

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ :ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ – ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ



ΣΠΟΥΔΑΣΤΗΣ : ΛΑΜΠΙΡΗΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ

ΕΠΟΠΤΕΥΟΥΣΑ : ΛΕΦΑ ΒΑΡΒΑΡΑ

ΠΑΤΡΑ 2009

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	3
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	5
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο	7
Κατάθλιψη.....	7
1.1. Τι σημαίνει ο όρος κατάθλιψη	7
1.2 Επιδημιολογικά χαρακτηριστικά της κατάθλιψης.....	7
1.3 Επιδημιολογικά χαρακτηριστικά στον ελληνικό χώρο	10
1.4 Γιατί η κατάθλιψη εμφανίζεται συχνότερα στις γυναίκες	11
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο	13
Τι προκαλεί την κατάθλιψη;.....	13
2.1 Τα αίτια της κατάθλιψης.....	13
2.2 Αίτια κατάθλιψης στην παιδική και εφηβική ηλικία.....	16
2.3 Αίτια της κατάθλιψης στην τρίτη ηλικία.	18
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο	21
Συμπτωματολογία – Ταξινόμηση και Διάγνωση – Μορφές κατάθλιψης	21
3.1 Συμπτώματα της κατάθλιψης.....	21
3.2.Ταξινόμηση & Διάγνωση.....	21
3.2.1 Διάγνωση εφηβικής κατάθλιψης.....	25
3.2.2 Διάγνωση της κατάθλιψης των ηλικιωμένων.	27
3.3. Μορφές κατάθλιψης	27
3.4. Ειδικές μορφές κατάθλιψης.....	32
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο	34
Αυτοκτονία	34
4.1.Γενικά.....	34
4.2 Απόπειρες αυτοκτονίας και κατάθλιψη	35
4.3. Παράγοντες που συνδέονται με την αυτοκτονία	37
4.4. Νοσηλευτικοί σκοποί, αρχές και παρεμβάσεις.....	38
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο	40
Διατροφή – Ύπνος και κατάθλιψη	40
5.1 Διατροφή και κατάθλιψη	40
5.2 Ύπνος και κατάθλιψη.....	41
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο	44
Θεραπεία.....	44
6.1 Θεραπεία της κατάθλιψης.....	44
6.2 Η φαρμακοθεραπεία	45

6.3 Ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ECT)	49
6.4 Φωτοθεραπεία.....	50
6.5 Ψυχοθεραπείες.....	51
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο.....	55
Νοσηλεία καταθλιπτικού ασθενούς.....	55
7.1 Γενικά.....	55
7.2 Νοσηλευτικοί σκοποί / κριτήρια και παρεμβάσεις	56
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8^ο.....	66
Νοσηλευτικές ευθύνες κατά τη χορήγηση αντικαταθλιπτικών Φαρμάκων.....	66
8.1 Εισαγωγή	66
8.2. Παρενέργειες των φαρμάκων και νοσηλευτικές ευθύνες	67
8.3 Νοσηλευτική φροντίδα αρρώστου που υποβάλλεται σε ηλεκτροσπασμοθεραπεία. ..	68
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9^ο.....	70
Αποκατάσταση	70
9.1 Ορισμός.....	70
9.2 Οι φάσεις της αποκατάστασης των ψυχικά αρρώστων	70
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ :	72

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η Κατάθλιψη αποτελεί την πιο συχνή συναισθηματική διαταραχή στο Δυτικό κόσμο και την πιο συχνή αιτία αυτοκτονίας αν δεν διαγνωστεί και δεν αντιμετωπιστεί έγκαιρα.

Αν και τα αίτια της κατάθλιψης είναι γνωστά και ποικίλλουν, ωστόσο υπάρχουν ενδείξεις ότι παράγοντες του περιβάλλοντος όπως είναι οι διατροφικές συνήθειες, αυξάνουν τη συχνότητά της. Όσον αφορά τα συμπτώματα που οδηγούν το γιατρό στην διαγνωστική προσέγγιση της κατάθλιψης είναι διάφορα και περιλαμβάνουν: αισθήματα θλίψης, ευερεθιστότητα, απώλεια ενδιαφέροντος σε συνήθειες δραστηριότητες, αισθήματα μηδαμινότητας, ενοχή ή σκέψεις αυτοκτονίας ή θανάτου. Μπορεί να παρατηρηθεί επίσης δυσκολία στον ύπνο, υπερβολική ανησυχία και ξύπνημα νωρίς το πρωί. Τα συμπτώματα σε κάθε ηλικία διαφέρουν.

Οι καταθλιπτικές μορφές διαφέρουν και τα συμπτώματα που τις χαρακτηρίζουν δεν συνάδουν πολλές φορές με τα κοινά συμπτώματα της κατάθλιψης.

Θεραπευτικά δίδεται φαρμακευτική αγωγή καθώς και εναλλακτικές θεραπευτικές μεθόδους πολλές φορές σε συνδυασμό μεταξύ τους όπως η ψυχοθεραπεία, ηλεκτροσπασμοθεραπεία κ.α.

Η επιλογή της κατάλληλης θεραπείας είναι μια εξατομικευμένη διεργασία που εξαρτάται όχι μόνο από την σοβαρότητα και τον τύπο της κατάθλιψης, αλλά και από τις περιστάσεις της ζωής του ασθενούς και τις ιατρικές συστάσεις.

Εν κατακλείδι η κατάθλιψη δεν είναι διανοητική ασθένεια, αλλά μία, αλλοίωση της ψυχικής κατάστασης τόσο βαθιά που απαιτεί την παρέμβαση θεραπευτή.

Επιπλέον η συμβολή του νοσηλευτή στην φροντίδα – παρέμβαση ατόμων που πάσχουν από αυτήν την διαταραχή θεωρείται σπουδαία για την αποτελεσματική θεραπεία και αποκατάσταση αυτών ώστε να παραμείνουν ο εαυτός τους όσο το δυνατόν περισσότερο.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η κατάθλιψη περισσότερο από κάθε άλλη ψυχική διαταραχή αποτελεί ένα φαινόμενο το οποίο έχει απασχολήσει την κοινωνία σε μεγάλο βαθμό και η οποία είναι πολύ συχνή από την αρχαιότητα. Μπορούν να βρεθούν πολλά αρχαία κείμενα με περιγραφές αυτού που σήμερα ονομάζουμε διαταραχή της διάθεσης. Η ιστορία του Βασιλιά Σαούλ, στην Παλαιά Διαθήκη, όπως και η ιστορία της αυτοκτονίας του Αίαντα, στην Ιλιάδα, περιγράφουν σύνδρομο κατάθλιψης. Περίπου στο 400π.Χ. ο Ιπποκράτης χρησιμοποίησε τους όρους "μανία" και "μελαγχολία" προκειμένου να περιγράψει ψυχικές διαταραχές. Γύρω στο 30μ.Χ. ο Aulus Cornelius Celsus περιέγραψε την μελαγχολία, στο έργο του *De re medicina*, σαν μια από μέλαινα χολή προκαλούμενη κατάθλιψη. Ο όρος συνέχισε να χρησιμοποιείται και από άλλους ιατρικούς συγγραφείς συμπεριλαμβανομένων του Αρεταίου (120-180 μ.Χ.), του Γαληνού (129-199 μ.Χ.) και του Αλέξανδρου από τις Τράλλεις τον 6^ο αιώνα. Ο Εβραίος γιατρός του 12^{ου} αιώνα Μαμωνίδης θεωρούσε τη μελαγχολία ως διακριτή νοσολογική οντότητα. Το 1686 ο Bonet περιέγραψε μια ψυχική νόσο, την οποία ονόμασε *maniacomelancholicus* (Kaplan, Sadock, Grebb, 2000, σελ. 764-765).

Στην σημερινή εποχή η διαταραχή αυτή έχει πάρει τεράστιες διαστάσεις ιδιαίτερα στις δυτικές χώρες. Γενικά έχει εκτιμηθεί ότι ο αριθμός των ατόμων που υποφέρουν από κατάθλιψη μπορεί να υπερβαίνει και τα 100 εκατομμύρια.

Από κατάθλιψη μπορεί να νοσήσει κάθε άνθρωπος καθώς δεν υπολογίζει ούτε την κοινωνική θέση ούτε τον πλούτο. Σύμφωνα με ιστορικές μαρτυρίες, πολλές διάσημες προσωπικότητες υπέφεραν από αυτήν. Ο βασιλιάς Σολομώντας, ο Αβραάμ Λίνκολν, ο Ουϊνστον Τσόρτσιλ και ο Φιλανδός συνθέτης Γιαν Σιμπέλιους είναι γνωστά παραδείγματα (Paul Gilbert 1999, σελ. 39).

Από τα δύο φύλλα η μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης είναι στις γυναίκες. Έχει διαπιστωθεί ότι στην διάρκεια της ζωής τους στο 20% των γυναικών και στο 12% των ανδρών θα εμφανιστεί καταθλιπτικό επεισόδιο, ενώ το 10% των γυναικών και μόλις το 5,8% των ανδρών θα νοσήσουν μέσα σε ένα έτος.

Το κύριο χαρακτηριστικό της που έχει τεράστια κλινική σημασία είναι η πολυμορφία της, δηλαδή η ιδιότητά της να εκφράζεται κλινικά όχι με το χαρακτηριστικό της σύμπτωμα της έντονης και παρατεταμένης θλίψης, αλλά με ποικίλους άλλους τρόπους. Για αυτό λέγεται ότι η κατάθλιψη είναι πρωτεύική νόσος (μοιάζει με το μυθικό γέροντα Πρωτέα που μπορούσε να μεταμορφωθεί σε οτιδήποτε), (Χριστοδούλου Γ.Ν., 2000, σελ.313).

Γενικά είναι σημαντικό να συνεκτιμηθεί ότι οι απώλειες και αποχωρισμός σε κοινωνικό, οικονομικό και διαπροσωπικό επίπεδο είναι πολύ σημαντικές στην εκδήλωση κατάθλιψης και για αυτό οι διάφορες θεωρητικές προσεγγίσεις επικεντρώνονται άλλοτε στη συμβολική απώλεια, στο άγχος, στη χαμηλή αυτοεκτίμηση, στα αισθήματα ανικανότητας και έλλειψης ελπίδας και άλλοτε στους κοινωνικούς ρόλους, στην επιβράβευση και στην ενίσχυση (Κλεφταράς Γ., 1998).



Εικόνα 1. (http://4.bp.blogspot.com/_AArlcNbIJME/SFYz9raz8hI/AAAAAAAAANs/iOIC9-R6Khc/s320/depression10.jpg)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

Κατάθλιψη

1.1. Τι σημαίνει ο όρος κατάθλιψη

Η λέξη κατάθλιψη προέρχεται από το ρήμα «καταθλίβω», που μπορεί να σημαίνει «καταπιέζω» ή «ζουλώ» (πιέζω κάτι πάνω σε κάτι άλλο) αλλά και στεναχωρώ, «συγκινώ». Ο όρος πρωτοχρησιμοποιήθηκε στα ελληνικά από τον Πλούταρχο για να δηλώσει ψυχική διάθεση («το πνεύμα του καταθλίψαντος» Πλούταρχος Η.Θ. 1331). Στα αγγλικά ο αντίστοιχος όρος είναι «depression», από το λατινικό ρήμα «deprimere» δηλαδή καταθλιπτικός έχει διαφορετικές σημασίες ανάλογα με τα συμφραζόμενα : μελαγχολικός (για τον καιρό), πεσμένη (για την αγορά), βαθουλωμένο (για το έδαφος) και φυσικά κακή (ψυχολογική διάθεση) (Paul Gilbert., 1999 σελ.40).

Στην ψυχιατρική ο όρος κατάθλιψη υποδηλώνει μια συγκεκριμένη νόσο, δηλαδή, μια διαταραχή η οποία προκαλεί έναν συνδυασμό συμπτωμάτων που δεν συναντάται σε άλλη νόσο (οι γιατροί συνηθίζουν να ονομάζουν αυτούς τους συνδυασμούς συμπτωμάτων, που εμφανίζονται μαζί πολύ πιο συχνά από ότι θα περίμενε κανείς μόνο από την τύχη, ως σύνδρομα). Ένα από τα χαρακτηριστικά του συνδρόμου της κατάθλιψης είναι και η άσχημη διάθεση και για αυτό το σύνδρομο ονομάστηκε έτσι (http://katathlipsis.gr/index.php?option=com_content&task=section&id=6&itemid=51 17/5/2009).

1.2 Επιδημιολογικά χαρακτηριστικά της κατάθλιψης

Σειρά επιδημιολογικών ερευνών μέχρι το 1979 στο γενικό πληθυσμό έχουν δείξει ότι οι ψυχώσεις συναισθηματικού τύπου εμφανίζουν μία επικράτηση (prevalence) 0,3% για ένα διάστημα δύο εβδομάδων μέχρι δώδεκα μηνών. Η επικράτηση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε 4 μεγάλες επιτόπιες έρευνες

εμφανίζει πολύ υψηλότερα ποσοστά, που βρέθηκαν να κυμαίνονται από 8,7% έως το 20,1%.

Οι γυναίκες υποφέρουν από καταθλιπτικά συμπτώματα σε πολύ υψηλότερα ποσοστά από τους άνδρες. Στην κατηγορία «μείζων καταθλιπτικό επεισόδιο», τα ποσοστά επικράτησης σε πέντε περιοχές των Η.Π.Α. κυμάνθηκαν από 1,5-2,6%. Με την εφαρμογή του ερωτηματολογίου PSE και του ταξινομικού συστήματος *catago* σε τρεις έγκυρες επιτόπιες επιδημιολογικές έρευνες, τα ποσοστά επικράτησης καταθλιπτικών νοσολογικών οντοτήτων κυμάνθηκαν από 6,2-7%.

Η σχετικά πρόσφατη μεγαλύτερη επιτόπια (field) ψυχιατρική επιδημιολογική έρευνα στη Δύση, που έγινε σε πέντε περιοχές των Η.Π.Α. με δείγμα 18000 ατόμων και με την ονομασία "Epidemiological Catchment area", απέδειξε ότι η μηνιαία επικράτηση της μείζονος κατάθλιψης με κριτήρια του DSM-III είναι 2,2%. Η επικράτηση επεισοδίων μανίας βρέθηκε πολύ μικρότερη για ένα διάστημα ενός μήνα (0,4%), 6 μηνών (0,5%) και όλη τη ζωή (0,8%). Ως προς τη δυσθυμία, τα ποσοστά επικράτησης βρέθηκαν να είναι τα ίδια για όλες τις περιόδους (3,3%).

Η ετήσια επίπτωση (incidence) του συνόλου των συναισθηματικών διαταραχών στην παραπάνω έρευνα βρέθηκε να είναι 1,6%. Οι Hagnell et al δημοσίευσαν χαμηλότερα ποσοστά (0,4% για τους άνδρες και 0,7% για τις γυναίκες).

Διαχρονικές τάσεις

Σύμφωνα με τον Blazer επιδημιολογικές έρευνες στις Η.Π.Α., Σουηδία, Γερμανία, Καναδά, έχουν δείξει ότι ομάδες (cohort) δειγμάτων ατόμων που γεννήθηκαν μετά το Β' παγκόσμιο πόλεμο βρέθηκε να εμφανίζουν μεγαλύτερο κίνδυνο νόσησης, από ομάδες δειγμάτων ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας. Δόθηκαν διάφορες ερμηνείες για το εύρημα αυτό, μεταξύ των οποίων εκείνη

των αυξημένων περιβαλλοντικών πιεστικών καταστάσεων, π.χ. ανεργία, υποβάθμιση της ποιότητας ζωής.

Παράγοντες κινδύνου

Πολυπαραγοντικές αναλύσεις έχουν αναδείξει τους παρακάτω συγκεκριμένους παράγοντες κινδύνου νόσησης από συναισθηματικές διαταραχές. Το φύλο δεν διαφοροποιείται στις διπολικές διαταραχές, ενώ οι γυναίκες εμφανίζουν μεγαλύτερη νοσηρότητα από τους άνδρες στις μείζονες καταθλιπτικές διαταραχές (ΜΚΔ). Η φυλή διαφοροποιείται επίσης στις ΜΚΔ οι μαύροι ίσως νοσούν λιγότερο από τους λευκούς. Ως προς την ηλικία, τα νεότερα άτομα εμφανίζουν μεγαλύτερη πιθανότητα νόσησης. Η υψηλότερη κοινωνικο-οικονομική κατάσταση αποτελεί παράγοντα κινδύνου για τα άτομα που νοσούν από διπολικές διαταραχές. Αντίθετα, η χαμηλότερη κοινωνικο-οικονομική κατάσταση ενοχοποιείται στην εμφάνιση της ΜΚΔ. Τα διαζευγμένα άτομα εμφανίζουν μεγαλύτερη προδιάθεση για να νοσήσουν από συναισθηματικές διαταραχές.

Επίσης, τα αρνητικά ψυχοπιεστικά γεγονότα ζωής και η ύπαρξη χρόνιου stress συσχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο νόσησης από ΜΚΔ. Ιδιαίτερη σημασία έχει αποδοθεί στο φαινόμενο της ανεργίας ως προϋπόθεσης για την πυροδότηση συναισθηματικής διαταραχής.

Ο τόπος μόνιμης κατοικίας έχει αναδειχθεί ως παράγων κινδύνου: οι αστικές περιοχές αποτελούν το χώρο όπου η επικράτηση των συναισθηματικών διαταραχών είναι μεγαλύτερη. Τέλος η διαμόρφωση της προσωπικότητας παίζει σημαντικό ρόλο στη μετέπειτα εμφάνιση της κατάθλιψης.

Συννοσηρότητα

Έχει καταφανεί από αρκετές επιδημιολογικές έρευνες ότι η κατάθλιψη συνυπάρχει με ψυχωσικές διαταραχές ως, μεταψυχωσική κατάθλιψη, με εξαρτήσεις από ουσίες και αλκοόλ (Χριστοδούλου, 2005 σελ.24-26).

1.3 Επιδημιολογικά χαρακτηριστικά στον ελληνικό χώρο

Η συχνότητα της νοσηλευτικής νοσηρότητας

Από τις δυνατότητες που προσφέρει η Εθνική Στατιστική Υπηρεσία υπολογίστηκαν τα προτυπωμένα ως προς την ηλικία ποσοστά των αρρώστων που νοσηλεύθηκαν σε όλα τα δημόσια και ιδιωτικά ψυχιατρεία από το 1978 μέχρι το 1993 με την διάγνωση «συναισθηματικές ψυχώσεις». Το 1978 νοσηλεύθηκαν 31,4 άρρωστοι στους 100.000 κατοίκους, ενώ το 1993 οι αντίστοιχοι άρρωστοι ήταν 24,5/100.000. Τα ποσοστά αυτά είναι πολύ μικρότερα από τα αντίστοιχα αρρώστων που αφορούν όλες τις διαγνώσεις, π.χ. 181,6 άρρωστοι/100.000 το 1978 έως 145 άρρωστοι/100.000 το 1993, αφού οι νοσηλευθέντες από συναισθηματικές ψυχώσεις αποτελούντο 13-17% του συνόλου των εξιτηρίων από τα ψυχιατρεία. Οι γυναίκες με τη διάγνωση «συναισθηματική ψύχωση» νοσηλεύθηκαν σε μεγαλύτερα ποσοστά από εκείνα των ανδρών. Ίδια επιδημιολογική εικόνα σε μικρογραφία εμφανίζεται σε δύο δήμους της Αθήνας το 1979 και 1991. Ο αριθμός των εξωτερικών συναισθηματικών αρρώστων βρέθηκε να είναι δεκαπλάσιος εκείνου των νοσηλευόμενων.

Η συχνότητα των περιπτώσεων στο γενικό πληθυσμό

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

Από τις έρευνες αυτές, προκύπτουν τα ακόλουθα συμπεράσματα. Ένα σημαντικό ποσοστό γυναικών και λιγότερο ανδρών, ηλικίας 18-64 ετών στο γενικό πληθυσμό της Ελλάδας, υποφέρει περιστασιακά από την ύπαρξη ενός αριθμού καταθλιπτικών συμπτωμάτων, όπως φάνηκε στις πανελλήνιες έρευνες

του 1978 και 1984, καθώς και σε έρευνες των δύο δήμων της Αθήνας σε ενήλικους και υπερήλικους κατοίκους. Υπάρχει επίσης μια διαχρονική, σημαντική αύξηση των ποσοστών αυτών μεταξύ 1978 και 1984.

Ως προς την επικράτηση των τωρινών καταθλιπτικών επεισοδίων, αυτά υπολογίζονται 3,6% και 5,4% για το 1978 και 1984 αντίστοιχα. Σε μία άλλη έρευνα στους δύο Αθηναϊκούς δήμους, οι συναισθηματικές ψυχώσεις με την 9^η διεθνή ταξινόμηση της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας βρέθηκαν στο 0,5% ενώ η νευρωσική κατάθλιψη και καταθλιπτική αντίδραση έφθασε στο 7,8%. Σε άλλη έρευνα σε ένα δήμο της Αθήνας με την εφαρμογή του PSE/CATEGO, οι καταθλιπτικές οντότητες έφθασαν το 7,4%. Τέλος σε τρεις επιτόπιες έρευνες σε ελληνικούς μεταναστευτικούς πληθυσμούς, τα ποσοστά συναισθηματικών διαταραχών μέσα στο δείγμα της κάθε έρευνας κυμάνθηκαν από 7,7% στην έρευνα της Ν.Υόρκης στο 6,2% στην έρευνα του Λονδίνου και στο 15,2% του επαναπατρισμένων μεταναστών στο νομό Ιωαννίνων.

Ως προς τη διαχρονική εξέλιξη των συναισθηματικών διαταραχών στην κοινότητα, επανεξέταση με SCID το 1994 του αρχικού δείγματος της Β' φάσης της έρευνας του 1980/1981 των δύο δήμων της Αθήνας, έδειξε ότι μόνο δύο άτομα από τα 20 που το 1980/1981 είχαν διαγνωστεί ως πάσχοντα από μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο, βρέθηκαν να εμφανίζουν το 1994 την ίδια νόσηση. Αντίθετα, οι γυναίκες που είχαν διαγνωστεί το 1980/1981 ότι έπασχαν από τη δυσθυμία, το 1994 βρέθηκαν να νοσούν από οργανικές διαταραχές, δυσθυμία, αγχώδεις διαταραχές, ενώ το 40% είχε περιπέσει σε μείζονα κατάθλιψη (Χριστοδούλου Γ.Ν., 2005 σελ. 26-30).

1.4 Γιατί η κατάθλιψη εμφανίζεται συχνότερα στις γυναίκες

Η κατάθλιψη γενικά θεωρείται «γυναικείο πρόβλημα». Πράγματι, τα παρατηρούμενα ποσοστά εμφάνισης της νόσου είναι διπλάσια για τις γυναίκες

σε σύγκριση με τους άνδρες. Παρόλα αυτά η κατάθλιψη είναι μια ασθένεια που προσβάλλει και άντρες και γυναίκες. Πρόσφατες έρευνες δείχνουν ότι οι άνδρες είναι το ίδιο πιθανό να πάθουν κατάθλιψη με τις γυναίκες, αν όχι περισσότερο (http://katathlipsi.gr/index.php?option=com_content&task=section&id=18&itemid=38).

Επίσης όπως αναφέρουν οι Puri και Boyd (2006) οι γυναίκες έχουν διπλάσιες ή και τριπλάσιες πιθανότητες να προσβληθούν από σοβαρό καταθλιπτικό επεισόδιο, σε σχέση με τους άνδρες. Έχουν διατυπωθεί αρκετά πρόχειρα, διάφορες υποθέσεις – μερικές μάλλον απίθανες – σχετικά με αυξημένη ευαισθησία των γυναικών ή ότι οι σύγχρονες γυναίκες ζουν ζωή πιο αγχώδη και περίπλοκη, προσπαθώντας να δημιουργήσουν οικογένεια, να φροντίσουν το σπίτι τους και να κάνουν σταδιοδρομία, οπότε πολλές δεν κατορθώνουν να ανταπεξέλθουν. Η η θεωρία ότι οι γυναίκες αντιδρούν εντονότερα στα τραύματα και τη θλίψη λόγω της αυξημένης ευαισθησίας τους.

Η κατάθλιψη προσβάλλει τις γυναίκες σε αναλογία 2 προς 1 από μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού. Αυτά τα ποσοστά είναι ανεξάρτητα από την εθνικότητα, τη μόρφωση, το εισόδημα και την οικογενειακή κατάσταση, (Καρύδης Χ. (2008) http://www.iatronet.gr/article.asp?art_id=4479 2/5/2009).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

Τι προκαλεί την κατάθλιψη;

2.1 Τα αίτια της κατάθλιψης.

Η αιτιολογία της κατάθλιψης δεν είναι ακριβώς γνωστή. Είναι πλέον σαφές ότι συμμετέχουν πολλοί παράγοντες. Μεγάλη σημασία έχουν οι γενετικοί (δηλαδή η κληρονομικότητα) και οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες (ψυχοπιεστικά γεγονότα της ζωής, απώλεια και πένθος κ.λ.π.) (Κοκκώλης Κ., (2004)

http://www.iatronet.gr/article.asp?art_id=155 (5/5/2009).

Έρευνες ετών έχουν εντοπίσει ορισμένους παράγοντες που φαίνεται να συνδέονται με την εμφάνιση της συγκεκριμένης διαταραχής. Η κατάθλιψη μπορεί να θεωρηθεί ως το τελικό κοινό αποτέλεσμα μιας ποικιλίας παραγόντων που αλληλεπιδρούν με την ιδιοσυστασία κάθε ατόμου. Σύμφωνα με αυτή τη θεώρηση, οι διάφορες ερμηνείες για την αιτιολογία της κατάθλιψης δεν είναι αντικρουόμενες αλλά συμπληρώνουν η μία την άλλη.

Ορισμένοι από τους κυριότερους παράγοντες, που θεωρούνται αίτια της κατάθλιψης, είναι οι εξής :

1.Γενετικοί παράγοντες.

Η πιθανότητα εμφάνισης κατάθλιψης είναι αυξημένη σε ένα άτομο όταν στενοί συγγενείς του έχουν κατάθλιψη και ιδιαίτερα όταν η κατάθλιψη είναι σοβαρή ή χρόνια. Έρευνες έχουν δείξει ότι σε ορισμένες περιπτώσεις η κατάθλιψη οφείλεται σε γενετικούς παράγοντες οι οποίοι μπορεί να κληρονομούνται. Σύμφωνα με αυτές τις έρευνες διάφορα γονίδια εμπλέκονται στη μεταβίβαση χαρακτηριστικών και αυξάνουν την προδιάθεση του ατόμου να εμφανίσει κατάθλιψη.

2.Βιολογικοί παράγοντες

α) Έχει βρεθεί ότι μερικές ασθένειες μπορεί να ευθύνονται για την εμφάνιση της κατάθλιψης. Οι ασθένειες αυτές δρουν στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα και επηρεάζουν την λειτουργία των περιοχών του εγκεφάλου που ρυθμίζουν το συναίσθημα. Τέτοιες παθήσεις είναι οι εξής:

- Παθήσεις του Κ.Ν.Σ., όπως η νόσος του Πάρκινσον, η σκλήρυνση κατά πλάκας, το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο.
- Ενδοκρινικές και μεταβολικές παθήσεις όπως ο υποθυρεοειδισμός.
- Λοιμώξεις που δρουν στο Κ.Ν.Σ., όπως το Aids και η λοιμώδης μονοπυρήνωση.
- Μερικές μορφές καρκίνου (π.χ. παγκρέατος). Διάφορα φάρμακα όπως η κορτιζόνη και ουσίες όπως το αλκοόλ και το χασίς προκαλούν κατάθλιψη. Όπως φαίνεται από τα παραπάνω η διερεύνηση του ιατρικού, ιστορικού ατόμου είναι απαραίτητη για την διάγνωση της κατάθλιψης.

β) Επιστημονικές έρευνες συνδέουν τη λειτουργία των νευροδιαβιβαστών με την κατάθλιψη. Ιδιαίτερα σημαντικός είναι ο ρόλος δύο νευροδιαβιβαστών, της νοραδρεναλίνης και της σεροτονίνης.

3. Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες.

α) Πρώιμες εμπειρίες που συσχετίζονται με κάποια σημαντική απώλεια (π.χ. θάνατος αγαπημένου προσώπου, διαζύγια γονέων) και τις οποίες το άτομο τις βίωσε ως έντονα αρνητικές, πιθανόν το καθιστούν περισσότερο ευάλωτο σε ανάλογες εμπειρίες και αυξάνουν την πιθανότητα να εμφανιστεί κατάθλιψη ως απάντηση σε αυτές.

β) Αρνητικά γεγονότα ζωής όπως θάνατος αγαπημένου προσώπου, διάλυση προσωπικής σχέσης, ανεργία, οικονομικές δυσκολίες, σε συνδυασμό με την

υποκειμενική αίσθηση αδυναμίας αντιμετώπισής τους αυξάνουν τον κίνδυνο για κατάθλιψη.

γ)Ως συνέπεια των παραπάνω το άτομο έχει διαμορφώσει μια αρνητική θεώρηση του εαυτού, του κόσμου και του μέλλοντος. Σύμφωνα με την θεωρία του Beck ο τρόπος με τον οποίο το άτομο με καταθλιπτικόμορφο τρόπο σκέψης αντιλαμβάνεται και αντιμετωπίζει τον κόσμο γύρω του, χαρακτηρίζεται από αρνητικές σκέψεις και αρνητικά συμπεράσματα για την ζωή και τον εαυτό του, τους άλλους και το μέλλον. Πιο συγκεκριμένα, όσον αφορά την αρνητική θεώρηση του εαυτού, το άτομο "βλέπει" τον εαυτό του ως ανεπαρκή, ανάξιο, άχρηστο, ανεπιθύμητο, ελαττωματικό και νιώθει ότι μειονεκτεί σε φυσικά, ψυχολογικά, διανοητικά, ηθικά και κοινωνικά χαρίσματα. Στα πλαίσια της αρνητικής θεώρησης του κόσμου, το άτομο "βλέπει" το περιβάλλον του σαν ιδιαίτερα απαιτητικό και απαγορευτικό στις ατομικές του επιδιώξεις και αισθάνεται πως έχει απορριφθεί από αυτό. Νιώθει τέλος ο κόσμος ότι στερείται νοήματος ή σημασίας και δεν μπορεί να αντλήσει από αυτόν καμία χαρά και ευχαρίστηση. Το άτομο με κατάθλιψη σκέφτεται ότι το μέλλον του θα είναι ζοφερό, αρνητικό χωρίς πιθανότητα να βιώσει ευχάριστες καταστάσεις ή να του συμβούν ευχάριστα πράγματα ή δεν "βλέπει" καθόλου μέλλον (Ευθυμίου Κ., Μαυροειδή, Αθ.Παυλάτου. Ε.Καλαντζή –Αζίζι Α., 2006 σελ. 47-50).



Εικόνα 2. (<http://voices.gr/wp-content/uploads/depression.jpg>)

2.2 Αίτια κατάθλιψης στην παιδική και εφηβική ηλικία.

Η αιτιολογία της κατάθλιψης σε παιδιά και εφήβους φαίνεται ότι είναι πολυπαραγοντική και περιλαμβάνει γενετικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες.

Γενετικοί παράγοντες

Πολλές μελέτες επί ενηλίκων με κατάθλιψη υποδεικνύουν ότι υπάρχουν και γενετικοί παράγοντες για την εκδήλωση των διαταραχών της διάθεσης. Σύμφωνα με τις μελέτες αυτές :

- Η συχνότητα των διαταραχών της διάθεσης σε μονοζυγωτικά δίδυμα είναι 76%, ενώ στα διζυγωτικά είναι 19%. Όταν τα μονοζυγωτικά δίδυμα μεγαλώνουν σε διαφορετικό περιβάλλον, η κατάθλιψη μειώνεται στο 67%. Πιθανολογείται ότι παράγοντες του περιβάλλοντος μπορεί να παίζουν ρόλο στην έκφραση των γενετικών παραγόντων.

- Παιδιά τα οποία έχουν καταθλιπτικούς γονείς, παρουσιάζουν αύξηση της συχνότητας ψυχιατρικών διαταραχών.

- Το ποσοστό επιπολασμού της κατάθλιψης στους συγγενείς πρώτου βαθμού των παιδιών που πάσχουν από κατάθλιψη κυμαίνεται μεταξύ 30% και 50%. Ειδικά οι μητέρες των παιδιών αυτών έχουν υψηλά ποσοστά κατάθλιψης 50% έως 73%.

- Οι νέοι που πάσχουν από κατάθλιψη έχουν συχνά γονείς με υψηλό ποσοστό ψυχοπαθολογίας.

Βιολογικοί παράγοντες

Μερικά από τα κύρια συμπτώματα της κατάθλιψης, όπως οι μεταβολές στην όρεξη και τους ρυθμούς του ύπνου, συνδέονται με λειτουργίες του υποθαλάμου. Ο υποθάλαμος με τη σειρά του συνδέεται στενά με τη λειτουργία της υπόφυσης. Διαταραχές στη λειτουργία της υπόφυσης, όπως η αύξηση της κυκλοφορίας της

κορτιζόνης και ο υπο- ή ο υπερθυρεοειδισμός παρατηρούνται στην κατάθλιψη των ενηλίκων, οι μελέτες όμως σε παιδιά και εφήβους είναι περιορισμένες. Σε ενηλίκους με τάση αυτοκτονίας, έχει παρατηρηθεί συχνά διαταραχή της λειτουργίας του σεροτονεργικού συστήματος, με αποτέλεσμα να είναι παρορμητικοί με έντονες αντιδράσεις. Οπωσδήποτε όμως λίγα είναι γνωστά σχετικά με τη διαταραχή στο μεταβολισμό της σεροτονίνης και της αυτοκτονικής συμπεριφοράς σε παιδιά και εφήβους.

Ψυχοδυναμικοί αιτιολογικοί παράγοντες

Έως τώρα φαίνεται ότι δεν έχει δοθεί η δέουσα σημασία αναφορικά με ψυχολογικούς και βαθύτερους ενδοψυχικούς αιτιολογικούς παράγοντες για την εμφάνιση κατάθλιψης. Ορισμένες από τις υποθέσεις που θα μπορούσαν να αποτελέσουν τη βάση για την ανάπτυξη της κατάθλιψης είναι οι εξής : α) Άλυτες συγκρούσεις και ανικανοποίητες ανάγκες κατά την πρώιμη παιδική ηλικία. Επίσης, οικονομικές και κοινωνικές εντάσεις συνδέονται με την εμφάνιση καταθλιπτικών επεισοδίων στις γυναίκες. β) Η πρώιμη απώλεια σημαντικών προσώπων ή απώλεια σημαντικών άλλων καθώς και οι δυσμενείς εμπειρίες (θάνατος γονέα ή χωρισμός) κατά την παιδική ηλικία και την εφηβεία αυξάνουν τον κίνδυνο κατάθλιψης ή και άγχους. γ) Πρώιμες περιβαλλοντικές ματαιώσεις και απογοητεύσεις ή κακοποίηση, η έκταση της οποίας είναι πέρα από τις δυνατότητες του παιδιού να αντιδράσει, είναι δυνατόν να οδηγήσουν το παιδί, στην προσπάθειά του να ανταπεξέλθει, να πιστέψει ότι το ίδιο είναι υπεύθυνο, κατηγορώντας έτσι τον εαυτό του. Είναι επίσης δυνατόν, ο θυμός λόγω της απογοήτευσης να στραφεί προς τον εαυτό του και έτσι να αναπτύξει κατάθλιψη. δ) Εκθεση σε τραυματικά ή και αρνητικά γεγονότα (π.χ. οικογενειακή βία), καθώς και διαταραγμένες οικογενειακές σχέσεις είτε μέσω αλληλεπιδράσεων με άλλους παράγοντες κινδύνου (π.χ. κατάθλιψη από κάποιον γονέα, αλκοολισμός) είτε λόγω έλλειψης στήριξης του εφήβου από την οικογένειά του ή και προβλημάτων στην επικοινωνία των γονέων με τον έφηβο. ε) Ορισμένοι

ερευνητές έχουν επικεντρωθεί στον εντοπισμό παραγόντων κινδύνου όπως, για παράδειγμα μία υποομάδα καταθλιπτικών νέων έχουν ιστορικό ανασφαλών δεσμών, κάτι που είναι δυνατόν να οδηγήσει σε αρνητική εικόνα για τον εαυτό τους και έτσι να μεγαλώσει ο κίνδυνος για την εμφάνιση κατάθλιψης. Η συστηματική μελέτη των παραπάνω είναι δυνατόν να προσφέρει μεγαλύτερη κατανόηση της πολυπλοκότητάς τους και να οδηγήσει στη θεραπεία συγκεκριμένων υποομάδων με κατάθλιψη.

Μία άλλη θεωρία η οποία έχει ψυχολογική βάση, στηρίζεται στις γνωσιακές θεωρίες (cognitive theories). Η κύρια ιδέα, της θεωρίας, αυτής είναι ότι τα καταθλιπτικά άτομα αναπτύσσουν παραμορφωμένη αντίληψη του κόσμου, όπως για παράδειγμα ότι τα πράγματα δεν θα πάνε καλά, η οποία αντίληψη οφείλεται σε προηγούμενες κακές εμπειρίες.

Σε άλλες περιπτώσεις ορισμένα άτομα έχουν την ετοιμότητα να κατηγορήσουν τον εαυτό τους για αρνητικά γεγονότα. Για παράδειγμα, ότι τα προβλήματα στην οικογένεια οφείλονται σε αυτά. Τα άτομα αυτά επίσης θεωρούν ότι μια αρνητική εμπειρία είναι μέρος μιας σειράς από αρνητικά γεγονότα, ("κάθε τι που κάνω είναι λάθος"). Αυτά τα απαισιόδοξα άτομα, συνηθίζουν να παίρνουν χαρακτηριστικά αρνητική στάση, ακόμη και για θετικά γεγονότα (π.χ. ότι είναι το αποτέλεσμα, των προσπαθειών κάποιου άλλου, ότι είναι μεμονωμένα γεγονότα και ότι είναι απίθανο να ξανασυμβούν. Όταν το παιδί βρίσκεται σε δύσκολες συνθήκες, αυτή η παραμορφωμένη αντίληψη (disturbed negative cognition) εμφανίζεται και οδηγεί σε κατάθλιψη. Σε αυτή τη θεωρία της κατάθλιψης στηρίζεται η γνωσιακή θεραπεία της κατάθλιψης (Κωνσταντινόπουλος Α., 2007, σελ. 170-172).

2.3 Αίτια της κατάθλιψης στην τρίτη ηλικία.

Στην διάρκεια της μεγάλης ηλικίας, τα δυσάρεστα γεγονότα είναι λίγο ως πολύ αναμενόμενα για αυτό και οι περισσότεροι ηλικιωμένοι τα αντιμετωπίζουν

με ψυχραιμία. Ο Murphy (1982) υποστηρίζει ότι η εγκαθίδρυση της κατάθλιψης σχετίζεται με κάποιον από τους ακόλουθους παράγοντες : σοβαρά γεγονότα της ζωής, κακή υγεία, μείζονες κοινωνικές δυσκολίες. Πάνω από όλα όμως, ο μείζων παράγων που επηρεάζει την έλευση της ψυχικής διαταραχής είναι ο τρόπος με τον οποίο σκέπτονται για αυτά τα σημαντικά γεγονότα.

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

1. **Μη ρεαλιστικές προσδοκίες.** Για παράδειγμα, το άτομο που νομίζει ότι με τη σύνταξη θα απαλλαγεί από τους περιορισμούς και τις πιέσεις, που ως εργαζόμενος είχε υποστεί και θα εισέλθει σε κάποιο παράδεισο διαψεύδεται οικτρά.

2. **Απόδοση υπερβολικού νοήματος σε καθημερινά γεγονότα.** Για παράδειγμα η ηλικιωμένη που νομίζει ότι οι γειτόνισσες την σχολιάζουν, οι φίλες την αποφεύγουν και τα παιδιά της παραλείπουν να την επισκεφθούν, κινδυνεύει να πιστέψει ότι όλα αυτά είναι γεγονότα της πραγματικότητας.

3. **Αξίες τις οποίες θεωρεί ξεπερασμένες, άρα συνιστούν απαξίες.** Για παράδειγμα : «Μόνο ως εργαζόμενος αξίζεις κάτι για την κοινωνία», «Από τώρα και για την υπόλοιπη ζωή μου όλοι θα με θεωρούν γέρο». Όλα αυτά συνιστούν γνωσίες που δεν αποδίδουν τιμή, περηφάνια και αξία στον ηλικιωμένο, αφού απηχούν κοινωνικές απαξίες.

Εκτός από τις πρωτογενείς καταθλιπτικογενείς γνωσίες, ο ηλικιωμένος αναπτύσσει και δευτερογενή συμπτώματα κατάθλιψης. Οι ηλικιωμένοι που «βομβαρδίζουν» το συναίσθημά τους με καταθλιπτικογενείς γνωσίες, αργά ή γρήγορα, αποκτούν αίσθημα κατωτερότητας και χαμηλό αυτοσυναίσθημα.

Οι περισσότεροι ηλικιωμένοι έχουν την τάση να κάνουν απολογισμό του παρελθόντος και σκέπτονται έντονα το παρόν, διατυπώνοντας αξιολογικές

κρίσεις. Εάν η συνολική εκτίμηση των καταστάσεων είναι θετική, τότε ηρεμούν και δεν αναπτύσσουν αρνητικές γνωσίες. Εάν όμως η συνολική εκτίμηση είναι αρνητική, τότε εμφανίζονται ευάλωτοι στην εισβολή καταθλιπτικογενών γνωσιών (Παγαροπούλου Α. , 2000).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

Συμπτωματολογία – Ταξινόμηση και Διάγνωση – Μορφές κατάθλιψης

3.1 Συμπτώματα της κατάθλιψης

Τα συμπτώματα που βοηθούν ένα γιατρό στον εντοπισμό της κατάθλιψης περιλαμβάνουν :

Σταθερά αισθήματα θλίψης, ευερεθιστότητα, μείωση ενδιαφέροντος ή ευχαρίστησης σε συνήθειες δραστηριότητες ή χόμπι, απώλεια ενέργειας, αίσθημα κόπωσης παρά την έλλειψη δραστηριότητας, αλλαγή στην όρεξη με σημαντική απώλεια βάρους ή αύξηση βάρους, αλλαγή στις συνήθειες του ύπνου, όπως είναι η δυσκολία στον ύπνο, ξύπνημα νωρίς το πρωί, υπερβολική ανησυχία στον ύπνο, μειωμένη ικανότητα να λαμβάνει αποφάσεις, αισθήματα μηδαμινότητας, απελπισία, ενοχή ή σκέψεις αυτοκτονίας ή θανάτου (ανθρωποκτονικός ιδεασμός), (http://www.depression.com/types_of_depression.html 25/5/2009).

3.2. Ταξινόμηση & Διάγνωση

Σκοπός της ταξινόμησης είναι η ένταξη των ψυχικών διαταραχών σε κατηγορίες με βάση τα κοινά τους χαρακτηριστικά. Πολλές φορές η ταξινόμηση θεωρείται όρος εναλλακτικός για τη διάγνωση. Υπάρχει πράγματι επαλληλία των δύο αυτών εννοιών. Άλλο όμως ταξινόμηση και άλλο διάγνωση. Η ταξινόμηση αφορά διαταραχές, ενώ η διάγνωση αφορά αρρώστους (Χριστοδούλου Γ.Ν. , 2000^α σελ. 102).

Υπάρχουν δύο συστήματα ταξινόμησης (το σύστημα ταξινόμησης ICD-10 και DSM-IV). Σύμφωνα με το σύστημα ICD-10 του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας που δημοσιεύθηκε το 1992, η κατάθλιψη υπάγεται στις "διαταραχές της διάθεσης (συναισθηματικές διαταραχές)".

Στις “διαταραχές της διάθεσης” δεν υπάρχουν πλέον οι όροι “νευρωσική κατάθλιψη” και “ενδογενής κατάθλιψη”, με τους οποίους ήταν όλοι οι κλινικοί ψυχίατροι εξοικειωμένοι. Υπάρχει όμως στενή αντιστοιχία των τύπων αυτών κατάθλιψης με άλλους τύπους διαφόρων μορφών και βαθμών βαρύτητας της κατάθλιψης.

Οι διαταραχές της διάθεσης κωδικοποιούνται στην κατηγορία F30 – F39 και στην κατηγορία αυτή υπάγονται οι παρακάτω “διαταραχές”.

F30 Μανιακό επεισόδιο

F31 Διπολική συναισθηματική διαταραχή

F32 Καταθλιπτικό επεισόδιο

F33 Υποτροπιάζουσα καταθλιπτική διαταραχή

F34 Επίμονες διαταραχές της διάθεσης

F38 Άλλες διαταραχές της διάθεσης

F39 Μη καθοριζόμενες διαταραχές της διάθεσης

Για τη διάγνωση της διπολικής συναισθηματικής διαταραχής είναι απαραίτητη η ύπαρξη (δηλ. τουλάχιστον δύο) επεισοδίων και το κάθε επεισόδιο πρέπει να διαρκεί, τουλάχιστον δύο εβδομάδες.

Η αντιδραστική κατάθλιψη, σύμφωνα με το ICD-10, περιλαμβάνεται στα νοσολογικά πλαίσια της υποτροπιάζουσας καταθλιπτικής διαταραχής (F33), ενώ η νευρωσική κατάθλιψη (με διάρκεια μεγαλύτερη των δύο ετών) κατηγοριοποιείται στα πλαίσια των επίμονων διαταραχών της διάθεσης (F34), προσεγγίζοντας εννοιολογικά τη δυσθυμία (F34.1). Στα πλαίσια των επίμονων διαταραχών της διάθεσης (F34), εκτός από τη δυσθυμία περιλαμβάνεται και η κυκλοθυμία. Οι καταστάσεις αυτές ταξινομήθηκαν στην κατηγορία αυτή (και όχι στις διαταραχές της προσωπικότητας) λόγω των ενδείξεων για γενετική τους

σχέση με τις αισθηματικές διαταραχές και επειδή μερικές φορές ανταποκρίνονται στις ίδιες θεραπευτικές προσεγγίσεις.

Το "διαγνωστικό και στατιστικό εγχειρίδιο των ψυχικών διαταραχών" της Αμερικάνικης Ψυχιατρικής Εταιρείας (DSM-IV), που δημοσιεύθηκε το 1994, διαχωρίζει τις συναισθηματικές διαταραχές κυρίως στις παρακάτω κατηγορίες :

1. Μείζων καταθλιπτική διαταραχή

(Όπου υπάρχει μόνο ένα καταθλιπτικό επεισόδιο ή στερεότυπα επαναλαμβάνονται μόνο καταθλιπτικά επεισόδια). (296.3).

2. Διπολική διαταραχή τύπου I

(Όπου υπάρχει μόνο ένα μανιακό επεισόδιο και εναλλάσσονται καταθλιπτικά με μανιακά επεισόδια ή στερεότυπα επαναλαμβάνονται μόνο μανιακά επεισόδια).

3. Δυσθυμική διαταραχή (300.4)

(Που χαρακτηρίζεται από συμπτώματα μικρότερης βαρύτητας από τα επεισόδια της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής).

4. Κυκλοθυμική διαταραχή (301.13)

(Που χαρακτηρίζεται από μικρότερης βαρύτητας από αυτά της διπολικής διαταραχής τύπου I).

5. Διπολική διαταραχή τύπου II (296.86)

(Που χαρακτηρίζεται από εναλλαγή μείζονων καταθλιπτικών επεισοδίων με επεισόδια υπό μανίας).

6. Καταθλιπτική διαταραχή μη προσδιοριζόμενη διαφορετικά (311)

Στην κατηγορία αυτή υπάγονται κυρίως :

1. Η προεμμηνουρυσιακή δυσφορική διαταραχή.

2. Η ελάσσων καταθλιπτική διαταραχή (όπου τα συμπτώματα δεν έχουν την ίδια βαρύτητα με αυτά της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής).

3. Η υποτροπιάζουσα βραχεία καταθλιπτική διαταραχή (όπου τα συμπτώματα είναι μεν ικανής βαρύτητας, δεν διαρκούν όμως αρκετά ώστε να πληρούν τα κριτήρια της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής).

4. Η μεταψυχωτική καταθλιπτική συνδρομή.

Υπάρχουν, εμφανείς ομοιότητες ανάμεσα στα δύο βασικά ταξινομικά συστήματα, το ICD-10 και το DSM-IV, όπως υπάρχουν και πολλές διαφορές.

Υπάρχει κάποια δυσκολία εξοικείωσης των ψυχιάτρων με τις αμιγώς περιγραφικές αυτές θεωρήσεις που οδηγούν σε συνδρομικές κατατάξεις. Οι κατατάξεις αυτές χρησιμοποιούν τον αμφιλεγόμενο όρο "διαταραχή" και καταργούν τους όρους ψύχωση και νεύρωση, που βοηθούσαν στον κλινικά χρήσιμο αδρό διαχωρισμό των ψυχικών παθήσεων.

Ωστόσο, παρά την προσπάθεια κατάργησης των όρων ψύχωση και νεύρωση, οι όροι αυτοί επανεισάγονται κατά κάποιο τρόπο, από το παράθυρο μια που χρησιμοποιούνται έμμεσα (π.χ. στο DSM-IV χρησιμοποιείται η νοσολογική έννοια "μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο με ψυχωσικά χαρακτηριστικά").

Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι η υιοθέτηση ενός κοινού ταξινομικού συστήματος (μιας κοινής γλώσσας) αποτελεί ένα σημαντικό βήμα προόδου στην επικοινωνία.

Ωστόσο, η χρησιμοποίηση διεθνώς δύο ταξινομικών συστημάτων και κυρίως οι συχνές τροποποιήσεις, και αναθεωρήσεις των ταξινομικών συστημάτων, δημιουργούν μεγάλη σύγχυση. Έτσι αντί να αποκτήσουμε μια "κοινή γλώσσα", όπως επαγγέλλονται οι εμπνευστές των ταξινομικών συστημάτων, υπάρχει κίνδυνος να δημιουργήσουμε ένα σύγχρονο πύργο της Βαβέλ στην επικοινωνία.

Θα πρέπει, λοιπόν, κάποτε α)να ενοποιηθούν τα δύο βασικά ταξινομικά συστήματα β)να παγιωθεί για πολλά χρόνια το ενοποιημένο σύστημα που θα

προκύψει και γ)να αναθεωρείται με φειδώ και μόνο όταν υπάρχει σοβαρός λόγος αναθεώρησης (Χριστοδούλου Γ.Ν., 2005 σελ. 16-18).

3.2.1 Διάγνωση εφηβικής κατάθλιψης

Στο Αμερικανικό Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο για τις ψυχιατρικές ασθένειες, το λεγόμενο εν συντομία DSM-IV που συμφωνεί βασικά με το διεθνές σύστημα ταξινόμησης ταξινομεί την κατάθλιψη σε :

1. Μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο (ΜΚΕ),
2. Δυσθυμία,
3. Διαταραχή προσαρμογής με καταθλιπτικά στοιχεία.

Τα κριτήρια ταξινόμησής της είναι τα ίδια για τους ενήλικους και για τα παιδιά και για τους εφήβους.

Για τη διάγνωση ενός ΜΚΕ πρέπει να είναι παρόντα πέντε από τα παρακάτω κριτήρια καθημερινά επί δύο εβδομάδες :

- 1.Καταθλιπτική διάθεση
2. Έλλειψη ευχαρίστησης με οτιδήποτε.
3. Μείωση ή αύξηση βάρους, απώλεια ή αύξηση όρεξης.
4. Αϋπνία ή τάση για ύπνο.
5. Ψυχοκινητική διέγερση ή αναστολή.
6. Κόπωση, μείωση ενεργητικότητας.
7. Συναισθήματα αναξιοπιστίας ή υπερβολικής ενοχής.
8. Μειωμένη ικανότητα σκέψης, συγκέντρωσης και αναποφασιστικότητας.
9. Αυτοκτονικός ιδεασμός, συχνός, αόριστος ή συγκεκριμένος.

Η βαρύτητα της διαταραχής μπορεί να είναι ελαφριά, μέτρια ή σοβαρή. Το ΜΚΕ αλλάζει κάπως μορφή ανάλογα με την ηλικία. Η υπερβολική τάση για

ύπνο συναντάται περισσότερο στους εφήβους και ακόμη περισσότερο στους ενήλικους. Μερικές φορές αναπτύσσονται και παραληρητικές ιδέες.

Η απώλεια της όρεξης δεν ανευρίσκεται τόσο συχνά στα παιδιά όσο στους εφήβους. Επίσης εμφανίζονται σκέψεις αυτοκτονίας περισσότερο στους εφήβους που έχουν κατάθλιψη από ότι στα παιδιά. Παρατηρούνται ψυχοσωματικά ενοχλήματα (πονοκέφαλοι, πόνοι στο στομάχι, πόνοι στα άκρα).

Η δυσθυμία χαρακτηρίζεται από καταθλιπτική διάθεση, η ευερεθιστότητα, που έχουν διάρκεια πέραν του ενός χρόνου. Τα μεσοδιαστήματα, τα ελεύθερα συμπτώματα δεν θα πρέπει να ξεπερνούν τους δύο μήνες. Για να διαγνωστεί θα πρέπει να υπάρχουν πέραν της καταθλιπτικής διάθεσης και δυο από τα επόμενα συμπτώματα :

1. Αλλαγές στην όρεξη.
2. Αλλαγές στον ύπνο.
3. Μειωμένη δραστηριότητα.
4. Χαμηλή αυτοεκτίμηση.
5. Δυσκολία στη λήψη αποφάσεων και δυσκολία συγκέντρωσης.
6. Συναισθήματα απελπισίας.

Η δυσθυμία είναι μια χρόνια κατάσταση, η οποία παλιότερα καλείτο καταθλιπτική νεύρωση. Παιδιά που έχουν δυσθυμία μπορεί να αναπτύξουν και ΜΚΕ και τότε θεωρείται ότι έχουν διπλή κατάθλιψη. (Ντολατζιάς Θ. , 2005 σελ. 84-86).

Επιλογικά σύμφωνα με τον Βασιλικό (2004) η διάγνωση των σοβαρών συναισθηματικών διαταραχών στη εφηβεία αρκετές φορές γίνεται με κάποια καθυστέρηση, γιατί, σε αντίθεση με τα συμπτώματα των ενηλίκων, τα συμπτώματα των εφήβων συχνά συγκαλύπτονται ή παραποιούνται.

Οι έφηβοι αποφεύγουν να αναγνωρίσουν την ανάγκη για βοήθεια, πολύ περισσότερο να τη ζητήσουν. Είναι ιδιαίτερα απρόθυμοι να παραδεχτούν ότι νιώθουν άσχημα και να ζητήσουν από τον περίγυρο τους χέρι βοήθειας. Επειδή φοβούνται την εξάρτηση, προσποιούνται ότι τα καταφέρνουν μόνοι τους, δυσκολεύοντας τους γονείς τους να δουν πόσο σοβαρά είναι τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν.

3.2.2 Διάγνωση της κατάθλιψης των ηλικιωμένων.

Η κατάθλιψη στους ηλικιωμένους είναι πολύ συχνή και συνήθως διαφεύγει της διάγνωσης, διότι εκδηλώνεται βραδέως η καταθλιπτική διάθεση δεν είναι εμφανής και διότι τα συμπτώματα, όπως η ανορεξία, η αϋπνία, η κοινωνική απόσυρση και η μείωση των ενδιαφερόντων τείνουν να αποδοθούν στις ψυχοκοινωνικές συνέπειες της γεροντικής ηλικίας. Επίσης ένα ποσοστό των καταθλίψεων στους ηλικιωμένους εκδηλώνεται με τη μορφή της ψευδοάνοιας (Αλεβίζος Β., 1999, σελ. 15).

3.3. Μορφές κατάθλιψης

Οι καταθλιπτικές μορφές είναι οι εξής :

- **Μείζον καταθλιπτική Διαταραχή (ΜΚΔ)**

Η ΜΚΔ χαρακτηρίζεται από ένα ή περισσότερα καταθλιπτικά επεισόδια, χωρίς μανία ή υπομανία. Τα καταθλιπτικά σύνδρομα που προκαλούνται από παθολογικές νόσους (διαταραχή της διάθεσης λόγω παθολογικής νόσου) και από φάρμακα ή ψυχοεργές ουσίες (διαταραχή της διάθεσης που προκαλείται από ουσίες) δεν θεωρούνται πρωτοπαθείς διαταραχές της διάθεσης και δεν χαρακτηρίζονται ως ΜΚΔ.

Παρόλο που η ΜΚΔ μπορεί να αποτελείται από ένα μόνο επεισόδιο, η υποτροπή είναι μάλλον ο κανόνας και όχι η εξαίρεση. Μετά από ένα μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο, ο κίνδυνος για δεύτερο επεισόδιο, ο κίνδυνος για

δεύτερο επεισόδιο, είναι περίπου 50%. Μετά το τρίτο επεισόδιο έχει την τάση να εμφανίζεται συχνότερα και πιο οξέως και τα νέα επεισόδια, συχνά έχουν τα ίδια συμπτώματα με τα προηγούμενα, σε συνδυασμό με νέα και πιο σοβαρά συμπτώματα. Η τάση να γίνονται συχνότερες και πιο σύνθετες υπάρχει σε όλες τις διαταραχές της διάθεσης.

- **Συγκεκριμεμένη κατάθλιψη**

Το 50% των μειζόνων καταθλιπτικών επεισοδίων, παραμένουν αδιάγνωστα, διότι η καταθλιπτική διάθεση είναι λιγότερο εμφανής από άλλα συμπτώματα της διαταραχής. Η αλεξιθυμία (όταν ο ασθενής δεν μιλάει) ή η ανικανότητα έκφρασης των συναισθημάτων με λόγια μπορεί να οδηγήσουν σε εκδήλωση της καταθλιπτικής διάθεσης με σωματικά συμπτώματα κατάθλιψης (όπως αϋπνία, ελαττωμένη ενεργητικότητα και δυσκολία στη συγκέντρωση) χωρίς να γίνει αντιληπτό το καταθλιπτικό συναίσθημα.

Πολλοί καταθλιπτικοί ασθενείς παρουσιάζουν γνωσιακές δυσλειτουργίες, οι οποίες βελτιώνονται με την ενθάρρυνση. Ωστόσο μερικοί ασθενείς, παρουσιάζουν την εικόνα της υποφλοιώδους άνοιας, που ίσως να μην μπορεί να διαφοροδιαγνωστεί από την πρωτοπαθή άνοια.

Μια άλλη μορφή συγκεκριμεμένης κατάθλιψης που εξετάζεται σε νευρολογικό επίπεδο εμφανίζεται σε ασθενείς με απροσωδία. Η απροσωδία η έλλειψη ικανότητας μεταφοράς ή κατανόησης συναισθηματικών ή άλλων αποχρώσεων του λόγου και της συμπεριφοράς (προσωδία) είναι μία εκδήλωση πάθησης του μη επικρατούντος ημισφαιρίου. Οι ασθενείς με απροσωδία χάνουν την ικανότητα κατανόησης, επανάληψης ή συναισθηματικής επικοινωνίας, ακόμη και όταν ο λόγος παραμένει ανέπαφος. Εάν αυτοί οι ασθενείς αναπτύξουν κατάθλιψη, είναι πιθανόν να μην εμφανίζονται ως λυπημένοι ή δυστυχείς, αλλά οι σκέψεις τους και οι πράξεις τους είναι αποτέλεσμα καταθλιπτικού προσανατολισμού. Για παράδειγμα, το συναίσθημα μπορεί να είναι περισσότερο ευερέθιστο ή βραδύ παρά καταθλιπτικό. Η αρνητική

συμπεριφορά (π.χ. αλαλία, μη συμμόρφωση με την φαρμακευτική θεραπεία, άρνηση τροφής), η απόσυρση, η κατατονία ή τα βίαια ξεσπάσματα μπορεί να είναι πιο εμφανή από την καταθλιπτική διάθεση. Τα συμπτώματα από το αυτόνομο, όπως η διαταραχή της όρεξης, της ενεργητικότητας και του ύπνου μπορεί να θεωρηθούν συμπτώματα της νευρολογικής νόσου. Ωστόσο, η θεραπεία με ένα αντικαταθλιπτικό ή με ηλεκτροθεραπεία μπορεί να προκαλέσει θεαματική βελτίωση.

- **Χρόνια κατάθλιψη**

Οι χρόνιες μορφές κατάθλιψης υπολογίζονται περίπου 12%-35% των καταθλιπτικών διαταραχών. Ακόμη και μετά την ύφεση των συγκεκριμένων καταθλιπτικών συμπτωμάτων, πολλοί ασθενείς συνεχίζουν να αισθάνονται ότι δεν μπορούν να λειτουργήσουν στην οικογένεια ή στην εργασία τους ή ότι δεν έχουν καλή υγεία. Εάν η χρόνια κατάθλιψη ορίζεται, εν μέρει από μειωμένη λειτουργικότητα, μερικοί από αυτούς τους ασθενείς μπορεί να θεωρηθούν χρόνια καταθλιπτικοί ακόμη και όταν δεν υπάρχουν συγκεκριμένα καταθλιπτικά συμπτώματα.

- **Δυσθυμική Διαταραχή**

Η δυσθυμική διαταραχή μπήκε στο DSM-III για να δηλώσει μία χρόνια κατάθλιψη που είναι λιγότερο σοβαρή από τη μείζονα κατάθλιψη. Το κύριο χαρακτηριστικό της δυσθυμικής διαταραχής είναι μια χρονίως καταθλιπτική διάθεση η οποία υπάρχει το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας και τις περισσότερες ημέρες σε διάστημα τουλάχιστον 2 ετών.

Σύγκριση δυσθυμικής διαταραχής και μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής

Δυσθυμική διαταραχή	Μείζον καταθλιπτική διαταραχή
2 χρόνια	2 εβδομάδες
Καταθλιπτική διάθεση	Καταθλιπτική διάθεση
2 επιπλέον συμπτώματα	4 επιπλέον συμπτώματα

Περισσότερα γνωσιακά

Περισσότερα συμπτώματα από το αυτόνομο.

Η ήπια έναρξη μπορεί να ακολουθείται μετά τα 2 χρόνια

Η έναρξη μπορεί να συνοδεύεται από πιο σοβαρά συμπτώματα από μείζων κατάθλιψη.

- **Ψυχωσική κατάθλιψη**

Ο όρος ψυχωτική κατάθλιψη (ή παραληρητική κατάθλιψη) αναφέρεται σε ένα μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο, που συνοδεύεται από ψυχωτικά χαρακτηριστικά (δηλ. παραληρητικές ιδέες ή και ψευδαισθήσεις). Μερικοί γιατροί πιστεύουν ότι η ψυχωτική κατάθλιψη είναι σχετικά σπάνια. Ωστόσο, οι περισσότερες μελέτες συνεχίζουν να δείχνουν ότι το 16% - 54% των καταθλιπτικών ασθενών έχουν ψυχωτικά συμπτώματα, ενώ η συχνότητα της ψύχωσης γίνεται μεγαλύτερη σε καταθλιπτικούς ασθενείς που νοσηλεύονται. Οι παραληρητικές ιδέες χωρίς ψευδαισθήσεις εμφανίζονται στους μισούς ή στα δύο τρίτα των ενηλίκων με ψυχωτική κατάθλιψη, ενώ οι ψευδαισθήσεις χωρίς να συνοδεύονται από παραληρητικές ιδέες στο 3% -25% των ασθενών. Οι ψευδαισθήσεις εμφανίζονται πιο συχνά από τις παραληρητικές ιδέες σε νεαρούς καταθλιπτικούς ασθενείς και σε ασθενείς με διπολική ψυχωτική κατάθλιψη.

- **Επιλεγμένη κατάθλιψη**

Η εκτίμηση της επίπτωσης της μείζονος κατάθλιψης στους ηλικιωμένους κυμαίνεται από 2% - 4%, σε δείγματα από την κοινότητα, έως 12% στους ηλικιωμένους που νοσηλεύονται για κάποια παθολογική νόσο και 16% στους γηριατρικούς ασθενείς των ιδρυμάτων χρόνιας νοσηλείας. Η κατάθλιψη που ξεκινά σε μεγάλη ηλικία συχνά συνοδεύεται από αυξημένη πιθανότητα αγγειακής νόσου του εγκεφάλου και διάταση των κοιλιών και σε νεότερους ασθενείς, μπορεί να είναι πιο πιθανόν η κατάθλιψη να συνοδεύεται από έντονα γνωσιακά ενοχλήματα. Η κατάθλιψη που εμφανίζεται για πρώτη φορά σε

γηριατρικούς ασθενείς είναι πιο δύσκολο να αντιμετωπιστεί σε σχέση με την κατάθλιψη που εμφανίζεται σε νεότερη ηλικία.

- **Κατάθλιψη μετά τον Τοκετό (Επιλόχειος Κατάθλιψη)**

Σε αντίθεση με την "ακεφιά" που εμφανίζεται στο 85% των νέων μητέρων και δεν διαρκεί, πάνω από 2 εβδομάδες, η κατάθλιψη μετά τον τοκετό εμφανίζεται στο 10% περίπου των νέων μητέρων και είναι μάλλον απίθανο να υφεθεί χωρίς θεραπεία. Στους παράγοντες κινδύνου για κατάθλιψη μετά τον τοκετό περιλαμβάνονται το ατομικό ή οικογενειακό ιστορικό διαταραχής της διάθεσης, η ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, η ανεργία της μητέρας, η κακή σχέση με τον πατέρα του παιδιού, η ανεπαρκής κοινωνική υποστήριξη, η έλλειψη θηλασμού και η ευθύνη της μητέρας για το σπίτι. Επιπλέον η κατάθλιψη μετά τον τοκετό αυξάνει την πιθανότητα κατάχρησης αλκοόλ και απαγορευμένων φαρμάκων.

Στις διπολικές μορφές χαρακτηρίζονται από διπολικές διαταραχές που ορίζονται από επεισόδια μανίας και υπομανίας και είναι οι εξής :

- **Σύντομη Υπομανία**

Ο Angst (1995) όρισε μια μορφή υπομανίας, που ονομάστηκε σύντομη υπομανίας, που ονομάστηκε σύντομη υπομανία. Η σύντομη υπομανία χαρακτηρίζεται από τα ίδια συμπτώματα με την υπομανία, αλλά η διάρκεια των συμπτωμάτων είναι 1-3 ημέρες και όχι 4 ή περισσότερες ημέρες που απαιτούνται σύμφωνα με το DSM-IV για την διάγνωση της υπομανίας.

- **Κυκλοθυμική Διαταραχή**

Τυπικά οι ασθενείς με κυκλοθυμία παρουσιάζουν μία κατάσταση ασταθούς διάθεσης που διαρκεί ημέρες, εβδομάδες ή μήνες, κατά την οποία εναλλάσσονται η κατάθλιψη, η ευερεθιστότητα, η χαρά και η σχετικά φυσιολογική διάθεση. Πολλοί ασθενείς παραπονιούνται για απρόβλεπτες μεταβολές της ενεργητικότητας, ασαφή σωματικά ενοχλήματα και για εποχιακό μοτίβο των διακυμάνσεων της διάθεσης (π.χ. κατάθλιψη το χειμώνα)

- **Μικτές Διπολικές Καταστάσεις**

Το 40% -50% περίπου των ασθενών με διπολική διαταραχή, παρουσιάζουν ταυτόχρονα καταθλιπτικά και μανιακά συμπτώματα. Τα μανιακά συμπτώματα στις μικτές καταστάσεις είναι συνήθως δυσφορικά παίρνοντας τη μορφή της ευερεθιστότητας του άγχους ή της δυσφορικής υπερδιέγερσης παρά της υπερθυμίας.

- **Ταχεία εναλλαγή**

Έχοντας αναγνωριστεί από τον Kraepelin στην αρχή εικοστού αιώνα, η ταχεία εναλλαγή περιγράφηκε για πρώτη φορά ως ξεχωριστή οντότητα από τους Dunner και Fieve το 1974. Στο DSM-IV, είναι ένας ορισμός, που αναφέρεται στη διπολική I ή στη διπολική II διαταραχή της διάθεσης, στην οποία, εμφανίζονται τρία ή περισσότερα επεισόδια κατάθλιψης και ή μανίας ή υπομανίας ανά έτος, είτε με 2 εβδομάδες φυσιολογικής διάθεσης μεταξύ των επεισοδίων είτε με άμεση μετάβαση από τον έναν πόλο στον άλλο, χωρίς να παρεμβάλλεται περίοδος φυσιολογικής διάθεσης (<http://www.inpsy.gr/articles/mood%20disorders.htm> 1/7/2009).

3.4. Ειδικές μορφές κατάθλιψης

- **Κατάθλιψη με ψυχωσικά γνωρίσματα**

Η κατάθλιψη με ψυχωσικά χαρακτηριστικά είναι η μορφή η οποία μπορεί να αντιμετωπιστεί καλύτερα με τον κατάλληλο φαρμακευτικό συνδυασμό καθώς αποτελεί μια εξαιρετικά δύσκολη καταθλιπτική μορφή με έντονα χαρακτηριστικά συμπτώματα. Η μορφή αυτή μπορεί να ανταποκριθεί στην θεραπεία όχι με την απλή αντικαταθλιπτική θεραπεία αλλά κυρίως με ηλεκτροθεραπεία.

- **Κατάθλιψη με κατατονικά στοιχεία**

Η κατάθλιψη με κατατονικά στοιχεία είναι μια ειδική μορφή κατάθλιψης η οποία εκδηλώνεται από τον καταθλιπτικό ασθενή με τα εξής συμπτώματα : μεγάλη κινητική ανησυχία, αρνητισμός, κατατονικές στάσεις, στερεοτυπίες, (εμβροντησία), συνιστά επείγουσα κατάσταση διότι είναι απειλητική για τη ζωή του ασθενούς και απαιτεί άμεση βιολογική θεραπεία.

- **Άτυπη κατάθλιψη**

Τα χαρακτηριστικά της άτυπης κατάθλιψης είναι υπερυπνία, αυξημένη όρεξη για φαγητό, ευερεθιστότητα, έντονο άγχος και αίσθημα κόπωσης. Θεραπευτικά αντιμετωπίζεται με φλουοξετίνη και βουπροπιόνη (Βασιλάτος Ι., 1999 σελ. 135).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

Αυτοκτονία

4.1.Γενικά

Η αυτοκτονία θεωρείται ως η σοβαρότερη επιπλοκή της κατάθλιψης και η συχνότερη αιτία θανάτου των καταθλιπτικών αρρώστων. Περίπου 2.000 άτομα στον κόσμο αυτοκτονούν κάθε μέρα. Η αυτοκτονία ευθύνεται για το 1% όλων των θανάτων, ενώ το 60% των θυμάτων υπέφεραν πριν αυτοκτονήσουν από κατάθλιψη. Περίπου το 10% όλων των καταθλιπτικών ασθενών καταλήγουν στην αυτοκτονία, καθιστώντας την αυτοκτονία κατά 25 φορές περισσότερη συνηθισμένη στους καταθλιπτικούς ασθενείς απ' ότι στο γενικό πληθυσμό. Φαίνεται ότι το ποσοστό θανάτων που συνδέεται με αυτοκτονίες που σχετίζονται με κατάθλιψη είναι μεγαλύτερο εκείνου που συνδέεται με τροχαία ατυχήματα. Το ποσοστό αυτοκτονιών, είναι χαμηλότερο ,στις φτωχότερες χώρες και υψηλότερο, στις πλουσιότερες χώρες (http://katathlipsi.gr/index.php?option=com_content&task=section&id=24&itemid=3228\5\2009).

Η αυτοκτονία συμβαίνει ως δυσπροσαρμοστική αντίδραση σε προβληματικές περιστάσεις της ζωής σε ενδοπροσωπικό και διαπροσωπικό πλαίσιο, είναι αποτέλεσμα μιας διαπροσωπικής ή ενδοπροσωπικής κρίσης με συναισθήματα αμφιθυμίας, θυμού, μοναξιάς και απόγνωσης. Η αυτοκτονία είναι ένα περίπλοκο φαινόμενο. Μελέτη των βιοψυχοκοινωνικών και πνευματικών παραγόντων που σχετίζονται με την αυτοκτονία και γνωριμία με το συγκεκριμένο πρόσωπο που σκέπτεται ή κινείται προς την αυτοκτονία. Επιστήμονες που ασχολούνται με την αυτοκτονία συνιστούν σε κάθε περίπτωση να εξετάζονται οι εξής παράγοντες :

- Το νόημα και τα κίνητρα της αυτοκτονίας

- Οι διεργασίες της σκέψης του αυτοκτονικού ατόμου, π.χ. η πεποίθηση ότι υπάρχει μία μόνο, επιλογή, δηλαδή μαγική λύση του προβλήματος ή θάνατος.
- Η αμφιθυμία –μεταξύ της επιθυμίας της ζωής και της επιθυμίας του θανάτου- και η σχέση της με την πρόληψη της αυτοκτονίας.
- Η επικοινωνία –αδυναμία αυτοέκφρασης- και η σχέση της με την αυτοκαταστροφική συμπεριφορά.
- Οι διαπροσωπικές σχέσεις με σημαντικά πρόσωπα.
- Το σύστημα αξιών του ατόμου, τι πιστεύει για τη ζωή, την αρρώστια, τον προορισμό του ανθρώπου, τον θάνατο και την αθανασία της ψυχής (Ραγιά Α.Χρ., 2009, σελ. 306-307).

4.2 Απόπειρες αυτοκτονίας και κατάθλιψη

Σύμφωνα με δεδομένα επιδημιολογικών ερευνών, τα χαρακτηριστικά των ατόμων του γενικού πληθυσμού που αποπειρώνται αυτοκτονία διαφέρουν σε σημαντικές παραμέτρους από τα χαρακτηριστικά των ατόμων που αυτοκτονούν.

Έτσι τα άτομα που αποπειρώνται αυτοκτονία είναι συνήθως γυναίκες, νεαρής ηλικίας, με ελάσσονα ψυχοπαθολογία (αντιδραστική κατάθλιψη, διαταραχή προσωπικότητας κ.α.) που χρησιμοποιούν με βίαιους και λιγότερο σοβαρούς τρόπους αυτοκαταστροφής. Αντίθετα, τα άτομα που αυτοκτονούν είναι συνήθως άνδρες μεγαλύτερης ηλικίας, με μείζονα ψυχοπαθολογία (μείζων κατάθλιψη, σχιζοφρένεια, κ.α.) που χρησιμοποιούν βίαιους και περισσότερους σοβαρούς τρόπους αυτοκαταστροφής.

Εντούτοις, η σχέση των αποπειραθέντων αυτοκτονίας με αυτούς που αυτοκτονούν είναι δεδομένη. Όπως είναι γνωστό 20-30% των ατόμων που αυτοκτονούν έχουν πραγματοποιήσει απόπειρες στο παρελθόν, ενώ 10-15% των αποπειραθέντων αναμένεται να αυτοκτονήσουν την προσεχή 10ετία.

Η ύπαρξη απόπειρας αυτοκαταστροφής (ιδιαίτερη αν είναι βίαιη ή και σοβαρή) θεωρείται ως σημαντικός προγνωστικός παράγοντας για προσεχή αυτοκτονία του καταθλιπτικού ασθενούς, ενώ τα 60% των καταθλιπτικών ασθενών αναμένεται να πραγματοποιήσουν τουλάχιστον μία απόπειρα αυτοκτονίας κατά τη διάρκεια της ζωής τους.

Συγκριτικές μελέτες καταθλιπτικών ασθενών που αποπειράθηκαν αυτοκτονία σε σχέση με καταθλιπτικούς ασθενείς χωρίς ιστορικό αποπειρών αυτοκτονίας, έδειξαν ότι οι αποπειραθέντες είχαν τα παρακάτω χαρακτηριστικά:

εμφάνιζαν μεγαλύτερου βαθμού αυτοκτονικό ιδεασμό, μόνωση, συμπτώματα από το νευροφυτικό σύστημα, αισθήματα αποτυχίας, απώλεια βάρους, αϋπνία, ευερεθιστότητα, συνύπαρξη κατάχρησης οινόπνευματων ή άλλων ουσιών, σωματικής νόσου ή διαταραχής προσωπικότητας, ενώ συχνότερα έπασχαν από διπολική συναισθηματική διαταραχή τύπου II (οι φάσεις κατάθλιψης εναλλάσσονται με φάσεις υπομανίας) και είχαν οικογενειακό ιστορικό αυτοκτονίας.

Σε αντίθεση με τους αποπειραθέντες καταθλιπτικούς ασθενείς με υψηλό βαθμό "αυτοκτονικής πρόθεσης" (σε σχέση με ομάδα αποπειραθέντων με χαμηλό βαθμό πρόθεσης) μελέτες σύγκρισης αποκάλυψαν τα παρακάτω διαφορικά χαρακτηριστικά στην πρώτη ομάδα αποπειραθέντων ασθενών: είναι συχνότερα άνδρες, μεγαλύτερης ηλικίας, ζουν μόνοι, είναι χωρισμένοι, διαζευγμένοι ή χήροι, εμφανίζουν συχνότερα αϋπνία, ιδέες πεσιμισμού, μειωμένη ικανότητα συγκέντρωσης της προσοχής, μείωση των ενδιαφερόντων, κοινωνική μόνωση, αισθήματα αναξιότητας, απώλεια βάρους. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι τα παραπάνω χαρακτηριστικά εμφανίζουν σημαντικές ομοιότητες με αυτά των ατόμων που αυτοκτονούν (κυρίως στο επίπεδο των κοινωνικοδημογραφικών παραμέτρων), (Κονταξάκης Β.Π., 2009 σελ. 123-126).

4.3. Παράγοντες που συνδέονται με την αυτοκτονία

Οι παράγοντες που συνδέονται με την αυτοκτονία είναι ο παρακάτω :

- **Ηλικία:** τα ποσοστά αυτοκτονίας αυξάνονται με την ηλικία. Αν και οι ηλικιωμένοι συνιστούν το 10% του συνολικού πληθυσμού αποτελούν το 25% των ατόμων που αυτοκτονούν. Παρατηρήθηκε όμως πρόσφατα αύξηση του ποσοστού αυτοκτονιών στους νέους άνδρες, γεγονός που πιθανόν συνδέεται με την κατάχρηση ουσιών, το διαζύγιο και την ανεργία.

- **Φύλο :** Περισσότεροι άνδρες καταλήγουν σε αυτοκτονία, αν και είναι πιθανότερο οι γυναίκες να αυτοκτονήσουν. Οι άνδρες χρησιμοποιούν πιο βίαιες μεθόδους (απαγχονισμό, πτώση από ύψος κ.λ.π.) από τις γυναίκες (λήψη υπερβολικών δόσεων φαρμάκων).

- **Οικογενειακή κατάσταση :** Το ποσοστό άγαμων είναι διπλάσιο από εκείνο των έγγαμων και εκείνο των χωρισμένων και των χήρων είναι τετραπλάσιο.

- **Επάγγελμα :** Οι γιατροί, οι οδοντίατροι, οι αστυνομικοί, οι δικηγόροι και οι ασφαλιστές αποτελούν επαγγέλματα υψηλού κινδύνου. Ωστόσο τα ποσοστά αυτοκτονιών είναι μεγαλύτερα στους ανέργους (http://katathlipsi.gr/index.php?option=com_content&id=24&itemid=32 7/7/2009).



Εικόνα 3. (http://2.bp.blogspot.com/_AArIcNbIJME/SFybXm0pISI/AAAAAAAAAN8/S9bm6-6fBkU/s320/depression9.jpg)

4.4. Νοσηλευτικοί σκοποί, αρχές και παρεμβάσεις.

Νοσηλευτικός σκοπός : Πρόληψη αυτοκτονίας.

Αρχές και παρεμβάσεις.

Ο άρρωστος πρέπει να προστατευθεί για να μην βλάψει τον εαυτό του. Δίδεται προτεραιότητα σε ενέργειες που σώζουν τη ζωή. Στενή παρακολούθηση, απομάκρυνση επικίνδυνων αντικειμένων, δημιουργία ασφαλούς περιβάλλοντος και εκπλήρωση των βασικών αναγκών του.

Αύξηση της αυτοεκτίμησης του αρρώστου. Η αυτοκαταστροφική συμπεριφορά αντανακλά υποκείμενη κατάθλιψη σχετιζόμενη με χαμηλή αυτοεκτίμηση και θυμό που στρέφεται προς το ίδιο το πρόσωπο. Χρειάζεται νοσηλευτική εκτίμηση των θετικών χαρακτηριστικών του αρρώστου, παρότρυνση να συμμετέχει σε δραστηριότητες που προτιμά και τις εκπληρώνει πολύ καλά, ενθάρρυνση της ατομικής υγιεινής και αυτοφροντίδας, προώθηση υγιών διαπροσωπικών σχέσεων.

Ενίσχυση προσαρμοστικών μηχανισμών αντιμετώπισης προβλημάτων. Οι δυσπροσαρμοστικοί μηχανισμοί πρέπει να αντικατασταθούν με θετικούς και αποτελεσματικούς στο χειρισμό του στρες και του άγχους. Ο νοσηλευτής βοηθεί τον άρρωστο να αναγνωρίζει του νοσηρούς μηχανισμούς και να βρίσκει εναλλακτικούς τρόπους λύσης των προβλημάτων του. Αμείβει με επιδοκιμασία τις θετικές προσπάθειες.

Νοσηλευτικός σκοπός : Αποδοχή βοήθειας από την οικογένεια και κοινωνικά υποστηρικτικά συστήματα.

Αρχές και παρεμβάσεις.

Κινητοποίηση της κοινωνικής υποστήριξης. Η κοινωνική απομόνωση οδηγεί σε χαμηλή αυτοεκτίμηση και κατάθλιψη που διατηρούν την αυτό-καταστροφική συμπεριφορά. Γι' αυτό παροτρύνονται τα σημαντικά πρόσωπα για τον άρρωστο να επικοινωνούν μαζί του οικοδομητικά. Ενισχύονται οι θερμές και στενές

οικογενειακές σχέσεις. Εντοπίζονται σχετικές κοινωνικές υπηρεσίες και παραπέμπεται σ' αυτές ο άρρωστος.

Ο άρρωστος και τα σημαντικά του πρόσωπα πρέπει να εκπαιδευτούν για την αντιμετώπιση των αναγκών υγείας που διαπιστώθηκαν. Η κατανόηση του προγράμματος φροντίδας υγείας και η συμμετοχή σ' αυτό προάγει τη συμμόρφωση. Ο νοσηλευτής σχεδιάζει τη φροντίδα του αρρώστου με τον ίδιο και τα σημαντικά του πρόσωπα. Εξηγεί τα φάρμακα που παραγγέλθηκαν και πως πρέπει να αντιμετωπίζονται οι ανάγκες του που επισημάνθηκαν. Απαντά σε απορίες τους και τροποποιεί το σχέδιο φροντίδας, ανάλογα με τις μεταβολές στην κατάσταση του αρρώστου. (Ραγιά Α.Χρ., 2007, σελ. 312-313).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

Διατροφή – Ύπνος και κατάθλιψη

5.1 Διατροφή και κατάθλιψη

Η σωστή διατροφή και η διατήρηση ενός ιδανικού βάρους, είναι γνωστό πως συμβάλλουν μέγιστα στην οργανική υγεία του ανθρώπου. Παράλληλα όμως, πολλές επιστημονικές έρευνες, αναδεικνύουν την ευεργετική επίδραση στοιχείων της διατροφής και σε διάφορες ψυχικές καταστάσεις.

Έρευνες έχουν δείξει πως η μεγαλύτερη κατανάλωση ψαριών συνεπάγεται μικρότερη εμφάνιση της κατάθλιψης. Άλλες εμπειριστατωμένες μελέτες υποστηρίζουν πως σημαντικό στοιχείο για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης, ίσως, να μην είναι απλά η πρόσληψη ω-3 λιπαρών οξέων, αλλά η σωστή αναλογία μεταξύ ω-3 και ω-6 λιπαρών οξέων. Ο σύγχρονος τρόπος διατροφής, συνεισφέρει στην μεγάλη πρόσληψη λιπαρών της ω-6, γεγονός που διαταράσσει την σωστή αναλογία του κλάσματος ω-6 προς ω-3.

Εν αναμονή λοιπόν καινούργιων επιστημονικών δεδομένων σχετικά με την διατροφή και την κατάθλιψη, τα βασικά συμπεράσματα που πρέπει σοβαρά να εκληφθούν υπόψιν από το σύνολο του γενικού πληθυσμού είναι δύο :

1. Μια διατροφή πλούσια σε ω-3 λιπαρά οξέα ίσως να συνεισφέρει στη μείωση του ρίσκου για εμφάνιση κατάθλιψης.

2. Η ίδια διατροφική οδηγία μπορεί να συνεισφέρει ευεργετικά αποτελέσματα και σε άλλες καταστάσεις (π.χ. καρδιαγγειακά νοσήματα) που μπορεί να σχετίζονται σε μικρό ή σε μεγάλο βαθμό με την εμφάνιση κατάθλιψης (π.χ. πολλές φορές ένας στεφανιαίος ασθενής «πέφτει» σε κατάθλιψη λόγω ενός συνεχόμενου φόβου για την κατάσταση της υγείας του), (Ξένος Κ., 2007, http://www.iatronet.gr/article.asp?art_id=1163 (18/7/2009))

5.2 Ύπνος και κατάθλιψη

Ένα από τα κύρια χαρακτηριστικά συμπτώματα της κατάθλιψης είναι η διαταραχή του ύπνου η οποία συνήθως εκδηλώνεται ως καθυστέρηση επέλευσης και συχνές διακοπές του όπως και ως πρόωμη τελική αφύπνιση. Εξάλλου, πολλές επιδημιολογικές μελέτες έχουν αποδείξει τόσο υψηλό ποσοστό καταθλιπτικών ασθενών που παρουσιάζουν αϋπνία, όσο και το υψηλό ποσοστό ατόμων με αϋπνία που παρουσιάζουν κατάθλιψη (Σολδάτος Κ.Ρ., 2001, σελ.111).

Ο ύπνος είναι μια φυσική επαναλαμβανόμενη διεργασία πολύ σημαντική για τη διατήρηση της φυσικής και της ψυχικής υγείας του ανθρώπου. Ο ύπνος δεν είναι ομοιόμορφη και ήρεμη κατάσταση. Ο ύπνος διαιρείται σε δύο τύπους. Οι δύο ευρείς τύποι δραστηριοτήτων είναι γνωστοί ως Rapid Eye Movement (REM) ταχεία κίνηση οφθαλμών και Non Rapid Eye Movement (NREM) μη ταχεία κίνηση οφθαλμών.

Στον ύπνο τύπου REM ο οποίος χαρακτηρίζεται ως παράδοξος ή δραστήριος ύπνος, επικρατούν επιδράσεις από το συμπαθητικό νευρικό σύστημα (ΣΝΣ). Λέγεται ότι ο ύπνος αυτός επανορθώνει τη διανοητική κατάσταση του ατόμου, ειδικότερα εκείνες τις λειτουργίες που αφορούν τη μάθηση, τη ψυχολογική προσαρμογή και τη μνήμη. Αναθεωρεί διεργασίες και γεγονότα που συνέβησαν κατά τη διάρκεια της ημέρας καθώς και άλλες συσσωρευμένες πληροφορίες.

Στον παράδοξο ύπνο οι υπερβολικά γρήγορες κινήσεις των ματιών είναι χαρακτηριστικές. Παρατηρείται έντονη ηλεκτρική δραστηριότητα του εγκεφάλου και εμφανίζονται οι λεγόμενες ριπές που τις χαρακτηρίζει βραχεία διάρκεια και υψηλή συχνότητα.

Στον ύπνο NREM επικρατούν τέσσερις φάσεις, η αφύπνιση καθίσταται δυσκολότερη. Ο ύπνος αυτός χαρακτηρίζεται ως ήρεμος ή ύπνος βραδέων κυμάτων.

Αναφορικά με την σκοπιμότητα του NREM ύπνου, υπάρχουν ελάχιστες αναφορές στις οποίες υποστηρίζεται ότι, όταν το άτομο στερηθεί ύπνο από την 4^η NREM φάση, θα τον αναπληρώσει τις επόμενες νύχτες. Το γεγονός αυτό υποδηλώνει ότι το άτομο έχει ανάγκη από βαθύ ύπνο που επαναλαμβάνεται στην 4^η NREM φάση. Αντίθετα ο ύπνος REM αναζωογονεί την πνευματική μας λειτουργία. (Πλατή Χ., 2006 σελ. 134-140).

Στην κατάθλιψη στον NREM ύπνο παρατηρείται αύξηση του σταδίου 1 (μεταβατικό στάδιο μεταξύ εγρήγορσης και ύπνου) και μείωση των σταδίων 3 και 4 (βαθύς ύπνος). Ο συνδυασμός της αύξησης του αριθμού των αφυπνίσεων και των αλλαγών σταδίου κατά τη διάρκεια της νύχτας, υποδηλώνουν ότι ο ύπνος των καταθλιπτικών ασθενών δεν είναι μόνο μειωμένος ποσοτικά, αλλά και πιο αβαθής σε σύγκριση με εκείνον των φυσιολογικών ατόμων.

Ο REM ύπνος στην κατάθλιψη μολονότι η χρονική διάρκειά του δεν επηρεάζεται σημαντικά, το ποσοστό του στο σύνολο του νυχτερινού ύπνου είναι ελαφρά αυξημένο. Επίσης, παρατηρείται τάση μεγαλύτερης συγκέντρωσης REM ύπνου στην αρχή της νύχτας.

Η πιο χαρακτηριστική μεταβολή του REM ύπνου στην κατάθλιψη είναι η βραχεία λανθάνουσα περίοδος εμφάνισης της πρώτης φάσης REM ύπνου (δηλαδή ο χρόνος από την έναρξη του ύπνου μέχρι την έναρξη του REM είναι βραχύτερος των 50 λεπτών, αντί να είναι ο φυσιολογικός των 90 λεπτών περίπου).

Σύμφωνα με όσα είναι μέχρι τώρα γνωστά, ορισμένα νευρωσικά συστήματα που είναι υπεύθυνα για τη ρύθμιση της ποσότητας του ύπνου και τη χρονική επέλευση των σταδίων του, προφανώς εμπλέκονται στη ρύθμιση της συναισθηματικής διάθεσης, όπως και άλλων ψυχονοητικών λειτουργιών. Οι μεταβολές των υπνογραφικών παραμέτρων, που παρατηρούνται στην κατάθλιψη και στις άλλες ψυχικές διαταραχές, αξίζει να μελετηθούν περαιτέρω σε συσχέτιση προς ποικίλες κλινικές και άλλες εργαστηριακές παραμέτρους,

αφού έτσι θα κατανοηθεί καλύτερα η βιολογική πλευρά της αιτιοπαθογένειας των ψυχικών διαταραχών (Σολδάτος Κ.Ρ., 2001, σελ. 115-116).



Εικόνα 4. (<http://blogs.indystar.com/pharma/depression.jpg>)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

Θεραπεία

6.1 Θεραπεία της κατάθλιψης

Η κατάθλιψη μπορεί να θεραπευτεί με επιτυχία. Παρόλα αυτά οι άνθρωποι συνήθως αντιδρούν διαφορετικά στις διαθέσιμες θεραπείες. Για παράδειγμα ένα φάρμακο μπορεί να είναι αποτελεσματικό και καλά ανεκτό σε ένα άτομο, ενώ ένα άλλο όχι. Παράλληλα με τα φάρμακα οι ομάδες υποστήριξης μπορεί να βοηθήσουν ορισμένα άτομα να αντιμετωπίσουν μείζονες αλλαγές ζωής που απαιτούν νέες δεξιότητες αντιμετώπισης ή κοινωνική στήριξη και οι ψυχοθεραπείες είναι εξίσου χρήσιμες στη θεραπεία της κατάθλιψης.

Υπάρχουν λοιπόν συγκεκριμένες θεραπείες όσον αφορά την κατάθλιψη και οι οποίες είναι :

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

Εν κατακλείδι η επιλογή της σωστής θεραπείας είναι μια εξατομικευμένη διεργασία που θα εξαρτηθεί όχι μόνο από τη σοβαρότητα και τον τύπο της κατάθλιψης, αλλά και από τις περιστάσεις της ζωής του ασθενούς, τις προτιμήσεις του και τις ιατρικές συστάσεις (http://www.psychiatry24x7.gr/bgdisplay.jhtml?itemname=depression_treatment (22/7/09)).

6.2 Η φαρμακοθεραπεία

Η θεραπευτική επέμβαση με φάρμακα στη νόσο κατάθλιψη περιλαμβάνει :

- **Τρικυκλικά Αντικαταθλιπτικά** (anafranil, tofranil κ.α.)
- **Αναστολές της μονοαμινοοξειδάσης – ΜΑΟ** (marplan, nardil, pernate κ.α.).
- **Λίθιο** (ανθρακικό λίθιο : esqualith κιτρικό λίθιο : cibalith κ.α.).
- **Τετρακυκλικά αντικαταθλιπτικά** (Tolvon, Ludiomil, Trittico κ.α.) και τα
- **Νεότερα αντικαταθλιπτικά.**

Τα αντικαταθλιπτικά χρησιμοποιούνται για να ανυψώσουν την διάθεση και να ανακουφίσουν άλλα συμπτώματα της κατάθλιψης. Δρουν στον εγκέφαλο και προκαλούν αύξηση της συγκέντρωσης της σεροτονίνης και νορεπινεφρίνης στον οργανισμό. Δεν θεραπεύουν τα υποκείμενα αίτια της κατάθλιψης αλλά καλύπτουν τα συμπτώματα και μειώνουν τις πιθανότητες υποτροπής.

- **Τρικυκλικά Αντικαταθλιπτικά**
- **Ενδείξεις:**

Κατάθλιψη. Αποτελεί την κύρια ένδειξη τρικυκλικών αντικαταθλιπτικών. Ανταποκρίνεται στην θεραπεία κυρίως η μείζων (ενδογενής) κατάθλιψη. Η δυσθυμία ανταποκρίνεται λιγότερο γιατί συμμετέχουν και άλλοι συντελεστές όπως η προσωπικότητα του ατόμου που πρέπει να αντιμετωπιστούν με παράλληλη ψυχοθεραπευτική προσέγγιση.

Στην παραληρητική κατάθλιψη, μια μορφή κατάθλιψης με ψυχωσικές προσμίξεις, καλύτερα αποτελέσματα επιτυγχάνονται σε συνδυασμό αντικαταθλιπτικών με αντιψυχωτικά, καθώς και με ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ECT).

Σε δευτερογενείς καταθλίψεις, όπου οφείλονται σε άλλες καταστάσεις όπως: κατάχρηση διαφόρων ουσιών (οινοπνεύματος, κατευναστικών και υπνωτικών φαρμάκων), σε χρήση φαρμάκων (π.χ. ρεσερπίνη, αναστολείς β-αδρενεργικών υποδοχέων), σε διάφορα νοσήματα όπως : (η σκλήρυνση κατά πλάκας, η νόσος του Parkinson, όγκοι εγκεφάλου κα.).

Άλλες ενδείξεις είναι :

- Σχιζοσυναισθηματική διαταραχή
- Ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή
- Κοινωνική φοβία
- Ψυχογενής ανορεξία και βουλιμία
- Διαταραχή stress μετά από ψυχοτραυματική εμπειρία
- Σύνδρομο χρόνιου πόνου

Τα κυριότερα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά είναι :

- **Ιμιπραμίνη** (Tofrani)
- **Τριμιπραμίνη** (Surmontil)
- **Νορτριπυλίνη** (Nortrilen)
- **Αμιτρυπτιλίνη** (Saroten)
- **Προτριπτιλίνη** (Concordin)
- **Δοξεπίνη** (Sinequan)
- **Χλωριμιπραμίνη** (Anafranil)
- **Αμινεπτίνη** (Survector)



Εικόνα 5.

(http://assets.in.gr/dGenesis/assets/Content5/Photo/729633_b.jpg)

Υπερδοσολογία

Τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά χρειάζονται προσοχή γιατί δόσεις λίγων γραμμαρίων μπορεί να προκαλέσουν τον θάνατο (από καρδιακές αρρυθμίες, υπόταση ή status epilepticus).

- **Αναστολείς του MAO**

Ενδείκνυται στη θεραπεία της κατάθλιψη ασκώντας την αντικαταθλιπτική της δράση με την αναστολή της μονοαμινοοξειδάσης, το ένζυμο που δρα ως καταλύτης στον καταβολισμό των βιογενών αμινών. Από τους αναστρέψιμους αναστολείς της MAO, η μοκλοβεμίδη θεωρείται αποτελεσματικό και καλά ανεκτό αντικαταθλιπτικό με ελαφρές ανεπιθύμητες ενέργειες (νευρικότητα υπνηλία) που υποχωρούν στην πορεία της θεραπείας.

- **Λίθιο**

Ενδείξεις :

- Κατάθλιψη
- Μανία
- Ενίσχυση της δράσης των αντικαταθλιπτικών
- Σχιζοσυναισθηματική διαταραχή
- Σχιζοφρένεια
- Άλλες διαταραχές (π.χ. προεμμηνορρυσιακό σύνδρομο τάσεως), (άτομα παρορμητικά και δυκοινωνιακά χαρακτηριστικά στην προσωπικότητά τους)

Υπερδοσολογία

Η έναρξη της θεραπείας γίνεται με δόση 900mg ημερησίως. Ακολουθεί έλεγχος των επιπέδων λιθίου στο αίμα μετά από 5 ημέρες και προσαρμογής της δόσης, έτσι ώστε τα επίπεδα λιθίου να κυμαίνονται μεταξύ 0,7-1,2mmol/l. Σε περίπτωση υπερδοσολογίας υπάρχει κίνδυνος τοξικότητας δηλαδή όταν τα επίπεδα στο αίμα είναι μεγαλύτερα από 1,2mmol/l, με συμπτώματα όπως :

θαμπή όραση, αταξικό βάδισμα, εμβοές αυτιών, επίμονη ναυτία, εμετοί και έντονη διάρροια.

Αντενδείξεις

Λίθιο δεν πρέπει να χορηγείται σε άτομα με καρδιαγγειακό ή νεφρικό νόσημα, αφυδάτωση, σύγχρονη λήψη διουρητικών, εγκυμοσύνη καθώς και σε παιδιά κάτω των 12 ετών.

• Τετρακυκλικά Αντικαταθλιπτικά

Τα φάρμακα αυτά εισήχθησαν στην ψυχιατρική θεραπευτική στη δεκαετία του '80. Χρησιμοποιούνται στη θεραπεία της κατάθλιψης γιατί σε αντίθεση με τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά έχουν λιγότερες ανεπιθύμητες ενέργειες, κυρίως από το αυτόνομο νευρικό σύστημα. Δεν έχουν όμως μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα, ούτε ταχύτερη δράση.

Τα κυριότερα τετρακυκλικά αντικαταθλιπτικά είναι τα ακόλουθα :

- **Μιανσερίνη (Tolvon)**
- **Μαπροτιλίνη (Ludiomil)**
- **Τροιζοδόνη (Trittico)**

• Νεότερα Αντικαταθλιπτικά

Τα περισσότερα από τα φάρμακα αυτά προέκυψαν από τις δύο βασικές ομάδες καταθλιπτικών (τα τρικυκλικά και τους αναστολείς της MAO). Το βασικό τους πλεονέκτημα είναι οι μειωμένες ανεπιθύμητες ενέργειες και η μεγαλύτερη ασφάλεια (σε περίπτωση αυτοκτονίας).

Τα κυριότερα νεότερα αντικαταθλιπτικά είναι τα ακόλουθα :

- **Εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης (SSRI) :**
 - α) **Φλουοξετίνη (Ladose, Prozac).**
 - β) **Φλουβοξαμίνη (Dumyrox)**

γ) **Παροξετίνη** (Seroxat)

δ) **Σιταλοπράμη** (Seropram)

ε) **Σερτραλίνη** (Zolott)

- Εκλεκτικοί αναστρέψιμοι αναστολείς της MAO :

α) **Μοκλοβεμίδη** (Aurdrix)

- Εκλεκτικοί αναστολείς της επαναπρόσληψης σεροτονίνης και νοραδρεναλίνης (SNRI).

α) **Βενλαφαξίνη** (Efexor)

-Ειδικά σεροτονινεργικά :

α) **Νεφαζοδόνη** (Nefirel)

-Νοραδρενεργικά και ειδικά σεροτονινεργικά :

α) **Μιρταζαπίνη** (Remeron)

Όλα τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα αντενδείκνυται στις εξής περιπτώσεις : Υπερευαισθησία, ηπατική και νεφρική δυσλειτουργία, καρδιαγγειακά νοσήματα, ταυτόχρονη λήψη περισσότερων του ενός αντικαταθλιπτικών φαρμάκων (Χριστοδούλου Γ.Ν., 2000 σελ.707-720).

6.3 Ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ECT)

Όταν ο κίνδυνος αυτοκτονίας είναι άμεσος ή ύστερα από επανειλημμένες απόπειρες που χαρακτηρίζουν μια βαριά παρατεταμένη κατάθλιψη, ενδείκνυται η χρήση της ηλεκτροσπασμοθεραπείας.

Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία είναι ένας τύπος σωματικής θεραπείας που εφαρμόζεται στις εξής περιπτώσεις :

1) **Βαριά κατάθλιψη με παραληρητικά στοιχεία**

2) **Οξεία μανία**

3) Σχιζοφρένεια

Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία ουσιαστικά είναι η διοχέτευση ηλεκτρικού ρεύματος στον εγκέφαλο με ηλεκτρόδια που εφάπτονται στα μηνίγγια προκαλώντας μια μεγάλη επιληπτική κρίση, από την οποία προέρχεται το ποθούμενο θεραπευτικό αποτέλεσμα. Το συγκεκριμένο είδος θεραπείας αποτελούσε πάντα το επίκεντρο έντονων συζητήσεων μεταξύ ψυχιάτρων και νοσηλευτών ψυχικής υγείας. Πρωτοπαρουσιάστηκε σαν θεραπευτική τεχνική το 1938 από τον Ιταλό Ψυχίατρο Ούγκο Τσερλέτι έπειτα από τις παρατηρήσεις του πάνω στη συμπεριφορά των επιληπτικών μετά από κρίσεις. Η (ECT) χρησιμοποιήθηκε στην αρχή αποκλειστικά για τη θεραπεία της ψυχωτικής κατάθλιψης αλλά σήμερα χρησιμοποιείται ολοένα και περισσότερο σαν θεραπεία της νευρωτικής και ήπιας – αλλά παρατεταμένης κατάθλιψης (Κίρναν Τ., 1977, σελ. 307-308).

Η (ECT) αντενδείκνυται στις εξής περιπτώσεις :

- **Πρόσφατο έμφραγμα μυοκαρδίου**
- **Καρδιακές αρρυθμίες**
- **Ενδοκράνιες βλάβες**

Στις περιπτώσεις αυτές μπορεί να παρατηρηθεί παροδική αύξηση του καρδιακού ρυθμού, της αρτηριακής πίεσης, του καρδιακού έργου και της ενδοκράνιας πίεσης. Η εγκυμοσύνη δεν αποτελεί αντένδειξη εφαρμογής ηλεκτροσπασμοθεραπείας (Αλεβίζος Β., 1999, σελ. 16-17).

6.4 Φωτοθεραπεία

Η φωτοθεραπεία (light therapy) ξεκίνησε με τη σκέψη ότι η χρήση τεχνητού φωτός θα μπορούσε να επιδράσει θετικά στον επανασυγχρονισμό των διαταραγμένων βιολογικών ρυθμών που εμφανίζουν οι καταθλιπτικοί ασθενείς. Η συμπτωματολογία της κατάθλιψης παρουσιάζει διακυμάνσεις κατά τις

πρωινές ώρες ενώ οι καταθλιπτικοί ασθενείς εμφανίζουν και διαταραχή στον ημερήσιο ρυθμό έκκρισης διαφόρων ορμονών. Πέρα όμως από την ημερήσια διακύμανση, μερικοί ασθενείς παρουσιάζουν σαφή και σταθερή εποχιακή εκδήλωση της συναισθηματικής διαταραχής, με καταθλιπτική συμπτωματολογία κατά το φθινόπωρο και το χειμώνα ή χωρίς εκδήλωση μανίας ή υπομανίας κατά την άνοιξη και το καλοκαίρι με ή χωρίς μανία ή υπομανία κατά το φθινόπωρο και το χειμώνα (τύπος Β). Οι εποχιακοί (seasonal) συναισθηματική διαταραχή αποτελεί τη βασική ένδειξη εφαρμογής της φωτοθεραπείας.

Κατά την πρακτική εφαρμογή της μεθόδου, ο ασθενής εκτίθεται σε φως έντασης τουλάχιστον 2500 lux, που κατά διαστήματα θα πρέπει να κατευθύνεται στους οφθαλμούς ώστε να προκληθεί διέγερση του αμφιβληστροειδούς. Η διάρκεια της έκθεσης στο φως ποικίλλει από 1 έως 3 ώρες. Η πρωινή εφαρμογή αναφέρεται ως αποτελεσματικότερη της απογευματινής, ενώ άλλοι ερευνητές αναφέρουν ότι δεν υπάρχουν διαφορές στην αποτελεσματικότητα μεταξύ των δύο αυτών μορφών θεραπείας.

Η φωτοθεραπεία θεωρείται θεραπευτική μέθοδος με γρήγορα και θεαματικά, μερικές φορές, αποτελέσματα που εμφανίζονται μάλιστα από την πρώτη εβδομάδα σε ορισμένους ασθενείς. Ακόμη γίνεται καλώς ανεκτή και δεν έχουν αναφερθεί σημαντικές ανεπιθύμητες ενέργειες που να απαιτήσουν διακοπή της, εκτός ίσως από την εμφάνιση κεφαλαλγιών μετά από έκθεση των ασθενών σε υψηλής έντασης τεχνητό φως, καταπόνησης των οφθαλμών και ευερεθιστότητας (Χριστοδούλου Γ.Ν., 2000, σελ. 763-764).

6.5 Ψυχοθεραπείες

Οι σωματικές και βιολογικές θεραπείες, παρόλη τη σχετική αποτελεσματικότητά τους, είναι σκόπιμο να συνδυαστούν με κάποια μέθοδο

ψυχοθεραπείας διότι έτσι επιτυγχάνονται καλύτερα θεραπευτικά αποτελέσματα (Χαρτοκόλλης Π., 1991 σελ. 219).

Η ψυχοθεραπεία είναι η διαδικασία με την οποία μέσω της λεκτικής επικοινωνίας κυρίως προσφέρεται θεραπευτική βοήθεια σε άτομα με συναισθηματικά προβλήματα, προβλήματα συμπεριφοράς, ή σε άλλες ψυχικές διαταραχές. Στους περισσότερους τύπους ψυχοθεραπειών, ένας άνθρωπος συζητά τα προβλήματά του ατομικά, με ένα θεράποντα, αλλά αρκετά διαδεδομένες είναι και οι ομαδικές θεραπευτικές προσεγγίσεις, όπου κάποιος συμμετέχει σε μία ομάδα με συντονιστή έναν ή δύο θεραπευτές. Ο θεράπων προσπαθεί να καταλάβει τα προβλήματα του ανθρώπου και να τον βοηθήσει να κάνει αλλαγές σε σκέψεις, συναισθήματα, ή συμπεριφορές που τον κάνουν να υποφέρει ή δημιουργούν προβλήματα στις σχέσεις του.

Η ψυχοθεραπεία διαφέρει με δύο τρόπους από τη βοήθεια ή τις συμβουλές που μπορεί ένα άτομο να δώσει σε ένα άλλο. Καταρχάς η ψυχοθεραπεία παρέχεται από έναν εκπαιδευμένο ειδικό και επιπλέον, οι μέθοδοι θεραπείας στην ψυχοθεραπεία καθοδηγούνται και στηρίζονται σε αναπτυγμένες θεωρίες για την προέλευση των προσωπικών προβλημάτων.

Παλιότερα ο όρος ψυχοθεραπεία χρησιμοποιούνταν συνήθως σε ένα πλαίσιο αντιμετώπισης ατόμων με σοβαρές διαταραχές ενώ οι συμβουλευτικοί αναφερόταν στην υποστήριξη ανθρώπων με ηπιότερα ψυχολογικά προβλήματα ή στις συμβουλές που δίνονταν σε επαγγελματικά και εκπαιδευτικά θέματα. Σήμερα η διάκριση μεταξύ της ψυχοθεραπείας και της παροχής συμβουλευτικής είναι αρκετά θολή και πολλοί επαγγελματίες ψυχικής υγείας χρησιμοποιούν τους όρους εναλλακτικά. Η ψυχοθεραπευτές και οι σύμβουλοι χρησιμοποιούν συχνά τις ίδιες τεχνικές (http://www.psynet.gr/index.php?option=com_content&task=view&id=73&itemid=45 27/7/09).

Αν και ο συνδυασμός φαρμακοθεραπείας και ψυχοθεραπείας είναι πιο αποτελεσματικός στη θεραπεία της κατάθλιψης και οι φαρμακοθεραπεία

αντιπροσωπεύει τη θεραπεία εκλογής, η ψυχοθεραπεία μόνη μπορεί να είναι αποτελεσματική, ως μονοθεραπεία, ιδίως στους ασθενείς με ελαφρά καταθλιπτική συμπτωματολογία.

Οι τύποι ψυχοθεραπείας που ενδείκνυται και είναι αποτελεσματικοί είναι κυρίως οι γνωσιακή θεραπεία, η διαπροσωπική θεραπεία και η συμπεριφορική θεραπεία, ενώ η ψυχαναλυτικού τύπου θεραπεία έχει επίσης χρησιμοποιηθεί και αποσκοπεί να μεταβάλλει την δομή προσωπικότητας του πάσχοντος, να βελτιώσει την διαπροσωπική εμπιστοσύνη, να ενισχύσει τη δυνατότητά του να χειρίζεται το stress και να εκφράζει τα συναισθήματά του.

Η γνωσιακή θεραπεία εστιάζει στις λανθασμένες πεποιθήσεις του καταθλιπτικού, όπως είναι η επιλεκτική προσοχή του στις αρνητικές πλευρές των γεγονότων και καταστάσεων και η νοσηρή ενασχόλησή του με τις αρνητικές συνέπειές τους. Αποσκοπεί να καταστείλει την καταθλιπτική συμπτωματολογία και να εμποδίσει τις υποτροπές της νόσου, βοηθώντας τους ασθενείς να κατανοήσουν και να πιστοποιήσουν τις αρνητικές πεποιθήσεις τους. Πχ. η μειωμένη ενεργητικότητα του καταθλιπτικού είναι αποτέλεσμα της νοσηρής, διαστρεβλωμένης πεποίθησής του ότι έχει αποτύχει παντού. Η ανάπτυξη εναλλακτικών και θετικών τρόπων σκέψης και η υιοθέτηση νέων γνωσιακών και συμπεριφορικών αντιδράσεων θα βοηθήσει στην υποχώρηση του νοσηρού ιδεασμού και της λοιπής συμπτωματολογίας και θα προστατέψει από ενδεχόμενες υποτροπές.

Η διαπροσωπική θεραπεία εστιάζει στα τρέχοντα διαπροσωπικά προβλήματα του ασθενούς με βάση την υπόθεση ότι α) αυτά μπορεί να υπεισέρχονται στην εκδήλωση και διατήρηση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Μελέτες έχουν δείξει ότι η διαπροσωπική θεραπεία είναι αποτελεσματική στη θεραπεία του μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου, αλλά δεν είναι αποδεικτική της αποτελεσματικότητάς της στην σοβαρή καταθλιπτική

συμπτωματολογία, αν και μπορεί να είναι περισσότερο αποτελεσματική από άλλες ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις.

Η συμπεριφορική θεραπεία βασίζεται στην υπόθεση ότι η δυσπροσαρμοστική συμπεριφορά οδηγεί σε μειωμένη πρόσληψη θετικής ενίσχυσης του ατόμου από την κοινωνία και ίσως σε παντελή απόρριψη. Με τη θεραπεία οι ασθενείς μαθαίνουν να λειτουργούν σε ένα κόσμο που τους δίνει θετική ενίσχυση (Αλεβίζος Β., 1999, σελ. 17).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο

Νοσηλεία καταθλιπτικού ασθενούς

7.1 Γενικά

Η γενική νοσηλευτική φροντίδα στην νοσηλεία ενός καταθλιπτικού ασθενή περιλαμβάνει τα εξής :

- 1) Πρέπει να είμαστε ήρεμοι διατηρώντας τον έλεγχο του εαυτού μας και της γενικής κατάστασης για να εμπνέουμε το αίσθημα της εμπιστοσύνης.
- 2) Να διαθέτουμε χρόνο απασχόλησης με τον άρρωστο και τα προβλήματά του.
- 3) Να ακούμε προσεκτικά τον άρρωστο, τις διηγήσεις του και όλα τα προβλήματα, που μπορεί να έχει για να εκτιμήσουμε την κατάστασή του και να βρεθούν σημεία επαφής.
- 4) Να καθησυχάζουμε και να ενθαρρύνουμε τον άρρωστο, ότι αυτό που συμβαίνει είναι μία παροδική κατάσταση ή ιάσημη.
- 5) Να παραμένει ήρεμος ο άρρωστος δημιουργώντας κλίμα ηρεμίας και περιβάλλον που θα πλησιάζει τον άρρωστο φροντίζοντας να εγκλιματιστεί μαθαίνοντάς του τους χώρους και τους ανθρώπους που θα ζητήσει βοήθεια.
- 6) Απασχολούμε τον ασθενή με διάφορες εργασίες όπως τακτοποίηση πραγμάτων, διάβασμα, ζωγραφική, γλυπτική, αγγειοπλαστική κλπ.
- 7) Τήρηση φαρμακευτικής αγωγής.
- 8) Συζήτηση με το περιβάλλον και τους συγγενείς του για να βοηθήσουν όσο μπορούν μετά την έξοδό του από το νοσοκομείο. Έχει παρατηρηθεί ότι όσο πιο δεμένη οικογένεια έχει ο άρρωστος τόσο πιο εύκολα εντάσσεται στην κοινωνία.

9) Υπομονετική προσπάθεια να γίνονται όλες οι καθημερινές του δραστηριότητες και να ικανοποιούνται οι ανάγκες του (Τσίκος Ν.,Καραγεωργοπούλου Σ. και Γραβάνη, 1999, σελ. 384).

7.2 Νοσηλευτικοί σκοποί / κριτήρια και παρεμβάσεις

Νοσηλευτικοί σκοποί / κριτήρια αξιολόγησης των παρεμβάσεων.

Ο άρρωστος πρέπει να φτάσει στο σημείο ώστε :

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

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

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

Ο βαθμός απελπισίας που εκφράζει ο άρρωστος είναι ενδεικτικός της βαρύτητας της κατάθλιψης και του κινδύνου αυτοκτονίας. Οι 8 στους 10 που λένε ότι θέλουν να αυτοκτονήσουν το κάνουν. Όποιος σκέφθηκε το σχέδιο είναι πιο πιθανό να το εκτελέσει. Η πιθανότητα αυξάνει αν το άτομο ή κάποιος από την οικογένειά του αποπειράθηκε στο παρελθόν και συνυπάρχει κατάθλιψη. η παρορμητικοί ή οι ψυχωτικοί άρρωστοι με ακουστικές ψευδαισθήσεις που τους παρακινούν στην αυτοκαταστροφή, μπορούν να αυτοκτονήσουν χωρίς προειδοποιητικά σημεία.

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

Ο κίνδυνος αυτοκτονίας είναι μεγαλύτερος κατά τον 1ο 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 άρρωστος έχει ιδέες αυτοκτονίας και επαρκή ενεργητικότητα για να την πραγματοποιήσει, π.χ. στο σημείο που αισθάνεται καλύτερα).

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

Στενή παρακολούθηση (συνεχής ή κάθε 15' σε περίπτωση μεγάλου κινδύνου). Τοποθέτηση του αρρώστου 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 άρρωστος στο νοσοκομείο και ενημέρωση της οικογένειας να μην του φέρνει επικίνδυνα είδη. Βέβαια αυτό γίνεται με προηγούμενη πληροφόρηση του αρρώστου ότι είναι ρουτίνα του νοσοκομείου και με πολύ ευγένεια και σεβασμό.

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

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

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

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

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

Ενθάρρυνση του αρρώστου 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 χρειαστούν άλλες μορφές

θεραπείας για την προστασία του αυτοκτονικού αρρώστου. Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία γενικά είναι δεύτερη επιλογή θεραπείας, αν η κατάληψη δεν επηρεαστεί από τα φάρμακα και ο άρρωστος συνεχίζει να εκδηλώνει ιδέες αυτοκτονίας, να έχει αϋπνίες, να αρνείται να τρώει και να πίνει υγρά. Ο άρρωστος μπορεί να φοβάται το ηλεκτροσόκ και ο νοσηλευτής χρειάζεται να κατανοήσει τους φόβους αυτούς, να υποστηρίξει όμως το ηλεκτροσόκ ως θετική εναλλακτική θεραπεία. Διότι αν ο νοσηλευτής έχει αρνητική στάση προς το ηλεκτροσόκ μπορεί να τη μεταδώσει στον άρρωστο και να του δημιουργήσει σύγχυση και άρνηση να τη δεχτεί.

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

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

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

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

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

Συνεργασία με το άρρωστο και την οικογένειά του πριν από την έξοδό του από το νοσοκομείο, με σκοπό να κατανοήσουν τις διαπροσωπικές εντάσεις και πώς να τις αντιμετωπίζουν. Μία νοσηλευτική έρευνα, που μελέτησε την ενσωμάτωση της οικογένειας στον προγραμματισμό της μετανοσοκομειακής φροντίδας καταθλιπτικών αρρώστων, διαπίστωσε ότι είχε τα εξής αποτελέσματα: Αύξηση της ικανοποίησης της οικογένειας από την συνεργασία του αρρώστου, αύξηση της χρησιμοποίησης των υπηρεσιών υγείας της κοινότητας από τον άρρωστο όταν χρειαζόταν και μεγαλύτερο βαθμό προσαρμογής του αρρώστου στην καθημερινή ζωή.

Νοσηλευτική διάγνωση : Διαταραχή κοινωνικής επικοινωνίας

Ανεπαρκής ή υπερβολικά αναποτελεσματική ποιότητα κοινωνικής συναλλαγής.

Αιτιολογική / σχετιζόμενοι παράγοντες.

- Διαταραχή της αυτό-ιδέας (χαμηλή αυτοεκτίμηση και εικόνα του εαυτού).
- Έλλειψη δεξιοτήτων αντιμετώπισης δυσκολιών.
- Αρνητική γνωστικοί μηχανισμοί (δυσπιστία, αμφιγνομία, παραληρητικές ιδέες δίωξης).
- Ανεπαρκής γνώση κοινωνικών τρόπων
- Ιστορικό ψυχοτραυματικών και μη ικανοποιητικών σχέσεων.
- Πραγματικές ή νομιζόμενες απώλειες ή στρεσογόνες καταστάσεις (διακοπή μιας σημαντικής σχέσης, θάνατος αγαπημένου προσώπου, αλλαγή εικόνας σώματος/σωματικής ακεραιότητας, απώλεια οικονομικών πόρων κα.).

- Πρόσφατο ψυχοτραυματικό γεγονός (αρρώστια απειλητική της ζωής)
- Απουσία σημαντικών προσώπων ή συνομιλήκων.
- Δυσαρέσκεια ή αλλαγή στην εκπλήρωση ρόλου σε μία 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 ή το βράδυ.
- Έκφραση δυσαρέσκειας 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 (κυρτώμενη στάση, σκυμμένο κεφάλι, αποφυγή οπτικής επαφής, ανησυχία, νευρικότητα).
- Άρνηση / απώθηση επισκέψεων από σημαντικά πρόσωπα.
- Αποτυχία των άλλων αρρώστων όταν ζητούν τη συντροφιά του.
- Απόρριψη από τους άλλους αρρώστους.
- 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.

Νοσηλευτικοί σκοποί / κριτήρια αξιολόγησης νοσηλευτικών παρεμβάσεων

Ο άρρωστος πρέπει να φτάσει 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 άλλους.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

Συχνές και σύντομες συναντήσεις (5' - 10') με τον άρρωστο στο διάστημα της ημέρας για επικοινωνία. Οι συχνές και σύντομες επαφές ελαχιστοποιούν το άγχος για τον άρρωστο και το νοσηλευτή.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Αποφυγή εκφράσεων όπως : πράγματα θα διορθωθούν.... Ο καθένας μας μελαγχολεί κάποτε – κάποτε. Αυτά τείνουν να ελαχιστοποιούν την σοβαρότητα του καταθλιπτικού συναισθήματος του αρρώστου και μπορεί αν αυξήσουν μέσα

του την ενοχή και αναξιότητα αφού δεν είναι σε θέση ο ίδιος να βγει από την κατάσταση όπου βρίσκεται.

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

Ενθάρρυνση του αρρώστου να εξωτερικεύσει λεκτικά τον θυμό του. Η λεκτική έκφραση δύσκολων συναισθημάτων ίσως να ελάττωσε την ανάγκη εκδήλωσής τους με ανεύθυνες πράξεις και ακατάλληλους τρόπους.

Αν ο θυμός του αρρώστου είναι δικαιολογημένος, ο νοσηλευτής πρέπει να παραδεχτεί 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 αξιολόγησης κριτικής. Π.χ. φαίνεστε πιο καλός σήμερα ή μ' 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 χθες. Αν χτενιστώ αλλιώς μπορεί να μην αρέσει στον νοσηλευτή. Είναι καλύτερο να πει ο νοσηλευτής : Φοράτε ένα καινούργιο πουκάμισο σήμερα ή αλλάξατε το χτένισμά σας. Τα ουδέτερα προλαμβάνουν τις αρνητικές ερμηνείες.

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

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

Διδασκαλία του αρρώστου πώς να εξετάζει και να αμφισβητεί παράλογες και αστήρικτες αρνητικές εκτιμήσεις για τον εαυτό του και τις ικανότητές του. Η πιο ρεαλιστική θεώρηση του εαυτού αυξάνει την εμπιστοσύνη και την κλίση του προς τις κοινωνικές επαφές. (Ραγιά Α,Χρ., 2007 σελ. 285-293).



Εικόνα 6. (http://www.mentalhelp.net/images/root/depression1_id2374521_jpg_.jpg)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8^ο

Νοσηλευτικές ευθύνες κατά τη χορήγηση αντικαταθλιπτικών Φαρμάκων

8.1 Εισαγωγή

Η φυσική θεραπεία (φαρμακευτική) μπορεί να είναι μόνο αντικαταθλιπτικά φάρμακα ή συνδυασμός αντικαταθλιπτικών με κύρια αντιψυχωσικά. Το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να είναι ενημερωμένο για την ενέργεια – συνέργεια – παρενέργεια και την ανταγωνιστικότητα τους. Η αντικαταθλιπτική αγωγή μπορεί να προκαλέσει παρενέργειες στο καρδιαγγειακό σύστημα. Γι' αυτό επιβάλλεται η συχνή μέτρηση αρτηριακής πίεσης. Όταν η θεραπευτική αγωγή είναι ενέσιμη ενδομυϊκά θα πρέπει να ελέγχεται η περιοχή ότι δεν παρουσιάζει ερυθρότητα ή και απόστημα γιατί σε αντίθετη περίπτωση, αντί για θεραπεία θα έχουμε προκαλέσει βλάβη. Η ενέσιμη ενδοφλέβια θεραπεία έχει ταχύτερα αποτελέσματα. Αυτή γίνεται με χορήγηση εμπλουτισμένου ορού με αντικαταθλιπτικά φάρμακα. Η προσοχή του νοσηλευτή εδώ, θα πρέπει να είναι επισταμένη γιατί οι παρενέργειες είναι ταχύτερες. Πρέπει να ελέγχεται συχνά η ροή του ορού, σύμφωνα με τις ιατρικές εντολές, καθώς και η Α.Π. Όταν χορηγούνται άλατα του λιθίου, πρέπει να ελέγχουμε τα επίπεδα στο αίμα για να εξασφαλίσουμε τη σωστή δόση για τον άρρωστο. Επίσης πρέπει να γίνονται συχνές εξετάσεις της νεφρικής λειτουργίας, λόγω της νεφροτοξικότητας του λιθίου. (Η θεραπευτική δράση του λιθίου δεν απέχει πολύ από την τοξική). Μέλημα λοιπόν του νοσηλευτικού προσωπικού είναι οι εργαστηριακές εξετάσεις και απαντήσεις αυτών να παίρνονται έγκαιρα. (Κούρος Ι., 1994)

8.2. Παρενέργειες των φαρμάκων και νοσηλευτικές ευθύνες

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 ύλες. Αύξηση της σωματικής άσκησης και λήψη πολλών υγρών.
- **Κατακράτηση ούρων.** Διδασκαλία του αρρώστου να μετρά τα προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα υγρά του και να τα αναφέρει στον νοσηλευτή.
- **Καταστολή.** Ρύθμιση της λήψης των φαρμάκων πριν από την κατάκλιση για ύπνο. Συνεργασία με το γιατρό για ελάττωση της δοσολογίας ή την αντικατάσταση του φαρμάκου με άλλο ελαφρότερο. Διδασκαλία του αρρώστου να μην οδηγεί αυτοκίνητο και να μην χειρίζεται μηχανήματα ή εργαλεία όταν έχει πάρει ηρεμιστικά φάρμακα.
- **Ορθοστατική υπόταση.** Ενημέρωση του αρρώστου να σηκώνεται αργά από το κρεβάτι ή την πολυθρόνα. Συχνή μέτρηση της αρτηριακής πίεσης σε ξαπλωμένη και όρθια στάση για έγκαιρη επισήμανση μεγάλων διαφορών στις τιμές.
- **Αύξηση ευαισθησίας για εμφάνιση επιληπτικών σπασμών.** Ιδιαίτερη παρακολούθηση του αρρώστου με ιστορικό εμφράγματος μυοκαρδίου. Ετοιμότητα για νοσηλευτική παρέμβαση σε περίπτωση σπασμών.
- **Ταχυκαρδία, αρρυθμίες.** Συστηματική μέτρηση της αρτηριακής πίεσης και των σφύξεων. Συζήτηση τυχόν σημαντικών αλλαγών με το γιατρό.
- **Υπερτασική κρίση (παρενέργεια των αναστολέων της MAO).** Συμβαίνει αν το άτομο που κάνει θεραπεία με AMAO (π.χ. marplan, nardil, parnate)

χρησιμοποιεί τροφές που περιέχουν τυραμίνη. Τέτοιες τροφές είναι τα οينوπνευματώδη ποτά, τυρί, γιαούρτι, μπανάνες, σοκολάτες, αβοκάντο, λικορίς, σταφίδες, παστή ρέγκα κ.α. Τα συμπτώματα περιλαμβάνουν έντονη κεφαλαλγία, ταχυπαλμία, ναυτία/εμετούς, αυχενική δυσκαμψία, σημαντική αύξηση της ΑΠ, στηθαγχικό πόνο, εγκεφαλικό αγγειακό επεισόδιο ή και κώμα. Η θεραπεία της υπερτασικής κρίσης συνίσταται στην διακοπή του φαρμάκου και χορήγηση αντιυπερτασικού φαρμάκου που δρα άμεσα, κατά την ιατρική οδηγία. Διδασκαλία του αρρώστου ποιες τροφές να αποφεύγει κατά το διάστημα θεραπείας με αναστολείς της ΜΑΟ. (Ραγιά Α.Χρ., 2007 σελ.294-295).

8.3 Νοσηλευτική φροντίδα αρρώστου που υποβάλλεται σε ηλεκτροσπασμοθεραπεία.

- Επιβεβαίωση ότι ο ψυχίατρος εξασφάλισε ενυπόγραφη πληροφορημένη συγκατάθεση του αρρώστου για την εφαρμογή της θεραπείας.
- Εξασφάλιση αποτελεσμάτων προσφάτων εργαστηριακών εξετάσεων αίματος και ούρων, ηλεκτροκαρδιογραφήματος και ακτινογραφίας θώρακος.
- Ο άρρωστος πρώτης θεραπείας πρέπει να είναι νηστικός, να ουρήσει, να φορέσει νυχτικό ή πυτζάμες ή άλλα χαλαρά ρούχα και να αφαιρέσει τις τυχόν τεχνητές οδοντοστοιχίες, φουρκέτες και γυαλιά ή φακούς επαφής.
- Λήψη και καταγραφή των ζωτικών σημείων
- Χορήγηση θεϊκής 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 άρρωστος την εμπειρία.

- Χορήγηση οξυγόνου και ετοιμότητα για αναρρόφηση βρογχικών εκκρίσεων, αν χρειαστεί.
- Εφαρμογή των ηλεκτροδίων από το καθορισμένο υπεύθυνο πρόσωπο στους κροτάφους του αρρώστου και παροχή ηλεκτρικού ρεύματος 1-130volts x 0,1-0,5 δευτερόλεπτα.
- Χρήση αναπνευστήρα αμέσως μετά το ηλεκτρικό ερέθισμα.
- Τοποθέτηση του αρρώστου σε πλάγια θέση για πρόληψη εισρόφησης, παραμονή δίπλα του μέχρι να ανανήψει και παρακολούθηση των ζωτικών του σημείων κάθε 15' κατά την πρώτη ώρα.

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

Ο νοσηλευτής δεν παραλείπει να ενημερώνει την οικογένεια του αρρώστου, ποια συμπεριφορά να περιμένουν μετά την εφαρμογή της θεραπείας και προσπαθεί να ανακουφίσει το άγχος τους. (Ραγιά Α.Χρ., 2007 σελ. 297-299).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9^ο

Αποκατάσταση

9.1 Ορισμός

Ο όρος έχει υιοθετηθεί στην ψυχιατρική από τη φυσικοθεραπεία, και δηλώνει μία διαδικασία δύο στα δύο : 1) Χειρισμός των συμπτωμάτων κάποιου σωματικά ανάπηρου όπως με φάρμακα ή φυσιοθεραπεία και 2) Βοήθεια του ατόμου να προσαρμοστεί μόνιμα στο περιβάλλον με την παροχή βοηθημάτων λ.χ. αναπηρικής καρέκλας (Benet, 1983). Ο Benet (1983) συζητά την εξέλιξη στην ψυχιατρική και δηλώνει ότι υπάρχουν 6 στάδια στην ανάπτυξη αυτής της έννοιας.

1. α.)Προσπάθεια να μετριαστεί η ψυχική αναπηρία.

β.)Αποκατάστασή της αναπτύσσοντας άλλες ικανότητες και τοποθέτηση του ατόμου σε περιβάλλον μέσα στο οποίο να μπορεί να χρησιμοποιεί αυτές τις ικανότητες.

2. Αποκατάστασή τους σε απασχόληση

3. Επαναφορά των ψυχικά ασθενών στην προηγούμενη κατάστασή τους.

4. Επιστροφή ή ενσωμάτωση του ψυχικά ασθενούς μέσα σε σπίτι, σχολείο, κοινωνικό χώρο και ανάπτυξη των ικανοτήτων του.

5. Βελτίωση των δυνατοτήτων του ψυχικά ασθενούς.

6. Η διαδικασία βοήθειας του ψυχικά ασθενούς για την καλύτερη δυνατή χρήση των υπόλοιπων δυνατοτήτων με τις οποίες θα μπορέσει να λειτουργήσει όσο γίνεται περισσότερο σαν φυσιολογικός σε ένα κοινωνικό χώρο (Bennett, 1978).

(Αποστολή I., 1998, σελ. 34-35).

9.2 Οι φάσεις της αποκατάστασης των ψυχικά αρρώστων

Οι φάσεις της αποκατάστασης διακρίνονται στην Ψυχιατρική Αποκατάσταση (μεταβατική φάση), με την μορφή της μερικής νοσηλείας στο Νοσοκομείο

Ημέρας ή στο Κέντρο Ημέρας (Day Care Center), όπου ο πυρήνας της αποκατάστασης είναι η ψυχιατρική εργοθεραπεία και οι ομαδικές διεργασίες, και στην κύρια φάση της Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης.

Στην κύρια φάση της Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης περιλαμβάνονται :

- 1) Η κοινωνική αποκατάσταση (έξω από το ψυχιατρείο στην κοινότητα) με τη λειτουργία ειδικών υπηρεσιών – π.χ., Κοινωνικής Λέσχης, όπου εφαρμόζονται οι ομαδικές διεργασίες ή θεραπεία με χορό, μουσική ή τέχνες, που παίζουν σημαντικό ρόλο – και τις εναλλακτικές στεγαστικές λύσεις στη διαμονή (Ξενώνας, προστατευμένο διαμέρισμα, θετή οικογένεια).
- 2) Η επαγγελματική αποκατάσταση (προεπαγγελματική εργασία, επαγγελματική αποκατάσταση ή προστατευμένη εργασία). (Μαδιανός Μ.Γ., 2005, σελ. 102).



Εικόνα 7. (http://www.avramopoulos.gr/files/node_images/ekstrateia-kata8lipsis.jpg)

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ :

1. Αλεβίζος Β. , (1999), Η θεραπεία της κατάθλιψης, Ιατρική του Σήμερα, 10(26) 15-17.
2. Αποστολή Ι. , (επιμ.), (1998), Ψυχιατρική αποκατάσταση, Αθήνα: “ΕΛΛΗΝ”.
3. Βασιλάτος Γ. , (1999), Προληπτική και έγκαιρη διάγνωση Νοσημάτων φθοράς. Αθήνα : Παπαδόπουλος.
4. Βασιλικός Π., (2004), Περιπέτεια η κατάθλιψη στους εφήβους, Ιατρικά, 15 (118), 45-46.
5. Ευθυμίου Κ. Μαυροειδή Αθ., Παυλάτου Ε. , & Καλαντζή – Αζίζι Α. , (2006), Πρώτες βοήθειες Ψυχικής Υγείας. Ένας οδηγός για τις ψυχικές διαταραχές και την αντιμετώπισή τους, Αθήνα : Ελληνικά Γράμματα.
6. Gilbert P. , (1999), Ξεπερνώντας την κατάθλιψη, Αθήνα : Ελληνικά Γράμματα.
7. Kaplan I. H. , Sadock J. B. , Grebb A. J. , (2000), ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ, τόμος Β’, (7^η εκδ.), Αθήνα : Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.
8. Καρύδης Χ., (2008), Η φαρμακευτική θεραπεία στην κατάθλιψη, <http://www.iatronet.gr/article.asp?art-id=4479> (2/5/2009).
9. Κίρναν Τ., (1977), Ψυχοθεραπεία, Αθήνα : Επίκουρος.
10. Κλεφταράς Γ., (1998), Η κατάθλιψη σήμερα: Περιγραφή διάγνωση, θεωρίες και ερευνητικά δεδομένα, Αθήνα : Ελληνικά Γράμματα.
11. Κοκκώλης Κ., (2004), κατάθλιψη : Αίτια και Αντιμετώπιση, <http://www.iatronet.gr/article.asp?art-id=155> (2/5/2009).
12. Κονταξάκης Β.Π., (2009), Παιδιατρική Ιατρική, Αθήνα: Γιαννακός.

13. Κούρος Ι. (επιμ.), (1994), Ψυχικά προβλήματα και θεραπείες, (2^η εκδ.) Αθήνα : ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ.
14. Κωνσταντινόπουλος Α., (2007), Κλινική Παιδιατρική Αθήνα : Ζήτα.
15. Μαδιανός Μ.Γ., (2005), Κοινωνική Ψυχιατρική, Ψυχιατρική και Αποκατάσταση, Αθήνα : Καστανιώτη.
16. Ντολάτζας Θ., (2005), Παιδική και Εφηβική Ανδρολογία, Αθήνα : Ιατρικές Εκδόσεις Παρισσιανός.
17. Ξένος Κ., (2007), Διατροφή και κατάθλιψη, <http://www.iatronet.gr/article.asp?art-id=1163> (18/7/2009).
18. Παζαροπούλου Α., (2000), Η Γεροντική κατάθλιψη, Αθήνα : ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ.
19. Πλατή Δ.Χ., (2006), Γεροντολογική Νοσηλευτική, (Ζ' εκδ., αναθεωρημένη), Αθήνα.
20. Puri K. – Boyd H., (2006), Νικήστε την Κατάθλιψη, Αθήνα : Διόπτρα.
21. Ραγιά Α.Χρ., (2009), Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας, Αθήνα.
22. Σολδάτος Κ.Ρ., (2001), Παθολογία Ι, Αθήνα: ΒΗΤΑ.
23. Τσίκος Ν., Καραγεωργοπούλου Σ., Γραβάνη, (1999), Πρακτική Άσκηση Νοσηλευτικής ΙΙ, (2^η εκδ., βελτιωμένη), Αθήνα : “ΕΛΛΗΝ”.
24. Χαρτοκόλλης Π., (1991), Εισαγωγή στην Ψυχιατρική, (2^η εκδ., αναθεωρημένη), Αθήνα: ΘΕΜΕΛΙΟ.
25. Χριστοδούλου Γ.Ν., (2005β), Θέματα Προληπτικής Ψυχιατρικής, Αθήνα: ιδίου.
26. Χριστοδούλου Γ.Ν., (2005 α), Κατάθλιψη, (2^η εκδ.), Αθήνα: ΒΗΤΑ.
27. Χριστοδούλου Γ.Ν. κ συν., (2000), Ψυχιατρική, τόμος 1ος, Αθήνα: ΒΗΤΑ.

28. <http://www.depression.com/types-of-depression.html>. (25/5/2009).
29. <http://www.inspy.gr/Articles/Mood%20Disorders.htm> (1/7/2009).
30. <http://www.katathlipsi.gr> (17/5/2009).
31. <http://www.phychiatry24x7.gr/bgdisplay.jhtml?itemname=depression-treatment> (22/7/09).
32. <http://www.psynet.gr/index.php?option=com-content&task=view&id=73&itemid=45> (27/7/09).