

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ: << ΑΓΧΩΔΕΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ
ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ >>



ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ
ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΥ ΕΛΕΝΗ

ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ
ΣΠΥΡΑΤΟΣ ΦΩΤΗΣ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ MSc

ΠΑΤΡΑ
ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ, 2010

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Πρόλογος	8
Ευχαριστίες	9
Εισαγωγή	10

Κεφάλαιο 1^ο

Άγχος – Αγχώδεις Διαταραχές	12
1.1 Ορισμός Άγχους	12
1.1.1 Πως περιγράφεται το άγχος	12
1.2 Μορφές άγχους	13
1.3 Άγχος – φοβία	13
1.4 Χαρακτηριστικά άγχους	14
1.5 Συμπτώματα άγχους	14
1.6 Αγχώδης διαταραχή	14

Κεφάλαιο 2^ο

Αγχώδεις Διαταραχές της Διάθεσης	15
2.1 Γενικά χαρακτηριστικά	15
2.2 Ταξινόμηση	15
2.3 Αιτιολογία	16

Κεφάλαιο 3^ο

3.1 Καταθλιπτικές Διαταραχές	22
3.1.1 Συμπτώματα	22
3.1.2 Διαφορική διάγνωση	28
3.1.3 Συχνότητα	28

3.1.4 Ταξινόμηση	29
3.1.4.1 Παλιότερα συστήματα ταξινόμησης	29
3.1.4.2 Ταξινόμηση κατά DSM – IV	32
3.1.5 Αίτια	32
3.1.6 Κλινική πορεία της Κατάθλιψης	36
3.2 Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή	36
3.2.1 Κλινικές περιγραφές	36
3.2.2 Διάγνωση	37
3.2.3 Συνοδά συμπτώματα – Συνοδές διαταραχές	41
3.2.4 Χαρακτηριστικά σχετικά με την ηλικία	42
3.2.5 Επιδημιολογία	43
3.2.6 Κλινική πορεία	44
3.2.7 Επιπλοκές	46
3.2.8 Διαφορική διάγνωση	46
3.3 Δυσθυμική Διαταραχή	51
3.3.1 Αιτιολογία	51
3.3.2 Συμπτώματα	52
3.3.3 Επιδημιολογία	52
3.3.4 Διάγνωση	53
3.3.5 Συνοδά συμπτώματα – Συνοδές διαταραχές	53
3.3.6 Επιδημιολογικά στοιχεία	55
3.3.7 Κλινική πορεία	55
3.3.8 Διαφορική διάγνωση	56
3.4 Καταθλιπτική Διαταραχή μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς	56

Κεφάλαιο 4^ο

4.1 Διπολικές Διαταραχές	58
4.1.1 Συμπτώματα μανίας και υπομανίας	59
4.1.2 Συνοδά συμπτώματα και σημεία	59
4.1.3 Επιδημιολογικά στοιχεία	59
4.1.4 Ταξινόμηση	60
4.2 Διπολική I Διαταραχή	60
4.3 Διπολική II Διαταραχή	61
4.4 Κυκλοθυμική Διαταραχή	61
4.5 Διπολική Διαταραχή μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς	62

Κεφάλαιο 5^ο

5.1 Άλλες Διαταραχές της Διάθεσης	63
5.5.1 Διαταραχή της Διάθεσης Οφειλόμενη σε Γενική Ιατρική Κατάσταση	63
5.5.2 Διαταραχή της Διάθεσης Προκαλούμενη από Ουσίες	64
5.5.3 Διαταραχή της Διάθεσης Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς	65

Κεφάλαιο 6^ο

Θεραπεία των Καταθλιπτικών Διαταραχών	66
6.1 Θεραπεία επειγουσών καταστάσεων	66
6.2 Θεραπεία καταθλιπτικών επεισοδίων ή κατάθλιψης	67
6.2.1 Θεραπείες εκλογής	67
6.2.2 Σωματικές θεραπείες	67

6.2.2.1 Αντικαταθλιπτικά φάρμακα	68
6.2.2.2 Τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά φάρμακα	68
6.2.2.3 Αγχολυτικά τρικυκλικά φάρμακα	69
6.2.2.4 Νεότερα αντικαταθλιπτικά	69
6.2.2.5 Ηλεκτροσπασμοθεραπεία	70
6.2.3 Σχήμα θεραπείας	70
6.2.4 Ψυχοθεραπείες	71
6.2.5 Συνδυασμός θεραπευτικών μεθόδων	73

Κεφάλαιο 7^ο

Θεραπεία των Διπολικών Διαταραχών	74
7.1 Θεραπείες εκλογής	74
7.2 Οξεία μανία	74
7.3 Οξεία κατάθλιψη	76
7.4 Πρόληψη των επεισοδίων (θεραπεία συντήρησης)	77
7.5 Θεραπεία υποτροπών	78

Κεφάλαιο 8^ο

Πρόληψη-Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις	79
8.1 Πρόληψη	79
8.2 Νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου με Διαταραχή της Διάθεσης με τη μέθοδο της Νοσηλευτικής Διεργασίας	80
8.2.1. Νοσηλευτική Διεργασία	80

8.2.2 Νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου με μανία με την μέθοδο της νοσηλευτικής Διεργασίας	81
8.2.3 Νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου με Διαταραχή της Διάθεσης Προκαλούμενη από Ουσίες με την μέθοδο της νοσηλευτικής Διεργασίας	87
8.3 Συμβουλές	92
Επίλογος	94
Περίληψη	95
Βιβλιογραφία	97

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Κατά καιρούς διάφορες μελέτες έχουν απασχολήσει τους ερευνητές, όσον αφορά τις αγχώδεις διαταραχές της διάθεσης, οι οποίες συχνά κάνουν την εμφάνισή τους λόγω του σύγχρονου τρόπου ζωής.

Αναπολήστε τον τελευταίο μήνα της ζωής σας. Φαίνεται φυσιολογικός από πολλές απόψεις. Σκεφθείτε τα συναισθήματά σας κατά τη διάρκεια αυτής της χρονικής περιόδου. Ήσασταν θλιμμένοι; Ίσως να θυμάστε ότι κλαίγατε. Μπορεί να αισθανόσασταν εξάντληση, να νιώθατε αδύναμοι, να μην είχατε διάθεση να βγείτε.

Εάν είστε σαν τους περισσότερους ανθρώπους ξέρετε ότι η κακή σας διάθεση θα αλλάξει σε μια δυο μέρες. Τα αισθήματα της κατάθλιψης και της χαράς είναι πανανθρώπινα, γεγονός που δυσχεραίνει την κατανόησή των διαταραχών της διάθεσης, διαταραχών που αποδυναμώνουν και φέρνουν σε τέτοια απελπισία τους ανθρώπους.⁸

Αυτή η εργασία ασχολείται με τις διαταραχές της ψυχικής υγείας και συγκεκριμένα με τις αγχώδεις διαταραχές της διάθεσης. Για να γίνουν κατανοητές θα πρέπει να γίνει αναφορά στην κλινική τους εικόνα, τη συμπτωματολογία, τη θεραπεία, καθώς και τον τρόπο αντιμετώπισης τους. Έμφαση επίσης θα δοθεί και στην ανακάλυψη καινούργιων φαρμάκων και μεθόδων θεραπείας που έχουν εφαρμοστεί για τη φροντίδα των ασθενών.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τον κ. Σπυράτο Φ., για την υποστήριξη, την καθοδήγηση, τις συμβουλές και την επιστημονική γνώση που μου προσέφερε, δίχως τα οποία αυτή η εργασία δεν θα είχε ολοκληρωθεί.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στις μέρες μας είναι δύσκολο να δεχτούμε τον ψυχικά ασθενή σαν έναν από εμάς και να ευαισθητοποιηθούμε στα δικά μας, τυχόν, ψυχοπαθολογικά στοιχεία και συμπεριφορές. Έτσι δημιουργείται η γνωστή τοποθέτηση ότι η ψυχιατρική αφορά τους ψυχασθενείς.⁴

Στην πραγματικότητα η ψυχιατρική ασχολείται με τη σπουδή, θεραπεία και πρόληψη των ψυχικών διαταραχών. Η ψυχική διαταραχή είναι ένας όρος που χρησιμοποιείται για να εκφράσει ένα ευρύ φάσμα συμπτωμάτων και εμπειριών που προκαλούν προβλήματα στη σκέψη, το συναίσθημα και τη συμπεριφορά του ανθρώπου αλλά και στην επικοινωνία του με τους άλλους.^{3,23,24}

Υπάρχουν πολλών ειδών αγχώδεις διαταραχές. Τέτοιες είναι: οι αγχώδεις διαταραχές, η σχιζοφρένεια, οι οργανικές διαταραχές, οι διαταραχές από την κατάχρηση αλκοόλ και τοξικών ουσιών, οι διαταραχές προσωπικότητας, οι αναπτυξιακές διαταραχές, οι μαθησιακές διαταραχές, οι διαταραχές πρόσληψης τροφής, οι ψυχοσωματικές διαταραχές, οι διαταραχές ύπνου, οι σεξουαλικές διαταραχές καθώς και οι συναισθηματικές διαταραχές με τις οποίες ασχολείται αυτή η εργασία.^{23,24}

Οι Διαταραχές της Διάθεσης ή Συναισθηματικές Διαταραχές είναι μια ομάδα διαταραχών που χαρακτηρίζονται από διαταραχή της συναισθηματικής διάθεσης. Είναι μεταξύ των πιο συνηθισμένων διαταραχών και ο κίνδυνος εκδήλωσής τους είναι ιδιαίτερα αυξημένος παγκοσμίως.^{1,4,8,27}

Η συναισθηματική διάθεση ή απλά διάθεση είναι ο καθολικός και σταθερός συναισθηματικός τόνος που βιώνεται εσωτερικά και που σε ακραίες περιπτώσεις μπορεί να επηρεάσει σε πολύ μεγάλο βαθμό όλες τις πλευρές της συμπεριφοράς ενός ατόμου, καθώς και την αντίληψη για τον κόσμο που έχει το άτομο αυτό. Κοινά παραδείγματα συναισθηματικής διάθεσης είναι η κατάθλιψη, η έξαρση, ο θυμός.

Διακρίνουμε τη διάθεση ή συναισθηματική διάθεση από το συναίσθημα, που αποτελεί την εξωτερική έκφραση της. Και καθώς η εξωτερική έκφραση ενός καταθλιπτικού ή μανιακού ασθενή δεν είναι πάντα καταθλιπτική ή ευφορική, πιο σωστά οι Συναισθηματικές Διαταραχές περιγράφονται σαν Διαταραχές της Διάθεσης.¹

Όλοι μας γνωρίζουμε τι θα πει καταθλιπτική ή ευφορική διάθεση. Όλοι μας έχουμε περάσει από περιόδους απογοήτευσης ή ικανοποίησης που επηρέασαν τη διάθεση μας προς τη μια ή την άλλη πλευρά.^{1,3,6,16}

Πώς ξεχωρίζει, λοιπόν, κανείς μια «φυσιολογική» διάθεση από μια «παθολογική»; Οπωσδήποτε, δεν είναι τόσο εύκολο, ούτε τόσο απόλυτο. Παρ' όλα αυτά μπορούμε να πούμε ότι όσο πιο έντονη και παρατεταμένη η συναισθηματική διάθεση της κατάθλιψης ή της έξαρσης, όσο πιο πολλά και έντονα τα φυτικά συμπτώματα - αϋπνία, ανορεξία, απώλεια της ενεργητικότητας, ελάττωση της σεξουαλικής διάθεσης, ψυχοκινητική επιβράδυνση κτλ., όσο μεγαλύτερη η έκπτωση της επαγγελματικής ή κοινωνικής λειτουργικότητας ή εφόσον υπάρχουν διαταραχή της πραγματικότητας (με ψευδαισθήσεις, παραληρητικές ιδέες κτλ.) ή αυτοκτονικές ή ανθρωποκτονικές τάσεις, τόσο η κατάσταση που πάμε να διαγνώσουμε τείνει προς την παθολογική πλευρά.^{1,8,11}

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

Άγχος - Αγχώδεις Διαταραχές της Διάθεσης

Κοινό στοιχείο των αγχωδών διαταραχών της διάθεσης είναι το έντονο αίσθημα άγχους. Η λέξη άγχος προέρχεται από το ρήμα άγγω, που σημαίνει σφίγγω πιεστικά. Το άγχος επιστημονικά αναφέρεται σε ένα είδος δυσάρεστης συγκίνησης. Άλλα είδη δυσάρεστων συγκινήσεων είναι η θλίψη ή ο θυμός, αλλά το άγχος διακρίνεται από αυτά από το γεγονός ότι συνδέεται πάντοτε με έναν απειλούμενο κίνδυνο.

Όλοι οι άνθρωποι λέμε πολλές φορές ότι νιώθουμε άγχος και πολύ συχνά φορτώνουμε σε αυτό τις καθημερινές δυσκολίες που συναντάμε στην εργασία ή το σπίτι μας. Τι είναι όμως το άγχος;^{8,11,12}

1.1 Ορισμός Άγχους

Το άγχος είναι μια δυσάρεστη συναισθηματική κατάσταση που χαρακτηρίζεται από ένα έντονο αρνητικό συναίσθημα, από σωματικά συμπτώματα έντασης και από ανησυχία για το μέλλον.^{1,16,18}

1.1.1 Πώς περιγράφεται το άγχος;

Πρόκειται για την αίσθηση που έχει κανείς ότι απειλείται από κάτι αλλόκοτο, του οποίου η πηγή είναι άγνωστη ή μη αναγνωρίσιμη. Μια αίσθηση περιλαμβάνουσα το σώμα, που αδυνατεί να αναγνωρίσει και να αξιολογήσει με αξιόπιστο τρόπο, και στην οποία αισθάνεται παραδομένος και αβοήθητος.^{1,9,16}

Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι η μελέτη του άγχους είναι πολύ δύσκολη. Στους ανθρώπους το άγχος μπορεί να είναι μία υποκειμενική αίσθηση ανησυχίας, ένα σύνολο συμπεριφορών ή μια ψυχοφυσιολογική αντίδραση που προέρχεται από τον εγκέφαλο και αντανακλάται στην αύξηση του καρδιακού ρυθμού και της μυϊκής έντασης.¹⁶

Κι όμως οι ψυχολόγοι γνωρίζουν ότι οι άνθρωποι αποδίδουν καλύτερα όταν είναι λίγο αγχωμένοι. Για παράδειγμα ένας μαθητής δεν θα έγραφε καλά σε ένα διαγώνισμα αν δεν είχε αγχωθεί για να διαβάσει, ή κάποιος άλλος δεν θα τα πήγαινε καλά στη συνέντευξη για τη δουλειά αν δεν είχε αγχωθεί, ώστε να προετοιμαστεί κατάλληλα. Εν συντομία, οι σωματικές και πνευματικές επιδόσεις αυξάνονται και ενδυναμώνονται από το άγχος.^{9,16}

1.2 Μορφές Άγχους

Διακρίνουμε τρεις μορφές άγχους, οι οποίες διαπλέκονται αμοιβαίως.

1. *Το πραγματικό άγχος*, εγκαθίσταται σε συνθήκες εξωτερικής απειλής, όταν έχουν επισυμβεί ή επίκεινται καταστροφές και καταστάσεις που εγκυμονούν κινδύνους. Φυσιολογικές αντιδράσεις είναι πανικός, φυγή και αποφυγή, αλλά και οργή και επιθετικότητα. Εδώ συγκαταλέγεται και το ζωτικό άγχος, το οποίο συνδέεται με κάποιο νόσημα που απειλεί τη ζωή, λ.χ. έλλειψη οξυγόνου ή καρδιακή ανεπάρκεια.

2. *Το υπαρξιακό άγχος*, συνιστά μια γενική εμπειρία του ανθρώπου ως έμβιου όντος το οποίο, στην πορεία της φυλογένεσης του, αποκολλήθηκε από τη φύση. Αυτό του απέφερε μεν μεγαλύτερες δυνατότητες κατίσχυσης και μεγαλύτερη ελευθερία, αλλά και μια απώλεια της ασφάλειας που του παρείχε η επαφή μαζί της. Το υπαρξιακό άγχος απορρέει από τον ίλιγγο της ελευθερίας.

3. *Το νευρωτικό άγχος*, παράγεται από τη βίωση ψυχοσυγκρούσεων που δεν έχουν διευθετηθεί, ιδίως εάν δεν επαρκούν οι αμυντικές δυνατότητες. Το άγχος δεν συνιστά απλώς ένα ψυχοπαθολογικό φαινόμενο, αλλά μια μορφή αντίδρασης του ανθρώπου, ένα συστατικό μέρος του βίου του γενικώς.

Τα όρια μεταξύ αντικειμενικού, υπαρξιακού και εσωτερικού άγχους είναι ρευστά.^{9,11,12}

1.3 Άγχος - Φοβία

Όταν γνωρίζουμε την πηγή προέλευσης του άγχους, τότε αυτό το ονομάζουμε *φοβία*. Μπορεί έτσι να έχουμε φοβία για κάποιο ζώο, για το ύψους, για τους κλειστούς χώρους κλπ. Στις περιπτώσεις αυτές το άγχος συνδέεται με την παρουσία του "φοβογόνου" αντικειμένου, έχουμε π.χ. άγχος όταν βρεθούμε στην δύσκολη κατάσταση αλλά με την απομάκρυνση μας από αυτήν δεν αντιμετωπίζουμε κανένα πρόβλημα.

Πολλές φορές δεν είναι δυνατόν να εξακριβωθεί η αιτία του άγχους, τουλάχιστον με τον τρόπο που είναι εμφανής στις φοβίες. Οι άνθρωποι που παρουσιάζουν άγχος αυτής της μορφής φαίνεται να ανησυχούν για τα πάντα και να μην μπορούν να ελέγξουν την ανησυχία τους. Αυτός ο τύπος άγχους που φαινομενικά δεν συνδέεται με μια συγκεκριμένη κατάσταση ονομάζεται *γενικευμένο άγχος*.^{2,11,12}

1.4 Χαρακτηριστικά Άγχους

Το άγχος χαρακτηρίζεται από ασάφεια και έλλειψη αντικειμενικότητας. Συνδέεται σχεδόν πάντοτε με την έννοια της απειλής, αντικειμενικής ή υποκειμενικής, πραγματικής ή συμβολικής ή φανταστικής, του αισθήματος ευεξίας του ανθρώπου.

Οι απειλές συνήθως ανήκουν στις εξής κατηγορίες:

1. Απειλές στη σωματική ακεραιότητα του ατόμου π.χ φόβος του πόνου, της διάγνωσης ανίατης ασθένειας κ.ά.
2. Απειλές στην αυτοεκτίμηση π.χ απειλές στην τάση του ατόμου να διατηρεί την ιδέα για τον εαυτό του και τις αξίες που συνδέονται με την ύπαρξή του.
3. Απειλές στην προσωπικότητα του ατόμου, π.χ απειλή στην προσωπική ύπαρξη, απειλή απώλειας ελευθερίας, απειλή του θανάτου.²

1.5 Συμπτώματα Άγχους

Το άγχος, όπως άλλωστε και ο φόβος, συνοδεύεται από σωματικές διαταραχές, από τις οποίες χαρακτηριστικές είναι η ταχυκαρδία, η ταχυπαλμία, ο κρύος ιδρώτας, το τρέμουλο, ένα βάρος στο στήθος ή το στομάχι, η έντονη επιθυμία για ούρηση ,κ.ο.κ.^{3,9,16}

1.6 Αγχώδης διαταραχή

Συνήθως το άγχος είναι μια κοινή αντίδραση που σε κάποιο βαθμό απαντάται στους περισσότερους ανθρώπους με τη μορφή της υπερβολικής αντίδρασης σε ήπια στρεσογόνα παθολογικό εάν δημιουργεί προβλήματα στην καθημερινή λειτουργικότητα, στην επίτευξη επιθυμητών στόχων ή στη συναισθηματική ηρεμία οπότε και έχουμε αγχώδη διαταραχή.^{1,11}

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

Αγχώδεις Διαταραχές της Διάθεσης

2.1 Γενικά χαρακτηριστικά

Οι αγχώδεις συναισθηματικές διαταραχές ή διαταραχές της διάθεσης είναι καταστάσεις που χαρακτηρίζονται κυρίως από ένα ανώμαλο συναίσθημα παρά από μια διαταραχή σκέψης ή συμπεριφοράς.

Χαρακτηρίζονται από συναισθήματα που δεν έχουν λόγο να υπάρχουν, που δεν έχουν λογική δικαιολογία. Το άτομο που τα αισθάνεται μπορεί να τα δικαιολογεί, αλλά η δικαιολογία που δίνει δεν πείθει.

Ένα άλλο χαρακτηριστικό των διαταραχών της διάθεσης είναι η διάρκειά τους. Όπως όλες, άλλωστε, οι ψυχιατρικές διαταραχές, πρόκειται για καταστάσεις που διαρκούν ή επαναλαμβάνονται με έναν τρόπο που δε δικαιολογείται από τη λογική των πραγμάτων, από την πραγματικότητα του ασθενή. Συνεπώς οι διαταραχές της διάθεσης χαρακτηρίζονται από μεγάλες αποκλίσεις σε σχέση με τη φυσιολογική διακύμανση της διάθεσης.^{3,6, 8,16, 18}

2.2 Ταξινόμηση

Από την αρχαιότητα μέχρι σήμερα έχουν γίνει αμέτρητες προσπάθειες να ταξινομηθούν οι συναισθηματικές διαταραχές. Η δυσκολία στην ταξινόμηση των διαταραχών της διάθεσης οφείλεται στην έμφαση των ερευνητών σε συγκεκριμένες αιτιολογίες ή ομάδες συμπτωμάτων.^{1, 3,7}

Τα συστήματα αυτά είναι το ICD-10, το DSM-III, το DSM-III-R και το DSM-IV. Ίσως η πιο κοντά στην κλινική πραγματικότητα ταξινόμηση είναι αυτή που υιοθέτησε το DSM-III και ιδιαίτερα το DSM-III-R, και που επεξεργάστηκε ακόμη περισσότερο το DSM-IV.^{1, 3, 4, 19}

Σύμφωνα με το DSM-IV, λοιπόν, οι διαταραχές της διάθεσης διαιρούνται: α. στις *Καταθλιπτικές Διαταραχές*, β. στις *Διπολικές Διαταραχές*, γ. στη *Διαταραχή της Διάθεσης Οφειλόμενη σε Γενική Ιατρική Κατάσταση*, δ. στη *Διαταραχή της Διάθεσης Προκαλούμενη από Ουσίες* και ε. στη *Διαταραχή της Διάθεσης Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς*.¹

2.3 Αιτιολογία των Διαταραχών της Διάθεσης

Όπως για τις περισσότερες ψυχικές διαταραχές ή σύνδρομα έτσι και για τις διαταραχές της διάθεσης δεν έχει, φυσικά, απομονωθεί ένας και μοναδικός ή συγκεκριμένος αιτιολογικός παράγοντας. Η έρευνα που έγινε και συνεχίζει να γίνεται απλά προτείνει ένα μεγάλο αριθμό παραγόντων που φαίνεται να συμβάλλουν στην ανάπτυξη διαταραχών της διάθεσης. Οι παράγοντες αυτοί μπορεί να ομαδοποιηθούν σε *γενετικούς*, σε *ψυχοκοινωνικούς* και σε *νευροβιολογικούς*. Και, καθώς το οικογενειακό ιστορικό ασθενών με μονοπολική ή διπολική διαταραχή μας δείχνει ότι οι συγγενείς τους έχουν αυξημένη συχνότητα της αντίστοιχης διαταραχής, αλλά και σχετικά αυξημένη συχνότητα της άλλης, καθώς οι έρευνες των νευροδιαβιβαστών δείχνουν ότι υπάρχουν ανάλογες διαταραχές νευροδιαβίβασης π.χ. στην κατάθλιψη και στους μονοπολικούς και στους διπολικούς ασθενείς κ.ο.κ., σκόπιμη είναι η αναφορά στην αιτιολογία των διαταραχών της διάθεσης -μονοπολικών και διπολικών μαζί.^{1,3,6,25,29}

Γενετικοί παράγοντες

Η συμβολή των γενετικών παραγόντων στις διαταραχές της διάθεσης φαίνεται από τα αποτελέσματα μελετών σε οικογένειες, σε διδύμους και σε υιοθετημένα άτομα και από τις έρευνες της μοριακής βιολογίας.^{1,3,12,27,29}

Μελέτες διδύμων έχουν δείξει σχέση μονοζυγωτών προς διζυγώτες κατά μέσο όρο περίπου 4:1, δηλαδή, αν ένας μονοζυγώτης δίδυμος έχει διαταραχή της διάθεσης, είναι τέσσερις φορές πιθανότερο να έχει και ο άλλος απ' ό,τι αν είναι διζυγώτης.

Μελέτες υιοθετημένων ατόμων επίσης υποστηρίζουν τη γενετική συμμετοχή στην αιτιολογία των διαταραχών της διάθεσης.

Από την πλευρά της μοριακής βιολογίας, θεωρήθηκε ότι απομονώθηκε ένα γονίδιο στο βραχύ σκέλος του χρωμοσώματος 11, που συνδέεται με την εμφάνιση Διπολικής Διαταραχής σε μια μεγάλη οικογένεια Amish. Το εύρημα αυτό, όμως, δεν διασφαλίστηκε σε κατοπινές επαναλύσεις των στοιχείων. Σε άλλες μελέτες, πάλι, έχει αναφερθεί σύνδεση της Διπολικής Διαταραχής με το χρωμόσωμα X. Είναι πιθανό λοιπόν να υπάρχει σύνδεση διαφορετικών μορφών Διπολικής Διαταραχής με διαφορετικά χρωμοσώματα.^{1,13,40}

Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες

Στους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες ανήκουν τα στρεσογόνα γεγονότα της ζωής και οι ψυχολογικοί παράγοντες.

Στρεσογόνα γεγονότα της ζωής. Μολονότι μεθοδολογικά επαρκείς έρευνες για την αιτιολογική συμβολή των παραγόντων αυτών είναι δύσκολο να υπάρξουν, εντούτοις φαίνεται ότι οπωσδήποτε η συμμετοχή τους στην πρόκληση διαταραχών της διάθεσης είναι δεδομένη.¹

Ψυχολογικοί παράγοντες. Μέχρι σήμερα δεν έχει αποδειχθεί ότι μια συγκεκριμένη προσωπικότητα (ή στοιχεία προσωπικότητας) ή ένας συγκεκριμένος ψυχολογικός μηχανισμός προδιαθέτει ή προκαλεί την κατάθλιψη ή την έξαρση.

Ιδιαίτερα, όσον αφορά τις ψυχοδυναμικές θεωρίες της κατάθλιψης, η βιβλιογραφία είναι τεράστια. Κατά ορισμένους θεωρητικούς, τα άτομα που είναι επιρρεπή σε κατάθλιψη χαρακτηρίζονται από χαμηλή αυτοεκτίμηση και έντονη αυτοκριτική. Κατά άλλους, η κατάθλιψη είναι θυμός ή επιθετικότητα που στρέφεται εναντίον του εαυτού. Άλλοι υποστηρίζουν ότι αστάθεια και ανασφάλεια στη βρεφονηπιακή ηλικία, που προέρχεται από διαταραγμένη σχέση μητέρας-παιδιού, δημιουργούν το υπόστρωμα για ευαισθησία και ευαλωτότητα σε αποχωρισμούς αργότερα, που οδηγούν σε κατάθλιψη. Η διαπροσωπική απώλεια έχει τονισθεί ιδιαίτερα από τον Freud και τους οπαδούς του, που σημείωσαν τις ομοιότητες και τις διαφορές ανάμεσα στο κοινό πένθος (που είναι φυσιολογική αντίδραση) και την κατάθλιψη που ακολουθεί την απώλεια είτε ενός αγαπημένου ατόμου είτε κάποιας σημαντικής για το άτομο διάστασης (π.χ. θάνατος αγαπημένου ατόμου, απώλεια εργασίας, χωρισμός από αγαπημένο άτομο κτλ.).^{1,3,11,12,27}

Έρευνες ήδη έχουν δείξει ότι υπάρχει αυξημένη συχνότητα κατάθλιψης σε άτομα που έχασαν κάποιο γονιό στην παιδική τους ηλικία - κατά πάσα πιθανότητα λόγω αυξημένης ευαισθησίας σε διαπροσωπικές απώλειες αργότερα. Η γνωστική θεωρία της κατάθλιψης, βέβαια, απομακρύνεται από την ψυχοδυναμική θεώρηση και αποδίδει την κατάθλιψη σε αρνητική, λαθεμένη, εκτίμηση που κάνει το άτομο για τον εαυτό του, τον κόσμο και το μέλλον

Όσον αφορά τη μανία, ψυχοδυναμικά θεωρείται ότι είναι άμυνα (= άρνηση) του ατόμου σε υποκείμενη κατάθλιψη.^{1,3,12,29}

Νευροβιολογικοί παράγοντες

Οι νευροβιολογικές μελέτες των διαταραχών της διάθεσης ακολούθησαν τέσσερις κυρίως μεγάλες περιοχές έρευνας: τις διαταραχές της νευροδιαβίβασης, τις διαταραχές της νευροφυσιολογικής λειτουργίας (ιδιαίτερα του ύπνου), τις διαταραχές της νευροενδοκρινικής λειτουργίας και την νευροαπεικόνιση της δομής και της λειτουργίας του εγκεφάλου.

Διαταραχές της νευροδιαβίβασης. Και στην περίπτωση των διαταραχών της διάθεσης, όπως και στη σχιζοφρένεια, η προσοχή εστιάσθηκε στους νευροδιαβιβαστές, δηλ. στις χημικές ουσίες που μεταβιβάζουν τη νευρική διέγερση από τον ένα νευρώνα στον άλλο στον εγκέφαλο και ιδιαίτερα στη νορεπινεφρίνη, στη σεροτονίνη, στην ακετυλοχολίνη, στη ντοπαμίνη και στο γ-αμινοβουτυρικό οξύ (GABA).^{1,8}

Η υπόθεση της κατεχολαμίνης, που διερευνήθηκε ευρύτατα, είχε προτείνει ότι η κατάθλιψη προκαλείται από ανεπάρκεια νορεπινεφρίνης στις νευρικές συνάψεις του εγκεφάλου. Βασίσθηκε, κυρίως, στους μηχανισμούς δράσης των αντικαταθλιπτικών: π.χ. είναι γνωστό ότι η ιμιπραμίνη δρα αυξάνοντας την ποσότητα της νορεπινεφρίνης επειδή εμποδίζει την επαναπρόσληψή της ή ότι οι αναστολείς της μονοαμινοοξειδάσης (ΜΑΟ) επίσης αυξάνουν την ποσότητα της νορεπινεφρίνης επειδή εμποδίζουν τη διάσπαση της νορεπινεφρίνης από τη ΜΑΟ. Επίσης, ορισμένες μελέτες βρήκαν σε καταθλιπτικούς ασθενείς (ίσως περισσότερο σε διπολικούς καταθλιπτικούς απ' ότι σε μονοπολικούς) ελάττωση του μεταβολίτη της νορεπινεφρίνης 3-μεθοξυ-4-υδροξυφαινυλγλυκόλη (ΜΗΡΟ) στα ούρα.

Προοδευτικά, η υπόθεση της κατεχολαμίνης διευρύνθηκε με τη διερεύνηση και άλλων κατεχολαμινών και αμινοξέων που συμμετέχουν στη νευροδιαβίβαση.

Έτσι, θεωρήθηκε ότι σε ορισμένους καταθλιπτικούς ασθενείς υπάρχει ανεπάρκεια σεροτονίνης, με βάση τη δράση και πάλι ορισμένων αντικαταθλιπτικών φαρμάκων που δεσμεύουν την επαναπρόσληψή της σεροτονίνης (π.χ. φλουοξετίνη) και επίσης την ανεύρεση ελαττωμένης ποσότητας του μεταβολίτη της σεροτονίνης 5-υδροξυινδολεοξικό οξύ (5-HIAA) στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό ορισμένων βαριά καταθλιπτικών ασθενών καθώς και ελαττωμένων αριθμών 5-HT₂ υποδοχέων στους εγκεφάλους ατόμων που αυτοκτόνησαν.^{1,11,12,27}

Ανάλογες προτάσεις υπήρξαν και για το σύστημα ακετυλοχολίνης, για το GABA ΒΑ κτλ., όπως υπάρχουν και μελέτες των υποδοχέων των νευροδιαβιβαστών (παρόμοιες με της

σχιζοφρένειας - βλ. σχετικά), χωρίς τελικά να μπορούν να εξηγήσουν ικανοποιητικά τον μηχανισμό της κατάθλιψης. Ίσως, αν όλες οι προτάσεις και μελέτες συντεθούν σε επίπεδο αλληλεπίδρασης των διαφόρων νευροδιαβιβαστών. όπως πρεσβεύουν νεότερες θεωρίες, μπορεί να υπάρξει καλύτερη εξήγηση του μηχανισμού της κατάθλιψης.^{1,35}

Καθώς, πάντως, πολλοί ασθενείς που είναι κλινικά καταθλιπτικοί δεν παρουσιάζουν κάποια ανιχνεύσιμη ανεπάρκεια νευροδιαβιβαστών, ούτε απαντούν οπωσδήποτε σε θεραπεία με αντικαταθλιπτικά, η υπόθεση της διαταραχής της νευροδιαβίβασης δεν φθάνει για να εξηγήσει όλα τα καταθλιπτικά σύνδρομα.

Διαταραχές της νευροδιαβίβασης προτείνονται αιτιολογικά και για τα μανιακά επεισόδια με βάση τη μελέτη των μεταβολιτών των νευροδιαβιβαστών, της λειτουργίας των υποδοχέων, της δράσης των φαρμάκων κτλ.^{1,8,48}

Διαταραχές της Νευροφυσιολογικής Λειτουργίας.

Και αυτές οι διαταραχές μελετήθηκαν εκτενώς σε ασθενείς με διαταραχές της διάθεσης. Τα περισσότερα στοιχεία αφορούν τη χρήση του *HEG ύπνου* (που είναι μέρος της «πολυπνογραφίας» βλ. Εργαστηριακές Εξετάσεις στην Ψυχιατρική) και δείχνουν ότι σε μεγάλο αριθμό καταθλιπτικών και μανιακών ασθενών υπάρχουν διάφορες ανωμαλίες στο HEG που παίρνεται κατά τον ύπνο των ασθενών αυτών. Τα πιο συχνά «πολυπνογραφικά» ευρήματα σε καταθλιπτικούς ασθενείς είναι: 1) διαταραχές της συνέχειας του ύπνου, όπως αύξηση της λανθάνουσας περιόδου πριν τον ύπνο, αύξηση των ενδιάμεσων ξυπνημάτων και ξύπνημα νωρίς το πρωί 2) ελάττωση των σταδίων 3 και 4 NREM (Non Rapid Eye Movement) του ύπνου δηλ. του «βαθέως ύπνου» (ή ύπνου των βραδέων κυμάτων ή ύπνου δ) και μετακίνηση της δραστηριότητας των βραδέων κυμάτων μακριά από την πρώτη NREM περίοδο 3) ελάττωση της λανθάνουσας περιόδου πριν τον REM (Rapid Eye Movement) ύπνο (δηλ. βράχυνση της διάρκειας της πρώτης NREM περιόδου) 4) αύξηση της REM δραστηριότητας δηλ. του αριθμού των γρήγορων κινήσεων του οφθαλμού και 5) αύξηση της διάρκειας («πυκνότητας») του REM ύπνου στην αρχή της νύχτας. Όλα τα παραπάνω συμπίπτουν με τα χαρακτηριστικά του διαταραγμένου ύπνου των καταθλιπτικών: όπως είναι γνωστό, οι καταθλιπτικοί δεν κοιμούνται βαθιά ή αρκετά και έχουν ανήσυχο ύπνο με άσχημα όνειρα και εφιάλτες. Τα ευρήματα αυτά στο HEG ύπνου ανευρίσκονται στο 40%/ο-60% των εξωτερικών ασθενών και στο 90% των

νοσηλεύομενων ασθενών με Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο. Μερικά από τα ευρήματα αυτά υπάρχουν και στο 25%-50% ενηλίκων ασθενών με Δυσμική Διαταραχή.^{1,3,29}

Διαταραχές της Νευροενδοκρινικής Λειτουργίας.

Οι λειτουργίες του υποθαλάμου, της υπόφυσης, του φλοιού των επινεφριδίων, του θυρεοειδούς και άλλων ενδοκρινών αδένων έχουν μελετηθεί για την ανεύρεση αιτιολογικών συσχετίσεων με τις διαταραχές της διάθεσης. Ο υποθαλαμο-υποφυσιο-επινεφριδικός (ΥΥΕ) άξονας κίνησε ιδιαίτερα το ενδιαφέρον των ερευνητών, ύστερα από το εμπειρικό εύρημα ότι ορισμένοι καταθλιπτικοί ασθενείς δεν μπορούν να καταστείλουν την παραγωγή κορτιζόλης από τον επινεφριδικό φλοιό, όταν τους χορηγηθεί δοσολογία δεξαμεθαζόνης αρκετή για να καταστείλει την παραγωγή κορτιζόλης σε φυσιολογικά άτομα. Η υπερκορτιζολαιμία είναι ένα από τα σταθερά ευρήματα σε καταθλιπτικούς ασθενείς και έτσι θεωρήθηκε ότι η Δοκιμασία Καταστολής με Δεξαμεθαζόνη (DST Dexamethasone Suppression Test), που μετρά την ικανότητα για καταστολή της παραγωγής κορτιζόλης, θα ήταν ένα ειδικό τεστ για τη διάγνωση της κατάθλιψης και ένα εργαλείο για τη διερεύνηση της νευροενδοκρινικής λειτουργίας του ΥΥΕ άξονα στην κατάθλιψη. Δυστυχώς, όμως αποδείχτηκε ότι η μη καταστολή συμβαίνει και σε άλλες ψυχιατρικές διαταραχές εκτός από την κατάθλιψη, όπως σε ψυχογενή ανορεξία, σε άνοια και σε κατάχρηση ουσιών.

Μολονότι η DST δεν χρησιμοποιείται πια ευρέως, εντούτοις η νευροενδοκρινική έρευνα συνεχίζεται, καθώς η ανεύρεση πιθανών δυσλειτουργιών ιδιαίτερα στον υποθάλαμο είναι συμβατή και με τη δυσλειτουργία στα συστήματα νευροδιαβίβασης που αναφέραμε προηγούμενα (η λειτουργία του υποθαλάμου ρυθμίζεται σε μεγάλο βαθμό από κατεχολαμίνες).^{1,8,27}

Όσον αφορά τις νευροαπεικονιστικές τεχνικές, η αξονική τομογραφία ατόμων με εγκεφαλικό επεισόδιο έχει δείξει ότι βλάβες του προσθίου αριστερού ημισφαιρίου μπορεί να προκαλέσουν δυσφορία, ενώ βλάβες του δεξιού λοβού είναι πιο πιθανό να προκαλέσουν ευφορία η PET ενισχύει τα παραπάνω, καθώς η πρόκληση δυσφορίας σε φυσιολογικά άτομα ή η κατάθλιψη σε καταθλιπτικά άτομα συνδέονται με διαταραχή του μεταβολισμού στις αριστερές μετωπιαίες περιοχές η μαγνητική τομογραφία δείχνει σταθερά τόσο σε διπολικούς όσο και σε μονοπολικούς ασθενείς ένα αυξημένο αριθμό εστιακών πυκνοτήτων στη λευκή ουσία κ.ο.κ.

Υπάρχουν βέβαια και άλλα ερευνητικά πεδία για τη νευροβιολογία των διαταραχών της διάθεσης, όπως τα προκλητά δυναμικά, το φαινόμενο kindling , το ΗΕΓ ημέρας κ.ά.

Κατά πάσα πιθανότητα διάφοροι παράγοντες γενετικοί, ψυχοκοινωνικοί και νευροβιολογικοί διαπλέκονται και προκαλούν την εκδήλωση μιας διαταραχής της διάθεσης. Έτσι, π.χ. μπορούμε να υποθέσουμε ότι μια σειρά στρεσογόνων γεγονότων της ζωής μπορεί να προκαλέσει μια βιολογική αντίδραση όπως είναι μια υπερέκκριση κορτιζόλης, που εφόσον αρχίσει είναι δύσκολο να σταματήσει και που μπορεί να προκαλέσει ή να επιδεινώσει ένα καταθλιπτικό σύνδρομο, το οποίο έτσι έχει αιτία και ψυχοκοινωνική και βιολογική. Και επιπλέον θα μπορούσαμε να υποθέσουμε ότι ένας γενετικός παράγοντας, που μπορεί να μεταβιβάζεται στα άτομα μιας οικογένειας, μπορεί να είναι η τάση τους να είναι νευροβιολογικά υπερευαίσθητα στο ψυχοκοινωνικό στρες. Τέτοιου είδους - και οπωσδήποτε πολυπλοκότερα - πολυπαραγοντικά μοντέλα μπορεί να προσεγγίσουν ίσως τελικά την αιτιολογία των διαταραχών της διάθεσης.^{1,8,11,12,41}

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Ύστερα από την έντονη ενασχόληση με το άγχος κατά το πρώτο μισό αυτού του αιώνα, στο δεύτερο μισό του, η έντονη ενασχόληση είναι με την κατάθλιψη. Ιδιαίτερα στην ιατρική, η κατάθλιψη με την ποικιλία των συμπτωμάτων της φαίνεται να είναι πανταχού παρούσα, γι' αυτό και οι γιατροί αλλά και οι συγγενείς προς αυτούς επιστήμονες πρέπει να μπορούν να αναγνωρίζουν τα συμπτώματα της.¹

Στην καθημερινή ζωή με τον όρο κατάθλιψη εννοούμε μια κατάσταση θλίψης και μελαγχολίας, αυτό συνήθως είναι παροδικό και μάλλον οφείλεται σε κάτι σχετικά ασήμαντο και επουσιώδες. Η κατάθλιψη διαφέρει από την Κλινική Κατάθλιψη η οποία χαρακτηρίζεται από συμπτώματα που διαρκούν πάνω από δύο εβδομάδες και είναι τόσο σοβαρά ώστε να επεμβαίνουν στην καθημερινότητα ενός ατόμου.^{1,36}

Σε ένα καταθλιπτικό ασθενή μπορεί να μην είναι η καταθλιπτική διάθεση πάντα εμφανής ή ακόμα και παρούσα (μολονότι φυσικά είναι η πιο συχνή εμπειρία) και άλλα συμπτώματα, π.χ. από το αυτόνομο νευρικό σύστημα, τη σκέψη κτλ. να μας οδηγήσουν στην διάγνωση και αποτελεσματική θεραπεία. Ποια είναι λοιπόν τα συμπτώματα της κατάθλιψης;^{1,8,24}

3.1.1 Συμπτώματα

Ο Πίνακας 2-1 είναι μια προσπάθεια ομαδοποίησης των πολυάριθμων πράγματι συμπτωμάτων και σημείων της κατάθλιψης, που αναλύονται σύντομα παρακάτω.

Πίνακας 2-1. Συμπτώματα της κατάθλιψης

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

Συναίσθημα

Καταθλιπτική διάθεση

Το άτομο που βρίσκεται σε καταθλιπτική διαταραχή συνήθως περιγράφει τη διάθεση του σαν καταθλιπτική, λέγοντας ότι νιώθει λύπη, θλίψη, απογοήτευση, απελπισία κτλ. Η καταθλιπτική αυτή διάθεση χαρακτηριστικά κυριαρχεί στη ζωή του ατόμου. Συχνά είναι έτσι και τα εύκολα κλάματα. Μπορεί όμως το άτομο να περιγράψει τη διάθεση του και με λόγια όπως «δεν με νοιάζει πια» ή μπορεί ακόμη να μας λέει ότι δεν νιώθει θλίψη. Το τελευταίο είναι ιδιαίτερα συχνό σε παιδιά, που όμως δείχνουν την κατάθλιψη στο πρόσωπο τους.

Όπως, ήδη έχει τονιστεί παραπάνω, ψάχνουμε και για άλλα συμπτώματα πέρα από την καταθλιπτική διάθεση, σε άτομα που δεν την παρουσιάζουν αλλά πιστεύουμε ότι πάσχουν από κατάθλιψη. Επίσης, όπως στη συνέντευξη με κάποιο σχιζοφρενικό ασθενή που δεν έχει χαρακτηριστικά συμπτώματα η αίσθηση παράξενου στον κλινικό εξεταστή μπορεί να βοηθήσει, έτσι και στην επικοινωνία με καταθλιπτικό ασθενή, ο εξεταστής μπορεί να νιώσει θλίψη, πολλές φορές αφόρητη, ενώ ο ασθενής δεν αναφέρει θλίψη.^{1,8,18,32,38}

Ανηδονία

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

Δραστηριότητες που παύουν να είναι ευχάριστες είναι το φαγητό, το σεξ, τα χόμπι, τα σπορ, κοινωνικές και οικογενειακές εκδηλώσεις. Ανάλογη προς την ανηδονία είναι και η απώλεια ενδιαφέροντος σε διάφορες δραστηριότητες.^{1,2,29}

Άγχος

Πολλοί καταθλιπτικοί ασθενείς νιώθουν άγχος με μορφή εσωτερικής δυσφορίας, φόβου, αισθήματος επικειμένου κινδύνου, ευερεθιστότητας ή ακόμη και προσβολών πανικού με συνοδά φυτικά συμπτώματα όπως ιδρώτες, αίσθημα παλμών, ταχυκαρδία κτλ. Η συνύπαρξη άγχους και κατάθλιψης μπορεί να κάνει δύσκολη τη διάκριση ποιο από τα δύο αποτελεί τη βασική διαταραχή.^{1,3,12}

Φυτικό (Αυτόνομο) Νευρικό Σύστημα

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

Διαταραχή του ύπνου

Οι περισσότεροι καταθλιπτικοί ασθενείς παρουσιάζουν κάποιας μορφής διαταραχή του ύπνου, συνήθως αϋπνία, μερικές φορές και υπερυπνία (ιδιαίτερα παιδιά, νεαρά άτομα και ασθενείς με Διπολική Διαταραχή). Η αϋπνία μπορεί να συνίσταται σε δυσκολία του ατόμου να κοιμηθεί (αρχική αϋπνία), σε αφύπνιση στη διάρκεια της νύχτας και δυσκολία να ξανακοιμηθεί (μέση αϋπνία) και σε αφύπνιση νωρίς το πρωί (τελική αϋπνία), που είναι ιδιαίτερα συχνή και ενοχλητική καθώς το άτομο ξυπνά στις τέσσερις, πέντε ή έξι το πρωί και δεν μπορεί να ξανακοιμηθεί.^{1,28,29,30}

Διαταραχή της όρεξης

Πολλοί καταθλιπτικοί ασθενείς παρουσιάζουν ανορεξία που συνοδεύεται ή όχι από απώλεια βάρους. Η απώλεια βάρους μπορεί να είναι μικρή, μεγάλη ή και απειλητική για τη ζωή. Λιγότερο συχνή είναι η αύξηση της όρεξης, που μπορεί να οδηγήσει και σε πρόσληψη σημαντικού βάρους - ιδιαίτερα σε νεαρές γυναίκες και σε άτομα με Διπολική Διαταραχή.^{1,2,18}

Κόπωση, εξάντληση (απώλεια ενέργειας)

Συχνό παράπονο των καταθλιπτικών ασθενών είναι ένα αίσθημα κόπωσης ή εξάντλησης, σαν όλη η ζωτικότητα ή ενέργεια που έχουν μέσα τους να έχει φύγει. Αυτό το αίσθημα, που πολλές φορές είναι ανυπόφορο, μπορεί να παρακολουθεί τις ημερήσιες διακυμάνσεις της συναισθηματικής διάθεσης, οπότε χαρακτηριστικά μπορεί να έχουμε μεγαλύτερη κατάθλιψη και κόπωση-εξάντληση το πρωί και βελτίωση και των δύο καθώς προχωρά η ημέρα.^{1,2,3,12,40}

Ελάττωση της σεξουαλικής διάθεσης (libido)

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

Ψυχοκινητική επιβράδυνση

Πολλοί καταθλιπτικοί ασθενείς παρουσιάζουν επιβράδυνση της σκέψης, του λόγου και των κινήσεων. Έτσι, οι απαντήσεις τους είναι φτωχές ή και μονολεκτικές, ο λόγος γίνεται μονότονος και βραδύς, το βλέμμα είναι απλανές, οι κινήσεις του σώματος αργές και η όλη εικόνα μπορεί να φθάσει να μοιάζει την κατατονία.^{25,33}

Ψυχοκινητική διέγερση

Ορισμένοι καταθλιπτικοί ασθενείς - ιδιαίτερα ηλικιωμένα άτομα - παρουσιάζουν εκνευρισμό, ανησυχία, ένταση ή και διέγερση αντί για επιβράδυνση. Έτσι οι ασθενείς αυτοί βηματίζουν πάνω κάτω, στριφογυρνούν τα χέρια τους, τραβούν τα μαλλιά τους, το δέρμα τους, τα ρούχα τους, παραπονιούνται έντονα ή φωνάζουν.^{1,3,8,15}

Κινητοποίηση

Απώλεια του ενδιαφέροντος στις συνηθισμένες δραστηριότητες

Οι καταθλιπτικοί ασθενείς βιώνουν όχι μόνο μια απώλεια της ικανότητας για ευχαρίστηση, αλλά επίσης και μια ελάττωση της κινητοποίησης σ' όλες τις εκφράσεις της ζωής. Εργασία, οικογενειακή ζωή, σπορά κτλ. χάνουν το ενδιαφέρον τους και το άτομο νιώθει ότι δεν έχει την ικανότητα-διάθεση να εκτελέσει συνηθισμένες ασχολίες.^{1,12,32}

Ανημπόρια, έλλειψη ελπίδας

Χαρακτηριστικά το καταθλιπτικό άτομο νιώθει ανήμπορο να φέρει σε πέρας τις υποχρεώσεις του, ακόμη και απλά καθήκοντα - μέχρι και το πώς να φροντίσει την εμφάνιση του και την υγιεινή του. Επίσης, νιώθει χωρίς ελπίδα για το μέλλον ή για την κατάσταση του.^{2,23,29}

Σκέψεις ή απόπειρες αυτοκτονίας

Η πιο σοβαρή και επικίνδυνη επιπλοκή των καταθλιπτικών διαταραχών είναι οπωσδήποτε η αυτοκτονία. Οι ιδέες της αυτοκτονίας συνοδεύονται και τροφοδοτούνται από συναισθήματα αναξιότητας ή ενοχής ή από εμμονές ιδέες κάποιας τερματικής αρρώστιας ή επικείμενης καταστροφής, που μπορεί να φτάσουν ως το παραλήρημα και όχι σπάνια τις ψευδαισθήσεις. Άλλες φορές υπάρχει μια φτώχεια ιδεών, μια μεγάλη αδιαφορία. Η συχνότητα των ολοκληρωμένων αυτοκτονιών είναι μεγάλη. Υπολογίζεται ότι 1% των καταθλιπτικών ασθενών πεθαίνει αυτοκτονώντας μέσα σε 12 μήνες από την έναρξη του καταθλιπτικού επεισοδίου. Σε ασθενείς που υποφέρουν από υποτροπιάζοντα επεισόδια κατάθλιψης το ποσοστό ανεβαίνει στο 15%. Ιδιαίτερα επικίνδυνο είναι το γεγονός ότι ο μεγαλύτερος κίνδυνος για αυτοκτονία είναι στην περίοδο των 6 έως 9 μηνών που ακολουθεί τη συμπτωματική βελτίωση των ασθενών. Κι αυτό, αν και φαίνεται παράδοξο, οφείλεται κατά πάσα πιθανότητα στο ότι στην περίοδο αυτή ο ασθενής έχει αποκτήσει αρκετή ενεργητικότητα για να ολοκληρώσει ένα σχέδιο αυτοκτονίας, ενώ δεν έχει αλλάξει σημαντικά η θεώρηση της ζωής του, που τη θεωρεί αρκετά αρνητική ώστε να θέλει έντονα να αυτοκτονήσει.^{1, 3, 26}

Σκέψη-Αντίληψη

Αισθήματα — σκέψεις ενοχής ή/και αδεξιότητας, χαμηλή αυτοεκτίμηση

Οι καταθλιπτικοί ασθενείς συχνά εκφράζουν αισθήματα και σκέψεις ενοχής για τρέχουσες ή παρελθούσες αποτυχίες ή λάθη. Ο βαθμός αυτοκατηγορίας, όμως, είναι υπερβολικός, που φαίνεται είτε από το ότι τα γεγονότα στα οποία αναφέρεται ο ασθενής είναι μηδαμινά είτε από το ότι ο ασθενής αποδίδει στον εαυτό του περισσότερη ευθύνη απ' ό,τι του αναλογεί. Επίσης το αίσθημα αναξιότητας, το οποίο παρουσιάζουν πολλοί ασθενείς, κυμαίνεται από αισθήματα ανεπάρκειας μέχρι έντονη αρνητική εκτίμηση της προσωπικής αξίας του ατόμου. Ανάλογα επηρεάζεται και η αυτοεκτίμηση καθώς οι ασθενείς είναι ανίκανοι να εκτιμήσουν ρεαλιστικά

την απόδοση τους στις καθημερινές υποχρεώσεις (που είναι όμως και μειωμένη), αλλά και σαν συνέπεια των προηγούμενων. Ενοχή, αναξιοσύνη, χαμηλή αυτοεκτίμηση, όταν φθάσουν στο σημείο να είναι σε σταθερή και ακλόνητη διάσταση με την πραγματικότητα, αποτελούν μια παραληρητικές ιδέες.^{1,2,8}

Δυσκολία στη συγκέντρωση

Οι καταθλιπτικοί ασθενείς μπορεί να είναι τόσο έντονα ενασχολημένοι με τις καταθλιπτικές τους σκέψεις που δυσκολεύονται να προσέξουν τι γίνεται γύρω τους. Επίσης, παραπονούνται για «έκπτωση της μνήμης» ή για δυσκολία συγκέντρωσης που φαίνεται στην προσπάθεια τους να διαβάσουν, να δουν τηλεόραση κτλ. Επειδή τα ανοϊκά άτομα ουσιαστικά έχουν δυσκολία με τη μνήμη και τη συγκέντρωση, μερικές φορές είναι δύσκολο να διαφοροδιαγνώσει κανείς την κατάθλιψη από την άνοια στα ηλικιωμένα άτομα.

Οι καταθλιπτικοί ασθενείς παρουσιάζουν επίσης συχνά και επιβράδυνση της σκέψης και αναποφασιστικότητα.^{1,8,30}

Ψύχωση

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

Λιγότερο συχνά, το περιεχόμενο των ψευδαισθήσεων και των παραληρητικών ιδεών δεν έχει σχέση με την κατάθλιψη (ψευδαισθήσεις ή παραληρητικές ιδέες ασύμφωνες με τη συναισθηματική διάθεση). Π.χ. το άτομο πιστεύει ότι το καταδιώκουν χωρίς να μπορεί να εξηγήσει τον λόγο κτλ.^{1,2,8}

Σωματικά ενοχλήματα

Εκτός από τα κλασικά συμπτώματα από το αυτόνομο νευρικό σύστημα που αναφέραμε παραπάνω, υπάρχει ένας μεγάλος αριθμός σωματικών συμπτωμάτων που αποτελούν έκφραση του καταθλιπτικού συνδρόμου. Στην κλινική πράξη, παθολόγοι, γενικοί γιατροί κ.ά. βομβαρδίζονται με τέτοια ενοχλήματα, όπως πονοκέφαλοι, πόνοι στη μέση, μυϊκοί σπασμοί (κράμπες), ναυτία, εμετός, δυσκοιλιότητα, οπισθοστερνικό κάψιμο, δυσκολία στην αναπνοή, υπέρπνοια, πόνος στο στήθος κ.ά. Μεγάλος αριθμός εξετάσεων γίνεται χωρίς λόγο και τελικά ο γιατρός καταλήγει ότι όλα αυτά ήταν «ψυχολογικά». Ο όρος «καλυμμένη κατάθλιψη» έχει χρησιμοποιηθεί για τις περιπτώσεις αυτές. Δεν πρόκειται, όμως, για άλλου είδους κατάθλιψη. Απλά, ο γιατρός πρέπει να σκεφθεί ότι το άτομο με τέτοια συμπτώματα μπορεί να έχει κατάθλιψη, οπότε ρωτώντας για άλλα συμπτώματα κατάθλιψης -εκτός των πόνων κτλ. - οδηγείται στη διάγνωση της.^{1,2,26}

3.1.2 Διαφορική διάγνωση

Συμπτώματα κατάθλιψης μπορούν να σημειωθούν και σε άλλες καταστάσεις, όπως είναι:

- Οργανικές ψυχικές διαταραχές (νόσος Alzheimer και πολυεμφρακτική άνοια)
- Κατάχρηση ψυχοδραστικών ουσιών και φαρμάκων που λαμβάνονται με ιατρική συνταγή από το φαρμακείο
- Δυσλειτουργική αντίδραση στο πένθος
- Διαταραχές της προσωπικότητας
- Αγχώδεις διαταραχές
- Σχιζοσυναισθηματικές διαταραχές
- Σχιζοφρένεια όλων των τύπων^{1,3,18,24,26}

3.1.3 Συχνότητα

Οι συνηθέστερες μορφές της είναι το μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο και η δυσθυμία. Η κατάθλιψη είναι πολύ συχνή διαταραχή, καθώς υπολογίζεται ότι περίπου μία στις 5 γυναίκες

και ένας στους 10 άντρες θα νοσήσουν από αυτή κατά τη διάρκεια της ζωής τους, με τα ποσοστά αυτά να αυξάνονται κάθε χρόνο σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ). Εμφανίζεται σε όλες τις ηλικίες , ακόμη και σε μικρά παιδιά και σε άτομα οποιασδήποτε κοινωνικο-οικονομικής τάξης και εθνικότητας.^{1,24,27,28}

3.1.4 Ταξινόμηση των Καταθλιπτικών Διαταραχών

Η ανασκόπηση της συμπτωματολογίας της κατάθλιψης, που παραθέσαμε παραπάνω, κάνει σαφή την τεράστια ποικιλία συμπτωμάτων που τη χαρακτηρίζει. Αν αναλογισθούμε επιπλέον την ποικιλία των τύπων της κατάθλιψης ανάλογα με την ύπαρξη και τη μορφή των εκλυτικών παραγόντων, το οικογενειακό ιστορικό και την κλινική πορεία, το φάσμα γίνεται πραγματικά απεριόριστο. Έτσι, μερικοί άνθρωποι πέφτουν σε κατάθλιψη μετά από σαφή τραυματικά γεγονότα, ενώ άλλοι φαίνονται να βυθίζονται σε κατάθλιψη χωρίς φανερή αιτία. Μερικοί ασθενείς έχουν οικογενειακό δέντρο φορτωμένο με καταθλιπτικούς συγγενείς, ενώ άλλοι έχουν οικογενειακό ιστορικό εντελώς ελεύθερο από ψυχική ασθένεια. "Άλλοι ασθενείς βιώνουν σαφώς περιγεγραμμένα επεισόδια κατάθλιψης, ενώ άλλοι παραπονιούνται ότι ήταν καταθλιπτικοί σ' όλη τους τη ζωή."^{1,8}

Εξαιτίας αυτής της ποικιλομορφίας έχουν προταθεί μέχρι σήμερα πολλές ταξινομήσεις της κατάθλιψης, οι περισσότερες βασισμένες σε θεωρίες της αιτιολογίας της κατάθλιψης, που όμως δεν αποδείχθηκαν. Έτσι, υπάρχουν τα παλιότερα συστήματα, που αν και ουσιαστικά όχι ακριβή, εντούτοις χρησιμοποιούνται ακόμα από πολλούς κλινικούς και το νεότερο σύστημα που περιέχεται στο DSM-III DSM-III-R και στο DSM-IV, που είναι ακριβέστερο καθώς βασίζεται στα συμπτώματα και στην κλινική πορεία.^{1,7,8}

3.1.4.1 Παλιότερα συστήματα ταξινόμησης

Ενδογενής κατάθλιψη έναντι αντιδραστικής κατάθλιψης

Η διάκριση αυτή αναφέρεται στην απουσία ή την παρουσία κάποιου αντικειμενικού εκλυτικού παράγοντα, όπως η απώλεια αγαπητού προσώπου ή μια σοβαρή προσωπική αποτυχία.^{3,47}

Ως ενδογενής κατάθλιψη ορίζεται το σύνδρομο που θεωρείται ότι προέρχεται από μέσα από τον άρρωστο, χωρίς εμφανή εξωτερική αιτία, δηλαδή ότι είναι αποτέλεσμα βιολογικών

παραγόντων και ότι έχει πορεία και εξέλιξη ανεξάρτητη από περιβαλλοντικές επιδράσεις. Τα κύρια χαρακτηριστικά της ενδογενούς κατάθλιψης είναι έντονες διαταραχές του αυτόνομου νευρικού συστήματος (ύπνος, όρεξη, ενέργεια), απουσία περιβαλλοντικών εκλυτικών παραγόντων (θάνατοι, προσωπικές απώλειες) και σταθερή προνοσηρή προσωπικότητα χωρίς υποχονδρίαση, αυτολύπηση κτλ. Πολύ συχνά στο οικογενειακό ιστορικό του ασθενούς υπάρχουν ένας ή περισσότεροι συγγενείς εξ αίματος με παρόμοια επεισόδια^{1,3,26}

Η εξωγενής ή αντιδραστική κατάθλιψη, αντίθετα, αναφέρεται στο σύνδρομο εκείνο που εκλύεται από παράγοντες στο περιβάλλον του ασθενή, παρά από βιολογικούς παράγοντες. Χαρακτηριστικά της κατάθλιψης αυτής είναι η αναγνώριση εμφανών εκλυτικών γεγονότων και στρες της ζωής, η απουσία σημαντικών φυτικών διαταραχών, η διακύμανση των συμπτωμάτων ανάλογα με ψυχολογικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες και η ασταθής, «νευρωτική» προνοσηρή προσωπικότητα.^{3,47}

Η αξία της διάκρισης της κατάθλιψης σε ενδογενή ή αντιδραστική βρίσκεται στο ότι τονίζει τη σημασία των φυτικών σημείων, δηλαδή της διαταραχής ύπνου, της απώλειας βάρους, της εξάντλησης και της ψυχοκινητικής επιβράδυνσης ή διέγερσης και στην έμφαση της ευνοϊκής απάντησης των συμπτωμάτων αυτών στα αντικαταθλιπτικά και την ηλεκτροσπασμοθεραπεία. Το πρόβλημα, όμως, είναι ότι πολύ λίγοι ασθενείς μπορούν να ενταχθούν στη μία ή στην άλλη κατηγορία, γιατί οι περισσότεροι αν πιεσθούν μπορούν να αναφέρουν κάποια γεγονότα που μπορεί να θεωρηθούν εκλυτικά και πολλοί έχουν και εμφανή στρεσογόνα συμβάντα και φυτικά σημεία. Επιπλέον, τα φάρμακα ή το ηλεκτροσόκ μπορεί να βοηθήσουν και τις περιπτώσεις με αναγνωρίσιμα στρεσογόνα συμβάντα, τα οποία τελικά δεν αποτελούν αντένδειξη. Έτσι, ουσιαστικά, οι περισσότεροι καταθλιπτικοί ασθενείς βρίσκονται σε κάποιο σημείο ενός συνεχούς του οποίου τα άκρα αποτελούν η ενδογενής και η αντιδραστική κατάθλιψη.^{1,30}

Ψυχωτική κατάθλιψη έναντι νευρωτικής κατάθλιψης

Ο όρος ψυχωτική κατάθλιψη χρησιμοποιείται αρκετά εξειδικευμένα για τη μορφή της κατάθλιψης στην οποία το άτομο έχει χάσει την ικανότητα του ελέγχου της πραγματικότητας, οπότε και παρουσιάζονται παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις ή βαθιά σύγχυση. Αδρά 20% των καταθλιπτικών ασθενών έχουν ψυχωτικά συμπτώματα. Στην καθημερινή πράξη, όμως, ο όρος χρησιμοποιείται πολύ πιο πλατιά για κάθε κατάθλιψη που παρουσιάζει έκπτωση της κοινωνικής και επαγγελματικής λειτουργικότητας, αδυναμία εκτέλεσης των βασικών

καθημερινών καθηκόντων και απόσυρση από τον κόσμο - δηλαδή «βαριά» κατάθλιψη. Οι ψυχωτικές καταθλίψεις θεωρούνται ότι έχουν βιολογική βάση.

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

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

Παρόλα αυτά, η παρουσία ή απουσία συγκεκριμένων ψυχωτικών συμπτωμάτων είναι σημαντικό στοιχείο για την κλινική εκτίμηση κάθε καταθλιπτικού ασθενή. Εκτός από τη σημασία τους για τη θεραπευτική αγωγή του ασθενή, η παρουσία ψυχωτικών συμπτωμάτων θα έπρεπε να προειδοποιήσει τον κλινικό για αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονίας και για σοβαρή αντιμετώπιση της απόφασης για νοσηλεία του ασθενή.^{1,3,30,47}

Διεγερμένη κατάθλιψη έναντι επιβραδυμένης κατάθλιψης

Η διεγερμένη κατάθλιψη είναι η μορφή της κατάθλιψης, της οποίας η κλινική εικόνα περιλαμβάνει ψυχοκινητική διέγερση - υπερβολική, με έντονο άγχος, μη παραγωγική και με σκοπό την ανακούφιση της έντασης δραστηριότητα, όπως στριφογύρισμα των χεριών, τράβηγμα των μαλλιών, δάγκωμα των νυχιών, βηματισμό πάνω κάτω, αναστεναγμούς, βογκητά.

Διεγερμένες καταθλίψεις είναι πολύ πιο συχνές στα ηλικιωμένα άτομα (50-70 ετών) και συχνά περιλαμβάνουν ψυχωτικά συμπτώματα. Το ηλεκτροσόκ και τα αντιψυχωτικά σε συνδυασμό με τα αντικαταθλιπτικά βοηθούν στη θεραπεία τους.^{3,30,40}

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

Και αυτή η διάκριση έχει περιορισμένη χρησιμότητα γιατί πολλοί καταθλιπτικοί ασθενείς παρουσιάζουν μίγμα σημείων διέγερσης και επιβράδυνσης. Επίσης, πολλοί καταθλιπτικοί ασθενείς έχουν φυσιολογικό επίπεδο ψυχοκινητικότητας, οπότε δεν μπορούν να ενταχθούν σε καμιά από τις δύο κατηγορίες.^{3,12,30,47}

Πρωτοπαθής κατάθλιψη έναντι δευτεροπαθούς κατάθλιψης

Ο όρος πρωτοπαθής κατάθλιψη αναφέρεται στην κατάθλιψη της οποίας δεν προηγείται και η οποία δεν συνδυάζεται με άλλη ψυχιατρική διαταραχή - ψύχωση, νεύρωση, αλκοολισμό κτλ. Δευτεροπαθής κατάθλιψη θεωρείται η κατάθλιψη όπου από το ιστορικό ή την εξέταση αναγνωρίζεται η ύπαρξη και άλλης ψυχιατρικής διαταραχής.^{3,30}

3.1.4.2 Ταξινόμηση των Καταθλιπτικών Διαταραχών κατά DSM-IV

Σύμφωνα με το DSM-IV οι Καταθλιπτικές Διαταραχές διακρίνονταν στη Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή, στη Δυσθυμική Διαταραχή και στην Καταθλιπτική Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς, που τις περιγράφουμε αμέσως παρακάτω.¹

3.1.5 Αίτια Καταθλιπτικών Διαταραχών

Η κατάθλιψη δεν οφείλεται σε μια και μόνο αιτία. Για μερικά άτομα φαίνεται ότι πολλοί παράγοντες παίζουν ρόλο, ενώ για άλλους ένας και μόνος παράγοντας μπορεί να οδηγήσει σε κατάθλιψη.

Αν και οι μηχανισμοί που συμβάλλουν στην εκδήλωση κατάθλιψης δεν είναι πλήρως κατανοητοί, υπάρχουν κάποιοι παράγοντες οι οποίοι συμβάλλουν στην εκδήλωση της νόσου. Αυτοί είναι:

Γενετικοί παράγοντες

Ο κίνδυνος να πάθει κανείς κατάθλιψη όταν έχει στενούς συγγενείς που πάσχουν, ιδιαίτερα από σοβαρές ή χρόνιες μορφές, είναι αυξημένος. Ένα μέρος του αυξημένου αυτού κινδύνου θεωρείται ότι οφείλεται σε γενετικούς παράγοντες που κληρονομούνται. Το πιο παραδεκτό

μοντέλο για την γενετική επίδραση στην κατάθλιψη θεωρεί ότι διάφορα γονίδια εμπλέκονται στην μεταβίβαση χαρακτηριστικών (π.χ. χαρακτηριστικών της προσωπικότητας, βιολογικών χαρακτηριστικών κ.λ.π.) που αυξάνουν την προδιάθεση του ατόμου να πάθει κατάθλιψη. Δηλαδή, ένα άτομο που έχει κληρονομήσει αυτά τα χαρακτηριστικά έχει μεγαλύτερο κίνδυνο από ένα άλλο να πάθει κατάθλιψη όταν δράσουν και άλλοι παράγοντες (βιολογικοί, ψυχολογικοί,κοινωνικοί) του περιβάλλοντος.^{3,8,12,30}

Βιολογικοί παράγοντες

Μερικές μη ψυχιατρικές παθήσεις έχουν βρεθεί ότι μπορεί να προκαλέσουν κατάθλιψη δευτεροπαθώς. Το κοινό τους χαρακτηριστικό είναι ότι δρουν στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα (Κ.Ν.Σ.) και επηρεάζουν την λειτουργία των περιοχών εκείνων του εγκεφάλου που ρυθμίζουν το συναίσθημα. Οι παθήσεις αυτές περιλαμβάνουν α) παθήσεις του Κ.Ν.Σ. όπως η νόσος του Parkinson, η σκλήρυνση κατά πλάκας, και το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο. β) Ενδοκρινικές και μεταβολικές παθήσεις όπως ο υποθυρεοειδισμός, και η νόσος του Cushing (υπερδραστηριότητα των επινεφριδίων). γ) Λοιμώξεις που δρουν στο Κ.Ν.Σ. όπως το AIDS και η λοιμώδης μονοπυρήνωση δ) Συστηματικές διαταραχές όπως η αναιμία και ο μεταστατικός καρκίνος ε) Διάφορα φάρμακα όπως η κορτιζόνη, το αντι-υπερτασικό Αλντομέτ(άλφα-μεθυλ-ντόπα) και το αλκοόλ.^{1,8,32}

Η αποκάλυψη μερικών από τους βιολογικούς μηχανισμούς που εμπλέκονται στην δημιουργία της κατάθλιψης αποτέλεσε σίγουρα μια από τις σπουδαιότερες ανακαλύψεις της Ψυχιατρικής ειδικότερα και της Ιατρικής γενικότερα σ'αυτόν τον αιώνα. Στη δεκαετία του '50 οι επιστήμονες ανακάλυψαν τους νευρομεταβιβαστές, βιοχημικές δηλαδή ουσίες με τις οποίες επικοινωνούν τα νευρικά κύτταρα μεταξύ τους. Στο ίδιο περίπου διάστημα παρατηρήθηκε ότι ασθενείς που έπαιρναν κάποια φάρμακα για την ρύθμιση της υψηλής αρτηριακής τους πίεσης πάθαιναν σαν παρενέργεια κατάθλιψη. Το κοινό χαρακτηριστικό αυτών των φαρμάκων ήταν ότι δρούσαν στους νευρομεταβιβαστές του εγκεφάλου και με κάποιο τρόπο μείωναν τις συγκεντρώσεις τους στον εγκέφαλο. Το επόμενο βήμα ήταν να παρασκευαστούν φάρμακα που αύξαναν την συγκέντρωση των νευρομεταβιβαστών αυτών στον εγκέφαλο. Το αποτέλεσμα ήταν ότι τα

φάρμακα αυτά ήταν ικανά να θεραπεύσουν ασθενείς με κατάθλιψη.

Από τη δεκαετία του '50 μέχρι σήμερα πολλά έχουμε μάθει για την λειτουργία των νευρομεταβιβαστών και τον ρόλο τους στην κατάθλιψη. Παρότι οι μηχανισμοί αυτοί είναι πολύ περίπλοκοι και δεν είναι δυνατό να αναφερθούν εδώ, ωστόσο στις μέρες μας θεωρείται ότι δύο νευρομεταβιβαστές, η νοραδρεναλίνη και η σεροτονίνη, εμπλέκονται ιδιαίτερα στην δημιουργία της κατάθλιψης, και τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα τα οποία έχουμε στην διάθεσή μας αποσκοπούν στο να ανεβάσουν την συγκέντρωση των ουσιών αυτών στον εγκέφαλο. Επειδή τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα είναι αποτελεσματικά σε όλες τις μορφές κατάθλιψης, είναι πιθανό ότι όλοι οι αιτιολογικοί παράγοντες που συμβάλλουν στην κατάθλιψη δρουν τελικά μέσω αυτού του μηχανισμού.^{1,8}

Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες

A) Παράγοντες που δρουν νωρίς στην ζωή : Διάφορες έρευνες έχουν δείξει ότι άτομα που σαν παιδιά είχαν ζήσει κάποιο γεγονός σημαντικής απώλειας (π.χ. θάνατος γονιού, χωρισμός γονιών κ.λ.π) έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να πάθουν κατάθλιψη σαν ενήλικοι.^{1,8}

B) Παράγοντες που δρουν αργότερα:

Γεγονότα Ζωής: Μια σειρά γεγονότων ζωής, είτε ψυχολογικών (π.χ. θάνατος αγαπημένου προσώπου, διαζύγιο), είτε κοινωνικών (π.χ. οικονομική ύφεση, συνθήκες διαμονής) είτε ακόμη ψυχοκοινωνικών (π.χ. απώλεια εργασίας, μετανάστευση), φαίνεται να αυξάνουν τον κίνδυνο για κατάθλιψη.^{8,11,13,32}

Τρόπος σκέψης : Ο τρόπος με τον οποίο οι άνθρωποι σκέφτονται και αντιλαμβάνονται τα καθημερινά τους προβλήματα φαίνεται να ευνοεί σε μερικές περιπτώσεις την δημιουργία κατάθλιψης. Υποστηρίζεται δηλαδή ότι μερικοί άνθρωποι ερμηνεύουν τον κόσμο γύρω τους βασιζόμενοι σε κάποιες παραδοχές που δεν είναι λειτουργικές και που έχουν σαν αποτέλεσμα να "παραμορφώνουν" τελικά την εικόνα του γύρω κόσμου αντί να την ερμηνεύουν. Βασισμένη

σ'αυτή την γενική αρχή έχει αναπτυχθεί μια ψυχοθεραπεία, η γνωσιακή ψυχοθεραπεία, η οποία προσπαθεί να "διορθώσει" αυτά τα λάθη στο τρόπο σκέψης και να βοηθήσει τον ασθενή να αξιολογήσει πιο αντικειμενικά την πραγματικότητα.^{1,8}

Περιβάλλον: Αντίδραση σε καταστάσεις, όπως η απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου ή η μετακόμιση από ένα σπίτι σε ένα άλλο. Τα μονότονα περιβάλλοντα μπορεί να είναι καταθλιπτικά. Όταν κάποιος δεν μπορεί να ελέγξει το περιβάλλον του, η κατάσταση αυτή μπορεί να φέρει αισθήματα ανημποριάς. Οικογενειακές διαφωνίες ή οικονομικές δυσκολίες μπορεί να επιφέρουν κατάθλιψη. Άλλα αίτια κατάθλιψης είναι οι κλιματικές συνθήκες, όπως η βροχή ή η συννεφιά, η μοναξιά και το αίσθημα ότι οι άλλοι άνθρωποι δεν νοιάζονται για εμάς.^{1,23,25,29.}

Η κατάθλιψη στις γυναίκες

Οι μεταβολές των επιπέδων των ορμονών οιστρογόνων και προγεστερόνης φαίνεται ότι έχουν σοβαρή επίδραση στη διάθεση των γυναικών. Αυτές οι μεταβολές παρατηρούνται κατά τη διάρκεια πολλών γεγονότων που συχνά σχετίζονται με κατάθλιψη, όπως ο κύκλος της εμμήνου ρύσης. Το 20-49% των γυναικών εμφανίζουν το λεγόμενο προεμμηνορυσιακό σύνδρομο (χαρακτηρίζεται από εκνευρισμό, κατάθλιψη και θυμό πριν την εμφάνιση της περιόδου) και το 3-5% αυτών έχουν αρκετά σοβαρά συμπτώματα για να κατηγοροποιηθούν ως προεμμηνορυσιακή δυσφορική διαταραχή. Επίσης και την περίοδο μετά τον τοκετό, όπου οι περισσότερες γυναίκες υποφέρουν από κακή διάθεση μια κατάσταση που είναι γνωστή ως επιλόχεια δυσφορία. Αυτή η ήπια καταθλιπτική διάθεση είναι φυσιολογική και συνήθως υποχωρεί σχετικά γρήγορα χωρίς να υπάρχει ανάγκη θεραπείας.^{8,27}

Ένας αριθμός γυναικών που πάσχει από κατάθλιψη λοχείας, βιώνει μια μεγαλύτερης διάρκειας και σοβαρότερη μορφή κατάθλιψης μετά τον τοκετό. Σε μερικές περιπτώσεις θα χρειαστούν συμβουλευτική και αντικαταθλιπτικά φάρμακα. Εάν πάσχετε από κατάθλιψη ενώ θηλάζετε και χρειάζεστε φάρμακα να το αναφέρετε σίγουρα στον ιατρό σας. Οι γυναίκες που παρουσιάζουν κατάθλιψη πριν από τον τοκετό αντιμετωπίζουν υψηλότερο κίνδυνο κατάθλιψης της λοχείας. Η λήψη αντισυλληπτικών χαπιών που δρουν μεταβάλλοντας τα επίπεδα των ορμονών, έχει επίσης σχετιστεί με κατάθλιψη στις γυναίκες.^{27,29}

Άλλες αιτίες

Η κατάθλιψη μπορεί να είναι αποτέλεσμα της χρήσης συγκεκριμένων φαρμάκων ή άλλων νοσημάτων. Ορισμένα φάρμακα που χορηγούνται στη θεραπεία της αρθρίτιδας, καρδιοπαθειών, υπέρτασης ή καρκίνου μπορεί να προκαλέσουν κατάθλιψη ως παρενέργεια. Αυτές οι παρενέργειες μπορεί να μην εκδηλωθούν αμέσως. Η κατανάλωση αλκοόλ έχει επίσης συνδεθεί με κατάθλιψη όχι μόνο ως πιθανή αιτία, αλλά και ως σύμπτωμα. Το αλκοόλ είναι καταθλιπτογόνο ειδικά όταν λαμβάνεται μαζί με συγκεκριμένα φάρμακα ή ουσίες. Ουσίες, όπως η κοκαΐνη σχετίζονται επίσης με κατάθλιψη.¹

3.1.6 Κλινική πορεία της κατάθλιψης

Συνήθως εμφανίζεται σχετικά απότομα ένα οξύ καταθλιπτικό επεισόδιο που διαρκεί κάποιες εβδομάδες και ακόμα και χωρίς θεραπεία θα υποχωρήσει. Περισσότεροι από τους μίσους ασθενείς θα παρουσιάσουν στο μέλλον μια ή περισσότερες υποτροπές (υποτροπιάζουσα κατάθλιψη). Το 20-35% των ατόμων δεν θα επιστρέψουν στην προηγούμενη τους κατάσταση αλλά θα συνεχίσουν να έχουν υπολειμματικά συμπτώματα και κοινωνική έκπτωση (χρονιά κατάθλιψη).^{8,24,29}

3.2 ΜΕΙΖΩΝ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

Πρόκειται για τη συχνότερα διαγιγνωσκόμενη και ταυτόχρονα τη βαρύτερη μορφή κατάθλιψης. Διακρίνεται στην α) Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή, Μοναδικό Επεισόδιο και β) Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή, Υποτροπιάζουσα.^{4,8}

3.2.1 Κλινικές περιγραφές

Η πιο εύκολα αναγνωρίσιμη διαταραχή της διάθεσης είναι η μείζων καταθλιπτική διαταραχή, μοναδικό επεισόδιο, που χαρακτηρίζεται από την απουσία μανιακών ή υπομανιακών επεισοδίων πριν ή και κατά τη διάρκεια του επεισοδίου.

Η διαταραχή αυτή χαρακτηρίζεται μείζων καταθλιπτική υποτροπιάζουσα στην περίπτωση όπου υπάρχει παρουσία δυο ή περισσότερων μείζωνων καταθλιπτικών επεισοδίων που απείχαν χρονικά μεταξύ τους για διάστημα τουλάχιστον δυο μηνών.^{4,8,47}

3.2.2 Διάγνωση

Το βασικό διαγνωστικό στοιχείο της Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής είναι μια κλινική πορεία που χαρακτηρίζεται από ένα (Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή, Μοναδικό Επεισόδιο) ή περισσότερα (Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή, Υποτροπιάζουσα) Μείζονα Καταθλιπτικά Επεισόδια, χωρίς ιστορικό Μανιακού, Μεικτού ή Υπομανιακού Επεισοδίου.^{1,7}

Αν επισυμβεί κάποιο Μανιακό, Μεικτό ή Υπομανιακό Επεισόδιο η διάγνωση αλλάζει σε Διπολική Διαταραχή (εκτός, βέβαια, αν υπεύθυνη για την αλλαγή της διάθεσης είναι κάποια αντικαταθλιπτική αγωγή, κάποια ουσία ή τοξίνη ή κάποια γενική ιατρική κατάσταση, οπότε η διάγνωση της Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής παραμένει και μπαίνει η επιπρόσθετη διάγνωση της Διαταραχής της Διάθεσης Προκαλούμενης από Ουσίες, Με Μανιακά ή Με Μεικτά Στοιχεία ή της Διαταραχής της Διάθεσης Οφειλόμενης σε Γενική Ιατρική Κατάσταση, Με Μανιακά ή Μεικτά Στοιχεία). Τα διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM-IV της Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής (Μοναδικό Επεισόδιο ή Υποτροπιάζουσα) παρουσιάζονται στον Πίνακα 2-2.

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

Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή, Μοναδικό Επεισόδιο

- A. Παρουσία ενός μοναδικού Μείζονος Καταθλιπτικού Επεισοδίου.
 - B. Το Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο δεν εξηγείται καλύτερα ως Σχιζοσυναισθηματική Διαταραχή και δεν επικάθεται σε Σχιζοφρένεια, Σχιζοφρενικόμορφη Διαταραχή, Παραληρητική Διαταραχή ή Ψυχωτική Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς.
-

C. Δεν έχει υπάρξει ποτέ ένα Μανιακό Επεισόδιο, Μεικτό Επεισόδιο ή Υπομανιακό Επεισόδιο. Σημείωση: Ο αποκλεισμός δεν ισχύει αν όλα τα παρόμοια με μανιακό, μεικτό ή υπομανιακό επεισόδια έχουν προκληθεί από ουσία ή θεραπεία ή οφείλονται στα άμεσα φυσιολογικά αποτελέσματα μιας γενικής ιατρικής κατάστασης.

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

Προσδιοριστές Βαρύτητας/Ψύχωσης/Υφησης

Χρόνιο

Με Κατατονικά Στοιχεία

Με Μελαγχολικά Στοιχεία

Με Άτυπα Στοιχεία

Με Επιλόχεια Έναρξη

Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή, Υποτροπιάζουσα

A. Παρουσία δύο ή περισσότερων Μείζωνων Καταθλιπτικών Επεισοδίων.

Σημείωση: Για να θεωρηθούν ξεχωριστά τα επεισόδια θα πρέπει να υπάρχει ένα μεσοδιάστημα 2 τουλάχιστον συνεχών μηνών κατά τους οποίους δεν πληρούνται τα κριτήρια για Μείζων Καταθλιπτικό Επεισόδιο.

B. Τα Μείζονα Καταθλιπτικά Επεισόδια δεν εξηγούνται καλύτερα ως Σχιζοσυναισθηματική Διαταραχή και δεν επικάθονται σε Σχιζοφρένεια, Σχιζοφρενικόμορφη Διαταραχή, Παραληρητική Διαταραχή ή Ψυχωτική Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενης Αλλιώς.

C. Δεν έχει υπάρξει ποτέ ένα Μανιακό Επεισόδιο. Μεικτό Επεισόδιο ή Υπομανιακό Επεισόδιο. Σημείωση: Ο αποκλεισμός δεν ισχύει αν όλα τα παρόμοια με μανιακό, μεικτό ή υπομανιακό επεισόδια προκαλούνται από ουσία ή θεραπεία ή οφείλονται στα άμεσα φυσιολογικά αποτελέσματα μιας γενικής ιατρικής κατάστασης.

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

Προσδιοριστές Βαρύτητας/Τύχωσης/Υφησης

Χρόνιο

Με Κατατονικά Στοιχεία

Με Μελαγχολικά Στοιχεία

Με Άτυπα Στοιχεία

Με Επιλόχεια Έναρξη

Προσδιορίστε:

Προσδιοριστές Μακρόχρονης Πορείας (Με και Χωρίς Ανάρρωση Ανάμεσα στα Επεισόδια) Με Εποχιακό Σχήμα.¹

Προσδιοριστές

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

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

- Ήπια, Μέτρια, Σοβαρή Χωρίς Ψυχωτικά Στοιχεία, Σοβαρή Με Ψυχωτικά Στοιχεία, Σε Μερική Ύφεση, Σε Πλήρη Ύφεση (Βαρύτητας/Ψύχωσης/Ύφεσης για Μείζων Καταθλιπτικό Επεισόδιο).
- Χρόνια
- Με Κατατονικά Στοιχεία. Σημειώνουμε ότι η Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή (όπως και η Διπολική I ή II Διαταραχή) Με Κατατονικά Στοιχεία θα πρέπει να δ.δ από Κατατονική Διαταραχή Οφειλόμενη σε Γενική Ιατρική Κατάσταση, από Σχιζοφρένεια, Κατατονικού Τύπου ή από παρενέργειες κάποιου φαρμάκου (π.χ. κάποια Κινητική Διαταραχή Προκαλούμενη από Φάρμακα).
- Με Μελαγχολικά Στοιχεία. Σημειώνουμε, ότι άτομα Με Μελαγχολικά Στοιχεία είναι πιο πιθανό να έχουν απαντήσει σε αντικαταθλιπτικά φάρμακα ή σε ηλεκτροσπασμοθεραπεία στο παρελθόν και είναι πιο πιθανό ν' απαντήσουν στις θεραπείες αυτές και στο τρέχον επεισόδιο. Τα μελαγχολικά στοιχεία απαντώνται εξίσου και στα δύο φύλα, αλλά είναι συχνότερα σε πιο ηλικιωμένα άτομα. Συχνά συνοδεύονται από ψυχωτικά στοιχεία και επίσης εργαστηριακά συνδέονται συχνά με μη καταστολή στη DST, με υπερκορτιζολαιμία, με ελάττωση της λανθάνουσας περιόδου πριν τον REM ύπνο και με άλλους βιολογικούς δείκτες της κατάθλιψης.

- Με Άτυπα Στοιχεία. Σημειώνουμε, ότι ως υπερυπνία ορίζεται συνολική διάρκεια ύπνου (νύχτας ή μέρας) τουλάχιστον 10 ωρών ή τουλάχιστον 2 ωρών περισσότερο απ' όταν το άτομο δεν είναι σε κατάθλιψη. Όσον αφορά την ευαισθησία στην απόρριψη, το άτομο μπορεί να φεύγει από τη δουλειά του νωρίτερα ή να χρησιμοποιεί ηρεμιστικά για ν' αντιμετωπίσει την κριτική που του γίνεται, μπορεί ν' αποφεύγει να κάνει σχέσεις ή να κάνει τρικυμιώδεις σχέσεις εξαιτίας της ευαισθησίας αυτής. Συχνά, μπορεί να συνυπάρχει Αποφευκτική Διαταραχή της Προσωπικότητας, Διαταραχή Άγχους Αποχωρισμού, Ειδική ή Κοινωνική Φοβία.^{1,7,12}

- Με Επιλόχεια Έναρξη. Αν και βασικά το Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο (όπως επίσης και το Μανιακό ή Μεικτό Επεισόδιο) που έχουν επιλόχεια έναρξη δεν διαφέρουν στη συμπτωματολογία από τα αντίστοιχα επεισόδια διαταραχής της διάθεσης χωρίς επιλόχεια έναρξη, εντούτοις μπορεί να χαρακτηρίζονται πιο συχνά από ευμετάβλητη διάθεση και από κυμαινόμενη κλινική πορεία. Συχνά μπορεί να υπάρχουν και ψυχωτικά στοιχεία. Όταν υπάρχουν παραληρητικές ιδέες, συχνά αφορούν το νεογέννητο (π.χ. ότι το κατέλαβε ο διάβολος, ότι έχει ειδικές δυνάμεις, ότι το περιμένει φοβερή μοίρα). Μπορεί να υπάρχει αυτοκτονικός ιδεασμός, ψυχαναγκαστικές σκέψεις για βία προς το παιδί, αδυναμία συγκέντρωσης, ψυχοκινητική διέγερση, έντονο άγχος ή Προσβολές Πανικού, αυθόρμητο κλάμα (για πολύ μετά τη συνηθισμένη διάρκεια του φυσιολογικού κλάματος που διαρκεί για 3-7 μέρες μετά τον τοκετό), έλλειψη ενδιαφέροντος προς το νεογέννητο και αϋπνία, συνήθως αρχική.

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

Επιλόχεια ψυχωτικά επεισόδια είναι πιο συχνά σε γυναίκες με προηγούμενα επεισόδια διαταραχής της διάθεσης με επιλόχεια έναρξη, αλλά και σε γυναίκες με προηγούμενο ιστορικό Διαταραχής της Διάθεσης (ειδικά Διπολικής I Διαταραχής).^{1,7,27}

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

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

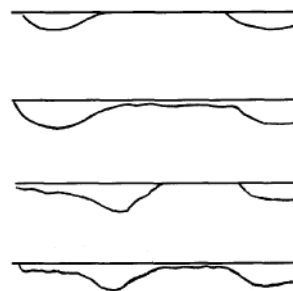
Υποτροπιάζουσας:

A. Υποτροπιάζουσα, με πλήρη ανάρρωση ανάμεσα στα επεισόδια, χωρίς Δυσθυμική Διαταραχή.

B. Υποτροπιάζουσα, χωρίς πλήρη ανάρρωση ανάμεσα στα επεισόδια, χωρίς Δυσθυμική Διαταραχή.

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

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



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

- Με Εποχιακό Σχήμα. Σημειώνουμε, ότι το 60%-90% των ατόμων, των οποίων τα Μείζονα Καταθλιπτικά Επεισόδια έχουν εποχιακό σχήμα, είναι γυναίκες. Το εποχιακό σχήμα αφορά κυρίως φθινόπωρο ή χειμώνα. Ιδιαίτερα όσον αφορά τα χειμερινά καταθλιπτικά επεισόδια, αναφέρεται ότι μπορεί να παρουσιάζονταν σε ορισμένα άτομα χωρίς να πληρούν τα κριτήρια για Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο (και όπου, βέβαια, δεν ισχύει ο προσδιοριστής αυτός).^{1,7}

2.2.3 Συνοδά συμπτώματα και σημεία - Συνοδές διαταραχές

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

νοσηρή ενασχόληση με κάθε είδους προβλήματα, άγχος, φοβίες, υπερβολικό έννοια και στενοχώρια για τη σωματική τους υγεία, διάφορους πόνους (πονοκεφάλους, αρθρικούς, κοιλιακούς ή άλλους πόνους) ή και Προσβολές Πανικού (που μπορεί να πληρούν τα κριτήρια για Διαταραχή Πανικού).

Διαταραχές που μπορεί να συνυπάρχουν με Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή είναι:

Διαταραχές Σχετιζόμενες με Ουσίες, Διαταραχή Πανικού, Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή, Ψυχογενής Ανορεξία ή Βουλμία, Μεταιχμιακή Διαταραχή της Προσωπικότητας και κυρίως Δυσθυμική Αναταραχή. Υπολογίζεται ότι σε: 10%-25% των περιπτώσεων Μείζονος Καταθλιπτικής Αναταραχής προηγείται Δυσθυμική Διαταραχή και ότι κάθε χρόνο περίπου 10% των ατόμων με Δυσθυμική Διαταραχή αναπτύσσουν το πρώτο τους Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο.^{1,25}

Επίσης η Μείζον Καταθλιπτική Διαταραχή μπορεί να συνδέεται με χρόνιες γενικές κιτρικές καταστάσεις. Αναφέρεται ότι 20%-25% των ατόμων με γενικές Ιατρικές καταστάσεις όπως π.χ. διαβήτη, έμφραγμα του μυοκαρδίου, καρκίνος ή εγκεφαλικό επεισόδιο μπορεί να αναπτύξουν Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή Κατά την πορεία της σωματικής τους αρρώστιας.^{1,11,12}

Εργαστηριακά, ουσιαστικά, δεν υπάρχουν ευρήματα που να είναι παθογνωμονικά για Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο. Εντούτοις, σε άτομα με Μείζονα Καταθλιπτικά Επεισόδια (άσχετα αν έχουν Μείζονα Καταθλιπτική ή Διπολική I ή II Διαταραχή) έχουν βρεθεί ορισμένα ευρήματα που θεωρούνταν παθολογικά σε σχέση με την ομάδα ελέγχου. Τέτοια ευρήματα είναι οι ανωμαλίες στο ΗΕΓ ύπνου, τα ευρήματα από τις μετρήσεις των νευροδιαβιβαστών και των μεταβολιτών τους στο αίμα, εγκεφαλονωτιαίο υγρό ή ούρα και από τη λειτουργία των υποδοχέων τους, τα ευρήματα από τη DST, από τις νευροαπεικονιστικές τεχνικές, από τα προκλητά δυναμικά κ.ά.^{1,8}

3.2.4 Χαρακτηριστικά σχετικά με την ηλικία

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

Έτσι, σωματικά ενοχλήματα, ευερεθιστότητα και κοινωνική απόσυρση είναι πιο συχνά στα παιδιά, ενώ ψυχοκινητική επιβράδυνση, υπερυπνία και παραληρητικές ιδέες είναι λιγότερο συχνά στην προ-εφηβεία απ' ό τι στην εφηβεία και στην ενήλικη ζωή. Σε παιδιά προεφηβικής ηλικίας τα Μείζονα Καταθλιπτικά Επεισόδια συχνά εμφανίζονται μαζί με άλλες ψυχικές διαταραχές και ιδιαίτερα Διαταραχές Ελαττωματικής Προσοχής και Διασπαστικής Συμπεριφοράς και Αγχώδεις Διαταραχές. Σε εφήβους, τα Μείζονα Καταθλιπτικά Επεισόδια συχνά εμφανίζονται μαζί με Διαταραχές Ελαττωματικής Προσοχής και Διασπαστικής Συμπεριφοράς, με Αγχώδεις Διαταραχές, με Διαταραχές Σχετιζόμενες με Ουσίες και με Διαταραχές στην Πρόσληψη Τροφής.^{1,6,18}

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

Σε ηλικιωμένα άτομα, όπως ήδη αναφέρθηκε, η έκπτωση της προσοχής, της συγκέντρωσης και η «έκπτωση της μνήμης» η εικόνα δηλαδή της ψευδοάνοιας είναι συχνή και χρειάζεται διαφοροδιάγνωση από την Άνοια.^{1,6,12,18}

3.2.5 Επιδημιολογία

Κίνδυνος νοσηρότητας, Επιπολασμός και Φύλο. Ο κίνδυνος εμφάνισης Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής σ' όλη τη διάρκεια της ζωής του ατόμου (επιπολασμός ζωής) είναι 10%-25% για τις γυναίκες και 5%-12% για τους άντρες, δηλαδή είναι διπλάσιος για τις γυναίκες. Ο επιπολασμός (σημείου) της Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής είναι 5%-9% για τις γυναίκες και 2%-3% για τους άντρες. Τα ποσοστά αυτά δεν φαίνεται να επηρεάζονται από

την εθνικότητα, το μορφωτικό επίπεδο, την οικονομική κατάσταση ή από το αν το άτομο είναι ανύπαντρο, παντρεμένο, χωρισμένο ή σε χηρεία.

Ηλικία έναρξης. Η Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή μπορεί ν' αρχίσει σ' οποιαδήποτε ηλικία. Η μέση ηλικία έναρξης είναι γύρω στα 25. Είναι δύο φορές πιο συχνή σε έφηβες και ενήλικες γυναίκες απ' ότι σε εφήβους και ενήλικους άντρες, αλλά είναι το ίδιο συχνή σε αγόρια και κορίτσια στην προεφηβική ηλικία. Η υψηλότερη συχνότητα και για άντρες και για γυναίκες είναι μεταξύ 25 και 44 ετών, ενώ ελαττώνεται και για τους δύο μετά τα 65.

Οικογενειακό ιστορικό. Όπως ήδη αναφέραμε, η Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή είναι 1,5-3 φορές συχνότερη στους βιολογικούς συγγενείς πρώτου βαθμού ατόμων μ' αυτήν τη διαταραχή απ' ότι στον γενικό πληθυσμό. Μελέτες έχουν δείξει, επίσης, ότι υπάρχει αυξημένος κίνδυνος για Εξάρτηση από Αλκοόλ στους ενήλικους βιολογικούς συγγενείς πρώτου βαθμού και ενδεχομένως για Διαταραχή Ελαττωματικής Προσοχής/Υπερκινητικότητας στα παιδιά, των ατόμων μ' αυτήν τη διαταραχή.^{1,21,26}

3.2.6 Κλινική πορεία

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

Τα περισσότερα Μείζονα Καταθλιπτικά Επεισόδια (τα δύο τρίτα περίπου των περιπτώσεων) αυτοπεριορίζονται και έχουν καλή πρόγνωση, ακόμη και χωρίς ειδική θεραπεία. Οποσδήποτε, όμως, ειδικές σωματικές θεραπείες, όπως αντικαταθλιπτικά και ηλεκτροσόκ, ελαττώνουν την ένταση των συμπτωμάτων και επιταχύνουν την ανάρρωση. Πριν την εμφάνιση των σωματικών θεραπειών τα περισσότερα καταθλιπτικά επεισόδια διαρκούσαν έξι ως οκτώ μήνες. Με τη βοήθεια των θεραπειών αυτών τα επεισόδια διαρκούν τώρα μόνον εβδομάδες.^{26,32}

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

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

Μελέτες έχουν δείξει ότι 1 χρόνο μετά τη διάγνωση ενός Μείζονος Καταθλιπτικού Επεισοδίου 40% των ατόμων εξακολουθούν να πληρούν τα κριτήρια για Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο (αν τα άτομα αυτά συνεχίσουν να τα πληρούν για 2 χρόνια (το 5% ως 10%), τότε η διαταραχή προσδιορίζεται ως Χρονιά), περίπου 20% βρίσκονται σε Μερική Ύφεση και 40% δεν έχουν πια καθόλου συμπτώματα. Όσο πιο βαρύ το αρχικό Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο τόσο είναι πιο επίμονο. Χρόνιες γενικές ιατρικές καταστάσεις επίσης αποτελούν παράγοντα κινδύνου για περισσότερα επίμονα επεισόδια. Άτομα με προϋπάρχουσα Δυσθυμική Διαταραχή πριν από το πρώτο τους Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο είναι πιο πιθανό να έχουν κι άλλα επεισόδια, να έχουν φτωχότερη ανάρρωση ανάμεσα στα επεισόδια και μπορεί να χρειαστούν επιπρόσθετη θεραπεία κατά τη διάρκεια του επεισοδίου και πιο μακρόχρονη θεραπεία για να πετύχουν και να διατηρήσουν φυσιολογική διάθεση.^{1,8}

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

Η πορεία τώρα της Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής, Υποτροπιάζουσας ποικίλλει. Ορισμένα άτομα έχουν μεμονωμένα επεισόδια κι ανάμεσα τους πολλά χρόνια χωρίς καταθλιπτικά συμπτώματα, άλλοι έχουν αλληπάλληλα επεισόδια και άλλοι συνεχώς και περισσότερα επεισόδια καθώς προχωρά η ηλικία τους. Ο αριθμός των προηγούμενων επεισοδίων προλέγει την πιθανότητα για επόμενο επεισόδιο. Περίπου το 50% ως 60% των ατόμων με Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή, Μοναδικό Επεισόδιο αναμένεται να έχουν ένα δεύτερο επεισόδιο. Το ποσοστό αυτό γίνεται 70% (να έχουν τρίτο) αν έχουν δεύτερο και 90% (να έχουν τέταρτο) αν έχουν τρίτο. Περίπου 5% ως 10% των ατόμων με Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή, Μοναδικό Επεισόδιο αναπτύσσουν αργότερα Μανιακό Επεισόδιο, δηλ. Διπολική I Διαταραχή (και το ποσοστό ανεβαίνει στο 10%-15%, αν τα καταθλιπτικά επεισόδια υποτροπιάζουν). Η πιθανότητα για ανάπτυξη Διπολικής Διαταραχής σε ένα νέο άτομο με Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή φαίνεται ν' αυξάνει όσο πιο οξεία είναι η έναρξη της κατάθλιψης, ιδιαίτερα αν συνυπάρχουν ψυχωτικά στοιχεία, ψυχοκινητική επιβράδυνση και έλλειψη προεφηβικής ψυχοπαθολογίας, καθώς επίσης και εφόσον υπάρχει οικογενειακό ιστορικό Διπολικής Διαταραχής.^{1,8,26}

3.2.7 Επιπλοκές

Άτομα με Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή, ιδιαίτερα Υποτροπιάζουσα, μπορεί να παρουσιάζουν ελαττωμένη ενέργεια και ενεργητικότητα, φτωχή συγκέντρωση, έλλειψη ενδιαφέροντος, φτωχή απόδοση στην εργασία ή στο σχολείο, δυσκολίες στις διαπροσωπικές σχέσεις και στις κοινωνικές συναναστροφές. Η απάθεια και οι σεξουαλικές δυσκολίες (π.χ. ανοργασμία στις γυναίκες, διαταραχή της στύσης στους άντρες) οδηγούν σε ένταση στη συζυγική ζωή. Σαν αποτέλεσμα των παραπάνω μπορεί να υπάρξουν συζυγικά προβλήματα (π.χ. διαζύγιο), εργασιακά προβλήματα (π.χ. απώλεια της δουλειάς), σχολικά προβλήματα (π.χ. σκασιαρχείο, αποτυχίες στα μαθήματα), κατάχρηση αλκοόλ και άλλων ουσιών ή αυξημένη χρήση των ιατρικών υπηρεσιών. Μπορεί, επίσης, να υπάρξει μια αύξηση της συχνότητας προώρου θανάτου από γενικές ιατρικές καταστάσεις.

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

Η Μείζον Καταθλιπτική Διαταραχή έχει υψηλή θνησιμότητα. Μέχρι και 15% των ατόμων με σοβαρή Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή πεθαίνουν αυτοκτονώντας. Μελέτες έχουν δείξει ότι ο κίνδυνος αυτοκτονίας μεγαλώνει με την ηλικία και φθάνει στο τετραπλάσιο σε άτομα πάνω από 55 ετών. Υπολογίζεται ότι ο κίνδυνος αυτοκτονίας σε άτομα με διαταραχές της διάθεσης γενικά είναι 30 φορές μεγαλύτερος απ' ό τι στον γενικό πληθυσμό.^{1,3,21,24}

3.2.8 Διαφορική διάγνωση

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

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

εργαστηριακές εξετάσεις και η φυσική εξέταση. Καλό, λοιπόν, είναι η κλινική διερεύνηση του καταθλιπτικού ασθενή να περιλαμβάνει ορισμένες εξετάσεις ρουτίνας, που παρουσιάζονται στον Πίνακα 2-3, καθώς και επιπρόσθετες εξετάσεις αν το ιστορικό ή η κλινική εικόνα του ασθενή προτείνουν κάποια συγκεκριμένη γενική ιατρική κατάσταση.¹

Πίνακας 2-3. Η ιατρική εξέταση του καταθλιπτικού ασθενή

Έλεγχος ρουτίνας
Ιατρικό ιστορικό-συμπεριλαμβανόμενης της χρήσης φαρμάκων-ουσιών
Φυσική εξέταση
Γενική αίματος
Βιοχημικές εξετάσεις αίματος
Έλεγχος λειτουργίας θυρεοειδούς
Ανάλυση ούρων
Επιπρόσθετος έλεγχος
Νευρολογική εξέταση
Ακτινογραφία θώρακος
Ηλεκτροκαρδιογράφημα
Αξονική τομογραφία (ή/και μαγνητική τομογραφία, SPECT κ.ά.)
Νευροψυχολογικές δοκιμασίες

Αν, τώρα, κρίνεται ότι υπάρχει και Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο και κάποια γενική ιατρική κατάσταση, αλλά ότι τα καταθλιπτικά συμπτώματα δεν είναι η άμεση φυσιολογική συνέπεια της γενικής ιατρικής κατάστασης, τότε η πρωτοπαθής διαταραχή της διάθεσης δηλ. η Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή αναγράφεται στον Άξονα I και η γενική ιατρική κατάσταση (π.χ. έμφραγμα του μυοκαρδίου) στον Άξονα III. Μπαίνουν δηλαδή και οι δύο διαγνώσεις. Η περίπτωση αυτή παρουσιάζεται όταν π.χ. το Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο θεωρείται ότι είναι η ψυχολογική συνέπεια της γενικής ιατρικής κατάστασης ή όταν δεν υπάρχει αιτιολογική σχέση ανάμεσα στο Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο και τη γενική ιατρική κατάσταση.^{1,9}

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

στερητικό σύνδρομο από κοκαΐνη θα διαγνωσθεί ως Διαταραχή της Διάθεσης Προκαλούμενη από Κοκαΐνη, Με Καταθλιπτικά Στοιχεία, Με Έναρξη Κατά τη Διάρκεια Στερητικού Συνδρόμου.^{1,19}

Άνοια. Σε ηλικιωμένα άτομα, πολλές φορές, είναι δύσκολη η δ.δ του κατά πόσο τα γνωστικά συμπτώματα - δυσκολία στη συγκέντρωση, παράπονα για απώλεια της μνήμης, απάθεια, αποπροσανατολισμός κτλ. οφείλονται σε Άνοια ή σε Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο της Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής (αν πρόκειται δηλ. για ψευδοάνοια). Η γενική ιατρική εκτίμηση, ο προσδιορισμός του χρόνου έναρξης της διαταραχής, η χρονική ακολουθία των καταθλιπτικών και των γνωστικών συμπτωμάτων (κατά πόσο δηλαδή προηγήθηκε η γνωστική έκπτωση της κατάθλιψης ή το αντίστροφο" στην πρώτη περίπτωση, υπάρχει προοδευτική έκπτωση της γνωστικής λειτουργίας και μετά κατάθλιψη, στη δεύτερη, φυσιολογική γνωστική λειτουργία και μετά απότομη γνωστική έκπτωση σε συνδυασμό με την κατάθλιψη), η πορεία της νόσου και ιδιαίτερα η απάντηση ή όχι σε αντικαταθλιπτική αγωγή (που είναι καλό να δοθεί, ακόμη κι αν δεν είμαστε σίγουροι αν είναι πιο πιθανή ως διάγνωση η Μείζον Καταθλιπτική Διαταραχή), νευροαπεικονιστικές εξετάσεις (π.χ. SPECT) και νευροψυχολογικές δοκιμασίες, μπορεί να βοηθήσουν στη διάκριση αυτή. Σημειώνουμε, βέβαια, ότι υπάρχει και Άνοια Τύπου Alzheimer ή Αγγειακή Άνοια, Με Καταθλιπτική Διάθεση (όπου καταθλιπτικά συμπτώματα, ακόμα και πλήρες Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο επικάθονται σε Άνοια) και είναι δυνατό να έχουμε και συνύπαρξη διάγνωσης Άνοιας και Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής, αν οι αιτιολογίες τους είναι ανεξάρτητες η μία από την άλλη.^{1,31}

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

Δυσθυμική Διαταραχή. Η δ.δ αυτή θα γίνει με βάση τη βαρύτητα, τη χρονιότητα και την επιμονή της διαταραχής και είναι οπωσδήποτε δύσκολη καθώς τα συμπτώματα στις δύο διαταραχές είναι παρόμοια και δεν μπορούν ν' αξιολογηθούν με ακρίβεια αναδρομικά. Πέρα, λοιπόν, από το ότι η καταθλιπτική διάθεση στο Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο της Μείζονος

Καταθλιπτικής Διαταραχής πρέπει να είναι παρούσα για το μεγαλύτερο μέρος της μέρας, σχεδόν κάθε μέρα, για μια περίοδο τουλάχιστον 2 εβδομάδων, ενώ στη Δυσθυμική Διαταραχή για τις περισσότερες μέρες, για τουλάχιστον 2 χρόνια, συνήθως στο ιστορικό η Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή θα χαρακτηρίζεται από ένα ή περισσότερα διακριτά Μείζονα Καταθλιπτικά Επεισόδια που ξεχωρίζουν από τη «συνηθισμένη» λειτουργικότητα του ατόμου, ενώ η Δυσθυμική Διαταραχή θα χαρακτηρίζεται από χρόνια, λιγότερο σοβαρά καταθλιπτικά συμπτώματα, που είναι παρόντα για πολλά χρόνια.

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

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

Σχιζοφρένεια, Παραληρητική Διαταραχή, Ψυχωτική Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς. Τις περισσότερες φορές τα καταθλιπτικά συμπτώματα που παρατηρούνται στις διαταραχές αυτές θεωρούνται ότι είναι συνοδά τους συμπτώματα και δεν χρειάζονται ξεχωριστή διάγνωση. Αν, όμως, τα καταθλιπτικά συμπτώματα πληρούν τα κριτήρια για Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο (ή έχουν ιδιαίτερη κλινική σημασία) τότε μπαίνει η επιπρόσθετη διάγνωση Καταθλιπτική Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς (βλέπε και τη διαφοροδιάγνωση των παραπάνω ψυχωτικών διαταραχών για επιπρόσθετες λεπτομέρειες στο κεφάλαιο 8). Όσον

αφορά τη δ.δ της Σχιζοφρένειας, Κατατονικού Τύπου από τη Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή, Με Κατατονικά Στοιχεία, που είναι οπωσδήποτε δύσκολη, μπορεί να βοηθήσουν το προηγούμενο ιστορικό και το οικογενειακό ιστορικό.

Διαταραχή Ελαττωματικής Προσοχής/Υπερκινητικότητας. Καθώς η διαταραχή της προσοχής και η χαμηλή ανοχή στη στέρηση συμβαίνουν και σ' αυτήν τη διαταραχή και στη Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή, μπορεί να μπουν και οι δύο διαγνώσεις, αν πληρούνται τα κριτήρια και για τις δύο διαταραχές. Χρειάζεται πάντως προσοχή να μη διαγνωσθεί εύκολα και Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή σε παιδιά με Διαταραχή Ελαττωματικής Προσοχής/Υπερκινητικότητας, στα οποία η διαταραχή της διάθεσης χαρακτηρίζεται από ευερεθιστότητα μάλλον παρά από θλίψη ή απώλεια του ενδιαφέροντος.^{1,3,12}

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

Πένθος. Ακόμη κι αν πληρούνται τα κριτήρια για Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο, δεν θα μπει η διάγνωση του, εφόσον τα συμπτώματα εμφανίζονται μετά την απώλεια ενός αγαπημένου ατόμου, εκτός αν επιμένουν περισσότερο από 2 μήνες ή χαρακτηρίζονται από έντονη απώλεια της λειτουργικότητας, νοσηρή ενασχόληση με αναξιότητα, αυτοκτονικό ιδεασμό, ψυχωτικά συμπτώματα ή ψυχοκινητική επιβράδυνση.³⁷

Περίοδοι θλίψης. Είναι γνωστό ότι καταθλιπτικά συναισθήματα νιώθουν όλοι οι άνθρωποι. Μόνον, όταν πληρούνται τα κριτήρια για Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο, όσον αφορά τη βαρύτητα και τη διάρκεια των συμπτωμάτων, καθώς και την κλινικά σημαντική ενόχληση ή λειτουργική έκπτωση που προκαλούν, θα μπει η διάγνωση της Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής.^{29,37}

Καταθλιπτική Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς. Η διάγνωση αυτή θα μπει όταν υπάρχει καταθλιπτική διάθεση μαζί με κλινικά σημαντική έκπτωση, που όμως δεν πληρούν τα κριτήρια της διάρκειας ή της βαρύτητας του Μείζονος Καταθλιπτικού Επεισοδίου.^{1,19}

3.3 ΔΥΣΘΥΜΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

Άλλη μορφή που μπορεί να πάρει η κατάθλιψη είναι η δυσθυμική διαταραχή ή δυσθυμία, η οποία παλαιότερα αναφερόταν και ως << καταθλιπτική νευρώση >>. Η δυσθυμία ως ψυχιατρικός όρος αναπτύχθηκε τα τελευταία χρόνια και περιλαμβάνεται στις καταθλιπτικές διαταραχές.²⁸

Η δυσθυμία είναι μια μορφή χρόνιας κατάθλιψης η οποία είναι μεν μέτρια σε σοβαρότητα αλλά επειδή εκτείνεται στον χρόνο δημιουργεί στο άτομο μια αίσθηση ανεπάρκειας.

Ο ασθενής με δυσθυμία παρότι μπορεί και ανταπεξέρχεται στις καθημερινές του δραστηριότητες νιώθει πάντα ότι κάτι τον κρατάει από το να μπορεί να νιώσει καλά. και δημιουργεί στον ασθενή την αίσθηση, ότι είναι "ανάξιος". Ο ασθενής με δυσθυμία ανταπεξέρχεται μεν στις καθημερινές του δραστηριότητες αλλά βασανίζεται από ένα λιγότερο ή περισσότερο μόνιμο συναίσθημα "ανικανοποίητου". Η δυσθυμία δεν είναι χαρακτηριστικό της προσωπικότητας (όπως πίστευαν παλαιότερα), αλλά μια μορφή κλινική κατάθλιψης. Το ενδιαφέρον για τη δυσθυμία μεγάλωσε όταν κάποια αντικαταθλιπτικά φάρμακα φάνηκε ότι έχουν μια πιο ειδική επίδραση αυτή την μορφή.^{33,36}

Το βασικό χαρακτηριστικό της Δυσθυμικής Διαταραχής είναι μία χρόνια καταθλιπτική διάθεση, που το άτομο την έχει το μεγαλύτερο μέρος της μέρας, τις περισσότερες μέρες, για τουλάχιστον 2 χρόνια κατά τη διάρκεια των οποίων ο ασθενής δεν μπορεί να ανακουφιστεί από τα συμπτώματα περισσότερο από δυο μήνες κάθε φορά.⁸

3.3.1 Αιτιολογία Δυσθυμίας

Όπως στην κατάθλιψη έτσι και στη δυσθυμία τα αίτια της δεν έχουν ερευνηθεί πλήρως. Οι επιστήμονες θεωρούν ότι η ανάπτυξή της είναι πολυπαραγοντική. Έτσι, ο συνδυασμός περιβαλλοντικών,βιοχημικών,γενετικών και κληρονομικών παραγόντων θεωρείται ως ο πιο πιθανός. Ιδιαίτερα, σε βιοχημικό επίπεδο έχει κατηγορηθεί ένας νευροδιαβιβαστής ονόματι σεροτονίνη. Στρεσογόνα γεγονότα της ζωής όπως θάνατος οικογενειακού προσώπου,κακοποίηση,συναισθηματική στέρηση, ψυχολογική βία, διαταραγμένες σχέσεις με γονείς κατά την παιδική ηλικία συμβάλλουν στην ανάπτυξη της κατάθλιψης.^{29,32,48}

Σύμφωνα με τη γνωσιακή θεωρία ο τρόπος με τον οποίο ένα άτομο αντιλαμβάνεται τον εαυτό του και τον κόσμο γύρω του δημιουργεί και τα ανάλογα συναισθήματα. Οι αρνητικές σκέψεις καθορίζουν το συναίσθημα. Τα καταθλιπτικά άτομα έχουν την τάση να υπερτιμούν τα αρνητικά και να υποτιμούν τα θετικά ενώ η πυρηνική τους πεποίθηση είναι ότι τα ίδια δεν αξίζουν δημιουργώντας έτσι έναν φαύλο κύκλο χαμηλής αυτοεκτίμησης.^{20,40}

3.3.2 Συμπτώματα

Τα συχνότερα συμπτώματα αυτής της ψυχικής διαταραχής είναι:

- Μειωμένη ενεργητικότητα και αίσθημα κόπωσης
- Δυσκολία συγκέντρωσης
- Χαμηλή αυτοεκτίμηση
- Απώλεια σεξουαλικού ενδιαφέροντος
- Ανηδονία, που σχετίζεται με την έλλειψη άντλησης ευχαρίστησης από δραστηριότητες που άλλοτε έδιναν χαρά
- Αϋπνία ή αυξημένος ύπνος,
- Αύξηση όρεξης για φαγητό ή ανορεξία

Όλα τα παραπάνω συμπτώματα θα πρέπει να έχουν διάρκεια πάνω από 2 χρόνια για να θεωρηθούν δυσθυμία.^{1,32,48}

3.3.3 Επιδημιολογία

Σύμφωνα με έρευνες, το 0,8%-6% του πληθυσμού θα εμφανίσει σε κάποια φάση της ζωής του δυσθυμία. Εφόσον δεν υπάρξει θεραπευτική αντιμετώπιση η δυσθυμία θα συνεχιστεί για όλη του τη ζωή. Είναι σημαντικό να γίνει έγκαιρη διάγνωση της νόσου, καθώς είναι πολύ πιθανό να εμφανιστούν και άλλες ψυχιατρικές διαταραχές που μπορεί να περιπλέξουν τη διάγνωση. Δεν είναι καθόλου σπάνιο εκτός από τη δυσθυμία να συνυπάρχει και μείζων καταθλιπτική διαταραχή. Σε αυτή την περίπτωση ονομάζουμε το φαινόμενο «διπλή κατάθλιψη».^{21,24}

3.3.4 Διάγνωση

Τα διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM-IV της Δυσθυμικής Διαταραχής παρουσιάζονται στον Πίνακα 2-4

Πίνακας 2-4. Διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM-IV της Δυσθυμικής Διαταραχής

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

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

(1) ελαττωμένη όρεξη ή υπερφαγία

(2) αϋπνία ή υπερυπνία

(3) ελαττωμένη ενέργεια/ενεργητικότητα ή κόπωση

(4) χαμηλή αυτοεκτίμηση

(5) ελαττωμένη ικανότητα για συγκέντρωση ή δυσκολία για λήψη αποφάσεων

(6) αισθήματα έλλειψης ελπίδας

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

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

Σημείωση: Μπορεί να υπήρξε ένα προηγούμενο Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο, αρκεί να ήταν σε πλήρη ύφεση (όχι σημαντικά σημεία ή συμπτώματα για 2 μήνες) πριν την ανάπτυξη της Δυσθυμικής Διαταραχής. Επιπρόσθετα, μετά τα αρχικά 2 χρόνια (1 χρόνο για παιδιά ή εφήβους) της Δυσθυμικής Διαταραχής, μπορεί να επικάθονται επεισόδια Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής, περίπτωση στην οποία μπορούν να μπουν και οι δύο διαγνώσεις, όταν πληρούνται τα κριτήρια για ένα Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο.

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

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

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

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

Προσδιορίστε αν:

Πρώιμης Έναρξης: αν η έναρξη είναι πριν από την ηλικία των 21

Όψιμης Έναρξης: αν η έναρξη είναι στην ηλικία των 21 χρόνων και μετά

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

Με Άτυπα Στοιχεία

Όπως φαίνεται και στη σημείωση του κριτηρίου Δ, διαγνωστικά, ύστερα από τα αρχικά 2 χρόνια της Δυσθυμικής Διαταραχής μπορεί να επικαθήσουν Μείζονα Καταθλιπτικά Επεισόδια. Στην περίπτωση αυτή δίνεται διπλή διάγνωση («διπλή κατάθλιψη») δηλ. Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή και Δυσθυμική Διαταραχή. Αν το άτομο ξαναγυρίσει στη δυσθυμική του κατάσταση (δηλ. δεν υπάρχουν πια κριτήρια για Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο, αλλά επιμένουν τα δυσθυμικά συμπτώματα), τότε μπαίνει η διάγνωση μόνο της Δυσθυμικής Διαταραχής [βλ. σχετικά και Προσδιοριστές Πορείας, καθώς και Διαφορική διάγνωση (από Δυσθυμική Διαταραχή) της Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής].

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

Όσον αφορά, τώρα, τον Προσδιοριστή Με Άτυπα Στοιχεία, βλέπε στον Πίνακα 9-2 για τα κριτήρια του, καθώς και στον αντίστοιχο προσδιοριστή της Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής για επιπλέον λεπτομέρειες.

Άτομα με έναρξη της διαταραχής πριν τα 21 είναι πιο πιθανό ν' αναπτύξουν αργότερα Μείζονα Καταθλιπτικά Επεισόδια.^{1,8}

3.3.5 Συνοδά συμπτώματα και σημεία - Συνοδές διαταραχές

Τα συμπτώματα της Δυσθυμικής Διαταραχής τα συνοδεύουν αισθήματα ανεπάρκειας, γενικευμένη απώλεια των ενδιαφερόντων ή της ευχαρίστησης, κοινωνική απόσυρση, αισθήματα ενοχής ή νοσηρή ενασχόληση με το παρελθόν, ευερεθιστότητα ή θυμός και ελαττωμένη

δραστηριότητα, παραγωγικότητα και αποτελεσματικότητα. Φυτικά συμπτώματα μπορεί να υπάρχουν, αλλά είναι λιγότερο συχνά από ότι σε άτομα με Μείζονα Καταθλιπτικά Επεισόδια.

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

Εργαστηριακά, σε μερικά άτομα και ιδιαίτερα σ' αυτά με θετικό οικογενειακό ιστορικό για Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή, μπορεί να βρεθούν στο ΗΕΓ ύπνου ορισμένα από τα στοιχεία που ανευρίσκονται στα άτομα με Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο.^{6,33}

3.3.6 Επιδημιολογικά στοιχεία και χαρακτηριστικά σχετικά με την ηλικία

Ο επιπολασμός ζωής της Δυσθυμικής Διαταραχής (με ή όχι επικαθήμενη Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή) είναι περίπου 6%. Ο επιπολασμός (σημείου) είναι περίπου 3%. Στα παιδιά, η Δυσθυμική Διαταραχή απαντάται εξίσου και στα δύο φύλα και είναι υπεύθυνη για έκπτωση στη σχολική απόδοση και στις κοινωνικές συναναστροφές. Παιδιά και έφηβοι με Δυσθυμική Διαταραχή είναι συνήθως ευερέθιστοι και ταυτόχρονα καταθλιπτικοί, με χαμηλή αυτοεκτίμηση, απαισιοδοξία και έκπτωση στις κοινωνικές δεξιότητες. Στους ενήλικους, οι γυναίκες είναι δύο με τρεις φορές πιθανότερο ν' αναπτύξουν Δυσθυμική Διαταραχή απ' ότι οι άντρες.

Η Δυσθυμική Διαταραχή είναι πιο συχνή στους βιολογικούς συγγενείς πρώτου βαθμού ατόμων με Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή, απ' ότι στον γενικό πληθυσμό.^{6,33}

3.3.7 Κλινική πορεία

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

Εάν η Δυσθυμική Διαταραχή προηγείται της έναρξης της Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής, υπάρχει μικρότερη πιθανότητα να συμβεί πλήρης ανάρρωση ανάμεσα στα Μείζονα Καταθλιπτικά Επεισόδια και μεγαλύτερη πιθανότητα για πιο συχνά επεισόδια.^{8,23}

3.3.8 Διαφορική διάγνωση

Η βασική διαφοροδιάγνωση της Δυσθυμικής Διαταραχής θα γίνει από τη Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή με το σκεπτικό που ήδη παραθέσαμε στη δ.δ της διαταραχής αυτής. Όσον αφορά τις Χρόνιες Ψυχωτικές Διαταραχές (π.χ. Σχιζο-συναισθηματική Διαταραχή, Σχιζοφρένεια, Παραληρητική Διαταραχή), που μπορεί να συνοδεύονται από καταθλιπτικά συμπτώματα, δεν δίνεται ξεχωριστή διάγνωση Δυσθυμικής Διαταραχής, εφόσον τα συμπτώματα της κατάθλιψης υπάρχουν μόνον κατά την πορεία της ψυχωτικής διαταραχής (συμπεριλαμβανομένων και των υπολειμματικών φάσεων).

Η Δυσθυμική Διαταραχή θα δ.δ από τη Διαταραχή της Διάθεσης Οφειλόμενη σε Γενική Ιατρική Κατάσταση και από τη Διαταραχή της Διάθεσης Προκαλούμενη από Ουσίες από την ανεύρεση κάποιας γενικής ιατρικής κατάστασης ή κάποιας ουσίας που με φυσιολογικό μηχανισμό προκαλούν την κατάθλιψη. Αν, βέβαια, υπάρχει μόνο ψυχολογική σχέση ή καθόλου σχέση της Δυσθυμικής Διαταραχής με κάποια χρόνια γενική ιατρική κατάσταση, τότε μπαίνει η διάγνωση Δυσθυμική Διαταραχή στον Άξονα I και η διάγνωση της γενικής ιατρικής κατάστασης στον Άξονα III. Συχνά, συνυπάρχει, όπως ήδη αναφέραμε, και κάποια Διαταραχή της Προσωπικότητας τότε μπαίνουν και οι δύο διαγνώσεις.^{1,8,26}

3.4 ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΜΗ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΖΟΜΕΝΗ ΑΛΛΙΩΣ

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

Παραδείγματα της Καταθλιπτικής Διαταραχής Μη Προσδιοριζόμενης Αλλιώς είναι τα παρακάτω:

1. Προεμνηνορρυσιακή δυσφορική διαταραχή: κατά τη διάρκεια του προηγούμενου χρόνου, στους περισσότερους εμμηνορρυσιακούς κύκλους, συστηματικά υπήρξαν συμπτώματα (π.χ. έντονη καταθλιπτική διάθεση, έντονο άγχος, έντονη συναισθηματική ευμεταβλητότητα, ελαττωμένο ενδιαφέρον για δραστηριότητες) κατά τη διάρκεια της τελευταίας εβδομάδας της ωχρινικής φάσης (και υποχώρησαν μέσα σε λίγες μέρες μετά την έναρξη της εμμηνορρυσίας). Τα συμπτώματα αυτά πρέπει να είναι αρκετά σοβαρά, ώστε να παρεμποδίζουν έντονα την

εργασία, το σχολείο ή τις συνηθισμένες δραστηριότητες και να είναι παντελώς απόντα για 1 τουλάχιστον εβδομάδα μετά την εμμηνορρουσία.

2. Ελάσσων καταθλιπτική διαταραχή: επεισόδια τουλάχιστον 2 εβδομάδων με καταθλιπτικά συμπτώματα, αλλά με λιγότερα από πέντε από αυτά που απαιτούνται για τη διάγνωση Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής (δηλ. Μείζονος Καταθλιπτικού Επεισοδίου).

3. Υποτροπιάζουσα βραχεία καταθλιπτική διαταραχή: καταθλιπτικά επεισόδια που διαρκούν από 2 μέρες μέχρι 2 εβδομάδες, που συμβαίνουν τουλάχιστον μια φορά τον μήνα για 12 μήνες (που δεν συνδέονται με τον εμμηνορρουσιακό κύκλο).

4. Μεταψυχωτική καταθλιπτική διαταραχή της Σχιζοφρένειας: ένα Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο που συμβαίνει κατά τη διάρκεια της υπολειμματικής φάσης της Σχιζοφρένειας.

5. Ένα Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο επικαθήμενο σε Παραληρητική Διαταραχή, σε Ψυχωτική Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς ή στην ενεργό φάση της Σχιζοφρένειας.

⁶. Καταστάσεις στις οποίες ο κλινικός έχει καταλήξει στο ότι κάποια καταθλιπτική διαταραχή είναι παρούσα, αλλά δεν μπορεί να προσδιορίσει αν είναι πρωτοπαθής, οφειλόμενη σε γενική ιατρική κατάσταση ή προκαλούμενη από ουσίες.^{1,3,13,45}

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΔΙΠΟΛΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Οι Διπολικές Διαταραχές είναι ασθένειες που χαρακτηρίζονται από δύο ακραίες συναισθηματικές διαθέσεις: έξαρση και κατάθλιψη. Στην τυπική τους μορφή, οι ασθενείς περνούν από κύκλους ή φάσεις έντονης μανίας που εναλλάσσονται με κύκλους ή φάσεις βαθιάς κατάθλιψης. Ουσιαστικά, όμως, οι Διπολικές Διαταραχές, είναι ένα φάσμα κλινικών εικόνων ποικίλης έντασης, συχνότητας και μορφής.

Τα καταθλιπτικά επεισόδια των Διπολικών Διαταραχών κλινικά είναι όμοια με των (μονοπολικών) Καταθλιπτικών Διαταραχών. Επομένως, το βασικό διακριτικό στοιχείο των Διπολικών Διαταραχών είναι η έξαρση. Όπως και στην κατάθλιψη, η έξαρση περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα συναισθηματικών διαθέσεων, από τις φυσιολογικές καταστάσεις της ευφορίας και της χαράς μέχρι τις παθολογικές καταστάσεις της υπομανίας και μανίας. Ο όρος μανία υποδηλώνει υπέρμετρη έξαρση, υπερκινητικότητα, διέγερση και επιταχυμένο ρυθμό ομιλίας συχνά με διαταραγμένη σκέψη. Ο όρος υπομανία αναφέρεται σ' ένα σύνδρομο παρόμοιο, αλλά όχι τόσο βαρύ ή έντονο όσο η μανία, στην οποία οι αποκλίσεις της διάθεσης και της συμπεριφοράς είναι αρκετά επίμονες, ώστε να μην περιλαμβάνονται στην κυκλοθυμία.^{7,29}

Πολλοί κλινικοί αποδίδουν τον όρο «υπομανία» σε κλινικές καταστάσεις που δεν παρουσιάζουν ψύχωση, ενώ χρησιμοποιούν τον όρο «μανία» στις καταστάσεις που υπάρχει διαταραγμένη σκέψη.

Βέβαια, ο όρος «έξαρση» χρειάζεται κάποια διευκρίνιση. Όσον αφορά την υποκειμενική αίσθηση και αντίληψη του ασθενή η κατάσταση της μανίας ή υπομανίας μπορεί να είναι ιδιαίτερα ευχάριστη, καθώς αυτός νιώθει ανεβασμένος, ευτυχισμένος, ευφορικός, γεμάτος αυτοπεποίθηση και χαρά. Συνήθως, όμως, ο μανιακός (και λιγότερο ο υπομανιακός) ασθενής χαρακτηρίζεται και από έντονη ευερεθιστότητα, παρανοϊκότητα και οργή. Γι' αυτό θα ήμασταν πιο κοντά στην πραγματικότητα αν μιλούσαμε για ανεβασμένη — διεγερμένη παρά για εξηρμένη διάθεση.¹

4.1.1 Συμπτώματα μανίας και υπομανίας

- Διαταραχή της συναισθηματικής διάθεσης (ευφορία, φλυαρία, αισιοδοξία).
- Διαταραχή της σωματικής υγείας (ελαττωμένη ανάγκη για ύπνο, απώλεια βάρους λόγω υπερκινητικότητας).
- Διαταραχή της σκέψης (διογκωμένη αυτοεκτίμηση δηλ. νομίζει ότι είναι δυνατός, ωραίος, έξυπνος, πλούσιος και όταν ο άρρωστος ξεπεράσει τα όρια τότε παρουσιάζει παραλήρημα μεγαλείου που δεν είναι εξωπραγματικό).
- Διαταραχή της ομιλίας (πίεση λόγου, αδιάκοπη και γρήγορη ομιλία, μεταπήδηση από το ένα θέμα στο άλλο).
- Ψυχοκινητική Δραστηριότητα (υπερκινητικότητα, μειωμένη ανάγκη για ύπνο, μειωμένη κούραση και όταν ο άρρωστος φθάσει στο έπακρο πηδά, τρέχει και εμπλέκεται σε σεξουαλικές αδιακρίσιες).^{44,45}

4.1.2 Συνοδά συμπτώματα και σημεία

- Έντονη φυγή ιδεών, η οποία μπορεί να καταλήξει σε ασυναρτησία και διαταραχή σκέψης.
- Έλλειψη επίγνωσης της ασθένειας από τον άρρωστο, με αποτέλεσμα την αντίστασή του σε κάθε θεραπευτικό σχήμα.
- Έλλειψη παθογνωμονικών ευρημάτων, σε εργαστηριακό επίπεδο.
- Ψυχογενής ανορεξία.
- Ψυχογενής βουλιμία.
- Διάσπαση προσοχής.
- Διαταραχή πανικού.
- Κοινωνική φοβία.
- Διαταραχές σχετικές με ουσίες.
- Διαταραχή ύπνου.
- Αυξημένη έκκριση κορτιζόλης.
- Διαταραχές των νευροδιαβιβαστών (νορεπινεφρίνης, σεροτονίνης, ακετυλοχολίνης, ντοπαμίνης, GABA).^{1,8,42,43,44}

4.1.3 Επιδημιολογικά στοιχεία

- § *Ο επιπολασμός ζωής είναι 0,4%-1,6%.*
- § *Η συχνότητα είναι ίδια σε άνδρες και γυναίκες.*
- § *Η μέση ηλικία έναρξης είναι γύρω στα 20 .*
- § *Η έναρξη είναι ξαφνική με κλιμάκωση των συμπτωμάτων σε λίγες ημέρες και συχνά μετά από έντονο stress.*
- § *Η διάρκεια των συμπτωμάτων είναι από λίγες εβδομάδες μέχρι πολλούς μήνες.*^{8,43,44}

4.1.4 Ταξινόμηση των Διπολικών Διαταραχών

Σύμφωνα με το DSM-IV οι Διπολικές Διαταραχές διακρίνονται σε η Διπολική I Διαταραχή, η Διπολική II Διαταραχή, η Κυκλοθυμική Διαταραχή και η Διπολική Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς.^{1,7}

4.2 ΔΙΠΟΛΙΚΗ I ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

Το βασικό διαγνωστικό στοιχείο της Διπολικής I Διαταραχής, που παλιότερα λεγόταν μανιοκαταθλιπτική νόσος, είναι μια κλινική πορεία που χαρακτηρίζεται από ένα ή περισσότερα Μανιακά ή Μεικτά Επεισόδια.^{36,45}

Όσον αφορά τα Μεικτά Επεισόδια, αυτά το άτομο βιώνει μια ταχεία εναλλαγή της διάθεσης (λύπη, ευερεθιστότητα, ευφορία), που συνοδεύεται από συμπτώματα που πληρούν τα κριτήρια και για Μανιακό και για Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο. Η διάρκεια ενός Μεικτού Επεισοδίου πρέπει να είναι τουλάχιστον 1 εβδομάδα. Συχνά η κλινική του εικόνα περιλαμβάνει διέγερση, αϋπνία, διαταραχή της όρεξης, ψυχωτικά στοιχεία και αυτοκτονικό ιδεασμό.^{1,8}

Η Διπολική I Διαταραχή χαρακτηρίζεται από υποτροπές. Περισσότερα από το 90% των ατόμων που είχαν ένα Μανιακό Επεισόδιο θα έχουν ένα επεισόδιο στο μέλλον. Η μέση ηλικία έναρξης του πρώτου Μανιακού Επεισοδίου είναι γύρω στα 20, αν και ορισμένες φορές αρχίζουν στην εφηβεία και κάποιες μετά τα 50.^{23,24}

Τα Μανιακά Επεισόδια, τυπικά αρχίζουν ξαφνικά με γρήγορη κλιμάκωση των συμπτωμάτων σε λίγες μέρες. Συχνά εμφανίζονται μετά από ψυχοκοινωνικό στρες. Όσον αφορά τη διάρκεια τους, συνήθως διαρκούν από λίγες εβδομάδες έως πολλούς μήνες και είναι βραχύτερα και τελειώνουν πιο απότομα από τα Μείζονα Καταθλιπτικά Επεισόδια.

Όσον αφορά τις επιπλοκές της Διπολικής I Διαταραχής, η σημαντικότερη είναι η αυτοκτονία, που συμβαίνει στο 10-15% των ασθενών. Σε διπολικούς ασθενείς συχνή είναι η κακοποίηση παιδιών, η κακοποίηση συζυγών και άλλες πράξεις βίας, ιδιαίτερα σε σοβαρά Μανιακά Επεισόδια με ψυχωτικά στοιχεία.^{1,8,43}

4.3 ΔΙΠΟΛΙΚΗ Ή ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

Το βασικό διαγνωστικό κριτήριο της Διπολικής Ή Διαταραχής είναι μια κλινική πορεία που χαρακτηρίζεται από ένα ή περισσότερα Μείζονα Καταθλιπτικά Επεισόδια, που συνοδεύονται από τουλάχιστον ένα Υπομανιακό Επεισόδιο. Σε αντίθεση με το Μανιακό Επεισόδιο, ένα Υπομανιακό Επεισόδιο δεν είναι αρκετά σοβαρό για να προκαλέσει έντονη έκπτωση της κοινωνικής ή επαγγελματικής λειτουργικότητας ή νοσηλεία.

Συχνά τα άτομα που πάσχουν από Διπολική Ή Διαταραχή δεν μπορούν να θυμηθούν τις περιόδους υπομανίας. Στο Υπομανιακό Επεισόδιο δεν υπάρχει συνήθως φυγή ιδεών και αν υπάρξει διαρκεί για λίγο.

Αν και οι περισσότεροι ασθενείς επιστρέφουν σε φυσιολογική λειτουργικότητα ανάμεσα στα επεισόδια, 15% περίπου συνεχίζουν να παρουσιάζουν ευμετάβλητη διάθεση ή κάποιου βαθμού διαπροσωπική ή επαγγελματική έκπτωση. Μέσα σε διάστημα 5 ετών όμως, υπάρχει ένα 5-15% των ατόμων με Διπολική Ή Διαταραχή που θα αναπτύξει ένα Μανιακό Επεισόδιο, οπότε η διάγνωση αλλάζει σε Διπολική Ι Διαταραχή.^{1,12,13,24}

4.4 ΚΥΚΛΟΘΥΜΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

Πρόκειται για μία αστάθεια της διάθεσης. Το βασικό διαγνωστικό χαρακτηριστικό της Κυκλοθυμικής Διαταραχής ή Κυκλοθυμίας είναι μια χρόνια κατάσταση που παρουσιάζει συνεχώς διακυμάνσεις. Έτσι, για χρονικό διάστημα τουλάχιστον 2 ετών παρατηρούνται πολυάριθμες περίοδοι με υπομανιακά συμπτώματα καθώς και πολυάριθμες περίοδοι με καταθλιπτικά συμπτώματα, που δεν φθάνουν όμως ποτέ να συμπληρώσουν τα κριτήρια για Μανιακό ή Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο. Εάν μετά από αυτά τα 2 χρόνια επικαθήσουν Μανιακά ή Υπομανιακά Επεισόδια ή Μείζονα Καταθλιπτικά Επεισόδια τότε μπαίνει η επιπρόσθετη διάγνωση Διπολική Ι ή Ή Διαταραχή αντίστοιχα.^{3,7,46}

Συνοδές διαταραχές της Κυκλοθυμικής Διαταραχής μπορεί να είναι Διαταραχές Σχετιζόμενες με Ουσίες και Διαταραχές Ύπνου. Ο επιπολασμός ζωής υπολογίζεται μεταξύ 0,4% και 1%. Η Κυκλοθυμική Διαταραχή αρχίζει συνήθως νωρίς στην εφηβεία ή νωρίς στην ενήλικη ζωή, είναι

εξίσου συχνή σε άντρες και γυναίκες και ίσως αποτελεί μια ιδιοσυγκρασιακή προδιάθεση για άλλες Διαταραχές της Διάθεσης και ειδικά Διπολικές Διαταραχές. Η πιστοποίηση της διάγνωσης είναι δύσκολη χωρίς παρατεταμένη περίοδο παρατήρησης ή χωρίς εξαιρετικά καλή παρατήρηση της συμπεριφοράς κατά το παρελθόν. Η έναρξη της Κυκλοθυμικής Διαταραχής είναι ύπουλη και η πορεία της είναι χρόνια. Υπολογίζεται ότι το 50% των ασθενών αναπτύσσει αργότερα Διπολική I ή II Διαταραχή.^{7,24}

4.5 ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΜΗ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΖΟΜΕΝΗ ΑΛΛΙΩΣ

Η κατηγορία αυτή του DSM-IV περιλαμβάνει διαταραχές με διπολικά χαρακτηριστικά που δεν πληρούν τα κριτήρια για καμιά συγκεκριμένη Διπολική Διαταραχή. Παραδείγματα:

1. Πολύ ταχεία εναλλαγή (μέσα σε μέρες) μανιακών και καταθλιπτικών συμπτωμάτων, που δεν πληρούν τα ελάχιστα κριτήρια διάρκειας για Μανιακό ή για Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο.
2. Υποτροπιάζοντα Υπομανιακά Επεισόδια χωρίς ενδιάμεσα καταθλιπτικά συμπτώματα.
3. Ένα Μανιακό ή Μεικτό Επεισόδιο επικαθήμενο σε Παραληρητική Διαταραχή, υπολλειματική Σχιζοφρένεια ή Ψυχωτική Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς.
4. Καταστάσεις στις οποίες ο κλινικός έχει συμπεράνει ότι υπάρχει Διπολική Διαταραχή, αλλά δεν μπορεί να προσδιορίσει αν είναι πρωτοπαθής, οφείλομε σε γενική ιατρική κατάσταση ή προκαλουμένη από ουσίες.¹

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

ΆΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ

5.5.1 ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ ΟΦΕΙΛΟΜΕΝΗ ΣΕ ΓΕΝΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Το βασικό διαγνωστικό χαρακτηριστικό της διαταραχής αυτής είναι μια προεξάρχουσα διαταραχή της διάθεσης που κρίνεται ότι οφείλεται στα άμεσα φυσιολογικά αποτελέσματα μιας γενικής ιατρικής κατάστασης. Η διαταραχή της διάθεσης μπορεί να είναι καταθλιπτική διάθεση, έντονη ελάττωση του ενδιαφέροντος ή της ευχαρίστησης ή ανεβασμένη, διαχυτική ή ευερέθιστη διάθεση. Αν και η κλινική εικόνα της διαταραχής της διάθεσης μπορεί να είναι παρόμοια με την εικόνα ενός Μείζονος Καταθλιπτικού, Μανιακού, Μεικτού ή Υπομανιακού Επεισοδίου, δεν είναι υποχρεωτικό να πληρούνται τα κριτήρια για οποιοδήποτε από αυτά.^{1,8,12,13}

Γενικές Ιατρικές Καταστάσεις που μπορούν να προκαλέσουν συμπτώματα διαταραχής της διάθεσης είναι πολλές. Σ' αυτές περιλαμβάνονται εκφυλιστικές νευρολογικές καταστάσεις (π.χ. νόσος του Πάρκινσον, νόσος του Huntington, πολλαπλή σκλήρυνση), νόσος των αγγείων του εγκεφάλου (π.χ. εγκεφαλικά επεισόδια), μεταβολικές διαταραχές (π.χ. ανεπάρκεια Βιταμίνης Β12), ενδοκρινολογικές (υπερ- και υποθυρεοειδισμός, υπέρ- και υποπαραθυρεοειδισμός, υπέρ- και υπολειτουργία των επινεφριδίων), αυτοάνοσες διαταραχές (π.χ. συστηματικός ερυθηματώδης λύκος), λοιμώξεις από ιό (π.χ. ηπατίτιδα, μονοκυρήνωση, νόσος από HIV) ή άλλες λοιμώξεις, ορισμένοι όγκοι (π.χ. καρκίνος του παγκρέατος, όγκοι του εγκεφάλου).^{1,8}

Θεραπευτικά, θα χρησιμοποιήσουμε ένα συνδυασμό υποστηρικτικής ψυχοθεραπείας και κατάλληλης φαρμακοθεραπείας για τη διαταραχή της διάθεσης και φυσικά θα προσπαθήσουμε ν' αντιμετωπίσουμε την υποκείμενη γενική ιατρική κατάσταση.^{1,40,48}

5.5.2 ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ ΠΡΟΚΑΛΟΥΜΕΝΗ ΑΠΟ ΟΥΣΙΕΣ

Το βασικό διαγνωστικό χαρακτηριστικό της διαταραχής αυτής είναι μια προεξάρχουσα διαταραχή της διάθεσης, που κρίνεται ότι οφείλεται στα άμεσα φυσιολογικά αποτελέσματα της δράσης μιας ουσίας δηλ. μιας ουσίας κατάχρησης, ενός φαρμάκου, μιας τοξίνης ή μιας σωματικής θεραπείας για κατάθλιψη (αντικαταθλιπτικά φάρμακα, ηλεκτροσπασμοθεραπεία, φωτοθεραπεία). Η διαταραχή της διάθεσης μπορεί να είναι κατάθλιψη, έντονη μείωση του ενδιαφέροντος ή της ευχαρίστησης ή ανεβασμένη, διάχυτη ή ευερέθιστη διάθεση.

Αν και η κλινική εικόνα της διαταραχής της διάθεσης μπορεί να είναι παρόμοια με ένα Μείζον Καταθλιπτικό, Μανιακό, Μεικτό ή Υπομανιακό Επεισόδιο, δεν είναι απαραίτητο να πληρούνται τα κριτήρια για οποιοδήποτε από αυτά.

Με βάση τον τύπο των προεξαρχόντων συμπτωμάτων διακρίνονται τρεις (υπό)τύποι της διαταραχής: Με Καταθλιπτικά Στοιχεία, Με Μανιακά Στοιχεία, Με Μεικτά Στοιχεία.^{1,7}

Αιτιολογικοί παράγοντες

Διάφορες ουσίες κατάχρησης μπορούν να προκαλέσουν τη διαταραχή αυτή είτε κατά την Τοξίκωση από αυτές είτε κατά τη διάρκεια του Στερητικού Συνδρόμου από αυτές. Στις πρώτες υπάγονται το αλκοόλ, οι αμφεταμίνες και σχετιζόμενες μ' αυτές ουσίες, η κοκαΐνη, τα ψευδαισθησιογόνα, οι εισπνεόμενες ουσίες, τα οπιοειδή, η φαινκυκλιδίνη και σχετιζόμενες μ' αυτήν ουσίες, τα καταπραϋντικά, υπνωτικά και αγχολυτικά και άλλες ή άγνωστες ουσίες. Στις δεύτερες υπάγονται το αλκοόλ, τα καταπραϋντικά, υπνωτικά και αγχολυτικά και άλλες ή άγνωστες ουσίες.^{1,3,7}

Φάρμακα που μπορούν να προκαλέσουν τη διαταραχή αυτή περιλαμβάνουν αναισθητικά, αναλγητικά, αντιχολινεργικά, αντιεπιληπτικά, αντιυπερτασικά, αντιπαρκινσονικά, φάρμακα για το έλκος ή για την καρδιά, αντισυλληπτικά, ψυχοτρόπα φάρμακα (π.χ. αντικαταθλιπτικά, βενζοδιαζεπίνες, αντιψυχωτικά, δισουλφιράμη), μυοχαλαρωτικά, στεροειδή, σουλφοναμίδες κ.ά. Σημειώνουμε ιδιαίτερα ορισμένα φάρμακα που έχουν μεγάλη πιθανότητα να προκαλέσουν κατάθλιψη: ρεσερπίνη, κορτικοστεροειδή, αναβολικά στεροειδή.

Τοξίνες που μπορούν να προκαλέσουν τη διαταραχή αυτή περιλαμβάνουν πτητικές ουσίες όπως η βενζίνη και οι μογιές, οργανοφωσφορικά εντομοκτόνα, αέρια που προσβάλλουν το νευρικό σύστημα, το μονοξείδιο και διοξείδιο του άνθρακα. Επίσης βαριά μέταλλα μπορούν να προκαλέσουν διαταραχή της διάθεσης.^{1,8}

Θεραπευτικά, η διακοπή της υπεύθυνης για τα συμπτώματα ουσίας κατάχρησης ή φαρμάκου είναι συνήθως αρκετή για αν υποχωρήσουν τα συμπτώματα. Αν συνεχίζουν για κάποιο διάστημα, μπορεί να δοθούν τα κατάλληλα ψυχιατρικά φάρμακα. Σε περίπτωση Κατάχρησης ή Εξάρτησης από Ουσίες θα πρέπει, βέβαια, ν' απευθυνθούμε στο συνολικό πρόβλημα της χρήσης.^{1,23}

5.5.3 ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ ΜΗ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΖΟΜΕΝΗ ΑΛΛΙΩΣ

Η κατηγορία αυτή του DSM-IV είναι για διαταραχές με συμπτώματα διαταραχής της διάθεσης που δεν πληρούν τα κριτήρια για καμιά συγκεκριμένη Διαταραχή της Διάθεσης και όπου είναι δύσκολο να διαλέξει ο κλινικός ανάμεσα σε Καταθλιπτική Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς και Διπολική Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς.¹

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΩΝ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

Κατ' αρχήν, θα πρέπει να πούμε ότι οι εφαρμοζόμενες σήμερα θεραπευτικές τεχνικές στην κατάθλιψη έχουν αποδειχτεί αποτελεσματικές σε ικανοποιητικό βαθμό και γενικά ότι η πρόγνωση της κατάθλιψης είναι καλή.^{23,24,27}

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

6.1 Θεραπεία επειγουσών καταστάσεων

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

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

Οξεία ψυχωτική κατάθλιψη όπως και άρνηση λήψης τροφής ή πλήρης ανορεξία με τη συνεπακόλουθη απίσχναση και εξάντληση επίσης αποτελούν επείγουσες καταστάσεις, που πρέπει να αντιμετωπισθούν με νοσηλεία.^{1,8,38,39}

Γενικότερα οι ενδείξεις νοσηλείας ενός καταθλιπτικού ασθενή είναι:

- Σοβαρός κίνδυνος αυτοκτονίας
- Σοβαρός κίνδυνος ανθρωποκτονίας
- Απώλεια της ικανότητας για φροντίδα του εαυτού είτε λόγω ακινητοποιητικών συμπτωμάτων είτε λόγω ψυχωτικού τρόπου σκέψης
- Οξείες παθολογικές καταστάσεις επικίνδυνες για τη ζωή του ατόμου που προέρχονται από την κατάθλιψη (π.χ. ανορεξία, αφυδάτωση)
- Συνακόλουθες παθολογικές καταστάσεις (π.χ. σοβαρή καρδιακή νόσος) που απαιτούν ειδική διάγνωση και θεραπεία.^{1,2,39}

6.2 Θεραπεία Καταθλιπτικών Επεισοδίων ή Κατάθλιψης

6.2.1 Θεραπείες εκλογής

- Σωματικές θεραπείες
- Ψυχοθεραπείες
- Σε *Ανθεκτική Κατάθλιψη* χορηγούνται αντικαταθλιπτικά σε συνδυασμό με άλλες ουσίες όπως λίθιο, θυρορμόνη, άτυπα αντιψυχωτικά, σταθεροποιητικά της διάθεσης, ή εγείρεται ενδεχόμενο εφαρμογής σπασμοθεραπείας.
- Αγχολυτικά σε περιπτώσεις που συνυπάρχει έντονο άγχος (βενζοδιαζεπίνες).
- Ίσως νοσηλεία για την αντιμετώπιση αυτοκτονικού ιδεασμού.^{26,38}

6.2.2 Σωματικές θεραπείες

Τόσο τα *φάρμακα* όσο και η *ηλεκτροσπασμοθεραπεία* είναι χρήσιμα και αποτελεσματικά στη θεραπεία των Καταθλιπτικών Διαταραχών - κυρίως της Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής και ιδιαίτερα αν υπάρχουν ψυχωτικά στοιχεία και/ή σωματικά (φυτικά) συμπτώματα.^{1,2,8}

6.2.2.1 Αντικαταθλιπτικά φάρμακα

Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία των οξέων καταθλιπτικών επεισοδίων, την ανακούφιση των πιο χρόνιων καταθλιπτικών συμπτωμάτων και την πρόληψη υποτροπιάζόντων καταθλιπτικών επεισοδίων.

Τα παλιότερα και πιο διαδεδομένα είναι τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά. Άλλα αντικαταθλιπτικά φάρμακα είναι τα αγχολυτικά τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, οι αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης (ΙΜΑΟ) και νεότερα αντικαταθλιπτικά όπως π.χ. οι εκλεκτικοί αναστολείς της επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (ΕΑΕΣ).^{1,8,14}

Ο μηχανισμός δράσης των αντικαταθλιπτικών βασίζεται στην ικανότητα τους να ενδυναμώνουν τη δράση της νορεπινεφρίνης και σεροτονίνης στον εγκέφαλο. Μελέτες με τα τρικυκλικά φάρμακα έχουν δείξει ότι μεταξύ 50% και 85% των ασθενών με μονοπολική κατάθλιψη βελτιώνονται ύστερα από θεραπεία με αυτά.

Ορισμένα χαρακτηριστικά θεωρούνται ότι προλέγουν καλή απάντηση στη θεραπεία με αντικαταθλιπτικά (και ταυτόχρονα αποτελούν και ενδείξεις για τη χορήγηση τους). Τέτοια είναι: η παρουσία φυτικών συμπτωμάτων όπως αϋπνία, απώλεια βάρους, ψυχοκινητική επιβράδυνση, η ύπαρξη μελαγχολικών στοιχείων (προσδιοριστής Με Μελαγχολικά Στοιχεία), ιστορικό προηγούμενων καταθλιπτικών επεισοδίων (ιδιαίτερα αν απάντησαν καλά στα αντικαταθλιπτικά φάρμακα), σοβαρή έκπτωση της λειτουργικότητας από την κατάθλιψη, σχετικά οξεία έναρξη των συμπτωμάτων, οικογενειακό ιστορικό διαταραχής της διάθεσης κ.ά.

6.2.2.2 Τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά

Κύριοι αντιπρόσωποι της ομάδας των τρικυκλικών αντικαταθλιπτικών είναι η ιμιπραμίνη, η οποία αποτελεί και το πρώτο φάρμακο που χρησιμοποιήθηκε για τη θεραπεία της κατάθλιψης, και η αμιτριπτυλίνη. Και τα δύο αυτά φάρμακα έχουν μακροχρόνια δράση και χορηγούνται εφάπαξ. Μετά την έναρξη της θεραπείας οι διαταραχές του ύπνου που σχετίζονται με την κατάθλιψη αποκαθίστανται.^{1,8}

Τα αποτελέσματα της δράσης καθυστερούν να εκφραστούν αφού χρειάζεται ένα διάστημα μεταξύ δύο και οκτώ εβδομάδων για να ολοκληρωθεί. Οι ανεπιθύμητες ενέργειες περιλαμβάνονται ξηροστομία, πτώση της αρτηριακής πίεσης, αύξηση των επιληπτικών κρίσεων (σε επιληπτικούς ασθενείς), αιφνίδιοι θάνατοι καρδιοπαθών κ.ά. 1,8,14

6.2.2.3 Αγγολυτικά τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά

Αυτά είναι όμοια με τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά αλλά έχουν ασθενέστερη δράση και είναι ιδιαίτερα χρήσιμα όταν το άγχος επιπλέκει την ήπια κατάθλιψη. Η δράση τους είναι ταχύτερη των τρικυκλικών και οι παρενέργειές τους όμοιες αλλά ηπιότερες.¹⁴

6.2.2.4 Νεότερα αντικαταθλιπτικά

Τα νεότερα αντικαταθλιπτικά και ιδιαίτερα οι *εκλεκτικοί αναστολείς της επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (ΕΑΕΣ)* έχουν δειχθεί ότι είναι αποτελεσματικά, καλώς ανεκτά και ασφαλή σε υπερβολική δόση. Η δράση τους είναι αντικαταθλιπτική και αγγολυτική. Δεν είναι καρδιοτοξικά και μπορούν να χορηγηθούν και σε καρδιοπαθείς. Είναι ήπια υπνωτικά και προς το παρόν υψηλότερου κόστους. Η κυριότερη παρενέργειά τους είναι η υπνηλία ενώ δεν θα πρέπει να συνδυάζονται με λίθιο ή αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης. Έτσι, μαζί με τα τρικυκλικά και οι ΕΑΕΣ θεωρούνται πια φάρμακα πρώτης γραμμής για την κατάθλιψη.^{14,42}

Όσον αφορά τους *αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης (ΜΑΟ)*, είναι κατά κάποιο τρόπο η δεύτερη γραμμή επίθεσης στην κατάθλιψη, γιατί είναι λιγότερο αποτελεσματικά φάρμακα και με σοβαρότερες παρενέργειες από τα τρικυκλικά ή τους ΕΑΕΣ. Έτσι οι ΜΑΟ χρησιμοποιούνται λιγότερο λόγω δύο πιθανών σοβαρών συνεπειών: Η κατανάλωση τροφών και ποτών που περιέχουν τυραμίνη, όπως είναι το τυρί ή η μπύρα, μπορούν να οδηγήσουν σε σοβαρά επεισόδια υπέρτασης και ενίοτε, στο θάνατο. Επιπλέον, πολλά άλλα φάρμακα που παίρνουν οι άνθρωποι σε καθημερινή βάση, όπως φάρμακα για κρυολογήματα είναι επικίνδυνα ή ακόμα και θανατηφόρα όταν αλληλεπιδρούν με έναν αναστολέα ΜΑΟ.

Είναι χρήσιμα φάρμακα, όμως, για τις περιπτώσεις εκείνες που η κατάθλιψη έχει άτυπα συμπτώματα, δεν απαντά στα τρικυκλικά ή στους ΕΑΕΣ ή υπάρχουν αντενδείξεις στη χρησιμοποίηση των τρικυκλικών αντικαταθλιπτικών.¹⁴

Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα έχουν ανακουφίσει τα άτομα που υποφέρουν από σοβαρής μορφής κατάθλιψη και αναμφίβολα έχουν αποτρέψει την αυτοκτονία πολλών χιλιάδων ασθενών ανά τον κόσμο.^{14,42}

6.2.2.5 Ηλεκτροσπασμοθεραπεία

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

Αν και εφαρμόζονται διάφορα σχήματα, συνήθως χορηγούνται 6 ως 10 συνεδρίες με ρυθμό 3 ή 4 συνεδριών την εβδομάδα. Η απάντηση συνήθως είναι ταχεία - μέσα σε μέρες παρά σε εβδομάδες. Οι παρενέργειες είναι εκπληκτικά λίγες και γενικά περιορίζονται στη βραχύχρονη απώλεια μνήμης και στη σύγχυση που εξαφανίζονται μετά από μία με δύο εβδομάδες. Μετά τη χορήγηση ηλεκτροσόκ, οι ασθενείς χρειάζονται θεραπεία συντήρησης με αντικαταθλιπτικά φάρμακα.^{2,12,13,21}

6.2.3 Σχήμα θεραπείας

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

Το λίθιο χρησιμοποιείται κυρίως ως αντιμανιακό φάρμακο και για την πρόληψη της υποτροπής τόσο των μανιακών όσο και των καταθλιπτικών επεισοδίων της Διπολικής Διαταραχής. Πρόσφατες μελέτες, όμως, έχουν δείξει ότι το λίθιο είναι χρήσιμο φάρμακο και για την πρόληψη της υποτροπής καταθλιπτικών επεισοδίων σε μονοπολικούς καταθλιπτικούς, οπότε θεραπεία συντήρησης με λίθιο μπορεί να χρησιμοποιηθεί αντί θεραπείας συντήρησης με τρικυκλικά ή άλλα αντικαταθλιπτικά φάρμακα.^{2,13,14,26}

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

Όσον αφορά τα καταπραϋντικά ή υπνωτικά και τα ελάσσονα ηρεμιστικά (βενζοδιαζεπίνες κτλ.) μπορεί να χρησιμοποιηθούν μερικές φορές για ν' ανακουφίσουν το άγχος, την ανησυχία, τον εκνευρισμό και την αϋπνία - συμπτώματα που χαρακτηρίζουν το καταθλιπτικό σύνδρομο. Πρέπει, όμως, να σημειώσουμε ότι αφενός τα φάρμακα αυτά μπορεί να προκαλέσουν κατάθλιψη και να επιβαρύνουν έτσι την κλινική εικόνα και αφετέρου τα συμπτώματα στα οποία απευθύνονται και ιδιαίτερα η αϋπνία θεραπεύονται καλύτερα με τα αντικαταθλιπτικά παρά με αυτά τα φάρμακα (γιατί όπως είπαμε αποτελούν συμπτώματα του καταθλιπτικού συνδρόμου και υποχωρούν όταν υποχωρήσει η κατάθλιψη). Επομένως, αν λάβουμε υπόψη και τον κίνδυνο εθισμού, ίσως είναι καλύτερο να αποφεύγονται, όσο είναι δυνατό, τα υπνωτικά και τα ελάσσονα ηρεμιστικά.^{13,14,39}

6.2.4 Ψυχοθεραπείες

Οι ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις αποτελούν σύμφωνα με νεότερα επιστημονικά δεδομένα απαραίτητα εργαλεία στην αντιμετώπιση της Κατάθλιψης, είτε ως μονοθεραπεία, είτε ως συνδυασμένη - με φάρμακα - αγωγή, προκειμένου οι ασθενείς να αντιμετωπίσουν ταχύτερα τη Διαταραχή και να "εργαστούν" στην κατεύθυνση της πρόληψης υποτροπής της νόσου.²⁶

Η ατομική ψυχοθεραπεία που βασίζεται στις ψυχοδυναμικές αρχές - ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία - είναι ίσως η πιο διαδεδομένη ψυχοθεραπευτική προσέγγιση στην κατάθλιψη. Φυσικά η ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία δίνει έμφαση στις προηγούμενες εμπειρίες και βιώματα

του ατόμου και στα ασυνείδητα κίνητρα που προσδιορίζουν τη συμπεριφορά του. Η κατάθλιψη, σαν σύνδρομο, βοηθείται στην ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία έμμεσα, σαν αποτέλεσμα της βελτίωσης των διαπροσωπικών σχέσεων, της εμπιστοσύνης προς τα άλλα άτομα, των αμυντικών μηχανισμών, της συναισθηματικής ευαισθησίας, της παραγωγικότητας και δημιουργικότητας κτλ. Η βελτίωση αυτή, βέβαια, έρχεται μέσα από την εξέταση, επαναβίωση και ερμηνεία σημαντικών προβλημάτων και συγκρούσεων της παιδικής ηλικίας καθώς επανεμφανίζονται στη μεταβιβαστική σχέση θεραπευτή - ασθενή.^{1,2,8,16,20,26,}

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

Πολλές φορές, στην κατάθλιψη, βραχείας διάρκειας ψυχοθεραπεία (6 ως 20 συνεδρίες) μπορεί να αποβεί πολύ αποτελεσματική (και ν' ακολουθηθεί ή όχι αργότερα από μακράς διάρκειας). Η βραχείας διάρκειας αυτή θεραπεία μπορεί να είναι υποστηρικτική με χαρακτηριστικά επείγουσας παρέμβασης και ανακούφισης συμπτωμάτων ή μπορεί να χρησιμοποιήσει συγκεκριμένες εστιακές τεχνικές να είναι δηλαδή βραχεία δυναμική ψυχοθεραπεία .

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

Η *ομαδική ψυχοθεραπεία* είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική στη βελτίωση των διαπροσωπικών δεξιοτήτων και της αυτοεκτίμησης, καθώς παρέχει υποστήριξη, αναγνώριση διαπροσωπικών προβλημάτων και εσφαλμένων παραδοχών και την ευκαιρία για δοκιμή νέων διαπροσωπικών τεχνικών που είναι πιο προσαρμοστικές και ανυψώνουν την αυτοεκτίμηση. Σ' αυτή η θεραπευτική ομάδα αντιπροσωπεύει έναν μικρόκοσμο της κοινωνίας όπου οι άρρωστοι μπορούν να επικοινωνούν και να εξωτερικεύονται με ασφάλεια.^{8,16,20,26,}

Η *γνωστική θεραπεία* είναι βέβαια μια ειδική θεραπευτική τεχνική, που χρησιμοποιείται προοδευτικά και περισσότερο στη θεραπεία της κατάθλιψης. Πρόκειται, ουσιαστικά για βραχεία ψυχοθεραπεία, με δομημένες συνεδρίες, που στοχεύει στην αναγνώριση και διόρθωση

αρνητικών νοητικών σχημάτων του ασθενή, που σύμφωνα με τη γνωστική θεωρία προκαλούν την κατάθλιψη. Συγγραφείς αναφέρουν ότι οι μελέτες έχουν αποδείξει ότι υπάρχει μείωση των συμπτωμάτων μέχρι το τέλος των 12- 20 συνεδριών.^{13,18}

6.2.5 Συνδυασμός θεραπευτικών μεθόδων

Καμία θεραπεία - σωματική ή ψυχοθεραπεία - δεν μπορεί να διεκδικήσει την αποκλειστικότητα για την κατάθλιψη. Όπως ήδη αναφέρθηκε, αυτό που χρειάζεται είναι συνδυασμός θεραπειών ανάλογα με τις ανάγκες του ασθενή, αφού άλλωστε οι εργασίες μας δείχνουν ότι ο συνδυασμός θεραπειών είναι πιο αποτελεσματικός από οποιαδήποτε θεραπεία μόνη. Άλλωστε οι στόχοι των θεραπειών είναι διαφορετικοί. Οι σωματικές θεραπείες στοχεύουν περισσότερο στη βελτίωση των φυσιολογικών λειτουργιών όπως ύπνος, όρεξη, libido κτλ., ενώ οι ψυχοθεραπείες στη βελτίωση της διαπροσωπικής λειτουργικότητας και τη γενικότερα καλύτερη λειτουργία της προσωπικότητας — ατόμου.^{1,8}

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

Δυστυχώς, αν και η θεραπεία για την κατάθλιψη είναι τις περισσότερες φορές επιτυχημένη, λιγότερα από τα μισά άτομα που πάσχουν από αυτή αναζητούν θεραπεία. Οι περισσότεροι υποφέρουν σιωπηλά, πιστεύοντας ότι δεν είναι κάτι σοβαρό και ότι θα περάσει από μόνο του ή πιστεύοντας ότι πρόκειται για μια προσωπική τους αδυναμία για την οποία ντρέπονται και προσπαθούν να την κρατήσουν μυστική.^{8,27}

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΩΝ ΔΙΠΟΛΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

Υπάρχουν ορισμένες φαρμακολογικές και ψυχοθεραπευτικές τεχνικές που χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση της διπολικής διαταραχής. Οι ασθενείς μπορούν να χρησιμοποιήσουν τεχνικές αυτοβοήθειας και να θέσουν ως στόχο την ανάρρωσή τους. Συνήθως όμως η θεραπεία των Διπολικών Διαταραχών είναι κυρίως φαρμακευτική συνεπικουρούμενη από εκπαιδευτική κατά βάση υποστηρικτική ψυχοθεραπεία.^{1,8,33,43,44}

7.1 Θεραπείες εκλογής

- *Αντιμανιακά* με 1ης επιλογής τα νεότερα αντιψυχωτικά (Άτυπα Αντιψυχωτικά, ή SDA = ανταγωνιστές Σεροτονίνης Ντοπαμίνης) και 2ης επιλογής τα «τυπικά» ή «κλασικά» αντιψυχωτικά (ή «νευροληπτικά).
- *Αγχολυτικά* σε περιπτώσεις που συνυπάρχει έντονο άγχος (Βενζοδιαζεπίνες).
 - *Σταθεροποιητικά της Διάθεσης* πχ Λίθιο, Βαλπροϊκό, Καρβαμαζεπίνη, σε μονοθεραπεία ή συνδυασμένη αγωγή.
- Σε ειδικές περιπτώσεις μπορεί να εγείρεται ενδεχόμενο εφαρμογής *Ηλεκτροσπασμοθεραπείας*.
- *Ψυχοθεραπεία*, κατά την περίοδο μετά την αποδρομή του επεισοδίου (κυρίως με τη μορφή ψυχοεκπαίδευσης), και η συνεχιζόμενη θεραπεία έως και εφόρου ζωής με σταθεροποιητικά της διάθεσης είναι απαραίτητες επιλογές με στόχο τη πρόληψη επανεμφάνισης υποτροπών της διαταραχής.
- *Νοσηλεία* για την αντιμετώπιση επικινδυνότητας.^{13,26}

7.2 Οξεία μανία

Ανάλογα με τη βαρύτητα του, ένα οξύ μανιακό επεισόδιο μπορεί ν' αποτελέσει μια επείγουσα ψυχιατρική κατάσταση στην οποία χρειάζεται άμεση παρέμβαση μετά από εκτίμηση:

- της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς, όπως τάσεις ή απόπειρες αυτοκτονίας, αλλά και πράξεις που είναι συνέπεια κακής κριτικής ικανότητας και δυνητικά επικίνδυνες (π.χ. αδέξιο οδήγημα, παράτολμες πράξεις),
- της τάσης για βίαιες πράξεις, καθώς οι μανιακοί ασθενείς μπορεί να γίνουν βίαιοι και ακόμα και να σκοτώσουν πιστεύοντας παραληρητικά ότι βρίσκονται σε αυτοάμυνα,

- της αδυναμίας για φροντίδα του εαυτού, που μπορεί να εκδηλωθεί με το να γυρνά ο μανιακός ασθενής γυμνός ενώ κάνει παγωνιά, να μοιράζει τα χρήματα και τα υπάρχοντα του στους ξένους, να ξοδεύει εντελώς ασυλλόγιστα, να μην κοιμάται ή να μην τρώει για μέρες.

Οποιαδήποτε από τις παραπάνω καταστάσεις αποτελεί ένδειξη για νοσηλεία, όπως ένδειξη για νοσηλεία αποτελεί και το πρώτο μανιακό επεισόδιο για να διευκολυνθεί ο πλήρης ιατρικός έλεγχος και ο προγραμματισμός της θεραπείας. (Οποσδήποτε όμως, ακόμα και στις δύσκολες περιπτώσεις δεν πρέπει ν' αποκλείεται η δυνατότητα νοσηλείας στο σπίτι, ιδιαίτερα αν υπάρχει καλή συνεργασία και επαφή με τον ασθενή και την οικογένεια).^{1,42,43,44}

Η θεραπεία του οξέος μανιακού επεισοδίου περιλαμβάνει κυρίως φαρμακοθεραπεία (αντιψυχωτικά, λίθιο, άλλα αντιμανιακά φάρμακα, βενζοδιαζεπίνες) και τοποθέτηση ορίων στη μανιακή συμπεριφορά του ασθενή. Δεν πρέπει να ξεχνούμε, επίσης, ότι η βαριά μανία συχνά τρομάζει τον ασθενή, γιατί του δείχνει την απώλεια του ελέγχου του (όταν έχει ευαισθησία).^{8,43,44}

Η νοσηλεία σε ένα τμήμα που κλειδώνει ή σε κλειδωμένο δωμάτιο απομόνωσης με ή όχι σωματική καθήλωση μπορεί να είναι απαραίτητη σε έντονη διέγερση γιατί καθησυχάζει τον ασθενή ότι άλλοι μπορούν να τον ελέγχουν (άρα μπορεί να νιώθει ασφαλής) και γιατί τον προφυλάγει από το να κάνει κακό στον εαυτό του ή στους άλλους. Και, φυσικά, εξηγείται στον ασθενή ότι αυτοί είναι οι λόγοι της απομόνωσης ή/και καθήλωσης κι όχι η τιμωρία. Καθώς οι μανιακοί ασθενείς είναι εξαιρετικά εύκολα διεγερσιμοι, ευερέθιστοι και με διασπώμενη προσοχή, η απλή ελάττωση των εξωτερικών ερεθισμάτων, όπως γίνεται με την απλή απομόνωση σ' ένα ήσυχο ξεκλειδωτο δωμάτιο, μπορεί να φθάσει. Προσεκτικά, και μόνον εφόσον χρειάζεται, θα προχωρήσουμε σε σωματική καθήλωση και κλείδωμα του δωματίου. Άλλωστε για την καθυσύχαση του ασθενή βασιζόμαστε και στη «χημική καθήλωση», που μπορεί ν' αποτρέψει την ανάγκη για σωματική καθήλωση.

Η χημική καθήλωση βασίζεται στη δυνατότητα του ασθενή ν' απαντήσει μέσα σε λίγες ώρες ή μέρες στη χορήγηση από το στόμα ή ενδομυϊκά αντιψυχωτικών (νευροληπτικών) που αποτελούν και τη βάση για την ταχεία θεραπεία του επεισοδίου. Τα αντιψυχωτικά έχουν σημαντική αντιαγχώδη δράση και η αντιψυχωτική τους δράση μπορεί να ελαττώσει αποτελεσματικά τον τρόμο, την επιθετικότητα, την παρανοϊκότητά και τη σύγχυση του ασθενή. Αν το άγχος του ασθενή δεν φαίνεται να βελτιώνεται με τα νευροληπτικά, μπορεί να χορηγήσουμε για λίγες μέρες ενδομυϊκά ή από το στόμα και βενζοδιαζεπίνες.^{42,46,49}

Καθώς το λίθιο χρειάζεται 10 ως 14 μέρες για να δράσει, τα αντιψυχωτικά (π.χ. αλοπεριδόλη, χλωροπρομαζίνη κτλ.) αποτελούν, όπως ήδη αναφέραμε, τη βάση για τη θεραπεία του οξέος μανιακού επεισοδίου. Το λίθιο, όμως, θα το αρχίσουμε αμέσως μόλις συμπληρωθεί ο απαραίτητος εργαστηριακός έλεγχος για τη χορήγηση του, οπότε εξακολουθούμε και με τα δύο φάρμακα, ελαττώνοντας προοδευτικά τα νευροληπτικά (και τις βενζοδιαζεπίνες) και τελικά σταματώντας τα, όταν το άτομο σταθεροποιηθεί στο λίθιο.^{14,37}

Πρόσφατα, έχει διαδοθεί η χρήση ορισμένων αντιεπιληπτικών για τη θεραπεία της οξείας μανίας, είτε ως πρόσθετη βοήθεια στα φάρμακα που ήδη περιγράψαμε είτε ως υποκατάστατα τους. Η καρβαμαζεπίνη, έχει αντιμανιακές ιδιότητες ισότιμες με των αντιψυχωτικών και δρα ταχύτερα από το λίθιο. Άτομα με ταχεία εναλλαγή φάσεων και άτομα που δεν απαντούν στο λίθιο μπορεί να απαντήσουν ιδιαίτερα καλά στην καρβαμαζεπίνη. Επίσης, αυξάνει τα αντιμανιακά αποτελέσματα του λιθίου και των αντιψυχωτικών, όταν χρησιμοποιείται σε συνδυασμό μ' αυτά. Άλλα αντιεπιληπτικά φάρμακα, που χρησιμοποιούνται στη θεραπεία της οξείας μανίας είναι το βαλπροϊκό νάτριο, η κλοναζεπάμη κ.ά.¹⁴

Το ηλεκτροσόκ μπορεί να χρησιμοποιηθεί μερικές φορές στην οξεία μανία -σαν μέσο δεύτερης γραμμής - αν αποτύχει η αντιψυχωτική αγωγή ή το λίθιο ή αν αντενδείκνυται (όπως π.χ. σε εγκύους και σε σοβαρή καρδιαγγειακή πάθηση). Δεν θα πρέπει, όμως, να χορηγηθεί ταυτόχρονα με λίθιο (το λίθιο πρέπει να διακοπεί προσωρινά) γιατί ο συνδυασμός τους και μπορεί να ελαττώσει το θεραπευτικό αποτέλεσμα και μπορεί ν' αυξήσει τον κίνδυνο νευροψυχολογικών παρενεργειών.¹

Το 60-80% των οξέων μανιακών ασθενών απαντούν ευνοϊκά στο λίθιο μέσα σε 10-14 μέρες. Το λίθιο ελαττώνει και την ένταση και τη διάρκεια του μανιακού επεισοδίου και ελαττώνει τη συχνότητα των υποτροπών, εφόσον το επίπεδο του στο αίμα είναι αυτό που πρέπει.^{42,46,49}

7.3 Οξεία κατάθλιψη

Πολλές εργασίες έχουν βεβαιώσει ότι το λίθιο είναι αποτελεσματικό στην πρόληψη τόσο των μανιακών, όσο και των καταθλιπτικών επεισοδίων των Διπολικών Διαταραχών. Παρ' όλα αυτά, και σε ασθενείς σε θεραπεία συντήρησης με λίθιο, συμβαίνουν οξέα καταθλιπτικά επεισόδια (όπως και οξέα μανιακά) που απαιτούν αντικαταθλιπτική αγωγή επιπρόσθετα με τη χορήγηση λιθίου.^{2,14,37,38}

Οι αρχές της θεραπευτικής αγωγής με αντικαταθλιπτικά είναι οι ίδιες για τα οξέα καταθλιπτικά επεισόδια των Διπολικών Διαταραχών όπως και για τη Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή. Υπάρχει, όμως, μια διαφορά. Κατά τη χορήγηση των αντικαταθλιπτικών στις Διπολικές Διαταραχές χρειάζεται προσοχή γιατί μπορεί να εκλύσουν μανία. Γι' αυτό ο άρρωστος πρέπει να παρακολουθείται προσεκτικά και αν αναπτυχθεί μανία τα φάρμακα να διακοπούν.

Ακριβώς όμως για τον φόβο πρόκλησης μανίας, όποτε είναι δυνατό, καταθλιπτικά επεισόδια ήπιας ή μέτριας βαρύτητας σε άτομα με Διπολική Διαταραχή, είναι καλό να αντιμετωπισθούν πρώτα μόνο με το λίθιο (αύξηση της δόσης) και να προστεθεί το αντικαταθλιπτικό μόνον αν η απάντηση στο λίθιο δεν είναι ικανοποιητική.^{2,37,38}

Νοσηλεία, ενδέχεται να χρειαστεί ιδιαίτερα σε περιπτώσεις μανιακών επεισοδίων σε διπολική διαταραχή τύπου I. Η νοσηλεία μπορεί να είναι εκούσια (εάν επιτρέπεται από τη νομοθεσία περί ψυχικής υγείας) ή αναγκαστική (ονομάζεται και αναγκαστικός εγκλεισμός). Σήμερα η νοσηλεία μακράς διάρκειας είναι λιγότερο συχνή λόγω της τάσης για αποϊδρυματοποίηση, ωστόσο δεν αποκλείεται. Μετά από την εισαγωγή σε νοσοκομείο (ή αντί αυτής), η θεραπεία συνεχίζεται από τις διαθέσιμες υπηρεσίες υποστήριξης. Μεταξύ άλλων, συμπεριλαμβάνονται επισκέψεις σε κέντρα βοήθειας, επισκέψεις από μέλη κοινοτικών ομάδων ψυχικής υγείας ή μέλη ομάδων του προγράμματος δυναμικής κοινοτικής θεραπείας, υποστηριζόμενη εργασία και ομάδες υποστήριξης από ασθενείς.^{23,42,43}

7.4 Πρόληψη των επεισοδίων (θεραπεία συντήρησης)

Το λίθιο, σήμερα, είναι το κύριο φάρμακο για τη μακρόχρονη, καθώς και την άμεση θεραπεία των Διπολικών Διαταραχών. Έχει αποδειχθεί ότι προφυλάγει από τις υποτροπές της μανίας και της κατάθλιψης σε σημαντικό βαθμό - περίπου το 70-80% των ασθενών έχει ελάττωση της συχνότητας και της έντασης μέχρι εξαφάνιση των υποτροπών. Καθώς η απάντηση στο λίθιο δεν είναι εξασφαλισμένη, είναι καλό ο κλινικός να ψάχνει για καλά προγνωστικά σημεία απάντησης, που είναι εκτός φυσικά από τη σαφή διάγνωση Διπολικής Διαταραχής, η καλή λειτουργική και συναισθηματική ποιότητα των μεσοδιαστημάτων και η χαμηλή συχνότητα των προηγούμενων επεισοδίων (1-2 το χρόνο).

Φυσικά, χρειάζεται προσεκτική ιατρική εξέταση του υποψήφιου για λίθιο ασθενή και μετά τακτική παρακολούθηση με έλεγχο του επιπέδου του λιθίου στο αίμα αλλά και άλλων βιοχημικών και αιματολογικών παραμέτρων λόγω του κινδύνου κατακράτησης του φαρμάκου.

Σε ασθενείς βέβαια, που παρουσιάζουν διαταραχή της σκέψης μεταξύ των επεισοδίων, μπορεί να χρησιμοποιήσουμε και νευροληπτικά μαζί με το λίθιο.^{13,14,40,42}

Σε ασθενείς που τα καταθλιπτικά επεισόδια είναι βαριά και συχνά μπορεί να χρησιμοποιήσουμε αντικαταθλιπτικά (μαζί με το λίθιο) σαν προληπτική θεραπεία συντήρησης. Στις περιπτώσεις αυτές, όμως, θα πρέπει να προσέχουμε μήπως τα αντικαταθλιπτικά εκλύσουν μανιακό επεισόδιο.

Τα αντιεπιληπτικά καρβαμαζεπίνη και βαλπροϊκό νάτριο, που αναφέραμε παραπάνω στη θεραπεία της οξείας μανίας, χρησιμοποιούνται επίσης και για τη θεραπεία συντήρησης μαζί με το λίθιο ή μόνα τους, ιδιαίτερα σε άτομα με ταχεία εναλλαγή φάσεων.¹⁴

7.5 Θεραπεία υποτροπών.

Σε ένα άτομο σε θεραπεία συντήρησης, η εμφάνιση υπομανίας θα πρέπει ν' αντιμετωπισθεί με αύξηση του λιθίου (ενώ, φυσικά, ταυτόχρονα ελέγχεται προσεκτικά το επίπεδο του στο αίμα).

Εάν η μέγιστη ανεκτή δόση λιθίου δεν επαναφέρει τον ασθενή στη νορμοθυμία, τότε πρέπει να προστεθεί ένα αντιψυχωτικά ή ένα αντιεπιληπτικό φάρμακο.

Αν εμφανισθεί ξαφνικά οξεία μανία τότε δεν πρέπει να περιμένει ο κλινικός ωσότου η αύξηση του λιθίου φέρει αποτέλεσμα, αλλά πρέπει να προσθέσει αμέσως ένα αντιψυχωτικά ή αντιεπιληπτικό φάρμακο. Όπως, ήδη αναφέραμε η πρώτη αντιμετώπιση υποτροπής κατάθλιψης είναι πάλι η αύξηση του λιθίου (καλό είναι να εκτιμηθεί και η λειτουργία του θυρεοειδούς και να αντιμετωπισθεί θεραπευτικά κάθε ένδειξη υποθυρεοειδισμού). Αν η κατάθλιψη επιμένει μετά τα παραπάνω, μπορεί να προστεθεί ένα αντικαταθλιπτικό.^{1,12,13,38}

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8^ο

ΠΡΟΛΗΨΗ- ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

8.1 ΠΡΟΛΗΨΗ

Είναι δύσκολο να εφαρμοστεί μία επαρκής Πρωτογενής πρόληψη, καθώς η αποφυγή των ψυχοπαιεστικών συνθηκών δεν είναι πάντοτε εφικτή. Ωστόσο η διατήρηση μιας καλής σωματικής κατάστασης, με αποφυγή καταχρήσεων και εξαρτήσεων (όπως από αλκοόλ) και η επικοινωνιακή ευχέρεια με υποστηρικτικά συστήματα (όπως η οικογένεια) μπορούν να προσφέρουν.

Σε κάθε άλλη περίπτωση, με την αναγνώριση κάποιων συμπτωμάτων, μεγάλη σημασία έχει η έγκαιρη επικοινωνία με τον ειδικό Ψυχίατρο. Καθώς στο 50%- 60% των περιπτώσεων η νόσος είναι υποτροπιάζουσα, αναγκαία είναι σε κάποιες περιπτώσεις η μακρόχρονη παρακολούθηση του ασθενούς.^{32,35,37,38}

Η συνήθης αντιμετώπιση για την ελληνική κοινωνία, που συνίσταται στο: "θα το ξεπεράσω μόνος μου", είτε: "πρέπει να το παλέψεις", δεν αποφέρει κανένα όφελος, καθώς ο ασθενής και η οικογένεια δεν γνωρίζουν συνήθως την φύση της κατάστασης που αντιμετωπίζουν, ενώ αθεράπευτη η νόσος διαρκεί 6- 9 μήνες, περισσότερο από 50% υποτροπιάζει, και το 10% των περιπτώσεων καταλήγει στην χρονιότητα. Η έγκαιρη παρέμβαση, υπό την καθοδήγηση του ειδικού, περιορίζει την διάρκεια σε λίγες εβδομάδες και ελέγχει αποτελεσματικά την μακρόχρονη πορεία της διαταραχής.³⁸

8.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ ΜΕ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ

8.2.1 Μέθοδος Νοσηλευτικής Διεργασίας

Η νοσηλευτική διεργασία ενδιαφέρεται για τον άρρωστο σαν άτομο, για τα καθημερινά του προβλήματα και για την οργανωμένη , συστηματική και εξατομικευμένη προσέγγιση στη φροντίδα του αρρώστου .

Περιλαμβάνει τέσσερα στάδια :

1. Αξιολόγηση του αρρώστου
2. Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας
3. Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας
4. Εκτίμηση των αποτελεσμάτων της νοσηλευτικής φροντίδας

Χρησιμοποιώντας την νοσηλευτική διεργασία προσπαθούμε να αξιολογήσουμε τις ανάγκες και τα προβλήματα του αρρώστου με αγχώδεις διαταραχές της διάθεσης, να παρέχουμε την ανάλογη νοσηλευτική φροντίδα προκειμένου να ικανοποιηθούν οι ανάγκες και να λυθούν τα προβλήματά του, να εκτιμήσουμε τα αποτελέσματα της νοσηλευτικής φροντίδας και να θέσουμε σαν σκοπό τη συνέχιση αυτής και εκτός νοσοκομείου , έτσι ώστε να προληφθεί έγκαιρα μια νέα υποτροπή του αρρώστου.²

8.2.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕ ΜΑΝΙΑ ΜΕ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕ ΜΑΝΙΑ

Για να αξιολογήσουμε σωστά και νοσηλευτικά τον άρρωστο με μανία, θα πρέπει πρώτα να συγκεντρώσουμε και να καταγράψουμε τις πληροφορίες γι' αυτόν και για την παρούσα κατάστασή του. Οι πληροφορίες αυτές μπορούν να ληφθούν από τις εξής πηγές:

- Ⓜ Από τον ίδιο τον άρρωστο, προφορικά ή γραπτά.
- Ⓜ Από την οικογένειά του.
- Ⓜ Από τους συγγενείς του.
- Ⓜ Από το ιατρικό ιστορικό του.
- Ⓜ Από τυχόν άλλη νοσηλεία σε άλλα νοσοκομεία μέσω τηλεφωνικής επικοινωνίας με τον θεράποντα ιατρό του.
- Ⓜ Από τον ιατρό που τον κουράρει.
- Ⓜ Από τον Εργοθεραπευτή, τον Κοινωνικό Λειτουργό και τον Ψυχολόγο. ^{2,6,29,39}

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ-ΙΕΡΑΡΧΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕ ΜΑΝΙΑ

Με τον προγραμματισμό της νοσηλευτικής φροντίδας αξιολογούνται και ιεραρχούνται οι ανάγκες και τα προβλήματα του ασθενούς και τίθενται οι σκοποί για την αντιμετώπισή τους.

- ✚ Το πρώτο πρόβλημα που αντιμετωπίζει ο άρρωστος με μανία, είναι η διαταραχή στη σκέψη, η οποία εκφράζεται με παραλήρημα μεγαλείου, δηλ. υπερτίμηση του «εγώ» πάνω από ορισμένα όρια. Ο νοσηλευτικός σκοπός σ' αυτό το πρόβλημα είναι βοήθεια του αρρώστου στην ακριβέστερη αντίληψη του εαυτού του μέσα στο περιβάλλον.
- ✚ Το δεύτερο πρόβλημα είναι η διαταραχή της σωματικής υγείας που εκφράζεται με έλλειψη σωστής διατροφής, όπου ο νοσηλευτικός σκοπός είναι η φροντίδα του αρρώστου για λήψη σωστής διατροφής, με αυπνία, όπου ο νοσηλευτικός σκοπός είναι η αντιμετώπιση της αυπνίας και με παρενέργειες από τη χορήγηση του λιθίου, όπου ο νοσηλευτικός σκοπός είναι η φροντίδα για αποφυγή των παρενεργειών του φαρμάκου,
- ✚ Το τρίτο πρόβλημα είναι η αυξημένη δραστηριότητα του αρρώστου, η οποία εκφράζεται με κινητική ανησυχία και υπερβολική εμπλοκή κοινωνικά στην εργασία. Ο νοσηλευτικός σκοπός είναι η παροχή βοήθειας στον άρρωστο, προκειμένου να αναπτύξει μια πιο προσαρμοσμένη συμπεριφορά.
- ✚ Το τέταρτο πρόβλημα είναι οι ακουστικές και οπτικές ψευδαισθήσεις, όπου ο νοσηλευτικός σκοπός είναι η επαναφορά του αρρώστου στην πραγματικότητα.
- ✚ Το πέμπτο πρόβλημα είναι η διαταραχή της συμπεριφοράς του αρρώστου, η οποία εκφράζεται με τάσεις αυτοκαταστροφής, αυτοκτονικής διάθεσης και με άρνηση και

απάθεια για τη ζωή. Ο νοσηλευτικός σκοπός είναι να βοηθήσουμε τον ασθενή να απαλλαγεί από αυτό το συναίσθημα και να εμπνευχωθεί ο ψυχικός του κόσμος με ενθαρρυντικά κίνητρα.^{1,2,38}

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ-ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΨΥΧΙΚΗ ΝΟΣΟ

Α' ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ: Α.Δ

ΗΛΙΚΙΑ: 42 ΕΤΩΝ

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ: ΟΙΚΙΑΚΑ

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ: ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΗ

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ: ΑΡΚΕΤΑ ΚΑΛΗ

ΓΡΑΜΜΑΤΙΚΕΣ ΓΝΩΣΕΙΣ: ΠΤΥΧΙΟ ΑΔΕΛΦΗΣ ΝΟΣΟΚΟΜΑΣ

ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ: Π.

ΙΕΡΑΡΧΗΣΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ

Πρόβλημα 1: Παραλήρημα Μεγαλείου

Νοσηλευτικός σκοπός: Βοήθεια του αρρώστου στην ακριβέστερη αντίληψη του εαυτού του μέσα στο περιβάλλον.

Νοσηλευτικές ενέργειες

Στην περίπτωση αυτή βοηθήσαμε την ασθενή ως εξής:

- Τη στιγμή του παραληρήματος θέσαμε όρια στη συζήτηση, σταματήσαμε τη συνομιλία μαζί της, γιατί νόμιζε ότι ήταν κάποια σπουδαία γιατρός που μπορούσε να θεραπεύσει τη μητέρα της που ήταν άρρωστη και τη βοηθήσαμε να στρέψει την προσοχή της αλλού, όπως π.χ. τη ρωτήσαμε τι φαγητό θα προτιμούσε για δείπνο.
- Τοποθετήσαμε την ασθενή σε ήσυχο περιβάλλον χωρίς ερεθίσματα, έτσι ώστε τα εξωτερικά ερεθίσματα να μην αυξάνουν τη μη προβλέπιμη υπερκινητικότητα της ασθενούς.
- Δεν διαπληκτιστήκαμε με την ασθενή για το περιεχόμενο του παραληρήματος και συγκεκριμένα δεν φωνάξαμε δυνατά τη στιγμή εκείνη, λέγοντάς της ότι αυτά που λέει δεν υφίστανται στην πραγματικότητα.

- Ρωτήσαμε την ασθενή αν της αρέσει κάποια δραστηριότητα για να ασχολείται τον ελεύθερο χρόνο της και εκείνη μας απάντησε ότι της αρέσει πολύ η ζωγραφική και ότι το κάνει πράξη στην ομάδα εργασιοθεραπείας.

- Ενθαρρύνσαμε την άρρωστη να συζητά με το νοσηλευτικό προσωπικό, όταν αισθάνεται ότι αρχίζει το παραλήρημά της.^{2,8}

Πρόβλημα 2: Έλλειψη σωστής διατροφής.

Νοσηλευτικός σκοπός: Φροντίδα για σωστή διατροφή.

Νοσηλευτικές ενέργειες

Στην περίπτωση αυτή βοηθήσαμε την ασθενή ως εξής:

- Ενημερώσαμε την ασθενή ότι είναι απαραίτητο να λαμβάνει σε καθημερινή βάση επαρκή και ποιοτική διατροφή, γιατί η αυξημένη υπερκινητικότητα προκαλεί μεγάλη καύση θερμίδων και επομένως επιβάλλεται επαρκής αντικατάσταση.

- Εξηγήσαμε στην άρρωστη πόσο σημαντική είναι η λήψη σωστής διατροφής για τη σωματική και ψυχική της ευεξία και πόσο ωφέλιμες είναι για τον οργανισμό της οι βιταμίνες που λαμβάνει από μια ποιοτική διατροφή.

- Εξηγήσαμε στην άρρωστη ότι η εξάντληση του οργανισμού της από λήψη κακής διατροφής θα επιφέρει άσχημα αποτελέσματα στον ίδιο της τον εαυτό και ότι η παραμονή της για νοσηλεία και αποκατάσταση θα καθυστερήσει περισσότερο, με αποτέλεσμα τη μη επίτευξη του σκοπού.²

Πρόβλημα 3: Αυπνία

Νοσηλευτικός σκοπός: Αντιμετώπιση της αυπνίας.

Νοσηλευτικές ενέργειες

Στην περίπτωση αυτή βοηθήσαμε την ασθενή ως εξής:

- ✚ Δώσαμε τα υπνωτικά φάρμακα στην άρρωστη σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες και της εξηγήσαμε ότι είναι απαραίτητα για τη διατήρηση της φυσικής της κατάστασης.

- ✚ Εξηγήσαμε στην άρρωστη ότι ο ύπνος είναι απαραίτητος για τον άνθρωπο γιατί ο οργανισμός έχει ανάγκη από ξεκούραση για να μπορεί να ανταπεξέλθει στις διάφορες δραστηριότητες που έχει προγραμματίσει.

- ✚ Ενημερώσαμε την άρρωστη ότι η αυπνία θα της προκαλέσει διέγερση, νευρικότητα, ατονία και κόπωση.

- ✚ Δώσαμε στην άρρωστη να καταλάβει ότι η έλλειψη ύπνου θα της δημιουργήσει πολλά προβλήματα συνεργασίας, τόσο με το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό όσο και με τους άλλους ασθενείς και ότι η θεραπεία αποκατάστασής της θα καθυστερήσει αρκετά λόγω μειωμένης συμμετοχής στο πρόγραμμα της κλινικής.

✚ Προτείνουμε στην άρρωστη να καταβάλλει προσπάθειες να κοιμάται όσο το δυνατό περισσότερο και να μας υποσχεθεί ότι θα το κάνει πραγματικότητα.^{8,13}

Πρόβλημα 4: Παρενέργειες από τη χορήγηση του λιθίου.

Νοσηλευτικός σκοπός: Φροντίδα για την αποφυγή των παρενεργειών του λιθίου.

Νοσηλευτικές ενέργειες

Στην περίπτωση αυτή βοηθήσαμε την ασθενή ως εξής:

- ✚ Ενημερώσαμε την άρρωστη για τη χρησιμότητα της δράσης του φαρμάκου στη διαμόρφωση της συμπεριφοράς της και για τον τακτικό έλεγχο αυτού με εξέταση του αίματος.
- ✚ Ενημερώσαμε την άρρωστη για τα συμπτώματα που μπορεί να εμφανίσει, δηλ. ζάλη, ναυτία, τρόμο, κράμπες, δυσκοιλιότητα, κ.λ.π. από τη χρήση του λιθίου.
- ✚ Πείσαμε την άρρωστη να μην σταματήσει μόνη της το φάρμακο, παρά μόνο κατόπιν εντολής του θεράποντα ιατρού της, γιατί μπορεί να προκαλέσει σοβαρές παρενέργειες στον οργανισμό της.^{2,8,13}

Πρόβλημα 5: Υπερκινητικότητα

Νοσηλευτικός σκοπός: Βοήθεια του αρρώστου να αναπτύξει πιο προσαρμοσμένη συμπεριφορά.

Νοσηλευτικές ενέργειες

Στην περίπτωση αυτή βοηθήσαμε την άρρωστη ως εξής:

- ✚ Τοποθετήσαμε την άρρωστη σε ήσυχο περιβάλλον με μειωμένα ερεθίσματα και όχι σε χώρους με φόρτο εργασίας για την αποφυγή κάθε απασχόλησης και την εξασφάλιση ηρεμίας και τάξης.
- ✚ Αναθέσαμε στην άρρωστη λιγότερες δραστηριότητες με σκοπό την αποφυγή σωματικής εξάντλησης και της προτείνουμε να κάνει καθιστική εργασία για να μην κουράζεται, όπως π.χ. να φτιάχνει τολίπια βάμβακος.
- ✚ Ενθαρρύνουμε την άρρωστη να εκφράσει τα συναισθήματά της (θυμό ή αίσθημα ενοχής) που οδηγούν στην υπερκινητικότητα.
- ✚ Προτείνουμε στην ασθενή να κάνει παρέα με ήρεμους ασθενείς και να κάνει μαζί τους περιπάτους με αργά βήματα.
- ✚ Εξηγήσαμε στην άρρωστη ότι η ψυχική και σωματική της ηρεμία αποτελούν βασική προϋπόθεση για την ανάπτυξη μιας προσαρμοστικής συμπεριφοράς, ότι χρειάζεται να

προσπαθήσει πολύ για να το πετύχει και ότι θα έχει την αμέριστη βοήθεια και συμπαράστασή μας.

✚ Ενημερώσαμε την άρρωστη ότι αν προσπαθήσει έστω και λίγο να είναι ήρεμη, τότε θα μπορεί να ελέγχει τον εαυτό της και να βελτιώνει τη συμπεριφορά της κάθε φορά.^{2,13}

Πρόβλημα 6: Ακουστικές και οπτικές ψευδαισθήσεις.

Νοσηλευτικός σκοπός: Επαναφορά του αρρώστου στην πραγματικότητα.

Νοσηλευτικές ενέργειες

Στην περίπτωση αυτή βοηθήσαμε την άρρωστη ως εξής:

✚ Εξηγήσαμε στην άρρωστη ότι αυτά που ακούει και βλέπει δεν ανταποκρίνονται στην πραγματικότητα και ότι θα πρέπει να καταβάλλει προσπάθειες, ώστε να τα αποβάλλει.[π.χ. αναφέρει ότι τα ξαδέρφια της θέλουν να τη βγάλουν από τη μέση για να της πάρουν την περιουσία, ότι παίρνει τηλέφωνο στο σπίτι της θείας της και της μιλά κάποιος άλλος, ότι δέχεται εντολές από το συγγενικό της περιβάλλον να φύγει από το σπίτι της θείας της και να μείνει στην κλινική, ότι κάποιος την προστάζει να αυτοκτονήσει κ.λ.π].

✚ Παρακαλέσαμε την άρρωστη να μας υποσχεθεί ότι θα προσπαθήσει να σκέφτεται θετικά για τη ζωή της και για τον εαυτό της και ότι θα βγάλει από το μυαλό της όλες αυτές τις εμμονές που τη βασανίζουν.

✚ Εξηγήσαμε στην άρρωστη ότι αν καταφέρει να αποκτήσει αυτοέλεγχο, αυτοσεβασμό και αυτοεκτίμηση, τότε μόνο θα μπορέσει να έχει μια καλύτερη ποιότητα ζωής και να σκέφτεται θετικά.^{1,2,18}

ΠΡΟΒΛΗΜΑ 7: Διαταραχή συμπεριφοράς με τάσεις αυτοκαταστροφής και αυτοκτονικού ιδεασμού.

Νοσηλευτικός σκοπός: Φροντίδα του αρρώστου για απαλλαγή από κάθε είδους εμμονή που τον βασανίζει.

Νοσηλευτικές ενέργειες

Στην περίπτωση αυτή βοηθήσαμε την άρρωστη ως εξής:

● Συζητήσαμε πολλές φορές με την άρρωστη τους προβληματισμούς και τις έμμονες ιδέες που ισχυριζόταν πως τη διακατείχαν και της εξηγήσαμε πως όλα αυτά ήταν δημιουργήματα της φαντασίας της και πως δεν έπρεπε να τα λαμβάνει υπόψιν της.

- Εξηγήσαμε στην άρρωστη πως η αυτοκτονία δεν αποτελεί λύση στα προβλήματά της και πως υπάρχουν άλλοι τρόποι πιο δημιουργικοί και πιο απλοί για την επίλυσή τους, όπως είναι ο διάλογος.
- Εξηγήσαμε στην άρρωστη πως πρέπει να μάθει να σέβεται τον εαυτό της και να τον αγαπά και όχι να τον καταστρέφει επειδή έτσι νομίζει ότι θα δώσει λύση στα προβλήματα που την απασχολούν.
- Θέσαμε διάφορα ερωτήματα σχετικά με την αυτοκτονία(π.χ. γιατί έκανε δυο απόπειρες αυτοκτονίας, τι ήταν αυτό που την ώθησε να το πράξει, σκέφτεται να το ξανακάνει και ποια χρονική στιγμή) και ζητήσαμε από την άρρωστη να μας απαντήσει. Η άρρωστη δικαιολογήθηκε λέγοντας ότι ήταν η μόνη λύση που σκέφτηκε εκείνη τη στιγμή και ότι στενοχωρήθηκε που απέτυχε.
- Εξηγήσαμε στην άρρωστη πως πρέπει να κάνει μόνο θετικές σκέψεις και όχι αρνητικές γιατί μόνο έτσι θα κατανοήσει το πραγματικό νόημα της ζωής και θα βάλει στόχους, επιθυμίες και σκοπούς προς επίτευξη.^{2,8,18,20}

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕ

MANIA

- ◆ Η ασθενής παρουσίασε σημαντική πρόοδο και βελτιώθηκε η κατάσταση της υγείας της.
- ◆ Μειώθηκε σε σημαντικό βαθμό η υπερκινητικότητά της γιατί τήρησε το πρόγραμμα δραστηριοτήτων που της αναθέσαμε.
- ◆ Η ασθενής έμαθε να σιτίζεται σωστά, να παίρνει τα φάρμακά της και να μην υποφέρει από δυσκοιλιότητα που προκαλεί το ανθρακικό λίθιο.
- ◆ Η ασθενής απαλλάχθηκε από το παραλήρημα μεγαλείου σε σημαντικό βαθμό και η συμπεριφορά της έγινε καλύτερη και πιο προσαρμοστική.
- ◆ Ο θεράπων ιατρός δεν σύστησε κάποιο νέο θεραπευτικό σχήμα.
- ◆ Η ασθενής δεν υποτροπίασε.
- ◆ Η ασθενής άρχισε να εκτιμά και να σέβεται περισσότερο τον εαυτό της και να μην τον υποτιμά όπως έκανε στο παρελθόν.
- ◆ Η ασθενής άρχισε να σκέφτεται και να προβληματίζεται θετικά για τη ζωή της, να κάνει σχέδια για το μέλλον και να ενδιαφέρεται για την εξωτερική της εμφάνιση.
- ◆ Υποσχέθηκε ότι θα επισκέπτεται τον θεράποντα ιατρό της στο καθορισμένο ραντεβού και ότι θα υπακούει τις εντολές του προκειμένου να προοδεύσει η υγεία της.
- ◆ Η ασθενής υποσχέθηκε ότι θα φροντίσει περισσότερο την προσωπική της ζωή, γιατί μέχρι τώρα την είχε παραμελήσει λέγοντας ότι αυτή ευθύνεται για τους δυο χωρισμούς που έχει στο ενεργητικό της και όχι οι σύζυγοί της.
- ◆ Η ασθενής υποσχέθηκε ότι βγαίνοντας από το νοσοκομείο θα παίρνει τα φάρμακά της όπως ακριβώς τα έπαιρνε στην κλινική και ότι όταν δεν αισθάνεται καλά θα ειδοποιεί την αδερφή της για να τη βοηθά.
- ◆ Η ασθενής υποσχέθηκε ότι δεν θα εμπιστεύεται τυφλά τον οποιοδήποτε που την πλησιάζει, όπως έκανε μέχρι τώρα, αλλά θα προσέχει και θα εξετάζει την κάθε συμπεριφορά.^{1,2,8,13,20}

8.2.3 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ ΠΡΟΚΑΛΟΥΜΕΝΗ ΑΠΟ ΟΥΣΙΕΣ ΜΕ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ: Ζ.Π

ΗΛΙΚΙΑ: 35 ΕΤΩΝ

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ: ΕΛΕΥΘΕΡΟΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑΣ (ΚΑΦΕΤΖΗΣ)

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ: ΚΑΛΗ

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ: ΑΓΑΜΟΣ

ΓΡΑΜΜΑΤΙΚΕΣ ΓΝΩΣΕΙΣ: ΦΟΙΤΗΤΗΣ ΤΕΙ ΗΛΕΚΤΡΟΛΟΓΩΝ

ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ: Π.

ΙΕΡΑΡΧΗΣΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ

ΠΡΟΒΛΗΜΑ 1: Στερητικό σύνδρομο από την κατάχρηση αλκοόλ και τη λήψη ναρκωτικών ουσιών.

Νοσηλευτικός σκοπός: Ουσιαστική βοήθεια στον άρρωστο για να απαλλαγεί από αυτό.

Νοσηλευτικές ενέργειες

Στην περίπτωση αυτή βοηθήσαμε τον άρρωστο ως εξής:

- ✦ Συζητήσαμε με τον άρρωστο πολύ ήρεμα και τον κάναμε να αισθανθεί οικεία και φιλικά μαζί μας.
- ✦ Εξηγήσαμε στον άρρωστο ότι πρέπει να κάνει προσωπική προσπάθεια και αγώνα προκειμένου να βοηθήσει ουσιαστικά τον εαυτό του και να αντιμετωπίσει το πρόβλημά του με επιτυχία.
- ✦ Εξηγήσαμε στον άρρωστο ότι πρέπει να συνεργαστεί με το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό στη θεραπευτική του αγωγή χωρίς καμιά αντίσταση γιατί διαφορετικά δεν θα καταφέρει να ξεφύγει ποτέ.
- ✦ Θέσαμε στον άρρωστο ερωτήματα σχετικά με το πρόβλημά του (γιατί πίνει, τι είναι αυτό που τον ωθεί σε αυτό, πόσες φορές την ημέρα πίνει και πόσο, αν έχει οικονομικά και επαγγελματικά προβλήματα τον τελευταίο καιρό, αν έχει τρεμούλες το πρωί και αν πίνει για να συνέλθει από αυτές, αν θυμάται πώς συμπεριφέρεται στους οικείους του όταν βρίσκεται υπό την επήρεια αλκοόλ ή άλλων ουσιών, αν σκέφτηκε ποτέ να σταματήσει το ποτό, αν έχει εμπλακεί ποτέ σε τροχαίο ατύχημα βρισκόμενος σε κατάσταση μέθης κ.λ.π.) και ο ασθενής μας απάντησε ότι δεν πίνει πολύ, ότι πίνει μόνο όταν είναι στενοχωρημένος και αρκετά θυμωμένος, ότι δεν επιτίθεται

στους οικείους του, ότι δεν θυμάται γενικά να αλλάζει η συμπεριφορά του όταν πίνει και ότι δεν είναι ποτέ μεθυσμένος.

✦ Εξηγήσαμε στον άρρωστο τις παρενέργειες που δημιουργεί το αλκοόλ και οι άλλες ουσίες που λαμβάνει κατά καιρούς, στον οργανισμό, όπως κίρσους οισοφάγου και αιμορροΐδες λόγω ηπατικής βλάβης, τρόμο, ασταθές βάδισμα, αυπνία, διαταραχές στύσης, ατροφία όρχεων και γυναικομαστία λόγω μείωσης του επιπέδου τεστοστερόνης, κ.λ.π. και στα διάφορα συστήματα οργάνων, όπως είναι η ηπατική εγκεφαλοπάθεια, το σύνδρομο Korsakoff, η κίρρωση ήπατος, η παγκρεατίτιδα, η προσβολή του γαστρεντερικού, του καρδιαγγειακού και του περιφερικού και κεντρικού νευρικού συστήματος, και περιφερική νευροπάθεια η οποία εκδηλώνεται με μυϊκή αδυναμία, παραισθήσεις και έκπτωση μνήμης.

✦ Προτείνουμε στον άρρωστο να απασχοληθεί σε δραστηριότητες όπως ζωγραφική, γυμναστική ή ότι άλλο του αρέσει προκειμένου να αποκτήσει ενδιαφέρον για τη ζωή και να αγαπήσει, να εκτιμήσει και να σεβαστεί περισσότερο τον εαυτό του, αλλά και το περιβάλλον με το οποίο συναναστρέφεται.

✦ Παρακινήσαμε τον άρρωστο να εξωτερικεύσει τα συναισθήματά του και να μας πει πως αισθάνεται τώρα που βρίσκεται στο νοσοκομείο υπό την επίβλεψη του προσωπικού και εκείνος μας απάντησε ότι νιώθει άβολα και ότι θέλει να γυρίσει στο σπίτι του, γιατί νιώθει ότι πιέζεται και ότι παρεμποδίζεται η προσωπική του ελευθερία.

✦ Ενημερώσαμε τον άρρωστο ότι πρέπει να συμμετέχει στο πρόγραμμα θεραπείας της κλινικής, γιατί θα βοηθηθεί πολύ και θα ξεπεράσει γρήγορα το πρόβλημά του, παρόλο που τώρα του φαίνεται άπιαστο όνειρο και μας υποσχέθηκε ότι θα προσπαθήσει.^{2,8,13,20}

ΠΡΟΒΛΗΜΑ 2: Διαταραχή ύπνου προκαλούμενη από αλκοόλ και άλλες ουσίες.

Νοσηλευτικός σκοπός: Αντιμετώπιση της διαταραχής

Νοσηλευτικές ενέργειες

Στην περίπτωση αυτή βοηθήσαμε τον άρρωστο ως εξής:

■ Προτείνουμε στον άρρωστο να παίρνει τα φάρμακα που του έχει συστήσει ο θεράπων ιατρός του, προκειμένου να βελτιώσει τον ύπνο του και να είναι ήρεμος κατά τη διάρκεια της νύχτας.

■ Ενημερώσαμε τον άρρωστο ότι αν δεν κοιμάται τις ώρες που πρέπει θα εξαντληθεί πολύ και δεν θα μπορεί να αποδίδει στο πρόγραμμα θεραπείας του, θα είναι συνεχώς νυσταγμένος, δεν θα έχει καλή διάθεση και θα είναι κλεισμένος στον εαυτό του και μας υποσχέθηκε ότι θα προσπαθήσει.

■ Εξηγήσαμε στον άρρωστο ότι ο καλός ύπνος ξεκουράζει το σώμα και το πνεύμα και δημιουργεί ψυχική ηρεμία και γαλήνη.

■ Προτείνουμε στον άρρωστο να διαβάζει βιβλία προκειμένου να βοηθήσει τον εαυτό του να σκέφτεται θετικά, αλλά και τη γενικότερη κατάσταση της υγείας του.^{1,2,20,21}

ΠΡΟΒΛΗΜΑ 3: Αλκοολικό στερητικό παραλήρημα (Τρομώδες παραλήρημα).

Νοσηλευτικός σκοπός: Φροντίδα του αρρώστου για επανάκτηση του εαυτού του.

Νοσηλευτικές ενέργειες

Στην περίπτωση αυτή βοηθήσαμε τον άρρωστο ως εξής:

- ✚ Θέσαμε όρια στη συζήτηση, δεν εκνευρίσαμε τον άρρωστο και δεν τον αφήσαμε να ξεφύγει από την κουβέντα μας, με σκοπό την ηρεμία του και τη γρήγορη προσαρμογή του στον εαυτό του.
- ✚ Τοποθετήσαμε τον άρρωστο σε ήσυχο περιβάλλον, προκειμένου να μην επηρεάζεται από εξωτερικά ερεθίσματα και δεν μπορεί να συγκεντρωθεί.
- ✚ Εξηγήσαμε στον άρρωστο ότι χρειάζεται χρόνο και πολύ προσπάθεια για να μπορέσει να επανέλθει στη φυσική του κατάσταση και καλή συνεργασία με το προσωπικό.
- ✚ Ενημερώσαμε τον άρρωστο ότι δεν είναι μόνος του σ' αυτό τον δύσκολο αγώνα, αλλά ότι έχει μαζί του τη αμέριστη συμπαράσταση του προσωπικού.
- ✚ Εξηγήσαμε στον άρρωστο ότι θα πρέπει να απασχολείται με κάποια δραστηριότητα που τον εκφράζει περισσότερο, προκειμένου να πάψει να σκέφτεται το ποτό και μας υποσχέθηκε ότι θα το κάνει πράξη.^{1,2,20,21}

ΠΡΟΒΛΗΜΑ 4: Οπτικές, ακουστικές και απτικές ψευδαισθήσεις.

Νοσηλευτικός σκοπός: Βοήθεια για απαλλαγή του αρρώστου από αυτές.

Νοσηλευτικές ενέργειες

Στην περίπτωση αυτή βοηθήσαμε τον άρρωστο ως εξής:

- Ⓢ Εξηγήσαμε στον άρρωστο ότι όλα αυτά που ακούει και βλέπει δηλ. ζώα, έντομα, εντολές με απειλητικό κυρίως περιεχόμενο, κ.λ.π. είναι δημιουργήματα της φαντασίας του και δεν ανταποκρίνονται στην πραγματικότητα.
- Ⓢ Εξηγήσαμε στον ασθενή ότι θα πρέπει να προσπαθήσει πολύ ώστε να απαλλαγεί από τις ψευδαισθήσεις που τον ταλαιπωρούν, τον αγχώνουν και τον φοβίζουν, κάνοντας κάποια

ευχάριστη δραστηριότητα, όπως συμμετοχή σε ομαδικά παιχνίδια και υποσχέθηκε ότι θα το κάνει γιατί του άρεσε η ιδέα.

📌 Ενημερώσαμε τον άρρωστο ότι σε περίπτωση που χρειαστεί βοήθεια σε κάποιο πρόβλημα που θα του παρουσιαστεί, μπορεί να τη ζητήσει άφοβα από το προσωπικό και ότι η ανταπόκρισή του θα είναι σίγουρα θετική και αποτελεσματική.

📌 Ενημερώσαμε τον άρρωστο ότι θα πρέπει να εμπιστεύεται το προσωπικό και εμάς σε κάθε ζήτημα γιατί είμαστε άτομα εχέμυθα.^{1,2,20}

ΠΡΟΒΛΗΜΑ 5: Έντονη υπερδραστηριότητα

Νοσηλευτικός σκοπός: Βοήθεια του αρρώστου ώστε να αναπτύξει καλύτερη συμπεριφορά.

Νοσηλευτικές ενέργειες

Στην περίπτωση αυτή βοηθήσαμε τον άρρωστο ως εξής:

- Εξηγήσαμε στον άρρωστο ότι η λήψη αλκοόλ και ναρκωτικών ουσιών τον κάνει υπερκινητικό, γεγονός που έχει ως αποτέλεσμα την εξάντλησή του και τη χειροτέρευση της κατάστασής του.
- Εξηγήσαμε στον άρρωστο ότι θα πρέπει να τηρεί το θεραπευτικό σχήμα που του έχει θέσει ο θεράπων ιατρός του έτσι ώστε να βοηθά στην καλύτερη εξέλιξη της υγείας του και της γενικότερης συμπεριφοράς του.
- Ενημερώσαμε τον άρρωστο ότι δεν πρέπει να αγχώνεται και να φοβάται για την εξέλιξη της συμπεριφοράς του γιατί τώρα η κατάστασή του είναι επιβαρυνμένη λόγω των προβλημάτων του και ότι πρέπει να κάνει υπομονή και επιμονή για να πετύχει το σκοπό του.
- Προτείναμε στον άρρωστο να κάνει παρέα με ήρεμους ασθενείς και να συζητά μαζί τους, προκειμένου να είναι ήρεμος και να μην εκνευρίζεται από διάφορους παράγοντες.
- Προτείναμε στον άρρωστο να κοιμάται αρκετά, να ξεκουράζεται και να απασχολείται σε δραστηριότητες που του αρέσουν, όπως ζωγραφική κ.λ.π. για να έχει καλύτερη απόδοση και να αισθάνεται καλύτερα με τον εαυτό του και με τους γύρω του.
- Προτείναμε στον άρρωστο να βελτιώσει τις σχέσεις με το οικογενειακό του περιβάλλον και να μην ρίχνει τις ευθύνες για την κατάστασή του σ' αυτούς γιατί έχει μέρος της ευθύνης κι αυτός και πρέπει σιγά-σιγά να το καταλάβει.^{1,2,8}

ΠΡΟΒΛΗΜΑ 6: Έλλειψη σωστής διατροφής.

Νοσηλευτικός σκοπός: Φροντίδα για λήψη σωστής και ποιοτικής διατροφής.

Νοσηλευτικές ενέργειες

Στην περίπτωση αυτή βοηθήσαμε τον άρρωστο ως εξής:

- ✚ Εξηγήσαμε στον άρρωστο τη σημασία που έχει η σωστή και ποιοτική διατροφή για τον οργανισμό του και γενικότερα για τη σωματική και ψυχική του ευεξία.
- ✚ Εξηγήσαμε στον άρρωστο ότι αν δεν σιτίζεται σωστά και παραλείπει κάποια γεύματα επίτηδες, όπως μας είπε γιατί δεν τον ενδιαφέρει η ζωή του, τότε αυτό θα έχει ως αποτέλεσμα τη μείωση της άμυνας του οργανισμού του και την επιβάρυνση της υγείας του. Ο άρρωστος μας υποσχέθηκε ότι θα προσπαθήσει.
- ✚ Ενημερώσαμε τον άρρωστο ότι η ασιτία επιφέρει εξάντληση, κόπωση και αδυναμία του σώματος, επιρρέπεια στις ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις και επομένως μεγαλύτερη παραμονή στο νοσοκομείο.

ΠΡΟΒΛΗΜΑ 7: Έλλειψη αυτοεκτίμησης και αυτοσεβασμού.

Νοσηλευτικός σκοπός: Απαλλαγή του αρρώστου από τις αυτοκαταστροφικές τάσεις που τον διέπουν.

Νοσηλευτικές ενέργειες

Στην περίπτωση αυτή βοηθήσαμε τον άρρωστο ως εξής:

- ✚ Εξηγήσαμε στον άρρωστο ότι πρέπει να σέβεται και να αγαπά τον εαυτό του και τη ζωή του και ότι δεν έχει δικαίωμα να τον βασανίζει και να τον καταστρέφει, επειδή πιστεύει ότι μ' αυτό τον τρόπο θα απαλλαγεί από τις έμμονες ιδέες και τις απειλές που νομίζει ότι τον διακατέχουν.
- ✚ Εξηγήσαμε στον άρρωστο ότι πρέπει να κάνει θετικές σκέψεις για τη ζωή του και να μην αφήνει το αλκοόλ και τα ναρκωτικά να τον εξουσιάζουν και να τον κατευθύνουν εκεί που θέλουν αυτά.
- ✚ Προτείναμε στον άρρωστο να αναπτύξει καλύτερες σχέσεις με τους οικείους του και να τους δεχθεί με περισσότερη αγάπη.
- ✚ Ενημερώσαμε τον άρρωστο ότι μπορεί να απευθύνεται στο προσωπικό όταν αισθάνεται ότι κυριεύεται από απειλητικές τάσεις, προκειμένου να βοηθήσει τον εαυτό του και να αισθανθεί καλύτερα.1,8,13,19

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ- ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕ ΜΑΝΙΑ ΛΟΓΩ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ ΑΠΟ ΤΟ ΑΛΚΟΟΛ ΚΑΙ ΤΙΣ ΝΑΡΚΩΤΙΚΕΣ ΟΥΣΙΕΣ

- 🌍 Ο ασθενής άρχισε να ενδιαφέρεται περισσότερο για τη ζωή του και για τον εαυτό του και να κάνει θετικές σκέψεις.
- 🌍 Ο θεράπων ιατρός δεν άλλαξε το θεραπευτικό σχήμα.
- 🌍 Ο ασθενής άρχισε να συμμετέχει ενεργά στα θεραπευτικά προγράμματα της κλινικής και στις δραστηριότητες της ομάδας και να σκέφτεται λιγότερο το ποτό και τα ναρκωτικά.
- 🌍 Ο ασθενής βελτίωσε τις σχέσεις του με το προσωπικό και τους οικείους του σε σημαντικό βαθμό και να τους βλέπει με καλύτερο μάτι.
- 🌍 Ο ασθενής άρχισε να τρώει σωστά και να παίρνει τα φάρμακά του.
- 🌍 Ο ασθενής απαλλάχθηκε σε σημαντικό βαθμό από το τρομάδες παραλήρημα, τις έμμονες ιδέες και τις απειλές που πίστευε ότι τον κυριεύαν και τον έκαναν επιθετικό.
- 🌍 Η συμπεριφορά του ασθενούς έγινε πιο προσαρμοστική, χάρη στο πρόγραμμα δραστηριοτήτων που του αναθέσαμε και τήρησε.
- 🌍 Ο ασθενής άρχισε να κοιμάται περισσότερο σε σχέση με πριν και να αισθάνεται καλύτερα ψυχολογικά και σωματικά και να αποδίδει στις εργασίες του.
- 🌍 Ο ασθενής άρχισε να επιρρίπτει ευθύνες και στον εαυτό του για την κατάσταση του, κάτι που δεν έκανε μέχρι τώρα, ίσως από εγωισμό.
- 🌍 Ο ασθενής κατάλαβε ότι τα όλα τα προβλήματα λύνονται, αρκεί να υπάρχει θέληση και πίστη και ότι όλα είναι καθαρά θέμα σωστού χειρισμού.^{1,2,8,13,19,20}

8.3 Συμβουλές

Είναι πάρα πολύ σημαντικό να βοηθήσουμε τόσο τους ασθενείς όσο και τις οικογένειες τους να μάθουν να αναγνωρίζουν τα σημεία και τα συμπτώματα της αρχόμενης μανίας και κατάθλιψης, ώστε να ζητούν θεραπεία για τα οξέα επεισόδια των υποτροπών νωρίς, οπότε και αυξάνει πάρα πολύ η πιθανότητα να μην αναπτυχθεί ή ν' αναπτυχθεί λίγο το οξύ επεισόδιο. (Ιδιαίτερα, να ειδοποιούν με την παραμικρότερη αϋπνία - σημείο πιθανότατης αρχής μανιακού επεισοδίου).

Θα πρέπει να είναι σαφές το με ποιον ή πού θα έρθουν σ' επαφή στην περίπτωση αυτή (γιατρός, κέντρο ψυχικής υγείας, ψυχιατρικό τμήμα γενικού νοσοκομείου ή ψυχιατρική κλινική) με εξασφάλιση όμως της εύκολης ανεύρεσης της βοήθειας και της ταχείας παρέμβασης.^{8,21,24}

Πού μπορεί να απευθυνθεί κανείς;

Στην αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών μπορούν να βοηθήσουν επαγγελματίες διάφορων ειδικοτήτων: ψυχίατροι, ψυχοθεραπευτές, ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί, νοσηλευτές, εργοθεραπευτές, κ.α.

Μπορείτε να απευθυνθείτε στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας της περιοχής σας. Τέτοιες είναι:

- ✓ Τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας
- ✓ Τα Ψυχιατρικά Τμήματα των Γενικών Νοσοκομείων
- ✓ Τα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία
- ✓ Οι Εξειδικευμένες δομές ψυχικής υγείας
- ✓ Επίσης βοήθεια και ενημέρωση μπορεί να πάρει κανείς μέσω συλλόγων ασθενών και οικογενειών.^{23,24}

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Συμπέρασμα όλων των παραπάνω είναι πως οι Διαταραχές της Διάθεσης αποτελούν ολοένα και περισσότερο αναπόσπαστο μέρος της σύγχρονης ζωής. Τα τελευταία 20 χρόνια έχουν γίνει άλματα στην ψυχιατρική σε ότι αφορά την ακριβή διάγνωση και θεραπεία. Παλαιότερα τα άτομα με ψυχικές διαταραχές παρέμεναν εγκλειστα σε ψυχιατρικά ιδρύματα επειδή δεν υπήρχαν οι σύγχρονοι τρόποι θεραπείας. Σήμερα οι ψυχικές διαταραχές αντιμετωπίζονται, επιτρέποντας στους πάσχοντες να λειτουργούν με επάρκεια στην κοινωνία.

Οι θεραπείες αυτές είναι συνθέτες, ανάλογα με τον τύπο της διαταραχής και τις ανάγκες του συγκεκριμένου ατόμου. Συνήθως περιλαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή, θεραπείες μέσω συζήτησης και υποστήριξη στην καθημερινή ζωή και εργασία. Η ενεργητική συμμετοχή της οικογένειας και του κοινωνικού δικτύου παίζουν σημαντικό ρόλο στην αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών.

Ένα από τα κύρια εμπόδια τόσο στην αναζήτηση και παροχή ουσιαστικής φροντίδας για τους ψυχικά ασθενείς όσο και στην βελτίωση της ποιότητας ζωής τους είναι το κοινωνικό στίγμα. Γιατί σε όλα τα μέρη του κόσμου τα άτομα με ψυχικές διαταραχές στιγματίζονται και αντιμετωπίζουν διακρίσεις.

Θα πρέπει λοιπόν να καταρριφθεί ο μύθος που επικρατεί για την ψυχική διαταραχή που ίσχυε μέχρι σήμερα, πως πρόκειται δηλαδή για αδυναμία χαρακτήρα και ότι αυτοί που υποφέρουν μπορούν να συνέλθουν μόνοι τους εάν προσπαθήσουν .

Η έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία είναι απαραίτητες ώστε ο ασθενής να επανέλθει στους φυσιολογικούς ρυθμούς της ζωής του και να αποκτήσει ξανά την ψυχική υγεία και ευεξία του. Ας μην ξεχνάμε πως οι ψυχικές διαταραχές μπορεί να προσβάλλουν οποιονδήποτε...

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι Αγχώδεις Διαταραχές της Διάθεσης ή Αγχώδεις Συναισθηματικές Διαταραχές είναι μια ομάδα ψυχικών διαταραχών, οι οποίες χαρακτηρίζονται από διαταραχή της συναισθηματικής διάθεσης.

Σε ακραίες περιπτώσεις η διαταραχή αυτή μπορεί να επηρεάσει σε πολύ μεγάλο βαθμό όλες τις πλευρές της συμπεριφοράς ενός ατόμου, καθώς και την αντίληψη για τον κόσμο που έχει το άτομο αυτό.

Σκοπός της εργασίας αυτής είναι, να γίνουν οι διαταραχές αυτές όσον το δυνατόν πιο κατανοητές , καθώς ο αριθμός των ανθρώπων που νοσούν, χρόνο με το χρόνο αυξάνεται ταχύτατα.

Όπως για τις περισσότερες διαταραχές ή σύνδρομα, έτσι και για τις Αγχώδεις Διαταραχές της Διάθεσης, δεν έχει απομονωθεί ένας και μοναδικός ή συγκεκριμένος αιτιολογικός παράγοντας. Οι παράγοντες ωστόσο που ενοχοποιούνται μπορούν να ομαδοποιηθούν σε γενετικούς, ψυχοκοινωνικούς και νευροβιολογικούς, ενώ την πιο σοβαρή και επικίνδυνη επιπλοκή των διαταραχών αυτών αποτελεί η αυτοκτονία.

Στις θεραπευτικές τεχνικές των Διαταραχών της Διάθεσης περιλαμβάνονται, σωματικές θεραπείες, ψυχοθεραπείες και βέβαια νοσηλεία, όταν αυτή κριθεί απαραίτητη. Η πρόοδος της επιστήμης και η χρήση νέων φαρμάκων, έχουν θέσει νέα βάσεις για τη θεραπεία και επανένταξη των ασθενών.

Η στάση της οικογένειας και του φιλικού περιβάλλοντος μετά το πρώτο κιάλας επεισόδιο θα καθορίσει και την πορεία της νόσου, καθώς η έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία θα βοηθήσουν στην αποφυγή μετάπτωσης της διαταραχής στη χρονιότητα.

Από την άλλη πλευρά, ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας έχει σημαντικό και υπεύθυνο ρόλο, άλλοτε ως κύριος θεραπευτής κι άλλοτε ως συνθεραπευτής και πάντα ως ενεργό μέλος της θεραπευτικής ομάδας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Μάνου Ν., `` Βασικά Στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής `` , αναθεωρημένη έκδοση, Εκδόσεις Επιστημονικών Βιβλίων και Περιοδικών, Θεσσαλονίκη 1997, σελ. 173-249,252-253

2. Ραγιά Α., `` Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας, Ψυχιατρική Νοσηλευτική `` , 7^η βελτιωμένη έκδοση, Εκδόσεις Παπανικολάου Α.Β.Ε.Ε, Αθήνα 2009,σελ. 203-205,277-317

3. Χαρτοκόλλης Π., `` Εισαγωγή στην Ψυχιατρική `` , 2^η αναθεωρημένη έκδοση, Εκδόσεις ``Θεμέλιο`` , Πάτρα 1991, σελ. 92- 110,207-235

4. Παπαγεωργίου Ε., `` Ψυχιατρική`` , Εκδόσεις Παρισσιανού, Αθήνα 2004

5. Φωτιάδου Α., Παπαμιχαήλ Ε., Σκαπινάκης Π., Περτσέτη Ε., Ζώτου Χ., και Αρβανίτη Χ., `` Διασυνδεδετική Ψυχιατρική σε Γενικό Νοσοκομείο. Συγκριτική Μελέτη επί 1614 περιπτώσεων `` Ψυχιατρικό Τμήμα ΝΓΝΑ ``Κοργαλένιο - Μπενάκειο Ε.Ε.Σ, Διευθυντής Πετριόλης Γ., Αθήνα 1999

6. Χριστοδούλου Γεώργιος Ν. & συνεργάτες, `` Ψυχιατρική `` , Β΄ Τόμος, Α΄ έκδοση, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 2000, σελ. 794 – 816

7. Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής, `` Ταξινόμηση ICD-10 Ψυχικών Διαταραχών και Διαταραχών της Συμπεριφοράς `` , απόδοση στα Ελληνικά και επιμέλεια: Στεφανής Κ., Σολδάτος Κ., Μαυρέας Β., Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, -Γενεύη, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 1993,σελ. 135-163

8. Barlow Durand, `` Ψυχολογία & Παθολογική Συμπεριφορά. Μια Συνθετική Βιοψυχοκοινωνική Προσέγγιση `` , Α΄ Τόμος, επιμέλεια: Μεσσήνης Λ., Εκδόσεις Έλλην, Αθήνα 1999,σελ. 112-117,124-128

9. Tolle Windgassen, `` Ψυχιατρική`` 13^η αναθεωρημένη έκδοση, επιμέλεια: Τζαβάρας Ν., Βαρτζόπουλος Γ., Βαϊκούση Ε., Εκδόσεις Παρισσιανού Α.Ε, Αθήνα 2005, σελ. 101-102

10. Lempriere T., Feline A., & συνεργάτες, "Εγχειρίδιο Ψυχιατρικής Ενηλίκων. Στοιχεία κοινωνικής ψυχιατρικής και εφαρμογές της στην Ελλάδα" επιμέλεια: Σακελλαρόπουλος Π., Β' Τόμος, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα 1995
11. Robert C. Carson, James N. Butcher, "Abnormal Psychology and Modern Life" ninth edition, Harper Collins Publishers 1992, p.180-226
12. Edward p. Sarafino, Health Psychology, "Biopsychological Interactions", part II, third edition, J.W & S copyright 1999, Avenue New York, p.67-155
13. Gerald Corey, "Θεωρία και Πρακτική της Συμβουλευτικής και της Ψυχοθεραπείας", 1^η ελληνική έκδοση, επιμέλεια: Κοτρώτσου Ε., Εκδόσεις Έλλην, Αθήνα 1999
14. Trource J., Gould D., "Κλινική Φαρμακολογία για Νοσηλευτές" επιμέλεια: Καλλιτεράκη Ι., Επιστημονικές εκδόσεις "Γρηγόρης Παρισιανός" Αθήνα 1993, σελ. 89-93
15. Shader I. Richard, Manual of Psychiatric Therapeutics, third edition, published by Lippincotto William Wilkins 2003
16. Barlow Durand, "Ψυχολογία & Παθολογική Συμπεριφορά. Μια Συνθετική Βιοψυχοκοινωνική Προσέγγιση", Β' Τόμος, 2^η έκδοση, επιμέλεια: Μεσσήνης Λ., Εκδόσεις Έλλην, Αθήνα 1999
17. Kasler R. C., Berglund P., Demler O., Jin R., Merikanges K.R. & Walters E.E., "A Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication" Arch Gen Psychiatry 2005, p. 593-602
18. Cristine A. Grant, Bruce P. Mericle, "Ψυχιατρική Νοσηλευτική", μετάφραση: Κοτρώτσου Ε., Εκδόσεις Έλλην, Αθήνα 2001 1
19. Coler Marga Simon & Vincent Karen Goyette, "Ψυχιατρική Νοσηλευτική Φροντίδα" Εκδόσεις Έλλην, Αθήνα 2001, σελ. 87-113

20. Ζαφείρης Γ. Αλέξανδρος, Ζαφείρη Α. Ελένη, Μουζακίτης Μ. Χρήστος, " Οικογενειακή Θεραπεία. Θεωρία και Πρακτικές Εφαρμογές ", Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα. Αθήνα 1999, σελ. 70-90
21. Μονάδα υποστήριξης & παρακολούθησης << ΨΥΧΑΡΓΩΣ >> , Β' φάση, " Μύθοι και πραγματικότητα γύρω από τις Ψυχικές Διαταραχές ", Διαδραστικός Οδηγός Υπηρεσιών Υγείας της 1^{ης} Υ.Π.Ε Αττικής
22. Μονάδα υποστήριξης & παρακολούθησης << ΨΥΧΑΡΓΩΣ >> , Β' φάση, " Δικαιώματα Ψυχικώς Πασχόντων", Διαδραστικός Οδηγός Υπηρεσιών Υγείας της 1^{ης} Υ.Π.Ε Αττικής
23. Μονάδα υποστήριξης & παρακολούθησης << ΨΥΧΑΡΓΩΣ >> , Β' φάση, " Ψυχική Υγεία ", Διαδραστικός Οδηγός Υπηρεσιών Υγείας της 1^{ης} Υ.Π.Ε Αττικής
24. Ξενώνας << ΧΑΡΑΥΓΗ >>, " Ψυχική Διαταραχή: Πώς να την αντιμετωπίσετε; " Διαδραστικός Οδηγός Υπηρεσιών Υγείας της 1^{ης} Υ.Π.Ε Αττικής, αναφέρεται στη σελίδα www.xaraygi.gr
25. Δέγλερης Ε. Νίκος, Νευρολόγος-Ψυχίατρος, " Αντιμετωπίζοντας την κατάθλιψη ", αναφέρεται στη σελίδα www.healthview.gr
26. Σταυρόπουλος Γ. Σταύρος, Ψυχίατρος-Ψυχοθεραπευτής, " Κατάθλιψη ", αναφέρεται στη σελίδα www.health.in.gr
27. Βάρβογλη Λίζα, Ph.D. Ψυχολόγος-Ψυχοθεραπεύτρια, " Κατάθλιψη; Η ψυχική νόσος της εποχής μας ", αναφέρεται στη σελίδα www.health.in.gr
28. Δίκαιος Δ. Γ., " Υπνηλία και αίσθημα κόπωσης στην κατάθλιψη. Θεραπευτική αντιμετώπιση με μοδαφιλίνη ", Ψυχιατρική Κλινική, << Αιγινήτειο>> Νοσοκομείο, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής, Αθήνα 2005
29. Ι.Ψ.Ε Μάλαμα, Ινστιτούτο Ψυχολογικών Εφαρμογών, " Ψυχολογικά προβλήματα ενηλίκων ", αναφέρεται στη σελίδα www.ipse.gr

30. Βακόνδιος Νικόλαος, `` Ενδογενής-εξωγενής κατάθλιψη `` , αναφέρεται στη σελίδα www.in2life.gr
31. Σκαπινάκης Πέτρος, Λέκτορας Ψυχιατρικής, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, `` Μορφές πρωτογενούς κατάθλιψης στους ηλικιωμένους `` , αναφέρεται στη σελίδα www.web4health.gr
32. Αγγελόπουλος Αποστόλης, Ψυχίατρος-Ψυχοθεραπευτής, `` Κατάθλιψη `` , αναφέρεται στη σελίδα www.healthierworld.gr
33. Σκαπινάκης Πέτρος, Λέκτορας Ψυχιατρικής, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, `` Κατάθλιψη `` Μέρος 1^ο , συνεργάτης: PsychoMedNet Hellas, αναφέρεται στη σελίδα www.mednet.gr
34. Σκαπινάκης Πέτρος, Λέκτορας Ψυχιατρικής, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, `` Κατάθλιψη `` Μέρος 2^ο ,συνεργάτης: PsychoMedNet Hellas, αναφέρεται στη σελίδα www.mednet.gr
35. Μονέζης Στυλιανός, Ψυχίατρος, `` Κατάθλιψη `` αναφέρεται στη σελίδα www.stelios-monezis.gr
36. Δασκαλόπουλος Θωδωρής, Ψυχίατρος, `` Κατάθλιψη: Κλινικές μορφές κατάθλιψης `` , Μέρος Β΄, αναφέρεται στη σελίδα www.psi-gr.tripod.com
37. Αυγουστάτος Γ. Γιάννης, Ψυχίατρος-Ψυχοθεραπευτής, `` Ψυχοσύνθεση `` , αναφέρεται στη σελίδα www.prychosynthesis.blogspot.com
38. Καρακατσάνης Νικόλαος, Ψυχίατρος-Ψυχοθεραπευτής, `` Κατάθλιψη: Αιτιολογία, θεραπεία και πρόληψη `` , αναφέρεται στη σελίδα www.psyx.gr
39. Randolph B. Schiffer, M.D, `` Η Κατάθλιψη στο Νευρολογικό Ιατρείο: Διάγνωση, αντιμετώπιση, συνεπακόλουθα `` , Επιστημονικά περιοδικά Μ.Α.Ε Πιτσιλίδης, αναφέρεται στη σελίδα www.pitsilidis.gr
40. ΔΙ.ΚΕ.ΨΥ Διεπιστημονική και Ερευνητική Ψυχοκοινωνική Υποστήριξη Παιδιών και Ενηλίκων, `` Κατάθλιψη `` , αναφέρεται στη σελίδα www.dikepsy.gr

41. Λαζαράτου Ε., Αναγνωστόπουλος Δ. Κ. " Εφηβεία και κατάθλιψη ", Υπηρεσία Ψυχικής Υγιεινής Παιδιών και Εφήβων, Κοινοτικό Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής Βύρωνα- Καισαριανής, Ψυχιατρική Κλινική, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, Αθήνα 2001
42. Γεωργιάδης Μ., Δύντσικου Δ., Κατσιαμάνης Δ., Γρηγοριάδης Δ., Σταθάκης Ι., " Διπολική Διαταραχή Ι. Αξιολόγηση YMRS και επίδραση ισοδύναμης δόσης αντιψυχωτικού ", Ψυχιατρικό Τμήμα Ενηλίκων, Γενικό Νοσοκομείο " Γ. Παπανικολάου ", Ερευνητική Εργασία, Εξοχή Θεσσαλονίκης 2008
43. Βακόνδιος Νικόλαος, Ψυχολόγος, " Διπολική Διαταραχή ", αναφέρεται στη σελίδα www.in2life.gr
44. Μονέζης Στυλιανός, Ψυχίατρος, " Διπολική Διαταραχή ", αναφέρεται στη σελίδα www.stelios-monezis .gr
45. Κανταρτζής Σωτήριος, Ψυχίατρος, " Διαταραχές-Διπολική Διαταραχή ", αναφέρεται στη σελίδα www.kantarzis-sotirios.gr
46. Μονάδα υποστήριξης & παρακολούθησης << ΨΥΧΑΡΓΩΣ >> , Δομές Ψυχικής Υγείας, " Η Διπολική Διαταραχή ", Διαδραστικός Οδηγός Υπηρεσιών Υγείας της 1^{ης} Υ.Π.Ε Αττικής
47. Ψούνη Α., Ψυχίατρος, " Τύποι Κατάθλιψης ", αναφέρεται στη σελίδα www.psychinfo.gr
48. Διεπιστημονική Εταιρεία Ψυχολογικής Παρέμβασης << Προσαρμογή >>, " Ψυχική Υγεία- Κατάθλιψη ", αναφέρεται στη σελίδα www.prosarmogi.gr
49. Αντωνίου Άρτεμις, Ψυχολόγος MSc, " Η διπολική διαταραχή ", αναφέρεται στη σελίδα www.healthierworld.gr