

*ΤΕΙ ΠΑΤΡΩΝ*

*ΣΧΟΛΗ:ΣΕΥΠ*

*ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ*

*ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ  
ΦΡΟΝΤΙΔΑ*



*« DEPRESSION AND NURSING CARE »*

*ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ:*

*ΜΑΡΑΖΙΩΤΗ ΑΝΤΩΝΙΑ*

*ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ:*

*ΑΡΜΠΑΤΣΗ ΠΑΝΩΡΑΙΑ*

**ΠΑΤΡΑ 2011**

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Εισαγωγή.....	8
Ιστορική αναδρομή .....	10
<b>Κεφάλαιο 1<sup>ο</sup></b>	
1.1 Ψυχική Υγεία-Ψυχική νόσος.....	13
1.2 Οι συναισθηματικές διαταραχές.....	15
<b>Κεφάλαιο 2<sup>ο</sup></b>	
2.1 Η έννοια της κατάθλιψης .....	17
2.2 Ο ρόλος του εγκεφάλου και των ορμονών στην εκδήλωση της κατάθλιψης.....	18
<b>Κεφάλαιο 3<sup>ο</sup></b>	
3.1 Η επιδημιολογία της κατάθλιψης.....	22
3.2 Η γενετική της κατάθλιψης.....	23
<b>Κεφάλαιο 4<sup>ο</sup></b>	

## Αιτιολογικοί παράγοντες

4.1 Γενετικοί παράγοντες .....	25
4.2 Βιολογικοί παράγοντες.....	26
4.3 Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες.....	28
4.3.1 Ανώμαλες αντιδράσεις σε απώλειες.....	28
4.3.2 Άλλες ψυχοδυναμικές θεωρίες.....	29
4.3.3 Έλλειψη αυτοεκτίμησης.....	30
4.3.4 Ιατροπροσωπική θεωρία.....	31
4.3.5 Γνωσιακή θεωρία.....	31
<b>Κεφάλαιο 5<sup>ο</sup></b>	
5.1 Κλινική εικόνα της κατάθλιψης .....	33
5.2 Κλινικές μορφές της κατάθλιψης.....	35
<b>Κεφάλαιο 6<sup>ο</sup></b>	
6.1 Διαγνωστικά κριτήρια της κατάθλιψης.....	38
<b>Κεφάλαιο 7<sup>ο</sup></b>	
7.1 Θεραπεία .....	39
7.2 Βιολογικά μέσα θεραπείας.....	40

7.2.1 Φαρμακευτική αγωγή.....	40
7.2.2 Ηλεκτροσπασμοθεραπεία.....	43
7.3 Ψυχολογικά μέσα θεραπείας.....	45
7.4 Ψυχοκοινωνικά μέσα θεραπείας.....	45
7.5 Φωτοθεραπεία.....	46
7.6 Άσκηση.....	46
7.7 Διατροφή.....	47

## **ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ**

### **Κεφάλαιο 8<sup>ο</sup>**

8.1 Νοσηλευτική φροντίδα ατόμου με κατάθλιψη.....	49
8.2 Νοσηλευτικές διαγνώσεις και προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας.....	50

### **Κεφάλαιο 9<sup>ο</sup>**

9.1 Νοσηλευτικές ευθύνες κατά τη χορήγηση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων.....	59
9.2 Παρενέργειες των φαρμάκων και νοσηλευτικές παρεμβάσεις.....	59
9.3 Νοσηλευτικές παρεμβάσεις σε ασθενή που υποβάλλεται σε ΗΣΘ....	62

### **Κεφάλαιο 10<sup>ο</sup>**

10.1 Η κοινοτική παρέμβαση στην πορεία ασθενούς με κατάθλιψη.....	64
10.2 Η κοινοτική επανένταξη στα πλαίσια της κοινοτικής ψυχιατρικής.....	65
10.3 Προληπτική κοινοτική ψυχιατρική.....	66

## **Κεφάλαιο 11°**

11.1 Περίθαλψη στο σπίτι του ψυχικά ασθενούς.....	68
11.2 Ο ρόλος του κοινοτικού νοσηλευτή ψυχικής υγείας.....	69

## **Κεφάλαιο 12°**

12.1 Η νοσηλευτική επικοινωνία με τον καταθλιπτικό ασθενή.....	70
12.2 Θεραπευτικές νοσηλευτικές στάσεις.....	70

## **Κεφάλαιο 13°**

13.1 Νοσηλευτική διεργασία σε ασθενή με κατάθλιψη.....	72
13.1.1 Νοσηλευτική εκτίμηση.....	72
13.1.2 Ανάλυση και νοσηλευτική διάγνωση.....	74
13.2 Σχεδιασμός νοσηλευτικής παρέμβασης και προκαθορισμός αναμενόμενου αποτελέσματος.....	75

13.3 Εφαρμογή του νοσηλευτικού πλάνου .....	76
13.4 Αξιολόγηση αποτελέσματος.....	78
<b>Συμπέρασμα.....</b>	<b>80</b>
<b>Περίληψη.....</b>	<b>82</b>
<b>Summary.....</b>	<b>83</b>
<b>Βιβλιογραφία.....</b>	<b>84</b>

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Για όλους τους ανθρώπους η ψυχική, σωματική και κοινωνική ευεξία είναι παράγοντες ζωτικής σημασίας που συμπλέκονται και αλληλοεξαρτώνται στενά. Καθώς η κατανόηση αυτής της σχέσης βαθαίνει γίνεται ακόμη περισσότερο προφανές ότι η ψυχική υγεία είναι αποφασιστικής σημασίας για την εν γένει ευεξία κοινωνιών και χωρών.

Ο ΠΟΥ έχει αναγνωρίσει τη σπουδαιότητα της ψυχικής υγείας από την ίδρυση του, και αντικατοπτρίζεται στον ορισμό της υγείας στο καταστατικό του όχι απλά ως η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας, αλλά ως μία κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας.

Παρ όλα αυτά, ένα μεγάλο ποσοστό συνανθρώπων μας δεν χαίρει ψυχικής ευεξίας.

Είναι συγκλονιστικό το γεγονός ότι περίπου 400 εκατομμύρια άνθρωποι παγκοσμίως υποφέρουν από μία ψυχική διαταραχή.<sup>1</sup>

Η κατάθλιψη αποτελεί την πιο συχνή ψυχική διαταραχή. Υπολογίζεται ότι ένας στους δέκα ανθρώπους νοσεί σε κάποια περίοδο της ζωής του, ενώ μόνο το 10-25% των αρρώστων υποβάλλονται σε θεραπεία.

Η ψυχιατρική είναι η επιστήμη, η οποία με την ξεχωριστή συμβολή της στην ψυχική υγεία, θα βοηθήσει τον ψυχικά ασθενή ν' αντιμετωπίσει τη νόσο του, δίνοντας του συνεχή και ολοκληρωμένη φροντίδα. Αναπόσπαστο και ενεργό μέλος της ψυχιατρικής ομάδας αποτελεί ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας.

Ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας είναι το άτομο που βρίσκεται διαρκώς στο πλευρό του ψυχικά πάσχοντος τόσο κατά την ενδονοσοκομειακή νοσηλεία του, στις βαριές κλινικές μορφές της νόσου, όσο και κατά τη φροντίδα του στο σπίτι ή στην κοινότητα.

Ο ρόλος του δεν έγκειται μόνο στην χορήγηση της φαρμακευτικής αγωγής του αρρώστου και στην παρακολούθηση της κανονικής και τακτικής λήψης των φαρμακευτικών παρασκευασμάτων, αλλά είναι περισσότερο πολύπλοκος. Η φροντίδα του δεν απευθύνεται σ' ένα απλά ασθενή αλλά σ' ένα άτομο που πάσχει ψυχικά.

Σ' ένα άτομο που περιμένει απεγνωσμένα την φροντίδα και την αγάπη των συνανθρώπων του και ιδιαίτερα του θεραπευτή του. Ο νοσηλευτής της ψυχικής υγείας μέσω της συνεχούς επαφής του και της επικοινωνίας με τον ψυχικά ασθενή - συνάνθρωπο έχει την δυνατότητα θεμελίωσης ενός κλίματος αμοιβαίας εμπιστοσύνης και δημιουργίας ενός θεραπευτικού περιβάλλοντος μέσα στο οποίο ο ασθενής έχει την άνεση να εκφράσει τα συναισθήματα και τις επιθυμίες του και να αναπτύξει υγιές τρόπους συμπεριφοράς.<sup>1,2</sup>



## ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Η κατάθλιψη είναι μια πάθηση που συνοδεύει τον άνθρωπο από την αρχή της ιστορίας του. Περιγραφές της κατάθλιψης βρέθηκαν σε σουμερικά και αιγυπτιακά κείμενα. Επεισόδια καταθλιπτικά περιγράφονται στην Παλαιά Διαθήκη (η ιστορία του βασιλιά Σαούλ) και στην Ιλιάδα του Ομήρου (αυτοκτονία του Αίαντα). Ο Ιπποκράτης (460-370π.Χ.) πρώτος χρησιμοποίησε τους όρους μελαγχολία και μανία. Ο Ιπποκράτης υποστήριζε ότι η μελαγχολία είναι κατά βάση μια νόσος του εγκεφάλου που αφορούσε τη φύση των χυμών του εγκεφάλου, μια συνέπεια της μαύρης χολής.

Επιπροσθέτως, πίστευε ότι στη μελαγχολία συμπλέκονται εσωτερικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες, ότι «ένας μακροχρόνιος μόχθος της ψυχής μπορεί να προκαλέσει μελαγχολία» και ξεχώριζε την αρρώστια που δεν είχε προφανή εξωτερικά αίτια. Η άποψη του Αριστοτέλη για την κατάθλιψη αντίθετα από τον Ιπποκράτη, δεν ήταν τελείως αρνητική. Επηρεασμός από την ιδέα της ‘θείας μάνας’ του Πλάτωνα τη συνέδεσε με την μελαγχολία. Παρόλο που αναζητούσε τρόπους για να θεραπεύσει την πάθηση, πίστευε επίσης ότι μια ορισμένη ποσότητα μαύρης χολής ήταν απαραίτητη για την μεγαλοφυΐα: «όλοι όσοι έχουν διαπρέψει στη φιλοσοφία, στην ποίηση, στην τέχνη και στην πολιτική, ακόμα και ο Σωκράτης και ο Πλάτων είχαν μια μελαγχολική έλξη, μερικοί μάλιστα υπέφεραν από τη νόσο της μελαγχολίας». Αυτή την ιδέα της εμπνευσμένης μελαγχολίας προέβαλε και ο αυτόχειρας Ρωμαίος φιλόσοφος Σενέκας. Την ξανασυναντούμε στην Αναγέννηση όπου η μελαγχολία θεωρείτο δρόμος προς την θεία έμπνευση.<sup>3,4</sup>

Η Ιπποκρατική ταξινόμηση διατηρήθηκε μέχρι τον δέκατο έκτο και αρχές του δεκάτου εβδόμου αιώνα. Το 1686 ο Bonet περιέγραψε μια νόσο την οποία ονόμασε «Maniaco-Melancholia». Το 1854 ο J. Falret μελέτησε την «folie circulaire» ενώ ο Kahlbaum, χρησιμοποίησε τον όρο «κυκλοθυμία». Καθοριστικό ρόλο στην κατάταξη των καταθλιπτικών διαταραχών διαδραμάτισε ο Γερμανός ψυχίατρος Emil Kraepelin (1856-

1926) που περιέγραψε την “μανιοκαταθλιπτική ψύχωση” και την διαχώρισε από την πρόιμη άνοια (Dementia praecox) που αργότερα ονομάστηκε από τον Bleuler σχιζοφρένια.<sup>4</sup>



**ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ**

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο**

## 1.1 ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ-ΨΥΧΙΚΗ ΝΟΣΟΣ

Εκατομμύρια άτομα παγκοσμίως πάσχουν ψυχικά .Γεννιέται λοιπόν εύλογα το ερώτημα τι διαφοροποιεί τους ψυχικά πάσχοντες από τους υπόλοιπους ανθρώπους και τι τελικά είναι ψυχική υγεία;

Η ψυχική υγεία είναι πολυδιάστατη έννοια αναπόσπαστη από την υγεία του ανθρώπου.

Σύμφωνα με τον ορισμό της Π.Ο.Υ η ψυχική υγεία είναι η κατάσταση της συναισθηματικής ευεξίας, όπου το άτομο μπορεί να ζει και να εργάζεται με άνεση μέσα στην κοινότητα και να ικανοποιείται από τα προσωπικά του χαρακτηριστικά και επιτεύγματα.

Στον ορισμό αυτό σκόπιμα εκτός από το στοιχείο της ευεξίας δίνεται και έμφαση στη λειτουργικότητα του ατόμου μέσα στα πλαίσια της κοινότητας. Υπογραμμίζεται έτσι ότι το άτομο δε ζει «εν κένω», αλλά σε ένα ευρύτερο κοινωνικό χώρο, σε συμβίωση και συνλειτουργία με άλλους συνανθρώπους του.<sup>3,4,5</sup>

Το ψυχικά υγιές άτομο έχει επίγνωση της ταυτότητας του και κατέχει μια ρεαλιστική εικόνα των ισχυρών σημείων του και αδυναμιών του .Έχει δυνατότητα αυτοδυναμίας, αξιοποιώντας όλα τα αποθέματα των ενεργειών του για την πραγμάτωση των στόχων του .Διαθέτει μια ρεαλιστική αντίληψη της πραγματικότητας και μια ικανότητα να ελέγχει το περιβάλλον του, ώστε να μπορεί να προσαρμόζεται στις τρέχουσες καταστάσεις. Έχει τη δυνατότητα να εργάζεται, να αγαπά, να διασκεδάζει και να γεύεται τους καρπούς της προσωπικής ικανοποίησης και ευφορίας από τις δραστηριότητες και τα επιτεύγματα του. Τέλος, έχει τη δυνατότητα να αντιστέκεται στο stress και να επιλύει τα προβλήματα της ζωής του, που αντιστρατεύονται την επίτευξη των στόχων του.

Σε αντιδιαστολή το άτομο που νοσεί ψυχικά δεν έχει δυνατότητα αυτοδυναμίας, αντίστασης στο stress, επίλυσης προβλημάτων. Παρουσιάζει διαταραχές στην ενδοψυχική του ισορροπία, στις διαπροσωπικές του

σχέσεις και προσαρμοστικότητα του στο οικογενειακό, επαγγελματικό και κοινωνικό περιβάλλον.

Σαν ψυχική νόσος, θα μπορούσε να οριστεί « η λειτουργική ατέλεια η οποία αντανακλάται κυρίως στους ψυχικούς μηχανισμούς και αποκλίνει σαφώς από τις απαιτήσεις και αντιλήψεις της ευρύτερης κοινωνικής πολιτισμικής ομάδας».

Σήμερα στο χώρο της ψυχιατρικής έχουν επικρατήσει τρεις μορφές προσέγγισης της ψυχικής νόσου, οι οποίες είναι :

A} Το ιατρικό πρότυπο αναφέρεται στην αναζήτηση των αιτιών της ψυχικής νόσου σε οργανικούς παράγοντες.

B} Το ψυχογενετικό πρότυπο υποστηρίζει ότι η ψυχοπαθολογικές διαταραχές οφείλονται σε ενδόψυχα αίτια. Όπως πρώιμες τραυματικές εμπειρίες κατά τη διάρκεια της ψυχοκινητικής ανάπτυξης, ανωμαλίες στη συναισθηματική-σεξουαλική ανάπτυξη του ατόμου κ.α.

Γ} Το κοινωνικογενετικό πρότυπο με το οποίο η ψυχική ασθένεια οφείλεται σε περιβαλλοντολογικούς παράγοντες. Βασική προϋπόθεση αυτού του προτύπου είναι κυρίως από το περιβάλλον.<sup>4,6</sup>

## 1.2 ΟΙ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Οι συναισθηματικές διαταραχές είναι μια ομάδα ψυχικών νοσημάτων που χαρακτηρίζονται από διαταραχή της διάθεσης και του συναισθήματος. Οι δύο έννοιες διάθεση και συναίσθημα δεν ταυτίζονται. Η συναισθηματική διάθεση είναι ο καθολικός και σταθερός συναισθηματικός τόνος που μπορεί να επηρεάσει σε μεγάλο βαθμό όλες τις πλευρές της συμπεριφοράς του ατόμου ακόμη και την αντίληψή του για το περιβάλλον και την πραγματικότητα. Ενώ το συναίσθημα είναι η εξωτερική έκφραση της συναισθηματικής διάθεσης.<sup>7</sup>

Όλοι στη ζωή μας έχουμε αισθανθεί συναισθηματικές διακυμάνσεις σε μια μεγάλη ποικιλία παραλλαγών και αποχρώσεων. Οι διακυμάνσεις αυτές αφορούν κυρίως δύο συναίσθηματα : τη χαρά και τη λύπη. Βέβαια η χαρά και η λύπη δεν αποτελούν παθολογικά συναισθήματα. Αντιθέτως, παθολογική είναι η έλλειψη ή η μειωμένη έκφραση αυτών. Υπάρχουν όμως και περιπτώσεις που τα συναισθήματα αυτά είναι παθολογικά.<sup>3</sup>

**Οι περιπτώσεις αυτές είναι :**

- όταν έχουν μεγάλη ένταση και μακρά διάρκεια (δεν διαρκούν ώρες ή μέρες αλλά μήνες).
- Όταν συνυπάρχουν συμπτώματα από τη σωματική σφαίρα(διαταραχές του ύπνου, της ορέξεως)
- Όταν παρεμποδίζεται η ικανότητα επιτέλεσης των καθημερινών ασχολιών
- Όταν συνυπάρχουν ψυχωτικά συμπτώματα, όπως παραισθήσεις, παραληρητικές ιδέες.
- Όταν προκύπτει κίνδυνος για τη ζωή του ανθρώπου που τα βιώνει ή για τη ζωή των άλλων.

Στην κατηγορία των συναισθηματικών διαταραχών υπάγονται κυρίως δύο καταστάσεις: η μανία και η κατάθλιψη.<sup>1,3,7</sup>



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>

### 2.1 Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Η κατάθλιψη είναι η δυσάρεστη συναισθηματική διάθεση του ατόμου που συνοψίζεται σε μια κατάσταση παθολογικής (έντονης και παρατεταμένης) θλίψης και συνοδεύεται από την επώδυνη συνείδηση της επιβράδυνσης των νοητικών, ψυχοκινητικών και οργανικών διαδικασιών. 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.<sup>2,3,4</sup>

Η σημασία της κατάθλιψης δεν έγκειται μόνο στο μεγάλο αριθμό των ατόμων που υποφέρουν. Πρέπει να συνεκτιμηθεί και ο μεγάλος κίνδυνος που απορρέει από αυτή, οι επιπτώσεις της στην οικογένεια, στην εργασία και στο ευρύτερο περιβάλλον και τον εργασιακό χώρο. Πρέπει να τονιστεί η συμβολή της πάθησης αυτής στην εγκατάσταση και διατήρηση διαφόρων εξαρτησιακών καταστάσεων, (αλκοολισμός, κατάχρηση ουσιών), ο βαθμός συμμετοχής της στην πρόκληση τροχαίων ατυχημάτων και οι πολλές και καταστροφικές τις επιπτώσεις στην οικογένεια και ιδιαίτερα στα παιδιά του πάσχοντος.

Ωστόσο οι επιπτώσεις της κατάθλιψης, στο ίδιο το άτομο που υποφέρει, έχουν μεγαλύτερη σημασία. Μέτρο της οδύνης του καταθλιπτικού ασθενούς είναι ότι συχνά βλέπει το θάνατο ως λύτρωση. Έτσι λοιπόν η κατάθλιψη είναι η πάθηση που οδηγεί συχνότερα από οποιαδήποτε άλλη σε αυτοκτονία.<sup>4,8</sup>

Ένα άλλο χαρακτηριστικό της κατάθλιψης που έχει τεράστια σημασία είναι η πολυμορφία της, η ιδιότητά της δηλαδή να εκφράζεται κλινικά όχι με



το χαρακτηριστικό της έντονης και παρατεταμένης θλίψης, αλλά με ποικίλους άλλους τρόπους. Γι' αυτό λέγεται Πρωτεύκη νόσος (μοιάζει με το μυθικό γέροντα Πρωτέα που μπορούσε να μεταμορφωθεί σε οτιδήποτε). Επίσης θα πρέπει να σημειώσουμε ότι η κατάθλιψη διαφοροποιείται από τη θλίψη. Η θλίψη είναι ένα φυσιολογικό συναίσθημα που βιώνεται από όλους μας, κάτω από ορισμένες ψυχοτραυματικές συνθήκες. Η απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου, η διακοπή μιας στενής φιλίας, η διάγνωση μιας σημαντικής προσδοκίας . Παθολογικό θα ήταν αν κάτω από τέτοιου είδους συνθήκες δεν βιώνόταν θλίψη.<sup>3</sup>



## **2.2 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ ΚΑΙ ΤΩΝ ΟΡΜΟΝΩΝ ΣΤΗΝ**

### **ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ**

Ο εγκέφαλος αποτελεί το κέντρο όλων των νοητικών λειτουργιών του ανθρώπου. Στις λειτουργίες αυτές συμπεριλαμβάνονται και τα συναισθήματα. Τα διάφορα συναισθήματα έχει βρεθεί ότι ελέγχονται από διαφορετικές μοίρες του φλοιού του εγκεφάλου π.χ. έχει βρεθεί ότι το δεξί ημισφαίριο υπερέχει έναντι του αριστερού όσον αφορά την αντίληψη, την αναγνώριση και την έκφραση διαφόρων συναισθημάτων. Το αριστερό

ημισφαίριο φαίνεται να υπερέχει στην αντίληψη , την αναγνώριση και την έκφραση διαφόρων συναισθημάτων. Το αριστερό ημισφαίριο φαίνεται να υπερέχει στην αντίληψη των θετικών (χαρά, ηδονή κ.α. )

Έτσι υπάρχει μια εξήγηση γιατί εγκεφαλικές βλάβες που προκαλούνται, είτε από νόσους όπως η νόσος Parkinson, νόσος Wilson, νόσος του Huntington, είτε από τραυματισμούς, προκαλούν συναισθηματικές διαταραχές ανάλογα με το σημείο του εγκεφάλου που έχουν προσβάλλει. Ενδιαφέρον έχει η μελέτη της μεταβολής των συναισθημάτων κατά τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια τα οποία επηρεάζουν την έκφραση των συναισθημάτων από το άτομο ανάλογα με την περιοχή στην οποία έχει προκληθεί η βλάβη αλλά και η έκταση αυτής. Στα ετερόπλευρα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια σε βλάβη του αριστερού ημισφαιρίου εμφανίζεται μείζων κατάθλιψη, μέσα σε δυο χρόνια από το επεισόδιο, και είναι πιο βαριάς μορφής η συναισθηματική διαταραχή όσο σε προσθιέστερη θέση είναι η βλάβη. Αντίθετα σε βλάβη του πρόσθιου τμήματος του δεξιού ημισφαιρίου του εγκεφάλου παρατηρείται δυσκολία έκφρασης του συναισθήματος και απάθεια του ατόμου.<sup>9</sup>

Πρέπει να διευκρινισθεί ότι τα καταθλιπτικά σύνδρομα που αναπτύσσονται μετά από νοσήματα του εγκεφάλου, αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια ή κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις δεν οφείλονται στην ψυχοσυναισθηματική αντίδραση του ατόμου στη νόσο ή στον τραυματισμό, αλλά σε επηρεασμό από την εγκεφαλική δυσλειτουργία λόγω της βλάβης του φλοιού του εγκεφάλου.

Στις προηγούμενες παραγράφους μιλήσαμε για την πιθανότητα εμφάνισης κατάθλιψης μετά από εγκεφαλική βλάβη. Εκείνο που πρέπει να εξετάζουμε τώρα είναι ο επηρεασμός της εγκεφαλικής λειτουργίας από την κατάθλιψη.<sup>10</sup>

Έχει βρεθεί ότι 45 % των ενηλίκων ασθενών με (μονοπολική ή διπολική) κατάθλιψη εμφανίζει μέτρια έως σοβαρή γνωσιακή έκπτωση και το 50 % εμφανίζει ελαφρά γνωσιακή έκπτωση. Επομένως είναι εμφανές ότι υπάρχει Έχει βρεθεί ότι 45 % των ενηλίκων ασθενών με (μονοπολική ή διπολική) κατάθλιψη εμφανίζει μέτρια έως σοβαρή γνωσιακή έκπτωση και το 50 % εμφανίζει ελαφρά γνωσιακή έκπτωση. Επομένως είναι εμφανές ότι υπάρχει επηρεασμός της λειτουργίας του εγκεφάλου οι οποίες επηρεάζουν γνωσιακά τον ασθενή. Οι λειτουργίες αυτές οι οποίες επηρεάζονται είναι :

A. Η προσοχή και η συγκέντρωση.

B. Η μνήμη

Γ. Υπάρχει μια αναστρέψιμη έκπτωση της απόδοσης σε οπτικοχωρικά εγχειρήματα.

Ο εγκέφαλος και κατ' επέκταση οι ορμόνες που εκκρίνει φαίνεται να συμβάλλουν καθοριστικά στην εμφάνιση των καταθλιπτικών επεισοδίων. Οι μελέτες που έχουν γίνει μέχρι σήμερα αφορούν κυρίως τρεις νευροδιαβιβαστικές ουσίες, αυτές είναι :

1. Σεροτονίνη (5 – υδροξυτριπταμίνη, 5 – H-T)
2. Νοραδρεναλίνη (NA)
3. Ντοπαμίνη.

Υπάρχουν τρεις υποθέσεις συσχέτισης της δράσης των παραπάνω νευροδιαβιβαστών με την κατάθλιψη.

A. Η υπόθεση της μονοαμινεργικής ανεπάρκειας κατά την οποία η κατάθλιψη μπορεί να οφείλεται στην μειωμένη συγκέντρωση της σεροτονίνης και αδρεναλίνης στο μετασυναπτικό διάστημα. Αυτή η υπόθεση συμβαδίζει με τον τρόπο δράσης των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων όπως των αναστολέων της μονοαμινοξειδάσης (MAO) και των ετεροκυκλικών αντικαταθλιπτικών (τρικυκλικά, τετρακυκλικά) τα οποία με διάφορους μηχανισμούς αυξάνουν τη συγκέντρωση της νοραδρεναλίνης και της σεροτονίνης στο μετασυναπτικό διάστημα. Το παράδοξο στην υπόθεση αυτή είναι ότι τα αποτελέσματα των φαρμάκων αυτών εμφανίζονται μετά την πάροδο αρκετών εβδομάδων ενώ η αύξηση της συγκέντρωσης είναι άμεση. Τέλος αρκετές μορφές κατάθλιψης δεν ανταποκρίνονται στα αντικαταθλιπτικά φάρμακα που προαναφέρθηκαν.

B. Η υπόθεση των βιολογικών μεταβολών των υποδοχέων. Σύμφωνα με την υπόθεση αυτή, η χρόνια μειωμένη συγκέντρωση της σεροτονίνης και της νοραδρεναλίνης έχει ως αποτέλεσμα την αντιρροπιστική υπερευαίσθητοποίηση των β- υποδοχέων της NA και των 5 – HT<sub>2</sub> υποδοχέων της σεροτονίνης. Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα δρουν μειώνοντας την υπέρ ευαίσθητοποίησης συμπίπτει χρονικά με την εμφάνιση των θεραπευτικών αποτελεσμάτων των φαρμάκων.

Γ. Η υπόθεση της αυτορρύθμισης των υποδοχέων σύμφωνα με αυτή τη θεωρία η σύνδεση των νευροδιαβιβαστών με τους υποδοχείς επηρεάζει την αυτορρύθμιση τους και εμφανίζει ή εξαλείφει τα καταθλιπτικά συμπτώματα.<sup>3,10</sup>



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>

### 3.1 Η ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Αντικείμενο μελέτης της ψυχιατρικής επιδημιολογίας έχει αποτελέσει και η κατάθλιψη, ώστε να καταστεί γνωστή η κατανομή της στους διάφορους πληθυσμούς, να σφυγμομετρηθούν οι ψυχιατρικές ανάγκες και να δημιουργηθούν οι υπηρεσίες που είναι απαραίτητες για την κάλυψη των αναγκών αυτών.

Έχει ήδη αναφερθεί ότι η κατάθλιψη είναι η συχνότερη ψυχική διαταραχή.

Περίπου ένας στους δέκα ανθρώπους νοσεί σε κάποια περίοδο της ζωής του. Είναι η συχνότερη πάθηση που οδηγεί στην αυτοκτονία.

Η εκτίμηση όμως της ακριβούς επιδημιολογικής επίπτωσης των συναισθηματικών διαταραχών και ειδικότερα της κατάθλιψης είναι αρκετά πολύπλοκη υπόθεση. Αρκεί να ληφθεί υπ' όψιν η δυσκολία να γίνει διάκριση ανάμεσα στις φυσιολογικές καταθλιπτικές αντιδράσεις μετά από επώδυνα γεγονότα και τις παθολογικές συναισθηματικές αντιδράσεις. Δυσκολίες προκύπτουν και σε σχέση με την ποικιλομορφία της παθολογικής έκφρασης της κατάθλιψης.<sup>3,8</sup>

Παρ' όλα αυτά, σύμφωνα με αμερικανικές έρευνες ο επιπολασμός της κατάθλιψης για όλη τη διάρκεια της ζωής (ποσοστό ατόμων επί του γενικού πληθυσμού που παρουσίασαν κάποιου είδους συναισθηματική διαταραχή) κυμαίνεται ανάμεσα στο 6-17 %, ενώ η ετήσια επίπτωση της κατάθλιψης (αριθμός νέων επιπτώσεων σε περίοδο ενός έτους) αντιστοιχεί στο 1,59% του γενικού πληθυσμού. Όσον αφορά πιο ήπια καταθλιπτικά συμπτώματα αυτά συναντώνται σε ένα ποσοστό 8-28 % του γενικού πληθυσμού

Η επικράτηση της κατάθλιψης κυμαίνεται από 2%-6%. Είναι διπλάσια στις γυναίκες (10%-25%) απ' ότι στους άνδρες (5%-12%).

Από επιδημιολογικές μελέτες των καταθλιπτικών συμπτωμάτων προκύπτει ότι η επικράτησή τους κυμαίνεται από 9-20%.

Στον ελληνικό χώρο το ποσοστό αυτό κυμαίνεται από 17-27%. Τα τελευταία 20 χρόνια έχει σημειωθεί σημαντική αύξηση. Ειδικότερα σύμφωνα με έρευνες του 2010 έχει παρατηρηθεί ότι το ποσοστό των ατόμων που πάσχουν από κατάθλιψη αγγίζει το 45 % του πληθυσμού .<sup>1,4</sup>

### **3.2 Η ΓΕΝΕΤΙΚΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ**

Μετά από μελέτες σε οικογένειες όπου υπάρχουν μέλη που πάσχουν από μονοπολική ή διπολική κατάθλιψη έχει βρεθεί ότι συγγενείς πρώτου βαθμού ατόμου που πάσχει από κατάθλιψη διπολικής μορφής διατρέχουν κίνδυνο νόσησης κατά 7,6% για να εμφανίσουν διπολική μορφή κατάθλιψης . Σε οικογένειες ατόμων με μονοπολικής μορφής κατάθλιψη οι συγγενείς πρώτου βαθμού εμφανίζουν κίνδυνο νόσησης 2,3 % για μονοπολική κατάθλιψη και 13,6 % για διπολική κατάθλιψη.<sup>4</sup>

Παρατηρούμε ότι τα ποσοστά αυτά είναι υψηλά αν αναλογιστούμε ότι στο γενικό πληθυσμό η εμφάνιση μονοπολικής ανέρχεται περίπου στο 1% ενώ της διπολικής κατάθλιψης περίπου στο 4 %.

Παιδιά δύο γονέων που πάσχουν από διπολικής μορφής συναισθηματική διαταραχή διατρέχουν κίνδυνο εμφάνισης της νόσου σε ποσοστά από 44% έως 74%. Μελέτες που έγιναν σε μονοζυγοτικούς διδύμους οι οποίοι είχαν το ίδιο γενετικό υλικό έδειξε ότι υπήρχε μεγαλύτερος βαθμός συμφωνίας της εμφάνισης της διπολικής διαταραχής (70%) σε σχέση με τους δυοζυγοτικούς διδύμους όπου έχουν κατά 50 % το ίδιο γενετικό υλικό (18%). Έτσι είναι εμφανές η επιρροή της εμφάνισης της νόσου από το γενετικό υλικό, όμως αποδεικνύεται ότι δεν είναι μόνο θέμα γενετικού υλικού γιατί σ' αυτή την περίπτωση θα έπρεπε η συμφωνία στους μονοζυγωτικούς διδύμους να είναι 100%.<sup>3,5,6</sup>

Άρα μείζων ρόλο στην εμφάνιση της νόσου διαδραματίζουν τα εξωτερικά ερεθίσματα που λαμβάνουν τα άτομα. Από μελέτες που έχουν

γίνει, για να βρεθεί ο μηχανισμός της γενετικής μεταβίβασης της νόσου, δεν έχουν εξαχθεί ασφαλή συμπεράσματα. Έχουν προταθεί τρεις θεωρίες γενετικής μεταβίβασης :

- A. Η πιθανότητα ύπαρξης μείζονος αυτόσωμου επικρατούς γονίδιου με απειλή διεισδυτικότητα και εκφραστικότητα, καθώς και φυλοσύνδετη μετάβαση με το χρωμόσωμα X .
- B. Μεγάλος αριθμός γονιδίων μαζί με περιβαλλοντικά ερεθίσματα «παράγοντες» δρουν αθροιστικά για την εμφάνιση της νόσου.
- Γ. Μικρό μοντέλο μεταβίβασης το οποίο περιλαμβάνει τις 2 προηγούμενες θεωρίες.<sup>10</sup>

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup>

### ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Το πρώτο που πρέπει να ξεκαθαριστεί είναι ότι δεν υπάρχει ένας και μοναδικός λόγος που να εξηγεί την διαταραχή αυτή (όπως συνήθως συμβαίνει και με πολλές άλλες αρρώστιες γενικότερα). Έρευνες ετών έχουν επισημάνει μερικούς παράγοντες που φαίνεται να συμβάλλουν σε διαφορετικό κάθε φορά βαθμό στην νόσηση από κατάθλιψη. Μπορεί κανείς να θεωρήσει την καταθλιπτική διαταραχή ως το τελικό κοινό αποτέλεσμα μιας ποικιλίας παραγόντων που δρουν πάνω στην ιδιοσυστασία κάθε ατόμου και στο συγκεκριμένο κοινωνικό του πλαίσιο. Εάν δούμε την κατάθλιψη μ' αυτόν τον τρόπο τότε οι διάφορες ερμηνείες για την αιτιολογία της, είτε καθαρά βιολογικές είτε καθαρά ψυχοκοινωνικές, παύουν να φαίνονται ότι αντικρούουν η μία την άλλη αλλά μάλλον ότι συμπληρώνουν η μία την άλλη.

Παρακάτω αναφέρονται μερικοί από τους παράγοντες που φαίνεται να συμβάλλουν στην εμφάνιση κατάθλιψης.<sup>7,11</sup>

#### 4.1 ΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

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.λπ.) 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.

Μία άλλη προσέγγιση για την έρευνα της γενετικής συμμετοχής στις διαταραχές της διάθεσης είναι η μελέτη των διαφορών μεταξύ των



μονοζυγωτών (όμοιοι) και των διζυγωτών (αδέρφια) διδύμων. Οι μονοζυγώτες δίδυμοι προέρχονται από το ίδιο ωάριο και έχουν τα ίδια γονίδια, ενώ οι διζυγώτες προέρχονται από διαφορετικά ωάρια και έχουν κοινό το 50% των γονιδίων, όπως και τα άλλα αδέλφια. Το μεγαλύτερο ποσοστό ομοιότητας μίας διαταραχής μεταξύ των μονοζυγωτών διδύμων σε σχέση με τους διζυγώτες δηλώνει τη γενετική επίδραση, επειδή ο ρόλος των ενδομήτριων και των περιβαλλοντικών επιδράσεων είναι ενδεχομένως παρόμοιος και στα δύο είδη διδύμων. Επειδή τα ποσοστά εμφάνισης των διαταραχών της διάθεσης σε μελέτες με δίδυμους είναι μικρότερα από 100%, φαίνεται ότι οποιοσδήποτε γενετικός παράγοντας και αν υπάρχει αλληλεπιδρά με περιβαλλοντικές επιδράσεις για να αυξηθεί ο κίνδυνος ανάπτυξης οξείας διαταραχής.<sup>5,6,11</sup>

## 4.2 ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

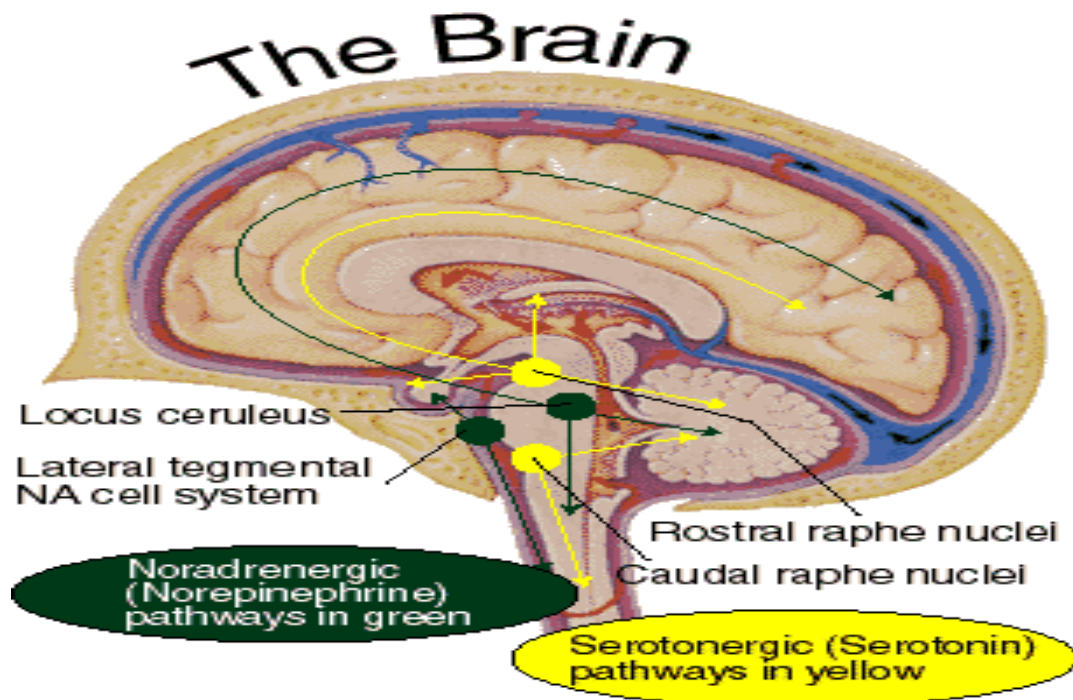
Μερικές μη ψυχιατρικές παθήσεις έχουν βρεθεί ότι μπορεί να προκαλέσουν κατάθλιψη δευτεροπαθώς. Το κοινό τους χαρακτηριστικό είναι ότι δρουν στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα (Κ.Ν.Σ.) και επηρεάζουν την λειτουργία των περιοχών εκείνων του εγκεφάλου που ρυθμίζουν το συναίσθημα. Οι παθήσεις αυτές περιλαμβάνουν:

1. Παθήσεις του Κ.Ν.Σ. όπως η νόσος του Πάρκινσον, η σκλήρυνση κατά πλάκας, και το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο.
2. Ενδοκρινικές και μεταβολικές παθήσεις όπως ο υποθυρεοειδισμός, και η νόσος του Cushing (υπερδραστηριότητα των επινεφριδίων).
3. Λοιμώξεις που δρουν στο Κ.Ν.Σ. όπως το AIDS και η λοιμώδης μονοπυρήνωση.
4. Συστηματικές διαταραχές όπως η αναιμία και ο μεταστατικός καρκίνος.
5. Διάφορα φάρμακα όπως η κορτιζόνη, κάποια αντί-υπερτασικά και το αλκοόλ. 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.<sup>4,5,12</sup>

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 16

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.



Παρότι οι μηχανισμοί για τη λειτουργία των νευρομεταβιβαστών είναι πολύ περίπλοκοι, 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.<sup>2,7,12</sup>

### 4.3 ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Με βάση τα βιολογικά δεδομένα, υπάρχει μικρή διαφωνία σχετικά με το εάν οι ειδικές ψυχολογικές προεκτάσεις των διαταραχών της διάθεσης υπάρχουν ή εάν είναι αιτιολογικές.

Η απόδειξη ότι υπάρχει ένας συγκεκριμένος ψυχολογικός παράγοντας πρόκλησης θα απαιτούσε προοπτική παρακολούθηση ατόμων που έχουν αυξημένο κίνδυνο για κατάθλιψη, για να διαπιστωθεί εάν εκείνοι με τον συγκεκριμένο παράγοντα είναι πιο πιθανό να αναπτύξουν μία διαταραχή της διάθεσης. Το εύρημα ότι οι ασθενείς που έχουν ήδη παρουσιάσει ένα συναισθηματικό επεισόδιο και οι οποίοι αναφέρουν τον παράγοντα όταν ερωτώνται είναι πιο πιθανό να υποτροπιάσουν, μπορεί απλά να σημαίνει ότι αυτός ο παράγοντας είναι ένα υπολειμματικό σύμπτωμα του επεισοδίου αναφοράς και όχι ανεξάρτητος παράγοντας κινδύνου. Ακόμη και αν πολυδάπανες και δύσκολες προοπτικές μελέτες των ψυχολογικών παραγόντων κινδύνου αναγνώριζαν ένα χαρακτηριστικό που προδιαθέτει σε όψιμη έναρξη κατάθλιψης, ο ψυχολογικός παράγοντας θα μπορούσε να είναι δείκτης μίας μεταβολής της βιολογίας.<sup>5,10</sup>

#### 4.3.1 ΑΝΩΜΑΛΕΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ ΣΕ ΑΠΩΛΕΙΑ:

Η απώλεια αγαπημένου προσώπου είναι ένα γεγονός της ζωής που έχει πολύ αξιόπιστα συνδεθεί με την κατάθλιψη. Ο Σίγκμουντ Φρόυντ σημείωσε ότι τόσο η θλίψη όσο και η κατάθλιψη είναι αντιδράσεις στην απώλεια, αλλά ότι στα καταθλιπτικά συμπτώματα περιλαμβάνονται οι ενοχές και η χαμηλή αυτοεκτίμηση.

Με βάση την εμπειρία από την ψυχανάλυση καταθλιπτικών ασθενών, ο Φρόυντ πίστευε ότι η θλίψη μετατρέπεται σε κατάθλιψη όταν το αίσθημα της στέρησης μεταβάλλεται σε αμφιθυμία για το πρόσωπο της απώλειας και δεν είναι ανεκτή η αρνητική πλευρά της αμφιθυμίας.

Μία ασυναίσθητη επίθεση έναντι της εσωτερικής άποψης για το χαμένο πρόσωπο που κλονίζει την αυτοεκτίμηση, που εξαρτάται εν μέρει από την ταύτιση με το χαμένο πρόσωπο, εκδηλώνεται ως κατάθλιψη. Ο Φρόυντ πίστευε ότι οι πρόωρες ανεπίλυτες απώλειες είναι πιο πιθανό να κάνουν τον

ασθενή να μην μπορεί να αντιμετωπίσει τις απώλειες στην ενήλικη ζωή. Αργότερα, άλλοι ερευνητές σημείωσαν πως οτιδήποτε μπορεί να αντιπροσωπεύει ένα άτομο και την υπερεκτιμημένη ή αμφιθυμική άποψη που υπάρχει για αυτό-μία ομάδα, ένας ειδικός, μία αγαπημένη πεποίθηση ή μία άποψη, για παράδειγμα μπορεί να προκαλέσει κατάθλιψη. Στην πλειοψηφία των μελετών που συγκρίνουν καταθλιπτικούς ασθενείς με υγιή άτομα ελέγχου, η απώλεια στην παιδική ηλικία (ιδίως η απώλεια ενός γονέα) έχει θετική συσχέτιση με την κατάθλιψη στην ενήλικη ζωή.<sup>2,6</sup>

Επιπλέον, η κατάθλιψη είναι πιο πιθανό να εκδηλωθεί μετά από απώλεια, χωρισμό ή απογοήτευση, ακόμα και σε θεομηνίες.

#### **4.3.2 ΑΛΛΕΣ ΨΥΧΟΔΥΝΑΜΙΚΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ**

Ο ψυχαναλυτής Karl Abraham πρότεινε ότι η κατάθλιψη είναι μία εκδήλωση της διέγερσης που γυρνά στον ίδιο τον ασθενή, ο οποίος είναι ανίκανος να εκφράσει θυμό προς αγαπημένα πρόσωπα. Η επίθεση σε προσβολές άλλων, που είναι ψυχολογικά μέρος του εαυτού, κλονίζει την ικανότητα επαφής και προκαλεί αρνητικό συναίσθημα.

Υπέρ αυτής της υπόθεσης είναι το γεγονός ότι πολλοί καταθλιπτικοί ασθενείς δυσκολεύονται να εκφράσουν ανοικτά το θυμό τους, είτε γιατί δεν έχουν εμπιστοσύνη στον εαυτό τους είτε γιατί φοβούνται την εγκατάλειψη από το αγαπημένο πρόσωπο από το οποίο εξαρτώνται έντονα. Ωστόσο, φαίνεται απίθανη η άμεση μετατροπή του θυμού σε κατάθλιψη σε τέτοια άτομα, διότι πολλοί καταθλιπτικοί ασθενείς είναι εμφανώς ευερέθιστοι. Μία πιο πιθανή εξήγηση είναι ότι η εξάρτηση, η ευαισθησία στην απώλεια και η έλλειψη θετικότητας οδηγεί τους καταθλιπτικούς ανθρώπους να κρύβουν το θυμό τους ή ακόμη τη διαφωνία τους με την άποψη των άλλων, μέχρι αυτός ο θυμός να τους κατακλύσει και τότε εισβάλλει στις καθημερινές αλληλεπιδράσεις. Αυτό το πρόβλημα μπορεί να συνδέεται με την αύξηση της έντασης όλων των συναισθηματικών εμπειριών στην κατάθλιψη.<sup>11,13</sup>

### 4.3.3 ΕΛΛΕΙΨΗ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗΣ

Μία υπόθεση που εκφράστηκε αρχικά από τον Edward Bibring είναι ότι το κεντρικό ψυχολογικό σφάλμα στην κατάθλιψη είναι η έλλειψη αυτοεκτίμησης.

Σύμφωνα με αυτή την υπόθεση, οι ασθενείς που έχουν τάση κατάθλιψης είναι υπέρμετρα φιλόδοξα, τυπικά άτομα με μη ρεαλιστικές ιδέες υψηλού εγώ. Η κατάθλιψη αντιπροσωπεύει την απώλεια αυτοεκτίμησης και της ζωντάνιας, που προκύπτει από την αποτυχία να φτάσει τα υψηλά εσωτερικά πρότυπα που είναι σημαντικά για την άποψη που έχει ο ασθενής για τον εαυτό του. Αυτή η άποψη επεκτάθηκε σε προσωπική θεωρία, η οποία τονίζει τον κεντρικό ρόλο του ατόμου ως δύναμη οργάνωσης και καθοδήγησης όλων των πνευματικών λειτουργιών. Χωρίς συνοχή, οι πνευματικές δραστηριότητες είναι αποσπασματικές και αναποτελεσματικές. Χωρίς αίσθηση ζωτικότητας, υπάρχει ανεπαρκής φυσική τροφοδοσία της αισιοδοξίας και η χρήσιμη δέσμευση με προκλήσεις.

Σε αυτό το πλαίσιο, η κατάθλιψη οργανώνεται γύρω από μία αίσθηση προσωπικής υποτίμησης.



Έχει καθιερωθεί ότι η προνοσηρή προσωπικότητα των καταθλιπτικών ασθενών είναι τελειοθηρική, συμπεριλαμβανομένων των υψηλών απαιτήσεων που έχουν από τον εαυτό τους και από τους άλλους. Ωστόσο, αυτή η άποψη βασίζεται αρχικά σε αναδρομική ανάκληση από τους ασθενείς, η οποία μπορεί να επηρεάζεται από την παρούσα ψυχική κατάσταση. Η χαμηλή αυτοεκτίμηση είναι ένα σύμπτωμα της κατάθλιψης, αλλά δεν έχει προς το παρόν αποδειχθεί ότι είναι μία αιτία της. Από την άλλη πλευρά, οι μη ρεαλιστικές απαιτήσεις από τον εαυτό και από τους άλλους επικαλούνται από τις γνωσιακές θεωρίες της κατάθλιψης, οι οποίες χρησιμοποιούν πιο υποκειμενικές μετρήσεις και πιο προσεκτικές μελέτες τέτοιων απαιτήσεων.<sup>13,14</sup>

#### **4.3.4 ΙΑΤΡΟΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΘΕΩΡΙΑ:**

Στη διαπροσωπική θεωρία τονίζονται τέσσερα βασικά διαπροσωπικά θέματα: σταθερή θλίψη, διαφωνίες μεταξύ συντρόφων και μελών της οικογένειας σχετικά με το ρόλο και τις ευθύνες των σχέσεων, μετάβαση σε νέους ρόλους, όπως ο ρόλος του γονέα ή του συνταξιούχου και τα ελλείμματα κοινωνικών ικανοτήτων που είναι απαραίτητες για τη διατήρηση μίας σχέσης.

Όπως και σε άλλες ψυχοδυναμικές θεωρίες, η καταθλιπτική διάθεση και οι αλλαγές της βιολογίας θεωρείται ότι είναι απάντηση στην απώλεια ή στο φόβο της απώλειας. Η ψυχοθεραπεία που προέρχεται από την διαπροσωπική θεωρία έχει βρεθεί ότι είναι αποτελεσματική ως πρωταρχική θεραπεία της κατάθλιψης και ως συμπληρωματική θεραπεία στη διπολική διαταραχή, αν και αυτό δεν αποδεικνύει ότι η αιτιολογική άποψη που κρύβεται πίσω από την ψυχοθεραπεία είναι ακριβής.<sup>1</sup>

#### **4.3.5 ΓΝΩΣΙΑΚΗ ΘΕΩΡΙΑ**

Η γνωσιακή θεωρία, η οποία σχετίζεται με την υπόθεση που προέρχεται από μία πρόωμη ιδέα, που ονομάστηκε λογική συγκινησιακή θεραπεία, υποστηρίζει ότι η αρνητική σκέψη είναι μάλλον η αιτία παρά το αποτέλεσμα της κατάθλιψης. Σύμφωνα με το γνωσιακό μοντέλο, οι πρόωμες εμπειρίες

οδηγούν στην ανάπτυξη συνολικά αρνητικών υποθέσεων που ονομάζονται σχήματα. Τα καταθλιπτικά σχήματα περιλαμβάνουν υποθέσεις, όπως: «Εάν δεν είμαι τελείως ευτυχισμένος, τότε είμαι πλήρως δυστυχισμένος...»  
«Εάν κάτι δεν γίνεται τελείως σωστά, τότε είναι άχρηστο...» κτλ.

Η αποτυχία σε μία προσπάθεια κάνει τον ασθενή να αισθάνεται πλήρη αποτυχία. Μία ασθένεια ή άλλη κατάσταση που απαιτεί βοήθεια κάνει τον ασθενή να σκέφτεται 'είμαι πλήρως εξαρτημένος' ή 'δεν μπορώ να κάνω τίποτε μόνος μου. Αυτές οι αρνητικές απόψεις ή αρνητικές γνώσεις υποστηρίζονται από τις προφητείες αυτο-ικανοποίησης, οι οποίες ενισχύουν την αρνητική σκέψη. Για παράδειγμα, ο ασθενής που αισθάνεται αδύναμος διότι δεν μπόρεσε να επηρεάσει την έκβαση μίας σύνθετης και δύσκολης κατάστασης σταματά την προσπάθεια να κάνει οτιδήποτε για να αντιμετωπίσει απώτερες, πιο απλές καταστάσεις. Όταν αυτή η έλλειψη προσπάθειας οδηγεί σε επόμενες αποτυχίες, η άποψη του ασθενούς ότι τίποτε δεν μπορεί να γίνει για να επηρεαστούν οι συνθήκες του περιβάλλοντος φαίνεται να επιβεβαιώνεται. Συστηματικά λάθη στη σκέψη οδηγούν σε καταστροφική σκέψη και η μετάφραση απλών αρνητικών γεγονότων σε συνολικά αρνητικές προσωπικές απαιτήσεις, απαιτήσεις από το περιβάλλον και από το μέλλον.<sup>2,15</sup>

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup>

### 5.1 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Η έγκαιρη διάγνωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων, ώστε να ληφθούν τα αναγκαία μέτρα για την προστασία του ασθενούς , είναι εξέχουσας σημασίας. Η κλινική εικόνα της κατάθλιψης διαφέρει από ασθενή σε ασθενή. Παραπονούνται για ανύπαρκτες σωματικές ασθένειες ( υποχόνδρια ), εκφράζουν παρανοειδής καταστάσεις, τέλος μπορεί να είναι λυπημένοι ή να εκφράζουν έντονη θλίψη. Η εμφάνιση και η συμπεριφορά των καταθλιπτικών επηρεάζεται από τη ψυχοσυναισθηματική βλάβη που τους διακατέχει. Έτσι εμφανίζονται με άτονο και ικετευτικό βλέμμα, μειωμένη κινητικότητα, παραμελημένη εμφάνιση, και η ομιλία τους είναι σε πολύ χαμηλούς τόνους .

Το καταθλιπτικό συναίσθημα υπάρχει στο 90% των ασθενών. Έχουν την τάση να μεγαλοποιούν τα δυσάρεστα γεγονότα και να υποβιβάζουν τα ευχάριστα. Χάνουν το ενδιαφέρον τους για τη δουλειά και το σπίτι και κυριαρχεί η αναβλητικότητα. Το άγχος στους αναβλητικούς ασθενείς είναι πολύ έντονο. Ο ασθενής δεν μπορεί να ηρεμήσει, υπάρχουν έντονα τα σωματικά συμπτώματα από το νευρικό σύστημα ( εφίδρωση, προκάρδιοι παλμοί, σφίξιμο στο στομάχι ).<sup>14,16</sup>

Ο καταθλιπτικός ασθενής δεν μπορεί να λάβει ευχαρίστηση από τη ζωή του, κυριαρχεί η ανηδονία. Πράξεις που παλιότερα συνήθιζε να του προσφέρουν ευχαρίστηση και ηδονή πλέον του φαίνονται ανούσιες.

Επίσης υπάρχουν οι διαταραχές σκέψης. Οι διαταραχές σκέψης ενός καταθλιπτικού ατόμου διακρίνονται σε :



A. Διαταραχές μορφής όπου υπάρχει :

- Πτωχεία ιδεών
- Μονοϊδεασμός
- Λιμνασμός ιδεών

Και Β. Σε διαταραχές του περιεχομένου όπου υπάρχουν :

- Παρερμηνείες
- Παραληρητικές ιδέες

Ακόμα παρατηρούνται διαταραχές ομιλίας όπου ο τόνος της φωνής είναι χαμηλός και σε βαριές καταστάσεις φτάνει μέχρι αφωνία και αλαλία. Η ψυχοκινητική δραστηριότητα του ασθενούς είναι μειωμένη και παραπονείται για εύκολη κόπωση , υπάρχει νωχελικότητα στις κινήσεις του, μέχρι που φτάνει στην καταθλιπτική εμβροντησία (stupor) , δηλαδή στην πλήρη ψυχοκινητική αναστολή.<sup>16</sup>

Οι γνωσιακές λειτουργίες του καταθλιπτικού ατόμου επηρεάζονται. Εμφανίζει απώλεια προσανατολισμού και της πρόσφατης μνήμης, έλλειψη προσοχής και συγκέντρωσης. Τέλος οι καταθλιπτικοί ασθενείς εμφανίζουν και σωματικά συμπτώματα τα οποία είναι αποτέλεσμα της συναισθηματικής διαταραχής ή οφείλονται σε παρενέργειες των διαφόρων φαρμάκων που λαμβάνουν. Αυτά τα συμπτώματα είναι:

- Αϋπνία
- Διαταραχές της όρεξης
- Ξηροστομία
- Δυσκοιλιότητα
- Υπόταση
- Διαταραχές της εμμήνου ρύσεως
- Αφροδίσια και σεξουαλική ανικανότητα

Όταν τα παραπάνω συμπτώματα δεν διαγνωσθούν εγκαίρως από τους επιστήμονες υγείας τότε υπάρχει η πιθανότητα να μην προλάβουμε τυχόν απόπειρα αυτοκτονίας του ασθενή.<sup>3,5</sup>

## 5.2 ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Οι κλινικές μορφές της κατάθλιψης τις οποίες οφείλουμε να διαγνώσουμε και να συνδράμουμε στη θεραπεία τους είναι οι έξης :

1. *Κατάθλιψη στα πλαίσια μονοπολικής ή διπολικής συναισθηματικής διαταραχής.* Η διαφορά μεταξύ της μονοπολικής ( μείζων κατάθλιψη ) και της διπολικής διαταραχής συνίσταται ότι στην πρώτη υπάρχει στερεότυπη επανάληψη της καταθλιπτικής φάσης , ενώ στη δεύτερη υπάρχει εναλλαγή φάσεων κατάθλιψης και μανίας .
2. *Ήπια ή ελάσσων κατάθλιψη* όπου τα συμπτώματα είναι πιο ήπια από αυτά της μείζων κατάθλιψης, ενώ η μεγαλύτερη και σημαντικότερη διαφορά μεταξύ μείζων και ήπιας κατάθλιψης είναι ότι κατά την ήπια κατάθλιψη τα αυτοκαταστροφικά συναισθήματα και κατ' επέκταση η απόπειρα αυτοκτονίας δεν συναντώνται σε μεγάλο βαθμό.
3. *Δυσθυμική διαταραχή* η οποία παρατηρείται όταν η κατάθλιψη εγκαθίσταται για μεγάλο χρονικό διάστημα στον ασθενή οπότε παίρνει την μορφή της δυσθυμικής διαταραχής.
4. *Αγχώδης κατάθλιψη* όπου εμφανίζεται έντονο άγχος.
5. *Κατάθλιψη με ψυχοκινητική επιβράδυνση* όπου χαρακτηρίζεται από την έλλειψη ενεργητικότητας και νωχελικότητα.
6. *Καταθλιπτική εμβροντησία (stupor)* όπου υπάρχει πλήρης αναστολή της ψυχοκινητικής δραστηριότητας του ασθενή και μπορεί να καταλήξει στην αλαλία. Δεν αντιδρούν στα ερεθίσματα δεν απαντούν στις ερωτήσεις και δεν συμμετέχουν σ' αυτά που συμβαίνουν.<sup>6,16</sup>
7. *Ενδογενής κατάθλιψη* .Πρόκειται για μείζων κατάθλιψη που πηγάζει από βιολογικούς ( ενδογενείς ) παράγοντες και όχι από εξωτερικά ερεθίσματα .Έτσι εμφανίζει περισσότερο σωματικά συμπτώματα ( διαταραχή ύπνου, όρεξης ) και δευτερεύοντα ρόλο έχουν οι συναισθηματικές συνιστώσες.

8. *Αντιδραστική κατάθλιψη* όπου πηγάζει από τη δράση των εξωτερικών συναισθηματικών ερεθισμάτων και δεν έχει βιολογική εξάρτηση. Έτσι είναι προφανές ότι η φαρμακευτική θεραπεία έρχεται σε δεύτερη μοίρα ενώ πρωτεύων μέθοδος αντιμετώπισης αποτελεί η ψυχοθεραπεία.
9. *Ψυχωσική ( παραληρητική ) κατάθλιψη* .Στην ψυχωσική κατάθλιψη ο ασθενής δεν έχει την αίσθηση της πραγματικότητας. Κυριαρχούν οι ψευδαισθήσεις, οι διαταραχές του περιεχομένου της σκέψης ( παραληρητικές ιδέες ) και σύγχυση.
10. *Νευρωσική κατάθλιψη* είναι ένας όρος που χρησιμοποιείται εναλλακτικά προς την δυσθυμική διαταραχή και την αντιδραστική κατάθλιψη.
11. *Βραδεία διαλείπουσα κατάθλιψη*, αυτή η κλινική εικόνα της κατάθλιψης χαρακτηρίζεται από βραχείας διάρκειας ( 7 έως 2 μέρες ) καταθλιπτικής κρίσης. Έχουν όμως μεγάλο βάθος και προκαλούν σοβαρά προβλήματα στην οικογένεια και στην εργασία.
12. *Άτυπη κατάθλιψη*. Εκφράζεται με άτυπα συμπτώματα όπως είναι η αναστροφή των συνήθων βιολογικών συμπτωμάτων της κατάθλιψης .Αυτός ο τύπος της κατάθλιψης ανταποκρίνεται καλύτερα σε φαρμακευτική αγωγή, όπως οι αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης και στους εκλεκτικούς αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης.
13. *Μελαγχολία* . Δηλώνει τις βαρύτερες καταθλίψεις και υπάρχουν πολλά σωματικά συμπτώματα .
14. *Εποχιακή κατάθλιψη* ,η κατάθλιψη αυτή εμφανίζεται στην αρχή του φθινοπώρου ή του χειμώνα και υποχωρεί την άνοιξη ή το καλοκαίρι . Οφείλεται στην έλλειψη του φωτός και θεραπεύεται με έκθεση του ασθενούς σε ισχυρό φως .
15. *Υποστροφική κατάθλιψη*. Ο όρος αυτός χρησιμοποιείται στις καταθλιπτικές συνδρομές όπου συμβαίνουν κατά την ηλικία (45 με 65 ) όπου υπάρχει μείωση των βιολογικών λειτουργιών καθώς και ψυχοκοινωνικές αλλαγές όπου το άτομο νιώθει ότι περιθωριοποιείται (συνταξιοδότηση, αποχώρηση των παιδιών από το σπίτι.)

16.Γεροντική κατάθλιψη όπου έχει βρεθεί ότι οφείλεται στην εγκεφαλική ατροφία και στην αύξηση της μονοαμινοξειδάσης όπου μειώνει τα επίπεδα αμινών στον εγκέφαλο.<sup>3,6,16</sup>

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6<sup>ο</sup>

### 6.1 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Τα κύρια διαγνωστικά κριτήρια της κατάθλιψης είναι:

1. Καταθλιπτικό συναίσθημα
2. Μείωση του ενδιαφέροντος και της ευχαρίστησης από ασχολίες που προηγουμένως ευχαριστούσαν τον ασθενή
3. Μείωση της όρεξης (απώλεια βάρους μεγαλύτερη του 5% σε ένα μήνα)
4. Αϋπνία ή αντίθετα υπερυπνία
5. Ψυχοκινητική ανησυχία ή αντίθετα ψυχοκινητική επιβράδυνση
6. Κόπωση ή απώλεια ενεργητικότητας
7. Συναίσθημα απαξίας ή ενοχής
8. Μειωμένη ικανότητα συγκέντρωσης και σκέψης, αναποφασιστικότητα
9. Αυτοκαταστροφικός ιδεασμός

Από τα κριτήρια αυτά πρέπει να υπάρχουν τουλάχιστον 5 κατά την ίδια δεκαπενθήμερη περίοδο και μέσα σε αυτά τα 5 θα πρέπει να περιλαμβάνονται τουλάχιστον το πρώτο ή το δεύτερο. Βέβαια για να καταλήξουμε στη διάγνωση της κατάθλιψης θα πρέπει αυτά τα συμπτώματα :

- Να μην οφείλονται σε πένθος
- Να προκαλούν σημαντική δυσφορία ή διαταραχή στη λειτουργικότητα του ασθενούς και τέλος
- Να μην οφείλονται στη χρήση ουσιών ή φαρμάκων.<sup>4,5,14</sup>

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7<sup>Ο</sup>

### 7.1 ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Ο κύριος σκοπός της θεραπείας του ασθενή με κατάθλιψη είναι η αποτροπή από απόπειρα αυτοκτονίας και καταπολέμηση των αυτοκαταστροφικών τάσεων. Όπως έχουμε αναφέρει οι περισσότερες πιθανότητες για αυτοκαταστροφικές ενέργειες υπάρχουν στην αρχή και στην αποδομή της καταθλιπτικής φάσης. Έτσι πρέπει να υπάρχει συνεχής εκτίμηση του κινδύνου και να συνυπολογιστούν διάφοροι παράμετροι που πιθανόν να μας πληροφορήσουν για την επικινδυνότητα της κατάστασης. αυτές είναι οι εξής :

A) Αναφορά σε απόπειρα αυτοκτονίας η οποία να φανερώνει σχέδιο για να πετύχει αυτό που σκέφτεται καθώς και παλιότερες απόπειρες αυτοκτονίας.

B) Αν έχει ενδείξεις λανθάνουσας αυτοκαταστροφικής διάθεσης ( π.χ. κατάχρηση φαρμάκων, επικίνδυνη οδήγηση, κ. α )

Σε περίπτωση που ο επιστήμονας της υγείας αποφασίσει ότι κινδυνεύει η σωματική ακεραιότητα του ασθενούς, τότε οφείλει να τον κατευθύνει σε φαρμακευτική αγωγή ή ακόμα και στον εγκλεισμό του σε κάποιο ίδρυμα.<sup>17</sup>

**Η καταπολέμηση της κατάθλιψης σε κάθε φάση ψυχοθεραπείας γίνεται σε:**

- Βιολογικό,
- Ψυχολογικό και
- Ψυχοκοινωνικό επίπεδο.

## **7.2 ΒΙΟΛΟΓΙΚΑ ΜΕΣΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ**

### **7.2.1 ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ**

Τα αντικαταθλιπτικά είναι συνήθως η θεραπεία πρώτης επιλογής για την κατάθλιψη σε επίπεδο πρωτοβάθμιας φροντίδας. Σήμερα υπάρχουν πολλά αντικαταθλιπτικά, με διαφορετική νευροχημική δράση και διαφορετικό προφίλ ανεπιθύμητων ενεργειών. Οι περισσότερες συστηματικές ανασκοπήσεις δεν απέδειξαν κλινικά σημαντικές διαφορές στα ποσοστά απάντησης μεταξύ των αντικαταθλιπτικών, αλλά υπάρχουν αλλά υπάρχουν μερικοί κλινικοί παράγοντες που είναι σημαντικοί και πρέπει να ελέγχονται κατά την επιλογή του φαρμάκου.



- Τρικυκλικά και τετρακυκλικά φάρμακα (όπως ιμιπραμίνη, χλωροπραμίνη). Είναι τα πρώτα αντικαταθλιπτικά φάρμακα τα οποία άρχισαν να χρησιμοποιούνται από τη δεκαετία του '50 για τη θεραπεία της κατάθλιψης. Ο τρόπος δράσης των φαρμάκων αυτών συνίσταται στην αναστολή της πρόσληψης της σεροτονίνης και της νοραδρεναλίνης από τους β-υποδοχείς.
- Εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (SSRI), όπου έχει τον ίδιο τρόπο δράσης όπως τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, αλλά έχουν λιγότερες παρενέργειες και κοστίζουν πιο ακριβά.
- Αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης όπου μειώνεται ο καταβολισμός των αμινών (σεροτονίνης, νοραδρεναλίνης) αλλά έχει πολύ σοβαρές ηπατοτοξικές δράσεις γι' αυτό και στη χώρα μας κυκλοφορεί μια πιο εξελιγμένη μορφή αναστολέα μόνο μονοαμινοξειδάσης, η μοκλοβεμίδη που είναι πιο ασφαλής από τα κλασικά φάρμακα.<sup>18</sup>

Η αποτελεσματικότητα των νεωτέρων αντικαταθλιπτικών είναι συγκρίσιμη με αυτή των παλαιότερων, ωστόσο αυτά πλεονεκτούν, διότι οι ανεπιθύμητες ενέργειες δεν εμφανίζονται τόσο συχνά, είναι ήπιες και καλά ανεκτές. Ο γιατρός, πριν την έναρξη της φαρμακευτικής αγωγής, πρέπει να πάρει ένα λεπτομερές ιστορικό, να εξετάσει τον ασθενή προσεκτικά, να προτείνει τη διεξαγωγή βιοχημικών και παρακλινικών εξετάσεων, για να αποκλεισθούν σωματικά νοσήματα (π.χ. υποθυρεοειδισμός, πνευμονία) και φάρμακα (π.χ. αντιυπερτασικά) που προκαλούν κατάθλιψη. Πρέπει, επίσης, να σημειωθεί ότι τα οινοπνευματώδη και άλλες ουσίες, που χρησιμοποιούνται συχνά από τους ασθενείς για να ανακουφισθούν (αυτοθεραπεία), συνδέονται με την εμφάνιση και την επιδείνωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Ο γιατρός θα πρέπει, επίσης, να ενημερώσει τον ασθενή για τις πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες των φαρμάκων και για το χρονικό διάστημα που απαιτείται για να εμφανιστεί το θεραπευτικό αποτέλεσμα.<sup>12,17</sup>

Το 70-80% των καταθλιπτικών επεισοδίων θα αντιμετωπισθεί αποτελεσματικά με το φάρμακο πρώτης επιλογής του ιατρού. Αρχικά βελτιώνονται οι διαταραχές του ύπνου και της όρεξης, ακολούθως χαλιναγωγείται το άγχος, επανέρχεται η σωματική ευεξία και η ενεργητικότητα και, τέλος, μετά από τρεις-τέσσερις εβδομάδες, βελτιώνεται το καταθλιπτικό συναίσθημα.



Αν μετά από τρεις - τέσσερις εβδομάδες δεν έχουν εμφανιστεί τα προσδοκώμενα θεραπευτικά οφέλη, τότε ο γιατρός μπορεί ή να αυξήσει τη δόση του φαρμάκου ή να προσθέσει και ένα άλλο με διαφορετικό μηχανισμό δράσης ή να το αντικαταστήσει με ένα διαφορετικό. Μετά την υποχώρηση των συμπτωμάτων (πλήρης ύφεση), η φαρμακευτική αγωγή πρέπει να συνεχιστεί στην ίδια θεραπευτική δόση επί 6-12 μήνες, για να αποφευχθεί ο κίνδυνος της υποτροπής (συνεχιζόμενη θεραπεία). Όταν, όμως, έχουν εμφανιστεί τρία ή περισσότερα επεισόδια ή τα επεισόδια εμφανίζονται συχνά με βαριά συμπτωματολογία ή όταν ελλοχεύει ο κίνδυνος της αυτοκαταστροφής και συνυπάρχουν και άλλοι παράγοντες κινδύνου (π.χ. χρόνια σωματικό νόσημα), τότε η φαρμακευτική αγωγή πρέπει να χορηγείται για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα (πέντε χρόνια ή διά βίου) ως θεραπεία συντήρησης.

- **Αγχολυτικά:** (λοραζεπάμη, αλπραζολάμη, διαζεπάμη, βρωμαζεπάμη). Χορηγούνται όταν συνυπάρχει άγχος. Πρέπει να χορηγούνται με προσοχή, για μικρό χρονικό διάστημα, διότι προκαλούν εξάρτηση και μπορεί να επιδεινώσουν τα καταθλιπτικά συμπτώματα.

- **Αντιψυχωσικά** (αλοπεριδόλη, αμισουλπρίδη, ρισπεριδόνη, ολανζαπίνη, κουετιαπίνη, αριπιπραζόλη, ζιπραζιδόνη). Χορηγούνται σε συνδυασμό με τα αντικαταθλιπτικά για τη θεραπεία της κατάθλιψης, όταν αυτή συνοδεύεται από παραληρητικές ιδέες και ψευδαισθήσεις (ψυχωσική κατάθλιψη).

Όπως όλα τα φάρμακα έτσι και τα αντικαταθλιπτικά εμφανίζουν παρενέργειες. Έτσι τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά εμφανίζουν :

- Ξηροστομία
- Δυσκοιλιότητα
- Ορθοστατική υπόταση
- Έλλειψη οργασμού
- Αποφρακτικός ίκτερος
- Ακοκκιοκυτταραιμία
- Απώλεια βάρους
- Ναυτία
- Καρδιοτοξικές βλάβες ( αρρυθμίες , έμφραγμα του μυοκαρδίου, καρδιακή ανεπάρκεια .)

Πρέπει να τονιστεί ότι δεν πρέπει να χορηγούνται τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά σε ασθενείς με υπερτροφία προστάτη, γλαύκωμα οξείας γωνίας, ορισμένες καρδιακές αρρυθμίες και σε ασθενείς που ήδη λαμβάνουν αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης.

Οι αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης εμφανίζουν τις εξής παρενέργειες:

- Ερεθισμός του κεντρικού νευρικού συστήματος. ( εκνευρισμός, αύξηση της θερμοκρασίας, αϋπνίας, σπασμούς .)
- Υπερπυρεξία
- Ηπατοτοξικότητα
- Αναστολή της εκσπεμάτωσης
- Θόλωση της όρασης
- Ξηροστομία
- Εξανθήματα
- Υπερτασική κρίση (σε αλληλεπίδραση με άλλα φάρμακα και τροφές.)<sup>12,17</sup>

## 7.2.2 ΗΛΕΚΤΡΟΣΠΑΣΜΟΘΕΡΑΠΕΙΑ (ΗΣΘ)

Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία ή αλλιώς ECT ( electroconvulsive therapy ) , αν και τα προηγούμενα χρόνια περιβαλλόταν από σημαντική προκατάληψη, αντιπροσωπεύει στη σύγχρονη εφαρμογή της μια αξιόπιστη, ασφαλή και πολύ αποτελεσματική προσέγγιση, χωρίς σημαντικές ανεπιθύμητες ενέργειες.

Είναι η μέθοδος εκλογής σε περιπτώσεις βαριάς κατάθλιψης, ιδιαίτερα όταν υπάρχει κίνδυνος για την ζωή του ασθενούς και απαιτείται γρήγορο αποτέλεσμα .Επίσης η παραληρητική κατάθλιψη ανταποκρίνεται περισσότερο στην ΗΣΘ παρά στα αντικαταθλιπτικά φάρμακα.

Συνιστάται στη διοχέτευση ηλεκτρικού ρεύματος στον εγκέφαλο του ασθενούς κάτω από συνθήκες γενικής αναισθησίας και μυοχολάσης. Έτσι ο ασθενής είναι εντελώς χαλαρός και ακίνητος και μόνο υποτυπώδεις

σπασμοί στα άκρα και τα βλέφαρα παρατηρούνται. Η χρονομέτρηση των σπασμών γίνεται σε ένα μέλος που έχει απομονωθεί με σφυγμομανόμετρο πριν από τη χορήγηση του μυοχαλαρωτικού, ώστε να φαίνονται καθαρά οι σπασμοί . Η διαδικασία είναι εντελώς ανώδυνη και γίνεται υπό συνεχή οξυγόνωση και παράλληλη παρακολούθηση των ζωτικών σημείων . Ύστερα από λίγο ο ασθενής αφυπνίζεται και δεν έχει αντιληφθεί τη διαδικασία που προηγήθηκε.

Οι αντενδείξεις της ΗΣΘ είναι η αυξημένη ενδοκράνια πίεση , το πρόσφατο έμφραγμα του μυοκαρδίου, πρόσφατη εγκεφαλική αιμορραγία, αγγειακό ανεύρυσμα , φαιοχρωμοκύττωμα, σοβαρός κίνδυνος από την αναισθησία , π.χ. σε πνευμονοπάθεια.<sup>2,17</sup>

Οι ανεπιθύμητες ενέργειες της ΗΣΘ είναι :

- Παροδική διαταραχή της μνήμης , η οποία είναι λειτουργική και δεν οφείλεται σε οργανική βλάβη και αφορά τα πρόσφατα γεγονότα.
- Καρδιαγγειακή δυσλειτουργία που έγκειται σε παροδική αύξηση του αριθμού των σφύξεων και της αρτηριακής πίεσης , έκτακτες συστολές .
- Σωματικά ενοχλήματα όπως ζάλη, κεφαλαλγία , μυαλγίες.<sup>3</sup>

### **7.3 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΜΕΣΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ**

Στα ψυχολογικά μέσα θεραπείας περιλαμβάνονται τα είδη των ψυχοθεραπειών τα οποία είναι :

- Ατομική ψυχοθεραπεία η οποία βασίζεται σε ψυχοδυναμικές αρχές και δίνει έμφαση στο ρόλο των προηγούμενων εμπειριών και των μη συνειδητοποιημένων κινήτρων, στο προσδιορισμό της συμπεριφοράς. Χρησιμοποιείται ήπιες και χρόνιες μορφές κατάθλιψης .
- Η διαπροσωπική ψυχοθεραπεία επικεντρώνεται στο σήμερα και έχει στόχο ψυχοεκπαιδευτικό, δηλαδή να ενημερώσει τον ασθενή η του ώστε να τον βοηθήσει να αναπτύξει ο ίδιος , στρατηγικές για την αντιμετώπιση των δυσκολιών του.
- Η ομαδική ψυχοθεραπεία συμβάλλει στην απόκτηση κοινωνικών δεξιοτήτων σε ένα αμοιβαίως υποστηρικτικό περιβάλλον και δίνει τη δυνατότητα διερεύνησης των τρόπων που επικοινωνεί ο ασθενής με τους άλλους .
- Η γνωσιακή -συμπεριφορική θεραπεία αποβλέπει στην τροποποίηση των αρνητικών γνώσεων του ατόμου για τον εαυτό του και τους άλλους και την αντικατάσταση τους με άλλες που εκφράζουν μια πιο θετική αντίληψη.<sup>2,17</sup>

### **7.4 ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΜΕΣΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ**

Οι ψυχοκοινωνικές θεραπείες αποβλέπουν στο προσδιορισμό των περιβαλλοντικών στρεσογόνων παραγόντων που συμβάλλουν στη γένεση, επιδείνωση ή συντήρησης της κατάθλιψης .

Παρ όλα αυτά , τα καλύτερα θεραπευτικά αποτελέσματα της κατάθλιψης επιτυγχάνονται με το **συνδυασμό** των βιολογικών με τις ψυχοθεραπευτικές και τις ψυχοκοινωνικές μεθόδους . Κι αυτό γιατί οι πρώτες επηρεάζουν τις βιολογικές παραμέτρους της κατάθλιψης , οι δεύτερες τη λειτουργικότητα , που είναι συναστημένη με την προσωπικότητα του πάσχοντος , και οι τρίτες με την κοινωνική λειτουργικότητα.<sup>3</sup>

## **7.5 ΦΩΤΟΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Δοκιμάζεται κλινικά και η Φώτο-θεραπεία δηλαδή η έκθεση του αρρώστου, με εποχιακή κυρίως κατάθλιψη, σε άφθονο τεχνητό φως σε ορισμένες ώρες της ημέρας. Πιστεύεται ότι το φως είναι το καλύτερο αντίδοτο στην κατάθλιψη, καθώς παίζει σημαντικό ρόλο στην παραγωγή σπερμοτοξίνης , η οποία επιδρά στον ύπνο και στην ενεργητικότητα.

Έτσι, η εφαρμογή άφθονου τεχνητού φωτός στο άμεσο περιβάλλον του αρρώστου μπορεί να θεραπεύει τη διαταραγμένη του διάθεση.<sup>18</sup>

## **7.6 ΑΣΚΗΣΗ**

Η άσκηση ωφελεί συμπληρωματικά σε όλες ουσιαστικά τις μορφές αντικαταθλιπτικής θεραπείας. Δυστυχώς, υπάρχουν λίγες μελέτες που να περιλαμβάνουν άσκηση, η οποία πληρεί μεθοδολογικά πρότυπα. Σε μία και μοναδική μελέτη ελέγχου, στην οποία συμμετείχαν ηλικιωμένοι ασθενείς με κατάθλιψη, η άσκηση μόνο ήταν εξίσου αποτελεσματική με τη σερτραλίνη ή με το συνδυασμό των δύο, αν και η σερτραλίνη προκάλεσε ταχύτερη έναρξη της απάντησης. Σε μια εξάμηνη παρακολούθηση αυτής της μελέτης, η ομάδα της άσκησης είχε χαμηλότερα ποσοστά υποτροπής από την ομάδα του φαρμάκου.

Η προσθήκη άσκησης σε ένα θεραπευτικό πρόγραμμα μπορεί επίσης να βοηθήσει στην αντιμετώπιση των θεμάτων αύξησης του βάρους από τα φάρμακα.<sup>5,6</sup>

## 7.7 ΔΙΑΤΡΟΦΗ

Η κατάθλιψη επηρεάζει σοβαρά την ψυχική και τη σωματική κατάσταση των ασθενών. Όπως προαναφέρθηκε μέχρι το 2020 αναμένεται ότι η κατάθλιψη θα είναι η δεύτερη σε συχνότητα αιτία πρόκλησης μειονεξιών και αναπηριών μετά από τις καρδιακές παθήσεις. Ενώ πολλοί άνθρωποι αντιλαμβάνονται τη σχέση ανάμεσα στη διατροφή και τη νόσο, πολλοί λιγότεροι γνωρίζουν για τη σχέση διατροφής και κατάθλιψης. Παρολαυτά η διατροφή ενέχει σημαντικό ρόλο στο ξεκίνημα, στη σοβαρότητα και στη διάρκεια της κατάθλιψης συμπεριλαμβανομένων και των ημερήσιων μεταβολών στη διάθεση.<sup>20</sup>





## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8<sup>ο</sup>

### 8.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΤΟΜΟΥ ΜΕ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας διαδραματίζει σημαντικό και υπεύθυνο ρόλο και λειτουργεί πάντα ως ενεργό μέλος της θεραπευτικής ομάδας .

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

- Άμεσες ανάγκες σχετιζόμενες με την απειλή της ζωής και της ασφάλειας του ασθενούς π.χ. πρόληψη αυτοκτονίας .
- Βραχυπρόθεσμες ανάγκες που αφορούν τη νοσηλεία , θεραπεία και προετοιμασία του αρρώστου να βγει από το νοσοκομείο.
- Μακροπρόθεσμες ανάγκες που αναφέρονται στην εκπαίδευση του αρρώστου και της οικογένειας του για την πρόληψη υποτροπής της κατάθλιψης ή την έγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπιση της ώστε να διατηρείται με λίγη ή καθόλου κατάθλιψη για όσο το δυνατό μεγαλύτερο χρονικό διάστημα.

Στα πλαίσια της νοσηλευτικής εκτίμησης της ψυχικής υγείας του καταθλιπτικού ασθενούς , θα πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη και η γενικότερη εκτίμηση του ατόμου ως ολότητα . Η ολική νοσηλευτική εκτίμηση μελετά τον ασθενή σ' όλες τις διαστάσεις τους : τη σωματική , την ψυχολογική , τη διανοητική ή γνωστική, την κοινωνική, την πνευματική .

Ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας, μέσω της επικοινωνίας του με τον ασθενή, τις τεχνικές παρατήρησης , την επικοινωνία με το συγγενικό



περιβάλλον του ατόμου , καθώς και σε συνεργασία με την υπόλοιπη θεραπευτική ομάδα , μπορεί να κατανοήσει τη φύση των νοσηλευτικών προβλημάτων του ασθενούς , να θέσει νοσηλευτικούς σκοπούς και να προγραμματίσει νοσηλευτικές παρεμβάσεις για την επίλυσή τους .<sup>5</sup>

## 8.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΙΑΓΝΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ

### ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

#### 1. Μεγάλος κίνδυνος για επιθετικότητα εναντίον του εαυτού του που σχετίζεται με το καταθλιπτικό συναίσθημα και την αντιμετώπιση του θανάτου ως λύτρωση.

- Συμπεριφορά αρρώστου με αυτοκτονικό ιδεασμό που απειλεί ότι θα αυτοκτονήσει αλλά και αποπειράται να αυτοκτονήσει

*Αιτιολογικοί σχετιζόμενοι παράγοντες :*

- Ιστορικό προσπαθειών αυτοκτονίας
- Φανερές προσπάθειες αυτοκαταστροφής ( αυτοτραυματισμοί , προσπάθειες απαγχονισμού )
- Εκφράζει προφορικά τον αυτοκτονικό ιδεασμό ή το σχέδιο του.
- Εκδηλώνει λύπη, απόγνωση, απελπισία ή απώλεια ευχαρίστησης.
- Άρνηση φαγητού φαρμάκου ή φροντίδας.
- Ξαφνικά μοιράζει τα ατομικά του πράγματα.
- Κλαίει συχνά.
- Είναι κατηφής και αναφέρει ότι δεν έχει σκοπό στη ζωή.
- Βαθμιαία απόσυρση από το περιβάλλον.
- Το συναίσθημα δεν ξανοίγει ( δεν γίνεται πιο χαρούμενο).

*Νοσηλευτικοί σκοποί.* Ο άρρωστος πρέπει να φτάσει στο σημείο ώστε:

- Εκφράζει επιθυμία να ζήσει
- Εκδηλώνει αισιοδοξία και ελπίδα
- Κάνει σχέδια για το μέλλον

*Νοσηλευτικές παρεμβάσεις :*

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

Οι 8 στους 10 ασθενείς που λένε ότι θέλουν να αυτοκτονήσουν το κάνουν.

Όποιος σκέφτηκε σχέδιο είναι πιθανό να το πραγματοποιήσει.

- Επανεκτίμηση της δυνατότητας αυτοκτονίας περιοδικά, ιδιαιτέρως σε περιπτώσεις αλλαγής διάθεσης, αύξησης της απόσυρσης, ετοιμασίας της εξόδου πριν να προγραμματιστεί.
- Στενή παρακολούθηση ( συνεχής ή κάθε 15 λεπτά σε περίπτωση μεγάλου κινδύνου ). Τοποθέτηση του αρρώστου σε δωμάτιο όχι μοναχικό, δίπλα στο νοσηλευτικό παρατηρητήριο και συνοδεία σε όλες τις μετακινήσεις του, αν ενδείκνυται. Έτσι μπορεί να προληφθεί βλαπτική συμπεριφορά.
- Προσοχή να μη χρησιμοποιούνται μαντήλια λαιμού, ζώνες, ξυραφάκια, ψαλίδια. Στα πλαίσια ασφαλείας του περιβάλλοντος περιλαμβάνεται η αφαίρεση αντικειμένων που μπορούν να παρακινήσουν σε σκέψεις για απόπειρα αυτοκτονίας.
- Έλεγχος όλων των ατομικών ειδών που έφερε ο άρρωστος στο νοσοκομείο και ενημέρωση της οικογένειάς του να μην του φέρνει επικίνδυνα είδη.
- Ιδιαίτερη φροντίδα και προσωπική παρατήρηση κατά τη χορήγηση των φαρμάκων, ώστε να τα παίρνει ο ασθενής και να μην τα κρύβει για απόπειρα αυτοκτονίας.
- Νοσηλευτική επιτήρηση στους θαλάμους σε συχνά αλλά όχι σε τακτικά χρονικά διαστήματα (ιδιαίτερα τη νύχτα). Το σύστημα αυτό παρεμποδίζει την πρόβλεψη πότε θα περάσει ο νοσηλευτής από το χώρο που βρίσκεται ο σθένος ιδιαίτερα σε ώρες που το προσωπικό είναι απασχολημένο.
- Συστηματικός έλεγχος του περιβάλλοντος για επικίνδυνα σημεία π.χ. ανοιχτές πόρτες και παράθυρα, προσβάσεις προς τη σκάλα ή την ταράτσα.

- Βοήθεια του ασθενούς να αποκτήσει ένα θετικό σύστημα θεώρησης του εαυτού του και του κόσμου.
- Χορήγηση των παραγγελθέντων αντικαταθλιπτικών φαρμάκων με συνέπεια και υπευθυνότητα.<sup>2,4,21</sup>

## **2. Διαταραχές κοινωνικής επικοινωνίας που σχετίζεται με τη διαταραχή της αυτό –ιδέας και την έλλειψη ενδιαφέροντος για κοινωνική συναλλαγή.**

*Νοσηλευτικοί σκοποί :* ο άρρωστος πρέπει να φτάσει στο σημείο να συνάπτει θεραπευτική συμμαχία με το προσωπικό, να αρχίσει να επικοινωνεί με συνασθενείς και συμμετέχει ενεργητικά σε ομαδικές δραστηριότητες .

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις :

- Συχνές και σύντομες συναντήσεις με τον ασθενή στο διάστημα της ημέρας.
- Προειδοποίηση του αρρώστου πότε και για πόση ώρα θα γίνουν οι νοσηλευτικές επισκέψεις . Οι συγκεκριμένες προσδοκίες ελαττώνουν το άγχος .
- Συνέπεια του νοσηλευτή στην ώρα της συνάντησης και παραμονή κοντά στον άρρωστο όλη την ώρα της υπόσχεσης ακόμη και όταν αυτός δεν μιλά και δεν ανταποκρίνεται στην παρουσία του νοσηλευτή. Ο άρρωστος αισθάνεται την νοσηλευτική προσοχή χωρίς να προσπαθεί να την κερδίσει, η παρουσία και το ενδιαφέρον του νοσηλευτή τον βεβαιώνει ότι τον θεωρεί πρόσωπο με αξία.
- Χρήση απλών συγκεκριμένων λέξεων. Η βραδυκίνητη σκέψη και η αδυναμία συγκέντρωσης της προσοχής δυσκολεύουν την κατανόηση.
- Διάθεση αρκετού χρόνου στον άρρωστο για να απαντήσει. Η βραδεία σκέψη χρειάζεται χρόνο να διατυπώσει κάποια απάντηση.
- Αποφυγή εκδηλώσεων όπως είναι τα γέλια τα αστεία και η υπερβολική ευθυμία. Η εύθυμη στάση του νοσηλευτή αυξάνει τα αισθήματα αποξένωσης και απομόνωσης του αρρώστου με τη σύγκριση των αντιθέσεων , πόσο χαρούμενος είναι ο νοσηλευτής και πόσο λυπημένος ο ίδιος .

- Βαθμιαία ενσωμάτωση του αρρώστου σε συζητήσεις με άλλους αρρώστους και σε ομαδικές δραστηριότητες . Ενθάρρυνση επισκέψεων με υποκοριστικά σημαντικά πρόσωπα.<sup>7,14,21</sup>

### **3. Χρόνια χαμηλή αυτοεκτίμηση.**

*Νοσηλευτικός σκοπός :* Ο άρρωστος πρέπει να εκφράσει θετική αντίληψη του εαυτού του και των δυνατοτήτων του. Τονώνεται το αίσθημα της προσωπικής του αξίας και της ελπίδας ότι μπορεί να αλλάξει τη δυσάρεστη διάθεση του.

*Νοσηλευτικές παρεμβάσεις :*

- Βοήθεια του ασθενούς να μετακινηθεί από αρνητικό λανθασμένο και εξωπραγματικό, σε ρεαλιστικό θετικό σύστημα θεώρησης του εαυτού του, της ζωής του και του κόσμου του. Έτσι θα μειωθούν τα αισθήματα αναξιότητας και αδυναμίας και θα αυξηθούν ο αυτοέλεγχος και η αυτοεκτίμησή του.
- Ενίσχυση του αρρώστου στη διατύπωση κατορθωτών στόχων για τη ζωή του διότι οι στόχοι αυτοί είναι πιο πιθανό να εκπληρωθούν και να φέρουν ταχύτερες ικανοποιητικές αμοιβές.
- Παρότρυνση του ασθενούς να φροντίζει την επαρκή διατροφή, την ατομική υγιεινή και την καλή του εμφάνιση με σκοπό την ανύψωση του αισθήματος της αξιοπρέπειας και της αυτοεκτίμησης.
- Έπαινος του αρρώστου για προσπάθειες θετικής αυτοαξιολόγησης και αυτοελέγχου.
- Επικοινωνία του νοσηλευτή με τον ασθενή. Αυτή η επαφή θα τον βοηθήσει να νιώσει ότι είναι άξιος της προσοχής του νοσηλευτή.
- Ενίσχυση του αρρώστου για τη συμμετοχή του σε ομαδικές δραστηριότητες και την επαφή του με οικεία και αγαπημένα πρόσωπα. Επιδοκιμασία των προσπαθειών του. Όλα αυτά ενεργούν ως θετικοί ενισχυτές του αισθήματος της προσωπικής αξίας του ασθενή και της ικανοποίησης από τις κοινωνικές επαφές. Μέσα στην ομάδα ο άρρωστος θα δοκιμάσει την υποστήριξη από τους άλλους

και θα ανακαλύψει ότι τα προβλήματα και οι ανησυχίες του είναι παρόμοια με εκείνα των άλλων.

- Αποφυγή χρησιμοποίησης εκφράσεων αξιολογικής κριτικής, διότι το καταθλιπτικό άτομο βλέπει την αρνητική πλευρά κάθε πράγματος και υποτιμά τον εαυτό του.
- Αποφυγή εκφράσεων όπως : ‘τα πράγματα θα διορθωθούν’, γιατί τείνουν να ελαχιστοποιήσουν τη σοβαρότητα του καταθλιπτικού συναισθήματος και μπορεί να αυξήσουν την ενοχή και την αναξιοσύνη του αρρώστου αφού δεν είναι ο ίδιος σε θέση να βγει από την κατάσταση που βρίσκεται.
- Διδασκαλία του αρρώστου πώς να εξετάζει και να αμφισβητεί παράλογες και αρνητικές εκτιμήσεις για τον εαυτό του και τις ικανότητες του. Η πιο ρεαλιστική θεώρηση του εαυτού του αυξάνει την εμπιστοσύνη και την αυτοεκτίμηση του.<sup>3,7</sup>

#### **4. Απελπισία, άγχος και εκδήλωση συναισθημάτων θυμού.**

*Νοσηλευτικός σκοπός :* ο ασθενής εξωτερικεύει λεκτικά το θυμό του εκφράζοντας στο νοσηλευτή τα δύσκολα συναισθήματα του και δεν νιώθει την ανάγκη εκδήλωσής τους με ανεύθυνες πράξεις και ακατάλληλους τρόπους .

*Νοσηλευτικές παρεμβάσεις :*

- Ενθάρρυνση του αρρώστου να εξωτερικεύσει λεκτικά το θυμό του, ώστε να ελαττωθεί η έντασή του.
- Διάθεση χρόνου για ακρόαση και συζήτηση συναισθημάτων. Τα συναισθήματα που συναντούν κατανόηση γίνονται περισσότερο ανεκτά από τον ασθενή και διευκολύνεται η περαιτέρω εξωτερίκευσή τους.
- Αποδοχή εκδηλώσεων θυμού χωρίς αμυντική αντιπαράθεση. Ο θυμός του αρρώστου να μη θεωρείται προσωπική επίθεση κατά του νοσηλευτή. Η λογομαχία ή η αυτόυπεράσπιση συντελούν μόνο στην ενίσχυση των συναισθημάτων θυμού.

- Αν ο θυμός του αρρώστου είναι δικαιολογημένος ο νοσηλευτής πρέπει να παραδεχτεί ότι έγινε λάθος. Η στάση αυτή ενθαρρύνει την κατάλληλη εξωτερίκευση του θυμού και αποθαρρύνει την εσωτερίκευση και τη στροφή του προς το ίδιο το εγώ.<sup>9,21</sup>

## **5. Ανεπαρκής φροντίδα που σχετίζεται με χαμηλή αυτοεκτίμηση**

*Νοσηλευτικός σκοπός :* ο ασθενής ασχολείται με τη φροντίδα ατομικής υγιεινής.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις :

- Ενθάρρυνση του ασθενούς να εκτελεί όσες περισσότερες δραστηριότητες αυτοφροντίδας μπορεί.
- Προγραμματίστε τη φροντίδα κατά τα χρονικά διαστήματα που ο ασθενής είναι περισσότερο πιθανό να μπορεί να συμμετέχει.
- Συμμετοχή του νοσηλευτή σε δραστηριότητες που ο ασθενής δεν έχει τη διάθεση να επιτελέσει. Η στάση αυτή του νοσηλευτή θα ενισχύσει θετικά τη θέληση του ασθενούς να ασχοληθεί με την ατομική υγιεινή.
- Ενισχύστε όλες τις εκούσιες προσπάθειες του ασθενούς όσον αφορά τις δραστηριότητες αυτοφροντίδας του.
- Συμμετοχή στην επιλογή του ρουχισμού του, ρωτώντας τον ίδιο τον ασθενή τι θα ήθελε να φορέσει. Μ' αυτό τον τρόπο, ο ασθενής θα ασχολείται περισσότερο με την επιμελή επιλογή του ρουχισμού του η οποία αλλάζει την εικόνα του εαυτού του και τονώνει την αυτοεκτίμησή του.<sup>5,21</sup>

## **6. Αναποτελεσματική επίλυση προβλημάτων**

*Νοσηλευτικός σκοπός:* ο ασθενής έχει την ικανότητα αντιμετώπισης των προβλημάτων, όπως φαίνεται από την προφορική έκφραση της ικανότητας αυτής και τη χρήση κατάλληλων τεχνικών για το χειρισμό των προβλημάτων της καθημερινής του ζωής αλλά και την κατάλληλη χρήση μηχανισμών άμυνας.

*Νοσηλευτικές παρεμβάσεις :*

- Εκτιμήστε και αναφέρετε σημεία και συμπτώματα αναποτελεσματικής αντιμετώπισης των καθημερινών προβλημάτων από το άτομο π.χ. παράπονα για αδυναμία αντιμετώπισης και λύσεις προβλημάτων ή για κάλυψης βασικών αναγκών απρόσφορη χρήση των μηχανισμών άμυνας, ανικανότητα ανάληψης ρόλων.
- Βοηθείστε τον ασθενή να αναγνωρίσει και να εκφράσει τους λόγους που αντιστρατεύονται την επίλυση των προβλημάτων.
- Δείξτε αποδοχή του ασθενούς από μέρους σας και δημιουργείστε ατμόσφαιρα εμπιστοσύνης και υποστήριξης. Το περιβάλλον αποδοχής είναι απαραίτητο έτσι ώστε να αισθανθεί ο ασθενής ελεύθερος να εκφράσει τις ανησυχίες του και επομένως να αρχίσει να αντιμετωπίζει την κατάσταση.
- Συμπεριλάβετε τον ασθενή στο σχεδιασμό της φροντίδας του. Με αυτή του τη συμμετοχή αυξάνεται η αυτοεκτίμηση του, και επομένως η ικανότητα αντιμετώπισης προβλημάτων.
- Καθοδηγήστε τον ασθενή σε αποτελεσματικές τεχνικές επίλυσης προβλημάτων π.χ. ακριβής αναγνώριση αγχογόνων παραγόντων, καθορισμός επιλογών, για τη λύση των προβλημάτων.
- Βοηθείστε τον ασθενή, δια μέσου μεθόδων, όπως η αντίληψη ρόλων, ώστε να μπορεί να αφομοιώσει τις τεχνικές αυτές και να τις εφαρμόσει ευκολότερα όταν παραστεί ανάγκη.<sup>5,6,21</sup>

## **7. Διαταραχές του ύπνου που σχετίζονται με το αίσθημα άγχους, απελπισίας και εσωτερικευμένου θυμού**

*Νοσηλευτικός σκοπός :* ο ασθενής έχει επαρκή ύπνο όπως φαίνεται από το ότι αναφέρει πως νιώθει ξεκούραστος, από την καλή διανοητική του κατάσταση και από την απουσία συχνών χασμουρητών και από την απουσία τρόμου χειρών.

*Νοσηλευτικές παρεμβάσεις :*

- Αξιολογήστε σημεία διαταραχής ύπνου π.χ. παράπονα για δυσχέρεια επέλευσης ύπνου, διακοπές ύπνου, ευερεθιστότητα, υπνηλία.
- Ενθαρρύνετε τη συμμετοχή σε δραστηριότητες που τον χαλαρώνουν, ιδιαίτερα το απόγευμα.
- Αποθαρρύνετε την πρόσληψη καφεϊνούχων ποτών (καφέ, τσάι, ποτά τύπου cola), ιδιαίτερα το απόγευμα. Η καφεΐνη διεγείρει το κεντρικό νευρικό σύστημα και δυσχεραίνει την χαλάρωση και τον ύπνο.
- Εξασφαλίστε την απαραίτητη άνεση και ζέστη πριν τον ύπνο.
- Συμβουλέψτε τον ασθενή να έχει κενή την ουροδόχο κύστη του πριν τον ύπνο. Η κένωση της μειώνει τον κίνδυνο αφυπνίσεως.
- Εξασφαλίστε την ησυχία στο θάλαμο.

#### **8. Διαταραχή πρόσληψης τροφής : ανεπαρκής κάλυψη των αναγκών του οργανισμού που οφείλεται σε ανορεξία.**

*Νοσηλευτικός σκοπός :* ο ασθενής διατηρεί επαρκή θρέψη όπως φαίνεται από το φυσιολογικό βάρος του, τη φυσιολογική λευκοματίνη ορρού και αιματοκρίτη και το πάχος δερματικής πτυχής τρικεφάλου, εντός των φυσιολογικών ορίων.

*Νοσηλευτικές παρεμβάσεις :*

- Προσφέρετε μικρές ποσότητες τροφών αρεστών στον ασθενή.
- Οι μικρές ποσότητες είναι λιγότερο πιθανό να αποθαρρύνουν έναν ανορεκτικό ασθενή από την πρόσληψη τροφών.
- Ενθαρρύνετε τους οικείους του να φέρουν τροφές που προτιμά ο ασθενής.
- Αφήστε στον ασθενή αρκετό χρόνο για τα γεύματα και ξαναζεστάνετε την τροφή αν χρειαστεί.
- Σερβίρετε τις τροφές ζεστές για τη διέγερση της όσφρησης.
- Ενθαρρύνετε τον να δοκιμάζει διαφορετικές γεύσεις.
- Περιορίστε τη λήψη υγρών κατά τα γεύματα για να αποφεύγεται ο πρόωρος κορεσμός.



- Συμβουλευτείτε διαιτολόγο, αν χρειαστεί, για την επιλογή τροφών που καλύπτουν τις ανάγκες αλλά και τις προτιμήσεις του ασθενούς.<sup>11,20</sup>

### **9. Αναποτελεσματική εφαρμογή του θεραπευτικού σχήματος που σχετίζεται με την μη συμμόρφωση του ασθενούς με τη θεραπεία.**

*Νοσηλευτικός σκοπός :* ο ασθενής δείχνει ικανότητα αποτελεσματικής εφαρμογής της θεραπευτικής αγωγής, από την προθυμία του να συμμετάσχει σε αυτή και την έκφραση της κατανόησης των συνεπειών της μη συμμόρφωσης του προς το θεραπευτικό σχήμα.

*Νοσηλευτικές παρεμβάσεις :*

- Συζητήστε με τον ασθενή τους παράγοντες που παρεμποδίζουν την εφαρμογή της αγωγής.
- Βοηθείστε τον ασθενή να προσδιορίσει τις ατομικές αξίες και να αναγνωρίσει τους τρόπους με τους οποίους, θα ενσωματώσει τους στόχους της αγωγής στον τρόπο ζωής του.
- Δώστε οδηγίες σχετικά με τα φάρμακα που χορηγούνται.
- Υποστηρίξτε τη συμπεριφορά, που είναι ενδεικτική, συμμόρφωσης στην αγωγή.
- Συμπεριλάβετε και τους οικείους σε αυτή την προσπάθεια και ενθαρρύνετε την υποστήριξή τους.<sup>21</sup>

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9<sup>ο</sup>

### 9.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΥΘΥΝΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΑΝΤΙΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

Αναπόσπαστο βέβαια κεφάλαιο του νοσηλευτικού ρόλου, και στον τομέα της ψυχικής υγείας, είναι η χορήγηση των φαρμάκων στα πλαίσια της αντικαταθλιπτικής αγωγής.

Αποτελεί καθήκον για το νοσηλευτή ψυχικής υγείας, η γνώση του τρόπου δράσης αυτών των φαρμάκων, αλλά και των πιθανών παρενεργειών από τη χορήγησή τους. Βρίσκεται στο πλευρό του ασθενούς περισσότερο από κάθε άλλο θεραπευτή, γεγονός που του προσφέρει τη δυνατότητα παρακολούθησης της κλινικής εικόνας του ασθενούς, της συμμόρφωσής του ή όχι με τη θεραπευτική αγωγή. Επίσης έχει τη δυνατότητα εκτίμησης των τοξικών επιδράσεων των φαρμάκων αλλά και των παρενεργειών τους, ώστε να προλαμβάνει τις δυσμενείς επιπτώσεις και φυσικά να ενημερώνει το θεράπων ψυχίατρο για την πορεία και την αποτελεσματικότητα της χορηγούμενης αγωγής.<sup>9,21</sup>

### 9.2 ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΤΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

#### 1. Ξηροστομία

- Διατηρήστε την πρόσληψη της μέγιστης επιτρεπόμενης ποσότητας υγρών και παροτρύνετε τον ασθενή να κατανέμει την πρόσληψή τους ομοιόμορφα.
- Συμβουλέψτε τον και βοηθήστε τον να φροντίζει συχνά την στοματική του υγιεινή.
- Συμβουλέψτε τον να ξεπλένει συχνά το στόμα του και να λιπαίνει τα χείλη του.

- Παροτρύνετέ τον να μην καπνίζει γιατί ο καπνός ερεθίζει και ξηραίνει το στοματικό βλεννογόνο.
- Ενθαρρύνετε τον να μασά μαστίχα, άγλυκες καραμέλες ή παγάκια τα οποία αυξάνουν την παραγωγή σιέλου.

## 2. Θαμπή όραση

- Ενθαρρύνετε τον ασθενή ότι αυτά τα συμπτώματα θα υποχωρήσουν σε μερικές εβδομάδες

Λάβετε μέτρα για την πρόληψη ατυχήματος. Βοηθήστε τον στη βάδιση και στη διακίνηση στο χώρο, όταν η κατάσταση της οράσεως του επιδεινώνεται.

## 3. Δυσκοιλιότητα

- Υποδείξτε στον ασθενή να καταναλώνει μεγάλες ποσότητες τροφών πλούσιων σε φυτικές ίνες όπως δημητριακά, φρούτα και χορταρικά.
- Συμβουλέψτε τον να προσλαμβάνει επαρκείς ποσότητες υγρών.
- Αυξήστε τη σωματική δραστηριότητα όσο επιτρέπεται.
- Ενθαρρύνετε τον ασθενή να πίνει θερμά υγρά κατά την πρωινή έγερση με σκοπό τη διέγερση του γαστροκολικού και του δωδεκαδακτυλοκολικού αντανακλαστικού και την αύξηση του περισταλτισμού του εντέρου.
- Χορηγήστε υπακτικά ή και κλύσματα επί εντολής.<sup>8,21</sup>

## 4. Κατακράτηση ούρων

- Διδασκαλία του αρρώστου να μετρά τα προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα υγρά του και να τα αναφέρει στο νοσηλευτή.

## 5. Καταστολή

- Ρύθμιση της λήψης των φαρμάκων πριν από την κατάκλιση για ύπνο

- Συνεργασία με το γιατρό για ελάττωση της δοσολογίας του φαρμάκου ή για αντικατάσταση του με άλλο ελαφρύτερο.

#### 6. Ορθοστατική υπόταση

- Ενημέρωση του αρρώστου να σηκώνεται αργά από το κρεβάτι ή την πολυθρόνα.
- Συχνή μέτρηση της αρτηριακής πίεσης σε ύπτια και όρθια στάση για έγκαιρη επισήμανση μεγάλων διαφορών στις τιμές.

#### 7. Αύξηση ευαισθησίας για εμφάνιση επιληπτικών σπασμών

- Ιδιαίτερη παρακολούθηση του αρρώστου με ιστορικό εμφράγματος του μυοκαρδίου.
- Ετοιμότητα για νοσηλευτική παρέμβαση σε περίπτωση σπασμών.

#### 8. Ταχυκαρδίες – αρρυθμίες

- Συστηματική μέτρηση της αρτηριακής πίεσης και των σφύξεων. Συζήτηση τυχόν σημαντικών αλλαγών με το γιατρό.<sup>5,6</sup>

#### 9. Υπερτασική κρίση (παρενέργεια αναστολών της μονοαμινοξειδάσης.)

Παρατηρείται που ενώ λαμβάνουν τους αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης καταναλώνουν ταυτόχρονα ποσότητες τροφών που έχουν τυραμίνη. Τα συμπτώματα είναι : έντονη κεφαλαλγία, ταχυπαλμία εμέτους και ναυτία, αυχενική δυσκαμψία σημαντική αύξηση της αρτηριακής πίεσης, στήθαγχικό πόνο, εγκεφαλικό επεισόδιο.

Η θεραπεία της υπερτασικής κρίσης συνίσταται σε :

- Διδασκαλία του ασθενούς ώστε να αποφεύγεται η λήψη τροφών που επηρεάζουν τη θεραπεία.
- Διακοπή του φαρμάκου.
- Χορήγηση αντιυπερτασικής αγωγής σύμφωνα με τις οδηγίες του θεράποντα ιατρού.<sup>5</sup>

### **9.3 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΕΤΑΙ ΣΕ ΗΛΕΚΤΡΟΣΠΑΣΜΟΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας ως μέλος της θεραπευτικής ομάδας συμμετέχει ενεργά σε όλες τις θεραπευτικές προσεγγίσεις του αρρώστου. Ο ρόλος του είναι αναμφισβήτητα σημαντικός και κοντά της ECT αφού είναι το άτομο που βρίσκεται δίπλα στον ασθενή πριν, μετά, αλλά και κατά τη διάρκεια της ECT. Τον βοηθά στην αντιμετώπιση της προσωρινής αμνησίας και σύγχυσης που προκαλείται από τη θεραπεία τον επαναπροσανατολίζει στον τόπο, χρόνο, πρόσωπα, προγραμματίζει τη ρουτίνα της ημέρας για την ελαχιστοποίηση της σύγχυσης και τον παρακολουθεί στενά για τις επόμενες 48 ώρες.

Βέβαια η συμμετοχή του νοσηλευτή στην ΗΣΘ προσανατολίζεται στις παρακάτω παρεμβάσεις :

- Επιβεβαίωση ότι ο ψυχίατρος εξασφάλισε ενυπόγραφη πληροφορημένη συγκατάθεση του ασθενούς για την εφαρμογή της ηλεκτροσπασμοθεραπείας.
- Εξασφάλιση αποτελεσμάτων πρόσφατων εργαστηριακών εξετάσεων αίματος και ούρων, ηλεκτροκαρδιογραφήματος και ακτινογραφία θώρακος.
- Ο ασθενής πριν τη θεραπεία πρέπει να είναι νηστικός, να ουρήσει, να φορέσει νυχτικό ή πιζάμες και να αφαιρέσει ξένα σώματα π.χ. τεχνητές οδοντοστοιχίες, φουρκέτες, φακούς επαφής.
- Λήψη και καταγραφή των ζωτικών σημείων.
- Χορήγηση θεικής ατροπίνης πριν τη θεραπεία, σύμφωνα με την ιατρική οδηγία για ελάττωση των εκκρίσεων και αύξηση του καρδιακού ρυθμού που καταστέλλεται από τον ερεθισμό του παρασυμπαθητικού που προκαλεί η θεραπεία.
- Χορήγηση αναισθητικού και μυοχαλαρωτικού φαρμάκου σύμφωνα με ιατρικές οδηγίες.
- Χορήγηση οξυγόνου και αναρρόφηση των βρογχικών εκκρίσεων.
- Χρήση αναπνευστήρα αμέσως μετά το ηλεκτρικό ερέθισμα.

- Τοποθέτηση του ασθενή σε πλάγια θέση για αποφυγή εισρόφησης και έλεγχος των ζωτικών του σημείων κάθε 15 λεπτά για την πρώτη ώρα.<sup>5,8 21</sup>

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10<sup>ο</sup>

### 10.1 Η ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΗΝ ΠΟΡΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

#### ΜΕ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Οι παρακάτω νοσηλευτικές παρεμβάσεις αφορούν ασθενείς που νοσηλεύονται σε ψυχιατρικά –νοσηλευτικά ιδρύματα. Δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι η κατάθλιψη αποτελεί ένα σύγχρονο κοινωνικό πρόβλημα το οποίο δεν μπορεί να αντιμετωπίζεται μόνο με τον εγκλεισμό του ασθενούς σε ψυχιατρείο, αλλά απαιτεί και την παρουσία οργανωμένων ψυχιατρικών κοινοτικών δομών οι οποίες θα στηρίξουν το άτομο κατά την επανένταξή του στο κοινωνικό σύνολο και θα συμμετέχουν ενεργά στην αποκατάσταση της ψυχικής του υγείας.

Ο ασθενής κατά την έξοδο του από το ψυχιατρείο έχει να αντιμετωπίσει το στιγματισμό, την κοινωνική απόρριψη και την αρνητική ή επιφυλακτική συμπεριφορά των συνανθρώπων του. Έχοντας ελπίδες για ένα καλύτερο αύριο και μια καλύτερη ζωή δεν είναι προετοιμασμένος γι' αυτή τη συμπεριφορά. Η απομόνωσή του από το κοινωνικό σύνολο εντείνεται και η επανένταξή του αποτυγχάνει.<sup>9</sup>

*Η κοινοτική ψυχιατρική είναι ένας ευρύς όρος που αναφέρεται στη χρήση όλων των διαθέσιμων δυνάμεων, πόρων και τεχνικών που ευοδώνουν την οικονομικά εφικτή θεραπεία του ψυχιατρικά ασθενή στην κοινότητά του. Έχει στόχο τη βελτιστοποίηση των προσαρμοστικών δυναμικών και των ψυχοκοινωνικών δεξιοτήτων όπως και τη μείωση των επιπέδων της ψυχοπαθολογίας, σε ομάδες πληθυσμών της κοινότητας, με την εφαρμογή προγραμμάτων πρόληψης, ανίχνευσης περιπτώσεων, θεραπευτικής παρέμβασης και αποκατάστασης.<sup>9</sup>*

## 10.2 ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΠΑΝΕΝΤΑΞΗ ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΤΗΣ

### ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ

Η κοινωνική αποκατάσταση είναι αναπόσπαστο μέρος της κοινοτικής ψυχιατρικής και μπορεί να επιτευχθεί με τη δημιουργία ευέλικτων, μικρών σε μέγεθος ψυχιατρικών και κοινωνικών υπηρεσιών. Τέτοιου είδους δομές είναι :

1. *Κέντρα κοινοτικής ψυχικής υγείας* τα οποία δουλεύουν υπεύθυνα μέσα στην κοινότητα για την πρόληψη και αντιμετώπιση των προβλημάτων ψυχικής υγείας προσφέροντας συγχρόνως υπηρεσίες συμβουλευτικού και ψυχοθεραπευτικού χαρακτήρα σε άτομα, οικογένειες και ομάδες.
2. *Μονάδες προστατευόμενης διαμονής και στέγασης* όπως ξενώνες, οικοτροφεία, ομαδικά σπίτια.
3. *Νοσοκομεία ημέρας και κέντρα ημέρας* που προσφέρουν σε καθημερινή βάση απασχολησιοθεραπεία, ψυχοθεραπεία, φαρμακοθεραπεία με κύριο στόχο την ενεργοποίηση του υγιούς μέλους της προσωπικότητας των εξυπηρετούμενων, την προετοιμασία τους για επαγγελματική εκπαίδευση ή αποκατάσταση και την κοινωνικοποίησή τους.
4. *Θεραπευτικές λέσχες* που παρέχουν κοινωνικές, ψυχαγωγικές, μορφωτικές δραστηριότητες κυρίως τις απογευματινές ώρες. Μπορούν να προσφέρουν μια δομή στήριξης στους ψυχικά ασθενείς όταν φεύγουν από το νοσοκομείο ημέρας.
5. *Μονάδες προστατευόμενης εργασίας* για όσους είτε λόγω της σοβαρότητας και χρονιότητας της νόσου, είτε λόγω προκαταλήψεων και ανεργίας, δε θα μπορέσουν να απασχοληθούν στην ανοιχτή αγορά εργασίας. Τα άτομα αυτά μπορεί να είναι παραγωγικά όταν εργάζονται σε προστατευόμενες συνθήκες εργασίας. (Νταγκουνάκη, 1987)
6. *Κινητή ψυχιατρική μονάδα στις αγροτικές περιοχές*, αποτελεί μια αναγκαιότητα λόγω της ανισότητας που επικρατεί στην κατανομή των ψυχιάτρων, ψυχιατρικών κλινών στην επαρχία. Έχει σκοπό να καλύπτει, με ικανοποιητικό τρόπο, τις ανάγκες για ψυχιατρική περίθαλψη ενός



συγκεκριμένου νομού ή γεωγραφικής περιφέρειας στα πλαίσια της κοινοτικής ψυχιατρικής.<sup>4,6,9</sup>

7. *Διασυνδεδετική-συμβουλευτική ψυχιατρική.* Αποτελεί ένα σύγχρονο σύστημα παροχής ψυχιατρικών υπηρεσιών στα πλαίσια του γενικού νοσοκομείου.

Ο όρος συμβουλευτική ψυχιατρική επιτρέπει στον ψυχίατρο να δώσει απλά και μόνο τη συμβουλή του για τη διάγνωση και την αντιμετώπιση της ψυχικής διαταραχής, μόνο όταν ζητηθεί από το γιατρό που είναι υπεύθυνος για τη νοσηλεία του ασθενή.

Ο όρος διασυνδεδετική ψυχιατρική περιλαμβάνει τη συνεργασία της ψυχιατρικής με τις άλλες ειδικότητες της ιατρικής, στην κλινική πράξη για την αντιμετώπιση των ψυχοκοινωνικών μεταβλητών που αφορούν την υγεία και την ασθένεια με στόχο την ολοκληρωμένη διαγνωστική και θεραπευτική αντιμετώπιση του ασθενή.<sup>6</sup>

### **10.3 ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ**

Τα τελευταία χρόνια έχει εντοπιστεί η βαρύτητα και οι σοβαρές επιπτώσεις των ψυχικών νοσημάτων σε ατομικό αλλά και σε κοινωνικό επίπεδο. Έτσι έχει δοθεί ιδιαίτερη έμφαση στην πρόσληψη των ψυχικών νοσημάτων. Η πρόληψη διακρίνεται σε τρεις βαθμίδες :

Πρωτογενής πρόληψη η οποία εφαρμόζεται σε όλες τις φάσεις της ζωής ενός ανθρώπου, από την προγεννητική , τη νεογνική, την παιδική, την εφηβική ,την ενηλικίωση και το γήρας . Οι ειδικές προσεγγίσεις των θεμάτων τις προληπτικής ψυχιατρικής περιλαμβάνουν την ολοκληρωμένη προγεννητική φροντίδα με την επισήμανση προβλημάτων στην κύηση και στην οργάνωση της μητρικής υγείας ,την παροχή σωστής μαιευτικής φροντίδας ,τον έλεγχο της διατροφής και του περιβάλλοντος , τον οικογενειακό προγραμματισμό και την οργάνωση κοινωνικού υποστηρικτικού συστήματος .<sup>9</sup>

Στα δημοτικά σχολεία τα προγράμματα διαλογής αποκαλύπτουν έγκαιρα διαπροσαρμοστικές καταστάσεις , ενώ στις οικογένειες με πολλά

προβλήματα δημιουργείται ένα νέο κοινωνικό υποστηρικτικό σύστημα . Η γενετική συμβουλευτική σε άτομα που νοσούν από σχιζοφρενική ή μανιοκαταθλιπτική ψύχωση βοηθά σημαντικά στη μείωση της ψυχιατρικής νοσηρότητας. Η πρωτογενής ψυχική προληπτική εργασία απαιτεί τον συντονισμό και τη συνεργασία πολλών υπηρεσιακών φορέων και οργανώσεων, κρατικών ή εθελοντικών , ώστε να γίνει αποτελεσματική και αποδοτική .

Δευτερογενής πρόληψη . Ο τύπος αυτής της πρόληψης στοχεύει σε άτομα που είδη νοσούν, ώστε να βοηθηθούν έγκαιρα . Το κύριο προληπτικό έργο περιλαμβάνει την έγκαιρη παραπομπή ατόμων που νοσούν ψυχικά , την τακτική παρακολούθηση με πρόληψη των υποτροπών τους και τη λειτουργία ψυχιατρικών μονάδων στα γενικά νοσοκομεία. Με βάση ειδικά προγράμματα ,το κοινό ευαισθητοποιείται στην έγκαιρη αντίληψη ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων και τροποποιεί τη στάση του απέναντι στην ψυχική ασθένεια, έτσι ώστε να καταφεύγει ευκολότερα σε ψυχιατρική υπηρεσία.

Τριτογενής πρόληψη. Την πρόληψη αυτού του τύπου αναλαμβάνει ο τομέας της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης που είναι αυτόνομη επιστήμη και περιλαμβάνει όλες τις αναγκαίες μεθόδους και τεχνικές για τη μείωση των επιπτώσεων από τη διαδικασία της ασθένειας – ανικανότητας – αναισθησίας , με παράλληλη την κοινωνική ενσωμάτωση. Η αποκατάσταση έχει στόχο όχι μόνο την εκπαίδευση του ατόμου για να προσαρμοστεί στο περιβάλλον , αλλά και την παρέμβαση στο άμεσο περιβάλλον και την κοινότητα με στόχο την ενίσχυση τις κοινωνικής επανένταξης. Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση είναι μια συνεχής δυναμική διαδικασία που αρχίζει με την διάγνωση της νόσου και συνεχίζεται μέχρι την τελική τοποθέτηση του ατόμου στην πιο κατάλληλη εργασία η συνθήκες διαμονής

5,6

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11<sup>ο</sup>

### 11.1 ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ ΤΟΥ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Το πλαίσιο λειτουργίας της θεραπευτικής ομάδας που αναλαμβάνει την περίθαλψη στο σπίτι και η βαρύτητα της κλινικής εικόνας του ασθενή , είναι δύο παράγοντες που επιφέρουν λεπτές διαφοροποιήσεις στην τεχνική της εφαρμογής της περίθαλψης στο σπίτι.

Όσον αφορά την βαρύτητα της κλινικής κατάστασης του ασθενούς έχουμε μεγάλη ποικιλία ενδιάμεσων μορφών βαρύτητας . ας εξετάσουμε όμως τους τρεις συχνότερους .<sup>1,5</sup>

A. Ο πρώτος τύπος αφορά τον ψυχωσικό ασθενή που μετά από μια μικρής ή μεγάλης διάρκειας νοσηλεία επιστρέφει από το ψυχιατρικό θεραπευτήριο στο σπίτι.

Η ψυχιατρική ομάδα θα προσφέρει ψυχιατρική βοήθεια στον άρρωστο και την οικογένεια ακόμα θα χορηγήσει φαρμακευτική αγωγή και θα συμβάλλει στην δυναμική αποκατάσταση του ατόμου.

B. Στο δεύτερο τύπο ανήκει μια ομάδα ατόμων που ίσως να μη χρειαστεί ποτέ να εισαχθεί σε κάποιο ψυχιατρικό ίδρυμα. Προς αυτή την κατεύθυνση είναι δυνατόν να συμβάλλουν πολλοί παράγοντες, όπως όταν η εισβολή της κρίσης γίνεται προοδευτικά ή όταν ο πάσχων ζητά έγκαιρα και εκούσια βοήθεια. Αν όμως η οικογένεια εκφράσει πανικό εμπρός στην πρώτη παραληρητική ιδέα ή εκδήλωση παράξενης συμπεριφοράς, τότε μπορεί να δημιουργηθεί ένταση και σύγκρουση μεταξύ ασθενή και οικογένειας.

Η θεραπευτική ομάδα πρέπει να καταστείλει το άγχος της οικογένειας και να εναρμονίσει τα μέλη μεταξύ τους. Αν αυτή η τακτική αποτύχει τότε οι πιθανότητες να πάει ο ασθενής σε ίδρυμα αυξάνει.

Γ. Στην τρίτη ομάδα ασθενών ανήκουν ασθενείς που μπορούν να θεραπευτούν στο σπίτι και που αποτελούν αρρώστους μιας δύσκολης και εξειδικευμένης θεραπευτικής εμπειρίας. Πρόκειται για αρρώστους που η

ένδειξη εισαγωγής τους σε κλινική είναι απόλυτη, αλλά ουσιαστικά γίνεται μεταφορά της νοσηλείας οξέως περιστατικού στο σπίτι. Ο άρρωστος και η οικογένεια του αντιμετωπίζονται ως ένας παθολογικός αστερισμός και η βοήθεια προσφέρεται προς όλες τις κατευθύνσεις.<sup>5,2</sup>

## **11.2 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΟΤΙΚΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**

Ο νοσηλευτής ως αναγκαίο μέλος της ομάδας ψυχικής υγείας εργάζεται σε συγκεκριμένα αντικείμενα στους ακόλουθους τομείς :

1. Στην κλινική / φαρμακευτική αγωγή του αρρώστου και την παρακολούθησή του ως προς την κανονική λήψη των φαρμάκων και τις τυχόν παρενέργειες. Εδώ εντάσσεται και η συμμετοχή του στη συμμόρφωση του ασθενή στην αγωγή με τη μορφή τυποποιημένων τεχνικών παρέμβασης.
2. Στον τομέα της γενικότερης κλινικής παρακολούθησης της κατάστασης υγείας ενός ψυχικά αρρώστου, με την εγκατάσταση μιας θεραπευτικής συμμαχίας και την εκπαίδευση του σε θέματα πρόληψης υποτροπών και μείωσης του στρες.
3. Στην παρέμβαση στο άτομο και την οικογένεια όταν υπάρχει κρίση με στόχο τη λύση της και την τεχνική επίλυσης προβλημάτων.
4. Στην νοσηλευτική διεργασία-φροντίδα σε προγράμματα ημερήσιας φροντίδας που μπορεί να υπάρχει σε ένα κοινοτικό κέντρο ψυχικής υγιεινής.
5. Άσκηση συμβουλευτικής νοσηλευτικής ψυχικής υγείας στην κοινότητα.
6. Προστασία των ψυχικά ασθενών από τυχόν παραμέληση, εκμετάλλευση ή προσβολή της αξιοπρέπειας τους.<sup>2,9</sup>

Βασικές προϋποθέσεις για την αποτελεσματικότητα της εργασίας είναι:

- Να συμμερίζεται την κοινή ιδεολογία της ομάδας.
- Να κάνει καλή επαφή και θεραπευτική προσέγγιση.
- Να γνωρίζει καλή κλινική ψυχοπαθολογία-νοσολογία.
- Να μπορεί να συνεργάζεται με άλλους στον τομέα του ή στον ιατρικό τομέα.<sup>4,9</sup>

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12<sup>ο</sup>

### 12.1 Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΜΕ ΤΟΝ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΟ ΑΣΘΕΝΗ

Ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας σε οποιοδήποτε θεραπευτικό περιβάλλον προσφέρει τη νοσηλευτική φροντίδα, οφείλει να επικοινωνεί με τον ασθενή, να σφυγμομετρεί τις ανάγκες του και τις φοβίες του και να προσαρμόζει το πρόγραμμα φροντίδας στις ανάγκες αυτές.

Η επικοινωνία στη νοσηλευτική θεωρείται νοσηλευτική πράξη και δραστηριότητα εφόσον αποβλέπει στη διατήρηση, προαγωγή ή αποκατάσταση της υγείας του αρρώστου, της οικογένειας και γενικά της κοινωνίας.

Κατά την επικοινωνία με τον ασθενή ο νοσηλευτής πρέπει να θέσει σαφή και αδιαμφισβήτητα όρια ώστε να υπάρχουν θεραπευτικά αποτελέσματα και να μην γίνεται φλύαρη και άσκοπη δαπάνη δυνάμεων από τους δύο συνομιλητές. Η συζήτηση πρέπει να έχει ως αποτέλεσμα την κατανόηση της ψυχικής κατάστασης του ασθενή και να συμβάλει στην αντιμετώπιση του άγχους, της παλινδρόμησης, της επιθετικότητας ή της απελπισίας με κύριο σκοπό την προστασία του από σωματικό ή ψυχικό τραυματισμό.<sup>5</sup>

### 13.2 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΣΤΑΣΕΙΣ

Οι θεραπευτικές νοσηλευτικές στάσεις που μπορούν να φέρουν τα αποτελέσματα που προαναφέρθηκαν είναι :

- Η επιείκεια που εκδηλώνεται με την ελαστικότητα στον χειρισμό των δυσκολιών του ασθενή να προσαρμοστεί στο θεραπευτικό πρόγραμμα.

- Στην ενεργητική φιλικότητα όπου ο νοσηλευτής παίρνει την πρωτοβουλία και δείχνει ιδιαίτερο ενδιαφέρον και θαλπωρή στον ασθενή όταν τον χρειάζεται και χωρίς υπερβολές.
- Στην παθητική φιλικότητα όπου ο νοσηλευτής είναι διαθέσιμος για να βοηθήσει τον άρρωστο και διατηρεί επαφή μαζί του, αλλά δεν παίρνει την πρωτοβουλία να εκδηλώσει ιδιαίτερη προσοχή.
- Συναισθηματική ουδετερότητα όπου ο νοσηλευτής δεν αντιδρά ανοιχτά συναισθηματικά στις παρεκκλίσεις του ασθενή και αποφεύγεται ακόμα και η προσωπική του ενθάρρυνση. Συνήθως όλοι οι ασθενείς παρακολουθούνται με αξιοπρέπεια και ευγένεια.
- Η ευγενική σταθερότητα απαιτεί από το νοσηλευτή να μεταβιβάζει στον ασθενή το αίσθημα ασφάλειας, ότι γνωρίζει τι ακριβώς πρέπει να γίνει και ότι πρέπει να εφαρμοστούν αυτά που ζητάει. Ευγενική σταθερότητα χρειάζεται και όταν γίνεται εφαρμογή περιοριστικών μέτρων εφ' όσον το απαιτεί η κατάσταση του ασθενή.<sup>17,19</sup>

***Μερικές ακόμα θεραπευτικές στάσεις σε ειδικές περιπτώσεις είναι:***

- Όταν ο ασθενής προβάλλει αιτήματα τα οποία ικανοποιούνται , απορρίπτονται ή αποκατάσταση αυτού που ζητά.
- Όταν ο νοσηλευτής προβάλλει αιτήματα στον ασθενή .
- Σχετικά με προνόμια και περιορισμούς όπου ανάλογα με την ψυχική κατάσταση του ασθενή δίνονται προνόμια ως ανταμοιβή για κάποια βήματα προόδου και περιορισμοί όταν κινδυνεύει η σωματική ή ψυχική του ακεραιότητα.<sup>5</sup>

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 13<sup>ο</sup>

### 13.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ

#### ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

##### 13.1.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ

Η νοσηλευτική εκτίμηση είναι το πρώτο στάδιο της νοσηλευτικής διεργασίας. Παρακάτω ακλουθούν με σειρά τα βήματα που πραγματοποιούνται .

- 1) Στην έναρξη αυτού γίνεται η λήψη του νοσηλευτικού ιστορικού του ασθενή και συλλέγονται τα δεδομένα για τη γενικότερη κατάσταση του.

Παρακάτω αναφέρονται αναλυτικά τα στοιχεία που πρέπει να λαμβάνονται υπ' όψη κατά τη λήψη του ιστορικού:

- i. Γενετικοί και βιολογικοί παράγοντες κληρονομικότητας (οικογενειακό ιστορικό).
- ii. Στρεσογόνα γεγονότα κατά τη διάρκεια της ζωής του και πρόσφατη απώλεια
- iii. Αποτελέσματα απ' τα προκαθορισμένα εργαλεία εκτίμησης για την κατάθλιψη (π.χ. ψυχομετρικό εργαλείο αξιολόγησης της κατάθλιψης, η κλίμακα διαβάθμισης Hamilton, για την κατάθλιψη, γηριατρική διαβάθμιση της κατάθλιψης, ατομική διαβάθμιση της κατάθλιψης).
- iv. Ιατρικό ιστορικό.
- v. Ιστορικό σχετικά με τη μόρφωση και την εργασία.
- vi. Προηγούμενο καταθλιπτικό επεισόδιο ή καταθλιπτική συμπεριφορά.
- vii. Κατανάλωση ναρκωτικών ουσιών και αλκοόλ.

- 2) Σημειώνουμε τα χαρακτηριστικά του (συμπτώματα), τη γνωσιακή, τη συναισθηματική και συμπεριφοριστική απάντηση του ατόμου εξατομικευμένα με τη βοήθεια του προσχεδιασμένου ιστορικού για τις συναισθηματικές διαταραχές.
- 3) Εκτιμούμε τους αυτοκτονικούς παράγοντες κινδύνου και πιθανές αυτοκτονικές συμπεριφορές οι οποίες μπορούν να αποβούν θανατηφόρες:
  - i. Παρατηρούμε ποιοι είναι οι σκοποί και οι στόχοι του ασθενή (π.χ. για την ανακούφιση του από στρεσογόνες καταστάσεις που οφείλονται σε δύσκολα προβλήματα)
  - ii. Παρατηρούμε αν ο ασθενής έχει απαισιόδοξα σχέδια για το μέλλον, γεγονός που ενθαρρύνει και τον αυτοκτονικό σχεδιασμό του και στη συνέχεια προσπαθούμε να τα αποτρέψουμε.
  - iii. Εκτιμούμε την καταλληλότητα του υποστηρικτικού συστήματός του.
  - iv. Εκτιμούμε παρόντα στρεσογόνα γεγονότα, συμπεριλαμβάνεται η ύπαρξη άλλων ασθενειών (ψυχιατρικής και ιατρικής προέλευσης), πρόσφατες απώλειες, καθώς επίσης και ιστορικό κατάχρησης ουσιών
  - v. Εκτιμούμε την ψυχική κατάστασή του (επίπεδα άγχους, παρουσία διαταραχής της σκέψης, διάφορες διαταραχές της διάθεσης).
- 4) Εκτίμηση της οικογένειας ως υποστηρικτικό σύστημα. Επίσης εκτιμούμε τις γνώσεις της οικογένειας και του ίδιου του ατόμου σχετικά με τα ιδιαίτερα συμπτώματα των διαταραχών της διάθεσης, τις οδηγίες σχετικά με τη συστημένη θεραπεία, τα σημάδια της υποτροπής καθώς και γνώσεις σχετικά με την αυτοφροντίδα του ατόμου.



### 13.1.2 ΑΝΑΛΥΣΗ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

1. Αναλύουμε την επικρατέστερη διάθεση του ασθενή, τα επίπεδα άγχους, το βαθμό αυτοελέγχου και την βαρύτητα των συμπτωμάτων.

Καθορίζουμε την επικινδυνότητα για αυτοκτονία, κατανοούμε ότι ο ασθενής με κατάθλιψη είναι υψηλού κινδύνου.

2. Εφαρμόζουμε εξατομικευμένη νοσηλευτική διάγνωση για τα άτομα ή την οικογένεια με καταθλιπτική διαταραχή ή αυτοκτονική συμπεριφορά και ιεραρχούμε τα παρακάτω :
  - i. Άγχος
  - ii. Αντιμετώπιση αναποτελεσματικής οικογένειας : συμβιβαστική λύση
  - iii. Αντιμετώπιση, αναποτελεσματική προσωπικότητα του ατόμου.
  - iv. Αξιολόγηση της ανταπόκρισης της οικογένειας
  - v. Λύπη, δυσλειτουργία
  - vi. Έλλειψη ελπίδας
  - vii. Ελλειμματική γνώση.
  - viii. Διαταραχή στη διατροφή, κίνδυνος λήψης λιγότερης ποσότητας από την αναγκαία .
  - ix. Καταβολή δυνάμεων.
  - x. Έλλειψη αυτοεκτίμησης.
  - xi. Διαταραχή σεξουαλικής συμπεριφοράς.
  - xii. Διαταραχή του ύπνου .
  - xiii. Κοινωνική απομόνωση .
  - xiv. Πνευματικές ανησυχίες.
  - xv. Μειωμένη κριτική ικανότητα.
  - xvi. Κίνδυνος για άσκηση βίας και στον εαυτό του και στους άλλους.

## 13.2 ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΚΑΘΟΡΙΣΜΟΣ ΑΝΑΜΕΝΟΜΕΝΟΥ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ

Σ' αυτό το στάδιο προκαθορίζουμε τους στόχους για το αναμενόμενο αποτέλεσμα μαζί με τον ασθενή.

### 1. Καθορίζουμε τα κριτήρια για το επιθυμητό αποτέλεσμα :

- i) Ο ασθενής θα εκδηλώσει μείωση του άγχους.
- ii) Ο ασθενής είναι σε θέση να έχει υπό έλεγχο και να αντιμετωπίσει στρεσογόνα γεγονότα.
- iii) Ο ασθενής θα ξεπεράσει μια επίπονη διαδικασία εσωστρέφειας, εκφράζοντας τα συναισθήματά του στο υποστηρικτικό του περιβάλλον.
- iv) Ο ασθενής θα αποκαταστήσει τη διαταραχή του ύπνου και θα κοιμάται το λιγότερο 6-7 ώρες, χωρίς να διακόπτεται ο ύπνος.
- v) Ο ασθενής θα τρώει υγιεινά γεύματα ή τρεις φορές τη μέρα ή έξι φορές, αλλά μικρότερες μερίδες.
- vi) Ο ασθενής δε θα κάνει σκέψεις που δεν βασίζονται στην πραγματικότητα.
- vii) Ο ασθενής θα συμμετέχει σε κοινωνικές εκδηλώσεις, σε συζητήσεις και να νιώθει ότι ανήκει και αυτός σε κάποια ομάδα.
- viii) Ο ασθενής ανυπομονεί να συναντήσει τον ψυχοθεραπευτή και προγραμματίζουν μαζί την ώρα.
- ix) Ο ασθενής θα επαναλαμβάνει κάθε καλή πράξη που βοηθάει τον ίδιο ή και τους άλλους.
- x) Ο ασθενής θα έχει μια φυσιολογική σεξουαλική δραστηριότητα.

### 2. Καθορίζουμε τα κριτήρια για το επιθυμητό αποτέλεσμα στην οικογένεια που κάποιο μέλος πάσχει από κατάθλιψη:

- i) Η οικογένεια εκφράζει ενδιαφέρον για το πάσχον μέλος.
- Η οικογένεια έχει γνώσεις σχετικά με την κατάθλιψη, τη θεραπεία, τα σημάδια υποτροπής και την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων.

### 13.3 ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΛΑΝΟΥ

Αυτό είναι το στάδιο της νοσηλευτικής διεργασίας κατά το οποίο εφαρμόζεται στην πράξη το σχέδιο φροντίδας του ασθενούς, σε συνεργασία με τα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας.

#### **1. Για τον ασθενή με την καταθλιπτική συμπεριφορά εφαρμόζουμε τα παρακάτω:**

- i) Αποδεχόμαστε τον ασθενή σαν ολότητα, αποφεύγοντας κάθε πράξη μας που μπορεί να εκληφθεί απ' αυτόν ως απειλή.
- ii) Προάγουμε την επαρκή διατροφή του, συμπεριλαμβάνοντας στα γεύματα του ασθενή και τροφές της προτίμησής του.
- iii) Εφαρμόζουμε προληπτικά μέτρα για τις αυτοκτονικές τάσεις του ασθενή, αναλόγως με τις ήδη εκτιμημένες προθέσεις του.
- iv) Αποφεύγουμε την υπερβολική έκφραση χαράς ή συμπάθειας ή την έκφραση πολύ ρηχών αισθημάτων.
- v) Βοηθούμε τον ασθενή να δημιουργήσει ένα καθημερινό πρόγραμμα που θα συμπεριλαμβάνει και δραστηριότητες και ώρες ανάπαυσης.
- vi) Συμβάλουμε στην πρόοδο του ύπνου του δημιουργώντας ευχάριστες συνθήκες για την ώρα του ύπνου και την ανάπαυσή του (ώρες κοινής ησυχίας, μασάζ πριν κοιμηθεί, ήρεμη μουσική, χλιαρό ρόφημα όπως γάλα ή χαμομήλι).
- vii) Τον ενθαρρύνουμε να συμμετέχει σε κοινωνικές δραστηριότητες, προσφέροντάς του όση υποστήριξη χρειάζεται.
- viii) Βοηθάμε τον ασθενή να αναγνωρίσει τα συναισθήματά του και να αποβάλλει τις αρνητικές σκέψεις και αντιλήψεις σχετικά με τον εαυτό του.
- ix) Ενθαρρύνουμε τον ασθενή να θέτει εύκολους και προσιτούς στόχους, έτσι ώστε με την ελάχιστη βοήθειά μας να τους πετυχαίνει.
- x) Του κάνουμε ερωτήσεις ή του εκφράζουμε αμφιβολίες σχετικά με την αρνητική εικόνα που έχει για τον εαυτό του, την ελαττωμένη αυτοεκτίμηση.
- xi) Διευκολύνουμε τη βελτίωση της καταθλιπτικής πορείας του ασθενή, αποδεχόμενοι όλα τα συναισθήματα που εκφράζει.
- xii) Όταν ο ασθενής έχει παραισθήσεις χρησιμοποιούμε ενισχυτικές τεχνικές.
- xiii) Διαχειριζόμαστε σωστά τη φαρμακευτική αγωγή σύμφωνα με τις εργαστηριακές εξετάσεις έτσι, ώστε να είναι κατάλληλα τα επίπεδα του αίματος (για μια σταθερή και κατάλληλη αγωγή).

xiv) Παρακολουθούμε τον ασθενή τόσο για τα θεραπευτικά αποτελέσματα της φαρμακευτικής αγωγής, όσο και για τις επιπλοκές που μπορεί να προκαλέσουν.

xv) Διδάσκουμε τον ασθενή σχετικά με τη συναισθηματική διαταραχή του, τις οδηγίες όσον αφορά τη θεραπεία, τη φαρμακευτική αγωγή και τέλος για τον τελικό του στόχο που είναι ο αυτοέλεγχος.

xvi) Τον ενθαρρύνουμε ώστε να παίρνει μέρος και να συνεργάζεται και με τα άλλα μέλη της επιστημονικής ομάδας και να συμμετέχει σε άλλες ειδικές θεραπευτικές δραστηριότητες (τέχνες, μουσική, χορός), γιατί αυτό του δίνει την ευκαιρία να εκφράζει και μ' άλλους τρόπους τα συναισθήματά του.

xvii) Ενθαρρύνουμε τη συμμετοχή του σε ατομική αλλά και ομαδική ψυχοθεραπεία προκειμένου να συναναστρέφεται και με άλλα άτομα που πάσχουν απ' την καταθλιπτική διαταραχή.

## **2. Για τους ασθενείς με αυτοκτονική συμπεριφορά:**

i) Εγκαθιδρύουμε μια υποστηρικτική σχέση φιλίας μεταξύ του ασθενή με αυτοκτονική τάση και άλλων της ίδιας ομάδας, που όμως θέλουν να ζήσουν.

ii) Παρακολουθούμε στενά τον ασθενή, χρησιμοποιώντας το πρωτόκολλο βασικών προφυλάξεων.

iii) Ρωτούμε τον ασθενή να μας μιλήσει για την αυτοκτονία, συμπεριλαμβάνοντας ερωτήσεις σχετικά με τα ιδιαίτερα σχέδιά του και τα μέσα με τα οποία σκοπεύει να τα πραγματοποιήσει.

iv) Απομακρύνουμε επικίνδυνα και αιχμηρά αντικείμενα σύμφωνα με το πρωτόκολλο.

v) Ενθαρρύνουμε τον ασθενή να κουβεντιάσει για όσα τον αγχώνουν, για όσα τον πληγώνουν, για ότι του προκαλεί θυμό και ότι τον ενοχλεί.

vi) Ενθαρρύνουμε τον ασθενή να συμφωνήσει σε μια μη αυτοκαταστροφική συμπεριφορά μέσω της συμπεριφοριστικής προσέγγισης.

vii) Βοηθούμε τον ασθενή έτσι ώστε να βρει λύσεις στα προβλήματα που γι' αυτόν φαίνονται άλυτα.

## **Πρωτόκολλο βασικών προφυλάξεων στη φροντίδα αυτοκτονικού Αρρώστου**

1. Παραμονή του αρρώστου στο δωμάτιο με την πόρτα ανοιχτή, εκτός αν συνοδεύεται από μέλος του προσωπικού ή της οικογένειας. Ο άρρωστος μπορεί να χρησιμοποιεί την τουαλέτα μόνος του.

2. Έλεγχος των κινήσεων του αρρώστου κάθε 15'. Τσεκάρισμα κάθε ελέγχου ασφαλείας σε ειδικό δελτίο αναρτημένο στην πόρτα του αρρώστου.

3. Προσωπική παρατήρηση του αρρώστου όταν καταπίνει τα φάρμακά του.

4. Έρευνα στα ατομικά του πράγματα για πιθανή ύπαρξη βλαβερών αντικειμένων, επί παρουσία του και με τη βοήθεια του.
5. Έλεγχος των ειδών που φέρνουν οι επισκέπτες.
6. Άδεια να έχει ο άρρωστος κανονικό δίσκο φαγητού, αλλά έλεγχος κατά πόσο τα γυάλινα ή άλλα σκεύη λείπουν όταν επιστρέφεται ο δίσκος.
7. Χορήγηση άδειας να έρχονται επισκέπτες και να γίνονται τηλεφωνήματα, εκτός αν επιθυμεί διαφορετικά ο άρρωστος.
8. Το πρόγραμμα προφύλαξης μπορεί να αρχίσει χωρίς την ιατρική οδηγία αλλά η ζήτηση της συμβουλής του ψυχιάτρου πρέπει να γίνει το συντομότερο.
9. Τήρηση του πρωτοκόλλου μέχρι κατάργησης του από τον ψυχίατρο σε συνεργασία με τον υπεύθυνο νοσηλεύτη.  
Πληροφόρηση του αρρώστου για τους λόγους και τις λεπτομέρειες των προφυλακτικών μέτρων. Η εξήγηση αυτή πρέπει να δίδεται από τον νοσηλεύτη και του γιατρό και να τεκμηριώνεται στο ατομικό δελτίο του αρρώστου.

#### **13.4 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ**

Οι νοσηλευτές χρησιμοποιούν τα παρακάτω κριτήρια προκειμένου να αξιολογήσουν τα αποτελέσματα που είχε στον ασθενή η νοσηλευτική διεργασία.

1. Ο ασθενής εκφράζει ότι έχει μειωμένο άγχος και φυσιολογική, καλή διάθεση.
2. Ο ασθενής δεν έχει αυτοκαταστροφικές τάσεις και εκφράζει την επιθυμία του να ζήσει.
3. Ο ασθενής τρώει κάθε μέρα υγιεινά γεύματα και διατηρεί φυσιολογικό βάρος.
4. Ο ασθενής παρουσιάζει δείγματα φυσιολογικού ύπνου, καθώς στη διάρκεια της ημέρας έχει ικανοποιητική ενέργεια.
5. Ο ασθενής εκφράζει ότι μπορεί να τα βγάλει πέρα με τις τρέχουσες αλλαγές της ζωής και ότι είναι ικανός να βρίσκει κατάλληλους τρόπους για να τις αντιμετωπίσει.
6. Ο ασθενής παρουσιάζει για τον εαυτό του μια θετική εικόνα.
7. Ο ασθενής εκφράζει αισιοδοξία για το μέλλον.
8. Ο ασθενής εκφράζει ευχαρίστηση για το κοινωνικό σύνολο που είχε επίδραση πάνω του και αναγνωρίζει τα κατάλληλα γι' αυτόν υποστηρικτικά συστήματα.
9. Ο ασθενής εκδηλώνει δείγματα καθαρής σκέψης, χωρίς αποδεικτικά στοιχεία παραπλάνησης, υπερβολικά συναισθήματα ενοχής ή ιδέες φυγής.

10. Ο ασθενής και η οικογένειά του έχουν γνώσεις σχετικά με την καταθλιπτική διαταραχή, το πρόγραμμα θεραπείας του, τη φαρμακευτική αγωγή, και τα συμπτώματα που δείχνουν μια ανερχόμενη κρίση.

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Οι ψυχικές διαταραχές υπολογίζεται ότι αντιπροσωπεύουν το 12% του παγκόσμιου άχθους των ασθενειών. Εν' τούτοις όμως οι προϋπολογισμοί για την ψυχική υγεία στην πλειοψηφία των χωρών, αποτελούν λιγότερο από 1% των συνολικών δαπανών για την υγεία. Η σχέση μεταξύ των επιπτώσεων των ασθενειών και των δαπανών γι' αυτές είναι σαφώς δυσανάλογη. Περισσότερο από το 40% των χωρών δεν έχουν πολιτική για τη ψυχική υγεία και πάνω από το 30% δεν έχουν προγράμματα για την ψυχική υγεία. Πάνω από το 90% δεν έχουν πολιτική που να συμπεριλαμβάνει τα παιδιά και τους εφήβους. Επιπλέον, οι σχεδιασμοί στην υγεία συχνά δεν καλύπτουν τις ψυχικές και τις συμπεριφοριστικές διαταραχές στο ίδιο επίπεδο με τις άλλες ασθένειες, δημιουργώντας σημαντικές οικονομικές δυσκολίες στους ασθενείς και στις οικογένειές τους. Και έτσι η δυστυχία συνεχίζεται και η δυσκολίες μεγαλώνουν. (διεύθυνση ψυχικής υγείας, υπουργείο υγείας και πρόνοιας 2001)

Οι διαθέσιμοι οικονομικοί πόροι είναι ελάχιστοι. Παρ' όλα αυτά σε οποιοδήποτε περιβάλλον- ψυχιατρείο, ψυχιατρικό τομέα γενικού νοσοκομείου, κέντρα ψυχικής υγείας κ.α. όπου ολόκληρο το 24ωρο θεωρείται θεραπευτικός χρόνος για τους ασθενείς με ψυχικές διαταραχές, οι ρόλοι εργαζομένων και ασθενών, οι γραμμές επικοινωνίας, τα πρόσωπα με διοικητικές αρμοδιότητες, η ευθύνη λήψης αποφάσεων και τα προγράμματα νοσηλευτικής φροντίδας πρέπει να είναι σχεδιασμένα με σαφήνεια και να τα γνωρίζουν όλοι, προσωπικό και ασθενείς. Οι νοσηλευτές που εργάζονται εκεί είναι υπεύθυνοι να φροντίζουν, ώστε οι άρρωστοι να καταλαβαίνουν ότι συμβαίνει και γιατί συμβαίνει σε κάθε στιγμή και κάθε περίπτωση.

Ο καταθλιπτικός ασθενής είναι αυτός που ίσως δεν ωρίμασε ποτέ, αυτός που επέστρεψε στην ανωριμότητα ή και αυτός που η προχωρημένη ηλικία τον οδήγησε πιο πέρα από την ανωριμότητα. Ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας δεν θα πρέπει να ξεχνά ότι κατά την ψυχική νόσο δεν πάσχει ένα μέλος, αλλά νοσεί όλη η προσωπικότητα. Συνεπώς δεν πρέπει να προσεγγίζεται και να νοσηλεύεται απλά ως πάσχων από ορισμένη ασθένεια που χρειάζεται

θεραπεία, αλλά ως ανθρώπινη οντότητα που έχει ανάγκη κατανόησης και βοήθειας στο σύνολο της.

Παρά το γεγονός ότι ο καταθλιπτικός άρρωστος βλέπει μερικές φορές τον εαυτό του όχι σαν πρόσωπο, αλλά σαν απαλλοτριωμένο αντικείμενο μεταξύ άλλων αντικειμένων, ο νοσηλευτής τον θεωρεί ως ολόκληρο πρόσωπο που οσοδήποτε στερημένο δυνατοτήτων κι αν είναι, διατηρεί τον προσωπικό του χαρακτήρα. Βλέπει τον ασθενή σαν ολότητα και όχι σαν άθροισμα συμπτωμάτων διαταραγμένης συμπεριφοράς για παρατήρηση και αξιολόγηση, ούτε σαν αντικείμενο για ψυχομετρική βάσει θεωρητικών κριτήριων με υπολογιστικές τεχνικές.



## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

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

Η έγκαιρη διάγνωση μπορεί να ευνοήσει και τη αποτελεσματικότερη θεραπεία.

Οι διαταραχές της διάθεσης δεν είναι μόνο από τις πιο συχνές νόσους αλλά και από τις πιο σύνθετες. Ένα μεγάλο μέρος των ενδείξεων τονίζει συνεχώς το γεγονός ότι είναι πιο εύκολο να αντιμετωπιστούν τα αρχικά παρά τα επόμενα επεισόδια. Δυστυχώς η άρνηση, η απροθυμία κατανόησης της ανάγκης για βοήθεια αλλά και η πίεση που νιώθουν απ' τα μέλη της οικογένειας, κάνουν πιο δύσκολο να κατανοήσουν τη σοβαρότητα της κατάστασης και να πάρουν την κατάλληλη θεραπεία.

Η ενημέρωση του κοινού έχει μειώσει ως ένα βαθμό το στίγμα της θεραπείας για τις καταθλιπτικές διαταραχές, αλλά σίγουρα υπάρχουν πολλά περιθώρια βελτίωσης ακόμα και για το προσωπικό της πρωτοβάθμιας φροντίδας που καλείται σε πολλές περιπτώσεις να κάνει την πρωταρχική διάγνωση. Έτσι, η έρευνα σχετικά με τις στρατηγικές προσέγγισης των διαταραχών είναι εξίσου σημαντική με την έρευνα σχετικά με τη νέα θεραπευτική τεχνολογία.

## **SUMMARY**

After intense preoccupation with stress during the first half of the previous century, in the second half of it the intense preoccupation focus on depression. So the depression with a variety of symptoms appears to be ubiquitous, that is why nurses, doctors and relatives should be able to recognize patient's symptoms of the disorder. Timely diagnosis is able to encourage and have effective treatment. Mood's disorders is not only the most frequent but it is also of the most complicated. A lot of the evidence, points that it is easier to deal with initial stages than subsequent stages.

Unfortunately, the denial, the reluctance of the need for help, but also feels pressure from family members make it difficult to understand the seriousness of the situation and get an appropriate treatment.

Public awareness has reduced the stigma's extent of treatment for depressed disorders, but there are certainly many rooms for improvement, even and for staff in primary care who is required in many cases, to make the primary diagnosis. So research on the strategic approach of disorders is so important as research on new therapeutic technology.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. [www.rocknball.gr](http://www.rocknball.gr) 17.07.2011
2. [www.health.in.gr](http://www.health.in.gr) Βάρβογλη Λ. Ph. D. Ψυχολόγος-Ψυχοθεραπεύτρια, "ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ: Η Ψυχική Νόσος της Εποχής μας".17.07.2011
3. Χριστοδούλου Γ.Ν. "Κατάθλιψη", 1998, Αθήνα, Ιατρικές Εκδόσεις Μονοπρόσωπη ΒΗΤΑ, σελ.7-8 (κεφ. 2 - ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ, Επιδημιολογικά Στοιχεία).
4. [www.psynet.gr](http://www.psynet.gr) Παντζιάρας Γ. "Πληροφόρηση για την Ψυχική Υγεία", 27.8. 2011
5. Ραγιά Α., "Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας" 2005, Αθήνα, Παπανικολάου Α.Β.Ε.Ε., σελ. 316,317.
6. Παπαγεωργίου Ε. ( 2002) Ψυχιατρική. Αθήνα :Ζαχαροπούλου – Σιτάρας.
7. [www.inpsy.gr](http://www.inpsy.gr) Πολυζόπουλος Εμ., " Αιτιολογία των διαταραχών της διάθεσης".17.07.2011
8. [www.prosarmogi.gr](http://www.prosarmogi.gr) 18.07.2011
9. Αυγερίδης Κ. και συνεργάτες( 1998) Μονάδες κοινωνικής και επαγγελματικής αποκατάστασης ατόμων με ψυχιατρικές διαταραχές. Εγκέφαλος , 25 (1), σελ. 13-15
10. [www.psychognosia.blogspot.com](http://www.psychognosia.blogspot.com) "Τα Νέα", Τσουλέα Ρ. 17.08.11, "Καλπάζει η Κατάθλιψη".
11. [www.stress.gr/disorder](http://www.stress.gr/disorder) 27.08.2011
12. Αλεβαζόπουλος Γ.( 1991) Η βιολογική θεραπεία της κατάθλιψης, φαρμακολογική προσέγγιση. Τετράδια ψυχιατρικής 1 (1), σελ. 51
13. [www.relax-now.gr](http://www.relax-now.gr) Gatchel R., "Η Ταξινόμηση των Ψυχοφυσιολογικών Διαταραχών.20.08.2011
14. Μάνου Ν., "Βασικά Στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής", 1997, Θεσσαλονίκη, University Studio Press, σελ. 196 - 212.
15. Mood Disorders and Suicidal Behaviour, chapter 6, p. 106- 112
16. [www.psi-gr.tripod.com](http://www.psi-gr.tripod.com) Δασκαλόπουλος Θ., Ψυχίατρος "Κλινικές Μορφές κατάθλιψης", Copyright 2006-2007 20.08.2011
17. Ευθυμίου Κ., "Εφαρμογή της Συμπεριφοριστικής/Γνωσιακής Ψυχοθεραπείας στην Κατάθλιψη", Εκδόσεις Ινστιτούτου Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς, σελ. 1-16, 17-34.
18. [www.web-psycho](http://www.web-psycho) Νικολάκη Ε. 2006, 10/10 "Βιολογικές Θεραπείες για την Κατάθλιψη".17.07.2011
19. Kennedy H.S., "Αποτελεσματική Θεραπεία της Κατάθλιψης", μετ. Σαπουντζάκης \_ . 2005, Αθήνα, Εκδόσεις Βαγιονάκη, σελ. 9-17.
20. [www.mednutrition.gr](http://www.mednutrition.gr) Ίσαρη Γ., "Πώς Σχετίζεται η Κατάθλιψη με τη διατροφή", Ιανουάριος 2005.18.07.2011

21.Ulrich- Canale – Wendell ( 1994), Παθολογική - Χειρουργική Νοσηλευτική, σχεδιασμός νοσηλευτικής φροντίδας. Αθήνα: ιατρικές εκδόσεις Λαγός Π. Δημήτριος.