

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ : ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ
ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ



ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΣΠΟΥΔΑΣΤΩΝ:
ΚΑΝΑΛΟΥΠΤΗ ΑΓΓΕΛΙΚΗ
ΠΛΑΚΟΝΟΥΡΗΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ

ΕΠΟΠΤΕΥΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:
ΓΙΑΝΝΟΥΛΗΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ

ΠΑΤΡΑ – 2010

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η κατάθλιψη είναι μια από τις πιο συνηθισμένες ψυχικές ασθένειες της εποχής μας και σύμφωνα με τα στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, επηρεάζει εκατομμύρια ανθρώπων στον κόσμο.

Θεωρείται μια από τις πιο διαδεδομένες διαταραχές, αφού τα ποσοστά της αυξάνονται κάθε χρόνο παγκοσμίως.

Η κλινική κατάθλιψη είναι μια ψυχική διαταραχή που περιλαμβάνει τη μείζονα κατάθλιψη, τη μανιο-κατάθλιψη (διπολική διαταραχή) και τη δυσθυμία, μια ελαφρότερη μορφή κατάθλιψης, που διαρκεί για μεγάλο χρονικό διάστημα και χαρακτηρίζεται από ένα αίσθημα δυσφορίας και στενοχώριας. Η κατάθλιψη κάνει το άτομο να χάσει την ευχαρίστηση από την καθημερινή του ζωή, μπορεί να έχει επιπτώσεις σε άλλες ιατρικές παθήσεις και μπορεί να είναι τόσο σοβαρή ώστε να οδηγήσει στην αυτοκτονία. Η κατάθλιψη μπορεί να συμβεί στον καθένα, σε οποιαδήποτε ηλικία, φύλο και σε άτομα οποιασδήποτε κοινωνικο-οικονομικής τάξης ή εθνικότητας.

Η κατάθλιψη δεν είναι ποτέ ένα κανονικό, υγιές κομμάτι της ζωής μας, όποια και αν είναι η ηλικία, το φύλο ή η κατάσταση της υγείας του ατόμου. Δυστυχώς, αν και η θεραπεία για την κατάθλιψη είναι τις περισσότερες φορές επιτυχημένη, λιγότερα από τα μισά άτομα που πάσχουν από αυτήν, 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.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο σύγχρονος τρόπος ζωής με τις συνεχόμενες απαιτήσεις έχει ως κύριο αποτέλεσμα την μεγάλη ψυχολογική πίεση στους ανθρώπους η οποία όταν εμπλέκεται και με άλλους παράγοντες μπορεί να πάρει την μορφή κατάθλιψης, μανίας, ψύχωσης και άλλων ψυχικών διαταραχών. Εμείς θα ασχοληθούμε με μια από αυτές την κατάθλιψη.

Ως κατάθλιψη ορίζεται η συναισθηματική κατάσταση έντονης και επίμονης θλίψης. Μπορεί να κυμαίνεται από ήπια θλίψη ως εξαιρετική απελπισία, ένα από τα πλέον συνηθισμένα προβλήματα ψυχικής υγείας. Εκατομμύρια άνθρωποι σε όλο τον κόσμο νοσούν από αυτή.

Κύρια συμπτώματα της κατάθλιψης είναι η μεγάλη ελάττωση του ενδιαφέροντος, η καταθλιπτική διάθεση, η δυσκολία στον ύπνο, οι διαταραχές στην όρεξη για φαγητό, η απώλεια ενδιαφέροντος για την ερωτική πράξη, η απώλεια ενεργητικότητας, οι ιδέες αυτοκτονίας και γενικά συμπτώματα όπως πονοκέφαλος, γαστρεντερολογικά προβλήματα.

Τα μέσα θεραπείας που αντιμετωπίζουν την κατάθλιψη χωρίζονται σε βιολογικά (φάρμακα) και σε ψυχολογικά (ψυχοθεραπεία). Αν και η θεραπεία για την κατάθλιψη τις περισσότερες φορές είναι επιτυχημένη, λιγότερα από τα μισά άτομα που πάσχουν από αυτή αναζητούν θεραπεία. Οι περισσότεροι υποφέρουν σιωπηλά πιστεύοντας ότι δεν είναι κάτι σοβαρό, ή πιστεύοντας ότι πρόκειται για μια προσωπική τους αδυναμία για την οποία ντρέπονται και προσπαθούν να την κρατήσουν μυστική.

Σκοπός αυτής της εργασίας είναι η ενημέρωση για την αναγνώριση της κατάθλιψης και την αναζήτηση επαγγελματικής βοήθειας, ώστε τελικά αυτός που υποφέρει να ξαναβρεί τη ζωή του και να ξαναγίνει παραγωγικός και ευτυχισμένος.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	ii
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	iii
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	vii
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	1
ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΚΑΙ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ	1
Νευρώνες.....	1
Δυναμικά ενέργειας.....	2
Νευροδιαβιβαστές.....	2
Το κεντρικό νευρικό σύστημα	3
Ο Εγκέφαλος.....	3
Κοιλίες.....	4
Εγκεφαλονωτιαίο υγρό.....	4
Μήνιγγες.....	5
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	6
ΟΡΙΣΜΟΣ	6
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	8
ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ	8
Γενετικοί Παράγοντες.....	8
Βιολογικοί Παράγοντες.....	8
Ψυχοκοινωνικοί Παράγοντες.....	9
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	10
ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	10
Μεγάλη ελάττωση του ενδιαφέροντος ή της ευχαρίστησης	10

Καταθλιπτική Διάθεση,.....	10
Δυσκολία στον ύπνο.	10
Διαταραχές στην όρεξη για φαγητό.....	11
Απώλεια του ενδιαφέροντος για σεξ.	11
Απώλεια των δυνάμεων και της ενεργητικότητας.	11
Αδυναμία συγκέντρωσης, σκέψης, μνήμης ή λήψης αποφάσεων.....	11
Ιδέες ενοχής, αυτομομφής και αναξιότητας.....	11
Ανησυχία και απαισιοδοξία για το μέλλον.	11
Ιδέες αυτοκτονίας.....	11
Γενικά σωματικά συμπτώματα.	11
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5	13
ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ	13
Μελαγχολία (ενδογενής κατάθλιψη).....	13
Αντιδραστική κατάθλιψη:.....	13
Καλυμμένη κατάθλιψη:	14
Αγχώδης κατάθλιψη	14
Δυσθυμική διαταραχή	14
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6	15
ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΜΑΝΙΑΣ	15
Υπομανία:.....	15
Παραληρητική μανία	15
Χρόνια μανία	15
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7	16
ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΜΑΝΙΟΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ	16
Μικτή μορφή.....	16
Κυκλοθυμική διαταραχή.....	16
Διπολική διαταραχή	16
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8	17
ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ	17

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9	18
ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ	18
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10	20
ΔΙΑΓΝΩΣΗ	20
Αλλαγή στη διάθεση	20
Αλλαγές στη σωματική ευεξία	20
Αλλαγές στον τρόπο σκέψης.....	20
Αλλαγές στην καθημερινότητα	21
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11	22
ΘΕΡΑΠΕΙΑ	22
Η θεραπεία της κατάθλιψης συνήθως περιλαμβάνει δύο στάδια :	22
Είδη θεραπείας υπάρχουν για την κατάθλιψη; Οι κύριοι τύποι θεραπείας είναι οι εξής :	23
Ψυχοθεραπεία.....	23
Άλλοι επί μέρους στόχοι της ψυχοθεραπείας είναι:.....	24
Η ψυχοθεραπεία μπορεί να μας βοηθήσει:.....	24
Φαρμακευτική αγωγή.....	28
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12	31
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	31
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	45
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	47

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η μανία και η κατάθλιψη (οι όροι ήταν μανία και μελαγχολία) ήταν γνωστές από την αρχαιότητα, παρ'ότι αντιστοιχούσαν σε κλινικές οντότητες ελαφρώς διαφορετικές από αυτές που αποδεχόμαστε σήμερα. Σύμφωνα με τη θεωρία των χυμών της ιπποκρατικής ιατρικής, η μελαγχολία ήταν αποτέλεσμα της μαύρης χολής η οποία επικρατούσε στο σώμα του ασθενούς στη συγκεκριμένη πάθηση. Χαρακτηριζόταν από απώλεια όρεξης, έλλειψη δυναμισμού, αϋπνία, ευερεθιστότητα και ανησυχία.

Ο Jean Pierre Philippe Equirol (1772-1840) ήταν ο πρώτος ψυχίατρος στη σύγχρονη ιστορία της ιατρικής που διέκρινε τη διαταραχή στο συναίσθημα ως πρωτογενές στοιχείο της κατάθλιψης, ενώ τότε η μελαγχολία θεωρείτο μορφή τρέλας, δηλαδή διαταραγμένης σκέψης.

Ο Jean Pierre Falret ήταν αυτός που αναγνώρισε το 1854 τον κλινικό συνδυασμό της μανίας και της κατάθλιψης στην ψυχοπαθολογική οντότητα που ονόμασε κυκλική τρέλα.

Ο δε Emil Kraepelin, στα τέλη του 19^{ου} αιώνα, συνένωσε όλες τις μορφές των συναισθηματικών διαταραχών υπό τον όρο μανιοκαταθλιπτική ψύχωση. Έκτοτε αναγνωρίστηκαν ηπιότερες μορφές συναισθηματικών διαταραχών, όπως οι νευρωσικές ή οι αντιδραστικές καταθλίψεις.

Το 1962, στη κατηγορία των κυκλικών ψυχώσεων, έγινε ο διαχωρισμός ανάμεσα στις διπολικές και στις μονοπολικές μορφές. Οι σύγχρονες νοσολογικές ταξινομήσεις, ευρωπαϊκές και αμερικάνικες, ποικίλλουν αφ' ενός όσον αφορά τα όρια ανάμεσα τις θυμικές διαταραχές και τη σχιζοφρένεια, τις νευρώσεις και τις διαταραχές και τη σχιζοφρένεια, τις νευρώσεις και τις διαταραχές της προσωπικότητας και αφ' ετέρου σε σχέση με τις υποδιαίρεσεις των θυμικών διαταραχών που αποδέχονται. Παραμένει επίκαιρο το ερώτημα αν οι διάφοροι τύποι των θυμικών διαταραχών είναι κλινικά και αιτιοπαθογενετικά διακριτές κλινικές οντότητες ή αν πρόκειται για κλινικά σύνδρομα που συνιστούν μια συνέχεια, "ποσοτικά" διαβαθμισμένα, και οι οποίες μπορούν να εξελιχθούν, στο ίδιο άτομο, από τη μία μορφή στην άλλη. (Χαρτοκόλλης.Π.1986)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΚΑΙ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Το νευρικό σύστημα διαιρείται σε δύο περιοχές : το κεντρικό νευρικό σύστημα (ΚΝΣ), το οποίο αποτελείται από τον εγκέφαλο και το νωτιαίο μυελό, και το περιφερικό νευρικό σύστημα (ΠΝΣ), το οποίο αποτελείται από τα κρανιακά νεύρα, τα νωτιαία νεύρα και το αυτόνομο νευρικό σύστημα. Αυτές οι δύο αλληλοδιαπλεκόμενες σε μεγάλο βαθμό περιοχές αποτελούνται από δύο μόνο τύπους κυττάρων: τους νευρώνες, οι οποίοι δέχονται τα ερεθίσματα και τα μεταβιβάζουν σε άλλους νευρώνες, και από τα νευρογλοιακά κύτταρα, τα οποία τρέφουν και προστατεύουν τους νευρώνες.(Bergeret, G. 1979).

Νευρώνες



Κάθε νευρώνας αποτελείται από τους δενδρίτες, το κυτταρικό σώμα και τον άξονα. Οι δενδρίτες είναι βραχείες αποφύσεις του σώματος του κυττάρου που μεταφέρουν τα ερεθίσματα προς το σώμα του κυττάρου (προσαγωγός ή κεντρομόλος οδός). Τα σώματα των κυττάρων, τα περισσότερα εκ των οποίων βρίσκονται στο ΚΝΣ, είναι συγκεντρωμένα σε γάγγλια ή πυρήνες. Τα κυτταρικά σώματα και οι δενδρίτες αποτελούν αυτό που συνήθως αποκαλείται φαιά ουσία του ΚΝΣ. Ο άξονας (ή νευράξονας) είναι μια μακρά απόφυση, η οποία μεταφέρει τα ερεθίσματα μακριά από το σώμα του κυττάρου (απαγωγός ή φυγόκεντρος οδός). Πολλοί άξονες καλύπτονται από μια λευκή λιπιδιακή ουσία, το έλυτρο μυελίνης. Το έλυτρο αυτό της μυελίνης κατά διαστήματα διακόπτεται από αμύελες περιοχές που ονομάζονται κόμβοι του Ranvier. Οι κόμβοι αυτοί επιτρέπουν την κίνηση των ιόντων μεταξύ του άξονα και του εξωκυττάρου υγρού. Το έλυτρο της μυελίνης χρησιμεύει στην αύξηση της ταχύτητας

μετάδοσης της νευρικής ώσης κατά μήκος των αξόνων και είναι απαραίτητο για την επιβίωση των μεγάλων νευρικών αποφύσεων. Οι εμμύελες νευρικές ίνες απαρτίζουν τη λευκή ουσία του εγκεφάλου και του νωτιαίου μυελού.

Δυναμικά ενέργειας

Τα δυναμικά ενεργείας είναι ώσεις (κινήσεις ηλεκτρικού φορτίου κατά μήκος της μεμβράνης του άξονα), οι οποίες επιτρέπουν στους νευρώνες να επικοινωνούν με άλλους νευρώνες και κύτταρα του οργανισμού. Πυροδοτούνται από διάφορα ερεθίσματα και διαδίδονται χάρη στην ταχεία κίνηση των φορτισμένων ιόντων διαμέσου της κυτταρικής μεμβράνης. Όταν ένας νευρώνας φθάσει σε ορισμένο επίπεδο ερεθισμού, πυροδοτείται μια ηλεκτρική ώση που μεταφέρεται κατά μήκος του άξονά του. Η κίνηση των ώσεων προς και από το ΚΝΣ γίνεται μέσω των προσαγωγών και απαγωγών νευρώνων. Οι προσαγωγοί ή αισθητικοί νευρώνες συνδέονται με υποδοχείς στο δέρμα, τους μύες και άλλα όργανα και μεταφέρουν ώσεις προς το ΚΝΣ. Οι απαγωγοί ή κινητικοί νευρώνες μεταφέρουν ώσεις από το ΚΝΣ προς την περιφέρεια με σκοπό την πρόκληση κάποιας δράσης.

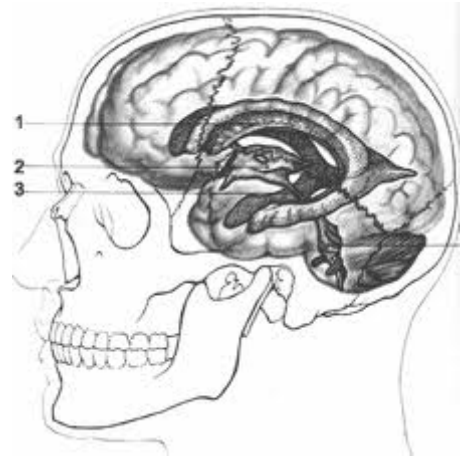
Οι νευρικές ώσεις δημιουργούνται όταν ένα ερέθισμα φθάσει σε μια ένταση ικανή να προκαλέσει μεταβολή στο ηλεκτρικό δυναμικό εκατέρωθεν της κυτταρικής μεμβράνης ενός νευρώνα. Όταν ο νευρώνας δεν συμμετέχει στη μεταφορά κάποιας ώσης, βρίσκεται σε κατάσταση ηρεμίας, ή πόλωσης, στην οποία ο αριθμός των θετικών ιόντων που βρίσκονται έξω από την κυτταρική μεμβράνη είναι μεγαλύτερος από τον αριθμό των θετικών ιόντων που είναι μέσα στο κύτταρο. Οι κύριοι ρυθμιστές του δυναμικού της μεμβράνης είναι το νάτριο και το κάλιο: το νάτριο είναι το κύριο θετικό ιόν στο εξωκυττάριο υγρό και το κάλιο είναι το κύριο θετικό ιόν στο ενδοκυττάριο.

Νευροδιαβιβαστές

Οι νευροδιαβιβαστές είναι οι χημικοί μεσολαβητές του νευρικού συστήματος. Όταν το δυναμικό ενεργείας φθάνει στο τέλος του άξονα, στο προσυναπτικό άκρο μιας σύναψης, απελευθερώνεται ένας νευροδιαβιβαστής που διασχίζει τη συναπτική σχισμή προκειμένου να συνδεθεί με υποδοχείς στο δένδριτη ή το κυτταρικό σώμα του μετασυναπτικού νευρώνα. Ο νευροδιαβιβαστής μπορεί να είναι είτε ανασταλτικός είτε διεγερτικός. Ο διεγερτικός νευροδιαβιβαστής είναι σχεδόν πάντοτε η ακετυλοχολίνη, η οποία διασπάται γρήγορα από το ένζυμο ακετυλοχολινεστεράση. Η νορεπινεφρίνη είναι ένας ακόμη κύριος νευροδιαβιβαστής, που μπορεί να είναι είτε διεγερτικός είτε ανασταλτικός.

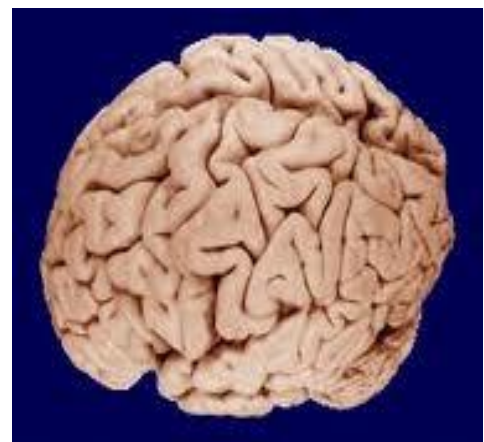
Το κεντρικό νευρικό σύστημα

Το κεντρικό νευρικό σύστημα αποτελείται από τον εγκέφαλο και το νωτιαίο μυελό, εξαιρετικά ανεπτυγμένα σύνολα νευρώνων που δέχονται, αλληλοσυσχετίζονται και ερμηνεύουν τις νευρικές ώσεις που προέρχονται από τα διάφορα μέρη του σώματος, παράγοντας και την ανάλογη αντίδραση.



Ο Εγκέφαλος

Ο εγκέφαλος είναι το κέντρο ελέγχου του νευρικού συστήματος που παράγει τις σκέψεις, τα συναισθήματα και το λόγο. Έχοντας βάρος κατά μέσο όρο 1,4 με 1,8 κιλά, ο εγκέφαλος περιβάλλεται από το κρανίο, μια οστέινη κατασκευή που παρέχει στήριξη και προστασία. Ο εγκέφαλος αποτελείται από 4 κύριες περιοχές: τα ημισφαίρια, το διεγκέφαλο, το στέλεχος και την παρεγκεφαλίδα.



Τα δύο ημισφαίρια του εγκεφάλου καλύπτουν το 60% περίπου του συνολικού του βάρους. Η επιφάνεια των ημισφαιρίων χαρακτηρίζεται από τις αναδιπλώσεις της εγκεφαλικής ουσίας, που σχηματίζουν τις λεγόμενες έλικες και αύλακες του εγκεφάλου. Βαθιές αύλακες, που λέγονται σχισμές, διαιρούν περαιτέρω τα ημισφαίρια. Η επιμήκης σχισμή χωρίζει τα ημισφαίρια από την παρεγκεφαλίδα. Επιπλέον, κάθε ημισφαίριο διαιρείται στο μετωπιαίο, το βρεγματικό, τον κροταφικό και τον ινιακό λοβό.

Τα εγκεφαλικά ημισφαίρια συνδέονται μεταξύ τους με μια παχιά ταινία νευρικών ινών που καλείται μεσολόβιο, το οποίο εξασφαλίζει την επικοινωνία μεταξύ των ημισφαιρίων. Κάθε ημισφαίριο δέχεται αισθητικές κινήσεις και κινητικές ώσεις από το αντίθετο ημιμόριο του σώματος. Συνήθως, ένα από τα δύο ημισφαίρια είναι πιο ανεπτυγμένο από το άλλο. Οι περισσότεροι άνθρωποι έχουν πολύ πιο ανεπτυγμένο το αριστερό ημισφαίριο, το οποίο είναι υπεύθυνο για τον έλεγχο του λόγου. Το δεξιό ημισφαίριο ασκεί μεγαλύτερο έλεγχο σε μη λεκτικές αντιληπτικές λειτουργίες.

Ο εγκεφαλικός φλοιός αποτελεί την εξωτερική επιφάνεια των ημισφαιρίων. Αποτελείται από τα κυτταρικά σώματα των νευρώνων, αμύελες ίνες, νευρογλοία και αιμοφόρα αγγεία.

Ο διεγκέφαλος εντοπίζεται κάτω από τα ημισφαίρια και πάνω από το εγκεφαλικό στέλεχος. Αποτελείται από το θάλαμο, τον υποθάλαμο και τον επιθάλαμο. Στο θάλαμο αρχίζει η επεξεργασία των αισθητικών ερεθισμάτων προτού αυτά ανέβουν στον εγκεφαλικό φλοιό. Λειτουργεί δηλαδή ως σταθμός διαλογής, επεξεργασίας και προώθησης των εισερχόμενων ώσεων προς τη φλοιώδη περιοχή. Ο υποθάλαμος, τοποθετημένος κάτω από τον θάλαμο, ρυθμίζει τη θερμοκρασία του σώματος, το μεταβολισμό του ύδατος, την όρεξη, τις συναισθηματικές εκφράσεις, μέρος του κύκλου ύπνου-εγρήγορσης και τη δίψα. Ο επιθάλαμος σχηματίζει το ραχιαίο τμήμα του διεγκεφάλου και περιλαμβάνει το κωνάριο(επίφυση), που είναι μέρος του ενδοκρινικού συστήματος και επηρεάζει την ανάπτυξη και την εξέλιξη.

Κοιλίες

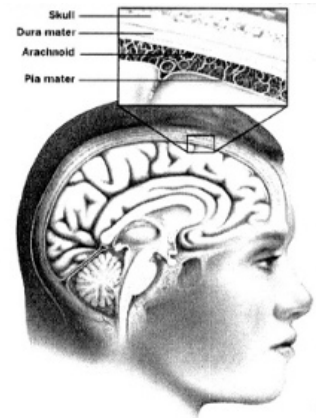
Ο εγκέφαλος περιέχει 4 κοιλίες, οι οποίες είναι χώροι γεμάτοι με εγκεφαλονωτιαίο υγρό (ENY). Οι κοιλίες επικοινωνούν με αγωγούς που επιτρέπουν στο ENY να κυκλοφορεί μεταξύ τους. Μέσα σε κάθε ημισφαίριο βρίσκεται από μία πλάγια κοιλία. Οι πλάγιες κοιλίες συνδέονται με την τρίτη ηλικία μέσω του τρήματος του Monro. Η τρίτη κοιλία επικοινωνεί με την τέταρτη κοιλία μέσω του υδραγωγού του εγκεφάλου, που διέρχεται μέσα από το μεσεγκέφαλο. Ο υδραγωγός του εγκεφάλου συνέχεται με τον κεντρικό σωλήνα του νωτιαίου μυελού.

Εγκεφαλονωτιαίο υγρό

Το εγκεφαλονωτιαίο υγρό (ENY) είναι διαυγές και άχρωμο και παράγεται από τα χοριοειδή πλέγματα, ομάδες δηλαδή τριχοειδών αγγείων μέσα στις κοιλίες του εγκεφάλου. Αποτελείται κατά τις 99% από νερό και περιέχει νάτριο, λέυκωμα, χλωριούχα, κάλιο, διττανθρακικά και γλυκόζη. Η συνήθης ποσότητα του ENY κυμαίνεται από 80-200ml και ανανεώνεται αρκετές φορές κάθε ημέρα, απορροφόμενο από τις αραχνοειδείς λάχνες. Το ENY κυκλοφορεί από τις πλάγιες κοιλίες των εγκεφαλικών ημισφαιρίων, προς την τρίτη κοιλία, και διαμέσου του μεσεγκεφάλου, προς την τέταρτη κοιλία.

Μήνιγγες

Το ΚΝΣ καλύπτεται και προστατεύεται από 3 μεμβράνες από συνδετικό ιστό, που λέγονται μήνιγγες. Οι μήνιγγες δημιουργούν διαμερίσματα μέσα στο κρανίο, περικλείουν τους φλεβώδεις κόλπους και περιέχουν ΕΝΥ. Οι μήνιγγες δημιουργούν διαμερίσματα μέσα στο κρανίο, περικλείουν τους φλεβώδεις κόλπους και περιέχουν ΕΝΥ. Οι μήνιγγες σχηματίζουν 3 στιβάδες. Η εξωτερική στιβάδα προσφύεται στην εσωτερική επιφάνεια του κρανίου και η εσωτερική στιβάδα είναι το εξωτερικό κάλυμμα του εγκεφάλου. Η εξωτερική, διπλή στιβάδα είναι η σκληρή μήνιγγα. Η μεσαία στιβάδα είναι η αραχνοειδής μήνιγγα, η οποία σχηματίζει έναν χώρο που περιέχει ΕΝΥ και όπου πορεύονται όλα τα κύρια αιμοφόρα αγγεία του εγκεφάλου. Η εσωτερική στιβάδα, η χοριοειδής μήνιγγα, προσκολλάται στον εγκέφαλο και περιέχει πολλά μικρής διαμέτρου αγγεία. (McGeown, J.G.2008).



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2



ΟΡΙΣΜΟΣ

Κατάθλιψη είναι η συναισθηματική κατάσταση έντονης και επίμονης θλίψης. Μπορεί να κυμαίνεται από ήπια θλίψη ως εξαιρετική απελπισία, ένα από τα πλέον συνηθισμένα προβλήματα ψυχικής υγείας. Η κατάθλιψη είναι η συχνότερη ψυχική διαταραχή. Εκατομμύρια άνθρωποι σε όλο τον κόσμο νοσούν από αυτήν. Σύμφωνα με εκτιμήσεις του ΠΟΥ το έτος 2020 θα αποτελεί παγκοσμίως τη δεύτερη σε συχνότητα αιτία θανάτου και αναπηρίας

Η κατάθλιψη είναι η πιο διαδεδομένη ψυχική πάθηση στην εποχή μας (σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας αγγίζει το 15% έως 20% ανεξαρτήτου ηλικίας και φύλου) και παρουσιάζεται σε ήπια, μέτρια και βαριά μορφή. Οι σύγχρονοι ρυθμοί ζωής, η κοινωνική αποξένωση και η έλλειψη ισχυρών οικογενειακών δεσμών είναι βασικοί παράγοντες που είτε δημιουργούν είτε εντείνουν μία τέτοια κατάσταση. Βασικότερο χαρακτηριστικό για την διαπίστωση καταθλιπτικών συμπτωμάτων είναι η γνωστική τριάδα: 1)Αρνητικές σκέψεις για τον εαυτό του. 2)Αρνητικές σκέψεις για την κοινωνία και το κοινωνικό περιβάλλον 3)Αρνητικές σκέψεις για το μέλλον

Ένας άνθρωπος που πάσχει από κατάθλιψη μπορεί να έχει και τα τρία αυτά χαρακτηριστικά ή ένα συνδυασμό αυτών. Τα βασικά συμπτώματα της νόσου είναι τα ακόλουθα αισθήματα:

1) Κατωτερότητας (αίσθημα χαμηλής αυτοεκτίμησης – οι άλλοι είναι ανώτεροι από τον ίδιο) 2) Λύπης (αίσθημα μελαγχολίας, που μπορεί να εκφραστεί με κλάματα, απομόνωση, διαταραχή στον ύπνο κλπ) 3) Ενοχής

(αίσθημα πως φταίει για όλα όσα συμβαίνουν και πως πρέπει να τιμωρηθεί) 4) Εκνευρισμού (κάποιες φορές παρατηρείται επιθετικότητα, θυμός κλπ).

Σε πολύ σοβαρές μορφές κατάθλιψης μπορεί να υπάρξουν σκέψεις και πράξεις αυτοτιμωρίας, αυτοτραυματισμού, αυτοκτονικότητας ή αυτοκτονικού ιδεασμού καθώς και να παρατηρηθούν ψευδαισθήσεις.

Η έγκαιρη διάγνωση της κατάθλιψης αποτελεί σημαντικό παράγοντα πρόληψης αυτών των οριακών και επικίνδυνων καταστάσεων και καθορίζει την αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητα των θεραπευτικών παρεμβάσεων. (Χριστοδούλου, Γ.Ν.2001).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Δεν υπάρχει ένα και μοναδικό αίτιο που θα μπορούσε να ενοχοποιηθεί για την εμφάνιση των καταθλιπτικών επεισοδίων. Η κατάθλιψη είναι μια νόσος πολυπαραγοντική και οφείλεται στην αλληλεπίδραση γενετικών, βιολογικών και ψυχοκοινωνικών παραγόντων. Οι βαρύτερες μορφές της προκαλούνται κυρίως από βιολογικούς παράγοντες, ενώ οι ηπιότερες από ψυχοκοινωνικούς.

Γενετικοί Παράγοντες

Οι επιδημιολογικές έρευνες που έχουν γίνει σε οικογένειες και διδύμους καθώς και οι μελέτες υιοθεσίας κατέδειξαν ότι ο κίνδυνος νόσησης (η πιθανότητα δηλαδή να νοσήσει κάποιος) από κατάθλιψη είναι: Για τους συγγενείς πρώτου βαθμού (γονείς, αδέρφια, παιδιά) περίπου τριπλάσιος από το γενικό πληθυσμό. Για τους συγγενείς δεύτερου βαθμού (παππούδες, εγγόνια, θείοι, ανίψια, ετεροθαλή αδέρφια) διπλάσιος από το γενικό πληθυσμό. Για τους συγγενείς τρίτου βαθμού (πρώτα ξαδέλφια) ελαφρώς αυξημένος σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Η επικρατέστερη, σήμερα, άποψη είναι ότι κληρονομείται μια ευαισθησία (ευαλωτότητα) για τη νόσο, η οποία θα εκδηλωθεί εάν επιδράσουν ψυχοκοινωνικοί στρεσογόνοι παράγοντες.

Βιολογικοί Παράγοντες

Από τη δεκαετία του '50, ήδη, έχουν προκύψει από ερευνητικά δεδομένα ισχυρές ενδείξεις, που κατοχυρώνουν το ρόλο ουσιών, των νευροδιαβιβαστών, στην αιτιοπαθογένεια της κατάθλιψης. Οι νευροδιαβιβαστές είναι βιοχημικές ουσίες, μέσω των οποίων επικοινωνούν τα νευρικά κύτταρα του εγκεφάλου. Το ερευνητικό ενδιαφέρον έχει εστιασθεί στους νευροδιαβιβαστές σεροτονίνη και νοραδρεναλίνη και διαπιστώθηκε ότι στην κατάθλιψη τα νευροδιαβιβαστικά αυτά συστήματα υπολειτουργούν. Ο μηχανισμός δράσης, άλλωστε, των περισσότερων αντικαταθλιπτικών φαρμάκων, τα οποία δρουν ενισχύοντας την νευροδιαβίβαση που επιτελείται μέσω της σεροτονίνης και της νοραδρεναλίνης, έρχεται να συμφωνήσει με την υπόθεση αυτή.

Επίσης μερικές μη ψυχιατρικές νόσοι του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος (Κ.Ν.Σ.), όπως η νόσος του Parkinson, η επιληψία, τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, οι όγκοι, που επηρεάζουν τη λειτουργία περιοχών του εγκεφάλου οι οποίες ρυθμίζουν το συναίσθημα, εκδηλώνονται με καταθλιπτικά συμπτώματα. Ενδοκρινικές διαταραχές (π.χ. υποθυρεοειδισμός, νόσος του Cushing), λοιμώδη και αυτοάνοσα νοσήματα (πνευμονία, λοιμώδη μονοπυρήνωση, φυματίωση,

ρευματοειδής αρθρίτιδα, συστηματικός ερυθηματώδης λύκος, AIDS), αναιμίες καθώς και όγκοι του γαστρεντερικού (π.χ. καρκίνος της κεφαλής του παγκρέατος) εκδηλώνονται επίσης με καταθλιπτικά συμπτώματα.

Αρκετές εξαρτησιογόνες ουσίες (ιδιαίτερα η κοκαΐνη και το αλκοόλ) και φάρμακα (αντιφλεγμονώδη, αναλγητικά, αντιυπερτασικά, κυτταροστατικά, ορμόνες και νευρολογικά) μπορεί να προκαλέσουν κατάθλιψη.

Ψυχοκοινωνικοί Παράγοντες

Από ερευνητικά δεδομένα ότι οι τραυματικές εμπειρίες στα πρώτα χρόνια της ζωής, ιδιαίτερα η στέρηση των γονέων, η αδυναμία τους να εκπληρώσουν το γονεϊκό ρόλο, οι συγκρουσιακές ενδοοικογενειακές σχέσεις, η έκθεση σε σωματική ή φυσική βία καθιστούν το άτομο επιρρεπές στο να αναπτύξει κατάθλιψη στο μέλλον. Τα στρεσογόνα γεγονότα ζωής είναι δυνατόν να δράσουν ως εκλυτικοί παράγοντες σε άτομα με πρώιμες τραυματικές εμπειρίες ή σε άτομα εκτεθειμένα σε χρόνιες ψυχοπιεστικές καταστάσεις, οι οποίες συνιστούν προδιαθεσικούς -για την εμφάνιση της κατάθλιψης- παράγοντες. Τέτοια γεγονότα είναι αυτά που εκλαμβάνονται από το άτομο ως απειλητικά και επικίνδυνα, εκείνα που συνδέονται με απώλειες (π.χ. χωρισμός) και εκείνα που αποτυπώνουν δυσαρμονία στις σχέσεις με τα σημαντικά πρόσωπα της ζωής του. Ο τρόπος, τέλος, με τον οποίο οι άνθρωποι σκέφτονται, αντιλαμβάνονται και αναπαριστούν τον κόσμο και την πραγματικότητα μπορεί να οδηγήσει σε κατάθλιψη, να επιδεινώσει την συμπτωματολογία της και να επιμηκύνει την διάρκειά της. (Thomas L. Schwartz, Timothy Peterson ,2000).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4



ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Τα κύρια συμπτώματα που μπορεί να εμφανίζει κάποιος όταν έχει κατάθλιψη περιλαμβάνουν τα ακόλουθα:

Μεγάλη ελάττωση του ενδιαφέροντος ή της ευχαρίστησης

Σε όλες ή σχεδόν όλες τις δραστηριότητες κατά το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας σχεδόν κάθε μέρα. Π.χ., μια μητέρα έχασε το ενδιαφέρον της να φροντίσει το μικρό της παιδί, να καθαρίσει το σπίτι της, να βγει έξω να ψωνίσει με μια φίλη της, να ντυθεί όμορφα, πράγματα που πριν την ευχαριστούσαν πολύ. Η αλλαγή αυτή στην συμπεριφορά της είχε γίνει πολύ αντιληπτή από το στενό της περιβάλλον.

Καταθλιπτική Διάθεση,

Κατά το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας σχεδόν κάθε ημέρα όπως φαίνεται είτε με υποκειμενική εκτίμηση είτε σύμφωνα με τις παρατηρήσεις των άλλων (π.χ., ο ασθενής κλαίει συχνά και φαίνεται πολύ στεναχωρημένος). Όπως αναφέρθηκε πιο πάνω από αυτό το σύμπτωμα πήρε και την γενικότερη ονομασία της η διαταραχή αυτή.

Δυσκολία στον ύπνο.

Η διαταραχή αυτή του ύπνου μπορεί να έχει πολλές μορφές. Π.χ., μερικοί ασθενείς δεν μπορούν να κοιμηθούν καθόλου, άλλοι κάνουν πολύ ακανόνιστο ύπνο, ξυπνούν δηλαδή πολλές φορές κατά την διάρκεια της νύχτας. Χαρακτηριστικό όμως της κατάθλιψης είναι ότι οι ασθενείς ξυπνούν από πολύ πρωί, π.χ. από τις 4 η ώρα και δεν ξανακοιμούνται. Αυτή η πρόωμη αφύπνιση όπως λέγεται εμφανίζεται πιο συχνά στην κατάθλιψη.

Διαταραχές στην όρεξη για φαγητό.

Συνήθως η κατάθλιψη προκαλεί απώλεια της όρεξης για φαγητό με αποτέλεσμα απώλεια βάρους, π.χ., ένας ασθενής 75 κιλών μπορεί να έχει χάσει σ' ένα μήνα πάνω από 5 κιλά. Σε μια μικρή ομάδα ασθενών προκαλείται το αντίθετο σύμπτωμα, δηλαδή υπερφαγία.

Απώλεια του ενδιαφέροντος για σεξ.

Τυπικό σύμπτωμα της κατάθλιψης η απώλεια του ενδιαφέροντος για την ερωτική πράξη. Ας σημειωθεί ότι εδώ αναφερόμαστε στην διάθεση για σεξ και όχι στο αν γίνεται ή όχι η ερωτική πράξη. Π.χ., μια γυναίκα με κατάθλιψη μπορεί να κάνει έρωτα με τον σύζυγό της γιατί εκείνος το θέλει, αλλά η ίδια αν ερωτηθεί θα πει ότι δεν το επιθυμεί καθόλου και δεν της προκαλεί καμιά ευχαρίστηση.

Απώλεια των δυνάμεων και της ενεργητικότητας.

Ο ασθενής με κατάθλιψη νιώθει σαν να τον έχουν εγκαταλείψει οι δυνάμεις του, αισθάνεται κουρασμένος όλη την ώρα και γι' αυτό πολλές φορές κάθεται στην καρέκλα και δεν κάνει τίποτα. Μερικοί ασθενείς μπορεί από την άλλη να εμφανίζουν έντονη ανησυχία και άγχος, σαν κάτι κακό να πρόκειται να συμβεί.

Αδυναμία συγκέντρωσης, σκέψης, μνήμης ή λήψης αποφάσεων.

Ο ασθενής με κατάθλιψη δεν μπορεί να συγκεντρωθεί εύκολα. Το μυαλό του φαίνεται να είναι απασχολημένο με άλλες ιδέες και σκέψεις.

Ιδέες ενοχής, αυτομομφής και αναξιοσύνης.

Ο ασθενής με κατάθλιψη τυπικά πιστεύει ότι ο ίδιος φταίει για την τροπή που έχει πάρει η ζωή του, όλα είναι δικό του λάθος. Νιώθει ότι η κατάσταση που περνάει είναι σαν ένα είδος τιμωρίας για πράγματα που έκανε στο παρελθόν. Μπορεί να νιώθει ότι δεν αξίζει τίποτε σαν άνθρωπος, ότι είναι ένα μηδενικό.

Ανησυχία και απαισιοδοξία για το μέλλον.

Ο ασθενής με κατάθλιψη χρωματίζει το μέλλον του με μαύρα χρώματα. Πιστεύει ότι πολύ δύσκολα θα αλλάξει η κατάσταση της ζωής του.

Ιδέες αυτοκτονίας.

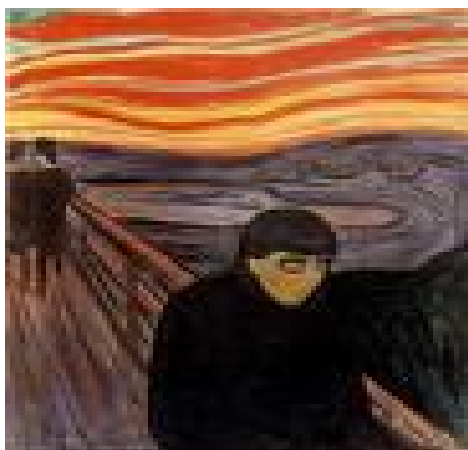
Μερικές φορές ο ασθενής νιώθει τόσο απελπισμένος και αβοήθητος που μπαίνουν στο μυαλό του ιδέες αυτοκτονίας. Ο κίνδυνος αυτοκτονίας είναι αυξημένος σε ασθενείς με σοβαρή κατάθλιψη.

Γενικά σωματικά συμπτώματα.

Πολλοί ασθενείς με κατάθλιψη αναφέρουν μια ποικιλία από σωματικά συμπτώματα όπως πονοκεφάλους, πόνους γενικά στο σώμα τους, προβλήματα από το γαστρεντερικό κ.λπ. Πολλές φορές τα συμπτώματα αυτά τους οδηγούν σε διάφορους γιατρούς ή στα νοσοκομεία. Χαρακτηριστικό είναι ότι ύστερα από την εξέταση τα συμπτώματα δεν μπορούν να εξηγηθούν

και αποδίδονται από τον γιατρό σε άγχος ή κόπωση. Δεν είναι ανάγκη να έχει κανείς όλα τα συμπτώματα για να θεωρηθεί ότι πάσχει από κατάθλιψη. Οι ειδικοί θεωρούν ότι 5 ή περισσότερα συμπτώματα, εκ των οποίων τουλάχιστον ένα από τα δύο πρώτα, φτάνουν για να μπει η διάγνωση. (www.mediocre.gr, www.katathlipsi.gr)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5



ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Μελαγχολία (ενδογενής κατάθλιψη)

Χαρακτηρίζεται από το ότι δεν συνδέεται εμφανώς με κάποιο προηγούμενο ψυχολογικό στρες που θα μπορούσε να την είχε προκαλέσει αν και αναγνωρίζεται πλέον όχι συχνά ενδογενείς και εξωγενείς παράγοντες συνεισφέρουν από κοινού στην έκλυση της. Περιλαμβάνει συνήθως έντονα καταθλιπτικά συμπτώματα και, σε σοβαρές περιπτώσεις, υποδύεται την ψυχωτική μορφή, που περιλαμβάνει παραλήρημα και παραισθήσεις. Μπορεί να αποτελέσει (1) ένα μοναδικό επεισόδιο, (2) να πρόκειται για μια περιοδική διαταραχή που περιλαμβάνει μόνο καταθλιπτικά επεισόδια, οπότε αποτελεί τη μονοπολική μορφή της μανιοκαταθλιπτικής διαταραχής, ή (3) να εναλλάσσεται περιοδικά με μανιακά επεισόδια οπότε τοποθετείται στο πλαίσιο της διπολικής διαταραχής,

Αντιδραστική κατάθλιψη:

Συνδέεται με προηγούμενο στρεσογόνο παράγοντα, ο οποίος μπορεί να την προκαλέσει άμεσα ή με κάποια καθυστέρηση. Η νευρωσική μορφή χαρακτηρίζεται από ορισμένες ιδιαίτερες κλινικές εκδηλώσεις που είναι απόρροια της νευρωσικής δομής του ατόμου αλλά επίσης και από το γεγονός ότι η καταθλιπτική αντίδραση είναι περισσότερο συνέπεια της ευάλωτης, νευρωσικής προσωπικότητας και λιγότερο του στρεσογόνου παράγοντα, ο οποίος υπό φυσιολογικές συνθήκες θα είχε ίσως αντιμετωπιστεί. Η επιλόχεια κατάθλιψη είναι ένας άλλος τύπος αντιδραστικής κατάθλιψης, που εκδηλώνεται μετά τον τοκετό.

Πρέπει να διευκρινιστεί ότι ο ενδογενής και ο αντιδραστικός χαρακτήρας της

καταθλιπτικής αντίδρασης δεν αλληλοαποκλείονται πλέον, αφού συχνά αναγνωρίζονται ως συμπληρωματικοί. Μπορεί δηλαδή ένα καταθλιπτικό επεισόδιο να είναι συνέπεια του συνδυασμού προδιάθεσης και επίδρασης στρεσογόνου παράγοντα.

Καλυμμένη κατάθλιψη:

Εδώ η καταθλιπτική αντίδραση

Εκδηλώνεται μέσα από σωματικά ισοδύναμα, ενώ η αναγνώριση και η εκδήλωση του καταθλιπτικού βιώματος είναι περιορισμένες.

Αγχώδης κατάθλιψη

Το άγχος κατέχει μια προεξάρχουσα θέση έναντι του καταθλιπτικού βιώματος που καταλαμβάνει μικρό χώρο στη συμπτωματολογία.

Δυσθυμική διαταραχή

Χαρακτηρίζεται από τη χρονιότητα (περισσότερο από 2 χρόνια) η οποία έχει πάρει τη μορφή μιας καθημερινότητας, σχεδόν αποδεκτής από το άτομο, ως "φυσιολογικής κατάστασης". Μπορεί να προκύψει μετά από αποδρομή επεισοδίου ενδογενούς κατάθλιψης ή να συνδέεται με παθολογική, ευάλωτη προσωπικότητα. (Χριστοδούλου, Ν. και Συνεργάτες 2000)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6



ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΜΑΝΙΑΣ

Υπομανία:

Πρόκειται για ήπια μορφή μανίας που χαρακτηρίζεται από ευφορία, υπερδραστηριότητα και άρση των αναστολών. Είναι πάντοτε περιοδική διαταραχή δηλαδή δεν εμφανίζεται ως μοναδικό επεισόδιο και πολύ συχνά πρόκειται για διπολική διαταραχή δηλαδή εναλλάσσεται σε φάσεις κατάθλιψης.

Παραληρητική μανία

Εδώ τα μανιακά στοιχεία είναι πιο έντονα και συνδέονται από επιπτώσεις στη φυσική κατάσταση το ασθενούς εξαιτίας της υπερδραστηρικότητας συνυπάρχουν δε παραλήρημα η σύγχυση και, συχνά, ψευδαισθήσεις. Και αυτή η μορφή μανίας είναι περιοδική και συχνότατα εκδηλώνεται στο πλαίσιο μιας διπολικής διαταραχής, δηλαδή αρκετές φορές εναλλάσσονται με καταθλιπτικά επεισόδια.

Χρόνια μανία

Πρόκειται για χρόνια κατάσταση στην οποία εκλείπει προοδευτικά το ευφορικό στοιχείο για να παραμείνει κάποια ευρεθιστότητα που συνοδεύεται από ιδέες μεγαλείου και από κάποια παρανοϊκής μορφής πεποίθηση ότι το περιβάλλον εμποδίζει το άτομο να αναδειχθεί στο ύψος των ικανοτήτων του. (Georgotas, A. and Cancro, R. (eds), 1988).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7



ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΜΑΝΙΟΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Μικτή μορφή

Περιλαμβάνει συνδυασμό μανιακών και καταθλιπτικών συμπτωμάτων , που συνυπάρχουν ταυτόχρονα ή εναλλάσσονται ταχύτατα.

Κυκλοθυμική διαταραχή

Χαρακτηρίζεται από τη χρόνια εναλλαγή υπομανιακών και καταθλιπτικών επεισοδίων(όπως περιγράφηκαν ανωτέρω), που όμως δεν περιλαμβάνουν ιδιαίτερα έντονα συμπτώματα.

Διπολική διαταραχή

Περιλαμβάνει χρόνια εναλλαγή μανιακών και καταθλιπτικών επεισοδίων (όπως περιγράφηκαν ανώτερο) που χαρακτηρίζονται από μέση ή έντονη βαρύτητα.(Karlan,H.I., Saddock ,B. J. 1989)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Η εκτίμηση της ακριβούς επιδημιολογικής επίπτωσης των θυμικών διαταραχών γενικότερα και της κατάθλιψης ειδικότερα, είναι αρκετά πολύπλοκη υπόθεση αν ληφθεί υπόψη η δυσκολία να γίνει η διάκριση ανάμεσα στις "φυσιολογικές" καταθλιπτικές αντιδράσεις στη ζωή μετά από σημαντικά επώδυνα ή μη, γεγονότα, και παθολογικές θυμικές υπερβάσεις, όπως επίσης και η συχνή συνύπαρξη της κατάθλιψης με άλλες ψυχοπαθολογικές διαταραχές(συνήθως άγχος), οπότε τίθεται το ερώτημα για το τι είναι πρωτογενές και τι δευτερογενές. Έξαλλου επιδημιολογικές δυσκολίες προκύπτουν και σε σχέση με την αναγνώριση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, εξαιτίας της ποικιλίας της καταθλιπτικής έκφρασης ανάλογα με τον πολιτισμικό περίγυρο, και ο οποίος εξαρτάται από πολλούς παράγοντες όπως η εθνική ταυτότητα, η κοινωνική τάξη, η Θρησκεία, η ιδεολογία και άλλα.

Έτσι υπολογίζεται σύμφωνα με αμερικανικές έρευνες, όσον αφορά το σύνολο των θυμικών διαταραχών, ότι ο επιπολασμός για όλη τη διάρκεια της ζωής (ποσοστό ανθρώπων επί του γενικού πληθυσμού που αναφέρουν ότι παρουσίασαν κάποιο είδος θυμική διαταραχή σε κάποια φάση της Ζώης τους) κυμαίνεται ανάμεσα στο 6 και στο 17%. Για την ειδική κλινική οντότητα της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής (που περιλαμβάνει ένα ή περισσότερα επεισόδια μελαγχολίας), η ετήσια επίπτωση (αριθμός νέων περιπτώσεων κατά τη διάρκεια της περιόδου ενός χρόνου) αντιστοιχεί στο 1,59% του γενικού πληθυσμού. Όσον Άφορα πιο ήπια καταθλιπτικά συμπτώματα, αυτά συναντούνται σε ένα αριθμό που αντιστοιχεί στο 8 με 20 % του πληθυσμού. (Bergeret,G.1979)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9

ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Φύλο

Όλες οι έρευνες έδειξαν μια υψηλότερη επίπτωση (δύο στις τρεις φορές) της κατάθλιψης στις γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες. Επιχειρήθηκαν διάφορες ερμηνείες για να εξηγηθεί αυτή η διαφορά. Υπήρξαν πρώτα από όλα επιχειρήματα που θεωρούσαν αυτά τα επιδημιολογικά δεδομένα μη έγκυρα. Έτσι αυτά αποδόθηκαν στο γεγονός ότι οι γυναίκες ζητούν περισσότερο εύκολα βοήθεια, απευθυνόμενες πιο συχνά στον ειδικό. Επίσης στο ότι οι άνδρες εκφράζουν με καλυμμένο τρόπο την κατάθλιψη τους, για παράδειγμα μέσα από αντικοινωνική συμπεριφορά ή με τη χρήση οινοπνεύματος.

Παρόλα αυτά υπάρχουν σημαντικές ενδείξεις ότι υφίσταται πραγματικά μια διαφορά ανάμεσα στα δύο φύλα. Μια ψυχοκοινωνική εξήγηση αποδίδει αυτή τη διαφορά στο υποτιθέμενο μεγαλύτερο στρες που υφίστανται οι γυναίκες στη ζωή τους σε σχέση με τους άνδρες εξαιτίας των πολλαπλών καθηκόντων, στις περισσότερες συχνές αρνητικές εμπειρίες που έχουν και στην περιορισμένη δυνατότητα που τους παρέχει η ζωή τους να υιοθετήσουν συμπεριφορές και να αποκτήσουν θέσεις που θα τους παρείχαν επιτυχία στο περιβάλλον τους.

Γενετικές και ορμονικές υποθέσεις, που σκόπευαν να ερμηνεύσουν αυτή τη διαφορά δεν κατέστη δυνατόν να επιβεβαιωθούν.

Αντίθετα με αυτή τη διαφορά ανάμεσα στα δύο φύλα στην περίπτωση της κατάθλιψης, η επίπτωση φαίνεται να είναι ίδια με αυτήν της διπολικής διαταραχής.

Οικονομικό επίπεδο:

Άτομα χαμηλότερης κοινωνική τάξης και προβληματικού οικονομικού επιπέδου φαίνεται ότι έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να αναπτύξουν την καταθλιπτική διαταραχή. Παρ' όλα αυτά, η διπολική Διαταραχή συναντάται συχνότερα σε άτομα υψηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου.

Τραυματικά γεγονότα

Υπάρχουν σοβαρές ενδείξεις ότι τραυματικές εμπειρίες της παιδικής ηλικίας αυξάνουν τις πιθανότητες ανάπτυξης καταθλιπτικών διαταραχών, χωρίς όμως αυτή η επίδραση να μπορεί να εκτιμηθεί αριθμητικά. Ο χωρισμός των γονιών, ο

χαώδης οικογενειακός και κοινωνικός περίγυρος και η έλλειψη ικανοποιητικής ποιότητας φροντίδας εκ μέρους των γονιών είναι από τους παράγοντες που έχουν κατηγορηθεί. Όμως και αγχογόνα συμβάντα η χρόνια ένταση κατά τη διάρκεια της ενήλικης ζωής συμμετέχουν στην πρόκληση της καταθλιπτικής διαταραχής. Προβλήματα κοινωνικής ένταξης ή ανεργίας έχουν μια έντονη καταθλιπτογόνο επίδραση.

Οικογενειακή κατάσταση

Επιδημιολογικές έρευνες έδειξαν υψηλότερη επίπτωση της μείζονος καταθλιπτικής και της διπολικής διαταραχής σε διαζευγμένα άτομα σε σχέση με τους παντρεμένους ή με αυτούς που πάντα ήταν μόνοι τους.

Γενετικοί παράγοντες

Φαίνεται αποδεδειγμένο ότι γενετικοί παράγοντες συμμετέχουν στην έκλυση των συναισθηματικών διαταραχών, ιδιαίτερα στην περίπτωση της μείζονος διπολικής μορφής. Εκτός του ότι η επίπτωση στους συγγενείς ασθενών με συναισθηματικές διαταραχές είναι φανερά μεγαλύτερη από αυτήν στον γενικό πληθυσμό, περισσότερο ισχυρές έρευνες με υιοθετημένα παιδιά ενίσχυσαν αυτήν την πεποίθηση αφού δείχνουν σχέση νοσηρότητας με βιολογική καταβολή (η νοσηρότητα που παρουσιάζει το υιοθετημένο παιδί πλησιάζει περισσότερο αυτή των βιολογικών παρά των θετών γονέων). (Μάνου, Ν. 1998).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10



ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Τα κυριότερα διαγνωστικά κριτήρια της κατάθλιψης, είναι:

Αλλαγή στη διάθεση

Νιώθετε συνεχώς λυπημένος, απογοητευμένος, απελπισμένος, άκεφος. Δακρύζετε με το παραμικρό, εκνευρίζεστε εύκολα. Είστε ανήσυχος, αγχωμένος, χωρίς πολλές φορές να ξέρετε το γιατί. Σας απασχολούν μικροπράγματα, για τα οποία στο παρελθόν θα αδιαφορούσατε. Δε χαίρεστε, δεν απολαμβάνετε πια δραστηριότητες και χόμπι που κάποτε σας ευχαριστούσαν. Τίποτα δε σας ευχαριστεί «σα να στέρευσε η χαρά της ζωής».

Αλλαγές στη σωματική ευεξία

Δυσκολεύεστε να κοιμηθείτε, ξυπνάτε συχνά τη νύχτα ή πολύ νωρίς το πρωί ή έχετε υπερβολική υπνηλία στη διάρκεια της μέρας. Η όρεξή σας και το βάρος έχουν μειωθεί, κάποιες φορές όμως μπορεί και να αυξηθούν. Έχετε πονοκεφάλους και ναυτία, ζαλάδες, πόνους στα πόδια στα χέρια. Δεν έχετε επιθυμία για σεξουαλικές σχέσεις. Όταν ξυπνάτε το πρωί, δεν νοιώθετε την ευεξία που ο ύπνος επιφέρει. Νοιώθετε νευριασμένος και κουράζεστε εύκολα. Δραστηριότητες που πριν λίγο καιρό τις πραγματοποιούσατε εύκολα, τώρα σας φαίνονται «βουνό». Πολλές φορές δεν έχετε διάθεση να σηκωθείτε από το κρεβάτι.

Αλλαγές στον τρόπο σκέψης

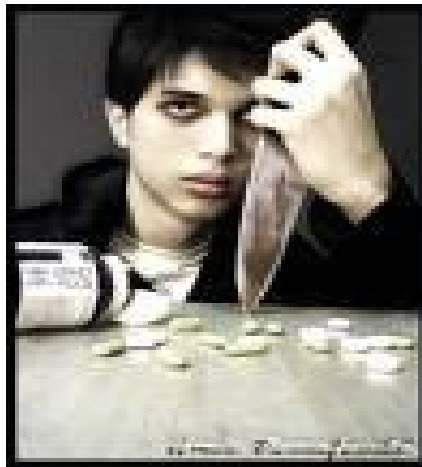
Όλα σας φαίνονται μάταια. Κατακλύζεστε από ιδέες ενοχής, τα βάζετε με τον εαυτό σας, νιώθετε ότι δεν αξίζετε, νιώθετε μόνος, αβοήθητος, εγκλωβισμένος σε αδιέξοδα. Το μέλλον σας τρομάζει, φαντάζει ζοφερό και

απειλητικό. Νιώθετε τη σκέψη σας να μη λειτουργεί. Δυσκολεύεστε να συγκεντρωθείτε, με πολύ κόπο ανακαλείτε πληροφορίες που προσφάτως έχετε δεχθεί. Σκέπτεστε μόνο τις δυσάρεστες πτυχές των πραγμάτων και τις διογκώνετε.

Αλλαγές στην καθημερινότητα

Δεν επιθυμείτε, πλέον, τη συναναστροφή με ανθρώπους που κάποτε σας ευχαριστούσαν. Δεν έχετε διάθεση να μιλήσετε. Όλα μοιάζουν πληκτικά, ανιαρά, χωρίς νόημα. Κλείνεστε στο σπίτι. Αδιαφορείτε για την προσωπική σας υγιεινή, δε μεριμνάτε για την εμφάνισή σας. (Φιλιπποπούλου, Γ.1980), (Rainer Tolle, Klaus Windgassen. 2005).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11



ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Υπάρχουν διαθέσιμες πολλές αποτελεσματικές θεραπείες. Με την κατάλληλη θεραπεία, η πλειοψηφία των ανθρώπων με κατάθλιψη μπορεί να βελτιωθεί σημαντικά, συνήθως μέσα σε λίγες κιόλας εβδομάδες. Η παροχή υπηρεσιών συμβουλευτικής, τα φάρμακα, ή ένας συνδυασμός και των δύο είναι οι πιο κοινές και αποτελεσματικές θεραπείες. Χωρίς θεραπεία ένα επεισόδιο κατάθλιψης διαρκεί κατά μέσο όρο δέκα μήνες σε νέους ασθενείς (από λίγες μέρες έως πολλά χρόνια) και περίπου 2 χρόνια στους ηλικιωμένους. Η θεραπεία είναι σημαντική όχι μόνο για την υποχώρηση ενός μεμονωμένου επεισοδίου το συντομότερο δυνατό, αλλά και για να προληφθούν μελλοντικά επεισόδια. Πολλοί άνθρωποι που υπέστησαν ένα επεισόδιο κατάθλιψης παρουσιάζουν και άλλα επεισόδια (δηλ. υποτροπές). Ο κίνδυνος υποτροπών αυξάνεται με τον αριθμό και τη σοβαρότητα προηγούμενων επεισοδίων. (Les Carte, Frank, M.D.Minirth, Les, Ph.D.Carter, Frank B.Minirth.1992).

Η Θεραπεία της κατάθλιψης συνήθως περιλαμβάνει δύο στάδια :

1. Θεραπεία του οξέος σταδίου
2. Συντήρηση του αποτελέσματος που επιτεύχθηκε στο στάδιο (1)

Ο στόχος του σταδίου 1 είναι να θεραπεύσει τα συμπτώματα της κατάθλιψης έτσι ώστε ο ασθενής να αρχίσει πάλι να νιώθει καλά και να ξαναγυρίσει στις συνηθισμένες του δραστηριότητες. Συνήθως αυτό το στάδιο όταν χρησιμοποιείται φαρμακευτική θεραπεία κρατάει περίπου ένα μήνα.

Έρευνες έδειξαν ότι οι ασθενείς που σταματούν την θεραπεία στο στάδιο 1 έχουν μεγάλο πιθανότητα υποτροπής τους αμέσως επόμενους μήνες. Αντίθετα, αυτοί που συνεχίζουν την θεραπεία και στο στάδιο 2 θεωρείται ότι θεραπεύονται από το παρόν επεισόδιο κατάθλιψης. Η συνέχιση αυτή της θεραπείας συνήθως εκτείνεται από 3-6 μήνες.

Μερικοί ασθενείς, που παθαίνουν συχνά επεισόδια κατάθλιψης στην ζωή τους μπορεί να ωφεληθούν από την συνεχή χορήγηση αντικαταθλιπτικής θεραπείας. Έχει βρεθεί ότι εάν κάποιος έχει ιστορικό τουλάχιστον 3 διαφορετικών επεισοδίων κατάθλιψης στην ζωή του τότε μπορεί να ωφεληθεί από την χρόνια προληπτική θεραπεία, με μεγάλες πιθανότητες να μην ξαναπάθει επεισόδιο στην ζωή του.



Είδη θεραπείας υπάρχουν για την κατάθλιψη; Οι κύριοι τύποι θεραπείας είναι οι εξής :

1. Ψυχοθεραπεία
2. Αντικαταθλιπτική φαρμακευτική θεραπεία
3. Συνδυασμός φαρμακευτικής θεραπείας και ψυχοθεραπείας
4. Άλλες Θεραπείες κυρίως Ηλεκτροσπασμοθεραπεία

Για τις σοβαρές μορφές κατάθλιψης η φαρμακευτική θεραπεία είναι πολύ αποτελεσματική. Η ψυχοθεραπεία μόνη της δεν έχει δοκιμαστεί σε τέτοιες μορφές. (Στεφανής, Κ. και Συνεργάτες 1973)

Ψυχοθεραπεία

Η Ψυχοθεραπεία είναι ένας διαρκώς εξελισσόμενος κλάδος της εφαρμοσμένης Ψυχολογίας που ασχολείται με τον άνθρωπο και τα ψυχολογικά - συναισθηματικά προβλήματα του. Στηρίζεται στις επιστημονικά τεκμηριωμένες θεωρίες της ανθρώπινης προσωπικότητας και συμπεριφοράς και χρησιμοποιεί επιστημονικές μεθόδους και τεχνικές.



«Ψυχοθεραπεία» είναι ένας γενικός όρος που αναφέρεται σε μορφές

θεραπείας οι οποίες στοχεύουν στην επίλυση προβλημάτων ψυχολογικής ή ψυχοσωματικής υφής καθώς και την απόκτηση γνώσης των ψυχικών μηχανισμών ενός ατόμου, μέσω της δημιουργίας μιας σχέσης με έναν ειδικό θεραπευτή και με την χρησιμοποίηση ειδικών μεθόδων και τεχνικών οι οποίες θεμελιώνονται σε συγκεκριμένες επιστημονικές θεωρίες. Οι τεχνικές αυτές είναι καθαρά ψυχολογικές, δηλαδή το μόνο επικοινωνιακό μέσον που χρησιμοποιούν είναι ο λόγος. Σκοπός της ψυχοθεραπείας είναι να επιφέρει δραστικές αλλαγές σε δυσλειτουργικούς τρόπους σκέψης, καθώς και δυσλειτουργικές συναισθηματικές αντιδράσεις και συμπεριφορές. Υπάρχουν πολλά είδη ψυχοθεραπευτικών προσεγγίσεων, όπως η ψυχοδυναμική, η γνωσιακή-συμπεριφορική, η διαπροσωπική, η συστημική, η συνθετική, η προσωποκεντρική, η υπαρξιακή κ.ά.

Ο αιώτερος στόχος της ψυχοθεραπείας είναι η αναδόμηση του ανθρώπου και η αλλαγή της προσωπικότητας και της συμπεριφοράς του. Επιμέρους στόχοι περιλαμβάνουν την επίλυση εσωτερικών συγκρούσεων και προβλημάτων, τη θεραπεία ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων, τη βελτίωση ψυχολογικών δεξιοτήτων, αλλά και γενικότερα την προσωπική ανάπτυξη του ατόμου.

Άλλοι επί μέρους στόχοι της ψυχοθεραπείας είναι:

- 1) Αυτογνωσία
- 2) Αντιμέτωπιση των ενοχλητικών συμπτωμάτων
- 3) Εκμάθηση ικανοτήτων επικοινωνίας και τεχνικών επίλυσης προβλημάτων
- 4) Αύξηση των επιδόσεων και βελτίωση της ικανότητας για αγάπη, εργασία, μάθηση και εξωτερίκευση σκέψεων και συναισθημάτων
- 5) Βελτίωση προσωπικών και επαγγελματικών σχέσεων
- 6) Εναρμόνιση λογικής, συγκινήσεων και συμπεριφοράς
- 7) Βελτίωση της εικόνας του εαυτού και της αυτοεκτίμησης
- 8) Αύξηση ελευθερίας επιλογών

Η ψυχοθεραπεία μπορεί να μας βοηθήσει:

- Να ερευνήσουμε σκέψεις και συμπεριφορές που συμβάλλουν στη δημιουργία αισθημάτων απογοήτευσης, μειονεκτικότητας και ενοχής τα οποία συνοδεύουν ή βρίσκονται στη ρίζα της κατάθλιψης.

- Να κατανοήσουμε ποια από τα προβλήματα που μας απασχολούν μπορούμε να επιλύσουμε και με ποιο τρόπο και ποια δεν μπορούμε να επιλύσουμε αλλά οφείλουμε να συμβιώσουμε αρμονικά μαζί τους.

- Να βελτιώσουμε τις σχέσεις μας με τα αγαπημένα μας πρόσωπα.

- Να ξαναβάλουμε σταδιακά στη ζωή μας ευχάριστες δραστηριότητες που μπορούν να ξυπνήσουν μέσα μας τη χαρά της ζωής..

- Να εκφράζουμε τα αληθινά μας συναισθήματα όταν θέλουμε πραγματικά να επικοινωνήσουμε ακόμη και όταν αυτά είναι αρνητικά, (θυμός, πλήξη, επιθετικότητα, θλίψη).

- Να διεκδικούμε τα δικαιώματά μας και να μην υποχωρούμε από φόβο στις απόψεις των άλλων..

- Να στηρίζουμε τις επιλογές μας στις δικές μας αξίες και τις δικές μας επιθυμίες.

- Να ανακτήσουμε τον έλεγχο της ζωής μας.

- Να βάζουμε ρεαλιστικούς στόχους για το μέλλον που μπορούν να μας δώσουν νόημα και να αναλαμβάνουμε το ρίσκο και την ευθύνη αυτών των επιλογών.

Όσο πιο σοβαρή είναι η κατάθλιψη που μας βασανίζει τόσο πιο δύσκολο είναι να μπορέσουμε να νιώσουμε καλύτερα μετά από μια συνάντηση με τον ψυχοθεραπευτή.

Αυτό γίνεται διότι η ίδια η κατάθλιψη δεν μας αφήνει να νιώσουμε καλύτερα, να δούμε τον εαυτό μας πιο αισιόδοξα, να ελπίσουμε σε κάποια αλλαγή.

Για τον ίδιο λόγο δεν μπορούν να μας βοηθήσουν ούτε τα άτομα του οικογενειακού μας περιβάλλοντος. Ότι και να μας λένε εμείς το παίρνουμε στραβά. Δίνουμε σε όλα αρνητικό νόημα. Βλέπουμε μόνο την κακή όψη των πραγμάτων.

Ο ψυχοθεραπευτής εξάλλου δεν θέλει απλά να μας παρηγορήσει αλλά να μας βοηθήσει να αλλάξουμε τον εαυτό μας. Είναι λοιπόν πιθανόν να βάλουμε και τον ψυχοθεραπευτή στην κατάθλιψη μας και να νομίσουμε ότι δεν είναι αρκετά καλός και ότι δεν μπορεί να μας βοηθήσει.

Στην περίπτωση που δεν μπορούμε να πάρουμε βοήθεια μέσα από τον

θεραπευτικό διάλογο είναι καλύτερα να απευθυνθούμε σε κάποιον ψυχίατρο και να περιμένουμε να ξεκινήσει μέσα μας μια αλλαγή με την βοήθεια του φάρμακου. Το αντικαταθλιπτικό μπορεί να δημιουργήσει μέσα μας τις προϋποθέσεις για να είναι δημιουργική και γόνιμη η ψυχοθεραπευτική δουλειά.. Μπορεί να μειώσει το άγχος μας και να βελτιώσει τη διάθεση μας ώστε να αρχίσουμε μετά μια πορεία θεραπευτικής αλλαγής στην ψυχολογική και την κοινωνική μας ζωή..

Όσο πιο υγιείς και δυνατοί αισθανόμαστε τόσο πιο εύκολα μπορούμε με τη βοήθεια του ψυχοθεραπευτή να δουλέψουμε σε ένα βαθύτερο επίπεδο με τον εσωτερικό μας κόσμο για να γνωρίσουμε καλύτερα τον εαυτό μας και να μάθουμε τεχνικές αντιμετώπισης των αρνητικών σκέψεων και αισθημάτων.

Η αυτογνωσία και η καλλιέργεια των ψυχολογικών μας δεξιοτήτων θα μας βοηθήσει να χειριζόμαστε σωστά τις εσωτερικές και τις εξωτερικές αντιξοότητες ώστε να μην ξαναζήσουμε ποτέ πια στο μέλλον άλλη καταθλιπτική περίοδο.

Η ψυχοθεραπεία είναι η σχέση ανάμεσα σε ένα άτομο και ένα ειδικό, ο οποίος είναι εκπαιδευμένος να βοηθά τους ανθρώπους να καταλαβαίνουν τα αισθήματά τους και να αλλάζουν τη συμπεριφορά τους.

Ο ψυχοθεραπευτής χρησιμοποιεί μεθόδους και τεχνικές οι οποίες θεμελιώνονται σε επιστημονικές θεωρίες και αποσκοπούν στην θεραπεία ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων, τη βελτίωση ψυχολογικών δεξιοτήτων, αλλά και γενικότερα στην προσωπική ανάπτυξη και αυτογνωσία.(Χαρτοκόλης, Π.1986).

Λειτουργία Ψυχοθεραπείας

Οι άνθρωποι ανατρέχουν στην ψυχοθεραπεία όταν:

1) Αισθάνονται έντονα και επίμονα αισθήματα άγχους, φόβου, θλίψης, σύγχυσης, ανίας, εξάντλησης ή έλλειψης ελπίδας τα οποία δεν μπορούν να ξεπεράσουν μόνο με τις δικές τους προσπάθειες ή δεν γνωρίζουν τα ακριβή αίτια των αισθημάτων τους.

2) Οι συναισθηματικές και συγκινησιακές δυσκολίες διαταράσσουν την ομαλή λειτουργία της καθημερινής τους ζωής.

3) Ενώ θέλουν δυσκολεύονται να αλλάξουν κάποια επιβλαβή συνήθεια ή συμπεριφορά.

4) Αντιμετωπίζουν δυσκολίες επικοινωνίας στις σχέσεις τους με άτομα του στενού περιβάλλοντος.

5) Δυσκολεύονται να βρουν φίλους ή ερωτικούς συντρόφους.

6) Η ζωή τους χαρακτηρίζεται από έλλειψη στόχων, αξιών και ιδανικών και δυσκολεύονται να αναλάβουν ευθύνες.

7) Συντρίβονται κάτω από το βάρος των περιστάσεων χωρίς να μπορούν να νιώσουν χαλάρωση και χαρά.

8) Αισθάνονται ότι χάνουν τον έλεγχο και δεν είναι κυρίαρχοι της ζωής τους.

9) Βασανίζονται από πιθανές ψυχογενείς σωματικές ενοχλήσεις όπως: έλκος στομάχου, δερματικά εξανθήματα ή άσθμα.

10) Επιθυμούν να διαχειρίζονται καλύτερα αρνητικές καταστάσεις, αισθήματα και συμπεριφορές όπως:

Χαμηλή αυτοεκτίμηση, εργασιακό στρες, έμμονες ιδέες, ψυχαναγκαστικές πράξεις, διαταραχή της όρεξης για φαγητό, δυσκολία αυτοσυγκέντρωσης, μνήμης και προσοχής, διαταραχή του ύπνου, εξαρτήσεις, θρήνο για τον αποχωρισμό ή το θάνατο αγαπημένου προσώπου, προβλήματα σχολικής συμπεριφοράς, προβλήματα επικοινωνίας ομάδων, ψυχολογικά προβλήματα ή προκλητικές συμπεριφορές οικογενειακών μελών ή φίλων.

Ο σύμβουλος ή ο θεραπευτής προσφέρει ένα περιβάλλον εμπιστοσύνης, αποδοχής και ειλικρινούς ενδιαφέροντος που σου επιτρέπει να εξερευνήσεις με ασφάλεια τα προβλήματα που σε απασχολούν και να ανακαλύψεις νέους τρόπους κατανόησης και αντιμετώπισης της πραγματικότητας.

Έχοντας τη δυνατότητα να εκφράσεις ελεύθερα τις σκέψεις και τα αισθήματα σου ανακαλύπτεις υποσυνείδητα κίνητρα, ανάγκες, προσδοκίες, φόβους και πεποιθήσεις τα οποία καθόριζαν τη ζωή σου χωρίς να το καταλαβαίνεις και ανακαλύπτεις νέους λειτουργικούς τρόπους σκέψης και συμπεριφοράς.

Ο καλός θεραπευτής σε ακούει με σεβασμό και προσοχή χωρίς να σε κρίνει. Σου παρέχει ένα επικοινωνιακό χώρο συναισθηματικής ασφάλειας ώστε να έρθεις σε επαφή με τις άγνωστες πτυχές του εαυτού σου.

Η αποδοχή και ο σεβασμός των αδυναμιών σου από τον θεραπευτή, σε

βοηθά να σέβεται και εσύ τον εαυτό σου και να νοιώθεις ισορροπία και εσωτερική αρμονία. Η αίσθηση ότι είσαι σημαντικός και αξιόλογος σε βοηθά να επιμένεις στις προσπάθειες σου για αυτοβελτίωση.

Ο καλός θεραπευτής δεν καθοδηγεί δυναμικά την πορεία της προσωπικής σου αλλαγής αλλά σε βοηθά να αξιοποιήσεις τις δυνάμεις που κρύβονται μέσα σου ώστε να πετύχεις τους δικούς σου ρεαλιστικούς στόχους.

Δεν σε απαλλάσσει από την οδύνη αλλά σε βοηθά να την αντιμετωπίζεις με χιούμορ και δημιουργικότητα. Αντί να αποφεύγεις την εμπειρία της οδύνης, μαθαίνεις να αποφεύγεις τις αιτίες που την προκαλούν.

Με τη βοήθεια του θεραπευτή μαθαίνεις να βλέπεις πιο αισιόδοξα την πραγματικότητα. Ερμηνεύεις θετικά τα ερεθίσματα που μέχρι τώρα σου προξενούσαν άγχος, και φόβο. Ανακαλύπτεις νέους τρόπους αντιμετώπισης των καθημερινών αντιξοοτήτων. Αντιδράς συστηματικά σε αυτό που σε καταπιέζει και έχεις περισσότερες ευκαιρίες γόνιμων επιλογών.

Αρχίζεις να βλέπεις πιο ξεκάθαρα και να κατανοείς τη συμπεριφορά των άλλων. Όπως ο θεραπευτής σε αποδέχεται και σε καταλαβαίνει έτσι και εσύ αρχίζεις να δέχεσαι τους άλλους και να τους καταλαβαίνεις. Μαθαίνεις να συγχωρείς τα λάθη τους και κατά συνέπεια επικοινωνείς καλύτερα και βελτιώνεις τις σχέσεις σου.

Συνειδητοποιείς καλύτερα τη σχέση ανάμεσα στον τρόπο που σκέπτεσαι, που αισθάνεσαι και που συμπεριφέρεσαι. Αναγνωρίζεις και αποφεύγεις τις ανεδαφικές προσδοκίες και τους ουτοπικούς στόχους.

Αναπτύσσεις τον αυτοέλεγχο και μαθαίνεις να προστατεύεις τον εαυτό σου από τις παγίδες στις οποίες σε οδηγούν οι ανεξέλεγκτες, παρορμητικές επιλογές. (Χαρτοκόλης, Π.(1991))

Φαρμακευτική αγωγή

Υπάρχουν πολλά είδη αντικαταθλιπτικών φαρμάκων. Ο μηχανισμός με τον οποίο λειτουργούν διαφέρει από φάρμακο σε φάρμακο, αλλά σε γενικές γραμμές τα αντικαταθλιπτικά επαναφέρουν την ισορροπία των νευρομεταβιβαστών στον εγκέφαλο. Τα περισσότερα φάρμακα ενεργούν είτε στην νοραδρεναλίνη, είτε στην σεροτονίνη είτε και στα δύο αυτά συστήματα



νευρομεταβιβαστών.

Είναι δουλειά του γιατρού να επιλέξει το φάρμακο που πιστεύει ότι είναι καλύτερο για κάθε ατομική περίπτωση. Παρόλα αυτά, μερικές φορές κάποιο φάρμακο δεν έχει αποτέλεσμα και χρειάζεται να γίνει αλλαγή με κάποιο άλλο. Παρότι η αντικαταθλιπτική θεραπεία είναι εξαιρετικά αποτελεσματική, δεν μπορούμε από πριν να είμαστε σίγουροι ότι ένα φάρμακο θα λειτουργήσει σε ένα συγκεκριμένο ασθενή ή αν θα χρειαστεί και η δοκιμή κάποιου άλλου.

Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα ανάλογα με τον χημικό τους τύπο και τον μηχανισμό δράσης τους χωρίζονται στις εξής κύριες κατηγορίες :

1. Τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά (π.χ., Anafranil,) και τα παρόμοια ετεροκυκλικά (π.χ. Ludiomil)
2. Αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης (π.χ. Aurorix)
3. Εκλεκτικοί αναστολείς της επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (π.χ. Ladose, Seropram, Seroxat κ.λ.π)

Θετικά στοιχεία φαρμακοθεραπείας

1. Ελάττωση και κάποτε κατάργηση της νοσηρής συμπτωματολογίας, α. Ελαττώνονται οι διεγέρσεις
β. Τα παραληρήματα ατονούν
γ. Οι ψευδαισθήσεις μετριάζονται
δ. Τα κατατονικά φαινόμενα εξουδετερώνονται
ε. Οι τάσεις αυτοκτονίας, οι παρορμήσεις περιορίζονται.
2. Το πλησίασμα του αρρώστου και η από μέρος του αποδοχή της θεραπείας βελτιώνονται σημαντικά.
3. Οι περιορισμοί μειώνονται στο ελάχιστο.
4. Μεγάλο ποσοστό ασθενών γίνονται κοινωνικά βιώσιμοι.

Αρνητικά στοιχεία φαρμακοθεραπείας

1. Πέρα από την άμβλυνση ή κατασίγαση των συμπτωμάτων καμία επίδραση δεν ασκεί στην ίδια τη νόσο.
2. Αν διακοπεί η θεραπεία, η νόσος επανέρχεται ανέπαφη ή και προχωρημένη.
3. Βλαπτικές συνέπειες πάνω σε συστήματα και όργανα από τη μακροχρόνια χρήση τους π.χ. εξωπυραμιδικό σύνδρομο.
4. Η συνέχιση της γίνεται χωρίς διακοπή και τέρμα.
5. Τοξικομανίες που καλλιεργούνται από ορισμένα ηρεμιστικά.
6. Μεγάλη οικονομική επιβάρυνση.

Πρέπει να σημειωθεί ότι στη χρησιμοποίηση των ψυχοφαρμάκων σημειώνονται ορισμένες αντινομίες. Γνωρίζουμε ότι θεραπεία σημαίνει εξουδετέρωση και εξαφάνιση του αιτίου που δημιουργεί τη νόσο και η χορήγηση φαρμάκου έχει ορισμένο «χημικό στόχο», π.χ. το φόνο του μικροβίου.

Τα ψυχοφάρμακα δεν ανταποκρίνονται σε τίποτα απ' αυτά, γιατί στη σχιζοφρένεια και στις περισσότερες ψυχικές αρρώστιες, ο αιτιολογικός

παράγοντας είναι άγνωστος. Αυτό αποτελεί μια σοβαρή αντινομία στη θεραπευτική, γιατί δεν ξέρουμε το φάρμακο που θα ενεργήσει και πως θα ενεργήσει. Και μια δεύτερη αντινομία προκύπτει από το γεγονός ότι μας είναι άγνωστος ο στόχος στον οποίο κατευθύνονται. Έτσι ούτε θεραπεία, ούτε βελτίωση, ούτε καν αναστολή της ίδιας της νόσου επιτυγχάνουμε, παρά μόνο κατασίγαση των συμπτωμάτων.

Ακόμη και στις οργανικές ψυχώσεις ο ρόλος της φαρμακοθεραπείας είναι επικουρικός και περιορίζεται στην αντιμετώπιση των δευτερογενών εκδηλώσεων, αφού η οργανική βλάβη παραμένει.

Θα πρέπει ωστόσο να αναγνωρισθεί ότι τα ψυχοφάρμακα συνέβαλαν στην καλύτερευση των συνθηκών νοσηλείας και εξασφάλισαν την προστασία των αρρώστων από τις επικίνδυνες συνέπειες και τα συμβάντα των οξειών φάσεων της αρρώστιας τους. (Φιλιππούλου, Γ.1980).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ



Προκειμένου να χορηγήσει ο νοσηλευτής ψυχοφάρμακα σε ψυχικά ασθενείς πρέπει να έχει υπόψη της:

- Τις ενέργειες του φαρμάκου
- Τις παρενέργειες του φαρμάκου
- Την ακριβή δόση, σύμφωνα με την ιατρική οδηγία
- Τον τρόπο και το χρόνο χορηγήσεως.

Χορηγούνται μετά το φαγητό, γιατί είναι ισχυρά και προκαλούν γαστρεντερικές διαταραχές. Το βράδυ δίνονται αργά για να διαρκέσει η υπνωτική δράση τους όλη τη νύκτα.

Ιδιαίτερη φροντίδα πρέπει να καταβάλλεται, ώστε οι ασθενείς να πάρουν τα φάρμακα τους. Πολλοί ασθενείς αποφεύγουν τη λήψη, είτε γιατί συνειδητοποιούν τις παρενέργειες, είτε γιατί επηρεάζονται από διάφορες ψευδαισθήσεις, είτε γιατί έχουν ένα δυσάρεστο αίσθημα μετά τη λήψη. Βρίσκουν δε ποικίλους τρόπους, για να ξεγελούν την νοσοκόμο". Τα κρύβουν κάτω από τη γλώσσα τους, στον ουρανίσκο, μέσα στα δόντια, κάνοντας πως πίνουν νερό τα ρίχνουν στο ποτήρι, τα κρύβουν στα ρούχα τους ή μπορεί να τα πάρουν και κατόπιν να προκαλέσουν έμετο.

Γι αυτό ο νοσηλευτής πρέπει να δίνει τα φάρμακα η ίδια στον ασθενή και να ελέγχει σχολαστικά εάν τα πήρε. Κάθε απροσεξία και επιπολαιότητα σ' αυτό το θέμα ίσως να έχει δυσάρεστες συνέπειες για την υγεία του ασθενούς γιατί, εφόσον δεν παίρνει τα φάρμακα, δεν έχουμε το αναμενόμενο αποτέλεσμα, αυξάνει ο γιατρός τη δόση κλπ. Ακόμη μπορεί οι ασθενείς να συγκεντρώσουν τα φάρμακα και να τα χρησιμοποιήσουν για αυτοκτονία.

Όταν αρνούνται επιμόνως να τα πάρουν, χορηγούνται σε ενέσιμη μορφή. Αυτό συμβαίνει σε μανιακούς και μελαγχολικούς. Υπάρχουν φάρμακα που έχουν δυσάρεστη γεύση ή άλλα που προκαλούν δυσπεπτικά ενοχλήματα. Σ' αυτές τις περιπτώσεις πρέπει να βοηθήσει τον ασθενή δίνοντας μαζί με τα φάρμακα λίγο γάλα ή μια πορτοκαλάδα.

Άλλα φάρμακα προκαλούν ξηρότητα στόματος. Απαραίτητη είναι εδώ η επίβλεψη της υγιεινής του στόματος, χορήγηση βιταμινών κυρίως του συμπλέγματος Β για πρόληψη στοματίτιδας και παράλληλα χορήγηση άφθονων υγρών με μερικές σταγόνες λεμόνι.

Παρενέργειες, όπως η πτώση της Α.Π., η ταχυκαρδία, ο τρόμος, η αϋπνία, ο ίκτερος, η αναιμία, η δυσκοιλιότητα κλπ. παρακολουθούνται στενά, αναφέρονται στο θεράποντα ιατρό και αντιμετωπίζονται ανάλογα. Από τις σωστές και λεπτομερείς παρατηρήσεις της νοσοκόμου θα εξαρτηθεί η αλλαγή ή μη του φαρμάκου ή της δόσεως (π.χ. πόσες ώρες κοιμήθηκε, αν κοιμήθηκε αργά, αν σηκώθηκε νωρίς, τι Α.Π. είχε, είχε ευεξία, είχε κατάθλιψη κλπ.).

Επειδή οι ασθενείς κάνουν ορθοστατική υπόταση, παίρνει την Α.Π. και σε όρθια θέση. Επίσης προσέχει την κένωση του εντέρου λόγω της δυσκοιλιότητας που προκαλείται.

Μερικά φάρμακα προκαλούν ευαισθησία στο ηλιακό φως. Οι ασθενείς που τα παίρνουν δεν πρέπει να εκτίθενται στο ηλιακό φως, γιατί υπάρχει κίνδυνος να πάθουν και εγκαύματα ακόμη. Τέτοιο φάρμακο είναι η θοραζίνη.

Μερικά φάρμακα προκαλούν αύξηση του βάρους, για αυτό ζυγίζει τους ασθενείς αυτούς και προσέχει το διαιτολόγιο τους. Απαγορεύεται η λήψη οινοπνευματωδών ποτών ταυτόχρονα με τη λήψη φαρμάκων.

Σε περίπτωση λιθίου, επειδή αποβάλλεται από τους νεφρούς, επιβάλλεται ο έλεγχος της επάρκειας των νεφρών και ο έλεγχος της ποσότητας του φαρμάκου στο αίμα, γιατί κάθε υπέρβαση της ανεκτής ποσότητας δημιουργεί δηλητηρίαση.

Σε περίπτωση χορηγήσεως αναστολέων της ΜΑΟ δεν χορηγούνται

τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, γιατί ενισχύουν τη δράση των βιογενών αμυνών και κάνουν την υπέρταση.

Υπάρχουν περιπτώσεις που η φαρμακευτική αγωγή επιφέρει μια επιφανειακή καλύτερευση, ενώ στο βάθος ο ασθενής διατηρεί την κατάθλιψη. Καθήκον της νοσοκόμου είναι να παρακολουθεί στενά αυτούς τους ασθενείς, γιατί είναι μια περίοδος πολύ επικίνδυνη για αυτοκτονία. Να συζητά φιλικά μαζί τους και ν' αξιολογεί τις ενέργειες τους και τις εκδηλώσεις τους, ώστε να μπορεί να κατατοπισθεί για τον τρόπο σκέψης του ασθενούς και για τα αισθήματα του.

Η νοσοκόμος θα βοηθήσει θετικά στην πορεία της θεραπείας, αν ύστερα από κάθε αλλαγή της φαρμακευτικής αγωγής παρακολουθεί στενά τον ασθενή. Κάθε άμβλυση ή επίταση των συμπτωμάτων πρέπει να παρακολουθείται και ν' αναφέρεται λεπτομερώς στον ιατρό.

Η χορήγηση των ψυχοφαρμάκων ακολουθεί τη γενική νοσηλευτική φροντίδα περί φαρμάκων, με έμφαση στα ιδιαίτερα ειδικά σημεία που αναφέρθηκαν. (www.pubmed.com)

Ηλεκτροσπασμοθεραπεία και Νοσηλευτική φροντίδα

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

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

Είναι θεραπεία που χρησιμοποιήθηκε και χρησιμοποιείται πλατιά, γιατί είναι απλή στην τεχνική της, σχετικά ασφαλής, σύντομη, φθηνή και συχνά αποτελεσματική.

Ένα από τα αποτελέσματα της ευρείας χρήσεως της ηλεκτροσπασμοθεραπείας είναι και το ότι πολλοί από τους ασθενείς έχουν ήδη ακούσει γι αυτή πριν ακόμη μπουν στο νοσοκομείο. Γι αυτό τα αισθήματα τους χρωματίζονται ανάλογα με ότι έχουν ακούσει από τους άλλους.



Γενική προετοιμασία για το E.C.T

Υπογραφή του ασθενούς, αν είναι σε θέση, και των συνοδών είναι απαραίτητη πριν από την έναρξη της θεραπείας. Να εξηγήσει κανείς την θεραπεία στον άρρωστο είναι πολύ δύσκολο, εκτός αν γνωρίζει αρκετά σχετικά με τους φόβους και τις εμπειρίες του αρρώστου.

Σε κάποιο ασθενή ίσως χρειασθεί να τονίσουμε ότι δεν θα αισθανθεί πόνο ή ενόχληση και ότι δεν θα θυμάται τίποτα μετά την λήξη της θεραπείας.

Υπάρχουν όμως άλλοι ασθενείς, οι οποίοι φοβούνται αυτό ακριβώς αν έτυχε ν' ακούσουν για την απώλεια μνήμης μετά το ηλεκτροσόκ. Σ' αυτή την περίπτωση χρειάζεται να διαβεβαιώσουμε τον άρρωστο ότι η απώλεια της μνήμης είναι παροδική και ότι δεν υπάρχει κίνδυνος να ξεχάσει σπουδαία πράγματα ή περιστατικά της ζωής του. Συνήθως επανέρχεται η μνήμη ανέπαφη μετά τη συμπλήρωση της σειράς των θεραπειών.

Μερικοί άρρωστοι φοβούνται τον πόνο ή τον κίνδυνο από τη θεραπεία. Άλλοι επιζητούν τη θεραπεία σαν είδος τιμωρίας εξαιτίας των αισθημάτων ενοχής ή αναξιότητας.

Όσο κι αν προετοιμασθεί ο άρρωστος, την ημέρα της θεραπείας αισθάνεται μεγάλο φόβο και χρειάζεται συμπαράσταση.

Είναι δύσκολο ν' απασχολήσει κανείς τον ασθενή, ενώ περιμένει για τη θεραπεία. Το καλύτερο είναι να γνωρίζει την ώρα της θεραπείας, παρά να ζει με την αγωνία πότε θα γίνει. Κάθε καθυστέρηση από την καθορισμένη ώρα προσθέτει αγωνία.

Πέρα από την ψυχολογική ενίσχυση χρειάζεται, από οργανικής πλευράς, να έχει γίνει έλεγχος του καρδιαγγειακού συστήματος, του αναπνευστικού, του ουροποιητικού και, αν είναι δυνατό, της σπονδυλικής στήλης.

Ο ασθενής μένει νηστικός για 12 περίπου ώρες πριν από το E.C.T.

Η νοσηλεύτρια ελέγχει τα απαραίτητα για τη νοσηλεία, δηλ.

1. Τη συσκευή του E.C.T και του O₂
2. Το σετ ή το δίσκο, αν περιέχει:
 - Τραχειοσωλήνα
 - γάζα για να δαγκώνει ο ασθενής

- καρδιοτόνωση
- βαμβάκι με οινόπνευμα
- κάψα με αλατόνερο και λίγες γάζες

Πριν από τη νοσηλεία πρέπει να ελευθερωθεί ο ασθενής από στενά ενδύματα, να αφαιρεθούν οδοντοστοιχίες, και τσιμπιδάκια καθώς επίσης να κενωθεί η κύστη. Πρέπει να έχουμε υπόψη ότι ο ασθενής είναι απόλυτα ξύπνιος (αν δεν πήρε νάρκωση) και δεν πρέπει να γίνεται καμιά συζήτηση που να μην απευθύνεται στον ίδιο. Ότι δηλ. συζητάμε γίνεται αντιληπτό από τον ασθενή! χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή ώστε οι ασθενείς

που περιμένουν για τη θεραπεία να μη βλέπουν τους άλλους ασθενείς κατά τη διάρκεια της θεραπείας τους. Κατά το χρόνο της παραμονής είναι αναγκαία η παρουσία της νοσοκόμου.

Κατά τη διάρκεια της θεραπείας μια σχετική ακινητοποίηση είναι απαραίτητη. Ένα μικρό μαξιλάρι τοποθετείται συνήθως κάτω από τη μέση του ασθενούς και ασκείται ελαφρά πίεση πάνω στους ώμους και τους γλουτούς για αποφυγή τραυματισμού κατά τη διάρκεια των συσπάσεων, εκτός εάν γίνει με νάρκωση.

Μετά τη θεραπεία ο ασθενής συνέρχεται σταδιακά και αργά και χρειάζεται γύρω του γνωστά πρόσωπα. Δε γνωρίζει που βρίσκεται, πώς έφθασε εκεί και ασφαλώς δε θυμάται ότι έχει κάνει E.C.T.

Θα χρειασθεί να μιλάμε σιγά, αλλά καθαρά, με σύντομες φράσεις προσπαθώντας να επαναφέρουμε τον άρρωστο στο περιβάλλον.

Καλό είναι να χρησιμοποιούμε το όνομα του ασθενούς και να του υπενθυμίζουμε το δικό μας, παρά να τον αφήνουμε να προσπαθεί μόνος του να θυμηθεί.

Μετά τη θεραπεία συμπληρώνονται στην κάρτα του ασθενούς όλα τα απαραίτητα στοιχεία, όπως ο αύξων αριθμός της θεραπείας, η ένταση του ρεύματος, ο χρόνος χορηγήσεως του ρεύματος, το είδος της νάρκωσης και το αποτέλεσμα του E.C.T. (επιτυχές, αφαίρεση κλπ.) τυχόν αντιδράσεις, όπως άπνοια, κυάνωση κ.α. πρέπει να αναφέρονται.

Το θεραπευτικό αποτέλεσμα είναι ταχύ. Συνήθως μετά τις πρώτες 2-3 συνεδρίες οι ασθενείς γίνονται πιο ξύπνιοι, ενεργητικοί και πιο ικανοί να σκεφθούν και να πραγματοποιήσουν κάτι που θέλουν.

Γι αυτό και κατά την περίοδο αυτή ο ασθενής είναι πιο ικανός να θέσει σε ενέργεια σχέδια αυτοκτονίας, τα οποία έχει κάνει και χρειάζεται στενή παρακολούθηση.

Επιπλοκές της ηλεκτροσπασμοθεραπείας είναι:

1. Κατάγματα οστών και μάλιστα σπονδυλικής στήλης
2. Παρατεινόμενη άπνοια
3. Διαταραχές του κυκλοφορικού συστήματος
4. Διαταραχές του νευρικού συστήματος
5. Αγγειακού τύπου εγκεφαλικά επεισόδια.

Ενδείξεις E.C.T.

1. Ύποστροφική μελαγχολία: αποτελεί θεραπεία εκλογής και ποσοστό μεγαλύτερο του 50% έχει ταχεία ανάρρωση.

2. Μανιοκαταθλιπτική ψύχωση

α. Στη φάση της μανίας σε ασθενείς με έντονη ψυχοκινητική δραστηριότητα ή σε περιπτώσεις μανιακής εμβροντησίας (Stupor).

β. Στη φάση της μελαγχολίας είναι η πιο αποτελεσματική και γρήγορη μέθοδος.

3. Σχιζοφρένεια

α. Στην κατατονική μορφή

β. Στα οξέα σχιζοφρενικά επεισόδια

γ. Σε διεγερτικές καταστάσεις

δ. Σε σχιζοσυναισθηματικές ψυχώσεις.

Αντενδείξεις

1. Απόλυτες αντενδείξεις αποτελούν: α. Όγκος εγκεφάλου

β. Θρομβοφλεβίτιδα

γ. Εξόφθαλμος βρογχοκήλη

δ. Οξεία σπειραματονεφρίτιδα

2. Σχετικές αντενδείξεις (γιατί με τη νάρκωση μειώνονται οι κίνδυνοι). α. Μεγάλη ηλικία

β. Κύηση

γ. Πνευμονικές παθήσεις (αποφεύγουμε την αναισθησία με βαρβιτουρικά).

δ. Σπονδυλαρθροπάθεια

ε. Πεπτικό έλκος. (Thomas L, Timothy Peterson 2000).

Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς με μανία



Η υγεία του ασθενούς που πάσχει από μανία μπορεί να κινδυνεύει αρκετά και σοβαρά γιατί η επίμονη υπερδραστηριότητα του δεν είναι μόνο εξαντλητική αυτή καθ' εαυτή αλλά και τον εμποδίζει να κοιμηθεί ακόμα και να πάρει αρκετή τροφή και υγρά, με αποτέλεσμα να καταπέσει σωματικά και ίσως και να χάσει τη ζωή του. Ακόμη μπορεί να προσβληθεί από Μια μολυσματική αρρώστια λόγω ελαττώσεως της αντίστασης του οργανισμού του. ΓΓ αυτό πρέπει να τον βοηθάμε με ηρεμιστικά και στη συνέχεια να φροντίσουμε για μια ήσυχη ατμόσφαιρα με όσο το δυνατό λιγότερα ερεθίσματα.

Ο ασθενής με μανία συχνά παρουσιάζει ένα δύσκολο πρόβλημα νοσηλείας. Σε μικρές δόσεις η συντροφιά του μπορεί να είναι ευχάριστη και ζωντανή αλλά η αδιάκοπη δραστηριότητα του, η ανάμιξη στις δουλειές των άλλων, η ασταμάτητη φλυαρία του γρήγορα κουράζουν τρομερά.

Επί πλέον η ευχάριστη διάθεση του μπορεί γρήγορα να μεταβληθεί σε ερεθιστικότητα και επιθετικότητα αν τον εμποδίσουμε στα σχέδια του.

Η νοσοκόμος πρέπει να βρει κατάλληλη εκτόνωση για την υπερβολική του δραστηριότητα και να δεχθεί το γεγονός ότι το ενδιαφέρον του γρήγορα χάνεται και πρέπει να βρεθούν νέες δραστηριότητες για να απασχοληθεί. Πρέπει να ασκείται σωματικά όσο είναι δυνατόν, αλλά να αποφεύγονται οι ανταγωνιστικές καταστάσεις.

Κάποτε οι μονότονες ασχολίες είναι πιο ηρεμιστικές από εκείνες που απαιτούν συγκέντρωση. Ο μανιακός χρειάζεται αρκετά σταθερή μεταχείριση

αλλά δεν ωφελεί να τον αγριεύουμε. Όσο πιο πολύ τον πιέζουμε προς μια κατεύθυνση τόσο πιο επίμονα κινείται προς άλλη. (Lieberman, P.B. and Strauss, J.S. 1984).

Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς με κατάθλιψη



Έχει τονισθεί ότι πολλοί ασθενείς που πάσχουν από κατάθλιψη δεν παρουσιάζουν τα κλασικά χαρακτηριστικά της κατάστασης των. Και έτσι μπορεί να μη γίνει η διάγνωση, εκτός αν σημειωθούν και οι πιο μικρές ενδείξεις και αναγνωρισθούν από το νοσηλευτικό προσωπικό που είναι σε στενή επαφή με τον ασθενή επί μεγάλα χρονικά διαστήματα.

Τα χαρακτηριστικά που παραθέτουμε παρακάτω πρέπει να παρατηρούνται και να συζητούνται σε ασθενείς που αρχικά δεν διαγνώσθηκε κατάθλιψη· η παρουσία των παρακάτω χαρακτηριστικών πρέπει να οδηγήσει σε επανεξέταση της διαγνώσεως.

1. Επεισόδια με κλάματα που δεν έχουν καμιά σχέση με την άμεση κατάσταση του, ιδίως αν ο άρρωστος νομίζει ότι κανείς δεν τον βλέπει.
2. Άρνηση ή αποφυγή τροφής η αιτία αυτής της αρνήσεως πρέπει να σημειώνεται.
3. Η δυσκολία να πάρει καθημερινές απλές αποφάσεις ένα άτομο, που φυσιολογικά είναι αποφασιστικό.
4. Ανησυχία στον ύπνο, βασισμένη όχι στα λεγόμενα του αρρώστου, αλλά σε προσεκτική παρατήρηση.
5. Απώλεια βάρους χωρίς φανερή αιτία.
6. Ιδέες αυτοκτονίας που εκφράστηκαν στην νοσοκόμο ή σε άλλα άτομα.
7. Απόπειρες αυτοκτονίας ή προετοιμασία γι' αυτή μαζεύοντας χάπια, ζητώντας από άλλους να του αγοράσουν ασπιρίνες, ή προσπάθεια να βρει αιχμηρά εργαλεία.
8. Προσπάθεια να αποφεύγει την παρακολούθηση, πηγαίνοντας σε άδειο δωμάτιο, ντουλάπια και τέτοια.

Οι παρατηρήσεις, που έχουν για σκοπό την εκτίμηση της προόδου του

αρρώστου, δεν πρέπει να περιλαμβάνουν μόνο τις φανερές αλλαγές διαθέσεως, αλλά και τα πιο λεπτά σημεία που αφορούν την ικανότητα του να ενδιαφέρεται για το περιβάλλον του, τις σχέσεις του με τους άλλους και τη συμμετοχή του στις δραστηριότητες τους.

Επίσης πρέπει να σημειώνονται προσεκτικά οι οργανικές αλλαγές, όπως η αύξηση της ορέξεως του, η αύξηση του βάρους του και η ομαλή λειτουργία του εντέρου του. Η παρακολούθηση του αρρώστου αμέσως μετά από το E.G.T. είναι ιδιαίτερα σημαντική, γιατί στα πρώτα στάδια της θεραπείας μπορεί να προκύψει μια ικανοποιητική βελτίωση που σημαίνει ότι αξίζει τον κόπο να συνεχισθεί η θεραπεία, αν και λίγες ώρες αργότερα ο άρρωστος δεν φαίνεται να είναι καλύτερα.

Η εξέλιξη μιας αρρώστιας εξαρτάται σε μεγάλο ποσοστό από την προηγούμενη προσωπικότητα του αρρώστου και ένα μεγάλο μέρος της θεραπείας πρέπει να έχει σαν σκοπό να δυναμώσει αυτές τις πλευρές της προσωπικότητας του, που θα βοηθήσουν στη θεραπεία του και την μετέπειτα υγεία του, και ταυτόχρονα να αλλάξει τα χαρακτηριστικά του διαιωνίζοντας την αρρώστια.

Για να γίνει ένα τέτοιο θεραπευτικό πρόγραμμα χρειάζεται μια λεπτομερής γνώση της προσωπικότητας του ασθενούς και αυτό εξαρτάται από τις λεπτομερείς παρατηρήσεις των αντιδράσεων του σε διάφορες περιπτώσεις. Η νοσοκόμος πρέπει να σημειώνει τη συμπεριφορά του αρρώστου στους συγγενείς του και τις αντιδράσεις τους σ' αυτόν. Η γενική συμπεριφορά του στο προσωπικό και στους άλλους ασθενείς πρέπει να περιγράφεται χωρίς λέξεις Cliche, όπως «συνεργάσιμος» που σημαίνει οτιδήποτε, από τελεία εξάρτηση μέχρι ενεργό συμμετοχή στις δραστηριότητες του θαλάμου. Ο ασθενής πρέπει να ενθαρρύνεται να περιγράφει τις δραστηριότητες που εύρισκε πριν ενδιαφέρουσες, καθώς και εκείνες που τις θεωρούμε σαν βάρος.

Θα πρέπει να γίνει μια προσπάθεια για να μάθουμε με ποιους τρόπους αντιμετώπισε ο ασθενής, ο Stress στη διάρκεια της ζωής του. Είναι σημαντικό λοιπόν να μάθουμε μερικές λεπτομέρειες της παιδικής του ηλικίας, της σχολικής, της εργασίας του, του γάμου του και τις σχέσεις του με τη γυναίκα του, τα παιδιά του, τους συνεργάτες του. Και ενώ ο ψυχίατρος θα προσπαθήσει να πληροφορηθεί πολλά από αυτά, η νοσοκόμος μπορεί να τα συμπληρώσει, λόγω της μεγαλύτερης της επαφής με τον άρρωστο και τις ευκαιρίες που έχει για απλή συζήτηση και παρατήρηση.

Η νοσοκόμος δεν πρέπει να προσπαθεί να μάθει πέρα από αυτά που ο ασθενής είναι έτοιμος να συζητήσει. Πρέπει να περιμένει ωσότου ο άρρωστος αισθανθεί ότι είναι έτοιμος και ικανός να συζητήσει τα παραπέρα.

Ο βαθμός της νοσηλευτικής φροντίδας που χρειάζεται εξαρτάται από τη σοβαρότητα της καταθλίψεως. Ο ασθενής που βρίσκεται σε απάθεια ή ο καθυστερημένος, σε σημείο να μην είναι ικανός να φροντίζει τον εαυτό του, πρέπει να νοσηλεύεται στο κρεβάτι, τουλάχιστον μέχρι, με τη θεραπεία, να βελτιωθεί η κατάθλιψη του. Σ' αυτή τη φάση πρέπει να είναι σε κατάλληλη διαίτα, να παίρνει την ορισμένη ποσότητα υγρών, να προλαμβάνονται οι κατακλίσεις και οι άλλες επιπλοκές των κατακεκλεισμένων.

Οι λιγότερο καθυστερημένοι ασθενείς μπορεί να ζητάνε βοήθεια για να φάνε, να ντυθούν και για την τουαλέτα, αλλά πρέπει να γίνεται κάθε προσπάθεια να τους ενθαρρύνουμε να κάνουν όλες αυτές τις δουλειές μόνοι τους.

Χρειάζεται περισσότερη ικανότητα και υπομονή να βοηθήσεις τον ασθενή να τα καταφέρει μόνος του, παρά να του τα κάνεις όλα εσύ. Αν θέλουμε να αποφύγουμε την ιδρυματοποίηση, πρέπει να αναπτύξουμε την ικανότητα του αρρώστου. Είναι πολύ σημαντικό να ζητάμε από τον ασθενή με κατάθλιψη να κάνει μόνο λίγο περισσότερο από ότι αισθάνεται ότι είναι ικανός να κάνει, γιατί, αν του ζητήσουμε πολλά, θα αποτύχει και η αποτυχία θα αυξήσει την κατάθλιψη του.

Είναι ίσως δύσκολο να πεισθούν οι ασθενείς με κατάθλιψη να παίρνουν την κατάλληλη διαίτα. Όταν ένας άρρωστος αρνείται να φάει, πρέπει να προσπαθήσουμε να ανακαλύψουμε την αιτία της άρνησης του. Μπορεί να οφείλεται σε μια απατηλή έμμομη ιδέα ή σε έλλειψη ορέξεως. Στη δεύτερη περίπτωση πρέπει να προσπαθήσουμε να του προσφέρουμε ελκυστικά φαγητά, εκείνα που στο παρελθόν ήταν τα αγαπημένα του πιάτα. Θα χρειασθεί ίσως να συμπληρωθεί η διαίτα του με βιταμίνες. Ο ασθενής πρέπει να ζυγίζεται τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα. (Γιαννοπούλου.Α.1995)

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΕΣ

Περίπτωση 1:

Ιστορικό:

Ασθενής γυναίκα ηλικίας 46 ετών, εισήλθε στην Ψ.Κ. συνοδευόμενη από συγγενικό πρόσωπο. Με υπεύθυνη δήλωση πάρθηκε νοσηλευτικό ιστορικό έγινε λήψη ζωτικών σημείων. Πιθανή διάγνωση καταθλιπτική συνδρομή.

Ατομικό Αναμνηστικό:

Παιδαγωγός σε διάσταση, φάση κλιμακτηρίου, άτεκνη λόγω γυναικολογικών προβλημάτων. Εμφάνιση συμπτωμάτων προ δεκαημέρου λόγω επικείμενου διαζυγίου.

Νοσηλεία :

efexor 75mg XR 1×1 κατόπιν 1×2, efexor 150mg ×1 και efexor 75mg 1×1 και στο τέλος efexor 150mg×2

Tavor 2,5mg 1/2 1/2 1

Lamictal 25mg 1×1 για 5 ημέρες κατόπιν lamictal 25mg 2×2.

Πορεία νόσου:

Η ασθενής παρέμεινε στην Ψ.Κ. για 30 ημέρες. Η πορεία είχε σταθερή βελτίωση μετά τις 10 ημέρες άρχισε να παίρνει άδειες κυλικείου. Στις 15 ημέρες άρχισε να παίρνει ολιγόωρες άδειες για το σπίτι για 2 ημέρες ώσπου την 30^η ημέρα πήρε

εξιτήριο. Κάθε εβδομάδα επισκέπτεται τα εξωτερικά ιατρεία για εξέταση.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

Αξιολόγηση αρρώστου ή νοσηλευτική διάγνωση	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός	Εφαρμογή	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
Καταθλιπτική διάθεση Παραμέληση προσωπικής εικόνας δεν εκφράζει αυτοκτονικές τάσεις.	Μείωση καταθλιπτικής διάθεσης, προσπάθεια ενθάρρυνσης για περιποίησης προσωπικής εικόνας	Χορήγηση αντικαταθλιπτικού φαρμάκου Ψυχοθεραπεία.	Χορήγηση efexor 75mg 1×1 για 5 ημέρες κατόπιν 1×2	Η διάθεσή της βελτιώθηκε σταδιακά και άρχισε να περιποιείται τον εαυτό της.
Απαξιωτική έκφραση για τον εαυτό της (<< δεν αξίζω την προσοχή σας, την περιποίηση σας>>).	Προσπάθεια τόνωσης της ψυχολογίας	Ενίσχυση αντικαταθλιπτικής αγωγής	Χορήγηση lamictal 25mg 1×1 για 5 ημέρες κατόπιν 2×2	Η ψυχολογία τονώθηκε παρουσίαση ενδιαφέροντος για τον εαυτό της
Εκνευρισμός το βράδυ, παραμέληση τακτικής προσωπικής υγιεινής	Προσπάθεια μείωσης εκνευρισμού και τόνωσης ψυχολογίας	Χορήγηση αντικαταθλιπτικού φαρμάκου	Χορήγηση efexor 150mg ×1 και efexor 75mg 1×1 (πρωί – μεσημέρι)	Βαθμιαία απώλεια εκνευρισμού και φροντίδα προσωπικής υγιεινής
Αϋπνίες	Προσπάθεια μείωσης αϋπνιών	Χορήγηση αντικαταθλιπτικού φαρμάκου	Χορήγηση tavor 2,5mg 1/2 1/2 1	Σταδιακή απώλεια αϋπνιών

Περίπτωση 2:

Ιστορικό:

Ασθενής άνδρας ηλικίας 60 ετών, εισήλθε στην Ψ.Κ. ύστερα από διήμερη παραμονή στην παθολογική κλινική λόγω φαρμακευτικής δηλητηρίασης από βενζοδιαζεπίνες 30 tab . Πιθανή διάγνωση επιπλεγμένο πένθος. Ζ.Σ κατά φύση.

Ατομικό Ιστορικό:

Δεν αναφέρονται παθολογικά προβλήματα. Προ 7 μηνών απωλέσθη το παιδί του σε τροχαίο.

Νοσηλεία:

Efexor 75 mg 1×1 για 5 ημέρες, σταδιακή αύξηση έως 375 mg συνολικά.

Tavor 2,5 mg 1/2 1 /2 1

Tab remeron 30 mg 1/2 × 1

Πορεία Νόσου:

Ο ασθενής επέδειξε μικρή πρόοδο. Συμμετείχε την ομάδα, άρχισε να συζητάει το θάνατο του και να δέχεται την επίσκεψη της υπόλοιπης οικογένειάς του. Νοσηλεύεται ήδη 30 ημέρες και η νοσηλεία του συνεχίζεται.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

Αξιολόγηση αρρώστου ή νοσηλευτική διάγνωση	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός	Εφαρμογή	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
Έντονη καταθλιπτική διάθεση και έκφραση έντονου αυτοκτονικού ιδεασμού.	Μείωση της αντικαταθλιπτικής διάθεσης, προσπάθεια αφαίρεσης του έντονου αυτοκτονικού ιδεασμού.	Χορήγηση αντικαταθλιπτικού φαρμάκου.	Χορήγηση efexor 75 mg 1×1 για 5 ημέρες, σταδιακή αύξηση έως 375 mg συνολικά ημερησίως.	Μικρή βελτίωση της διάθεσης και σταδιακή αλλά μικρή αποβολή του αυτοκτονικού ιδεασμού.
Αποσυρμένος τις περισσότερες ώρες, δεν συμμετέχει στις ομάδες και στην αυλή, δεν πάει στην τραπεζαρία.	Προσπάθεια τόνωσης της ψυχολογίας.	Χορήγηση αντικαταθλιπτικού φαρμάκου και ψυχοθεραπεία.	Χορήγηση tavor 25 mg 1 /2 1 /2 1.	Σταδιακή συμμετοχή στην ομάδα και στην αυλή.
Σταθερή ουδέτερη στάση, αυπνίες.	Προσπάθεια βελτίωσης της ουδέτερης στάσης και μείωσης των αυπνιών.	Χορήγηση αντικαταθλιπτικού φαρμάκου και παροχή βοήθειας για τον ύπνο.	Χορήγηση tab remeron 36 mg 1/2 × 1.	Μείωση αυπνιών <u>αλλά</u> παραμονή της ουδέτερης στάσης.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική βιβλιογραφία

- 1.Γιαννοπούλου, Α. (1995). Ψυχιατρική νοσηλευτική. Αθήνα: έκδοση 9.
- 2.Μάνου, Ν. (1998).Βασικά Στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής. Θεσσαλονίκη: University studio press.
- 3.Στεφανής, Κ. και Συνεργάτες (1973). Θέματα Ψυχιατρικής. Αθήνα
- 4.Φιλιπποπούλου, Γ.(1980). Κλινική ψυχιατρική. Αθήνα: έκδοση 2.
- 5.Χαρτοκόλης, Π.(1986). Εισαγωγή στην ψυχιατρική. Αθήνα: εκδόσεις θεμέλιο, έκδοση 1.
- 6.Χαρτοκόλης, Π.(1991). Εισαγωγή στην ψυχιατρική. Αθήνα: εκδόσεις θεμέλιο, έκδοση 2.
- 7.Χριστοδούλου, Γ.Ν.(2001).Κατάθλιψη. Αθήνα: Βήτα ιατρικές εκδόσεις.
- 8.Χριστοδούλου, Ν. και Συνεργάτες (2000). Ψυχιατρική. Αθήνα: έκδοση 3.

Ξένη βιβλιογραφία

- 1.Bergeret,G. (1979). Psychologie pathologique. Paris, Masson .
- 2.Georgotas, A. and Cancro, R. (eds), (1988). Depression and Mania. Amsterdam, Elsevier.
- 3.Karlan,H.I., Saddock ,B. J. (1989). Comprehensive textbook of psychiatry. Baltimore, 6th edition., Williams &Wilkins.
- 4.Les Carte, Frank,M.D.Minirth,Les,Ph.D.Carter, Frank B.Minirth.(1992).The freedom from depression.
- 5.Lieberman, P.B. and Strauss, J.S. (1984).The recurrence of mania: environmental factors and medical treatment. The American Journal of Psychiatry, 141:77-80.
- 6.McGeown, J. G. (2008). Συνοπτική φυσιολογία του ανθρώπου. Αθήνα ,έκδοση 2.
- 7.Thomas L. Schwartz (SUNY Upstate Medical University, Syracuse, New York, USA,)Timothy Peterson (Massachusetts General Hospital, Boston,

Massachusetts, USA).(2000).Depression: Treatment Strategies and Management, Second Edition.

8.Rainer Tolle, Klaus Windgassen. (2005). Ψυχιατρική και Ψυχοθεραπεία. Επεμέλεια έκδοσης: Γιαννης Βαρτζόπουλος: Μετάφραση: Έμη Βαϊκούση. Αθήνα: εκδόσεις Παρισιάνου

Αναφορές

1.www.medicore.gr

2.www.katathlipsi.gr

3.www.stress.gra

4.www.pubmed.com

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΝΕΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Mundt Γ, Schroeder A, Backenstrass M.

2008 μαΐος

Αυταπάρνηση εναντίον του μόνος-centredness στην προσωπικότητα των καταθλιπτικών στη δεκαετία του '50 και το 1990s. Κέντρο για την ψυχοκοινωνική ιατρική, τμήμα γενικής ενήλικης ψυχιατρικής, Χαϊδελβέργη, Vossstr. 4, 69 115 Χαϊδελβέργη, Γερμανία.

ΥΠΟΒΑΘΡΟ: Η έρευνα στα χαρακτηριστικά γνωρίσματα προσωπικότητας των ασθενών με σημαντική κατάθλιψη έχει υπογραμμίσει την τάση τους να θέσουν τα υψηλά πρότυπα για τους. Δύο κατευθύνσεις να ενεργήσουν στα υψηλά πρότυπα έχουν διαφοροποιηθεί που μπορούν να συνοψιστούν ως αλτρουιστικές και μόνος-κεντροθετημένες τοποθετήσεις. Το μελαγχολικά και τα ναρκισσιστικά χαρακτηριστικά γνωρίσματα προσωπικότητας είναι αντιπροσωπευτικά για τους. Δεδομένου ότι και οι δύο τύποι χαρακτηριστικών γνωρισμάτων είναι ηλικία που συσχετίζεται, η ερώτηση έπρεπε να τεθεί εάν αυτό απεικονίζει μια μεμονωμένη διαδικασία της κοινωνικής προσαρμογής ή μια κοσμοϊστορική αλλαγή των τιμών. **ΜΕΘΟΔΟΙ:** Η μελέτη είναι βασισμένη σε ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα των αρχείων περίπτωσης των πρώτων καταθλιπτικού επεισοδίου. Δύο ομάδες της δεκαετίας του '50 και των δύο από τη δεκαετία του '90 επιλέχθηκαν. Και στις δύο δεκαετίες, μια ηλικία των ομάδων της αρχής ήταν κάτω από 40 ενώ η ηλικία άλλων ομάδων της αρχής ήταν πάνω από 40. Κάθε ομάδα περιέλαβε 20 ασθενείς, που παράγουν ένα συνολικό δείγμα 81 ασθενών. Οι πληροφορίες από τα αρχεία προετοιμάστηκαν και αξιολογήθηκαν σε μια σε δύο στάδια διαδικασία σύμφωνα με το V. Zerssen. **ΟΔΗΓΕΙ:** Η αύξηση της αυταπάρνησης και η μείωση του μόνος-centredness με την προώθηση της ηλικίας θα μπορούσαν να επιβεβαιωθούν. Υπάρχει ένας αδύνατος για να συγκρατήσει την κοσμοϊστορική πτώση των αλτρουιστικών τοποθετήσεων μόνο στις παλαιότερες ομάδες και μια χαρακτηρισμένη αύξηση των μόνος-κεντροθετημένων τοποθετήσεων και σοι δύο, τις νεολαίες και τις παλαιές ομάδες. **ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ:** Η αξιολόγηση των τύπων διαγνώσεων και προσωπικότητας κατάθλιψης με τη βοήθεια των αρχείων περίπτωσης σε ένα αναδρομικό σχέδιο θα μπορούσε να περιορίσει την αξιοπιστία και την ισχύ των μετρημένων εννοιών. Επιπλέον, τα στοιχεία σχετικά με τα ναρκισσιστικά χαρακτηριστικά γνωρίσματα δεν επικυρώθηκαν σε άλλα δείγματα. **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Και οι δύο, η επίδραση ηλικίας και η κοσμοϊστορική επίδραση δείχνουν ότι τέτοιες πτυχές πρέπει να γεννηθούν στο μυαλό για τη

ψυχοθεραπεία των καταθλιπτικών ασθενών. Αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό δεδομένου ότι οι βασικές τοποθετήσεις προσωπικότητας συμβάλλουν στην αιτιολογία της κατάθλιψης, που μεταβιβάζεται εν μέρει από τις κοινωνικές τιμές, εν μέρει από τις απαιτήσεις των διαρκειών ζωής στη μεμονωμένη ιστορία ζωής.

Cho KL.

Med Sport Sci. 2008

Επίδραση Tai Chi στα καταθλιπτικά συμπτώματα μεταξύ των κινεζικών παλαιότερων ασθενών με σημαντική κατάθλιψη: Ο ρόλος κοινωνικού Support. Po Sau κέντρο στη γήρανση, το πανεπιστήμιο του Χονγκ Κονγκ, Χονγκ Κονγκ, SAR, Κίνα.

Ο στόχος αυτής της μελέτης ήταν να καθοριστεί εάν τα αποτελέσματα Tai Chi της κατάρτισης στα καταθλιπτικά συμπτώματα στους κινεζικούς παλαιότερους ασθενείς με την κατάθλιψη παρέμειναν στατιστικά σημαντικά αφότου ελέγχθηκε η κοινωνική υποστήριξη. Δεκατέσσερις κοινοτικός-κατοικώντας παλαιότεροι ασθενείς από μια ψυχογηριατρική κλινική εξωτερικών ασθενών διορίστηκαν τυχαία είτε σε μια τριών μηνών Tai Chi επέμβαση με 36 συνόδους είτε έναν έλεγχο αναμονή-καταλόγων. Η κατάθλιψη αξιολογήθηκε από το κέντρο για την επιδημιολογική κλίμακα κατάθλιψης μελετών (ces-d), ενώ η κοινωνική υποστήριξη μετρήθηκε από την κοινωνική κλίμακα δικτύων Lubben (LSNS). Με την εκτέλεση των αναλύσεων πολλαπλάσιας οπισθοδρόμησης, εξετάσαμε εάν η επίδραση της ανάθεσης ομάδας (Tai Chi και ελέγχου ομάδες) σε πέντε μέτρα των καταθλιπτικών συμπτωμάτων (δηλ. τα συνολικά αποτελέσματα της κλίμακας ces-d, και αποτελέσματα όλων των υποκλιμάκων του συμπεριλαμβανομένων των συμπτωμάτων σχετικών με τη σωματική, αρνητική επιρροή, τη διαπροσωπική σχέση, και την ευημερία) παρέμεινε σημαντική μετά από να ελέγξει για την ηλικία, το φύλο, την εκπαίδευση, και LSNS. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι ο ευεργετικός αντίκτυπος Tai Chi σε πέντε μέτρα των καταθλιπτικών συμπτωμάτων παρέμεινε σημαντικός όταν ρυθμίσαμε για την ηλικία, το φύλο, και την εκπαίδευση. Αφ' ενός, η επίδραση της επέμβασής μας εξαφανίστηκε όταν οι αλλαγές της κοινωνικής υποστήριξης ήταν ελεγχόμενος ξέν. που η κοινωνική υποστήριξη να είναι εν μέρει αρμόδια για την επίδραση Tai Chi στα καταθλιπτικά συμπτώματα επειδή εν ενεργεία Tai Chi είναι μια κοινωνική δραστηριότητα στη φύση.

Uchida K, Yamasaki K.

2008 Feb

Κοινωνική μεσολάβηση υποστήριξης μεταξύ της αντιμετώπισης από τη συναισθηματική έκφραση και της κατάθλιψης. Κοινή Σχολή στην επιστήμη της σχολικής εκπαίδευσης, πανεπιστήμιο Hyogo της εκπαίδευσης δασκάλων, 748 Nakashima, Takashima, Naruto 772-8502, Ιαπωνία. e0520101@naruto-u.ac

Ο παρών σκοπός ήταν να ερευνηθούν τα αποτελέσματα της κοινωνικής υποστήριξης στη σχέση μεταξύ της αντιμετώπισης με την έκφραση των συγκινήσεων και της κατάθλιψης στις γυναίκες. Οι ιαπωνικοί προπτυχιακοί σπουδαστές (N = 218) συμπλήρωσαν τέσσερα ερωτηματολόγια μόνος-εκθέσεων: το dispositional και οι περιστασιακές εκδόσεις του συναισθηματικού αντιμετωπίζοντας ερωτηματολογίου που μετρά τον τρόπο έκφρασης όπως όντας είτε σε μόνο τόσο σε ένα ημερολόγιο είτε σε άλλες όπως στην αφήγηση ενός φίλου, η κοινωνική κλίμακα υποστήριξης που αξιολογεί έλαβαν την υποστήριξη, και το κέντρο για την επιδημιολογική κλίμακα μελέτη-κατάθλιψης. Η ανάλυση έδειξε ότι η έκφραση των συγκινήσεων σε μόνο και στο dispositional και στην περιστασιακή αντιμετώπιση είχε τους σημαντικούς θετικούς συσχετισμούς με την κατάθλιψη, ειδικά για τις γυναίκες που σημείωσαν υψηλές στην κατάθλιψη, και η έκφραση των συγκινήσεων σε άλλες και στο dispositional και στην περιστασιακή αντιμετώπιση σημαντικά θετικά συσχετίστηκε με την κοινωνική υποστήριξη. Εντούτοις, κανένα σημαντικό αποτέλεσμα μεσολάβησης της κοινωνικής υποστήριξης στη συναισθηματικές έκφραση και την κατάθλιψη δεν βρέθηκε. Οι περιορισμοί και τα θέματα για την έρευνα συζητούνται.

Bjerkeset O, Romundstad Π, Gunnell Δ.

Br J Psychiatry. 2008 Jun;192:474-5.

Διαφορές φύλου στην ένωση της μικτής ανησυχίας και την κατάθλιψη με την αυτοκτονία

MD, PHD, τμήμα για την έρευνα και την ανάπτυξη, Levanger νοσοκομείο, εμπιστοσύνη υγείας nord-Trøndelag, Kirkegt. 2 7600 Levanger, Νορβηγία. ottar.bjerkeset@ntnu.no.

Η συχνότητα της κατάθλιψης είναι υψηλότερη στις γυναίκες από τους άνδρες αλλά το αντίστροφο σχέδιο βλέπει με την αυτοκτονία. Σε μια ομάδα 50 692 Νορβηγών διαπιστώσαμε ότι ο κίνδυνος αυτοκτονίας που συνδέθηκε με την ανησυχία και την κατάθλιψη comorbid ήταν διπλά υψηλότερος στους άνδρες

(OR=7.4, 95% CI 3.1-17.5) από τις γυναίκες (OR=2.9, 95% CI 0.8-10.6), αν και τα στατιστικά στοιχεία για μια διαφορά ήταν αδύνατα (P=0.4). Εάν πραγματικές, αυτές οι διαφορές φύλου θα μπορούσαν να απεικονίσουν είτε ένα πιο βαρύ σχεδιάγραμμα συμπτώματος στα άτομα με την μόνος-αναφερόμενη ανησυχία και την κατάθλιψη, ίσως λόγω των διαφορών φύλου όσον αφορά το στίγμα που συνδέθηκε με τη διανοητική ασθένεια, είτε των διαφορών φύλου με τον τρόπο που τα άτομα αποκρίνονται στη διανοητική ασθένεια (π.χ. αυτοϊαση/βοήθεια-επιδίωξη).

Haddad SK, Reiss Δ, Spotts EL, Ganiban J, Lichtenstein Π, Neiderhiser JM.

J AM Psychoanal Assoc. 2008 Jun 56 (2): 515-50.

Κατάθλιψη και εσωτερικά κατευθυνόμενη επιθετικότητα: γενετικές και περιβαλλοντικές συνεισφορές. Τμήμα ψυχολογίας, Πανεπιστήμιο George Washington. suzannekerinhaddad@gmail.com.

Αυτή η μελέτη χρησιμοποιεί τη γενετική (BG) μεθοδολογία συμπεριφοράς για να ερευνήσει τη θεωρία Freud της κατάθλιψης ως επιθετικότητα που κατευθύνεται προς το μόνο (1930) και το βαθμό στους οποίους οι γενετικά και περιβαλλοντικά επηρεασμένες επιθετικές τάσεις συμβάλλουν στα καταθλιπτικά συμπτώματα. Το στοιχείο από τη μελέτη διδύμων και απογόνου στη Σουηδία (EKTINAΞΗ) χρησιμοποιείται για να καταδείξει πώς, στον υπολογισμό των κοινών και μοναδικών περιβαλλοντικών επιρροών, οι μέθοδοι του BG μπορούν να ενημερώσουν την ψυχαναλυτικές θεωρία και την πρακτική, ιδιαίτερα λόγω της κοινής έμφασής τους στη σημασία της μεμονωμένης εμπειρίας στην ανάπτυξη. Το δείγμα EKTINAΞΕΩΝ αποτελείται από 909 ζευγάρια των ενήλικων διδύμων, των συνεργατών τους, και ενός εφηβικού παιδιού ανά ζεύγος. Το κέντρο για την επιδημιολογική κλίμακα κατάθλιψης μελετών (Radloff 1977) χρησιμοποιήθηκε για να μετρήσει τα καταθλιπτικά συμπτώματα και τις κλίμακες Karolinska της προσωπικότητας (Schalling και Edman 1993) για να μετρήσει την εσωτερικά κατευθυνόμενη επιθετικότητα. Οι γενετικές αναλύσεις έδειξαν ότι και για τους άνδρες και για τις γυναίκες, η μοναδική εμπειρία τους καθώς επίσης και οι γενετικοί παράγοντες συνέβαλαν εξίσου στην ένωση μεταξύ της εσωτερικά κατευθυνόμενης επιθετικότητας και των καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Αυτά τα συμπεράσματα υποστηρίζουν τη θεωρία Freud ότι οι σύμφωνα προς το σύνταγμα βασισμένες διαφορές στην επιθετικότητα, μαζί με τη μεμονωμένη εμπειρία, συμβάλλουν στα καταθλιπτικά συμπτώματα ενός προσώπου. Ο καθορισμός ότι ένα άτομο μοναδικό, κοινό, εμπειρία και αντιλήψεις συμβάλλει στα καταθλιπτικά συμπτώματα και την εσωτερικά κατευθυνόμενη επιθετικότητα ενισχύει τη χρήση των υπομονετικής-συγκεκριμένων προσεγγίσεων επεξεργασίας που εφαρμόζονται στην ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία ή την ψυχανάλυση.

Sriwattanakomen P, Ford AF, Thomas SB

Ψυχιατρική AM J Geriatr. 2008 Jun 16 (6): 460-8.

Παρεμπόδιση της κατάθλιψης στην πιο πρόσφατη ζωή: μετάφραση από την έννοια στο πειραματικές σχέδιο και την εφαρμογή.

Προηγμένο κέντρο για την έρευνα επεμβάσεων και υπηρεσιών για τις αναταραχές διάθεσης πρόσφατος-ζωής, πανεπιστήμιο της Ιατρικής Σχολής του Πίτσμπουργκ, Πίτσμπουργκ, PA, ΗΠΑ.

ΣΤΟΧΟΣ: Οι συντάκτες απαριθμούν την ανάγκη δημόσιας υγείας για την έρευνα πρόληψης κατάθλιψης και τις αποφάσεις που λαμβάνονται στο σχεδιασμό μιας εξεταστικής θεραπείας επίλυσης προβλήματος πειράματος ως «υποδεδειγμένη» προληπτική επέμβαση για τους υψηλού κινδύνου παλαιότερους ενήλικους με τη subsyndromal κατάθλιψη. Η ειδική προσοχή δίνεται στη στρατολόγηση των αφροαμερικάνων λόγω των καλά τεκμηριωμένων ανισοτήτων στις εκβάσεις υπηρεσιών πνευματικών υγείων και επεξεργασίας κατάθλιψης μεταξύ των φυλών. **ΜΕΘΟΔΟΙ:** Συνολικά 306 άτομα (κατά το ήμισυ λευκός, μισός αφροαμερικάνος) με τα αποτελέσματα 16 ή υψηλότερος στο κέντρο επιδημιολογικών μελετών της κλίμακας κατάθλιψης, αλλά χωρίς την ιστορία σημαντικής καταθλιπτικής αναταραχής στους προηγούμενους 12 μήνες, στρατολογούνται και ορίζονται τυχαία είτε στην θεραπεία-αρχική προσοχή επίλυσης προβλήματος είτε σε έναν διαιτητικό όρο ελέγχου εκπαίδευσης. Ο χρόνος, και το ποσοστό, στα συναφή επεισόδια σημαντικής καταθλιπτικής αναταραχής πρόκειται να διαμορφωθούν χρησιμοποιώντας την ανάλυση επιβίωσης. Το επίπεδο καταθλιπτικών συμπτωμάτων θα αναλυθεί μέσω μιας μικτής προσέγγισης προτύπων. **ΟΔΗΓΕΙ:** Είκοσι δύο άτομα έχουν στρατολογηθεί στη μελέτη, και μέχρι σήμερα οκτώ έχουν ολοκληρώσει την τυχαία ορισμένη αξιολόγηση της επέμβασης και postintervention. Τέσσερα από 22 έχουν βγει μετά από να αναπτύξουν σημαντικά καταθλιπτικά επεισόδια. Κανένας δεν έχει παραπονεθεί για τις διαδικασίες ή τις απαιτήσεις μελέτης. Η εφαρμογή σε ποικίλα κοινωνικά υπόβαθρα πηγαίνει καλά. **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Τα στοιχεία συλλεχθέντα μέχρι σήμερα υποστηρίζουν τη δυνατότητα από την επιδημιολογία στο σχέδιο RCT και την εφαρμογή της εμπειρικής έρευνας πρόληψης κατάθλιψης στην πιο πρόσφατη ζωή.

Liu CC, Liang KY, Sc Liao

J Psychopharmacol. 2008 30 Μαΐου. [Epub μπροστά από την τυπωμένη ύλη]

Καταπραϋντικός-συνδεμένη μανία: σύντομα μετά από το διακόπτη από το fluoxetine στο mirtazapine σε μια ηλικιωμένη γυναίκα με τα μικτά καταθλιπτικά χαρακτηριστικά γνωρίσματα

Τμήμα ψυχιατρικής, εθνικό πανεπιστημιακό νοσοκομείο της Ταϊβάν, Ταϊπέι, Ταϊβάν.

Η αφηρημένη αύξηση Mirtazapine σε έναν ανασταλτικό παράγοντα σεροτονίνης -σεροτονίνη-reuptake έχει προταθεί για να ωθήσει τα καταπραϋντικά αποτελέσματα και πιθανότερος να προκαλέσει το μανιακό διακόπτη. Μια τέτοια συνδυασμένη καταπραϋντική στρατηγική θεραπείας πρέπει να χρησιμοποιηθεί προσεκτικά εάν refractoriness του ασθενή αποδίδεται στα μικτά καταθλιπτικά χαρακτηριστικά γνωρίσματα. Η μικτή κατάθλιψη είναι δυσκολότερο να αντιμετωπιστεί από καταπραϋντικό monotherapy και να αφορά τον υψηλότερο κίνδυνο μανιακού διακόπτη κατά τη διάρκεια της επεξεργασίας. Αναφέρουμε μια περίπτωση χωρίς την προηγούμενη ιστορία της διπολικής αναταραχής, ενώ αναπτυγμένα πραγματικά ψυχωτικά μανιακά συμπτώματα σύντομα μετά από το διακόπτη από το fluoxetine στο mirtazapine. Οι κλινικές παρουσιάσεις του ασθενή προνοσηροί χαρακτήρες και πρότειναν μια υπονοούμενη διπολικότητα που την προδιάθεσε σε έναν μανιακό διακόπτη. Ο μανιακός διακόπτης της ήταν πιθανό να προκληθεί από μια μιμούμενη συνδυασμένη επίδραση λόγω των σύνθετων αλληλεπιδράσεων φαρμάκων κατά τη διάρκεια της μετατόπισης από το fluoxetine στο mirtazapine. Για τους ασθενείς στα μικτά καταθλιπτικά κράτη, οι σταθεροποιητές διάθεσης είναι προτιμητέοι στα αντικαταθλιπτικά χάπια.

Michael E. Braun UK, Pham Γ, Kunik

Γεροντολογία. 2008 Jun 63 (6): 25-7.

Κατάθλιψη αναγνώρισης και διαχείρισης στο τέλος της ζωής. Κολλέγιο Baylor της ιατρικής, Χιούστον, TX και κέντρο του Χιούστον για την ποιότητα των μελετών προσοχής και χρησιμοποίησης, τμήματα της υπηρεσίας γεροντολογίας και έρευνας και ανάπτυξης υγειονομικών υπηρεσιών, και του ασύλου, DeBakey Veterans ιατρικό κέντρο υποθέσεων, Χιούστον. Η διαδικασία θανάτου χαρακτηρίζεται από τα συναισθήματα της θλίψης και του φόβου. Είναι κανονικό για τους ασθενείς στο τέλος της ζωής να ανησυχήσουν και η απώλεια υγείας τους. Εντούτοις, όταν αυτά τα συναισθήματα γίνονται υπερβολικά και παρεμποδίζουν όλες τις πτυχές της ζωής του ασθενή, είναι ανώμαλες απαντήσεις στην πίεση της τελικής ασθένειας. Η διαλογή για την κατάθλιψη στους κατά το τέλος άρρωστους ασθενείς μπορεί να βελτιστοποιήσει τη φυσική άνεσή τους στο τέλος της ζωής και να τους παρέχει η ευκαιρία να αντιμετωπίσει και να προετοιμαστεί για το θάνατο.