνου, στους περισσότερους εμμηνορρυσιακούς κύκλους, συστηματικά υπήρξαν συμπτώματα (π.χ. έντονη καταθλιπτική διάθεση, έντονο άγχος, έντονη συναισθηματική ευμεταβλητότητα, ελαττωμένο ενδιαφέρον για δραστηριότητες) κατά τη διάρκεια της τελευταίας εβδομάδας της ωχρινικής φάσης (και υποχώρησαν μέσα σε λίγες μέρες μετά την έναρξη της εμμηνορρυσίας). Τα συμπτώματα αυτά πρέπει να είναι αρκετά σοβαρά, ώστε να παρεμποδίζουν έντονα την εργασία, το σχολείο ή τις συνηθισμένες δραστηριότητες και να είναι παντελώς απόντα για 1 τουλάχιστον εβδομάδα μετά την εμμηνορρυσία.
2. *Ελάσσων καταθλιπτική διαταραχή*: επεισόδια τουλάχιστον 2 εβδομάδων με καταθλιπτικά συμπτώματα, αλλά με λιγότερα από πέντε από αυτά που απαιτούνται για τη διάγνωση Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής (δηλαδή Μείζονος Καταθλιπτικού Επεισοδίου).
3. *Υποτροπιάζουσα βραχεία καταθλιπτική διαταραχή*: καταθλιπτικά επεισόδια που διαρκούν από 2 μέρες μέχρι 2 εβδομάδες, που συμβαίνουν τουλάχιστον μια φορά τον μήνα για 12 μήνες (που δεν συνδέονται με τον εμμηνορρυσιακό κύκλο).
4. *Μεταψυχωτική καταθλιπτική διαταραχή της Σχιζοφρένειας*: ένα Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο που συμβαίνει κατά τη διάρκεια της υπολειμματικής φάσης της Σχιζοφρένειας.
5. Ένα Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο επικαθήμενο σε Παραληρητική Διαταραχή, σε Ψυχωτική Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς ή στην ενεργό φάση της Σχιζοφρένειας.
6. Καταστάσεις στις οποίες ο κλινικός έχει καταλήξει στο ότι κάποια καταθλιπτική διαταραχή είναι παρούσα, αλλά δεν μπορεί να προσδιορίσει αν είναι

πρωτοπαθής, οφειλόμενη σε γενική ιατρική κατάσταση ή προκαλούμενη από ουσίες. 8

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΩΝ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

Κατ' αρχήν, θα πρέπει να αναφέρω ότι οι εφαρμοζόμενες σήμερα θεραπευτικές τεχνικές στην κατάθλιψη έχουν αποδειχτεί αποτελεσματικές σε ικανοποιητικό βαθμό και γενικά ότι η πρόγνωση της κατάθλιψης είναι καλή. Η κατάθλιψη είναι η μόνη ψυχική διαταραχή που μπορεί να θεραπευτεί με επιτυχία πλήρως, εάν διαγνωσθεί νωρίς και εφαρμοσθεί άμεσα θεραπευτική αγωγή.

Το φάσμα των θεραπευτικών προσεγγίσεων είναι βέβαια μεγάλο και περιλαμβάνει και *σωματικές* και *ψυχοθεραπευτικές* μεθόδους. Αυτό που έχει σημασία είναι και πάλι ότι ο κλινικός θα πρέπει να είναι έτοιμος να χρησιμοποιήσει κατάλληλο συνδυασμό μεθόδων σωματικών και / ή ψυχοθεραπευτικών ανάλογα με τις ανάγκες του ασθενή.

3.1 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΕΠΕΙΓΟΥΣΩΝ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΩΝ

Το πρώτο μέλημα του κλινικού είναι οι επείγουσες καταστάσεις. Η *αυτοκτονία* αποτελεί οπωσδήποτε τον μεγαλύτερο κίνδυνο για τα καταθλιπτικά άτομα και γι' αυτό θα πρέπει να εκτιμάται η πιθανότητα αυτοκτονίας σε κάθε άτομο που παρουσιάζει κατάθλιψη. Άλλωστε, τα άτομα με διαταραχές της διάθεσης αποτελούν την κατ' εξοχήν ομάδα πληθυσμού που αυτοκτονεί. Σκέψεις ή απόπειρες αυτοκτονίας μπορεί να είναι φανερές ή συγκαλυμμένες και έμμεσες π.χ. κατάχρηση ψυχοδραστικών ουσιών, επικίνδυνο οδήγημα κτλ.

Στην κατάθλιψη μπορεί να υπάρξει και κίνδυνος *ανθρωποκτονίας* που δεν πρέπει να διαφύγει της προσοχής. Ο κίνδυνος αυτός συνδέεται κυρίως με ψυχωτική κατάθλιψη - με παραληρητικές ιδέες όπως π.χ. «τα παιδιά θα είναι καλύτερα αν πεθάνουν».

Οξεία ψυχωτική κατάθλιψη όπως και η *άρνηση λήψης τροφής* ή *πλήρης ανορεξία* με τη συνεπακόλουθη απίσχνανση και εξάντληση, επίσης αποτελούν επείγουσες καταστάσεις, που πρέπει να αντιμετωπισθούν με νοσηλεία.

Γενικότερα οι *ενδείξεις νοσηλείας* ενός καταθλιπτικού ασθενή είναι:

- Σοβαρός κίνδυνος αυτοκτονίας
- Σοβαρός κίνδυνος ανθρωποκτονίας

- Απώλεια της ικανότητας για φροντίδα του εαυτού 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 ^{10, 12}

3.2 ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ

Τόσο τα φάρμακα όσο και το ηλεκτροσόκ είναι χρήσιμα και αποτελεσματικά στη θεραπεία των Καταθλιπτικών Διαταραχών - κυρίως της Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής και ιδιαίτερα αν υπάρχουν ψυχωτικά στοιχεία και / ή σωματικά (φυτικά) συμπτώματα.

Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία των οξέων καταθλιπτικών επεισοδίων, την ανακούφιση των πιο χρόνιων καταθλιπτικών συμπτωμάτων και την πρόληψη υποτροπιαζόντων καταθλιπτικών επεισοδίων. Τα παλιότερα και πιο διαδεδομένα είναι τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά. Άλλα αντικαταθλιπτικά φάρμακα είναι οι αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης (ΜΑΟ) και νεότερα αντικαταθλιπτικά όπως π.χ. οι εκλεκτικοί αναστολείς της επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (ΕΑΕΣ).

Ο μηχανισμός δράσης των αντικαταθλιπτικών βασίζεται στην ικανότητα τους να ενδυναμώνουν τη δράση της νορεπινεφρίνης και σεροτονίνης στον εγκέφαλο. Μελέτες με τα **τρικυκλικά** φάρμακα έχουν δείξει ότι μεταξύ 50% και 85% των ασθενών με μονοπολική κατάθλιψη βελτιώνονται ύστερα από θεραπεία με αυτά. Ορισμένα χαρακτηριστικά θεωρούνται ότι προλέγουν καλή απάντηση στη θεραπεία με αντικαταθλιπτικά (και ταυτόχρονα αποτελούν και ενδείξεις για τη χορήγηση τους). Τέτοια είναι: η παρουσία φυτικών συμπτωμάτων όπως αϋπνία, απώλεια βάρους, ψυχοκινητική επιβράδυνση, η ύπαρξη μελαγχολικών στοιχείων (προσδιοριστής Με Μελαγχολικά Στοιχεία), ιστορικό προηγούμενων καταθλιπτικών επεισοδίων (ιδιαίτερα αν απάντησαν καλά στα αντικαταθλιπτικά φάρμακα), σοβαρή έκπτωση της λειτουργικότητας από την κατάθλιψη, σχετικά οξεία έναρξη των συμπτωμάτων, οικογενειακό ιστορικό διαταραχής της διάθεσης κ.ά.

Τα νεότερα αντικαταθλιπτικά και ιδιαίτερα **οι εκλεκτικοί αναστολείς της επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (ΕΑΕΣ)** έχουν αποδείξει ότι είναι

αποτελεσματικά, καλώς ανεκτά και ασφαλή σε υπερβολική δόση. Έτσι, μαζί με τα τρικυκλικά και οι ΕΑΕΣ θεωρούνται πια φάρμακα πρώτης γραμμής για την κατάθλιψη.

Όσον αφορά τους **αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης (ΜΑΟ)**, είναι κατά κάποιο τρόπο η δεύτερη γραμμή επίθεσης στην κατάθλιψη, γιατί είναι λιγότερο αποτελεσματικά φάρμακα και με σοβαρότερες παρενέργειες από τα τρικυκλικά ή τους ΕΑΕΣ. Είναι χρήσιμα φάρμακα, όμως, για τις περιπτώσεις εκείνες που η κατάθλιψη έχει άτυπα συμπτώματα, δεν απαντά στα τρικυκλικά ή στους ΕΑΕΣ ή υπάρχουν αντενδείξεις στη χρησιμοποίηση των τρικυκλικών.

Το ηλεκτροσόκ κυρίως ενδείκνυται στις περιπτώσεις εκείνες που η κατάθλιψη είναι τόσο βαριά ώστε να κινδυνεύει η ζωή του αρρώστου και που η ταχεία βελτίωση είναι αναγκαία (π.χ. πολύ σοβαρός κίνδυνος αυτοκτονίας, «κατατονική» κατάθλιψη) ή σε περιπτώσεις που αντενδείκνυται η χορήγηση αντικαταθλιπτικών (καρδιαγγειακή νόσος, εγκυμοσύνη).

Αν και εφαρμόζονται διάφορα σχήματα, συνήθως χορηγούνται 6 ως 10 συνεδρίες με ρυθμό 3 ή 4 συνεδριών την εβδομάδα. Η απάντηση συνήθως είναι ταχεία - μέσα σε μέρες παρά σε εβδομάδες. Μετά τη χορήγηση ηλεκτροσόκ, οι ασθενείς χρειάζονται θεραπεία συντήρησης με αντικαταθλιπτικά φάρμακα.

Πρέπει να αναφερθεί ότι γενικά αρχίζουμε τη θεραπεία με κάποιο τρικυκλικό αντικαταθλιπτικό ή κάποιον ΕΑΕΣ και αν δεν υπάρξει απάντηση μέσα σε 6-8 εβδομάδες χρησιμοποιούμε κάποιο άλλο τρικυκλικό ή ΕΑΕΣ (με διαφορετικό χημικό προφίλ όσον αφορά την επίδραση του στη νορεπινεφρίνη, σεροτονίνη αλλά και στην ακετυλχολίνη), έναν αναστολέα της ΜΑΟ, ένα άλλο νεότερο αντικαταθλιπτικό ή ηλεκτροσόκ (ή ενίσχυση με λίθιο της δράσης του τρικυκλικού). Όσον αφορά την επιλογή του κατάλληλου αντικαταθλιπτικού πρώτης γραμμής (ποιου από τα τρικυκλικά ή τους ΕΑΕΣ) παρά τα όσα έχουν προταθεί, η αλήθεια παραμένει ότι ακόμη η επιλογή αυτή παραμένει σε μεγάλο βαθμό εμπειρική.

Το λίθιο χρησιμοποιείται κυρίως ως αντιμανιακό φάρμακο και για την πρόληψη της υποτροπής τόσο των μανιακών όσο και των καταθλιπτικών επεισοδίων της Διπολικής Διαταραχής. Πρόσφατες μελέτες, όμως, έχουν δείξει ότι το λίθιο είναι χρήσιμο φάρμακο και για την πρόληψη της υποτροπής καταθλιπτικών επεισοδίων σε μονοπολικούς καταθλιπτικούς, οπότε θεραπεία συντήρησης με λίθιο μπορεί να χρησιμοποιηθεί αντί θεραπείας συντήρησης με τρικυκλικά ή άλλα αντικαταθλιπτικά φάρμακα.

Μείζονα ηρεμιστικά (αντιψυχωτικά ή νευροληπτικά) θα χρησιμοποιηθούν στην κατάθλιψη όταν υπάρχουν ψυχωτικά συμπτώματα όπως παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις, σύγχυση ή υπερβολικό άγχος (ψυχωτική ή διεγερμένη κατάθλιψη) σε συνδυασμό φυσικά με τρικυκλικά ή ηλεκτροσόκ, που φαίνεται ότι μόνα τους δεν επαρκούν στις περιπτώσεις αυτές.

Όσον αφορά τα **καταπραϋντικά ή υπνωτικά και τα ελάσσονα ηρεμιστικά** (βενζοδιαζεπίνες κτλ.) μπορεί να χρησιμοποιηθούν μερικές φορές για ν' ανακουφίσουν το άγχος, την ανησυχία, τον εκνευρισμό και την αϋπνία - συμπτώματα που χαρακτηρίζουν το καταθλιπτικό σύνδρομο. Πρέπει, όμως, να σημειώσουμε ότι αφενός τα φάρμακα αυτά μπορεί να προκαλέσουν κατάθλιψη και να επιβαρύνουν έτσι την κλινική εικόνα και αφετέρου τα συμπτώματα στα οποία απευθύνονται και ιδιαίτερα η αϋπνία θεραπεύονται καλύτερα με τα αντικαταθλιπτικά παρά με αυτά τα φάρμακα (γιατί όπως είπαμε αποτελούν συμπτώματα του καταθλιπτικού συνδρόμου και υποχωρούν όταν υποχωρήσει η κατάθλιψη). Επομένως, αν λάβουμε υπόψη και τον κίνδυνο εθισμού, ίσως είναι καλύτερο να αποφεύγονται, όσο είναι δυνατό, τα υπνωτικά και τα ελάσσονα ηρεμιστικά. 9, 13

3.3 ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΕΣ

Η ατομική ψυχοθεραπεία που βασίζεται στις ψυχοδυναμικές αρχές - **ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία** - είναι ίσως η πιο διαδεδομένη ψυχοθεραπευτική προσέγγιση στην κατάθλιψη. Φυσικά η ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία δίνει έμφαση στις προηγούμενες εμπειρίες και βιώματα του ατόμου και στα ασυνείδητα κίνητρα που προσδιορίζουν τη συμπεριφορά του. Η κατάθλιψη, σαν σύνδρομο, βοηθείται στην ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία έμμεσα, σαν αποτέλεσμα της βελτίωσης των διαπροσωπικών σχέσεων, της εμπιστοσύνης προς τα άλλα άτομα, των αμυντικών μηχανισμών, της συναισθηματικής ευαισθησίας, της παραγωγικότητας και δημιουργικότητας κτλ. Η βελτίωση αυτή, βέβαια, έρχεται μέσα από την εξέταση, επαναβίωση και ερμηνεία σημαντικών προβλημάτων και συγκρούσεων της παιδικής ηλικίας καθώς επανεμφανίζονται στη μεταβιβαστική σχέση θεραπευτή-ασθενή.

Τα παραπάνω, όμως, αφορούν τη μακράς διάρκειας ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία, η οποία και ενδείκνυται για τις περιπτώσεις που η ζωή του ατόμου είναι χρόνια διαταραγμένη από τις ασυνείδητες συγκρούσεις του (και εφόσον βέβαια ο ασθενής είναι κινητοποιημένος).

Πολλές φορές, στην κατάθλιψη, βραχείας διάρκειας ψυχοθεραπεία (6 ως 20 συνεδρίες) μπορεί να αποβεί πολύ αποτελεσματική (και ν' ακολουθηθεί ή όχι

αργότερα από μακράς διάρκειας). Η βραχείας διάρκειας αυτή θεραπεία μπορεί να είναι **υποστηρικτική** με χαρακτηριστικά επείγουσας παρέμβασης και ανακούφισης συμπτωμάτων ή μπορεί να χρησιμοποιήσει συγκεκριμένες εστιακές τεχνικές να είναι δηλαδή **βραχεία δυναμική ψυχοθεραπεία**.

Πρόσφατα έχει διαδοθεί σημαντικά η **διαπροσωπική θεραπεία**, που είναι επίσης ουσιαστικά μια βραχείας διάρκειας ψυχοθεραπεία (12-16 συνεδρίες). Η διαπροσωπική θεραπεία περιλαμβάνει συνδυασμό υποστήριξης (ενθάρρυνση, καθοδήγηση στις καθημερινές ανάγκες του ατόμου), φαρμακοθεραπείας, διδασκαλίας της φύσης, των χαρακτηριστικών και της πορείας του συνδρόμου της κατάθλιψης και κυρίως εστιάζεται στην αναγνώριση και βελτίωση του χειρισμού διαπροσωπικών προβλημάτων, όπως πένθος και κάθε μορφής απώλεια, διαπροσωπικές διαμάχες, αλλαγές ρόλου στη ζωή, διαπροσωπικές ανεπάρκειες κτλ. που θεωρούνται ότι σχετίζονται με την κατάθλιψη.

Η **ομαδική ψυχοθεραπεία** είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική στη βελτίωση των διαπροσωπικών δεξιοτήτων και της αυτοεκτίμησης, καθώς παρέχει υποστήριξη, αναγνώριση διαπροσωπικών προβλημάτων και εσφαλμένων παραδοχών και την ευκαιρία για δοκιμή νέων διαπροσωπικών τεχνικών που είναι πιο προσαρμοστικές και ανυψώνουν την αυτοεκτίμηση.

Η **γνωστική θεραπεία** είναι βέβαια μια ειδική θεραπευτική τεχνική, που χρησιμοποιείται προοδευτικά και περισσότερο στη θεραπεία της κατάθλιψης. Ήδη, αναφερθήκαμε στο θεωρητικό της υπόβαθρο. Πρόκειται, ουσιαστικά για βραχεία ψυχοθεραπεία, με δομημένες συνεδρίες, που στοχεύει στην αναγνώριση και διόρθωση αρνητικών νοητικών σχημάτων του ασθενή, που σύμφωνα με τη γνωστική θεωρία προκαλούν την κατάθλιψη. ^{15, 16}

3.4 ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΜΕΘΟΔΩΝ

Καμία θεραπεία - σωματική ή ψυχοθεραπεία - δεν μπορεί να διεκδικήσει την αποκλειστικότητα για την κατάθλιψη. Όπως ήδη αναφέρθηκε, αυτό που χρειάζεται είναι συνδυασμός θεραπειών ανάλογα με τις ανάγκες του ασθενή, αφού άλλωστε οι εργασίες μας δείχνουν ότι ο συνδυασμός θεραπειών είναι πιο αποτελεσματικός από οποιαδήποτε θεραπεία μόνη. Άλλωστε οι στόχοι των θεραπειών είναι διαφορετικοί. Οι σωματικές θεραπείες στοχεύουν περισσότερο στη βελτίωση των φυσιολογικών λειτουργιών όπως ύπνος, όρεξη, libido κτλ., ενώ οι ψυχοθεραπείες στη βελτίωση

της διαπροσωπικής λειτουργικότητας και τη γενικότερα καλύτερη λειτουργία της προσωπικότητας-ατόμου.

Σήμερα, έχουν διαμορφωθεί ενδείξεις για φαρμακοθεραπεία ή ψυχοθεραπεία, όπως και ενδείξεις για τους διάφορους τύπους ψυχοθεραπείας και για τους συνδυασμούς όλων των παραπάνω. Η θεραπεία της κατάθλιψης, όπως και όλων των ψυχικών διαταραχών άλλωστε, είναι συνθετική - επιλεκτική, δηλ. ο θεραπευτής επιλέγει για τον κάθε ασθενή την κατάλληλη σύνθεση φαρμακοθεραπείας, ψυχοθεραπείας ή τύπων ψυχοθεραπείας. 19

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

4.1 ΕΙΔΗ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Αναλόγως της αιτιολογικής μορφής, έχουμε τους παρακάτω τύπους κατάθλιψης:

1. Ενδογενή Κατάθλιψη
2. Αντιδραστική Μελαγχολία:
 - α) αντιδραστική καταθλιπτική προσβολή
 - β) νευρωτική κατάθλιψη
 - γ) Συμπτωματική κατάθλιψη:
 - i. επί άλλων ψυχώσεων
 - ii. επί νευρολογικών νόσων
 - iii. επί σωματικών νόσων, τραυματικών τοξικών καταστάσεων, ενδοκρινολογικών διαταραχών
3. Υποστροφική κατάθλιψη.

4.2 ΠΩΣ ΒΙΩΝΕΙ ΤΟ ΧΡΟΝΟ ΤΟΥ Ο ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΟΣ ΚΑΤΑ ΤΟΝ ΓΑΛΛΟ ΨΥΧΙΑΤΡΟ ΜΙΝΚΩΣΚΙ

Ο φυσιολογικός άνθρωπος ζει το φαινόμενο του χρόνου σαν τον ενυπάρχοντα ή χρόνο του Εγώ και το μεταβατικό ή κοσμικό χρόνο. Ο πρώτος ανταποκρίνεται στα προσωπικά, τα εσωτερικά γεγονότα του ατόμου και την αφομοίωση της ιστορικής διαδοχής αυτών, δεν υπάρχει κανένα εξωτερικό μέτρο σύγκρισης, αποτελεί στον εσωτερικό ρυθμό της ζωής μας, το προσωπικό μας βίωμα στα γεγονότα. Ο δεύτερος ανταποκρίνεται στον αντικειμενικό, φυσικό χρόνο, στο μέτρο διαδοχής των εξωτερικών γεγονότων.

Οι δύο αυτοί χρόνοι βρίσκονται σε αρμονία μεταξύ τους σε μια φυσιολογική ψυχική ζωή. Στις καταθλιπτικές καταστάσεις, εμφανίζεται μια δυσαρμονία, μια αντίθεση μεταξύ των δύο αυτών χρόνων.

Στην περίπτωση MINKOWSKI αναφέρεται:

« Η ζωή μας είναι ουσιαστικά προσανατολισμένη προς το μέλλον, στρέφουμε το βλέμμα μας προς μια νέα κατάσταση, όχι γιατί τακτοποιήθηκε το παρόν, αλλά γιατί η ζωή μας ωθεί προς τα εμπρός, προς το μέλλον, μας αναγκάζει να προχωρήσουμε. Κατά βάθος ούτε τα προσωπικά, ούτε τα γενικά προβλήματα της ζωής λύνονται ποτέ οριστικά. Αυτά συνεχώς επαναλαμβάνονται, τόσο στη ζωή ενός έκαστου ατόμου, όσο και σε ολόκληρη την ανθρωπότητα.. Μας δίδεται όμως το αίσθημα της ανεξαρτησίας σχετικής τουλάχιστον, προς το παρελθόν. Όταν όμως δημιουργείται μια επιβράδυνση, ο προσανατολισμός μεταβάλλεται.»

Ανάλογα με το βαθμό της επιβράδυνσης ασκούν το παρόν και το παρελθόν μια παθολογική κυριαρχία. Από αυτή την κατάσταση θα προκύψει ανάλογα είτε αδυναμία επίλυσης των παρόντων προβλημάτων, είτε το αίσθημα μιας αναπόφευκτης επίδρασης από το παρελθόν.

Όταν ο χρόνος του εγώ φαίνεται να σταματά τελείως, ο ψυχισμός κυριαρχείται από ιδέες απολύτου κατοχής από το παρελθόν, την κατοχή αυτή ο ασθενής την ερμηνεύει με το καταθλιπτικό παραλήρημα. Η βεβαιότητα επικείμενης καταστροφής, ιδέες αναξιότητας, ενοχής, υποχονδριακές, συμπτώματα ενδογενούς μελαγχολίας φαίνονται να εκφράζουν μια βαθιά μεταβολή στην υφή του χρόνου, μεταβολή που ανάγεται σε μια περισσότερο ή λιγότερο σημαντική αντίθεση μεταξύ του χρόνου του Εγώ και του κοσμικού χρόνου.

Στην αντιδραστική κατάθλιψη ο ασθενής δεν αισθάνεται να έχει σπασθεί οριστικά από το μέλλον, αισθάνεται απειλούμενος ως προς το μέλλον του και γι' αυτό ζητά προστασία αμέσως ή εμμέσως.

Προσωπικές μαρτυρίες ασθενών, για το πώς βιώνουν την κατάθλιψη:

Πρώτη περίπτωση: « Η ψυχή μου έχει διαλυθεί, έχω μια ψυχοταραχή από την ώρα που θα ανοίξω τα μάτια μου. Δεν μπορώ να περιγράψω το χάος, που βρίσκομαι. Ο φυσικός κόσμος που ήξερα έχει μετατραπεί μέσα μου. Πώς γίνεται να βραδιάζει και να ξημερώνει κι εγώ να βρίσκομαι στο ίδιο σημείο.»

Περίπτωση δεύτερη: «Βυθίστηκα σε μια χώρα τρόμου ινσουλίνες-σύριγγα, μονάδες, θερμίδες, ούρα, οξόνη και εγώ ένας μικρός μαθητής, που άρχιζα το σχολείο μου στη μέση του χρόνου» (Συμπτωματική κατάθλιψη)

Περίπτωση Τρίτη: « Δεν μπορώ να κάνω τίποτα, ούτε τα παιδιά μου να κοιτάξω, ούτε τη δουλειά μου, δεν έχω αντοχή να δουλέψω, έχω μια απογοήτευση. Τι τη θέλω μια τέτοια ζωή;»

Περίπτωση τέταρτη: «Έχω σκοτούρα, η καρδιά μου κτυπάει, τα πόδια μου παράλυτα, μη με ρωτάτε εμένα, κανείς δεν μπορεί να με βοηθήσει, σωτηρία για μένα δεν υπάρχει, δεν έχω γλυτωμό.»

Περίπτωση Πέμπτη: « Είμαι ένοχη, είμαι ανήθικη, καλύτερα να πεθάνω, να μη βλέπω κανένα. Ο κόσμος μας ενοχλεί, κάτι κακό έκανα (αυτομορφή). Δεν είμαι τίποτε, είμαι ένα πτώμα, δεν έχω κεφάλι, δεν έχω τίποτε. Το ξέρω θα πεθάνω, ήρθα εδώ για να πεθάνω.» (Μηδενιστικό παραλήρημα)

Περίπτωση έκτη: «Είχα ένα φόβο, όλα τα θεριά της ζούγκλας με περιτριγυρίζουν, είχα εφιάλτες, θέλω να πεθάνω και τα παιδιά μου θέλω να χαθούν από τη φύση. Αφού εγώ θέλω να φύγω από την κοινωνία, θέλω και εκείνα, να ακολουθήσουν το δρόμο μου.» (Ιδέες καταστροφής)

Θα αναφερθώ στη νοσηλευτική φροντίδα γενικώς του καταθλιπτικού, δεν πρόκειται να κρίνουμε τον ασθενή ή να τον συγκρίνουμε προς τον φυσιολογικό άνθρωπο αλλά θα προσπαθήσουμε να κατανοήσουμε τις συνθήκες και τον τρόπο της υπάρξεώς του καθώς και τους κινδύνους, εμφανείς και ιδιαίτερα τους συγκεκαλυμμένους, που απειλούν την ζωή του και μπορούν όχι σπάνια να αποβούν μοιραίοι.

Η κατάθλιψη δεν είναι μόνο νοσηλευτικό πρόβλημα της Ψυχιατρικής αδελφής, γιατί όπως έχω αναφέρει η μελαγχολία συνοδεύει, συνυπάρχει ή ακολουθεί σωματικές νόσους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ

5.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Οποιοσδήποτε συνδυασμός μεταβλητών – ψυχολογικών, βιολογικών, οικογενειακών, κοινωνικών και περιβαλλοντικών – προκαλεί την κατάθλιψη, οι κλινικές εκδηλώσεις της είναι παρόμοιες. Γι' αυτό οι καταθλιπτικοί ασθενείς με οποιαδήποτε μορφή κατάθλιψης αξιολογούνται και αντιμετωπίζονται από τον νοσηλευτή με μια ολική βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση.²¹

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

1. Άμεσες ανάγκες σχετιζόμενες με την απειλή της ζωής και την ασφάλεια του ασθενούς, π.χ. πρόληψη αυτοκτονίας
2. Βραχυπρόθεσμες ανάγκες που αφορούν τη νοσηλεία, θεραπεία και προετοιμασία του ασθενούς να βγει από το νοσοκομείο
3. Μακροπρόθεσμες ανάγκες που αναφέρονται στην εκπαίδευση του ασθενούς 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 διάστημα.²²

Η κατάθλιψη έχει χαρακτηριστεί σαν θάνατος εν ζωή, αφού ο άνθρωπος δοκιμάζει πλήρη απώλεια ζωτικότητας, αυθορμητισμού, κινητικότητας και σκοπού, μέχρι του σημείου να επιθυμεί και να σχεδιάζει την αυτοκαταστροφή.^{23, 24}

Η νοσηλευτική έχει την αποστολή να βοηθήσει τον καταθλιπτικό ασθενή στην προσπάθεια να επιτύχει μια ψυχοσωματική και πνευματική ανανέωση. Να ξαναβρεί δηλαδή τη ζωτικότητά του και την αγάπη για τη ζωή, να αισθανθεί ότι έχει προσωπική αξία και ικανότητες και μπορεί να τα βγάλει πέρα στη ζωή.²⁵

Νοσηλευτικές διαγνώσεις:

Για τη Μείζονα κατάθλιψη (ως μοναδικό επεισόδιο), τη Μείζονα κατάθλιψη (ως υποτροπιάζον επεισόδιο) και τη δυσθυμία.

- Μεγάλος κίνδυνος για επιθετικότητα εναντίον του εαυτού του
- Διαταραχή κοινωνικής επικοινωνίας
- Χρόνια χαμηλή αυτοεκτίμηση
- Μη αποτελεσματική αντιμετώπιση ατομικών προβλημάτων
- Απελπισία
- Αίσθημα αδυναμίας
- Ανεπαρκής φροντίδα
- Μεγάλος κίνδυνος εκδήλωσης επιθετικότητας εναντίον εαυτού.
- Συμπεριφορά ασθενούς με αυτοκτονικό ιδεασμό που απειλεί ότι θα αυτοκτονήσει και αποπειράται να αυτοκτονήσει.²²

5.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ: ΜΕΓΑΛΟΣ ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΕΝΑΝΤΙΟΝ ΕΑΥΤΟΥ

Συμπεριφορά ασθενούς με αυτοκτονικό ιδεασμό που απειλεί ότι θα αυτοκτονήσει και αποπειράται να αυτοκτονήσει

Αιτιολογικοί / σχετιζόμενοι παράγοντες:

- Ιστορικό προσπαθειών αυτοκτονίας κατά την περίοδο καταθλιπτικών επεισοδίων
- Φανερές προσπάθειες αυτοκαταστροφής (αυτό-τραυματισμοί, προσπάθειες απαγχονισμού)
- Εκφράζει προφορικά τον αυτοκτονικό ιδεασμό ή το σχέδιο του: «Δεν θέλω να ζήσω πια. Θα πάρω μεγαλύτερη δόση φαρμάκων για να πεθάνω»
- Εκδηλώνει λύπη, απόγνωση, απελπισία ή απώλεια ευχαρίστησης ή σκοπού στη ζωή: «Τίποτε δεν μου δίνει καμία χαρά». «Η ζωή δεν αξίζει πλέον να τη ζω». «Όλα είναι απελπισία»
- Άρνηση φαγητού, φαρμάκων και φροντίδας
- Ξαφνικά μοιράζει τα ατομικά του πράγματα
- Συχνά κλαίει, είναι κατηφής, διεγείρεται
- Βαθμιαία απόσυρση από το περιβάλλον
- Το συναίσθημα δεν ξανοίγει (δεν γίνεται πιο χαρούμενο) καθώς η μέρα προχωρεί

- Δυνητικά θετικές περιστάσεις, γεγονότα ή επικοινωνίες δεν αλλάζουν τον ιδεασμό του ασθενούς
- Άρνηση συμφωνίας με τον νοσηλευτή ότι δεν θα αυτοκτονήσει
- Απώλεια αυτό-εκτίμησης, αισθήματος προσωπικής αξίας (Υποκειμενικά: «Δεν αξίζω τίποτε. Δεν αξίζω να ζω.». Αντικειμενικά: ελλειμματική αυτοδροντίδα, π.χ. παραμελημένη υγιεινή και εμφάνιση, απομόνωση και απόσυρση)
- Αμφιταλάντευση, αμφιγνωμία (βιώνει δυο αντίθετα συναισθήματα, σκέψεις ή κίνητρα ή επιθυμίες ταυτόχρονα, π.χ. θέλει να ζήσει και δεν θέλει να ζήσει την ίδια ώρα)
- Εκδηλώνει ξαφνική ανύψωση της διάθεσης ή πιο ήρεμο, πιο ειρηνικό τρόπο με περισσότερη ενεργητικότητα (μπορεί να δείχνει ανακούφιση από αμφίγνωμες σκέψεις και συναισθήματα για να σκοτώσει τον εαυτό του, πράγμα που δίνει σήμα στο προσωπικό για πιθανή επικείμενη απόπειρα αυτοκτονίας).

5.2.1 Νοσηλευτικοί σκοποί / κριτήρια αξιολόγησης των παρεμβάσεων

Ο ασθενής πρέπει να φθάσει στο σημείο ώστε να:

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

5.2.2 Νοσηλευτικές παρεμβάσεις σε ασθενείς με κατάθλιψη

Εκτίμηση του βαθμού επικινδυνότητας – δυνατότητας για αυτοκτονία παρατηρώντας τη συμπεριφορά του ασθενούς, δηλαδή κινήσεις, απειλές, μοίρασμα ατομικών πραγμάτων, παρουσία ψευδαισθήσεων ή παραληρητικών ιδεών και ιστορικό προηγούμενης απόπειρας.²⁶

Ο βαθμός απελπισίας που εκφράζει ο ασθενής είναι ενδεικτικός της βαρύτητας της κατάθλιψης και του κινδύνου αυτοκτονίας. Οι 8 στους 10 που λένε ότι θέλουν να αυτοκτονήσουν, το κάνουν. Όποιος σκέφτηκε το σχέδιο είναι πιο πιθανό να το εκτελέσει. Η πιθανότητα αυξάνει αν το άτομο ή κάποιος από την οικογένειά του αποπειράθηκε στο παρελθόν και συνυπάρχει

κατάθλιψη. Οι παρορμητικοί ή οι ψυχωτικοί ασθενείς με ακουστικές ψευδαισθήσεις που τους παρακινούν στην αυτοκαταστροφή, μπορούν να αυτοκτονήσουν χωρίς προειδοποιητικά σημεία.

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

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

Εξήγηση στον ασθενή από τον νοσηλευτή ότι ενδιαφέρεται για την ασφάλειά του και θα τον βοηθήσει να διατηρηθεί ασφαλής. Αυτό διαβιβάζει τη νοσηλευτική μέριμνα και παρέχει αίσθημα προστασίας.

Στενή παρακολούθηση (συνεχής ή κάθε δέκα 15` σε περίπτωση μεγάλου κινδύνου). Τοποθέτηση του ασθενούς σε δωμάτιο, όχι μοναχικό, δίπλα στο νοσηλευτικό παρατηρητήριο και συνοδεία σε όλες τις μετακινήσεις του, αν ενδείκνυται. Έτσι μπορεί να προληφθεί ή διακοπεί η βλαπτική συμπεριφορά.

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

Έλεγχος όλων των ατομικών ειδών που έφερε ο ασθενής στο νοσοκομείο και ενημέρωση της οικογένειας να μη του φέρνει επικίνδυνα είδη. Βέβαια αυτό γίνεται με προηγούμενη πληροφόρηση του ασθενούς ότι είναι ρουτίνα του νοσοκομείου και με πολλή ευγένεια και σεβασμό.

Ιδιαίτερη φροντίδα και προσωπική παρατήρηση κατά την χορήγηση των φαρμάκων, ώστε να τα παίρνει ο ασθενής και να μην τα κρύβει για απόπειρα αυτοκτονίας ή να τα πετάει στα άχρηστα.

Παρακολούθηση του ασθενούς ακόμη και όταν χρησιμοποιεί τους βοηθητικούς χώρους με προηγούμενη ενημέρωσή του. Έχουν συμβεί αυτοκτονίες και σε αυτούς τους χώρους.

Νοσηλευτικοί γύροι στους θαλάμους σε συχνά αλλά όχι τακτά διαστήματα (ιδιαίτερα τη νύχτα, τα ξημερώματα, στα αλλαγές της βάρδιας των νοσηλευτών και σε άλλες ώρες που προβλέπεται ότι το προσωπικό είναι πολύ απασχολημένο). Το σύστημα αυτό παρεμποδίζει την πρόβλεψη πότε θα περάσει ο νοσηλευτής από το δωμάτιο του ασθενούς. Βοηθάει τον νοσηλευτή να γνωρίζει σε κάθε στιγμή που είναι ο ασθενής. Ιδιαίτερα σε ώρες που είναι λιγότερο το προσωπικό.

Συστηματικός έλεγχος του περιβάλλοντος για επικίνδυνα σημεία, π.χ. ανοικτές πόρτες και παράθυρα, ανοικτές προσβάσεις προς τη σκάλα ή την ταράτσα ή εκτεθειμένες φιάλες με απορρυπαντικά. Η ελαχιστοποίηση των ευκαιριών για αυτοκαταστροφή απαιτεί συνεχή προσοχή και πρόβλεψη ασυνήθιστων ενεργειών του ασθενούς.

Διατύπωση ενός συμφωνητικού πρωτοκόλλου με τον ασθενή που να περιλαμβάνει τι θα κάνει ο ασθενής και τι ο νοσηλευτής για την ασφάλεια του πρώτου. Ένα αντίγραφο υπογεγραμμένο από τον ασθενή και τον υπεύθυνο νοσηλευτή επισυνάπτεται στο φύλλο νοσηλείας του ασθενούς και ένα άλλο αντίγραφο δίνεται στον ασθενή να το κρατά. Αυτό τεκμηριώνει τα μέτρα που θα ληφθούν για την πρόληψη της αυτοκτονίας και την ανταπόκριση του ασθενούς. Ακόμη προωθεί την επικοινωνία και μπορεί να βοηθήσει τον ασθενή να αξιολογήσει τη νοσηλεία του.

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

Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα μπορεί να διορθώσουν τη διάθεση σε 3 ή περισσότερες εβδομάδες. Εν τω μεταξύ μπορεί να χρειασθούν άλλες μορφές θεραπείας για προστασία του αυτοκτονικού ασθενούς. Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία γενικά είναι δεύτερη επιλογή θεραπείας, αν η κατάθλιψη δεν επηρεαστεί από τα φάρμακα και ο ασθενής συνεχίζει να εκδηλώνει ιδέες αυτοκτονίας, να έχει αϋπνίες, να αρνείται να τρώει και να πίνει υγρά. Ο ασθενής μπορεί να φοβάται το ηλεκτροσόκ και ο νοσηλευτής

χρειάζεται να κατανοήσει τους φόβους αυτούς, να υποστηρίξει όμως το ηλεκτροσόκ ως θετική εναλλακτική θεραπεία. Διότι αν ο νοσηλευτής έχει αρνητική στάση προς το ηλεκτροσόκ μπορεί να τη μεταδώσει στον ασθενή και να του δημιουργήσει σύγχυση και άρνηση να τη δεχθεί.

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

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

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

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

Έπαινος του ασθενούς για προσπάθειες θετικής αυτό-αξιολόγησης, αυτοελέγχου και διαμόρφωσης ρεαλιστικών σκοπών. Τονώνεται το αίσθημα της προσωπικής του αξίας και της ελπίδας ότι μπορεί να αλλάξει η δυσάρεστη διάθεσή του.²⁷

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

Συνεργασία με τον ασθενή και την οικογένειά του πριν από την έξοδό του από το νοσοκομείο, με σκοπό να κατανοήσουν τις διαπροσωπικές εντάσεις και πώς να τις αντιμετωπίζουν. Μια νοσηλευτική έρευνα, που μελέτησε την ενσωμάτωση της οικογένειας στον προγραμματισμό της μετανοσοκομειακής φροντίδας καταθλιπτικών ασθενών, διαπίστωσε τα εξής αποτελέσματα: αύξηση της ικανοποίησης της οικογένειας από τη συνεργασία του ασθενούς, αύξηση της χρησιμοποίησης των

υπηρεσιών υγείας της κοινότητας από τον ασθενή όταν χρειαζόταν και μεγαλύτερο βαθμό προσαρμογής του ασθενούς στην καθημερινή ζωή.²⁸

5.3 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ: ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

Ανεπαρκής ή υπερβολικά αποτελεσματική ποιότητα κοινωνικής συναλλαγής.

Αιτιολογικοί / σχετιζόμενοι παράγοντες

- Διαταραχή της αυτό-ιδέας (χαμηλή αυτοεκτίμηση και εικόνα του εαυτού).
- Έλλειψη δεξιοτήτων αντιμετώπισης δυσκολιών.
- Απελπισία, αδυναμία, αίσθημα αναξιοσύνης.
- Αρνητικοί γνωστικοί μηχανισμοί (δυσπιστία, αμφιγνωμία, παραληρητικές ιδέες δίωξης).
- Ανεπαρκής γνώση κοινωνικών τρόπων.
- Ιστορικό ψυχοτραυματικών και μη ικανοποιητικών σχέσεων
- Ανεπαρκής ενεργητικότητα για δημιουργία κοινωνικών σχέσεων.
- Πραγματικές ή νομιζόμενες απώλειες ή στρεσογόνες καταστάσεις (διακοπή μιας σημαντικής σχέσης, αλλαγή ή απώλεια εργασίας / κοινωνικής θέσης, θάνατος αγαπημένου προσώπου, αλλαγή εικόνας σώματος / σωματικής ακεραιότητας, απώλεια οικονομικών πόρων κ.α.)
- Πρόσφατο ψυχοτραυματικό γεγονός (αρρώστια απειλητική της ζωής).
- Απουσία σημαντικών προσώπων ή συνομηλίκων.
- Δυσσαρέσκεια ή αλλαγή στην εκπλήρωση ρόλου σε μια σχέση.
- Κοινωνική απομόνωση.

Αποδεικτικά – χαρακτηριστικά στοιχεία

- Ελαττωμένη ή καθόλου συμμετοχή σε δραστηριότητες.
- Αποτυχία συμμετοχής σε συζήτηση με άλλους αρρώστους ή με το προσωπικό
- Μη ανταπόκριση στις προσπάθειες των άλλων να αρχίσουν συζήτηση ή να τον συμπεριλάβουν σε δραστηριότητες.
- Παραμονή στο δωμάτιο τις περισσότερες ώρες της ημέρας και το βράδυ.
- Έκφραση δυσφορίας στις κοινωνικές περιστάσεις. «Καλύτερα να παραμείνω στο δωμάτιό μου παρά να πάω στην ομαδική συνάντηση». «Μη με ενοχλείτε, θέλω να μείνω μόνος».

- Παρατηρούμενη δυσφορία σε κοινωνικές περιστάσεις (κυρτωμένη στάση, σκυμμένο κεφάλι, αποφυγή οπτικής επαφής, ανησυχία, νευρικότητα).
- Άρνηση / απώθηση επισκέψεων από σημαντικά πρόσωπα.
- Αποτυχία των άλλων ασθενών όταν ζητούν τη συντροφιά του.
- Απόρριψη από τους άλλους ασθενείς.
- Λεκτική αναφορά ότι είναι ανάξιος για το χρόνο των άλλων και για συντροφιά.
- Ισχυρισμός ότι οι προσπάθειές του για κοινωνικές επαφές αποτυγχάνουν: «Δεν με ευχαρίστησαν καθόλου οι δραστηριότητες... Η συνάντηση της κοινότητας στο τμήμα ήταν χαμένη ώρα... Εγώ είμαι διαφορετικός».
- Έκφραση ανικανότητας να επιτύχει ένα αμοιβαίο αίσθημα αποδοχής, ενδιαφέροντος ή κατανόησης δια μέσου κοινωνικών επαφών. «Δεν τα πήγα καθόλου καλά... Δεν υπήρχε κατανόηση μεταξύ μας... Η συνομιλία μας ήταν χαμένος χρόνος».
- Άρνηση δημιουργίας μιας θεραπευτικής συμμαχίας με το προσωπικό.
- Εκδήλωση δυσφορίας και αντίστασης όταν επικοινωνεί με το προσωπικό.

5.3.1 Νοσηλευτικοί σκοποί / Κριτήρια αξιολόγησης νοσηλευτικών παρεμβάσεων

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

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

5.3.2 Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

Συχνές και σύντομες απαντήσεις (5`-10`) με τον ασθενή στο διάστημα της ημέρας για επικοινωνία. Οι συχνές και σύντομες επαφές ελαχιστοποιούν το άγχος και για του ασθενή και για τον νοσηλευτή.

Προειδοποίηση του ασθενούς πότε και για πόση ώρα θα γίνουν οι νοσηλευτικές επισκέψεις. Οι συγκεκριμένες προσδοκίες ελαττώνουν το άγχος. Το πρόγραμμα παρέχει δομή και σκοπό στα κενά χρονικά διαστήματα.

Συνέπεια του νοσηλευτή στην ώρα της συνάντησης και παραμονή κοντά στον ασθενή όλη την ώρα της υπόσχεσης και όταν ακόμα αυτός δεν μιλά και δεν ανταποκρίνεται στην παρουσία του νοσηλευτή. Η σταθερότητα και η αξιοπιστία θεμελιώνει την εμπιστοσύνη. Ο ασθενής αισθάνεται την νοσηλευτική προσοχή χωρίς να προσπαθεί να την κερδίσει. Όταν ο νοσηλευτής δεν έρχεται στην ώρα του ή δεν παραμένει όση ώρα έχει υποσχεθεί, ο καταθλιπτικός μπορεί να πάρει το ζήτημα προσωπικά και να σκεφθεί ότι δεν είναι άξιος προσοχής.

Παραμονή δίπλα στο ασθενή και όταν δεν μιλά, με σιωπή για μικρά διαστήματα. Η παρουσία και το ενδιαφέρον του νοσηλευτή τον βεβαιώνει ότι τον θεωρεί πρόσωπο αξίας.

Όταν ο ασθενής παρουσιάζει αλαλία (σιωπηλότητα, βωβότητα), ο νοσηλευτής μπορεί να σχολιάσει κάτι που βλέπει, π.χ. τα πολλά καινούργια κάδρα στον τοίχο ή τα καινούργια παπούτσια του ασθενούς. Όταν ο ασθενής δεν είναι ακόμα έτοιμος για να μιλήσει, οι απευθείας ερωτήσεις ενδέχεται να αυξήσουν το άγχος του ενώ σχόλια για αντικείμενα του περιβάλλοντος τον επαναφέρουν στην πραγματικότητα.

Χρήση απλών, συγκεκριμένων λέξεων. Η βραδυκίνητη σκέψη και η αδυναμία συγκέντρωσης της προσοχής δυσκολεύουν την κατανόηση.

Διάθεση αρκετού χρόνου στον ασθενή για να απαντήσει. Η βραδεία σκέψη χρειάζεται χρόνο να διατυπώσει κάποια απάντηση.

Προσεκτική ακρόαση υπονοούμενων μηνυμάτων και απευθείας ερώτηση για τυχόν σχέδιο αυτοκτονίας. Οι άνθρωποι συχνά αισθάνονται ανακούφιση και ελάττωση των αισθημάτων μοναξιάς, όταν εξωτερικεύουν τις σκέψεις αυτοκτονίας.²⁴

Διάθεση χρόνου για ακρόαση και συζήτηση συναισθημάτων. Τα συναισθήματα που συναντούν κατανόηση, μπορούν να βοηθήσουν στην ελάττωση της μοναξιάς και απομόνωσης και διευκολύνουν την

παραπέρα εξωτερίκευση πιο οδυνηρών συναισθημάτων, για να συντελεστεί η θεραπεία.

Αποφυγή εκδηλώσεων όπως είναι τα γέλια, τα αστεία και η υπερβολική ευθυμία. Η εύθυμη στάση του νοσηλευτή αυξάνει τα αισθήματα αποξένωσης και απομόνωσης του ασθενούς με τη σύγκριση των αντιθέσεων, πόσο χαρούμενος είναι ο νοσηλευτής και πόσο λυπημένος ο ίδιος.

Αποφυγή εκφράσεων όπως: τα πράγματα θα διορθωθούν... ο καθένας μελαγχολεί κάποτε – κάποτε. Αυτά τείνουν να ελαχιστοποιούν τη σοβαρότητα του καταθλιπτικού συναισθήματος του ασθενούς και μπορεί να αυξήσουν μέσα του την ενοχή και αναξιότητα αφού δεν είναι σε θέση ο ίδιος να βγει από την κατάσταση όπου βρίσκεται.

Αποδοχή εκδηλώσεων θυμού χωρίς αμυντική αντιπαράθεση. Ο θυμός του ασθενούς να μη θεωρείται προσωπική επίθεση κατά του νοσηλευτή. Η λογομαχία ή η αυτό-υπεράσπιση συντελούν μόνο στην ελάττωση της αυτοεκτίμησης και του ασθενούς και του νοσηλευτή.

Ενθάρρυνση του ασθενούς να εξωτερικεύσει λεκτικά το θυμό του. Η λεκτική έκφραση δύσκολων συναισθημάτων ίσως να ελαττώσει την ανάγκη εκδήλωσής τους με ανεύθυνες πράξεις και ακατάλληλους τρόπους.²⁵

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

Αποφυγή χρησιμοποίησης εκφράσεων αξιολογικής κριτικής, π.χ. φαίνεστε πιο καλός σήμερα ή μου αρέσει το σημερινό σας χτένισμα. Διότι το καταθλιπτικό άτομο βλέπει την αρνητική πλευρά κάθε πράγματος. Π.χ. μπορεί να ερμηνεύσει τα σχόλια ως εξής: Δεν ήμουν καλός εχτές. Αν χτενιστώ αλλιώς μπορεί να μην αρέσω στον νοσηλευτή. Είναι καλύτερο να πει ο νοσηλευτής: Φοράτε ένα καινούργιο πουκάμισο σήμερα ή αλλάξατε το χτένισμά σας. Τα ουδέτερα προλαμβάνουν τις αρνητικές ερμηνείες.²⁹

Βαθμιαία ενσωμάτωση του ασθενούς σε συζητήσεις με άλλους ασθενείς και σε ομαδικές δραστηριότητες ανάλογα με το επίπεδο ανοχής του. Ενθάρρυνση τηλεφωνημάτων και επισκέψεων με υποστηρικτικά σημαντικά πρόσωπα (οικογένεια, φίλοι). Επιδοκιμασία των προσπαθειών του. Όλα αυτά ενεργούν ως θετικοί ενισχυτές του αισθήματος της προσωπικής αξίας του ασθενούς και της ικανοποίησης από τις κοινωνικές επαφές. Μέσα στην ομάδα ο ασθενής θα δοκιμάσει την υποστήριξη από τους άλλους, θα μάθει κοινωνικούς τρόπους και θα ανακαλύψει ότι τα προβλήματα και οι ανησυχίες του είναι παρόμοια με εκείνα των άλλων.³⁰

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

Διδασκαλία του ασθενούς πώς να εξετάζει και να αμφισβητεί παράλογες και αστήρικτες αρνητικές εκτιμήσεις για τον εαυτό του και τις ικανότητές του.³¹

5.4 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΥΘΥΝΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΑΝΤΙΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα χρησιμοποιούνται για να ανυψώσουν τη διάθεση και να ανακουφίσουν άλλα συμπτώματα της κατάθλιψης. Δρουν στον εγκέφαλο και προκαλούν αύξηση της συγκέντρωσης νορεπινεφρίνης και σερετονίνης στον οργανισμό. Δεν θεραπεύουν τα υποκείμενα αίτια της κατάθλιψης, αλλά καλύπτουν τα συμπτώματα και μειώνουν τις πιθανότητες υποτροπής.³² Χορηγούνται σε συνδυασμό με ψυχοκοινωνικές θεραπείες. Πρέπει να λαμβάνεται υπόψη ότι καθώς δρουν τα φάρμακα αυτά και αρχίζει να ανυψώνεται / βελτιώνεται η διάθεση, το άτομο έχει αυξημένη ενεργητικότητα. Τότε ακριβώς υπάρχει κίνδυνος να πραγματοποιήσει ένα σχέδιο αυτοκτονίας. Η πιθανότητα αυτοκτονίας αυξάνει καθώς ελαττώνεται το επίπεδο της κατάθλιψης.

Τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται πιο συχνά για την κατάθλιψη είναι:

1. Τρικυκλικά – Amitriptyline (π.χ. clavil), Imipramine (π.χ. tofranil)
2. Αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης - MAO – Phenelzine (π.χ. nardil)
3. Τετρακυκλικά – Maprotiline (π.χ. ludiomil)
4. Άλλα – Tragodone (π.χ. desyrel)

5.5 ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΤΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΥΘΥΝΕΣ

- Αντιχολινεργικές αντιδράσεις.
- Ξηροστομία. Αντιμετωπίζεται με άγλυκες καραμέλες, παγάκια, μάσημα τσίχλας, συχνές μικρές λήψεις υγρών και αυστηρή υγιεινή στόματος.
- Θαμπή όραση. Το άτομο καθησυχάζεται ότι η παρενέργεια αυτή θα υποχωρήσει σε λίγες εβδομάδες.
- Δυσκοιλιότητα. Λήψη τροφών με άφθονες ίνες. Αύξηση της σωματικής άσκησης και λήψη πολλών υγρών.
- Κατακράτηση ούρων. Διδασκαλία του ασθενούς να μετρά τα προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα υγρά του και να τα αναφέρει στον νοσηλευτή.
- Καταστολή. Ρύθμιση της λήψης των φαρμάκων πριν από την κατάκλιση για ύπνο. Συνεργασία με τον γιατρό για ελάττωση της δοσολογίας ή την αντικατάσταση του φαρμάκου με άλλο ελαφρότερο. Διδασκαλία του ασθενούς να μην οδηγεί αυτοκίνητο και να μην χειρίζεται επικίνδυνα μηχανήματα ή εργαλεία όταν έχει πάρει ηρεμιστικά φάρμακα.
- Ορθοστατική υπόταση. Ενημέρωση του ασθενούς να σηκώνεται αργά από το κρεβάτι ή την πολυθρόνα. Συχνή μέτρηση της αρτηριακής πίεσης σε ξαπλωμένη και όρθια στάση για έγκαιρη επισήμανση μεγάλων διαφορών στις τιμές.
- Αύξηση ευαισθησίας για εμφάνιση επιληπτικών σπασμών. Ιδιαίτερη παρακολούθηση του ασθενούς με ιστορικό εμφράγματος μυοκαρδίου. Ετοιμότητα για νοσηλευτική παρέμβαση σε περίπτωση σπασμών.
- Ταχυκαρδία, αρρυθμίες. Συστηματική μέτρηση της αρτηριακής πίεσης και των σφίξεων. Συζήτηση τυχόν σημαντικών αλλαγών με τον γιατρό.
- Υπερτασική κρίση (παρενέργεια των αναστολέων της MAO). Συμβαίνει αν το άτομο που κάνει θεραπεία με ΑΜΑΟ (π.χ. marplan, nardil, parnate) χρησιμοποιεί τροφές που περιέχουν τυραμίνη. Τέτοιες τροφές είναι τα οινοπνευματώδη ποτά, τυρί, γιαούρτι, μπανάνες, σοκολάτες, αβοκάντο, λικορίς, σταφίδες, παστή ρέγκα κ.λ.π. Τα συμπτώματα περιλαμβάνουν έντονη κεφαλαλγία, ταχυπαλμία, ναυτία / εμετούς, αυχενική δυσκαμψία, σημαντική αύξηση της αρτηριακής πίεσης, στήθαγχικό πόνο, εγκεφαλικό αγγειακό επεισόδιο ή και κώμα. Η θεραπεία της υπερτασικής κρίσης συνίσταται στη διακοπή του φαρμάκου και χορήγηση αντιυπερτασικού φαρμάκου που δρα άμεσα, κατά την ιατρική οδηγία. Διδασκαλία του ασθενούς ποιες τροφές πρέπει να αποφεύγει κατά την διάρκεια της θεραπείας με αναστολείς της MAO.²⁹

5.5.1 Αντενδείξεις χορήγησης αντικαταθλιπτικών φαρμάκων

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

Τονίζεται ότι οι γενικές νοσηλευτικές αρχές και ευθύνες κατά τη χορήγηση ψυχοτρόπων φαρμάκων, που αναφέρονται στο προηγούμενο κεφάλαιο, ισχύουν και στην περίπτωση των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων.

5.6 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΗΛΕΚΤΡΟΣΠΑΣΜΟΘΕΡΑΠΕΙΑ (ECT)

Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ECT) είναι ένας τύπος σωματικής θεραπείας, κατά την οποία ηλεκτρικό ρεύμα εφαρμόζεται στον εγκέφαλο με ηλεκτρόδια, που τοποθετούνται στους κροτάφους. Το ρεύμα υπολογίζεται ώστε να προκαλέσει μια μεγάλη επιληπτική κρίση, από την οποία προέρχεται το ποθούμενο θεραπευτικό αποτέλεσμα.

Το είδος αυτό της θεραπείας προκαλεί πάντα έντονες συζητήσεις μεταξύ ψυχιάτρων και νοσηλευτών ψυχικής υγείας. Άλλοι το υποστηρίζουν και άλλοι το αμφισβητούν. Πάντως πολλοί άρρωστοι ωφελήθηκαν από αυτό. Το Εθνικό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας της Αμερικής, ύστερα από μελέτη του θέματος έκανε ανακοίνωση σχετικά με την αποτελεσματικότητα, τις παρενέργειες, την κατάλληλη χρήση και εφαρμογή και την έρευνα για περαιτέρω μελέτη της ηλεκτροσπασμοθεραπείας.

Επειδή οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας, ως μέλη της θεραπευτικής ομάδας συμμετέχουν στη λήψη αποφάσεων για τις θεραπευτικές προσεγγίσεις των ασθενών καθώς και στις διαδικαστικές εφαρμογές, κρίνεται κρίσιμη μια σύντομη παρουσίαση της θεραπείας αυτής.²⁵

5.6.1 Ενδείξεις εφαρμογής ECT

- Βαριά κατάθλιψη με παραληρητικά στοιχεία, όταν αποτύχει η φαρμακοθεραπεία ή σε συνδυασμό με αυτή, όταν είναι ανάγκη να επισπευσθεί η ανάρρωση του καταθλιπτικού ασθενούς.
- Οξεία μανία όταν κινδυνεύει ο ασθενής από σωματική εξάντληση λόγω της υπερβολικής υπερκινητικότητας.
- Μερικές περιπτώσεις σχιζοφρένειας (κατατονία) με συνοδά συναισθηματικά ψυχωτικά συμπτώματα.

5.6.2 Αντενδείξεις εφαρμογής ECT

- Δυσθυμία, νευρωτική κατάθλιψη, διαταραχή προσαρμογής με καταθλιπτική διάθεση, χρόνια σχιζοφρένεια.
- Ψύχωση ή βαριά κατάθλιψη όταν συμβαίνει στο πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης ή όταν συνυπάρχει εγκεφαλικό νόσημα, καρδιακή ανεπάρκεια λόγω μεγάλων ανευρυσμάτων ή πρόσφατο έμφραγμα του μυοκαρδίου και αυξημένη ενδοκρανιακή πίεση.

5.6.3 Μηχανισμός δράσης

Ο ακριβής μηχανισμός είναι άγνωστος, αλλά θεωρείται ότι προκαλεί βιοχημικές αλλαγές στον εγκέφαλο – αύξηση των επιπέδων νορεπινεφρίνης και σεροτονίνης – παρόμοιες με αυτές που προκαλούν τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα.

5.6.4 Ενδεχόμενοι κίνδυνοι και παρενέργειες

Έχουν σημειωθεί θάνατοι σε ποσοστό 2.9 σε δέκα χιλιάδες ασθενείς.

Άλλοι κίνδυνοι είναι συγκρίσιμοι με τους κινδύνους της χρησιμοποίησης σύντομης αναισθησίας με μυοχαλαρωτικά και προσωρινή εφαρμογή μηχανικής αναπνευστικής βοήθειας.

Οι πιθανές παρενέργειες είναι:

Παροδική σύγχυση, αμνησία κεφαλαλγία

Παροδική υπόταση, κολπική ταχυκαρδία

Αρνητικές αντιλήψεις, κοινωνικό στίγμα των ασθενών που υποβάλλονται σε ECT

5.6.5 Νοσηλευτική φροντίδα ασθενών που υποβάλλονται σε ηλεκτροσπασμοθεραπεία

- Επιβεβαίωση ότι ο ψυχίατρος εξασφάλισε ενυπόγραφη πληροφορημένη συγκατάθεση του ασθενούς για την εφαρμογή της θεραπείας.
- Εξασφάλιση αποτελεσμάτων προσφάτων εργαστηριακών εξετάσεων αίματος και ούρων, ηλεκτροκαρδιογραφήματος και ακτινογραφίας θώρακος.

- Ο ασθενής προ της θεραπείας πρέπει να είναι νηστικός, να ουρήσει, να φορέσει νυχτικό ή πιτζάμες 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 μην θυμάται ο ασθενής την εμπειρία.
- Χορήγηση οξυγόνου και ετοιμότητα για αναρρόφηση βρογχικών εκκρίσεων, αν χρειαστεί.
- Εφαρμογή των ηλεκτροδίων από το καθορισμένο υπεύθυνο πρόσωπο στους κροτάφους του ασθενούς και παροχή ηλεκτρικού ρεύματος 1-130 Volts επί 0.1 – 0.5 δευτερόλεπτο.
- Χρήση αναπνευστήρα αμέσως μετά το ηλεκτρικό ερέθισμα.
- Τοποθέτηση του ασθενούς σε πλάγια θέση για πρόληψη εισρόφησης, παραμονή δίπλα του μέχρι να ανανήψει και παρακολούθηση των ζωτικών του σημείων κάθε 15` κατά την πρώτη ώρα.

Για την αντιμετώπιση της προσωρινής αμνησίας και σύγχυσης που προκαλείται από την θεραπεία, ο νοσηλευτής βρίσκεται δίπλα στον ασθενή του βάζει βραχιόλι ταυτότητας και τον παροτρύνει να χρησιμοποιεί σημειωματάριο και μολύβι, τηλεφωνικό κατάλογο, και άλλα. Τον επαναπροσανατολίζει στον τόπο, χρόνο και πρόσωπα. Τον ενισχύει να εκφράσει τους φόβους και τις ανησυχίες του. Προγραμματίζει μαζί του τη ρουτίνα της ημέρας για ελαχιστοποίηση της σύγχυσης και τον παρακολουθεί στενά τις επόμενες 48 ώρες.

Ο νοσηλευτής δεν παραλείπει να ενημερώνει την οικογένεια του ασθενή, ποια συμπεριφορά να περιμένουν μετά την εφαρμογή της θεραπείας και προσπαθεί να ανακουφίσει το άγχος τους.²⁸

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

6.1 ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΤΗΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ ΣΤΟ ΨΥΧΙΑΤΡΕΙΟ

Το σημαντικότερο πρόβλημα όμως σε άτομα που πάσχουν από κατάθλιψη είναι το τραγικό γεγονός της αυτοκτονίας. Κάθε καταθλιπτικός που εισέρχεται στο νοσοκομείο είναι υποψήφιος αυτόχειρας. Άλλωστε όπως βιβλιογραφικά αναφέρεται και κλινικά διαπιστώνεται η εικόνα της κατάθλιψης, περιέχει όλα τα στοιχεία του συνδρόμου που προηγείται της αυτοκτονίας, τόσο στις «φυσιολογικές» θεωρούμενες απόπειρες όσο και τις παθολογικές δηλ. όταν πρόκειται για σοβαρά ψυχικά νοσήματα, όπως σχιζοφρένεια, βαριές καταθλίψεις κ.λ.π.

Για τους πάσχοντες, τους ψυχωσικούς δηλαδή ασθενείς το ερώτημα είναι ποιο αυτοκτονούν συχνότερα ή με άλλα λόγια ποιο έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να καταλήξουν στην αυτοκτονία.

Υπάρχουν όμως για το πρόβλημα αυτό στοιχεία από ξένες χώρες, όπως Αγγλία – Γερμανία - Σουηδία κ.λ.π.:

Θα μπορούσαμε να πούμε λοιπόν ότι η ενδογενής κατάθλιψη κατέχει την πρώτη θέση με ποσοστό 28% , ακολουθεί η κατάθλιψη των υπερηλίκων με 26% , οι νευρώσεις με 24%, διάφορες ψυχώσεις με 12%, σχιζοφρένεια 4% οργανική άνοια 2%, αντιδραστική νεύρωση 2% και διανοητική καθυστέρηση 2% Δεν είναι γνωστό αν μπορούμε αυτά τα δεδομένα να τα μεταφέρουμε στα Ελληνικά, σημασία όμως έχει, ότι η κατάθλιψη κατέχει την πρώτη θέση κάτι το οποίο θα πρέπει να αναμένεται και στη χώρα μας.

Οι χρονικοί περίοδοι που υπάρχει η μεγαλύτερη πιθανότητα να εκδηλωθεί η αυτοκτονία είναι κατά την έναρξη, εισβολή της νόσου και κατά την έναρξη της βελτίωσης.

Είναι δυνατόν όμως να διακρίνουμε σημεία τέτοια στην κλινική εικόνα ενός ασθενούς που θα μπορέσουν να μας βοηθήσουν στην έγκαιρη λήψη μέτρων και στη πρόληψη μιας αυτοκτονίας;

Το θέμα αυτό αποτέλεσε αντικείμενο μελέτης, που χαρακτηρίζεται σαν σύνδρομο της αυτοκτονίας.

Η κλινική εικόνα του συνδρόμου, όπως αναφέρεται από τον Σένσελ και τους συνεργάτες του χαρακτηρίζεται από τρία γενικά σημεία.

- 1) Περιορισμός του ορίζοντος του ασθενούς
- 2) Αναστολή και στροφή προς τα έσω της επιθετικότητάς του
- 3) Φαντασιώσεις της αυτοκτονίας

Αναλυτικότερα ο περιορισμός του ορίζοντος του ασθενούς χαρακτηρίζεται : α) από τον περιορισμό των προσωπικών του δυνατοτήτων, ενδιαφερόντων και β) από την διαφοροποίηση της δυναμικής των στοιχείων της προσωπικότητας.

Η δυναμική των στοιχείων της προσωπικότητας χαρακτηρίζεται:

- α) από εκτροπή της προσληπτικής ικανότητας και δημιουργία συνειρμών σε ορισμένα μόνο στοιχεία του κόσμου, που έχουν σχέση με το καταθλιπτικό συναίσθημα, μονοϊδεασμός
- β) καθήλωση της συμπεριφοράς
- γ) εκλεκτικότητα των συγκινήσεων
- δ) κατάρρευση των μηχανισμών άμυνας του εγώ
- ε) περιορισμός των διαπροσωπικών σχέσεων και
- στ) μείωση και αλλοίωση των ανθρωπίνων αξιών.

Η έγκαιρη επισήμανση των σημείων αυτών, είναι σημαντικός παράγοντας πρόληψης της αυτοκτονίας. Η αναγνώριση όμως των σημείων αυτών πρέπει να θεωρείται σαν αποτέλεσμα και των γνώσεων, αλλά και της ικανότητας της αδελφής να αναλύει λογικά τη στάση του ασθενούς και να διαισθάνεται ακόμη πίσω από ασαφείς καταστάσεις τον κρυμμένο κίνδυνο. Το σημείο αυτό να αποτελεί και ενδεικτικό του αναγκαίου ταλέντου της ψυχιατρικής αδελφής, γιατί όπως είναι ευνόητο, παρά το γεγονός, ότι και η πλευρά αυτή, είναι δεικτική καλλιέργειας και μόρφωσης γενικότερα, εν τούτοις όμως προϋποθέτει σαν βάση την ικανότητα αντίληψης, όλων των ανθρωπίνων επιθυμιών και τάσεων.

Πέραν όμως όλων αυτών, ορισμένα σημεία που έχουν ξεχωριστή βαρύτητα για την πρόληψη της αυτοκτονίας θα μπορούσαν να αναφερθούν: Τέτοια είναι : η συχνότητα της αυτοκτονίας στην αλλαγή βάρδιας, όποτε διαφεύγουν της προσοχής του νοσηλευτικού προσωπικού, στην αιχμή της εργασίας, στις αργίες με περιορισμένο προσωπικό.

Βλέπουμε δηλ. ότι οι ασθενείς παρακολουθούν την κίνηση του τμήματος και προσπαθούν να βρουν την κατάλληλη στιγμή, να πραγματοποιήσουν την αυτοκτονία.

Τα μέσα που συνήθως χρησιμοποιούν οι ασθενείς μας για την αυτοκτονία είναι διάφορα, και πάρα πολλές φορές μας κάνει εντύπωση η

μεγάλη τους εφευρετικότητα για το σκοπό αυτό. Όπως ήδη ανέφερα, στην νοσηλευτική φροντίδα των καταθλιπτικών, προσπαθούμε να έχουμε αφαιρέσει ότι θεωρείται επικίνδυνο για τον ασθενή μας από τα πράγματα του παρόλα αυτά βρίσκουν τρόπους να πραγματοποιήσουν την αυτοκτονία.

Ο τρόπος της αυτοκτονίας δεν είναι τυχαία επιλογή, αλλά γίνεται κατά κανόνα ύστερα από παρατεταμένη σκέψη του ασθενούς, η οποία πολλές φορές περιλαμβάνει κάθε λεπτομέρεια.

Οποιαδήποτε απόπειρα ή αναφορά του ασθενούς σ' αυτή λαμβάνεται σοβαρά υπ' όψιν.

Η νοσηλευτική φροντίδα των ασθενών με τάσεις αυτοκτονίας, είναι η νοσηλευτική φροντίδα των καταθλιπτικών ασθενών, όπως σας έχω ήδη αναφέρει δίδεται όμως ιδιαίτερη έμφαση στην παρακολούθηση του ασθενούς, η οποία είναι συνεχής, είτε από προσωπικό του Νοσοκομείου, είτε από συγγενείς του και στη σχολαστική εφαρμογή της φαρμακευτικής αγωγής.

Θεωρείται ευνόητο, ότι και η υποψία ακόμη, ότι δηλ. υπάρχει πιθανότητα αυτοκτονίας, υπογραμμίζεται με έμφαση τόσο στο υπόλοιπο προσωπικό όσο και στους συγγενείς και συνίσταται η συνεχής επαγρύπνηση τους, γιατί ο υπονήφιος αυτόχειρας, προκειμένου να φθάσει στο σκοπό του, χρησιμοποιεί πολλές φορές απίθανα μέσα.

Δεν υπάρχει αμφιβολία, ότι η πρόληψη της αυτοκτονίας, αποτελεί μεγάλη ικανοποίηση και δικαίωση για την αδελφή και το έργο της. Υπάρχουν όμως περιπτώσεις που η αδελφή καλείται να αντιμετωπίσει το τραγικό γεγονός της αυτοκτονίας. Όταν λοιπόν αυτοκτονήσει ο ασθενής μας, καλείται αμέσως εφημερεύων γιατρός, προκειμένου να διαπιστώσει το θάνατο, ειδοποιούνται οι συγγενείς του και το αστυνομικό τμήμα της περιοχής.

Γίνονται όλες οι τυπικές διαδικασίες και αποστέλλεται στο Νεκροτομείο απ' όπου και παραλαμβάνεται απ' τους συγγενείς.

Η πρόληψη λοιπόν και αυτό ίσως είναι το πιο δυσάρεστο απ' όλα δεν επιτυγχάνεται, ούτε με την πιστή εφαρμογή των αρχών που προανέφερα, ούτε επίσης και με την ειδική «διαισθητική» ικανότητα της αδελφής. Κι αυτό, γιατί η ανάγκη του θανάτου μερικές φορές για τον ασθενή είναι τόσο ισχυρή, ώστε υπερβαίνει κάθε αναστολή, που μπορεί να προκύψει, είτε από την παράταση της ζωής, είτε από τα προβαλλόμενα προστατευτικά μέτρα.

Στις περιπτώσεις αυτές, ο ασθενής είναι ο μεγαλύτερος εχθρός του ίδιου του εαυτού του και επεξεργάζεται με επιμονή, υπομονή και κάθε λεπτομέρεια όλα τα μέσα του επικειμένου τέλους.

Η διαπίστωση αυτού του γεγονότος, δημιουργεί την στερεότυπη έκφραση, που όλοι όσοι έχουν εργαστεί σε ψυχιατρεία έχουμε ακούσει. «Φοβερό, σατανικό, απροσδόκητο».²⁷

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

7.1 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

- Στο γενικό πληθυσμό 2% των παιδιών και 4-8% των εφήβων πάσχουν από κατάθλιψη (Kashani and Sherman 1988)
- Επίσης, 0.6-1.7% των παιδιών και 1.6-8% των εφήβων πάσχουν από Δυσθυμία (Lewinson et al, 1994)
- Σε παιδιατρικά νοσοκομεία 7% των παιδιών παρουσιάζουν κατάθλιψη (Kashani et al., 1981) και 40% εκείνων που νοσηλεύονται σε παιδονευρολογικά τμήματα για ανεξήγητες κεφαλαλγίες (Ling et al., 1970)
- Σε κλινικούς πληθυσμούς τα ποσοστά επικράτησης είναι πολύ υψηλότερα κυμαινόμενα από 28% των ασθενών ενός παιδοψυχιατρικού τμήματος (Carlson and Cantwell, 1980) έως 59% στους ενδονοσοκομειακούς ασθενείς (Petti, 1978). Τα ποσοστά αυτά δείχνουν πόσο συνηθισμένη είναι η κατάθλιψη στην καθημερινή παιδοψυχιατρική πρακτική

7.2 ΣΥΝΥΠΑΡΞΗ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΚΑΙ ΑΛΛΩΝ ΨΥΧΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

Κλινικές, επιδημιολογικές, μακροχρόνιες και οικογενειακές μελέτες δείχνουν σταθερά πως 40-70% των παιδιών και εφήβων με ΜΚ παρουσιάζουν επίσης και άλλες ψυχικές διαταραχές, ενώ 20-50% παρουσιάζουν ταυτόχρονα δύο ή περισσότερες συν-νοσηρές (συνυπάρχουσες) διαγνώσεις (Birmaher και συν. 1996)

Οι διαταραχές άγχους και διαγωγής είναι οι συνηθέστερες συν-νοσηρές καταστάσεις

7.3 ΣΥΝΥΠΑΡΞΗ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΚΑΙ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ ΔΙΑΓΩΓΗΣ

- 1/3 καταθλιπτικών παιδιών εμφανίζει διαταραχή διαγωγής
- Η παρουσία διαταραχής διαγωγής σε παιδιά με κατάθλιψη αποτελούσε καλό προγνωστικό σημείο αναφορικά με την έκβαση της κατάθλιψης στην ενήλικη ζωή, όχι όμως και για τη διαταραχή διαγωγής (Harrington και συν. 1991)
- Μήπως η κατάθλιψη αποτελεί μάλλον ένα πρώιμο χαρακτηριστικό της διαταραχής διαγωγής παρά μια ξεχωριστή συν-νοσηρή κατάσταση;

7.4 ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΚΑΙ ΕΦΗΒΙΚΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

- Ψυχοκοινωνικές θεραπείες
- Ψυχοφαρμακολογικές θεραπείες
- Συνδυασμένες θεραπείες (κυρίως στους εφήβους)

7.4.1 Ψυχοκοινωνικές θεραπείες παιδικής κατάθλιψης

- Ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία
- Γνωσιακή - συμπεριφεριολογική θεραπεία
- Οικογενειακή θεραπεία
- Ομαδική θεραπεία

7.4.2 Βιολογικές – φαρμακολογικές θεραπείες παιδικής κατάθλιψης

- Η ψυχοθεραπεία είναι η πρώτη επιλογή. Τα φάρμακα προστίθενται εάν τα συμπτώματα δε βελτιωθούν σε 4-6 εβδομάδες
- Η αποτελεσματικότητα της φαρμακοθεραπείας στην παιδική κατάθλιψη είναι μικρότερη από των ενηλίκων
- Πολλά νέα φάρμακα είναι υπό μελέτη και χρειάζεται πολύ περισσότερη έρευνα
- Χρειάζεται να επιβεβαιωθεί η αποτελεσματικότητα των νέων φαρμάκων, να μελετηθεί η φαρμακοκινητική τους, οι μακροχρόνιες εξελικτικές τους επιδράσεις στους νεαρούς, η σύγκριση φαρμακοθεραπείας με

ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις και τέλος, εάν η παρατεταμένη χρήση σε ζώα επηρεάζει την ωρίμανση του εγκεφάλου (Cohen και συν. 2004).³⁴

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Χαρτοκόλλης, Π., (1991), «ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ», Αθήνα, ΘΕΜΕΛΙΟ, σελ. 21 – 26
2. Ballenger, JC., (1998), «*THE CLINICAL USE OF CARBAMAZEPINE IN AFFECTIVE DISORDERS*», σελ. 13 – 19
3. Bertelsen, A., (1979), «*DANISH TWIN STUDY OF MANIC – DEPRESSIVE DISORDERS, IN ORIGIN, PREVENTION AND TREATMENT OF AFFECTIVE DISORDERS*», LONDON, Academic Press, σελ. 227 – 239
4. Blehar, MC., - Weissman, MM., - Gershon, ES., (1998) «*FAMILY AND GENETIC STUDIES OF AFFECTIVE DISORDERS*», σελ. 289 – 292
5. Freud, S., «*MOURNING AND MELANCHOLIA*» (1917), Translated and edited by Strachey J., (1957), Hogarth Press, London, σελ. 237 – 258
6. Kaplan, HI., – Sadock, BJ., – Grebb, JA., (1994) «*MOOD DISORDERS, IN KAPLAN'S AND SADOCK'S SYNOPSIS OF PSYCHIATRIC*», Baltimore, σελ. 516 – 572
7. Meltzer, HY., (1987), «*THE SEROTONIN HYPOTHESIS OF DEPRESSION*», New York, σελ. 513 – 526
8. ΜΑΔΙΑΝΟΣ, Μ., (1989), «*ΚΟΙΝΩΝΙΑ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ*», Τόμος Α, Αθήνα, Καστανιώτη, σελ. 17-30.
9. Παπαγεωργίου – Βασιλοπούλου, Α., (2005), «*ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ-ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ*», Αθήνα, Βήτα, σελ. 137-148.
10. Οικονόμου, Γ., Κορδάτος, Δ., Γαλάνης, Β., Γουρνάς, Γ., Περισσάκη, Κ., (Μάιος 2004) «*ΑΝΑΓΚΑΣΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑ: ΟΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΣΥΝΙΣΤΩΣΕΣ, ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ*», Τόμος 15, (Παράρτημα 1), σελ. 202
11. Βενέτη, Ο., Τσακίροπούλου, Μ., Γκότση, Γ., Φύλλα, Η., Φυλοκόστας, Δ., Μπίσκος, Κ., Τζαβάρας, Ν., (Μάιος 2004) «*ΓΝΩΡΙΣΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΘΗΚΑΝ ΑΚΟΥΣΙΩΣ ΣΕ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ, ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ*», Τόμος 15, (Παράρτημα 1), σελ. 118
12. Λεωτσάκου, Χ., Καλογεροπούλου, Α., Φιτσέ, Μ., Αραμπατζή, Β., Σπυριδωνίδου, Α., Τασούλη, Μ., Γιοβάνογλου, Μ., Πατεράκης, Π., (Μάιος 2004), «*ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΚΟΥΣΙΩΣ ΚΑΙ ΕΚΟΥΣΙΩΣ ΕΙΣΑΧΘΕΝΤΩΝ ΣΕ ΕΝΑ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ, ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ*», Τόμος 15, (Παράρτημα 1), σελ. 209

13. Μπράτης, Δ., Καραμάνη, Μ., Κουλουρίδης, Α., Ιωάννου, Κ., Τσελεμπής, Α., Περισσάκη, Κ., «*ΑΝΑΓΚΑΣΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΕ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ*», Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος Αθηνών «*Η ΣΩΤΗΡΙΑ*»
14. Λειβαδίτης, Μ., (1994), «*ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΑΙ ΔΙΚΑΙΟ, ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ, ΑΚΟΥΣΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑ*», Αθήνα, Παπαζήση, σελ. 434-439.
15. Λιάκος, Α., συντονιστής Δαμίγος, Δ., (2003) «*ΑΠΟΑΣΥΛΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΙ Η ΣΧΕΣΗ ΤΗΣ ΜΕ ΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ*», Αθήνα, Παπαζήση, σελ. 190-200.
16. Αλεξιάδης, Α., Σιγάλας, Ι., «*ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ / ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΙΔΙΟΤΥΠΙΕΣ ΚΑΙ ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ*», Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, σελ. 20-47.
17. Σαρρής, Μ., (2001), «*ΚΟΙΝΩΝΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ*», Αθήνα, Παπαζήση, σελ. 204-211.
18. James, P. T. J, (1998), «*MANANTZMENT ΟΛΙΚΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ, ΜΙΑ ΕΙΣΑΓΩΓΗ*», Αθήνα, Κλειδάριθμος, σελ. 200-211.
19. Turnipseed, D.L., (1990), «*EVALUATION OF HEALTH DARE WORK ENVIROMENTS VIA A SOSIAL CLIMATE SCALE: results of a field study Hospital Health Service Administration*», σελ. 245-262.
20. Cangelosi, JD., Markham, FS., Bounds, WT., (1998), «*FUCKTORS RELATED TO NURSERETATION AND TURN OVER: An updated study*», Health Mark Quartently, σελ.25-43.
21. Rogers, CA., (1985), «*RECORDING MODELS OF DEPRESSION*», In : Rogers CA, Ulsafer – Van Lanen J. eds. Nursing interventions in depression. London: Grune and Stratton, σελ. 1 – 12
22. Maurer, FA., (1986), Acute depression : «*TREATMENT AND NURSING STRATEGIES FOR THIS AFFECTIVE DISORDER*» Nurs Clin North Am, σελ.413 – 427
23. Maecy, JC., (1987), «*Depression : IT HAPPENED TO ME! PRESPECT PSYCHIART CARE*», σελ. 25 – 30
24. Jambunathan, J., (1996), «*DEPRESSION: DEALING WITH THE DARKNESS. Prespevt Psychiatr Care*», σελ. 26 – 29
25. Ραγιά, Α., (1991), «*ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ – ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΕΣ ΠΑΡΑΔΟΣΕΙΣ*», Αθήνα: Τμήμα Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Αθηνών, σελ: 63
26. Bruss, C., (1988), «*NURSING DIAGNOSIS OF HOPELENESS. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*», σελ. 28 – 31

27. Shneidman, ES., (1993), «*SOME CONTRONERSIES IN SUICIDOLOGY: TOWARD A MENTALISTIC DISCIPLINE. Suiside and Life – Threatening Behavior*», σελ.292 – 298
28. Buckwalter, KC., Abraham, I., (1987), «*ALLEVIATING THE DISCHARGE CRISIS : THE EFFECTS OF COGNITIVE – BEHAVIOURAL NURSING INTERVENTION FOR DEPRESSED PATIENTS AND THEIR FAMILIES*», Arch Psychiatr Nurs, σελ. 350
29. Varcarolis, EM., (1990), «*FOUNDATIONS OF PSYCHIATRIC MENTAL HEALTH NURSING*», Philadelphia, Saunders, σελ. 446, 476
30. Doengers, ME., Townsend, MC., Moorhouse, MF., (1989), «*PSYCHIATRIC CARE PLANS. GUIDELINES FOR CLIENT CARE*», Philadelphia, Davis, σελ. 249
31. Fortinash, KM., Holoday – Worret, PA., (1991), «*PSYCHIATRIC NURSING CARE PLANS*» St. Louis, Mosby, σελ. 46 – 47
32. Χριστοδούλου, Γ.Ν., (1987), «*Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΨΥΧΟΦΑΡΜΑΚΩΝ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ*», ΙΑΤΡΙΚΗ, σελ.277 – 279
33. Καπρίνης, Γ., (1991), «*ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ, ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ, ΨΥΧΑΝΑΛΥΣΗ: ΣΚΕΨΕΙΣ ΠΑΝΩ ΣΤΙΣ ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΚΑΙ ΣΤΙΣ ΟΜΟΙΟΤΗΤΕΣ*», Ψυχολογικά θέματα, σελ. 197 – 201
34. www.google.gr/K.E.Π.Υ.Ε. - Κέντρο Πρόληψης Και Υγείας Των Εφήβων, Ι. Τσιαντής, ημερομηνία: 13/8/2006