

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΩΝ

ΣΧΟΛΗ Σ.Ε.Υ.Π.  
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ: ΜΙΑ ΣΥΓΧΡΟΝΗ  
ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ.**

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΣΠΟΥΔΑΣΤΗ: ΚΡΕΜΜΥΔΑ ΟΛΓΑ

ΕΠΟΠΤΕΥΟΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΣΠΥΡΑΤΟΣ ΦΩΤΗΣ

ΠΑΤΡΑ 11-10-2012

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η παρακάτω πτυχιακή εργασία αναφέρεται στην κατάθλιψη και τις ψυχικές εκφάνσεις αυτής της «σύγχρονης» νόσου που μαστίζει την εποχή μας, καθώς και γενικότερα σ' όλο το πλαίσιο που την περιβάλλει βασιζόμενη κυρίως στα σύγχρονα δεδομένα που συλλέχτηκαν για την εκπόνησή της. Το θέμα της πτυχιακής αυτής εργασίας, εκτός από ενδιαφέρον αποδείχτηκε εξαιρετικά σύνθετο και πολυδιάστατο. Σκοπός της εργασίας αυτής είναι να παραθέσει όλες εκείνες τις πληροφορίες που θα μας κάνουν να κατανοήσουμε το τι ακριβώς είναι κατάθλιψη, από πού πηγάζουν τα αίτια εμφάνισης της καταθλιπτικής διαταραχής, ποια η συμπτωματολογία της, τι άλλοι κίνδυνοι ελλοχεύουν μέσα στην κατάθλιψη, πως θα τους αναγνωρίσουμε και παράλληλα το πώς θα τους αποτρέψουμε. Επίσης σκοπό της εργασίας αυτής αποτελεί η ανάδειξη του πόσο μεγάλο πλήθος καταστάσεων της καθημερινής μας ζωής συνδέονται με την εξάπλωση της νόσου αυτής. Στην συνέχεια αναφέρεται στις σύγχρονες μεθόδους θεραπείας οι οποίες δρουν είτε με βάση τις παλαιότερες μεθόδους είτε σε «συνεργασία» μ' αυτές και στηρίζονται κυρίως σε δύο δομικούς λίθους την φαρμακοθεραπεία και την ψυχοθεραπεία, δείχνοντάς μας παράλληλα ότι η κατάθλιψη είναι μια πολύπλοκη, ύπουλη και σοβαρή αλλά ιάσιμη ασθένεια. Το κλειδί για την θεραπεία είναι η σωστή και έγκαιρη διάγνωση από τους ειδικούς (ψυχιάτρους και κλινικούς ψυχολόγους) η οποία γίνεται μέσω συγκεκριμένων κριτηρίων, διαδικασιών και εξετάσεων. Παράλληλα με τα παραπάνω πολύ σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν και οι νοσηλευτές χάρη στην διαρκή φροντίδα που παρέχουν στους ψυχιατρικούς αυτούς ασθενείς και της συνεχόμενης επαφής μαζί τους, γεγονός το οποίο δημιουργεί μεταξύ τους έναν σημαντικό «δέσιμο» που λειτουργεί ως αρωγός στην σωστή θεραπευτική διαδικασία. Η κατάθλιψη λοιπόν ως ψυχική νόσος περικλείει ένα τεράστιο φάσμα υποκατηγοριών αυτής, το οποίο δεν έχει ακόμα εξερευνηθεί πλήρως ενώ συνεχώς προκύπτουν νέα δεδομένα και ανοίγονται νέοι ορίζοντες ως προς την διαχείριση αυτού του πολύ σημαντικού θέματος. Τέλος πρέπει να αναφερθεί ότι οι πληροφορίες που καταγράφονται σχετικά με το καθορισμένο θέμα, είναι αποτέλεσμα μελέτης τόσο ελληνικής όσο και ξενόγλωσσης βιβλιογραφίας σε βιβλιοθήκες του νομού.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η κατάθλιψη αποτελεί μία από τις σύγχρονες νόσους της εποχής μας η οποία δυστυχώς ταλανίζει πολύ μεγάλο ποσοστό ανθρώπων. Υπάρχει μεγάλο πλήθος αιτιολογικών παραγόντων και θεωριών σχετικά με την εμφάνιση κατάθλιψης σ' ένα άτομο, μερικά δείγματα των οποίων είναι οι ψυχοφυσιολογικές θεωρίες, οι ψυχαναλυτικές, η θεωρία οργάνωσης της προσωπικότητας, βιολογικοί παράγοντες, διαιτολογικοί παράγοντες, νευρολογικοί παράγοντες κ.α. Όσον αφορά τώρα τα συμπτώματα της κατάθλιψης αυτά χωρίζονται σε γενικά συμπτώματα και σε ειδικά- κατηγοριοποιημένα συμπτώματα. Τα κύρια όμως συμπτώματα είναι : κόπωση ή λήθαργος, αυτοκτονικές τάσεις, απώλεια ενδιαφέροντος και διασκέδασης, συναισθήματα ανεπάρκειας και μειωμένου αυτοσεβασμού, αδυναμία συγκίνησης, αναποφασιστικότητα, αίσθηση έλλειψης βοήθειας, ψυχοκινητική επιβράδυνση και τέλος διαταραχές στον ύπνο και το φαγητό. Οι Καταθλιπτικές Διαταραχές ταξινομούνται σύμφωνα με το DSM-IV και διακρίνονται σε Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή, Δυσθυμική Διαταραχή και στην Καταθλιπτική Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς. Επιμέρους τώρα κατηγορίες αποτελούν οι εξής: παιδική, εφηβική, επιλόχεια κατάθλιψη, υποστροφική κατάθλιψη, μείζονα κατάθλιψη, άτυπη κατάθλιψη, χρόνια κατάθλιψη, παραληρητική κατάθλιψη, εποχιακή κατάθλιψη, κατάθλιψη στις μεγαλύτερες ηλικίες και καταθλιπτική ψευδοάνοια. Οι καταθλιπτικές διαταραχές συγκαταλέγονται στις πιο βαρύνουσες και σημαντικές ασθένειες παγκοσμίως καθώς ίσως και στις πιο δαπανηρές καθώς μετά από έρευνες που έχουν γίνει έχει υπολογιστεί ότι η κατάθλιψη κοστίζει περίπου 43 δισεκατομμύρια δολάρια ετησίως, λαμβάνοντας υπόψη παράγοντες όπως, μέρες απουσίας από την εργασία, φάρμακα, νοσήλια καθώς και πρόωρους θανάτους.<sup>41</sup> Την διάγνωση της κατάθλιψης τώρα πραγματοποιούν οι ειδικοί (ψυχίατροι και κλινικοί ψυχολόγοι) εξετάζοντας τα "συμπτώματα" και τα "σημεία" που παρουσιάζει το άτομο. Όσον αφορά τώρα την θεραπεία της κατάθλιψης επιλέγονται ή εφαρμόζονται συνδυαστικά διάφορες ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις, όπως γνωστικές-συμπεριφορικές θεραπείες, ψυχοθεραπείες βάθους, θεραπείες συζήτησης, ανάλογα με τις ανάγκες του κάθε ασθενή. Η φαρμακοθεραπεία και ψυχοθεραπεία δεν συγκρούονται πια μεταξύ τους και από ανταγωνιστικές που υπήρξαν στο παρελθόν έχουν γίνει πλέον συνεργικές συμπληρώνοντας η μία την άλλη. Στην φαρμακοθεραπεία χρησιμοποιούνται κυρίως τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα τα οποία χωρίζονται σε : τρικυκλικά, μη τρικυκλικά, αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης (ΜΑΟΙ) και διεγερτικά. Μεγάλη όμως επανάσταση στις αντικαταθλιπτικές θεραπείες καθιστά η ανακάλυψη της αγομελατίνης. Πρόκειται για το πρώτο μελατονινεργικό αντικαταθλιπτικό για τη θεραπευτική αγωγή ενηλίκων ασθενών με μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια. Τέλος αξίζει να αναφερθούμε στην πολύ σημαντική συμβολή του νοσηλευτή καθώς και στην δημιουργία ενός προγράμματος προαγωγής της υγείας το οποίο θα λειτουργήσει ως πρόληψη. Ο νοσηλευτής λοιπόν αποτελεί το σπουδαιότερο υγιές πρόσωπο του νοσοκομειακού περιβάλλοντος για τον ασθενή και χάρη στην διαρκή του φροντίδα και επαφή με τους καταθλιπτικούς ασθενείς επιτυγχάνεται ένα πιο καλό και γρήγορο θεραπευτικό αποτέλεσμα.

## SUMMARY

Depression is one of the modern diseases of our time which unfortunately afflicts a large proportion of people. There is a large number of causative factors and theories about the development of depression in a person, some examples of which are the psychophysiological theories, psychoanalytic, theory of personality organization, biological factors, nutritional factors, neurological factors etc. As far as the symptoms of depression are divided into general and specific-categorized symptoms. But the main symptoms are: fatigue or lethargy, suicidal tendencies, loss of interest and enjoyment, feelings of inadequacy and reduced self-esteem, inability to emotion, indecision, lack of sensation assistance, psychomotor slowing and finally sleeping disorders and eating. Depressive disorders are classified according to DSM-IV and subdivided into major depressive disorder, dysthymic disorder and in Depressive Disorder Not Otherwise Identified. Sub-categories are now the following: child, adolescent, postpartum depression, ypostrofiki depression, major depression, atypical depression, chronic depression, delusional depression, seasonal depression, depression in later life and depressive psefdoanoia. Depressive disorders are among the most weighty and important diseases worldwide and also perhaps the most expensive and after research done has been estimated that depression costs about \$ 43 billion annually, taking into account factors such as days of absence from work, medication, medical expenses and premature deaths. The diagnosis of depression is now performed by specialists (psychiatrists and clinical psychologists) addressing the "symptoms" and "signs" that the person shows. As far as the treatment of depression in combination selected or applied various psychotherapeutic approaches such as cognitive-behavioral therapy, psychotherapy depth talk therapy, depending on the needs of each patient. The pharmacotherapy and psychotherapy no longer collide with each other and from competitive that were in the past have now become synergistic complementing one another. In pharmacotherapy mainly used antidepressants which are divided into: tricyclics, non tricyclics, monoamine oxidase inhibitors (MAOIs) and stimulants. But great revolution in antidepressant therapies makes the discovery of agomelatine. This is the first melatoninergiko antidepressant for the treatment of adult patients with major depression. Finally it is worth mentioning the very important contribution of the nurse and the creation of a mental- health improvement system that will act preventively. The nurse is the healthier and foremost the most important person in hospital environment, for the patients and thanks to his continuous care and contact with depressed patients a better and faster therapeutic result is being accomplished.

# **ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ**

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	2
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	3
SUMMARY	4

## **ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

ΕΙΣΑΓΩΓΗ	9
----------	---

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>**

<b>ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ</b>	11
--	----

1.1 Η ΘΕΩΡΙΑ ΤΟΥ FREUD ΚΑΙ ΤΗΣ MELANIE KLEIN	11
--	----

1.2 ΔΙΑΛΟΓΙΣΜΟΙ ΠΟΥ ΟΔΗΓΟΥΝ ΣΕ ΕΠΙΔΕΙΝΩΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ	14
--	----

1.3 ΠΟΛΥΠΑΡΑΓΟΝΤΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ	15
--	----

1.4 ΚΥΡΙΕΣ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ	17
---------------------------------	----

1.5 ΑΛΛΟΙ ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	19
------------------------------------	----

1.6 ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΙΔΕΟΛΗΨΙΕΣ ΚΑΙ ΠΩΣ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	20
---	----

1.7 ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΜΥΘΟΙ ΚΑΙ ΑΛΗΘΕΙΕΣ	22
----------------------------------	----

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>**

<b>ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ</b>	23
----------------------------------	----

2.1 ΓΕΝΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	23
-----------------------	----

2.2 ΕΙΔΙΚΑ- ΚΑΤΗΓΟΡΙΟΠΟΙΗΜΕΝΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	23
--	----

2.3 ΤΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΤΟΥ ΡΕΗΜ	27
2.4 ΣΩΜΑΤΙΚΑ ΕΝΟΧΛΗΜΑΤΑ	28
2.5 ΣΗΜΕΙΑ ΚΑΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ	29

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>**

<b>ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΩΝ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ</b>	32
3.1 ΜΕΙΖΩΝ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ	32
3.2 ΔΥΣΘΥΜΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ	36
3.3 ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΜΗ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΖΟΜΕΝΗ ΑΛΛΙΩΣ	38
3.4 ΕΠΙΜΕΡΟΥΣ ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ	39
3.5 ΠΑΛΙΟΤΕΡΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗΣ	42
3.6 ΣΥΓΧΡΟΝΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗΣ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ	44

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup>**

<b>ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ</b>	47
4.1 Η ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ	47
4.2 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΔΟΚΙΜΑΣΙΕΣ Η΄ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ	47
4.3 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ	48
4.4 Η ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΥΣ	49

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup>**

<b>ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ</b>	50
5.1 ΤΑ ΣΤΑΔΙΑ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	50
5.2 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΕΠΕΙΓΟΥΣΩΝ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΩΝ	51

5.3 ΑΝΤΙΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ	52
5.4 ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	54
5.5 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΠΑΙΔΙΩΝ ΚΑΙ ΕΦΗΒΩΝ	55
5.6 ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΟΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΙ ΜΕΘΟΔΟΙ	56
5.7 ΑΓΟΜΕΛΑΤΙΝΗ: Η ΠΙΟ ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	59
5.8 Η ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΕΙΝΑΙ ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΥΠΟΘΕΣΗ	61

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6<sup>ο</sup>**

<b>Η ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΩΣ ΚΟΙΝΟ ΣΗΜΕΙΟ ΑΝΑΦΟΡΑΣ</b>	63
6.1 ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	63
6.2 ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΑΓΧΟΣ	65
6.3 ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ	65
6.4 ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ	66
6.5 ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ	67
6.6 ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ	68
6.7 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ	69

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7<sup>ο</sup>**

<b>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΟΥ -ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ (ΠΡΟΛΗΨΗ)</b>	71
7.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΟΥ	71
7.2 ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ	75
7.3 ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ	76

7.4 ΤΙ ΣΗΜΑΙΝΕΙ ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ (ΟΡΙΣΜΟΣ)	76
7.5 ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ	77
7.6 ΜΙΚΡΟΣ- ΧΡΗΣΙΜΟΣ ΟΔΗΓΟΣ	78
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	82



## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Περιγραφές σχετικά με την κατάθλιψη υπάρχουν από τότε που άρχισε να καταγράφεται η ανθρώπινη ιστορία. Ο Ιπποκράτης την ονόμασε μελαγχολία διότι πίστευε ότι την προκαλούσε η επίδραση της «μαύρης χολής» στο μυαλό. Ο όρος κατάθλιψη έχει πολύπλευρη σημασιολογία. Διαφορετικά χρησιμοποιείται στην καθημερινότητα ενός ατόμου και διαφορετικά όταν τον χρησιμοποιούμε για να περιγράψουμε το κλινικό σύνδρομο της κατάθλιψης. Ως κατάθλιψη όμως ορίζεται ο διάχυτος συναισθηματικός τόνος ο οποίος επηρεάζει βαθιά τη γενική θεώρηση του ατόμου για τον κόσμο καθώς και την αντίληψη για τον εαυτό του, τους άλλους και το περιβάλλον του. Οι διαταραχές της διάθεσης είναι συχνές, δυνητικά θανατηφόρες αλλά και θεραπεύσιμες και χαρακτηρίζονται από το γεγονός ότι οι ασθενείς έχουν παθολογικά καταθλιπτική ή ανεβασμένη διάθεση (Χριστοδούλου και συν., 2000). Από ψυχαναλυτικής άποψης, η κατάθλιψη είναι το αποτέλεσμα της ενδοψυχικής σύγκρουσης που πηγάζει από τις δυσκολίες του Εγώ στη διαχείριση των επιθετικών ενορμήσεων που βιώνονται σαν ιδιαίτερα επικίνδυνες για τη διατήρηση των αντικειμένων που επενδύονται, κατέχονται «κάθεξις», με λιμπιντική ενέργεια. Αυτές οι επιθετικές ορμές στρέφονται ενάντια στο Υποκείμενο δια μέσω του Υπερεγώ, το οποίο σκληραίνει και απαιτεί. Τα αισθήματα θλίψης που μπορεί να νιώθει το άτομο μετά από το θάνατο κάποιου αγαπημένου προσώπου ή μετά την απώλεια της εργασίας του, είναι φυσιολογικές αντιδράσεις και δεν υποδηλώνουν την ύπαρξη καταθλιπτικής διαταραχής. Οι αντιδράσεις αυτές λοιπόν δεν διαρκούν πολύ και συνήθως δεν επηρεάζουν την γενική λειτουργικότητα και δραστηριότητα του ατόμου, μεταβάλλονται εύκολα τροποποιούνται και συχνά αυτοπεριορίζονται. Ο διαχωρισμός της κατάθλιψης ως αντίδραση σ' ένα γεγονός από την κατάθλιψη που αγγίζει τα όρια της ψυχοπαθολογίας δεν είναι εύκολη υπόθεση. Όσο πιο έντονη και παρατεταμένη είναι η καταθλιπτική διάθεση και τα συμπτώματα τα οποία παρουσιάζει, τόσο μεγαλύτερη έκπτωση επιφέρει στη λειτουργικότητα του ατόμου. Όσο περισσότερες αυτοκτονικές τάσεις και σκέψεις υπάρχουν τόσο η κατάσταση τείνει να είναι παθολογική. Η κατάθλιψη ανήκει στην κατηγορία των «διαταραχών διάθεσης» ή συναισθηματικών διαταραχών, στις οποίες παρότι συνυπάρχουν διαταραχές στη σκέψη, τη συγκέντρωση, τη προσοχή και την αντίληψη, η διαταραχή του συναισθήματος κατέχει τον πρωταρχικό ρόλο. Στο τυπικό καταθλιπτικό επεισόδιο το άτομο υποφέρει από πτώση της διάθεσης, μείωση της ενεργητικότητας και ελάττωση της δραστηριότητας. Η ικανότητα για απόλαυση, ενδιαφέροντα και συγκέντρωση μειώνονται με συνάμα διαταραγμένο ύπνο και μειωμένη όρεξη. Συνήθως είναι επίσης η έντονη κόπωση μετά από ελάχιστη προσπάθεια. Η αυτοεκτίμηση και η αυτοπεποίθηση είναι συνήθως χαμηλές, ενώ ενοχικές και απαξιωτικές ιδέες κάνουν αισθητή την παρουσία τους. Η κατάθλιψη μπορεί να διαχωριστεί σε : α) μείζονα κατάθλιψη, β) ήπια κατάθλιψη, γ) δυσθυμική διαταραχή και διαφέρουν ως προς το εύρος, την ένταση των συμπτωμάτων και τη χρονική τους διάρκεια.

Πώς βιώνει το χρόνο του ο καταθλιπτικός κατά τον Γάλλο Ψυχίατρο MINKOWSKI.

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

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

Στην περίπτωση MINKOWSKI αναφέρεται:

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

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

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

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>

### ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

#### 1.1 Η ΘΕΩΡΙΑ ΤΟΥ FREUD ΚΑΙ ΤΗΣ MELANIE KLEIN

##### 1.1.1 Η θεωρία του Freud

Από ψυχαναλυτικής άποψης, η κατάθλιψη είναι το αποτέλεσμα της ενδοψυχικής σύγκρουσης που πηγάζει από τις δυσκολίες του Εγώ στη διαχείριση των επιθετικών ενορμήσεων που βιώνονται σαν ιδιαίτερα επικίνδυνες για τη διατήρηση των αντικειμένων που επενδύονται, κατέχονται «κάθεξιν», με λιμπιντική ενέργεια. Αυτές οι επιθετικές ορμές στρέφονται ενάντια στο Υποκείμενο δια μέσω του Υπερεγώ, το οποίο σκληραίνει και απαιτεί. Εκτός από την κατάθλιψη σαν τυπική καταθλιπτική διαταραχή, τα καταθλιπτικά συμπτώματα είναι συχνά και σε άλλες κλινικές οντότητες όπου οι συγκρούσεις είναι ουσιαστικά ενδοψυχικές, όπως στις νευρώσεις (με την παλαιότερη κλασική ονομασία). Ο Freud είχε δώσει έμφαση στο ναρκισσισμό της καταθλιπτικής προσωπικότητας. Η μεγαλοφυής ιδέα του Freud ήταν να παρατηρήσει τους ψυχολογικούς μηχανισμούς ανάμεσα: στην φυσιολογική θλίψη των μη καταθλιπτικών ανθρώπων και στην κατάθλιψη των καταθλιπτικών, μελαγχολικών ασθενών. Κατέληξε στο συμπέρασμα ότι υπάρχει ένας σημαντικός ναρκισσισμός στους μελαγχολικούς ασθενείς, ο οποίος δεν επιτρέπει την εκτόνωση της θλίψης με την πάροδο του χρόνου όπως συμβαίνει στους φυσιολογικούς μη μελαγχολικούς ανθρώπους. Ο ναρκισσισμός του καταθλιπτικού ασθενούς, δεν δέχεται τις εμπειρίες απώλειας και προκαλεί αμυντικά την συμβολική στοματική ενσωμάτωση του απολεσθέντος αντικειμένου μέσα στο Εγώ, όπου όμως αρχίζει να του επιτίθεται το Υπερεγώ. Αντίθετα, ο θλιμμένος φυσιολογικός άνθρωπος, αντιμετωπίζει την επώδυνη απώλεια του αντικειμένου, μετατοπίζοντας την λιμπιντική του επένδυση σε άλλα αντικείμενα του εξωτερικού κόσμου. Ωστόσο πρέπει να πούμε πως ο Freud δεν εξήγησε ποτέ τις παραλλαγές των ψυχολογικών μηχανισμών που προκαλούν τις διαβαθμίσεις του συναισθήματος του μελαγχολικού ασθενούς όπως τις παρατηρούμε στην καθημερινή κλινική μορφή τους. Οι ενδοψυχικές συγκρούσεις χαρακτηρίζονται από αμφιθυμία των ενορμήσεων. Την έκταση και το μέγεθος αυτής της αμφιθυμίας, περιέγραψε πρώτος στην ιστορία της ψυχανάλυσης, ο Karl Abraham (1912- 1989). Δεδομένης της ιδιαίτερης σημασίας των στοματικών καθηλώσεων στους καταθλιπτικούς ασθενείς, ο Abraham περιέγραψε με ενάργεια την προ-γεννητήσια θεμελίωση αυτής της αμφιθυμίας καθώς και τις συνέπειες στην μεταγενέστερη εκδήλωση της κατάθλιψης.

##### 1.1.2 Η θεωρία της Melanie Klein

Η Melanie Klein (1940) ανέπτυξε περισσότερο τη σύγκριση ανάμεσα στο πένθος (θλίψη) και την μελαγχολία, (πού όπως είδαμε αλλού πρώτος ανάλυσε ο Freud), στην μελέτη της κατάθλιψης. Για την Klein, η ικανότητα κάποιου να ξεπεράσει μέσω του πένθους την κατάθλιψη, θα εξαρτηθεί από τη δυνατότητα επίλυσης της επανενεργοποίησης της σύγκρουσης της καταθλιπτικής θέσης που προκαλεί η ίδια η σύγκρουση, δηλαδή το συναίσθημα της απώλειας των καλών, λιμπιντικά, «ερωτικά» επενδυμένων εσωτερικών αντικειμένων. Η Klein, όπως και ο Freud, είναι ανακριβής σχετικά με τις διαφορετικές

προβληματικές της κατάθλιψης. Εντούτοις, η κλινική ανάλυση παρουσιάζει μια σειρά επιπέδων δριμύτητας σε αυτήν την προβληματική, μεταξύ της απεμπλοκής από τη διαδικασία πένθους (ή κατά τη διάρκεια της ολοκλήρωσης της καταθλιπτικής θέσης) και της μέγιστης αιχμής αυτής της διαδικασίας, πού η Klein περιέγραψε σαν «melancholia in statu nascendi» (μελαγχολία σε πρωταρχική μορφή). Αυτές οι καταθλιπτικές μορφές σύγκρουσης μπορούν να καθοριστούν από την αναφορά στην κυρίαρχη μορφή των φαντασιών που εκφράζουν τις εμπειρίες απώλειας του αντικειμένου που κατέχεται λιμπιντικά (libidinal cathexis), και από την ποιότητα των τύπων του άγχους που βιώνονται από το Εγώ. Όταν υπερισχύουν οι φαντασίες της ανεπανόρθωτης καταστροφής του αντικειμένου, δεδομένου ότι ο ασθενής έχει πολύ λίγη εμπιστοσύνη στις λιμπιντικές του ικανότητες, τα συναισθήματα της ενοχής γίνονται ανυπόφορα και τα συναισθήματα θλίψης απωθούνται μαζικά. Το εγώ τότε μπορεί μόνο να καταφύγει ή σε αρχαϊκούς μηχανισμούς άμυνας: διαχωρισμός, άρνηση, προβολική ταυτοποίηση, εξιδανίκευση, κ.λπ. - μηχανισμοί χαρακτηριστικοί της σχιζο-παρανοϊκής λειτουργίας, ή στη δυναμική της ακραίας μελαγχολίας, με σύγκρουση μεταξύ του Εγώ και του αντικειμένου που επιτίθεται (η παραληρητική καταθλιπτική σύγκρουση που χαρακτηρίζει την μεθοριακή διαταραχή ή τις ψυχωτικές δομές). Όταν υπερισχύουν οι φαντασίες της σοβαρής και δύσκολα επανορθώσιμης ζημιάς ή ο θάνατος των αντικειμένων, το εγώ θα έρθει αντιμέτωπο με έντονα συναισθήματα ενοχής και θλίψης. Η σημαντική καταστολή των επιθετικών ορμών προς το αντικείμενο (μια επιθετικότητα που ενισχύει τη αυστηρότητα του Υπερεγώ) θα καταστήσουν πιθανή την μερική αμφισβήτηση των αρνητικών αποτελεσμάτων. Το εγώ θα πετύχει να κρατήσει εσωτερική τη σύγκρουση αλλά με το κόστος των διαφορετικών αναστολών στις λειτουργίες του Εγώ. Έτσι, οι συμβολικές δυνατότητες του ασθενούς είναι περιορισμένες, αλλά δεν επηρεάζονται ποιοτικά. Αυτή η πολύ στενή μορφή καταστολής είναι συχνά ανεπαρκής, και το εγώ πρέπει επίσης να προσφύγει στις μανιακές άμυνες ή σε άμυνες μελαγχολικού τύπου, οι οποίες καθορίζουν έπειτα τις κλινικές εκδηλώσεις των διαταραχών της διάθεσης. Όταν υπερισχύουν οι φαντασίες συναισθημάτων εγκατάλειψης και απόρριψης, δηλαδή όταν η εμπειρία της απώλειας είναι επάνω από όλες τις φαντασίες όπως η απώλεια της αγάπης του αντικειμένου, η καταθλιπτική σύγκρουση θα λάβει μια παρα-νευρωτική μορφή. Τα συναισθήματα της θλίψης είναι συχνά συνειδητά, γιατί η ενοχή είναι λιγότερη και μπορεί εξίσου εύκολα να γίνει συνειδητή. Η μεγαλύτερη εμπιστοσύνη του εγώ στις λιμπιντικές του ικανότητες, δίνει σε αυτά τα άτομα μια αφθονία φαντασιών επιδιόρθωσης που θα αντιδράσει στη ζημιά που γίνεται στο χαμένο αντικείμενο, ζημιά που φαντασιώνεται ως αποτέλεσμα της επιθετικότητάς τους. Αυτές οι φαντασίες κρύβονται κάτω από πολλούς νευρωτικούς μηχανισμούς άμυνας, ειδικά εκείνους του ιδεοψυχαναγκαστικού τύπου, παραδείγματος χάριν αναδρομική ακύρωση, σχηματισμός αντίδρασης, κ.λπ. Κάτω από την επιρροή τους, η καταστολή επιτρέπει μια μεγαλύτερη δυνατότητα συμβολικής έκφρασης, η οποία διακρίνει τη νευρωτική καταστολή από την ογκώδη καταστολή του καταθλιπτικού τύπου. Μια τέτοια λιμπιντική υπεροχή αλλάζει την φύση αυτού που καταστέλλεται, γιατί η αντίθετη κάθεξη δεν λειτουργεί μόνο στην επιθετικότητα, αλλά και στις λιμπιντικές φαντασίες αιμομικτικής φύσης. Αυτό συμβάλλει στη σεξουαλική διαφοροποίηση των γονικών αντικειμένων, φέρνοντας σε λειτουργία τη σύγκρουση που προκαλείται από την τριγωνοποίηση και το σύμπλεγμα του Οιδίποδα. Πριν όμως συνεχίσουμε παρακάτω θα πρέπει να δούμε τι τελικά είναι η κατάθλιψη με απλά τώρα λόγια.

### 1.1.3 Τι είναι η κατάθλιψη με απλά λόγια

Κατάθλιψη είναι η συναισθηματική κατάσταση έντονης και επίμονης θλίψης. Μπορεί να κυμαίνεται από ήπια θλίψη ως εξαιρετική απελπισία, ένα από τα πλέον συνηθισμένα προβλήματα ψυχικής υγείας. Η κατάθλιψη είναι η συχνότερη ψυχική διαταραχή. Εκατομμύρια άνθρωποι σε όλο τον κόσμο νοσούν απ' αυτήν. Σύμφωνα με εκτιμήσεις του ΠΟΥ το έτος 2020 θα αποτελεί παγκοσμίως τη δεύτερη σε συχνότητα αιτία θανάτου και αναπηρίας. Ο όρος κατάθλιψη στην ψυχιατρική υποδηλώνει μια διαταραχή η οποία έχει ένα συνδυασμό συμπτωμάτων. Ένα από τα χαρακτηριστικά της κατάθλιψης είναι η άσχημη διάθεση γι' αυτό και ονομάστηκε έτσι, δεν είναι όμως το μοναδικό, ενώ μερικές φορές μπορεί και να απουσιάζει. Για καταθλιπτική διάθεση μιλάμε όταν το άτομο κατακλύζεται από συναισθήματα έντονης στεναχώριας ή απελπισίας, τα οποία το εμποδίζουν ακόμη και στις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής. Τομείς όπως η εργασιακή απόδοση η όρεξη για φαγητό ακόμη και ο ύπνος επηρεάζονται από τη διάθεσή μας. Τα άτομα που εμφανίζουν καταθλιπτική διάθεση συνήθως νιώθουν ανήμπορα και απελπισμένα και συχνά κατηγορούν τον εαυτό τους για τα συναισθήματα αυτά. Η κατάθλιψη όμως δεν επηρεάζει μόνο τα συναισθήματά μας, αλλά και τη σκέψη μας, την ενεργητικότητά μας, τη συγκέντρωση της προσοχής μας, ακόμη και την ερωτική μας διάθεση. Είναι σαν το μυαλό μας να μας λέει "ότι κι αν προσπαθήσεις να κάνεις δε θα τα καταφέρεις, οπότε μην το διακινδυνεύεις". Είναι μία συναισθηματική κατάσταση που μας κάνει να σκεπτόμαστε με αρνητικό τρόπο για τον εαυτό μας, τον κόσμο και το μέλλον και με αυτόν τον τρόπο επηρεάζει κάθε όψη της λειτουργικότητάς μας, μας δημιουργεί έντονα αρνητικά συναισθήματα, μειώνει το ενδιαφέρον μας, αλλά και την απόλαυση που αντλούμε από πράγματα που προηγουμένως μας ήταν ευχάριστα, επηρεάζει τις κοινωνικές μας σχέσεις κλπ. Ως συναισθηματική κατάσταση δεν έχει μόνιμο χαρακτήρα, αλλά απλώς εκφράζει τον τρόπο που λειτουργούμε ψυχικά μία ορισμένη περίοδο της ζωής μας. Εξαιτίας της καταθλιπτικής διάθεσης είναι δυνατόν να εκδηλωθούν σωματικά προβλήματα, προβλήματα στις κοινωνικές σχέσεις, αδυναμία συγκέντρωσης και προσοχής, έντονα συναισθήματα θλίψης και αδιεξόδου κλπ., ενώ η εικόνα του ατόμου για τον εαυτό του είναι πολύ αρνητική. Πολλές φορές οι άνθρωποι με καταθλιπτική διάθεση αισθάνονται ότι το μυαλό τους, το σώμα τους ή το περιβάλλον τους έχουν αλλάξει ποιοτικά, με αποτέλεσμα να νιώθουν ότι δεν είναι πραγματικά. Τα άτομα αυτά είναι δυνατόν να αισθάνονται ότι το μυαλό τους δε λειτουργεί, ότι η συμπεριφορά τους δεν καθορίζεται απολύτως από τα ίδια, ότι το σώμα τους δείχνει χωρίς ζωή ή ότι το περιβάλλον τους, τα τις εμπειρίες τους ή τα συναισθήματά τους σαν να μην είναι δικά τους. Κατά τη διάρκεια ενός τέτοιου επεισοδίου νιώθουμε ότι κουραζόμαστε εύκολα, δεν κοιμόμαστε καλά, χάνουμε το ενδιαφέρον μας για πράγματα που προηγουμένως μας προκαλούσαν ευχαρίστηση και γενικώς νιώθουμε απελπισμένοι. Η σκέψη μας κυριαρχείται από αρνητικές σκέψεις και ερμηνείες. Οι σκέψεις που κάνουμε για τον εαυτό μας, τον κόσμο και το μέλλον επηρεάζονται: ο εαυτός μας φαίνεται κατώτερος, κακός ή άχρηστος, το μέλλον σκοτεινό και ο κόσμος μία πηγή απογοητεύσεων και ματαιώσεων. Η διάθεση μας επηρεάζεται από τις σκέψεις αυτές. Δεν μπορούμε να είμαστε απογοητευμένοι από τον εαυτό μας και παράλληλα να έχουμε καλή διάθεση και να είμαστε γεμάτοι αισιοδοξία. Οι αρνητικές αυτές σκέψεις λειτουργούν στο περιθώριο της συνείδησής μας ως μία συνεχής μορφή εσωτερικού διαλόγου.

Εάν οι σκέψεις που ευθύνονται για την κακή μας διάθεση εντοπιστούν και τροποποιηθούν, αρχίζει να αλλάζει και η ψυχολογική κατάσταση που συντηρείται από αυτές.

## **1.2 ΔΙΑΛΟΓΙΣΜΟΙ ΠΟΥ ΟΔΗΓΟΥΝ ΣΕ ΕΠΙΛΕΙΩΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ**

### *Η υπεραπλούστευση*

Στο άτομο που έχει προδιάθεση για κατάθλιψη, παρατηρείται συχνά το φαινόμενο της υπεραπλούστευσης. Βασικά στον εν λόγω διαλογισμό, το άτομο θεωρεί ότι εάν κάτι κακό του συμβεί, αυτό θα συμβεί ξανά και ξανά.

### *Το νοητικό φίλτρο*

Στο μηχανισμό αυτό, το άτομο συνειδητά ή ασυνείδητα, βλέπει σε οτιδήποτε συμβαίνει πολύ περισσότερο τα κακά παρά τα καλά. Για παράδειγμα ενώ μπορεί να έχει πετύχει κάτι ουσιαστικό και σημαντικό, δεν απολαμβάνει τους καρπούς των κόπων και της επιτυχίας του αλλά παραμένει και ενδιατρίβει σε προβλήματα μικρότερης σημασίας που συνόδεψαν την επίτευξη του στόχου του.

### *Ολα ή τίποτα*

Στο τρόπο αυτό της σκέψης, το άτομο θεωρεί οποιαδήποτε αντιξοότητα, ή πισωγύρισμα ως προσωπική αποτυχία. Ακόμη και ένα μικρό λάθος, λαμβάνει πολύ μεγαλύτερες διαστάσεις από το πραγματικό του εκτόπισμα. Το αποτέλεσμα μπορεί να είναι η τάση για τελειοθηρία η οποία συχνά γίνεται αντιπαραγωγική δημιουργώντας περισσότερες αρνητικές σκέψεις που οδηγούν στην κατάθλιψη.

### *Βιαστικά συμπεράσματα*

Στο άτομο με αρνητικές σκέψεις και προδιάθεση για κατάθλιψη, οτιδήποτε είναι λόγος πρόβλεψης προβλημάτων και αρνητικών εξελίξεων. Αλλαγές ή συμπεριφορές σε άτομα του περιβάλλοντος που μπορεί να είναι συνήθειες, εκλαμβάνονται ως αλλαγές προς το πρόσωπο τους με αποτέλεσμα βιαστικά και άδικα να νομίζουν ότι κάτι κακό συμβαίνει που έχει σχέση μαζί τους.

### *Λήψη προσωπικής ευθύνης*

Το άτομο που εγκλωβίζεται στο φαύλο κύκλο των καταθλιπτικών σκέψεων, για οτιδήποτε πάει στραβά, αναλαμβάνει την ευθύνη. Το αίσθημα αυτό της ενοχής, εκδηλώνεται ακόμη και όταν το άτομο δεν έχει κάνει λάθος.

### *Μείωση των θετικών*

Στο διαλογισμό αυτό, υπάρχει η τάση να θεωρεί το άτομο ότι κάτι που επιτυγχάνει, είναι μόνο ένα ποσοστό αυτού που ήταν δυνατό. Έτσι μια επιτυχία χάνει την πραγματική της αξία, η ευχαρίστηση δεν υπάρχει και τα θετικά μετατρέπονται σε αρνητικά.

### *Μεγιστοποίηση της σημασίας των προβλημάτων*

Στον τρόπο αυτό σκέψης, το άτομο παγιδεύεται από την υπερβολική σημασία που πιστεύει ότι μπορούν να έχουν ακόμη και μικρά προβλήματα. Η υπερτίμηση αυτή, οδηγεί τεχνητά το άτομο με προδιάθεση για κατάθλιψη, στο φαύλο κύκλο των μαύρων σκέψεων.

#### *Συναισθηματική λογική*

Εδώ, το άτομο θεωρεί ότι η ψυχολογική του διάθεση αντικατοπτρίζει την πραγματική του αξία. Βασικά αυτό το οδηγεί εσφαλμένα να πιστεύει ότι νιώθει άσχημα επειδή είναι κακός χαρακτήρας.

#### *Υπερτόνιση των λαθών*

Στη ζωή όλοι κάνουμε λάθη, άλλοι λίγα άλλοι περισσότερα. Στον υπερτονισμό των λαθών, το άτομο με προδιάθεση για κατάθλιψη, εστιάζει την προσοχή του κυρίως στη σειρά των λαθών που έχει κάνει. Στο τέλος αποκτά μια αρνητική εικόνα, μια ρετσινιά θα λέγαμε για τον ίδιο του τον εαυτό. Δεν είναι εύκολο να απαλλαγεί κάποιος από μια ρετσινιά ακόμη και όταν αυτή έχει επιβληθεί από το δικό του εαυτό.

#### *Η μάζα των πρέπει*

Στο διαλογισμό αυτό, το άτομο δεν σταματά από του να θυμάται τι πρέπει ή δεν πρέπει να κάνει. Στο τέλος της ημέρας θάβεται κυριολεκτικά από την ανεξάντλητη μάζα των υποχρεώσεων. Παράλληλα τα άτομα με αυτή τη μορφή σκέψεων, πολύ συχνά συγκεντρώνουν την προσοχή τους και στα τι πρέπει και δεν πρέπει να κάνουν και οι άλλοι στο περιβάλλον τους. Η κατάσταση αυτή αυξάνει τη δική τους πικρία και απογοήτευση αλλά και των άλλων ατόμων του περιβάλλοντος τους.

Συνοπτικά έχουμε δει πιο πάνω μια σειρά από αρνητικούς διαλογισμούς που επιδεινώνουν την ψυχική διάθεση, οδηγούν σε φαύλο κύκλο απαισιοδοξίας και καταλήγουν στη μαύρη τρύπα της κατάθλιψης. Οι σκέψεις αυτές δυνατόν να υπάρχουν σε διαφορετικούς βαθμούς σοβαρότητας. Άτομα με κατάθλιψη πιθανόν να έχουν το καθένα τα δικά του ιδιαίτερα χαρακτηριστικά και τρόπους διαλογισμού. Όμως η αναγνώριση των αρνητικών διαλογισμών όπως περιγράφονται πιο πάνω, μπορεί να τους βοηθήσει να νικήσουν την κακή διάθεση και την κατάθλιψη. Μια καλή τεχνική είναι η καταγραφή καθημερινά, για ένα χρονικό διάστημα, των αρνητικών σκέψεων. Μπορεί να αφιερώνεται κάθε μέρα ένα εικοσάλεπτο για σκοπούς αναγνώρισης, καταγραφής και εξέτασης των αρνητικών σκέψεων. Η καταγραφή σε χαρτί και η εξέταση των αρνητικών σκέψεων έχει καταλυτική σημασία. Επιτρέπει την ταξινόμηση τους και την κατανόηση του γιατί οδηγούν σε χειρότερη ψυχική κατάσταση. Η συστηματική αυτή άσκηση μαζί με την καταγραφή των συναισθημάτων που συνοδεύουν τους αρνητικούς διαλογισμούς όπως τους έχουμε περιγράψει πιο πάνω, μπορεί να βοηθήσει πάρα πολύ. Στο χαρτί καταγραμμένα τα πράγματα αυτά, λαμβάνουν μια διαφορετική όψη, όχι τόσο φοβερή όσο όταν οι αρνητικές σκέψεις στριφογυρίζουν στο μυαλό. Η μέθοδος της καταγραφής των αρνητικών διαλογισμών και των συναισθημάτων που συνεπάγονται, δίνει νέα δύναμη στο άτομο να αντιμετωπίσει το φαύλο κύκλο της κακής διάθεσης και της κατάθλιψης. Φυσικά εκτός από την αυτοβοήθεια, η παροχή περίθαλψης από ένα ειδικό του τομέα της ψυχικής υγείας, ανάλογα με την περίπτωση έχει ουσιαστικό ρόλο.

### **1.3 ΠΟΛΥΠΑΡΑΓΟΝΤΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ <sup>1</sup>**

Ο Lewinsohn μη μπορώντας να αγνοήσει τον μεγάλο όγκο των ερευνών και των θετικών συμπερασμάτων για τον ρόλο των γνωστικών μεταβλητών στην κατάθλιψη, προσπάθησε να

ενσωματώσει κατά κάποιον τρόπο τα νέα δεδομένα για τις γνωστικές μεταβλητές στις μελέτες τις οποίες έκανε. Έτσι, λοιπόν, ο Lewinsohn και οι συνεργάτες του, Hoberman, Teri και Hautzinger υποστήριξαν ότι τόσο οι γνωστικές όσο και οι θεωρίες των ενισχύσεων είναι τελικά πολύ απλοϊκές και περιορισμένες για να εξηγήσουν την κατάθλιψη. Οι ερευνητές αυτοί λοιπόν πρότειναν ένα πολυπαραγοντικό μοντέλο για την αιτιολογία και την διατήρηση της κατάθλιψης, το οποίο επιχειρεί να λάβει υπόψη την πολυπλοκότητα αυτής της διαταραχής. Η κατάθλιψη στο μοντέλο αυτό αντιμετωπίζεται ως το αποτέλεσμα τόσο περιβαλλοντικών όσο και προδιαθεσικών παραγόντων. Η κατάθλιψη λοιπόν σπανίως οφείλεται σε μία και μοναδική αιτία. Συνήθως απαιτείται η συνέργεια διαφόρων παραγόντων οι οποίοι μαζί με κάποια ενδογενή προδιάθεση οδηγούν στην εκδήλωσή της. Μια έντονη συναισθηματική επιβάρυνση, όπως η απώλεια ή ο θάνατος κάποιου αγαπημένου προσώπου ή ακόμη και η χρόνια καταπόνηση μπορούν να αποτελέσουν αιτίες για την εμφάνιση μιας καταθλιπτικής διαταραχής. Συχνά η κατάθλιψη εκδηλώνεται ως συνέπεια της πίεσης διάφορων κοινωνικών παραγόντων που επιβάλλουν την προσαρμογή σε νέες συνθήκες (για παράδειγμα ο γάμος, η ανεργία, η συνταξιοδότηση), χωρίς αυτό όμως να αποτελεί τον κανόνα για όλους του ασθενείς. Πολλές φορές η κατάθλιψη εμφανίζεται ως κεραυνός εν αιθρία. Θα πρέπει λοιπόν να είμαστε πολύ προσεκτικοί όταν προσπαθούμε να αντιληφθούμε την κατάθλιψη ως μια κατανοητή αντίδραση σε δυσκολίες της ζωής. Τα χτυπήματα της μοίρας προκαλούν βέβαια βαθιά θλίψη, πεσμένη διάθεση και συναισθηματικές διαταραχές, δεν οδηγούν όμως απαραίτητα στην κατάθλιψη. Στην περίπτωση όμως που εμφανιστούν καταθλιπτικές διαταραχές, θα πρέπει να θεραπευτούν αποτελεσματικά. Είναι συχνό το φαινόμενο να βιώνει κανείς μακρόχρονες καταστάσεις άγχους χωρίς να εμφανίσει σημάδια κατάθλιψης και κάποια στιγμή ένα ασήμαντο συμβάν να ξεχειλίσει το ποτήρι. Ενώ λοιπόν οι περιβαλλοντικοί παράγοντες (σοβαρά αρνητικά γεγονότα ή καθημερινά μικρογεγονότα) είναι σημαντικοί γιατί λειτουργούν ως «αφορμή» ή ως ερέθισμα που δίνει την ώθηση για την ενεργοποίηση της διαδικασίας που οδηγεί στην κατάθλιψη, οι γνωστικοί παράγοντες, από την άλλη, διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο διότι αποτελούν τους «ρυθμιστές» των επιδράσεων του περιβάλλοντος. Ως εκ τούτου συμπεραίνουμε ότι οι γνωστικοί παράγοντες είναι το φίλτρο μέσα από το οποίο το άτομο αξιολογεί υποκειμενικά αυτό που του συμβαίνει, πράγμα που καθορίζει και την αντίδρασή του απέναντι στην κατάσταση την οποία καλείται να αντιμετωπίσει. Τελικά λοιπόν, το πολυπαραγοντικό μοντέλο του Lewinsohn αναγνωρίζει την ύπαρξη σταθερών προδιαθεσικών παραγόντων, ξεχωριστών για κάθε άτομο, που επίσης έχουν ρυθμιστικό ρόλο στον αντίκτυπο των αρνητικών καταστάσεων και επομένως και στον τύπο και τη σοβαρότητα του βαθμού της κατάθλιψης που ενδεχομένως θα παρουσιαστεί. Οι παράγοντες αυτοί αντιμετωπίζονται ως σημεία ευαισθησίας, όπως αυτοεκτίμηση, φύλο, ιστορικό κατάθλιψης κ.λπ, και θεωρούνται ότι αυξάνουν ή μειώνουν ανάλογα τις πιθανότητες εμφάνισης κατάθλιψης. Ως γενικοί τώρα προδιαθεσικοί παράγοντες μπορούν να θεωρηθούν οι εξής:

1. Απώλεια προσαρμογής ή συνδέσμων ,π.χ. η απώλεια κάποιου σημαντικού ατόμου, απώλεια επαγγελματικής θέσης ή της αυτοπεποίθησης του ατόμου.
2. Σημαντικά γεγονότα στη ζωή ή αλλαγή ρόλων, όπως είναι ένας γάμος, μια αποφοίτηση ή απόκτηση παιδιών.
3. Έλλειψη τρόπων αντιμετώπισης απλών καταστάσεων της ζωής, π.χ. παραγωγή εισοδήματος ή σχέσεις με φίλους.
4. Φυσιολογικές μεταβολές, όπως είναι η γήρανση, οι οργανικές παθήσεις κ.α.
5. Κατάχρηση ουσιών όπως αλκοόλ, οπιοειδή, ηρεμιστικά, αμφεταμίνες και υπνωτικά.
6. Η περίοδος του έτους (εποχιακή κατάθλιψη)<sup>4</sup>



## **1.4 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ**

### **1.4.1 Ψυχοφυσιολογικές θεωρίες.**

#### A) Γενετική

- i. Στοιχεία που υποστηρίζουν τη γενετική επιρρέπεια στις διαταραχές της διάθεσης.
- ii. Ο ακριβής ρόλος της γενετικής δεν είναι ακόμη σαφής.

Η πιθανότητα να πάθει κάποιος κατάθλιψη αυξάνει όταν έχει στενούς συγγενείς που πάσχουν από τη νόσο. Συγκεκριμένα, έρευνες έχουν δείξει ότι οι συγγενείς 1<sup>ου</sup> βαθμού των καταθλιπτικών ασθενών έχουν 2-3 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να νοσήσουν από κατάθλιψη. Αυτός ο αυξημένος κίνδυνος αποδίδεται εν μέρει σε γενετικούς-κληρονομικούς παράγοντες.

B) Βιολογικό μοντέλο: δίνει έμφαση στους βιοχημικούς παράγοντες και συμπεριλαμβάνει την ανισορροπία στους νευροδιαβιβαστές, στις ορμόνες, στους βιολογικούς ρυθμούς καθώς και τις επιδράσεις των φαρμάκων και της ηλεκτροσπασμωδικής θεραπείας στους νευροδιαβιβαστές.

Σήμερα πιστεύουμε ότι οι νευροδιαβιβαστές του εγκεφάλου εμπλέκονται στην εμφάνιση της κατάθλιψης και συγκεκριμένα η σεροτονίνη και η νοραδρεναλίνη. Οι νευροδιαβιβαστές είναι χημικές ουσίες που δρουν σαν αγγελιοφόροι του εγκεφάλου, μεταφέροντας μηνύματα μεταξύ των κυττάρων. Στην κατάθλιψη τα επίπεδα της σεροτονίνης και της νοραδρεναλίνης είναι χαμηλά. Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα δρουν αυξάνοντας τα επίπεδα αυτών των δύο νευροδιαβιβαστών στον εγκέφαλο. Επιπλέον η κατάθλιψη εμφανίζεται ως σύμπτωμα πολλών σωματικών παθήσεων, που επηρεάζουν τη λειτουργία του εγκεφάλου. Τέτοιες είναι κάποιες ενδοκρινολογικές παθήσεις (π.χ. παθήσεις του θυρεοειδούς), νευρολογικές παθήσεις (νόσος Parkinson, αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια κλπ), κάποιες μορφές καρκίνου, αναιμίες κλπ. Μπορεί επίσης να εμφανιστεί ως παρενέργεια κάποιων φαρμάκων (όπως είναι π.χ. κάποια αντιυπερτασικά φάρμακα).<sup>3</sup>

### **1.4.2 Ψυχαναλυτικές θεωρίες.**

A) Θυμός που στρέφει ο ασθενής προς τον ίδιο του τον εαυτό: οξυθυμία η οποία δεν μπορεί να κατευθυνθεί προς το ερέθισμα που την προκάλεσε. Αντίθετα, κατευθύνεται προς το ίδιο το άτομο, οδηγώντας το στην κατάθλιψη.

B) Θεωρία της απώλειας αντικειμένου.

- i. Αποδίδει την κατάθλιψη στην απώλεια ενός σημαντικού αντικειμένου.
- ii. Θεωρεί ότι η απώλεια της μητρικής εικόνας, κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας, ακολουθείται από μια δεύτερη σημαντική απώλεια στην ενηλικίωση, όπως είναι η απώλεια κάποιου σημαντικού προσώπου, της εργασίας ή ενός γάμου και γίνεται ο βασικός αιτιολογικός παράγοντας της προκαλούμενης κατάθλιψης.

### **1.4.3 Θεωρία της οργάνωσης της προσωπικότητας**

A) Υποστηρίζει ότι η μειωμένη αυτοεκτίμηση προκαλεί κατάθλιψη και μανία

B) Εντοπίζει τρία χαρακτηριστικά της προσωπικότητας που δρουν ως προδιαθεσικοί παράγοντες της κατάθλιψης.

- i. Η κυριαρχία των άλλων: το άτομο αυτό στηρίζεται σ' ένα άλλο ως προς την αυτοεκτίμησή του. Το εξαρτημένο αυτό λοιπόν άτομο, είναι παθητικό και επηρεάζεται εύκολα χωρίς να είναι σε θέση να θέσει δικούς του στόχους.
- ii. Κυρίαρχος στόχος: ένα άτομο με μη ρεαλιστικούς στόχους που δεν ευτυχεί, παρά μόνο αν φτάσει στην επίτευξή τους. Το άτομο αυτό γίνεται μυστικοπαθές, επίμονο, αλαζονικό και ασχολείται μόνο με έντονες και ελπιδοφόρες σκέψεις και με την ενδοσκόπηση του εαυτού του.
- iii. Σταθερό πρότυπο συναισθηματικού ή καταθλιπτικού χαρακτήρα: άτομο χωρίς στόχους που είναι συνήθως βίαιο και υπερκρητικό και αδυνατεί να δημιουργήσει σωστές σχέσεις οποιουδήποτε τύπου.

#### **1.4.4 Γνωστικό μοντέλο.**

A) Υποστηρίζει ότι η κατάθλιψη παρουσιάζεται λόγω του ότι ο ασθενής αξιολογεί και κριτικάρει συνεχώς τόσο τον εαυτό του όσο και το περιβάλλον του.

B) Θεωρεί ως αίτιο τη διαταραγμένη σκέψη και ως αποτέλεσμα το διαταραγμένο συναίσθημα, γεγονός το οποίο έρχεται σε αντίθεση με τις απόψεις που τηρούν οι υπόλοιπες θεωρίες.

#### **1.4.5 Κεκτημένο πρότυπο ανικανότητας.**

A) Θεωρεί ότι οι διαταραχές της διάθεσης προέρχονται από το γεγονός ότι το άτομο δεν έχει έλεγχο της ζωής του και του τι του συμβαίνει.

B) Υποστηρίζει ότι τα άτομα τα οποία αντιστέκονται στην κατάθλιψη έχουν αποκτήσει άλλη εμπειρία στη ζωή τους. Έζησαν καταστάσεις στις οποίες οι πράξεις τους επηρέασαν σημαντικά τα γεγονότα ή τα αποτελέσματα.

#### **1.4.6 Συμπεριφοριστικό μοντέλο**

A) Θεωρεί ότι οι διαταραχές στη διάθεση είναι επίκτητες

B) Υποστηρίζει ότι τα αίτια της κατάθλιψης ενός ασθενούς μπορούν να αναζητηθούν στα πρότυπα συμπεριφοράς του παρελθόντος και στις σχέσεις του με το περιβάλλον.

Γ) Υποστηρίζει ότι η καταθλιπτική συμπεριφορά σημειώθηκε στο παρελθόν λόγω στέρησης θετικής ενίσχυσης ή λόγω γεγονότων που λειτούργησαν ως τιμωρία όπως είναι τα προβλήματα στη δουλειά ή το γάμο.

Δ) Η θεραπεία στοχεύει στην αύξηση του αριθμού των θετικών επιδράσεων και της ενίσχυσης.<sup>3</sup>

## 1.5 ΑΛΛΟΙ ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

### *Νευρολογικοί παράγοντες*

Πολλά νέα αντικαταθλιπτικά φάρμακα μπορούν να αλλάξουν τα επίπεδα ορισμένων νευροδιαβιβαστών - δηλαδή των χημικών ουσιών που μεταβιβάζουν τη νευρική διέγερση από τον ένα νευρώνα στον άλλο - και πιο συγκεκριμένα στις χημικές ουσίες του εγκεφάλου όπως την σερετονίνη και την νορεπινεφρίνη. Ωστόσο η σχέση της σερετονίνης, των SSRIs και της κατάθλιψης γενικά υπεραπλουστεύεται όταν παρουσιάζεται στο κοινό. Έρευνες έχουν δείξει ότι μπορεί να υπάρχει συνδετικός κρίκος ανάμεσα στην κατάθλιψη και την νευρογένεση στον ιππόκαμπο του εγκεφάλου. Αυτό το μέρος του εγκεφάλου είναι το κέντρο για την διάθεση και την μνήμη. Απώλεια νευρώνων στον ιππόκαμπο συναντάται συχνά στην κατάθλιψη και ευθύνεται για την φθορά της μνήμης και την πεσμένη διάθεση στην κατάθλιψη. Γι αυτό η θεραπεία που γίνεται αυξάνει την Σερετονίνη στον εγκέφαλο με συνέπεια να αυξάνεται η νευρογένεση και έτσι να αυξήσει σε μάζα τον ιππόκαμπο ώστε να διορθωθεί η διάθεση και η μνήμη του ασθενούς.<sup>29</sup>

### *Ιατρικές Παθήσεις*

Μερικές ιατρικές παθήσεις όπως η ηπατίτιδα, η λοιμώδης μονοπυρήνωση, ο υποθυρεοειδισμός και μερικές παθήσεις του εγκεφάλου όπως η νόσος του Πάρκινσον, η πολλαπλή σκλήρυνση και κάποιος εγκεφαλικός όγκος μπορεί να προκαλέσουν κατάθλιψη.

### *Διατροφολογικοί παράγοντες*

Η αύξηση της κατάθλιψης στις σύγχρονες κοινωνίες έχει συνδεθεί άμεσα με την διαίτα και ειδικά στα μειωμένα επίπεδα σε Ωμέγα-3 όπως και σε πολλά αγροτικά φαγητά. Η έλλειψη Ωμέγα-6 συνδέεται με την αύξηση κατάθλιψης σε αρουραίους. Επίσης η κατάθλιψη μπορεί να προκληθεί από χαμηλά επίπεδα μαγνησίου.

### *Ποιότητα ύπνου*

Η κακή συνδέεται με την Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή. Η Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή αποφέρει διάφορες αλλαγές στην λειτουργία του υποθαλάμου του εγκεφάλου προκαλώντας αύξηση στην κορτιζόλη η οποία με την σειρά της προκαλεί κακή ποιότητα ύπνου. Άτομα που υποφέρουν από Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή έχουν βρεθεί να μπαίνουν στην κατάσταση REM ύπνου πολύ πριν το φυσιολογικό, επίσης αυτά τα άτομα έχουν πολύ έντονα συναισθηματικά όνειρα.

### *Βιολογικά αίτια:*

Σύμφωνα με τα σύγχρονα επιστημονικά δεδομένα, η κατάθλιψη θεωρείται ως μια χημική ανισορροπία στον ανθρώπινο εγκέφαλο. Μερικοί άνθρωποι έχουν είτε πολύ λίγες είτε πολλές χημικές ουσίες που παράγονται από τον ίδιο τον εγκέφαλο (και ονομάζονται νευροδιαβιβαστές). Οι αλλαγές στους νευροδιαβιβαστές μπορεί να προκαλέσουν ή να συμβάλουν στην ανάπτυξη της κατάθλιψης.

### *Γνωστικά αίτια*

Τα άτομα που έχουν έναν αρνητικό τρόπο σκέψης και χαμηλή αυτοπεποίθηση είναι πιθανότερο να αναπτύξουν κλινική κατάθλιψη.

## *Φύλο*

Στις γυναίκες η κατάθλιψη εμφανίζεται σε διπλάσιο ποσοστό απ' ότι στους άνδρες. Αν και δεν είναι ακόμα ξεκάθαρο το γιατί συμβαίνει αυτό, υπάρχει πιθανότητα να οφείλεται στις ορμονικές αλλαγές που συμβαίνουν στη γυναίκα κατά τη διάρκεια του εμμηνορρυσιακού της κύκλου, της εγκυμοσύνης, της γέννας και της εμμηνόπαυσης. Άλλοι λόγοι μπορεί να περιλαμβάνουν το στρες που αισθάνονται οι γυναίκες λόγω των πολλαπλών καθηκόντων κι ευθυνών τους.

## *Συνύπαρξη*

Η κατάθλιψη συχνά συνυπάρχει με ορισμένες άλλες ασθένειες, όπως καρδιοπάθεια, καρκίνο, νόσο του Πάρκινσον, διαβήτη, νόσο Alzheimer και ορμονικές διαταραχές.

## *Φάρμακα*

Ορισμένα φάρμακα έχουν ως παρενέργεια την εμφάνιση κατάθλιψης.

## *Γενετικοί λόγοι*

Το οικογενειακό ιστορικό κατάθλιψης αυξάνει την πιθανότητα εμφάνισης κατάθλιψης και σε άλλα μέλη της οικογένειας. Καταστάσεις: Δύσκολες καταστάσεις, όπως το διαζύγιο, τα οικονομικά προβλήματα, ο θάνατος αγαπημένου προσώπου μπορεί να συμβάλουν στην εμφάνιση κατάθλιψης.

## *Ψυχοκοινωνικοί*

Οι παράγοντες αυτοί αφορούν τις συνθήκες ζωής ενός ανθρώπου και την ψυχολογική του κατάσταση. Τα αρνητικά γεγονότα της ζωής μπορεί να πυροδοτήσουν καταθλιπτικά επεισόδια. Τέτοια γεγονότα είναι η απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου (το πένθος, το διαζύγιο, ο χωρισμός), οι δυσκολίες στις σχέσεις με τους άλλους, τα οικονομικά προβλήματα, οι σωματικές αρρώστιες, η αποτυχία σε έναν τομέα της ζωής που ο άνθρωπος θεωρεί σημαντικό κλπ. Τα πρόσφατα άσχημα γεγονότα της ζωής προδιαθέτουν σε κατάθλιψη και ειδικά όταν πλήττουν την αυτοεκτίμηση ενός ανθρώπου. Η οικογένεια και οι φίλοι δρουν προστατευτικά, καθώς η κατάθλιψη είναι συχνότερη στους ανθρώπους που είναι ανύπαντροι, μοναχικοί, χωρίς υποστηρικτικό περιβάλλον.

## **1.6 ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΙΔΕΟΛΗΨΙΕΣ ΚΑΙ ΠΩΣ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ;**

Ο όρος "έμμονες ιδέες" φέρει διαφορετικό νόημα ανάλογα με το πλαίσιο στο οποίο χρησιμοποιείται. Σε κάποιες περιπτώσεις ταυτίζεται νοηματικά με τις ιδεοληψίες, ενώ σε κάποιες άλλες αναφέρεται σε επίμονες ιδέες που απασχολούν το άτομο αλλά δεν πληρούν κάποια από τα χαρακτηριστικά των ιδεοληψιών. Η διάκριση είναι πολλές φορές δύσκολη ακόμη και για ειδικούς. Οι ιδεοληψίες είναι σκέψεις, ιδέες, παρορμήσεις ή νοητικές εικόνες που παρεισφρύουν στη σκέψη του ατόμου κατά τρόπο επαναληπτικό και στερεότυπο, προκαλώντας δυσφορία. Το άτομο θεωρεί αυτές τις σκέψεις ως "ξένες" προς τον εαυτό του, υπό την έννοια ότι το περιεχόμενό τους ή η εμφάνισή τους δεν υπόκειται στον έλεγχο του ή

ότι δεν emπίπτουν στις σκέψεις που πιστεύει ότι κανονικά θα έκανε. Συνήθως το άτομο προσπαθεί να τις αγνοήσει ή να τις εξουδετερώσει με κάποια άλλη σκέψη ή πράξη. Οι πιο συχνές ιδεοληψίες αναφέρονται στην πιθανότητα μολύνσεων (π.χ. ότι αν ακουμπήσουν άλλα άτομο το δέρμα του θα κολλήσει κάποιο μικρόβιο), στις επίμονες αμφιβολίες (π.χ. έντονη ανησυχία για το αν έσβησε το μάτι της κουζίνας), την ανάγκη για τάξη και συμμετρία, επιθετικές ή τρομακτικές παρορμήσεις (π.χ. μία μητέρα φοβάται μην σκοτώσει το παιδί της) και σε σεξουαλικές φαντασιώσεις (π.χ. επαναλαμβανόμενες νοητικές εικόνες σεξουαλικού περιεχομένου). Σπάνια οι ιδεοληψίες αποτελούν υπερβολική έκφραση ανήσυχων σκέψεων για πραγματικά προβλήματα της ζωής και γενικώς σπάνια συνδέονται με πραγματικά προβλήματα της ζωής του ατόμου. Μερικές φορές οι ιδεοληψίες δεν έχουν ουσιαστικό περιεχόμενο και αφορούν στην άσκοπη ενασχόληση με φιλοσοφικού τύπου αναζητήσεις ή άλυτα προβλήματα. Κάποιες φορές παίρνουν την μορφή ατέρμονης ενασχόλησης με τις εναλλακτικές λύσεις ενός προβλήματος με ταυτόχρονη αδυναμία λήψης αποφάσεων ακόμη και για απλά καθημερινά πράγματα. Η σχέση των ιδεοληψιών και της κατάθλιψης είναι ιδιαίτερα στενή. Άτομα που παρουσιάζουν ιδεοληψίες συχνά έχουν καταθλιπτικά συμπτώματα και μπορεί να παρουσιαστούν ιδεοληψίες κατά τη διάρκεια επεισοδίων κατάθλιψης με συνέπεια να παρουσιάζονται προβλήματα διαφοροδιάγνωσης και συνήθως πρόσθετη διάγνωση ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής δίνεται μόνο αν οι ιδεοληψίες επιμένουν και απουσία των καταθλιπτικών συμπτωμάτων με τα οποία συνήθως ακολουθούν κοινή πορεία. Ωστόσο στην κατάθλιψη παρατηρούνται και άλλα είδη επίμονων σκέψεων, υπό την έννοια ότι συχνά το άτομο κυριεύεται από επίμονες αρνητικές σκέψεις που επιδεινώνουν την αρνητική του διάθεση. Συνήθως πρόκειται για σκέψεις ανικανότητας, αδικίας, εκδίκησης, απώλειας και αρνητικές προβλέψεις για το μέλλον. Πρόκειται για σκέψεις που όλοι οι άνθρωποι κάνουν κατά καιρούς, αλλά το άτομο που βρίσκεται σε καταθλιπτική διάθεση τις πιστεύει σε πολύ μεγαλύτερο βαθμό και επιτρέπει στον εαυτό του να τις παρακολουθήσει ακόμη και για ώρες.<sup>40</sup>

## **1.7 ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΜΥΘΟΙ ΚΑΙ ΑΛΗΘΕΙΕΣ**

**ΜΥΘΟΣ 1<sup>ος</sup>:** Αν κάποιος δεν μπορεί να ξεπεράσει την κατάθλιψη είναι αδύναμος χαρακτήρας, η κατάθλιψη δεν είναι κανονική αρρώστια.

**ΑΛΗΘΕΙΑ:** Η κατάθλιψη είναι μια ασθένεια όπως όλες οι άλλες και χρειάζεται συγκεκριμένη αντιμετώπιση για να θεραπευτεί. Η θεραπεία της κατάθλιψης δεν έχει σχέση με τη θέληση ή με τη δύναμη του χαρακτήρα. Ο άνθρωπος που έχει κατάθλιψη χρειάζεται ιατρική παρακολούθηση, όπως ο άνθρωπος που έχει διαβήτη ή υπέρταση χρειάζεται παρακολούθηση και θεραπεία από τον εξειδικευμένο γιατρό.

**ΜΥΘΟΣ 2<sup>ος</sup>:** Ο άνθρωπος που έχει κατάθλιψη θα νιώσει καλύτερα και μπορεί να το ξεπεράσει αν κάνει κάτι ευχάριστο για να ξεχαστεί (π.χ. να βγει μια βόλτα)

**ΑΛΗΘΕΙΑ:** Ο άνθρωπος που έχει κατάθλιψη δεν μπορεί να χαρεί ακόμα κι από δραστηριότητες που παλιότερα τον ευχαριστούσαν. Αυτό δε σημαίνει ότι δεν θέλει να το ξεπεράσει ούτε ότι δεν προσπαθεί. Η δυσκολία να αισθανθεί καλά είναι ένα σύμπτωμα της ασθένειας και μπορεί να ξεπεραστεί μόνο με εξειδικευμένη αντιμετώπιση.

**ΜΥΘΟΣ 3<sup>ος</sup>:** Ο άνθρωπος που έχει κατάθλιψη θα νιώσει καλύτερα αν πει λίγο αλκοόλ παραπάνω

ΑΛΗΘΕΙΑ: Το αλκοόλ σε καμία περίπτωση δεν μπορεί να θεραπεύσει την κατάθλιψη. Πολλοί άνθρωποι καταφεύγουν στο αλκοόλ για να ανακουφιστούν από τα καταθλιπτικά συμπτώματα ωστόσο μακροπρόθεσμα το αλκοόλ επιδεινώνει την κατάθλιψη και αυξάνει τον κίνδυνο αυτοκτονίας. Κι άλλες εξαρτησιογόνες ουσίες, όπως η κοκαΐνη, έχουν επίσης συσχετιστεί με κατάθλιψη.

ΜΥΘΟΣ 4<sup>ος</sup>: Με την πάροδο του χρόνου η κατάθλιψη θα περάσει από μόνη της

ΑΛΗΘΕΙΑ: Η κατάθλιψη μπορεί να μην υποχωρήσει από μόνη της. Μπορεί αντίθετα να χειροτερεύει με τον καιρό. Χωρίς θεραπεία τα καταθλιπτικά συμπτώματα μπορούν να διαρκέσουν για εβδομάδες, μήνες ή και χρόνια.

ΜΥΘΟΣ 5<sup>ος</sup>: Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα μπορώ να τα σταματήσω αμέσως μόλις νιώσω καλύτερα

ΑΛΗΘΕΙΑ: Η διακοπή της φαρμακευτικής αγωγής πρέπει να γίνεται μόνο μετά από συνεννόηση με τον ψυχίατρο. Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα χρειάζονται μια περίοδο 2 με 3 εβδομάδων περίπου για να δράσουν, ωστόσο για να ξεπεραστεί το πρόβλημα πλήρως και ασφαλώς θα χρειαστεί να τα πάρουμε για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα. Η μικρή διάρκεια της αντικαταθλιπτικής αγωγής μπορεί να οδηγήσει σε συχνότερα και σοβαρότερα επεισόδια κατάθλιψης στο μέλλον.

ΜΥΘΟΣ 6<sup>ος</sup>: Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα είναι εθιστικά και αλλοιώνουν το χαρακτήρα

ΑΛΗΘΕΙΑ: Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα δεν προκαλούν εθισμό. Δεν έχουν καμιά επίδραση στην προσωπικότητα ή στη συμπεριφορά.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>

### ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ

#### 2.1 ΓΕΝΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ<sup>3</sup>

- Κόπωση ή λήθαργος
- Αυτοκτονικές τάσεις
- Απώλεια ενδιαφέροντος και διασκέδασης
- Συναισθήματα ανεπάρκειας και μειωμένου αυτοσεβασμού
- Αδυναμία συγκίνησης
- Αναποφασιστικότητα
- Αίσθηση έλλειψης βοήθειας
- Ψυχοκινητική επιβράδυνση
- Διαταραχές στον ύπνο και το φαγητό

#### 2.2 ΕΙΔΙΚΑ- ΚΑΤΗΓΟΡΙΟΠΟΙΗΜΕΝΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Α) Συμπτώματα σχετικά με το συναίσθημα: λύπη, θλίψη, άγχος, ενοχές, θυμός, εχθρότητα, εκνευρισμός και ευερεθιστικότητα.

Β) Συμπτώματα συμπεριφοράς: διέγερση, καταθλιπτικό προσωπείο και στάση σώματος, ψυχοκινητική επιβράδυνση, αργή ομιλία ή σκέψη, κλάμα και τέλος απόπειρες αυτοκτονίας.

Γ) Συμπτώματα σχετικά με τις στάσεις απέναντι στον ίδιο του τον εαυτό και το περιβάλλον: αυτομορφή, χαμηλή αυτοεκτίμηση, αισθήματα απαισιοδοξίας, απελπισίας, αίσθηση του ότι είναι ανήμπορος/η, σκέψεις θανάτου και αυτοκτονίας.

Δ) Συμπτώματα γνωστικής εξασθένησης: μειωμένη ικανότητα σκέψης και αδυναμία συγκέντρωσης.

Ε) Συμπτώματα σχετικά με οργανικές αλλαγές (μεταβολές) και ενοχλήσεις (νευροφυτικά συμπτώματα) : αδυναμία βίωσης ευχαρίστησης, απώλεια όρεξης, διαταραχές ύπνου, απώλεια ενέργειας και εξάντληση, μείωση σεξουαλικού ενδιαφέροντος και παράπονα για οργανικά προβλήματα.

ΣΤ) Σωματικά συμπτώματα: εκτός από τα κλασικά συμπτώματα από το αυτόνομο νευρικό σύστημα που αναφέραμε παραπάνω, υπάρχει ένας μεγάλος αριθμός σωματικών συμπτωμάτων που αποτελούν έκφραση του καταθλιπτικού συνδρόμου.

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

**Πίνακας 1. Συμπτώματα της κατάθλιψης**

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

## **Συναίσθημα**

### **Καταθλιπτική διάθεση**

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

### **Ανηδονία**

Απώλεια της ευχαρίστησης ( ανηδονία) σε δραστηριότητες που προηγουμένα ήταν εν χαριστές αποτελεί βασικό σύμπτωμα της κατάθλιψης και χρειάζεται προσοχή γιατί το άτομο μπορεί να μην το έχει συναισθανθεί και να μην παραπονιέται γι' αυτό. Η οικογένεια του μπορεί όμως να το έχει προσέξει. Δραστηριότητες που παύουν να είναι ευχάριστες είναι το φαγητό, το σεξ, τα χόμπυ, τα σπορ, κοινωνικές και οικογενειακές εκδηλώσεις. Ανάλογη προς



την ανηδονία είναι και η απώλεια ενδιαφέροντος σε διάφορες δραστηριότητες (βλ. παρακάτω στην Κινητοποίηση).

## **Άγχος**

Πολλοί καταθλιπτικοί ασθενείς νιώθουν άγχος με μορφή εσωτερικής δυσφορίας, φόβου, αισθήματος επικειμένου κινδύνου, ευερεθιστότητας ή ακόμη και προσβολών πανικού με συνοδά φυτικά συμπτώματα όπως ιδρώτες, αίσθημα παλμών, ταχυκαρδία κτλ. Η συνύπαρξη άγχους και κατάθλιψης μπορεί να κάνει δύσκολη τη διάκριση ποιο από τα δύο αποτελεί τη βασική διαταραχή.<sup>6</sup>

## **Φυτικό (Αυτόνομο) Νευρικό Σύστημα**

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

### **Διαταραχή του ύπνου**

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

### **Διαταραχή της όρεξης**

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

### **Κόπωση, εξάντληση (απώλεια ενέργειας)**

Συχνό παράπονο των καταθλιπτικών ασθενών είναι ένα αίσθημα κόπωσης ή εξάντλησης, σαν όλη η ζωτικότητα ή ενέργεια που έχουν μέσα τους να έχει φύγει. Αυτό το αίσθημα, που πολλές φορές είναι ανυπόφορο, μπορεί να παρακολουθεί τις *ημερήσιες διακυμάνσεις της συναισθηματικής διάθεσης*, οπότε χαρακτηριστικά μπορεί να έχουμε μεγαλύτερη κατάθλιψη και κόπωση-εξάντληση το πρωί και βελτίωση και των δύο καθώς προχωρά η ημέρα.<sup>38</sup>

### **Ελάττωση της σεξουαλικής διάθεσης (libido)**

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

### **Ψυχοκινητική επιβράδυνση**

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

## **Ψυχοκινητική διέγερση**

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

## **Κινητοποίηση**

### **Απώλεια τον ενδιαφέροντος στις συνηθισμένες δραστηριότητες**

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

### **Ανημπόρια, έλλειψη ελπίδας**

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

## **Σκέψη-Αντίληψη**

### **Αισθήματα-σκέψεις ενοχής ή/και αναξιότητας, χαμηλή αυτοεκτίμηση**

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

### **Δυσκολία στη συγκέντρωση**

Οι καταθλιπτικοί ασθενείς μπορεί να είναι τόσο έντονα ενασχολημένοι με τις καταθλιπτικές τους σκέψεις που δυσκολεύονται να προσέξουν τι γίνεται γύρω τους. Επίσης, παραπονούνται για «έκπτωση της μνήμης» ή για δυσκολία συγκέντρωσης που φαίνεται στην προσπάθεια τους να διαβάσουν, να δουν τηλεόραση κτλ. Επειδή τα ανοϊκά άτομα ουσιαστικά έχουν δυσκολία με τη μνήμη και τη συγκέντρωση, μερικές φορές είναι δύσκολο να διαφοροδιαγνώσει κανείς την κατάθλιψη από την άνοια στα ηλικιωμένα άτομα. Οι καταθλιπτικοί ασθενείς παρουσιάζουν επίσης συχνά και επιβράδυνση της σκέψης και αναποφασιστικότητα.<sup>22</sup>

## ΨΥΧΩΣΗ

Η κατάθλιψη μπορεί να είναι αρκετά βαριά, ώστε να περιλαμβάνει ψυχωτικά συμπτώματα, κυρίως ψευδαισθήσεις και παραληρητικές ιδέες. Το περιεχόμενο αυτών των ψευδαισθήσεων και των παραληρητικών ιδεών συνήθως είναι σύντομο με την κατάθλιψη (ψευδαισθήσεις ή παραληρητικές ιδέες σύμφωνες με τη συναισθηματική διάθεση). Π.χ. το άτομο πιστεύει ότι το καταδιώκουν επειδή είναι αμαρτωλό ή ανεπαρκές ή έχει ακουστικές ψευδαισθήσεις που το κατηγορούν για αμαρτίες ή λάθη του. Μπορεί επίσης να εμφανισθούν μηδενιστικές παραληρητικές ιδέες καταστροφής του κόσμου ή του ατόμου, σωματικές παραληρητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις καρκίνου ή άλλης σοβαρής ασθένειας, παραληρητικές ιδέες φτώχειας.<sup>2,3</sup>

### 2.3 ΤΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΤΟΥ REHM<sup>1</sup>

Ο Rehm (1977) πρότεινε ένα μοντέλο της κατάθλιψης το οποίο προσπαθεί να αναλύσει τόσο τις συμπεριφοριστικές όσο και τις γνωστικές πλευρές αυτής της διαταραχής. Το μοντέλο του αυτοελέγχου του Rehm δίνει ιδιαίτερη έμφαση στη προβληματική και διαταραγμένη λειτουργία ορισμένων διαδικασιών, όπως είναι η αυτοκαταγραφή ή η αυτοπαρατήρηση, η αυτοεκτίμηση και η αυτοενίσχυση. Παραδείγματος χάρη, τα καταθλιπτικά άτομα δίνουν επιλεκτικά μεγάλη προσοχή και σημασία στις αρνητικές πλευρές του εαυτού τους και του γύρω κόσμου. Επηρεαζόμενος λοιπόν ο Rehm από το μοντέλο αυτορύθμισης του Kanfer (1977), το οποίο αναφέρεται στον τρόπο με τον οποίο ο ανθρώπινος οργανισμός αναπτύσσει τρόπους και μέσα για την ρύθμιση της συμπεριφοράς του ακόμα και όταν δεν υπάρχουν άμεσες συνέπειες από το περιβάλλον, κατέληξε στο ότι αυτό γίνεται μέσα από την μάθηση σε τρία στάδια:

Στάδιο πρώτο: αυτοκαταγραφή ή αυτοπαρατήρηση, όπου το άτομο παρατηρεί τόσο το περιβάλλον όσο και την συμπεριφορά του, με σκοπό να εκτιμήσει αργότερα τη σπουδαιότητα και την καταλληλότητά τους ως προς την επίτευξη του στόχου του.

Στάδιο δεύτερο: αυτοεκτίμηση ή αυτοαξιολόγηση, όπου η πληροφορία που έχει ληφθεί από την αυτοκαταγραφή του προηγούμενου σταδίου συγκρίνεται με κάποιο εσωτερικό κριτήριο ή μέτρο σύγκρισης σχετικό με την επιθυμητή συμπεριφορά.

Στάδιο τρίτο (τελευταίο): αυτοενίσχυση, όπου το άτομο μετά από τα δυο πρώτα στάδια της αυτοκαταγραφής και της αυτοεκτίμησης κρίνει την καταλληλότητα μιας ενδεχόμενης αυτοενίσχυσης, γεγονός το οποίο εξαρτάται από το κατά πόσον η δεδομένη συμπεριφορά πλησιάζει την επιθυμητή.

Το μοντέλο λοιπόν αυτό του Kanfer ο Rehm υποστήριξε ότι μπορεί μετασχηματίζοντάς το να το χρησιμοποιήσει και στη μελέτη της κατάθλιψης. Υποστηρίζει λοιπόν ότι η συμπεριφορά του καταθλιπτικού ατόμου μπορεί να χαρακτηρίζεται από ένα μέχρι έξι προβλήματα στη συμπεριφορά αυτοελέγχου.

Α) Όσον αφορά την αυτοκαταγραφή, τα καταθλιπτικά άτομα εστιάζουν επιλεκτικά την προσοχή τους στα αρνητικά στοιχεία που ακολουθούν την συμπεριφορά τους, σε σημείο σχετικού αποκλεισμού θετικών γεγονότων. Αυτό το χαρακτηριστικό της εστίασης των

ατόμων, που πάσχουν από κατάθλιψη, στα αρνητικά γεγονότα μπορεί ίσως να εξηγήσει την απαισιοδοξία και την σκυθρωπή τους εμφάνιση.

Β) τα καταθλιπτικά άτομα εστιάζουν επιλεκτικά την προσοχή τους στις άμεσες συνέπειες τις συμπεριφοράς τους, σε σημείο τέτοιο ώστε να αποκλείουν σε μεγάλο βαθμό όποιο μακροπρόθεσμο αποτέλεσμα, γεγονός το οποίο δεν τους επιτρέπει όταν κάνουν τις επιλογές τους να δουν πέρα από το παρόν, να κοιτάζουν δηλαδή στο μέλλον και στα πιθανά αποτελέσματα των πράξεών τους.

Γ) τα καταθλιπτικά άτομα παρουσιάζουν προβλήματα σε ότι αφορά τη διαδικασία της αυτοεκτίμησης και αντίθετα με τα μη καταθλιπτικά άτομα θέτουν στον εαυτό τους μη ρεαλιστικά, τελειοθηρικά και σφαιρικά κριτήρια για τους ίδιους, γεγονός το οποίο δεν καθιστά πιθανή την ικανοποίησή τους. Συχνά λοιπόν δεν καταφέρνουν να υλοποιήσουν τους στόχους τους και κατ' επέκταση εκτιμούν τους εαυτούς τους αρνητικά με τρόπο σφαιρικό και πολύ γενικευμένο.

Δ) ένα άλλο στοιχείο που δημιουργεί ένα επιπλέον πρόβλημα είναι το γεγονός ότι τα άτομα αυτά φαίνεται πως είναι η δυσκολία στην ακριβή και σωστή απόδοση ευθυνών ή αιτιολογικών παραγόντων σε σχέση με τις επιδόσεις και τα επιτεύγματά τους, έτσι λοιπόν μ' αυτόν τον τρόπο ακόμα κι όταν η επίδοσή τους είναι πολύ καλή οι ίδιοι αποδίδουν την επιτυχία τους αυτή σε εξωτερικούς παράγοντες όπως είναι η τύχη ή η ευκολία της συγκεκριμένης δραστηριότητας και αρνούνται οποιαδήποτε αναγνώριση. Αντίθετα τώρα, τα καταθλιπτικά άτομα όσον αφορά τις αποτυχίες τους αυτές τις αποδίδουν σε εσωτερικούς παράγοντες όπως είναι η έλλειψη δεξιοτήτων και προσπάθειας και επωμίζονται όλο το βάρος της ευθύνης παρότι αυτό μπορεί να μην είναι όλο δικό τους.

Ε) όσον αφορά τώρα την αυτοενίσχυση ο Rehm υποστηρίζει ότι οι καταθλιπτικοί δεν δίνουν οι ίδιοι την απαραίτητη ενίσχυση και ώθηση στους εαυτούς τους έτσι ώστε να διατηρήσουν τα καλά προσαρμοζόμενα στοιχεία της συμπεριφοράς τους. Τα παραπάνω στοιχεία εξηγούν έτσι σε μεγάλο βαθμό και την έλλειψη επιμονής που χαρακτηρίζει την κατάθλιψη.

Στ) εκτός τέλος από την έλλειψη επαρκούς αυτοεκτίμησης, φαίνεται ότι οι καταθλιπτικοί εφαρμόζουν υπερβολικά αυστηρές τιμωρίες στους ίδιους τους εαυτούς τους (αυτοτιμωρούνται), γεγονός που τελικά καταλήγει σε δημιουργία αναστολών.

## **2.4 ΣΩΜΑΤΙΚΑ ΕΝΟΧΛΗΜΑΤΑ**

Εκτός από τα κλασικά συμπτώματα από το αυτόνομο νευρικό σύστημα που αναφέραμε παραπάνω, υπάρχει ένας μεγάλος αριθμός σωματικών συμπτωμάτων που αποτελούν έκφραση του καταθλιπτικού συνδρόμου. Στην κλινική πράξη, παθολόγοι, γενικοί γιατροί κ.ά. βομβαρδίζονται με τέτοια ενοχλήματα, όπως πονοκέφαλοι, πόνοι στη μέση, μυϊκοί σπασμοί (κράμπες), ναυτία, εμετός, δυσκοιλιότητα, οπισθοστερνικό κάψιμο, δυσκολία στην αναπνοή, υπέρπνοια, πόνος στο στήθος κ.ά. Μεγάλος αριθμός εξετάσεων γίνεται χωρίς λόγο και τελικά ο γιατρός καταλήγει ότι όλα αυτά ήταν «ψυχολογικά». Ο όρος «καλυμμένη κατάθλιψη» έχει χρησιμοποιηθεί για τις περιπτώσεις αυτές. Η κατάθλιψη αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση αγγειακών παθήσεων, όπως για παράδειγμα καρδιακών παθήσεων και εγκεφαλικών. Εικάζεται ότι έχει την ίδια σοβαρότητα με τους λοιπούς κλασικούς παράγοντες κινδύνου, όπως το κάπνισμα, το υπερβολικό βάρος και η έλλειψη κίνησης, η σοβαρότητα των οποίων έχει εδραιωθεί τόσο στη συνείδηση του πληθυσμού όσο και στο πλαίσιο στρατηγικών που εφαρμόζονται για την πρόληψη στον τομέα της υγείας. Επιπλέον, η κατάθλιψη ευνοεί

την εμφάνιση οστεοπόρωσης και διαβήτη ενηλίκων και εξετάζεται πλέον ως «συστημική» ασθένεια, καθώς επηρεάζει εκτός από τον εγκέφαλο πολλά άλλα συστήματα οργάνων. Κατά τη διάρκεια της κατάθλιψης διαταράσσεται ο μεταβολισμός του εγκεφάλου. Τα επίπεδα των νευροδιαβιβαστών σεροτονίνη, νοραδρεναλίνη και ντοπαμίνη βρίσκονται σε ανισορροπία. Αιτία αυτής της ανισορροπίας είναι η διαταραχή του συστήματος ελέγχου της έκκρισης ορμονών άγχους: η μακρόχρονη υπερδραστηριοποίηση του συστήματος διαταράσσει σε τέτοιο βαθμό τον μεταβολισμό των νευρικών κυττάρων, που ο μηχανισμός παραγωγής και καταβολισμού των διαβιβαστών παρεκτρέπεται, με αποτέλεσμα οι διαβιβαστές να μην επαρκούν ή ο μηχανισμός διαβίβασης να μην λειτουργεί πλέον σωστά. Εάν ο μηχανισμός διαβίβασης των μηνυμάτων ανάμεσα στα νευρικά κύτταρα διαταραχθεί, αυτό θα επηρεάσει με τη σειρά του τα συναισθήματα και τις σκέψεις, οδηγώντας σε έλλειψη κινήτρων, απώλεια της όρεξης, αϋπνία, δυσκολία συγκέντρωσης και σε άλλα συμπτώματα κατάθλιψης.

## **2.5 ΣΗΜΕΙΑ ΚΑΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ**

### **2.5.1 Σημεία και συμπτώματα**

Η κατάθλιψη στα παιδιά δεν εκδηλώνεται με τον ίδιο τρόπο όπως στους ενήλικες. Τα κυριότερα χαρακτηριστικά της πάθησης ποικίλουν ανάλογα με την ηλικία του παιδιού. Εκτιμάται ότι έως 3,5% των παιδιών και 9% των εφήβων είναι καταθλιπτικοί στις βιομηχανοποιημένες χώρες. Ο κίνδυνος κατάθλιψης αυξάνεται ιδιαίτερα μετά την ηλικία των 12 ετών. Υπολογίζεται ότι στο ένα τρίτο των ανηλίκων, τα καταθλιπτικά συμπτώματα υποχωρούν εντός 3 μηνών. Ωστόσο στο 80% αυτών που επηρεάζονται, τα συμπτώματα πιθανόν να επανέλθουν και να γίνουν χρόνια. Η κατάθλιψη στην παιδική ηλικία σχετίζεται με μεγαλύτερο κίνδυνο κατά την εφηβική και ανήλικη ζωή για διαταραχές της ψυχικής υγείας, χρήση ναρκωτικών και αυτοκτονία. Ανάλογα με την ηλικία του παιδιού, οι κυριότερες εκδηλώσεις της κατάθλιψης μπορεί να είναι το κλάψιμο, η ερεθιστικότητα, η περιφρόνηση και η ανυπακοή. Στα βρέφη, τα σημεία είναι σε πολλές περιπτώσεις οι φωνές, η νευρικότητα, η αεικινησία και τα επεισόδια κλαμάτων χωρίς εμφανή λόγο. Στα παιδιά προσχολικής ηλικίας μπορεί να υπάρχει ερεθιστική ή επιθετική συμπεριφορά ενώ τα παιδιά σχολικής ηλικίας δυνατόν να είναι απαθή ή νωθρά. Στους έφηβους τα συμπτώματα μοιάζουν με αυτά που υπάρχουν στους ενήλικες. Η συμπεριφορά ενός παιδιού μπορεί να περιλαμβάνει διάφορες πτυχές που να εντάσσονται στο γενικότερο πλαίσιο της κατάθλιψης. Η ευερεθιστικότητα, η ανυπομονησία, η αεικινησία, το υπερβολικό κλάψιμο, η απώλεια ενδιαφέροντος για ευχάριστα καθημερινά πράγματα, το γεγονός ότι το παιδί δεν θέλει να πάει σχολείο, οι δυσκολίες στις σχέσεις με συνομήλικους, η επιθετικότητα, η διακοπή της συμμετοχής σε δραστηριότητες ή αθλήματα στα οποία προηγουμένως λάμβανε μέρος του παιδί, η χρήση ναρκωτικών, είναι καταστάσεις που πιθανόν να εντάσσονται στο γενικότερο πρόβλημα της κατάθλιψης. Τα συναισθήματα που χαρακτηρίζουν την κατάθλιψη στα παιδιά είναι η λύπη, η στεναχώρια, η απελπισία, το άγχος, οι ενοχές, η κενότητα και η αχρηστία. Όταν εκδηλώνονται ιδέες αυτοκαταστροφής με σκέψεις για το θάνατο και την αυτοκτονία απαιτείται επειγόντως περίθαλψη από ψυχίατρο. Τα διαγνωστικά κριτήρια της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας (DSMIV), όταν έχουμε ένα μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο, αναφέρουν και τα εξής χαρακτηριστικά:

- Διαταραχή της όρεξης Αϋπνία ή υπερυπνία
- Ψυχοκινητική ανησυχία
- Έλλειψη ενδιαφέροντος ή ευχαρίστησης από τις συνήθειες δραστηριότητες

- Συγκέντρωση και επαναλαμβανόμενες ιδέες.

Στον τομέα των πνευματικών δυνατοτήτων, το παιδί με κατάθλιψη έχει δυσκολίες συγκέντρωσης, δεν μπορεί να κάνει τη σχολική του εργασία, οι βαθμοί του χειροτερεύουν, δυσκολεύεται να παίρνει αποφάσεις και μειώνονται τα κίνητρα του για πρόοδο ή επιτυχίες. Δεν είναι σπάνιες οι περιπτώσεις που συνυπάρχουν σωματικά και οργανικά προβλήματα στην εικόνα του καταθλιπτικού παιδιού. Μεταξύ των συχνότερων σωματικών ενοχλήσεων περιλαμβάνονται οι πονοκέφαλοι, οι πόνοι στην κοιλιά, στις αρθρώσεις ή στην πλάτη, η υπερβολική κούραση, η αϋπνία ή αντίθετα οι πολλές ώρες ύπνου, η λήψη υπερβολικού βάρους ή η απώλεια βάρους.<sup>18-19</sup>

## 2.5.2 Τεχνικές προσέγγισης σε παιδιά που έχουν συμπτώματα κατάθλιψης

- Χωρίς κριτική και σχόλια για τη λεκτική ή μη συμπεριφορά για την οποία ανησυχούμε, μπορούμε να πούμε : « έχω παρατηρήσει ότι δείχνεις θλιμμένος/η εδώ και κάμποσες μέρες > .
- Παρωθούμε το παιδί να μας μιλήσει για τα συναισθήματα του : < πες μου τι τρέχει>
- Προσπαθούμε να μπούμε στη θέση του παιδιού και σεβόμαστε τα συναισθήματα του.
- Επιτρέπουμε στο παιδί να μιλήσει περισσότερο από εμάς. Αποφεύγουμε να το διακόπτουμε.
- Αποφεύγουμε σχόλια που θα το κάνουν να νοιώσει ντροπή όπως : < έχεις ότι θες. Τι είναι αυτό που σε κάνει να νοιώθεις θλίψη ? >
- Υποβάλλουμε μία ερώτηση κάθε φορά και περιμένουμε την απάντηση του, δεχόμενοι ήρεμα και τη σιωπή του.
- Αποφεύγουμε να κάνουμε διάγνωση και να δίνουμε συμβουλές ή να εκφράζουμε την ανησυχία μας ή να είμαστε καθησυχαστικοί του τύπου : < είμαι με το μέρος σου και θα το περάσουμε μαζί αυτό > .
- Μοιραζόμαστε μαζί του τα συναισθήματα που μας γέννησε ένα βιβλίο, μια ταινία ή και ένα παιχνίδι με στόχο να ξεκινήσουμε διάλογο.
- Βοηθάμε το παιδί να καταλάβει ότι υπάρχουν διαφορετικοί τρόποι να αναλύσει τα συναισθήματα του. Συζητάμε τις επιλογές. Του δίνουμε λύσεις, για να διευθετήσει ένα πρόβλημα που μπορεί να έχει.
- Αναπτύσσουμε ένα πλάνο δράσης ´ . Τι επιθυμεί το παιδί να κάνει ; Σε τί μπορούμε εμείς να δεσμευτούμε ; Πότε εμείς οι δυο θα ξαναμιλήσουμε ;
- Η επικοινωνία, η αγάπη, η αποδοχή των συναισθημάτων του παιδιού, καθώς και η αναγνώριση του κουράγιου του να μιλήσει για δύσκολα πράγματα είναι το κλειδί της ανάπτυξης κλίμακος εμπιστοσύνης.
- Η υπομονή μπορεί να αποτελέσει το καλύτερο εργαλείο, όταν έχουμε επαφή με ένα παιδί που υποφέρει από κατάθλιψη.
- Παίρνουμε πάντα πολύ σοβαρά υπόψη μας τα σχόλια ενός παιδιού σχετικά με την αυτοεικόνα του, με την επιθυμία θανάτου και τις απόψεις του περί αυτοκτονίας.
- Η πολύ καλή επικοινωνία με την οικογένεια του παιδιού που υποφέρει από κατάθλιψη μας βοηθάει να εξοικειωθούμε με τις συνθήκες που επικρατούν στο σπίτι του παιδιού.
- Χρησιμοποιούμε στρατηγικές και τεχνικές μάθησης τέτοιες, που θα κινητοποιήσουν το ενδιαφέρον τους και θα ενεργοποιήσουν τα κίνητρα τους.
- Προσπαθούμε να οργανώσουμε ευχάριστες δραστηριότητες κατά τη διάρκεια της μέρας.

- Επαινούμε αυτά τα παιδιά συχνά, όταν τα καταφέρνουν. Αποφεύγουμε την κριτική, καθώς αυτά τα παιδιά έχουν την τάση να εστιάζουν σε ότι κάνουν με λανθασμένο τρόπο<sup>7</sup>

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>

### ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΩΝ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

Η ανασκόπηση της συμπτωματολογίας της κατάθλιψης, που παραθέσαμε παραπάνω, κάνει σαφή την τεράστια ποικιλία συμπτωμάτων που τη χαρακτηρίζει. Αν αναλογισθούμε επιπλέον την ποικιλία των τύπων της κατάθλιψης ανάλογα με την ύπαρξη και τη μορφή των εκλυτικών παραγόντων, το οικογενειακό ιστορικό και την κλινική πορεία, το φάσμα γίνεται πραγματικά απεριόριστο. Έτσι, μερικοί άνθρωποι πέφτουν σε κατάθλιψη μετά από σαφή τραυματικά γεγονότα, ενώ άλλοι φαίνονται να βυθίζονται σε κατάθλιψη χωρίς φανερή αιτία. Μερικοί ασθενείς έχουν οικογενειακό δέντρο φορτωμένο με καταθλιπτικούς συγγενείς, ενώ άλλοι έχουν οικογενειακό ιστορικό εντελώς ελεύθερο από ψυχική ασθένεια. Άλλοι ασθενείς βιώνουν σαφώς περιγεγραμμένα επεισόδια κατάθλιψης, ενώ άλλοι παραπονούνται ότι ήταν καταθλιπτικοί σ' όλη τους τη ζωή. Εξαιτίας αυτής της ποικιλομορφίας έχουν προταθεί μέχρι σήμερα πολλές ταξινομήσεις της κατάθλιψης, οι περισσότερες βασισμένες σε θεωρίες της αιτιολογίας της κατάθλιψης, που όμως δεν αποδείχθηκαν. Έτσι, υπάρχουν τα παλιότερα συστήματα, που αν και ουσιαστικά όχι ακριβή, εντούτοις χρησιμοποιούνται ακόμα από πολλούς κλινικούς, το νεότερο όμως σύστημα που περιέχεται στο DSM-III DSM-III-R και στο DSM-IV, είναι πολύ πιο ακριβέστερο καθώς βασίζεται στα συμπτώματα και στην κλινική πορεία.<sup>28</sup>

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

Πριν όμως προχωρήσουμε στην περιγραφή αυτής της διάκρισης ας αναφέρουμε μια απλούστερη αρχική διάκριση. Έτσι λοιπόν έχουμε την ήπια, μέτρια ή βαριά κατάθλιψη.

- **ΗΠΙΑ** Όταν η ένταση των συμπτωμάτων είναι χαμηλή και μπορείτε να επιτελέσετε τις καθημερινές σας δραστηριότητες, έστω και με μικρή δυσκολία.
- **ΜΕΤΡΙΑ** Όταν η ένταση των συμπτωμάτων είναι μεγάλη, αλλά καταφέρνετε έστω και με αρκετή δυσκολία να ανταποκριθείτε στις απαιτήσεις της καθημερινότητας.
- **ΒΑΡΙΑ** (Σοβαρή) Όταν η στενοχώρια, η αϋπνία, η κούραση και η ανορεξία έχουν διαταράξει πλήρως το ρυθμό της ζωής σας, έχετε φτάσει στο σημείο να παρατήσετε τη δουλειά σας ή σκέφτεστε να βλάψετε τον εαυτό σας.

### 3.1 ΜΕΙΖΩΝ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

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



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

**Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή, Μοναδικό Επεισόδιο**

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

Προσδιοριστές Βαρύτητας/Ψύχωσης/Υφησης

Χρόνιο - Με Κατατονικά Στοιχεία - Με Μελαγχολικά Στοιχεία - Με Άτυπα Στοιχεία - Με Επιλόχεια Έναρξη

**Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή, Υποτροπιάζουσα**

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

Προσδιοριστές Βαρύτητας/Τύχωσης/Υφησης

Χρόνιο - Με Κατατονικά Στοιχεία - Με Μελαγχολικά Στοιχεία - Με Άτυπα Στοιχεία - Με Επιλόχεια Έναρξη

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

- Ήπια, Μέτρια, Σοβαρή Χωρίς Ψυχωτικά Στοιχεία, Σοβαρή Με Ψυχωτικά Στοιχεία, Σε Μερική Υφηση, Σε Πλήρη.
- Χρόνια.
- Με Κατατονικά Στοιχεία.
- Με Μελαγχολικά Στοιχεία.
- Με Άτυπα Στοιχεία. Όσον αφορά την ευαισθησία στην απόρριψη, το άτομο μπορεί να φεύγει από τη δουλειά του νωρίτερα ή να χρησιμοποιεί ηρεμιστικά για ν' αντιμετωπίσει την κριτική που του γίνεται, μπορεί ν' αποφεύγει να κάνει σχέσεις ή να κάνει τρικυμώδεις σχέσεις εξαιτίας της

ευαισθησίας αυτής. Συχνά, μπορεί να συνυπάρχει Αποφευκτική Διαταραχή της Προσωπικότητας, Διαταραχή "Άγχους Αποχωρισμού, Ειδική ή Κοινωνική Φοβία.

- Με Επιλόχεια Έναρξης. Δεν διαφέρουν στη συμπτωματολογία από τα αντίστοιχα επεισόδια διαταραχής της διάθεσης χωρίς επιλόχεια έναρξη, εντούτοις μπορεί να χαρακτηρίζονται πιο συχνά από ευμετάβλητη διάθεση και από κυμαινόμενη κλινική πορεία. Συχνά μπορεί να υπάρχουν και ψυχωτικά στοιχεία. Όταν υπάρχουν παραληρητικές ιδέες, συχνά αφορούν το νεογέννητο. Μπορεί να υπάρχει αυτοκτονικός ιδεασμός, ψυχαναγκαστικές σκέψεις για βία προς το παιδί, αδυναμία συγκέντρωσης, ψυχοκινητική διέγερση, έντονο άγχος ή Προσβολές Πανικού, αυθόρμητο κλάμα (για πολύ μετά τη συνηθισμένη διάρκεια του φυσιολογικού κλάματος που διαρκεί για 3-7 μέρες μετά τον τοκετό), έλλειψη ενδιαφέροντος προς το νεογέννητο και αϋπνία, συνήθως αρχική. Συχνά σε επιλόχεια ψυχωτικά επεισόδια μπορεί να συμβεί *παιδοκτονία* με αφορμή ψευδαισθήσεις που δίνουν τέτοια εντολή ή παραληρητικές ιδέες ότι το παιδί είναι δαιμονισμένο. Τα επιλόχεια επεισόδια πρέπει, βέβαια να δ.δ από παραλήρημα, που μπορεί να συμβεί στην περίοδο αυτή και που χαρακτηρίζεται από διαταραχές της συνείδησης και της προσοχής. Επιλόχεια ψυχωτικά επεισόδια είναι πιο συχνά σε γυναίκες με προηγούμενα επεισόδια διαταραχής της διάθεσης με επιλόχεια έναρξη, αλλά και σε γυναίκες με προηγούμενο ιστορικό Διαταραχής της Διάθεσης (ειδικά Διπολικής I Διαταραχής).

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

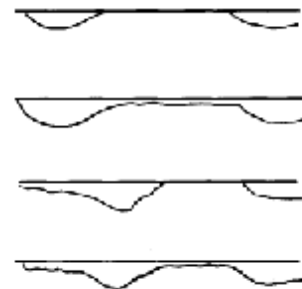
- Με ή Χωρίς Πλήρη Ανάρρωση Ανάμεσα στα Επεισόδια. Ο χαρακτηρισμός της πορείας γίνεται ακόμη πιο συγκεκριμένος αν σημειωθεί η παρουσία ή όχι προϋπάρχουσας Δυσθυμικής Διαταραχής. Οι παρακάτω τέσσερις γραφικές αναπαραστάσεις δείχνουν τέσσερις βασικές πορείες της Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής:

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

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

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

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



### 3.1.2 Επιδημιολογία

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

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

Οικογενειακό ιστορικό. Όπως ήδη αναφέραμε, η Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή είναι 1,5-3 φορές συχνότερη στους βιολογικούς συγγενείς πρώτου βαθμού ατόμων μ' αυτήν τη διαταραχή απ' ότι στον γενικό πληθυσμό. Μελέτες έχουν δείξει, επίσης, ότι υπάρχει αυξημένος κίνδυνος για Εξάρτηση από

Αλκοόλ στους ενήλικους βιολογικούς συγγενείς πρώτου βαθμού και ενδεχομένως για Διαταραχή Ελαττωματικής Προσοχής/Υπερκινητικότητας στα παιδιά, των ατόμων μ' αυτήν τη διαταραχή.

### 3.1.3 Κλινική πορεία

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

Τα περισσότερα Μείζονα Καταθλιπτικά Επεισόδια (τα δύο τρίτα περίπου των περιπτώσεων) αυτοπεριορίζονται και έχουν καλή πρόγνωση, ακόμη και χωρίς ειδική θεραπεία. Οπωσδήποτε, όμως, ειδικές σωματικές θεραπείες, όπως αντικαταθλιπτικά και ηλεκτροσόκ, ελαττώνουν την ένταση των συμπτωμάτων και επιταχύνουν την ανάρρωση. Πριν την εμφάνιση των σωματικών θεραπειών τα περισσότερα καταθλιπτικά επεισόδια διαρκούσαν έξι ως οκτώ μήνες. Με τη βοήθεια των θεραπειών αυτών τα επεισόδια διαρκούν τώρα μόνον εβδομάδες. Στο ένα τρίτο περίπου των περιπτώσεων τα Μείζονα Καταθλιπτικά Επεισόδια υποχωρούν μερικά (προσδιορισμός: Με Μερική Ύφεση) ή καθόλου. Τα άτομα που έχουν μερική μόνον ύφεση κινδυνεύουν περισσότερο να έχουν και άλλα επεισόδια και επίσης να συνεχίσουν το σχήμα της μερικής ανάρρωσης μεταξύ των επεισοδίων.

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

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

### 3.1.4 Επιπλοκές

Άτομα με Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή, ιδιαίτερα Υποτροπιάζουσα, μπορεί να παρουσιάζουν ελαττωμένη ενέργεια και ενεργητικότητα, φτωχή συγκέντρωση, έλλειψη ενδιαφέροντος, φτωχή απόδοση στην εργασία ή στο σχολείο, δυσκολίες στις διαπροσωπικές σχέσεις και στις κοινωνικές

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

Η πιο σοβαρή, όμως, επιπλοκή είναι η *αυτοκτονία*. Ο κίνδυνος για αυτοκτονία είναι ιδιαίτερα υψηλός σε άτομα με ψυχωτικά στοιχεία, με ιστορικό προηγούμενων αποπειρών, με οικογενειακό ιστορικό πετυχημένων αυτοκτονιών, με ταυτόχρονη χρήση ουσιών, που ζουν μόνο τους ή είναι διαζευγμένα ή χωρισμένα και που έχουν προετοιμάσει ένα (λεπτομερειακό) σχέδιο αυτοκτονίας. Η Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή έχει υψηλή θνησιμότητα. Μέχρι και 15% των ατόμων με σοβαρή Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή πεθαίνουν αυτοκτονώντας. Μελέτες έχουν δείξει ότι ο κίνδυνος αυτοκτονίας μεγαλώνει με την ηλικία και φθάνει στο τετραπλάσιο σε άτομα πάνω από 55 ετών. Υπολογίζεται ότι ο κίνδυνος αυτοκτονίας σε άτομα με διαταραχές της διάθεσης γενικά είναι 30 φορές μεγαλύτερος απ' ότι στον γενικό πληθυσμό.

## **3.2 ΔΥΣΘΥΜΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ**

### **3.2.1 Αιτιολογία**

Εμφανίζεται ύστερα από κάποιο ιδιαίτερα ανεπιθύμητο γεγονός, όπως είναι η απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου, η διακοπή κάποιου στενού προσωπικού δεσμού ή κάποια προσωπική αποτυχία απ' όπου προκύπτει και ο όρος αντιδραστική κατάθλιψη. Το εκλυτικό γεγονός συνδέεται με κάποια απωθημένη ψυχοσύγκρουση, γι' αυτό και συνοδεύεται συνήθως από αρκετό άγχος.

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

### **3.2.3 Διαφορική διάγνωση**

Όπως και οι άλλες νευρώσεις, και σε αντίθεση με την ψυχωτική κατάθλιψη, η δυσθυμική διαταραχή δεν τοποθετεί τον ασθενή εκτός πραγματικότητας και ούτε του στερεί την ικανότητα να ζητήσει ή να δεχθεί ψυχιατρική βοήθεια. Επίσης όσο μεγάλη κι αν είναι η βαρύτητά της δεν παρουσιάζει ψυχωτικά συμπτώματα. Τέλος, διαφέρει από την κατάθλιψη ενός οριακού ατόμου από το γεγονός ότι η οδυνηρή εικόνα του νευρωτικού είναι πιο πειστική, πιο ανθρώπινη και πιο συμπαθής καθώς ο εγωκεντρισμός και η αυθαιρεσία που χαρακτηρίζουν τα συναισθήματα του οριακού είναι λιγότερο έντονα ή ακόμα και απόντα.

Τα διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM-IV της Δυσθυμικής Διαταραχής παρουσιάζονται στον Πίνακα 3.

### Πίνακας 3. Διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM-IV της Δυσθυμικής Διαταραχής

- A.** Καταθλιπτική διάθεση στο μεγαλύτερο μέρος της μέρας, τις περισσότερες μέρες, όπως φαίνεται είτε από υποκειμενική εκτίμηση είτε σύμφωνα με παρατήρηση άλλων, τουλάχιστον για 2 χρόνια. Σημείωση: Σε παιδιά και εφήβους η διάθεση μπορεί να είναι ευερέθιστη και η διάρκεια πρέπει να είναι τουλάχιστον για 1 χρόνο.
- B.** Παρουσία, όταν το άτομο είναι σε κατάθλιψη, δύο (ή περισσότερων) από τα παρακάτω:
- (1) ελαττωμένη όρεξη ή υπερφαγία
  - (2) αϋπνία ή υπερυπνία
  - (3) ελαττωμένη ενέργεια/ενεργητικότητα ή κόπωση
  - (4) χαμηλή αυτοεκτίμηση
  - (5) ελαττωμένη ικανότητα για συγκέντρωση ή δυσκολία για λήψη αποφάσεων
  - (6) αισθήματα έλλειψης ελπίδας
- C.** Κατά τη διάρκεια της περιόδου των 2 χρόνων (1 χρόνου για παιδιά ή εφήβους) της διαταραχής, ποτέ το άτομο δεν ήταν ελεύθερο συμπτωμάτων των κριτηρίων A και B για διάστημα περισσότερο από 2 μήνες κάθε φορά.
- D.** Κατά τη διάρκεια των 2 πρώτων χρόνων της διαταραχής ( 1 χρόνου για παιδιά και εφήβους) δεν ήταν παρόν Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο·δηλαδή η διαταραχή δεν εξηγείται καλύτερα ως χρόνια Μείζον Καταθλιπτική Διαταραχή ή Μείζον Καταθλιπτική Διαταραχή, σε Μερική Ύφεση.
- Σημείωση:** Μπορεί να υπήρξε ένα προηγούμενο Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο, αρκεί να ήταν σε πλήρη ύφεση (όχι σημαντικά σημεία ή συμπτώματα για 2 μήνες) πριν την ανάπτυξη της Δυσθυμικής Διαταραχής. Επιπρόσθετα, μετά τα αρχικά 2 χρόνια ( 1 χρόνο για παιδιά ή εφήβους) της Δυσθυμικής Διαταραχής, μπορεί να επικάθονται επεισόδια Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής, περίπτωση στην οποία μπορούν να μπου και οι δύο διαγνώσεις, όταν πληρούνται τα κριτήρια για ένα Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο.
- E.** Δεν έχει υπάρξει ποτέ ένα Μανιακό Επεισόδιο, Μεικτό Επεισόδιο ή Υπομανιακό Επεισόδιο και δεν έχουν ποτέ (συμπληρωθεί τα κριτήρια για Κυκλοθυμική Διαταραχή.
- F.** Η διαταραχή δεν συμβαίνει αποκλειστικά και μόνον κατά τη διάρκεια της πορείας μιας χρόνιας Ψυχωτικής Διαταραχής όπως η Σχιζοφρένεια ή η Παραληρητική Διαταραχή.
- G.** Τα συμπτώματα δεν οφείλονται στα άμεσα φυσιολογικά αποτελέσματα της δράσης μιας ουσίας (π. χ. ουσία κατάχρησης, φάρμακο) ή μιας γενικής ιατρικής κατάστασης (π. χ. υποθυρεοειδισμός).
- H.** Τα συμπτώματα προκαλούν κλινικά σημαντική υποκειμενική ενόχληση ή έκπτωση στον κοινωνικό, επαγγελματικό ή σ' άλλους σημαντικούς τομείς της λειτουργικότητας.

*Προσδιορίστε αν:*

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

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

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

### **Με Άτυπα Στοιχεία**

#### **3.2.4 Συνοδά συμπτώματα και σημεία. Συνοδές διαταραχές**

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

#### **3.2.5 Επιδημιολογικά στοιχεία και Χαρακτηριστικά σχετικά με την ηλικία**

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

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

#### **3.2.6 Κλινική πορεία**

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

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

#### **3.2.7 Θεραπεία**

Η κατάσταση αυτή αντιμετωπίζεται αποτελεσματικά με ψυχοθεραπεία. Αγχολυτικά ψυχοφάρμακα και υπνωτικά συμβάλλουν στη θεραπεία ενώ τα αντικαταθλιπτικά συνήθως δεν ωφελούν. Το παραπάνω αυτό στοιχείο θα μπορούσε να θεωρηθεί στοιχείο διαφοροδιάγνωσης. Μια νευρωτική κατάθλιψη μπορεί να είναι η εξέλιξη ή η απόρροια μίας ψυχαναγκαστικής διαταραχής ή του αλκοολισμού, περίπτωση στην οποία η κατάθλιψη θεωρείται ως δευτερογενής.

### **3.3 ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΜΗ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΖΟΜΕΝΗ ΑΛΛΙΩΣ**

Η κατηγορία αυτή του DSM-IV περιλαμβάνει διαταραχές με καταθλιπτικά στοιχεία που δεν πληρούν τα κριτήρια για Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή, Δυσθυμική Διαταραχή, Διαταραχή της Προσαρμογής Με Καταθλιπτική Διάθεση ή Διαταραχή της Προσαρμογής Μεικτή Με Άγχος και

Καταθλιπτική Διάθεση. Μερικές φορές καταθλιπτικά συμπτώματα μπορεί να παρουσιάζονται σαν μέρος της Αγχώδους Διαταραχής Μη Προσδιοριζόμενης Αλλιώς.

Παραδείγματα της Καταθλιπτικής Διαταραχής Μη Προσδιοριζόμενης Αλλιώς είναι τα παρακάτω:

1. Προεμμηνορρυσιακή δυσφορική διαταραχή: Τα συμπτώματα αυτά πρέπει να είναι αρκετά σοβαρά, ώστε να παρεμποδίζουν έντονα την εργασία, το σχολείο ή τις συνηθισμένες δραστηριότητες και να είναι παντελώς απόντα για 1 τουλάχιστον εβδομάδα μετά την εμμηνορρυσία.
2. Ελάσσων καταθλιπτική διαταραχή: επεισόδια τουλάχιστον 2 εβδομάδων με καταθλιπτικά συμπτώματα, αλλά με λιγότερα από πέντε από αυτά που απαιτούνται για τη διάγνωση Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής (δηλ. Μείζονος Καταθλιπτικού Επεισοδίου).
3. Υποτροπιάζουσα βραχεία καταθλιπτική διαταραχή: καταθλιπτικά επεισόδια που διαρκούν από 2 μέρες μέχρι 2 εβδομάδες, που συμβαίνουν τουλάχιστον μια φορά τον μήνα για 12 μήνες (που δεν συνδέονται με τον εμμηνορρυσιακό κύκλο).
4. Μεταψυχωτική καταθλιπτική διαταραχή της Σχιζοφρένειας: ένα Μείζον Κατάθλιπτικό Επεισόδιο που συμβαίνει κατά τη διάρκεια της υπολειμματικής φάσης της Σχιζοφρένειας.
5. Ένα Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο επικαθήμενο σε Παραληρητική Διαταραχή, σε Ψυχωτική Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς ή στην ενεργό φάση της Σχιζοφρένειας.
6. Καταστάσεις στις οποίες ο κλινικός έχει καταλήξει στο ότι κάποια καταθλιπτική διαταραχή είναι παρούσα, αλλά δεν μπορεί να προσδιορίσει αν είναι πρωτοπαθής, οφειλόμενη σε γενική ιατρική κατάσταση ή προκαλούμενη από ουσίες.

Σημειώνουμε, ότι για τα παραδείγματα 1,2,3 και 4 το DSM-IV έχει προτείνει συγκεκριμένα ερευνητικά κριτήρια.

### **3.4 ΕΠΙΜΕΡΟΥΣ ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ**

#### **3.4.1 Εποχιακή κατάθλιψη**

Οι μουντές και ομιχλώδεις χειμωνιάτικες ημέρες μπορούν να χαλάσουν τη διάθεση. Η λεγόμενη «εποχιακή κατάθλιψη» ή «χειμερινή κατάθλιψη» μπορεί σε ορισμένες περιπτώσεις να εξελιχθεί σε βαριά ασθένεια με επικίνδυνες για τη ζωή συνέπειες. Αιτία εμφάνισης της εν λόγω ασθένειας είναι η μειωμένη λόγω εποχής έκθεση του ματιού στο φως. Το γεγονός αυτό προκαλεί σε άτομα με σχετική ευαισθησία διαταραχές στον μεταβολισμό του εγκεφάλου με αποτέλεσμα να εμφανίσουν κατάθλιψη.

#### **3.4.2 Επιλόχεια κατάθλιψη**

Το 10 – 15% των γυναικών εμφανίζει καταθλιπτικά επεισόδια την πρώτη ή τη δεύτερη εβδομάδα μετά τον τοκετό. Στις περισσότερες περιπτώσεις η ασθένεια εξελίσσεται σιωπηλά για εβδομάδες έως και μήνες. Οι κλινική εικόνα δεν διαφέρει από το τυπικό καταθλιπτικό επεισόδιο που εμφανίζεται σε άλλες περιόδους της ζωής. Θα πρέπει όμως να διακρίνουμε την επιλόχεια κατάθλιψη από την πολύ συνηθέστερη «επιλόχεια μελαγχολία» (baby blues). Αυτή ξεκινά την πρώτη εβδομάδα μετά τον τοκετό, κατά κανόνα όμως όχι πριν από την τρίτη ημέρα, και διαρκεί μόνο μερικές ώρες ή ημέρες. Εμφανίζεται στο 50% των λεχώνων και δεν έχει βαρύνουσα σημασία. Μία άλλη πάθηση με την οποία δε θα πρέπει να συγχέεται η επιλόχειος κατάθλιψη είναι η λοχειακή ψύχωση, η οποία είναι μία πολύ σοβαρή διαταραχή κατά την οποία η μητέρα έχει παραληρητικές ιδέες, π.χ. ότι το παιδί της είναι "γέννημα του Σατανά" κλπ. Η λοχειακή ψύχωση είναι σπάνια (1 στις 500 μητέρες) και εμφανίζεται συνήθως μερικές ημέρες μετά τον τοκετό.<sup>8</sup>

### **3.4.3 Μείζονα κατάθλιψη**

Κατά την μείζονα κατάθλιψη, ο ασθενής διακατέχεται από συναισθήματα δυστυχίας και απελπισίας, νιώθει αβοήθητος, απαισιόδοξος, ανασφαλής, ανίκανος και νιώθει πως όλα είναι μάταια. Διακατέχεται επίσης από ανηδονία, έλλειψη δηλαδή διάθεσης για ευχαρίστηση και αδυναμία άντλησης ικανοποίησης από καταστάσεις και δραστηριότητες οι οποίες στο παρελθόν όμως του προσέφεραν χαρά. Επίσης μπορεί να συνυπάρχει άγχος και ανησυχία. Πολύ μεγάλο ποσοστό ασθενών με μείζονα κατάθλιψη παρουσιάζει δυσκολία συγκέντρωσης και επιβράδυνση στη σκέψη, με αποτέλεσμα την εμφάνιση λειτουργικών προβλημάτων στην εργασία και γενικότερα στην καθημερινότητα του ατόμου. Παράλληλα πολύ έντονες είναι οι σκέψεις του θανάτου, με εμφάνιση αυτοκτονικού ιδεασμού, που τελικά οδηγεί το 10-15% των ασθενών αυτών να γίνουν αυτόχειρες (Σολδάτος και Λύκουρας, 2006) ενώ το 56% σε απόπειρες αυτοκτονίας (European Commission b, 2004). Η πιθανότητα τέλος της εμφάνισης ενός καταθλιπτικού επεισοδίου κατά τη διάρκεια της ζωής ενός ατόμου κυμαίνεται από 10-25% στις γυναίκες και 5-12% στους άνδρες (Σολδάτος και Λύκουρας, 2006) .

### **3.4.4 Υποστροφική κατάθλιψη**

Η αγχώδης κατάθλιψη παρατηρείται συχνά στην κλιμακτήριο στις γυναίκες και στην συνταξιοδότηση στους άνδρες αλλά και αργότερα σε πιο προχωρημένη ηλικία. Εκτός από το άγχος, τη χαρακτηρίζει η διαταραγμένη συμπεριφορά και η αϋπνία. Το συγκεκριμένο αυτό είδος της κατάθλιψης δεν σχετίζεται με κάποια τραυματική εμπειρία, εκτός από την απώλεια της αναπαραγωγικής ικανότητας στις γυναίκες και η μοναξιά που προκαλεί η απομάκρυνση των παιδιών από την οικογενειακή στέγη. Όσον αφορά τους άνδρες αιτία είναι και η απομάκρυνση από τους ανθρώπους της εργασίας και οι αλλαγές πλέον στις συνήθειες μιας ολόκληρης ζωής. Αντικειμενική απόδειξη ότι οι ενδοκρινικές και οι μεταβολικές αλλαγές που χαρακτηρίζουν την ηλικία αυτή, διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη διαταραχή αυτή, δεν υπάρχει. Τα άτομα τα οποία πάσχουν από μια τέτοια όψιμη μελαγχολία είναι συνήθως άτομα με ψυχαναγκαστικό χαρακτήρα και από το ιστορικό τους απουσιάζουν οι κυκλοθυμικές διακυμάνσεις.

### **3.4.5 Άτυπη κατάθλιψη**

Η Άτυπη κατάθλιψη, αφορά την περίπτωση όπου συμπτώματα όπως: βουλιμία, υπερφαγία, λαχτάρα για υδατάνθρακες , υποχονδριακές ενασχολήσεις, αδικαιολόγητες απουσίες από τη δουλειά, μειωμένη σχολική απόδοση, κοινωνική απόσυρση, απώλεια της αίσθησης του χιούμορ, έλλειψη κινητικότητας, ή υπερυπνία, κρύβουν μια κλινική κατάθλιψη.

### **3.4.6 Χρόνια κατάθλιψη**

Η υποτροπή και η μετάπτωση στη χρονιότητα είναι η πιθανότερη εξέλιξη σε ένα μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο . Μετά από το πρώτο μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο, ο κίνδυνος για δεύτερο επεισόδιο είναι περίπου 50%. Μετά το τρίτο επεισόδιο, ο κίνδυνος για τέταρτο επεισόδιο είναι περίπου 90%. Το 10% περίπου των ασθενών μετά από ένα μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο , δεν αναρρώνουν μετά από 5 χρόνια της νόσου. Το 7% δεν ανάρρωσαν μετά από 10 χρόνια. Αυτές είναι οι στατιστικές της δεκαετίας που πέρασε. Αλλά τα τελευταία χρόνια έχουν εμφανιστεί νεότερα αντικαταθλιπτικά φάρμακα, και έτσι ελπίζουμε σε καλύτερα αποτέλεσμα στο άμεσο μέλλον.



### 3.4.7 Παραληρητική Κατάθλιψη

Η Παραληρητική Κατάθλιψη, (βαρύτερη μορφή που μπορεί να απαιτήσει νοσηλεία, αλλά ευτυχώς σπανιότερη) όπου ο ασθενής εισέρχεται για τα καλά στο χώρο της ψύχωσης ( ψυχωσική κατάθλιψη ): εκτός από τα συνηθισμένα συμπτώματα που προκαλεί η μείζων κατάθλιψη, εμφανίζονται επιπλέον ψευδαισθήσεις:

1) ο ασθενής πιθανά να "ακούει" πένθιμες φωνές, κλάματα, βογγητά, κλπ. που δεν υπάρχουν στην πραγματικότητα στο περιβάλλον

2) ο ασθενής πιθανά να "βλέπει" πένθιμα σύμβολα ή σύμβολα θανάτου, να αιωρούνται κάπου στον αέρα κοντά του, ενώ φυσικά δεν υπάρχουν στην πραγματικότητα. Μεγάλη εντύπωση για παράδειγμα, μας προκάλεσε προ ετών μια ασθενής μας, η οποία έβλεπε σταυρούς, φέρετρα και τάφους να «κολυμπάνε» στο δωμάτιό της, ενώ από τους τοίχους κυλούσε αίμα! Χρειάστηκαν ισχυρές δόσεις αντιψυχωσικών φαρμάκων, μαζί με τα αντικαταθλιπτικά, για να υποχωρήσουν οι ψευδαισθήσεις.

3) ο ασθενής πιθανά να αναπτύξει ψευδείς πεποιθήσεις αναξιότητας και ενοχής, που δεν στηρίζονται σε κανένα πραγματικό γεγονός π.χ. ο ασθενής μπορεί να είναι εντελώς πεπεισμένος ότι είναι ένοχος για πράξεις που έκανε στο παρελθόν και γι' αυτό αξίζει και να τιμωρηθεί ακόμη και με θάνατο).

### 3.4.8 Η κατάθλιψη στις μεγαλύτερες ηλικίες

Όταν η ασθένεια εκδηλώνεται σε άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών, τότε μιλάμε για «γεροντική κατάθλιψη». Και στις μεγαλύτερες ηλικίες η κατάθλιψη εμφανίζεται με την ίδια συχνότητα. Στις περισσότερες όμως περιπτώσεις δεν δίνεται η δέουσα σημασία και η ασθένεια δεν αντιμετωπίζεται για χρόνια ολόκληρα. Οι μεγαλύτεροι σε ηλικία ασθενείς τείνουν να αποσιωπούν τα καταθλιπτικά συμπτώματα και να αναφέρουν άλλες σωματικές παθήσεις. Σε αυτή την ηλικία τα σωματικά συμπτώματα της κατάθλιψης είναι πιο εμφανή από ότι στις μικρότερες ηλικίες. Οι ασαφείς πόνοι που αναφέρουν τα ηλικιωμένα άτομα ενδέχεται να αποτελούν συμπτώματα κατάθλιψης. Παράγοντες που μπορεί να προκαλέσουν ή να ευνοήσουν αυτή τη μορφή κατάθλιψης είναι η ελλιπής ή κακή διατροφή ή η ανεπαρκής πρόσληψη υγρών.<sup>5</sup>

### 3.4.9 Καταθλιπτική ψευδοάνοια

Μερικοί καταθλιπτικοί ασθενείς παρουσιάζουν την εικόνα της υποφλοιώδους άνοιας, που ίσως να μην μπορεί να διαφοροδιαγνωστεί από την πρωτοπαθή άνοια. Σε ηλικιωμένους ασθενείς και σε ασθενείς με προϋπάρχουσα άνοια, η κατάθλιψη μπορεί να εκφράζεται κυρίως ως γνωσιακή δυσλειτουργία και η διαταραχή της διάθεσης να καλύπτεται. Το ανοϊκό σύνδρομο κατάθλιψης μπορεί να διαγνωστεί μόνο με ενδελεχείς ερωτήσεις, στις οποίες διαπιστώνονται μεταβολές της ενεργητικότητας, της όρεξης, του ύπνου, το οικογενειακό ιστορικό κατάθλιψης. Μια μέθοδος για να επιβεβαιωθεί ότι η κατάθλιψη είναι η αιτία της εκδήλωσης της άνοιας, είναι να παρατηρήσει κανείς την απόκριση του ασθενούς στα αντικαταθλιπτικά. Ωστόσο είναι πιθανό, μια καταθλιπτική άνοια με μερική ή πλήρη ύφεση ύστερα από αντικαταθλιπτική θεραπεία, να αναπτύξει πρωτοπαθή άνοια, που δεν απαντά πλέον στα αντικαταθλιπτικά. Η πρόωγη άνοια, η γεροντική άνοια και η κατάθλιψη, μπορούν να δυσκολέψουν σοβαρά έναν ψυχίατρο, και αρκετές φορές μόνον ο χρόνος δίνει την οριστική απάντηση.<sup>5</sup>

## **3.5 ΠΑΛΙΟΤΕΡΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗΣ**

### **3.5.1 Ενδογενής κατάθλιψη έναντι αντιδραστικής κατάθλιψης**

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

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

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

### **3.5.2 Ψυχωτική κατάθλιψη έναντι νευρωτικής κατάθλιψης**

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

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

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

Παρόλα αυτά, η παρουσία ή απουσία συγκεκριμένων ψυχωτικών συμπτωμάτων είναι σημαντικό στοιχείο για την κλινική εκτίμηση κάθε καταθλιπτικού ασθενή (γι' αυτό και προσδιορίζονται στην ταξινόμηση κατά DSM-IV, βλ. παρακάτω). Εκτός από τη σημασία τους για τη θεραπευτική αγωγή του ασθενή, η παρουσία ψυχωτικών συμπτωμάτων θάπρεπε να προειδοποιήσει τον κλινικό για αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονίας και για σοβαρή αντιμετώπιση της απόφασης για νοσηλεία του ασθενή.

### **3.5.3 Διεγερμένη κατάθλιψη έναντι επιβραδυμένης κατάθλιψης**

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

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

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

### **3.5.4 Πρωτοπαθής κατάθλιψη έναντι δευτεροπαθούς κατάθλιψης**

Ο όρος *πρωτοπαθής κατάθλιψη* αναφέρεται στην κατάθλιψη της οποίας δεν προηγείται και η οποία δεν συνδυάζεται με άλλη ψυχιατρική διαταραχή - ψύχωση, νεύρωση, αλκοολισμό κτλ. *Δευτεροπαθής κατάθλιψη* θεωρείται η κατάθλιψη όπου από το ιστορικό ή την εξέταση αναγνωρίζεται η ύπαρξη και άλλης ψυχιατρικής διαταραχής.<sup>1</sup>

### **3.6 ΣΥΓΧΡΟΝΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗΣ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ**

Σύμφωνα με το σύστημα ταξινόμησης που δημοσιεύτηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (The manual of the International Statistical Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death ICD-10 World Health Organization, 1993), η κατάθλιψη υπάγεται στις «διαταραχές διάθεσης» (συναισθηματικές διαταραχές). Αυτές λοιπόν οι διαταραχές ταξινομούνται με τους κωδικούς F30-F39 και περιλαμβάνουν τις παρακάτω κατηγορίες:

- F30 Μανιακό επεισόδιο
- F31 Διπολική Συναισθηματική Διαταραχή
- F32 Καταθλιπτικό επεισόδιο
- F33 Υποτροπιάζουσα καταθλιπτική διαταραχή
- F34 Επίμονες διαταραχές της διάθεσης (συναισθηματικές)
- F38 Άλλες διαταραχές της διάθεσης (συναισθηματικές)
- F39 Μη καθορισμένες διαταραχές της διάθεσης (συναισθηματικές)

#### **Πίνακας Ι**

##### **F30 Μανιακό επεισόδιο**

F30.0 Υπομανία

F30.1 Μανία χωρίς ψυχωσικά συμπτώματα

F30.2 Μανία με ψυχωσικά συμπτώματα

F30.8 Άλλα μανιακά επεισόδια

F30.9 Μανιακό επεισόδιο, μη καθορισμένο

##### **F31 Διπολική συναισθηματική διαταραχή**

F31.1 Διπολική συναισθηματική διαταραχή, παρόν επεισόδιο υπομανιακό

F31.2 Διπολική συναισθηματική διαταραχή, παρόν επεισόδιο μανιακό με ψυχωσικά συμπτώματα

F31.3 Διπολική συναισθηματική διαταραχή, παρόν επεισόδιο ήπιας ή μέτριας κατάθλιψης

.30 Χωρίς σωματικό σύνδρομο

.31 Με σωματικό σύνδρομο.

F31.4 Διπολική συναισθηματική διαταραχή, παρόν επεισόδιο βαριάς κατάθλιψης χωρίς ψυχωσικά συμπτώματα

F31.5 Διπολική συναισθηματική διαταραχή, παρόν επεισόδιο βαριάς κατάθλιψης με ψυχωσικά συμπτώματα

F31.6 Διπολική συναισθηματική διαταραχή, παρόν επεισόδιο μεικτό

F31.7 Διπολική συναισθηματική διαταραχή, σε αποδρομή κατά την παρούσα φάση

F31.8 Άλλες διπολικές συναισθηματικές διαταραχές

F31.9 Διπολική συναισθηματική διαταραχή, μη καθοριζόμενη

### **F32 Καταθλιπτικό επεισόδιο**

F32.0 Ήπιο καταθλιπτικό επεισόδιο

.00 Χωρίς σωματικό σύνδρομο

.01 Με σωματικό σύνδρομο

F32.1 Μέτριας βαρύτητας καταθλιπτικό επεισόδιο

.10 Χωρίς σωματικό σύνδρομο

.11 Με σωματικό σύνδρομο

F32.2 Βαρύ καταθλιπτικό επεισόδιο χωρίς ψυχωσικά σύνδρομα

F32.3 Βαρύ καταθλιπτικό επεισόδιο με ψυχωσικά σύνδρομα

F32.8 Άλλα καταθλιπτικά επεισόδια

F32.9 Καταθλιπτικό επεισόδιο, μη καθοριζόμενο

### **F33 Υποτροπιάζουσα καταθλιπτική διαταραχή**

F33.0 Υποτροπιάζουσα καταθλιπτική διαταραχή, παρόν επεισόδιο ήπιο

.00 Χωρίς σωματικό σύνδρομο

.01 Με σωματικό σύνδρομο

F33.1 Υποτροπιάζουσα καταθλιπτική διαταραχή, παρόν επεισόδιο μέτριας βαρύτητας

.10 Χωρίς σωματικό σύνδρομο

.11 Με σωματικό σύνδρομο

F33.2 Υποτροπιάζουσα καταθλιπτική διαταραχή, παρόν επεισόδιο βαρύ χωρίς ψυχωσικά συμπτώματα

F33.3 Υποτροπιάζουσα καταθλιπτική διαταραχή, παρόν επεισόδιο βαρύ με ψυχωσικά συμπτώματα

F33.4 Υποτροπιάζουσα καταθλιπτική διαταραχή, σε αποδρομή κατά την παρούσα φάση

F33.8 Άλλου τύπου υποτροπιάζουσες καταθλιπτικές διαταραχές

F33.9 4 Υποτροπιάζουσα καταθλιπτική διαταραχή, μη καθοριζόμενη

**F34 Επίμονες διαταραχές της διάθεσης**

F340 Κυκλοθυμία

F34.1 Δυσθυμία

F34.8 Άλλες επίμονες διαταραχές της διάθεσης(συναισθηματικές)

F34.9 Επίμονη διαταραχή της διάθεσης(συναισθηματική), μη καθοριζόμενη

**F38 Άλλες διαταραχές της διάθεσης (συναισθηματικές)**

F38.0 Άλλες μονήρεις διαταραχές της διάθεσης (συναισθηματικές)

.00 Μεικτό συναισθηματικό επεισόδιο

F38.1 Άλλες υποτροπιάζουσες διαταραχές της διάθεσης (συναισθηματικές)

.10 Βραχεία υποτροπιάζουσα καταθλιπτική διαταραχή

F38.8 Άλλες καθοριζόμενες διαταραχές της διάθεσης (συναισθηματικές)

**F39 Μη καθοριζόμενες διαταραχές της διάθεσης (συναισθηματικές)**

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup>

### ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Οι ειδικοί κάνουν διάγνωση εξετάζοντας τα "συμπτώματα" και τα "σημεία" που παρουσιάζει το άτομο. Τα συμπτώματα προσδιορίζονται από το άτομο, ενώ τα σημεία αποτελούν ανεξάρτητες παρατηρήσεις που κάνουν οι άνθρωποι του περιβάλλοντος του και ο ειδικός. Για παράδειγμα το κλάμα μπορεί να είναι σημείο ενώ η αϋπνία σύμπτωμα. Για να μπορέσει να φτάσει ο ειδικός σε ασφαλή διάγνωση, έχει την δυνατότητα να χρησιμοποιήσει μια σειρά από μέσα τα οποία είναι η συνέντευξη, οι ψυχολογικές δοκιμασίες και τα ερωτηματολόγια και οι εργαστηριακές εξετάσεις.

#### 4.1 Η ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ

Πραγματοποιείται συνέντευξη με τον ίδιο τον ενδιαφερόμενο ή και την οικογένεια του. Οι παρατηρήσεις που κάνουν τα κοντινά πρόσωπα του ατόμου ονομάζονται "συμπληρωματικές πληροφορίες" και αφορούν συνήθως πράγματα που ο ίδιος ο ειδικός δεν θα μπορούσε να παρατηρήσει (π.χ. ότι το άτομο δεν καθαρίζει πια το δωμάτιο του). Στη συνέντευξη ο ειδικός θα διερευνήσει τα παρακάτω:

- Πηγή παραπομπής
- Αίτιμα
- Κύρια ενοχλήματα και προβλήματα
- Ιστορικό παρόντων προβλημάτων
- Αναπτυξιακό (προηγούμενο) ιστορικό
- Οικογενειακό ψυχιατρικό ιστορικό
- Ιατρικό ιστορικό
- Ιστορικό χρήσης ουσιών και αλκοόλ
- Εξέταση ψυχικών λειτουργιών (εμφάνιση και συμπεριφορά, ομιλία, συγκινησιακή κατάσταση, σκέψη, αντίληψη, αισθητηριακή κατάσταση και γνωστικές λειτουργίες)

#### 4.2 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΔΟΚΙΜΑΣΙΕΣ Η ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ.

4.2.1 Υπάρχουν διάφορες δοκιμασίες που χρησιμοποιούνται ανάλογα με την περίπτωση και την εκπαίδευση του ειδικού, όπως:

- Προβολικά τεστ προσωπικότητας τεστ (Rorschach, TAT)
- Τεστ προσωπικότητας όπως το M.M.P.I
- Δομημένες συνεντεύξεις
- Ψυχιατρικές κλίμακες (Hamilton Rating Scale for Depression, Κλίμακα Montgomery-Asberg κ.ά.)
- Ερωτηματολόγια αυτοαξιολόγησης (π.χ. Beck Depression Inventory, Zung Depression Scale, Geriatric Depression Scale).

#### **4.2.2 ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ**

Ενδέχεται να ζητηθούν κάποιες εργαστηριακές εξετάσεις (για τον αποκλεισμό της πιθανότητας ύπαρξης των συμπτωμάτων λόγω μιας γενικής ιατρικής κατάστασης, όπως π.χ. υποθυρεοειδισμός).

#### **4.3 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ**

Τα κριτήρια για την διάγνωση της κατάθλιψης προκύπτουν από τα εξής Ταξινομικά Συστήματα:

α) DSM-IV Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, εκδίδεται από τον Αμερικανικό Ψυχιατρικό Σύλλογο. Σύντομα, αναμένεται η καινούρια αναθεωρημένη έκδοση DSM-V)

β) Ταξινόμηση ICD-10 Ψυχικών Διαταραχών και Διαταραχών Συμπεριφοράς της Διεθνούς Νοσολογικής Ταξινόμησης (The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical description and diagnostic guidelines, εκδίδεται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας).

Ένας ικανός ειδικός θα είναι προσεκτικός, θα σεβαστεί την μοναδικότητα του κάθε ατόμου και θα προσπαθήσει να αποκτήσει μια όσον το δυνατόν πληρέστερη άποψη για τις εξατομικευμένες δυσκολίες και τα προβλήματα του ενδιαφερόμενου, πριν καταλήξει σε διάγνωση.

Το βασικό διαγνωστικό κριτήριο για την κατάθλιψη είναι η ύπαρξη ενός ή περισσότερων Μείζονος Καταθλιπτικού Επεισοδίου.

Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο υφίσταται όταν υπάρχουν τουλάχιστον 5 από τα

παρακάτω συμπτώματα (εκ των οποίων οπωσδήποτε το 1 ή το 2):

1. καταθλιπτική διάθεση κατά το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, σχεδόν κάθε μέρα.
2. έντονη μείωση ή απώλεια του ενδιαφέροντος ή της ευχαρίστησης σε όλες ή σχεδόν όλες τις δραστηριότητες (που ευχαριστούσαν στο παρελθόν) κατά το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, σχεδόν κάθε μέρα.
3. σημαντική απώλεια βάρους (χωρίς δίαιτα) ή αύξηση του βάρους (περισσότερο από 5% σε ένα μήνα) ή μείωση ή αύξηση της όρεξης σχεδόν κάθε μέρα.
4. αϋπνία ή υπερυπνία σχεδόν κάθε μέρα.
5. ψυχοκινητική διέγερση/ανησυχία ή επιβράδυνση σχεδόν κάθε μέρα (που την παρατηρούν οι άλλοι, όχι απλά υποκειμενικά αισθήματα διέγερσης ή επιβράδυνσης).
6. κόπωση ή απώλεια ενεργητικότητας σχεδόν κάθε μέρα.
7. αισθήματα – ιδέες αναξιοτήτας ή υπερβολικής ενοχής.



8. μειωμένη ικανότητα του ατόμου να σκεφτεί (βραδύτητα στη σκέψη) ή να συγκεντρωθεί (δυσκολία συγκέντρωσης) ή να πάρει αποφάσεις (αναποφασιστικότητα) σχεδόν κάθε μέρα.

9. υποτροπιάζουσες (επαναλαμβανόμενες) σκέψεις θανάτου ή υποτροπιάζον αυτοκτονικός ιδεασμός χωρίς σχέδιο ή απόπειρα αυτοκτονίας ή συγκεκριμένο σχέδιο αυτοκτονίας.

Για να οριστικοποιηθεί η διάγνωση πρέπει τα συμπτώματα να είναι παρόντα συνεχώς για δεκαπέντε τουλάχιστον μέρες, να αντιπροσωπεύουν μια αλλαγή στην προηγούμενη λειτουργικότητα, να προκαλούν κλινικά σημαντική υποκειμενική ενόχληση ή έκπτωση στον κοινωνικό, επαγγελματικό ή άλλους σημαντικούς τομείς της λειτουργικότητας. Επιπρόσθετα, θα πρέπει να μην αποτελούν αντίδραση πένθους σε μια απώλεια αγαπημένου προσώπου (εκτός και αν επιμένουν περισσότερο από δύο μήνες). Τέλος, θα πρέπει να αποκλεισθούν σωματικές νόσοι (π.χ. υποθυρεοειδισμός) ή η επίδραση κάποιων ουσιών ή φαρμάκων (π.χ. ουσίες κατάχρησης, αντι-υπερτασικά) που ενδέχεται να προκαλούν συμπτώματα κατάθλιψης.

#### **4.4 Η διάγνωση της κατάθλιψης σε παιδιά και έφηβους.**

Είναι εξαιρετικά σημαντικό οι γονείς, οι εκπαιδευτικοί και άλλοι που φροντίζουν παιδιά να γνωρίζουν για την κατάθλιψη στην παιδική ηλικία. Η έγκαιρη αναγνώριση των συμπτωμάτων της πάθησης και η θεραπεία δημιουργούν τις καλύτερες προϋποθέσεις για την προστασία του παιδιού από μελλοντικά προβλήματα σε ψυχικό και κοινωνικό επίπεδο. Ωστόσο πολλά παιδιά και έφηβοι που υποφέρουν από κατάθλιψη δεν παίρνουν τη θεραπεία που χρειάζονται. Οι λόγοι είναι πολλοί. Αρχικά είναι δύσκολο να γίνει αποδεκτό ότι ένα παιδί παρουσιάζει κατάθλιψη. Επιπρόσθετα δεν γίνεται έγκαιρα αντιληπτό ότι τα συμπτώματα που παρουσιάζει το παιδί ανήκουν στο φάσμα της κατάθλιψης. Συχνά οι γονείς πιστεύουν ότι οι διαταραχές που παρουσιάζει το παιδί τους είναι μόνο παροδικές ή ότι είναι μια αντίδραση σε κάποιο γεγονός. Η αδυναμία αντίχενυσης του καταθλιπτικού προβλήματος αφήνει έτσι το παιδί χωρίς βοήθεια μαζί με τους κινδύνους της επιδείνωσης. Υπάρχει επίσης ο φόβος εκ μέρους της οικογένειας ότι εάν ένα παιδί οδηγηθεί σε ψυχίατρο για πρόβλημα κατάθλιψης, πιθανόν αυτό να ερμηνευτεί διαφορετικά από το περιβάλλον τους. Οι πιθανές αντιδράσεις των φίλων, συγγενών, των συμμαθητών ή άλλων από το περιβάλλον του παιδιού, αποτελούν ανασταλτικό παράγοντα για τους γονείς τόσο για την αναγνώριση όσο και για την κατάλληλη αντιμετώπιση του προβλήματος της κατάθλιψης στα παιδιά τους. Δεν είναι επίσης αμελητέες στις δυσκολίες των γονιών για την αντιμετώπιση του προβλήματος, οι φοβίες για τις πιθανές παρενέργειες των ψυχοφαρμάκων που χορηγούνται για τη θεραπεία της κατάθλιψης. Για τους λόγους αυτούς, είναι σημαντικό να γίνονται προσπάθειες για καλύτερη ενημέρωση των γονέων, των εκπαιδευτικών και της κοινωνίας γενικότερα για το πρόβλημα της κατάθλιψης στην παιδική ηλικία. Ο παραμερισμός για διάφορους λόγους της πραγματικής διάγνωσης και η στέρηση της θεραπείας προς το παιδί που τη χρειάζεται επιδεινώνουν το πρόβλημα. Οι συνέπειες μπορεί να είναι καταστροφικές.<sup>16,19</sup>

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup>

### ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

#### 5.1 Τα στάδια της θεραπείας

Η κατάθλιψη είναι βαριά, αλλά ιάσιμη ασθένεια. Δεν είναι απλώς μια έντονη θλίψη, ένα αίσθημα αποτυχίας ή η έλλειψη αποφασιστικότητας. Η πρόοδος που σημειώθηκε τα τελευταία χρόνια μάς επιτρέπει να επαναπροσδιορίσουμε την κατάθλιψη και να διαμορφώσουμε μια πιο ολοκληρωμένη εικόνα σχετικά με τις δυνατότητες θεραπείας της. Για την αποτελεσματική θεραπεία των καταθλιπτικών ασθενών απαιτείται μια ολιστική προσέγγιση. Στο πλαίσιο της θεραπείας επιλέγονται ή εφαρμόζονται συνδυαστικά διάφορες ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις, όπως γνωσιακές-συμπεριφορικές θεραπείες, ψυχοθεραπείες βάθους, θεραπείες συζήτησης, ανάλογα με τις ανάγκες του κάθε ασθενή. Σήμερα μπορούμε επομένως, να μιλάμε με βεβαιότητα ότι η φαρμακοθεραπεία και ψυχοθεραπεία δεν συγκρούονται μεταξύ τους και δεν είναι ανταγωνιστικές αλλά συνεργικές. Ο Πλάτων άλλωστε κάπου αναφέρει ότι «κανένα φάρμακο δεν ωφελεί αν δεν συνοδεύεται από τα κατάλληλα λόγια». Στην πραγματικότητα λοιπόν τα φάρμακα και η ψυχοθεραπεία συμπληρώνουν το ένα το άλλο. Τα φάρμακα λοιπόν αφενός ανακουφίζουν πολλά από τα σωματικά συμπτώματα στην κατάθλιψη ενώ η ψυχοθεραπεία αφετέρου συμβάλλει στην ανακούφιση του συναισθηματικού πόνου και βελτιώνει την λειτουργικότητα του αντικαταθλιπτικού. Μελέτες σε εξωτερικούς ασθενείς, έχουν δείξει ότι ο συνδυασμός ψυχοθεραπείας και φαρμακοθεραπείας, είναι περισσότερο αποτελεσματικός απ' ότι μια οποιαδήποτε θεραπεία από μόνη της. Η θεραπευτική αντιμετώπιση της κατάθλιψης και των συναισθηματικών διαταραχών ποικίλλει και είναι εξατομικευμένη σε μεγάλο βαθμό. Η πρόοδος που σημειώθηκε τα τελευταία χρόνια, μας επιτρέπει να επαναπροσδιορίσουμε την κατάθλιψη και να φτάσουμε στη διαμόρφωση μίας πιο ολοκληρωμένης εικόνας σχετικά με την δυνατότητα τις θεραπείας της. Οι κύριες θεραπευτικές προσεγγίσεις των ασθενών πραγματοποιούνται με τη βοήθεια φαρμάκων από το ένα μέρος και με τη βοήθεια ψυχοθεραπεία από το άλλο. Για την πλήρη θεραπεία της κατάθλιψης είναι πολύ σημαντική η σταθερή και εξειδικευμένη ψυχοθεραπεία και φαρμακοθεραπεία. Το 80% των ασθενών οι οποίοι δεν θεραπεύτηκαν πλήρως, υποτροπιάζουν. Για το λόγο αυτό είναι απαραίτητη μετά την κανονική και τυπική θεραπεία να ακολουθήσει συντηρητική θεραπεία. Κατά τη θεραπεία λοιπόν συντήρησης που ως στόχο έχει τη πρόληψη της υποτροπής, οι ασθενείς παρακολουθούνται για τουλάχιστο έξι μήνες. Όσο συχνότερες και εντονότερες ήταν οι φάσεις της κατάθλιψης τόσο πιο αναγκαία καθίσταται μια θεραπεία μακράς διάρκειας. Το γεγονός αυτό σημαίνει ότι οι ασθενείς παρακολουθούνται ακόμα και μετά την θεραπεία συντήρησης. Στο σημείο αυτό είναι σημαντικό να αναφέρουμε ότι η απαρχή των αντικαταθλιπτικών θεραπειών χρονολογείται το 1956, όταν παρατηρήθηκε ότι ένα αντιφυματικό φάρμακο βελτίωνε τη διάθεση. Δύο χρόνια λοιπόν αργότερα ανακαλύφθηκε το αντικαταθλιπτικό ιμιπραμίνη. Ήταν η πρώτη επιστημονικά αποδεδειγμένη θεραπεία της κατάθλιψης και απέδειξε ότι η κατάθλιψη αντιμετωπίζεται και φαρμακευτικά. Σήμερα υπάρχει μεγάλο μέγεθος και ποικιλία αντικαταθλιπτικών φαρμάκων. Αποτελούν αναγνωρισμένη θεραπεία για όλες τις μορφές μέτριας και σοβαρής κατάθλιψης ανεξαρτήτως αιτιολογίας. Το 80% περίπου των ασθενών που πάσχουν από κατάθλιψη ανταποκρίνονται στη θεραπεία με αντικαταθλιπτικά φάρμακα, τα οποία είναι αποτελεσματικά, μη εθιστικά και δεν χάνουν την καλή τους δράση κατά τη μακρόχρονη χρήση. Τα αντικαταθλιπτικά δεν δρουν άμεσα, η βελτίωση της διάθεσης των ασθενών απαιτεί συνήθως περίπου στις τρεις

εβδομάδες και περισσότερο, αντίθετα από τα ηρεμιστικά τα οποία δρουν άμεσα. Αρχικά μπορεί να παρατηρηθεί βελτίωση του ύπνου, η βελτίωση όμως της διάθεσης έρχεται αργότερα. Οι παρενέργειες των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων εμφανίζονται συνήθως στην αρχή της θεραπείας, είναι όμως ήπιες και συνήθως υποχωρούν στη συνέχεια. Εναλλακτικές στρατηγικές αντιμετώπισης της κατάθλιψης πραγματοποιούνται με τη βοήθεια της ηλεκτροσπασμοθεραπείας ή της φωτοθεραπείας, εφαρμόζονται σε επιλεγμένες περιπτώσεις. Συνοψίζοντας λοιπόν καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι τρία είναι τα στάδια για μια αποτελεσματική θεραπεία.

Στάδιο πρώτο: Εντατική θεραπεία.

Βελτιώνει τα συμπτώματα και βοηθά στην υποχώρησή τους. Διάρκεια: 4 - 8 εβδομάδες.

Στάδιο δεύτερο: Θεραπεία συντήρησης.

Εμποδίζει την υποτροπή μέσω περαιτέρω σταθεροποίησης της ασυμπτωματικής φάσης. Μόνον εφόσον κατά τη διάρκεια της εν λόγω θεραπείας δεν εμφανιστούν συμπτώματα για έξι περίπου μήνες, γίνεται λόγος για πλήρη ίαση. Διάρκεια: τουλάχιστον έξι μήνες.

Στάδιο τρίτο: Πρόληψη υποτροπής.

Εμποδίζει την επανεμφάνιση της ασθένειας μετά την πλήρη ίαση και προλαμβάνει την ανάπτυξη νέου επεισοδίου. Διάρκεια: ένα έως περισσότερα χρόνια

Παράλληλα με τη φαρμακευτική αγωγή ακολουθούνται ατομικές και ομαδικές θεραπείες, ενώ ανάλογα με τα συμπτώματα εφαρμόζονται επίσης μέθοδοι σωματικής και δημιουργικής θεραπείας, χαλάρωσης και αντιμετώπισης του άγχους (όπως είναι για παράδειγμα η βιοανάδραση, η τεχνική της προοδευτικής μυϊκής χαλάρωσης κατά Jacobson, η γιόγκα, οι τεχνικές Qigong και Tai Chi) σε διάφορους συνδυασμούς.

## **5.2 Θεραπεία επειγουσών καταστάσεων**

**5.2.1** Το πρώτο μέλημα του κλινικού είναι οι επείγουσες καταστάσεις. Η *αυτοκτονία* αποτελεί οπωσδήποτε τον μεγαλύτερο κίνδυνο για τα καταθλιπτικά άτομα και γι' αυτό θα πρέπει να εκτιμάται η πιθανότητα αυτοκτονίας σε *κάθε* άτομο που παρουσιάζει κατάθλιψη. Άλλωστε, τα άτομα με διαταραχές της διάθεσης αποτελούν την κατ' εξοχήν ομάδα πληθυσμού που αυτοκτονεί. Σκέψεις ή απόπειρες αυτοκτονίας μπορεί να είναι φανερές ή συγκαλυμμένες και έμμεσες π.χ. κατάχρηση ψυχοδραστικών ουσιών, επικίνδυνο οδήγημα κτλ. Στην κατάθλιψη μπορεί να υπάρξει και κίνδυνος *ανθρωποκτονίας* που δεν πρέπει να διαφύγει της προσοχής. Ο κίνδυνος αυτός συνδέεται κυρίως με ψυχωτική κατάθλιψη - με παραληρητικές ιδέες όπως π.χ. «τα παιδιά θα είναι καλύτερα αν πεθάνουν». *Οξεία ψυχωτική κατάθλιψη* όπως και *άρνηση λήψης τροφής ή πλήρης ανορεξία* με τη συνεπακόλουθη απίσχνανση και εξάντληση επίσης αποτελούν επείγουσες καταστάσεις, που πρέπει να αντιμετωπισθούν με νοσηλεία. Γενικότερα οι *ενδείξεις νοσηλείας* ενός καταθλιπτικού ασθενή είναι:

- Σοβαρός κίνδυνος αυτοκτονίας
- Σοβαρός κίνδυνος ανθρωποκτονίας
- Απώλεια της ικανότητας για φροντίδα του εαυτού είτε λόγω ακινητοποιητικών συμπτωμάτων είτε λόγω ψυχωτικού τρόπου σκέψης
- Οξείες παθολογικές καταστάσεις επικίνδυνες για τη ζωή του ατόμου που προέρχονται από την κατάθλιψη (π.χ. ανορεξία, αφυδάτωση)

- Συνακόλουθες παθολογικές καταστάσεις (π.χ. σοβαρή καρδιακή νόσος) που απαιτούν ειδική διάγνωση και θεραπεία.<sup>17,21</sup>

### **5.2.2 Βασικά σημεία και ενδείξεις που μας προϋδεάζουν ότι ο ασθενής διατρέχει κίνδυνο αυτοκτονίας**

- Έλλειψη προγράμματος ή ανησυχία για το μέλλον
- Παρατηρήσεις όπως: «θα με θυμάσαι, όταν θα λείπω;»
- Διακανονισμός των μελλοντικών υποχρεώσεων, όπως είναι η σύνταξη της διαθήκης του ατόμου ή ο προγραμματισμός της κηδείας του.
- Το μοίρασμα πολύτιμων και αγαπημένων προσωπικών αντικειμένων.
- Η απομάκρυνση από τους φίλους και τις κοινωνικές σχέσεις.
- Αδυναμία στη συγκέντρωση και τον ύπνο
- Δίνει με άμεσο ή έμμεσο τρόπο στοιχεία και ενδείξεις του προγράμματος της αυτοκτονίας του και αναζητά την μέθοδο της διεξαγωγής της.
- Εμφανίζει αιφνίδια ανάρρωση από την κατάθλιψη.

### **5.3 Αντικαταθλιπτικά φάρμακα**

Ενώ για την αντιμετώπιση της ελαφριάς μορφής κατάθλιψης αρκεί κατά κανόνα η ψυχοθεραπεία προκειμένου να επιτευχθούν καλά αποτελέσματα, η θεραπεία της κατάθλιψης μέτριας ή βαριάς μορφής απαιτεί επιπρόσθετα τη χορήγηση αντικαταθλιπτικών. Τα φάρμακα που χορηγούνται για τη θεραπεία της κατάθλιψης δρουν βάσει της θεραπευτικής αρχής που ανακάλυψε πριν από 50 χρόνια ο Roland Kuhn στην Ελβετία και στοχεύουν στην ενίσχυση των νευροδιαβιβαστών (σεροτονίνης, νοραδρεναλίνης, ντοπαμίνης). Για πολύ καιρό επικρατούσε η άποψη ότι η δράση των αντικαταθλιπτικών συνίσταται απλά στην αύξηση της συγκέντρωσης των εν λόγω νευροδιαβιβαστών. Σήμερα όμως γνωρίζουμε ότι εξομαλύνουν τη δράση των ορμονών άγχους. Και το βαλσαμόχορτο (*Hypericum perforatum*), το φυτικό θεραπευτικό μέσο που είναι αποτελεσματικό σε καταθλιπτικές διαταραχές ελαφριάς έως μέτριας μορφής, δρα μεταξύ άλλων επηρεάζοντας τα επίπεδα σεροτονίνης και νοραδρεναλίνης. Προκειμένου να μην χαθεί πολύτιμος χρόνος λόγω πρόωρης και αχρείαστης αλλαγής φαρμάκου, πρέπει να ληφθεί υπόψη ότι τα αντικαταθλιπτικά χρειάζονται δύο έως τέσσερις εβδομάδες για να δράσουν. Για τον λόγο αυτό οποιαδήποτε αλλαγή του συνταγογραφούμενου φαρμάκου θα πρέπει να γίνει μετά από λήψη επαρκούς ποσότητας, το νωρίτερο μετά το πέρας τεσσάρων εβδομάδων. Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα λοιπόν χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία των οξέων καταθλιπτικών επεισοδίων, την ανακούφιση των πιο χρόνιων καταθλιπτικών συμπτωμάτων και την πρόληψη υποτροπιάζόντων καταθλιπτικών επεισοδίων. Τα παλιότερα και πιο διαδεδομένα είναι τα *τρικυκλικά* αντικαταθλιπτικά. Άλλα αντικαταθλιπτικά φάρμακα είναι οι *αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης (ΜΑΟ)* και νεότερα αντικαταθλιπτικά όπως π.χ. οι *εκλεκτικοί αναστολείς της επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (ΕΑΕΣ)*. Ο μηχανισμός δράσης των αντικαταθλιπτικών βασίζεται στην ικανότητα τους να ενδυναμώνουν τη δράση της νορεπινεφρίνης και σεροτονίνης στον εγκέφαλο.

### **5.3.1 Μύθοι σχετικά με τα αντικαταθλιπτικά**

Τα αντικαταθλιπτικά που χορηγούνται σήμερα για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης δεν προκαλούν σχεδόν καθόλου παρενέργειες. Σε περίπτωση που υπάρξουν παρενέργειες, είναι συνήθως παροδικές και εμφανίζονται μόνο στην αρχή της αγωγής. Τα αντικαταθλιπτικά δεν έχουν εθιστική δράση και δεν αλλοιώνουν την προσωπικότητα. Δεν είναι διεγερτικά ή ηρεμιστικά. Στόχος της θεραπείας δεν είναι σε καμία περίπτωση η συγκάλυψη των προβλημάτων. Αντιθέτως: η βελτίωση που επιφέρει η φαρμακευτική θεραπεία συχνά προετοιμάζει το έδαφος για την ψυχοθεραπεία. Η σωστή χρήση των αντικαταθλιπτικών λειτουργεί ως στήριγμα ή δεκανίκι, καθώς μέσα από την εξομάλυνση του μεταβολισμού των νευρικών κυττάρων βοηθούν στην κινητοποίηση των δυνάμεων αυτοϊασης. Είναι η βοήθεια για αυτοβοήθεια.

### **5.3.2 Τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά**

- Αμιτρυπτιλίνη,
- Δοξεπίνη,
- Ιμιπραμίνη,
- Νορτριπτιλίνη,
- Ντεζιπραμίνη,
- Προτριπυλίνη ,
- Χλωριμιπραμίνη

Πλεονεκτήματα:

α) αποτελεσματικά σε οξείες και μακροχρόνιες καταθλιπτικές διαταραχές

β) βοηθά περίπου το 70% των ατόμων που πάσχουν από οξεία καταθλιπτική διαταραχή

γ) συνήθως τα αποτελέσματα γίνονται φανερά 1-3 εβδομάδες μετά την έναρξη της θεραπείας και κάποιες φορές μετά από 4-6 εβδομάδες

Κίνδυνοι και προφυλάξεις:

1. Ξηροστομία, αδυναμία, λήψη βάρους, θολότητα οράσεως, δυσκοιλιότητα, στατική υπόταση, κατακράτηση ούρων, ναυτία, εφίδρωση, προσωρινή σύγχυση και διαταραχές του λόγου.
2. Σοβαρά καρδιολογικά προβλήματα όπως αρρυθμίες, ταχυκαρδία και έμφραγμα του μυοκαρδίου.
3. Κίνδυνος πρόκλισης παροξυσμικής δραστηριότητας σε επιρρεπή άτομα.
4. Στερητικά συμπτώματα που προκαλούνται από αιφνίδια διακοπή.
5. Αλληλεπιδράσεις με άλλα φάρμακα όπως είναι οι αναστολείς MAO, οι φαινοδιαζίνες, το αλκοόλ, τα βαρβιτουρικά και τα αντιπηκτικά.
6. Υπερδοσολογία

### **5.3.3 Μη τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά ή αλλιώς αντικαταθλιπτικά δευτέρης γενιάς ή άτυπα αντικαταθλιπτικά**

Maprotiline (Ludomil) , Fluoxetine hydrochloride (Prozac).

Πλεονεκτήματα:

- α) Μπορούν να χρησιμοποιηθούν εάν ο ασθενής δεν ανταποκρίνεται στα τρικυκλικά.
- β) Έχουν λιγότερες παρενέργειες, συμπεριλαμβανομένων και των καρδιακών, σε σχέση μ' αυτές των τρικυκλικών καθώς και ταχύτερη έναρξη δράσης.

Κίνδυνοι:

1. Επίμονη διέγερση του πέους στους άνδρες
2. Ναυτία
3. Τρόμος
4. Αδυναμία
5. Νευρικήτητα
6. Αϋπνία
7. Απώλεια βάρους
8. Ζάλη

#### **5.3.4 Καταστολείς μονοαμινοξειδάσης (ΜΑΟΙ).**

Ισοκαρβοξίδη (Marplan), Τρανυλκυπρομίνη (Parnate), Νιαλαμίδα (Niamid), Φενελζίνη (Nardil)

#### **5.3.5 Διεγερτικά**

Δεξτραμφεταμίνη (Dexedrine) , Μεθαμφεταμίνη (Methedrine), Μεθυλφενιδάτη (Ritalin)

### **5.4 ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Η θεραπεία της κατάθλιψης πρέπει να περιλαμβάνει ψυχοθεραπεία, σκοπός της οποίας είναι η αλλαγή του τρόπου με τον οποίο διαχειρίζεται κανείς το άγχος, η αύξηση της αυτοεκτίμησης και η σωστή επεξεργασία των προσωπικών στρεσογόνων βιωμάτων. Από τις υπάρχουσες ψυχοθεραπευτικές μεθόδους, καλύτερα μελετημένες και αποτελεσματικές θεωρούνται σήμερα η συμπεριφορική θεραπεία και η διαπροσωπική ψυχοθεραπεία. Οι θεραπείες μειώνουν επιπλέον σε βάθος χρόνου τον κίνδυνο υποτροπής και χρησιμοποιούνται αποτελεσματικά τόσο εντός όσο και εκτός θεραπευτικών κλινικών. Στο επίκεντρο των σύγχρονων μεθόδων θεραπείας δεν βρίσκεται η διερεύνηση παλιών συγκρούσεων και αιτιών και η ενασχόληση με ελλείμματα, αλλά η εύρεση λύσεων και η κινητοποίηση πόρων. Τα συναισθήματα, οι σκέψεις και οι πράξεις μας βρίσκονται σε διαρκή αλληλεπίδραση και επηρεάζουν τις σωματικές μας λειτουργίες. Η πεσμένη διάθεση για παράδειγμα επιτείνεται από αρνητικές σκέψεις. Η κοινωνική απομόνωση, που αποτελεί συχνά φυσικό επακόλουθο της κακής διάθεσης, επιτείνει με τη σειρά της τις δυσάρεστες σκέψεις και τα αρνητικά συναισθήματα. Η δημιουργία νέου άγχους ως αποτέλεσμα των παραπάνω εγκλωβίζει τον καταθλιπτικό σε έναν φαύλο κύκλο από τον οποίο αδυνατεί να αποδράσει. Η ψυχοθεραπευτική αντιμετώπιση δίνει στον ασθενή τη δυνατότητα να σπάσει αυτόν τον κύκλο. Συχνά είναι σημαντικό να ξεκινήσει ο ασθενής δραστηριότητες που θα βελτιώσουν τη διάθεσή του. Αυτό είναι κάτι που δύσκολα θα έκανε από μόνος του. Η ατομική ψυχοθεραπεία που βασίζεται στις ψυχοδυναμικές αρχές - ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία - είναι ίσως η πιο διαδεδομένη ψυχοθεραπευτική προσέγγιση στην κατάθλιψη. Φυσικά η ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία δίνει έμφαση στις προηγούμενες εμπειρίες και βιώματα του ατόμου και στα

ασυνείδητα κίνητρα που προσδιορίζουν τη συμπεριφορά του. Η κατάθλιψη, σαν σύνδρομο, βοηθείται στην ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία έμμεσα, σαν αποτέλεσμα της βελτίωσης των διαπροσωπικών σχέσεων, της εμπιστοσύνης προς τα άλλα άτομα, των αμυντικών μηχανισμών, της συναισθηματικής εναισθησίας, της παραγωγικότητας και δημιουργικότητας κτλ. Η βελτίωση αυτή, βέβαια, έρχεται μέσα από την εξέταση, επαναβίωση και ερμηνεία σημαντικών προβλημάτων και συγκρούσεων της παιδικής ηλικίας καθώς επανεμφανίζονται στη μεταβιβαστική σχέση θεραπευτή-ασθενή. Τα παραπάνω, όμως, αφορούν τη μακράς διάρκειας ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία, η οποία και ενδείκνυται για τις περιπτώσεις που η ζωή του ατόμου είναι χρόνια διαταραγμένη από τις ασυνείδητες συγκρούσεις του (και εφόσον βέβαια ο ασθενής είναι κινητοποιημένος). Πρόσφατα έχει διαδοθεί σημαντικά η διαπροσωπική θεραπεία, που είναι επίσης ουσιαστικά μια βραχείας διάρκειας ψυχοθεραπεία (12-16 συνεδρίες). Η διαπροσωπική θεραπεία περιλαμβάνει συνδυασμό υποστήριξης (ενθάρρυνση, καθοδήγηση στις καθημερινές ανάγκες του ατόμου), φαρμακοθεραπείας, διδασκαλίας της φύσης, των χαρακτηριστικών και της πορείας του συνδρόμου της κατάθλιψης και κυρίως εστιάζεται στην αναγνώριση και βελτίωση του χειρισμού *διαπροσωπικών προβλημάτων*, όπως πένθος και κάθε μορφής απώλεια, διαπροσωπικές διαμάχες, αλλαγές ρόλου στη ζωή, διαπροσωπικές ανεπάρκειες κτλ. που θεωρούνται ότι σχετίζονται με την κατάθλιψη.

## **5.5 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΠΑΙΔΙΩΝ ΚΑΙ ΕΦΗΒΩΝ**

Εάν οι γονείς ή οι εκπαιδευτικοί διαπιστώσουν ότι ένα παιδί ή ένας έφηβος παρουσιάζει σημεία ή συμπτώματα που πιθανόν να εντάσσονται στα πλαίσια της κατάθλιψης, χρειάζεται να ζητήσουν βοήθεια από γιατρό. Εάν υπάρχουν σωματικές διαταραχές, ο γιατρός θα μπορέσει να βρει εάν υπάρχει, μια οργανική πάθηση που ευθύνεται για τα προβλήματα. Παράλληλα η αξιολόγηση της ψυχικής υγείας του παιδιού ή του έφηβου από ψυχολόγο ή και ψυχίατρο, επιτρέπει τη καλύτερη κατανόηση της κλινικής εικόνας και τη διάγνωση της κατάθλιψης εφόσον αυτή υπάρχει. Για τη θεραπεία της κατάθλιψης στην παιδική και εφηβική ηλικία βοηθούν η οικογενειακή θεραπεία, η ψυχοθεραπεία, η ψυχοκοινωνική θεραπεία και τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα. Η χρήση των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων στην παιδική ηλικία χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή. Πρέπει να χορηγούνται από ψυχιάτρους έμπειρους στη χορήγηση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων στα παιδιά. Η ορθή δοσολογία και παρακολούθηση αποτρέπει σε μεγάλο βαθμό τις παρενέργειες. Τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται περιλαμβάνουν τους επιλεκτικούς αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (SSRI) όπως η φλουοξετίνη, η σερταλίνη, η παροξετίνη, η σιταλοπράμη και η φλουβοξαμίνη. Σε μερικά παιδιά και έφηβους με κατάθλιψη, τα φάρμακα αυτά αυξάνουν τις σκέψεις αυτοκτονίας. Για αυτό απαιτείται εξαιρετική προσοχή στη χορήγηση ψυχοφαρμάκων σε παιδιά με κατάθλιψη και στην παρακολούθησή τους. Πρόσφατες έρευνες έχουν αξιολογήσει τη θεραπεία για κατάθλιψη με εκλεκτικούς αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης στην παιδική και εφηβική ηλικία. Το συμπέρασμα που προκύπτει είναι ότι τα οφέλη μιας τέτοιας θεραπείας είναι σημαντικά περισσότερα από τους κινδύνους όταν μια τέτοια θεραπεία γίνεται κάτω από τη στενή επίβλεψη γιατρού. Επίσης ακόμη ένα σημαντικό συμπέρασμα είναι ότι τα αποτελέσματα της αντιμετώπισης είναι καλύτερα όταν προσφέρεται συνδυασμένη θεραπεία με αντικαταθλιπτικά φάρμακα και ψυχοθεραπεία παρά όταν δίνεται μόνη της μία από τις δύο θεραπείες. Συνοπτικά θα συγκρατήσουμε ότι ένα σημαντικό ποσοστό παιδιών και εφήβων προσβάλλονται από κατάθλιψη. Για την αναγνώριση και έγκαιρη αντιμετώπιση του προβλήματος και αποφυγή δυσάρεστων ή καταστροφικών εξελίξεων, είναι απαραίτητο όπως οι γονείς, οι εκπαιδευτικοί και όσοι έχουν υπό τη φροντίδα τους παιδιά και έφηβους, να γνωρίζουν τις ιδιαιτερότητες και τους κινδύνους του προβλήματος.<sup>16,19</sup>

## **5.6 ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΩΣ ΠΡΟ ΤΗΣ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΦΑΡΜΑΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ**

### **5.6.1 Συμπεριφορική θεραπεία**

Ο καθένας μας αποκτά κατά τη διάρκεια της ζωής του τυπικά μοντέλα συμπεριφοράς, στάσεις και συναισθηματικές αντιδράσεις μέσα από προσωπικές εμπειρίες και μέσα από τη μίμηση. Σε ό,τι αφορά την κατάθλιψη υπάρχει μια σειρά τυπικών μοντέλων σκέψης και συμπεριφοράς που σε συνδυασμό με υπερβολικά φορτικές καταστάσεις και χρόνιο άγχος οδηγούν στην εκδήλωση της διαταραχής. Στο πλαίσιο της θεραπείας εξετάζονται και ελέγχονται συγκεκριμένοι προβληματικοί τρόποι συμπεριφοράς, μοντέλα σκέψης και στάσεις. Η «συμπεριφορική θεραπεία» αντιμετωπίζει τα αρνητικά μοντέλα τόσο σε επίπεδο σκέψης όσο και σε επίπεδο συμπεριφοράς. Η αλλαγή της συμπεριφοράς, όπως για παράδειγμα η εκ νέου ενασχόληση με ευχάριστες, κοινωνικές δραστηριότητες, οδηγεί συν τω χρόνω σε θετικά συναισθήματα και νέες εμπειρίες. Τα παραπάνω οδηγούν με τη σειρά τους σε αλλαγή του περιεχομένου της σκέψης και αντίστροφα. Στόχος της συμπεριφορικής θεραπείας είναι, μεταξύ άλλων, η απόκτηση δεξιοτήτων για την επιτυχημένη και ικανοποιητική διαμόρφωση κοινωνικών σχέσεων και για την ορθή διαχείριση των συναισθημάτων. Πρόσθετο στόχο θα μπορούσε να αποτελέσει και η καλύτερη επεξεργασία παρελθόντων φορτικών εμπειριών, τρεχουσών κρίσεων και δύσκολων καταστάσεων.<sup>30</sup>

### **5.6.2 Διαπροσωπική ψυχοθεραπεία**

Η διαπροσωπική ψυχοθεραπεία ενδείκνυται ειδικά για τη θεραπεία της κατάθλιψης. Αφετηρία της αποτελεί η παραδοχή ότι οι διαπροσωπικές σχέσεις μπορούν να συμβάλουν σε μεγάλο βαθμό στην εμφάνιση της κατάθλιψης. Γίνεται δεκτό ότι προηγούμενες διαπροσωπικές και ψυχικές εμπειρίες του ασθενή αποτυπώνονται και στη σημερινή του συμπεριφορά. Φορτικά γεγονότα (όπως είναι για παράδειγμα ο θάνατος κοντινού προσώπου ή ο χωρισμός από τον σύντροφο) και δύσκολες καταστάσεις (όπως για παράδειγμα η ψυχολογική παρενόχληση στην εργασία, η απώλεια της εργασίας και η συνταξιοδότηση ή οι έντονες διενέξεις με τους οικείους) πιθανώς να οδηγήσουν στην εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Για κάποιους ασθενείς ενδέχεται να είναι σημαντική η επεξεργασία των βιωμάτων απώλειας (πένθος) ή η αντιμετώπιση της μετάβασης από έναν κοινωνικό ρόλο σε άλλο (όπως συμβαίνει για παράδειγμα όταν τα παιδιά φεύγουν από το σπίτι ή κατά τη συνταξιοδότηση). Στόχος της διαπροσωπικής ψυχοθεραπείας είναι η ανακούφιση από τα καταθλιπτικά συμπτώματα, καθώς και η βελτίωση των διαπροσωπικών σχέσεων

### **5.6.3 Θεραπεία στέρησης του ύπνου**

Η στέρηση του ύπνου βελτιώνει τη διάθεση. Αρχικά αυτό μπορεί να ακούγεται περίεργο, δεδομένου ότι πολλοί καταθλιπτικοί ασθενείς πάσχουν ούτως ή άλλως από διαταραχές ύπνου. Όμως, η μερική, κατά κανόνα, στέρηση του ύπνου έχει αποδειχθεί ιδιαίτερα αποτελεσματική στη θεραπεία της κατάθλιψης. Ο ασθενής πέφτει για ύπνο σε φυσιολογική ώρα και ξυπνά γύρω στη μία το πρωί. Κατά τη διάρκεια της θεραπείας στέρησης του ύπνου είναι σημαντικό να μην κοιμηθεί κανείς κατά τη διάρκεια της ημέρας ούτε για λίγο, καθώς αυτό θα μπορούσε να καταστρέψει όλη τη βελτιωτική για τη διάθεση δράση. Η εν λόγω θεραπεία διεξάγεται τις



περισσότερες φορές σε ομάδα, καθώς είναι πολύ δύσκολο να την ακολουθήσει κανείς μόνος του.

#### **5.6.4 Φωτοθεραπεία**

Η εφαρμογή της συγκεκριμένης θεραπευτικής μεθόδου, η οποία δεν προκαλεί σχεδόν καμία παρενέργεια, έχει αποδειχθεί ιδιαίτερα αποτελεσματική όχι μόνο για τη θεραπεία της χειμερινής κατάθλιψης, αλλά και όλων των μορφών κατάθλιψης. Καθημερινά ο ασθενής εκτίθεται για 30 έως 60 λεπτά σε έντονο φως (2.500 έως 10.000 Lux). Κατά τη διάρκεια της συνεδρίας ο ασθενής έχει τη δυνατότητα να διαβάσει. Κατά κανόνα, όσο πιο νωρίς το πρωί εφαρμόζεται η θεραπεία, τόσο καλύτερα αποτελέσματα έχει. Η εν λόγω θεραπεία μπορεί να εφαρμοστεί προληπτικά στην τυπική υποτροπιάζουσα κατάθλιψη το φθινόπωρο και τον χειμώνα.

#### **5.6.5 Συστημική -οικογενειακή θεραπεία**

Στη «συστημική -οικογενειακή θεραπεία» στο επίκεντρο βρίσκεται η ομάδα (=σύστημα) στην οποία ζει ο κάθε ασθενής. Το σύστημα αυτό μπορεί να ορίζεται ως ζευγάρι, οικογένεια, φιλικός κύκλος ή ομάδα στον χώρο εργασίας. Σημείο εκκίνησης αποτελεί η παραδοχή ότι ο ασθενής είναι «φορέας συμπτωμάτων» και ως εκ τούτου η αναζήτηση και επεξεργασία της πηγής των προβλημάτων του πρέπει να γίνει σε επίπεδο συστήματος. Όπως και στη διαπροσωπική ψυχοθεραπεία, έτσι και σε αυτό το είδος θεραπείας στο επίκεντρο βρίσκονται οι διαπροσωπικές και κοινωνικές σχέσεις.

#### **5.6.6 Η άσκηση ως βοηθητική θεραπευτική μέθοδος**

Αρκετές έρευνες της τελευταίας δεκαετίας δείχνουν ότι η συστηματική συμμετοχή σε προγράμματα άσκησης και φυσικές δραστηριότητες, μειώνουν τα επίπεδα της κατάθλιψης. Τα άτομα με κατάθλιψη τείνουν να κάνουν καθιστική ζωή και να μην ασχολούνται με σπορ και φυσικές δραστηριότητες. Έτσι, τίθεται ένα ερώτημα αν είναι η κατάθλιψη που δημιουργεί τάσεις αδράνειας ή αν η καθιστική ζωή επιτείνει το πρόβλημα της κατάθλιψης. Βεβαίως, είναι πλέον παραδεκτό, ότι τα σπορ και οι φυσικές δραστηριότητες συνεισφέρουν στη σωματική και την ψυχική υγεία των ατόμων. Επιπλέον, τα άτομα που είναι κινητικά δραστήρια έχουν λιγότερες πιθανότητες να αναπτύξουν κατάθλιψη. Τα άτομα δε που έχουν ήδη κατάθλιψη, μπορούν να προσφύγουν σε ψυχολογική ή φαρμακευτική υποστήριξη, αλλά μπορούν ταυτόχρονα να προσφύγουν και στα σπορ και τις φυσικές δραστηριότητες και να βοηθηθούν ουσιαστικά. Στην κατεύθυνση αυτή υπάρχει ένα καλό και ένα κακό. Το κακό είναι ότι η συμμετοχή στα σπορ δεν είναι ένα χάπι που πρέπει να πάρει κανείς γρήγορα και εύκολα. Το καλό είναι ότι τα σπορ δεν έχουν οικονομικό κόστος, και κυρίως, ενεργοποιούν εσωτερικά τα άτομα, να παλέψουν μόνα τους και να ξεπεράσουν τα προβλήματά τους. Τα άτομα δηλαδή, μέσα από τα σπορ καταλαβαίνουν, ότι όσο προσπαθούν, τόσο βελτιώνονται. Το πετυχαίνουν αυτό μόνα τους, χωρίς εξωτερική βοήθεια. Μόλις το καταλάβουν αυτό αυξάνεται η σιγουριά και η αυτοπεποίθησή τους. Πρώτα αυξάνεται η σιγουριά και η αυτοπεποίθησή τους για τα σπορ, αλλά πολύ γρήγορα αυτή η αίσθηση μεταφέρεται σταδιακά σε καθημερινά πράγματα και έγνοιες, στη δουλειά, στο σπίτι, στις κοινωνικές σχέσεις.

Κλινικές παρατηρήσεις και επιδημιολογικές έρευνες, έχουν δείξει ότι η σωματική δραστηριότητα μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο εμφάνισης και ανάπτυξης κατάθλιψης στα άτομα γενικά, να περιορίσει τα συμπτώματα σε καρδιοπαθείς με ελαφριά και μέτρια κατάθλιψη, σε ασθενείς με ψυχιατρικά περιστατικά, και να μετριάσει αρνητικά συναισθήματα και την κατάθλιψη σε άτομα της τρίτης ηλικίας. Μέσα από την άσκηση, επέρχεται επίσης ο έλεγχος του βάρους και η βελτίωση της σωματικής εικόνας, περιορίζοντας

ταυτόχρονα και τα συμπτώματα της κατάθλιψης. Έτσι λοιπόν, για τη μείωση των συμπτωμάτων της κατάθλιψης μπορούν να οργανωθούν προγράμματα παρέμβασης, τα οποία περιλαμβάνουν φυσικές δραστηριότητες. Ακόμα και σε άτομα με μανιοκατάθλιψη, παρεμβατικά προγράμματα φυσικών δραστηριοτήτων, φαίνεται ότι έχουν ευεργετικό ρόλο στη βελτίωση της ψυχικής τους υγείας.

Γιατί η άσκηση βοηθάει στον περιορισμό της κατάθλιψης. Σε γενικές γραμμές, η συμμετοχή σε спор και προγράμματα άσκησης και ανεβάζει τη διάθεση και οδηγεί στη μείωση των επιπέδων της κατάθλιψης. Η άσκηση αλλάζει τη διάθεση, μέσω της ρύθμισης του άγχους, της βελτίωσης της αυτοεκτίμησης και της εικόνας του σώματος και της ανόδου της αυτοπεποίθησης. Επίσης, η άσκηση, αλλάζει ή ρυθμίζει καλύτερα μια σειρά φυσιολογικών μηχανισμών στα άτομα με κατάθλιψη, όπως είναι η έκκριση των ενδορφινών, οι αυξομειώσεις στη θερμοκρασία του σώματος, κτλ.

Ποιες είναι οι μορφές άσκησης που βοηθάνε περισσότερο; Και η αερόβια και η αναερόβια άσκηση μπορεί να μειώσει τα επίπεδα της κατάθλιψης. Η μέτριας έντασης άσκηση φαίνεται να είναι αποτελεσματικότερη για την παραμονή στην άσκηση των ατόμων αυτών. Και η άσκηση με αντιστάσεις μπορεί να χρησιμοποιηθεί στη θεραπεία μέτριας και έντονης κατάθλιψης. Δεν έχουν βρεθεί αρνητικές επιδράσεις της άσκησης σε πληθυσμούς ατόμων με κατάθλιψη. Στην πραγματικότητα, όλες οι μορφές άσκησης είναι το ίδιο αποτελεσματικές.

Για μια πιο συστηματική υποστήριξη των ατόμων με κατάθλιψη, υπάρχει ανάγκη συνδυασμού της άσκησης με άλλες μορφές θεραπείας, όπως είναι οι ομάδες συζήτησης, οι ομάδες αυτο-βοήθειας ή άλλες γνωστικές θεραπείες. Ίσως, μερικά ψυχολογικά προβλήματα, όπως αυτά που σχετίζονται με την κατάθλιψη να χρειάζονται απλά, μια εσωτερική ενεργοποίηση από τα άτομα, για να μετριαστούν. Η άσκηση και η συμμετοχή σε φυσικές δραστηριότητες προσφέρουν αυτή την ενεργοποίηση. Η δυσκολία, βέβαια, για τα άτομα με κατάθλιψη, είναι να πεισθούν για την αξία της άσκησης. Και επειδή, όλες οι μορφές άσκησης έχουν μέσα τους το στοιχείο του παιχνιδιού της διασκέδασης και της εκτόνωσης, από τη στιγμή που θα αρχίσουν να γυμνάζονται, επικοινωνούν με άλλους, ενεργοποιούνται πνευματικά και σωματικά, αντιλαμβάνονται αλλαγές στο σώμα τους και τη διάθεσή τους.<sup>37</sup>

#### **5.6.7 Συμπληρωματικά επίσης δρουν και τα παρακάτω:**

- Ενεργή άσκηση αντιμετώπισης/διαχείρισης του άγχους
- Αυτογενής άσκηση
- Προοδευτική μυϊκή χαλάρωση
- Βιοανάδραση, νευροανάδραση
- Κρανιοϊερή θεραπεία
- Μασάζ
- Ρεφλεξολογία
- Υδροθεραπεία
- Αρωματοθεραπεία
- Βελονισμός
- Τεχνικές Tai-Chi
- Τεχνική Qigong

## **5.7 ΑΓΟΜΕΛΑΤΙΝΗ: Η ΠΙΟ ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ**

**5.7.1 Αγομελατίνη:** Πρόκειται για το πρώτο μελατονινεργικό αντικαταθλιπτικό για τη θεραπευτική αγωγή ενηλίκων ασθενών με μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια και δρα ταυτόχρονα ως αγωνιστής των μελατονινεργικών υποδοχέων MT<sub>1</sub> και MT<sub>2</sub> και ως ανταγωνιστής των υποδοχέων 5-HT<sub>2C</sub>, οι οποίοι ενεργοποιούνται συνήθως από το νευροδιαβιβαστή 5-υδροξυτρυπταμίνη (που ονομάζεται και σεροτονίνη). Η δράση αυτή θεωρείται ότι προκαλεί αύξηση στα επίπεδα της ντοπαμίνης και της νοραδρεναλίνης μεταξύ των νευρικών κυττάρων, στα τμήματα του εγκεφάλου που συμμετέχουν στον έλεγχο της διάθεσης. Αυτό θεωρείται ότι βοηθάει στην ανακούφιση των συμπτωμάτων της κατάθλιψης. Η Ευρωπαϊκή έγκριση της ουσίας αγομελατίνη βασίζεται τόσο σε βραχυχρόνια όσο και σε μακροχρόνια αποτελέσματα ενός εξελιγμένου φαρμακολογικού ερευνητικού προγράμματος, με τη συμμετοχή πολλών ερευνητικών κέντρων και περίπου 6.000 ενηλίκων ασθενών με κατάθλιψη. Η ισχυρή αντικαταθλιπτική αποτελεσματικότητα της αγομελατίνης, σε συνδυασμό με το καλό προφίλ ασφάλειας και ανοχής που διαθέτει, είναι αποτέλεσμα του μοναδικού του προφίλ υποδοχέων. Τα αποτελέσματα αποδεικνύουν την ανώτερη αποτελεσματικότητα της αγομελατίνης συγκριτικά με το placebo, τους εκλεκτικούς αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης (SSRI) και τους αναστολείς επαναπρόσληψης νοραδρεναλίνης και σεροτονίνης (SNRI). Σύμφωνα με τα συμπεράσματα κλινικών μελετών που παρουσιάστηκαν στο Παγκόσμιο Ψυχιατρικό Συνέδριο στη Θεσσαλονίκη το νέο φάρμακο για την κατάθλιψη η αγομελατίνη υπερτερεί σε σχέση με τα συνηθισμένα αντικαταθλιπτικά, καθώς ασκεί την αποτελεσματικότητά της χωρίς να επηρεάζει τα επίπεδα της σεροτονίνης στον οργανισμό. Τα επιστημονικά ευρήματα φανερώνουν ότι σχεδόν οκτώ στους δέκα ασθενείς με κατάθλιψη ανταποκρίθηκαν στην νέα αγωγή με αγομελατίνη. Έρευνα δείχνει ότι βελτιώνει τις διαταραχές της διάθεσης και του ύπνου χωρίς τις ίδιες παρενέργειες. Η αγομελατίνη «στοχεύει» την έκκριση μελατονίνης και βελτιώνει τη διάθεση και τον ύπνο χωρίς παρενέργειες στο γαστρεντερικό σύστημα, τον μεταβολισμό και την ερωτική επιθυμία. Ένα νέο φάρμακο, με δραστική ουσία την αγομελατίνη, στοχεύει στα πιθανά αίτια αυτής της διαταραχής, έχει αγχολυτική δράση χωρίς να είναι αγχολυτικό, δεν προκαλεί εξάρτηση και επιδρά μέσα στις πρώτες ημέρες από τη λήψη του, σε αντίθεση με τα παλαιότερα φάρμακα, τα οποία επιδρούν σε 15-20 ημέρες. Το φάρμακο το οποίο περιέχει την ουσία αυτή και χρησιμοποιείται ευρύτερα είναι το Valdoxan.

Το Valdoxan χρησιμοποιείται για τη θεραπεία της μείζονος κατάθλιψης σε ενήλικες. Η μείζων κατάθλιψη είναι μια πάθηση κατά την οποία οι ασθενείς βιώνουν διαταραχές της διάθεσης με επιπτώσεις στην καθημερινότητά τους. Στα συμπτώματα περιλαμβάνονται συχνά έντονη μελαγχολία, αίσθημα αναξιοτήτας, απώλεια ενδιαφέροντος για αγαπημένες δραστηριότητες, διαταραχές του ύπνου, αίσθημα επιβράδυνσης, αίσθημα ανησυχίας και μεταβολές στο βάρος. Το φάρμακο χορηγείται μόνο με ιατρική συνταγή.<sup>35</sup>

### **5.7.2 Πώς χρησιμοποιείται το Valdoxan;**

Η συνιστώμενη δόση του Valdoxan είναι ένα δισκίο μία φορά την ημέρα, λαμβανόμενο κατά την κατάκλιση με ή χωρίς τροφή. Εάν μετά από δύο εβδομάδες δεν παρατηρηθεί καμία βελτίωση των συμπτωμάτων, ο γιατρός μπορεί να αυξήσει τη δόση σε δύο δισκία, λαμβανόμενα μαζί πριν από την κατάκλιση. Οι ασθενείς με κατάθλιψη πρέπει να ακολουθούν

αγωγή για περίοδο τουλάχιστον έξι μηνών ώστε να διασφαλίζεται ότι δεν εμφανίζουν πλέον συμπτώματα. Η ηπατική λειτουργία του ασθενούς πρέπει να ελέγχεται με αιματολογικές εξετάσεις κατά την έναρξη της θεραπείας και, στη συνέχεια, μετά από περίπου έξι, 12 και 24 εβδομάδες θεραπείας. Η ηπατική λειτουργία πρέπει επίσης να ελέγχεται εάν ο ασθενής αναπτύξει συμπτώματα ενδεικτικά ηπατικής δυσλειτουργίας. Σε ασθενείς με μη φυσιολογικά επίπεδα ηπατικών ενζύμων στο αίμα η θεραπεία πρέπει να διακόπτεται. Σε αυτές τις περιπτώσεις, οι αιματολογικές εξετάσεις πρέπει να επαναλαμβάνονται έως ότου τα ηπατικά ένζυμα επανέλθουν στα φυσιολογικά επίπεδα. Το Valdoxan πρέπει να χορηγείται με προσοχή σε ασθενείς ηλικίας άνω των 65 ετών καθώς δεν έχει καταδειχθεί σαφώς το όφελος του φαρμάκου σε αυτήν την ηλικιακή ομάδα. Επίσης, το Valdoxan πρέπει να χορηγείται με προσοχή σε ασθενείς με μέτρια ή σοβαρή νεφρική δυσλειτουργία. Δεν πρέπει να χορηγείται σε ασθενείς με ηπατική δυσλειτουργία.<sup>35</sup>

### **5.7.3 Ποιοι κίνδυνοι συνδέονται με το Valdoxan;**

Οι συχνότερες ανεπιθύμητες ενέργειες του Valdoxan (εμφανίζονται σε 1 έως 10 ασθενείς στους 100) είναι πονοκέφαλος, ζάλη, υπνηλία, αϋπνία (δυσκολία στον ύπνο), ημικρανία, ναυτία (αίσθημα αδιαθεσίας), διάρροια, δυσκοιλιότητα, πόνος στην άνω κοιλιακή χώρα, υπεριδρωσία (υπερβολική εφίδρωση), πόνος στη ράχη, κόπωση, αύξηση των ηπατικών ενζύμων και άγχος. Οι περισσότερες ανεπιθύμητες ενέργειες ήταν ήπιες έως μέτριας έντασης και εμφανίστηκαν κατά τις δύο πρώτες εβδομάδες της θεραπείας. Ορισμένες από αυτές τις ανεπιθύμητες ενέργειες ενδέχεται να συνδέονται περισσότερο με την κατάθλιψη παρά με το Valdoxan καθαυτό. Ο πλήρης κατάλογος όλων των ανεπιθύμητων ενεργειών που αναφέρθηκαν με το Valdoxan περιλαμβάνεται στο φύλλο οδηγιών χρήσης. Το Valdoxan δεν πρέπει να χορηγείται σε άτομα που ενδέχεται να παρουσιάσουν υπερευαισθησία (αλλεργία) στην αγομελατίνη ή σε οποιοδήποτε άλλο συστατικό του φαρμάκου. Δεν πρέπει να χορηγείται σε ασθενείς με ηπατική δυσλειτουργία, όπως κίρρωση (δημιουργία ουλών στο ήπαρ) ή ενεργό ηπατική νόσο. Επίσης, δεν πρέπει να χορηγείται σε ασθενείς που λαμβάνουν φάρμακα τα οποία επιβραδύνουν τη διάσπαση του Valdoxan στον οργανισμό, όπως η φλουβοξαμίνη (άλλο αντικαταθλιπτικό) και η σιπροφλοξασίνη (αντιβιοτικό). Η αγομελατίνη «στοχεύει» την έκκριση μελατονίνης και βελτιώνει τη διάθεση και τον ύπνο χωρίς παρενέργειες στο γαστρεντερικό σύστημα, τον μεταβολισμό και την ερωτική επιθυμία. Οι αυστραλοί επιστήμονες διαπίστωσαν στην έρευνά τους ότι η αγομελατίνη όχι απλώς βελτιώνει τη διάθεση όσων πάσχουν από κατάθλιψη αλλά επιπλέον βοηθά σημαντικά τους ασθενείς που έχουν προβλήματα ύπνου, όπως π.χ. Οι ειδικοί καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι η ικανοποιητική δράση της εναντίον της κατάθλιψης, το ασφαλές προφίλ της αλλά και η ικανότητά της να αποκαθιστά το βιολογικό ρολόι του οργανισμού ενδέχεται να προσδώσουν στην αγομελατίνη. Έρευνα δείχνει ότι βελτιώνει τις διαταραχές της διάθεσης και του ύπνου χωρίς τις ίδιες παρενέργειες. Το Valdoxan δεν πρέπει να χορηγείται σε άτομα που ενδέχεται να παρουσιάσουν υπερευαισθησία (αλλεργία) στην αγομελατίνη ή σε οποιοδήποτε άλλο συστατικό του φαρμάκου.<sup>35</sup>

## **5.8 Η ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΕΙΝΑΙ ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΥΠΟΘΕΣΗ**

Η κατάθλιψη δεν είναι ποτέ ένα κανονικό, υγιές κομμάτι της ζωής μας, όποια και αν είναι η ηλικία, το φύλο ή η κατάσταση της υγείας του ατόμου. Δυστυχώς, αν και η θεραπεία για την κατάθλιψη είναι τις περισσότερες φορές επιτυχημένη, λιγότερα από τα μισά άτομα που πάσχουν από αυτήν αναζητούν θεραπεία. Οι περισσότεροι υποφέρουν σιωπηλά, πιστεύοντας ότι δεν είναι κάτι σοβαρό και ότι θα περάσει από μόνο του, ή πιστεύοντας ότι πρόκειται για μια προσωπική τους αδυναμία για την οποία ντρέπονται και προσπαθούν να την κρατήσουν μυστική. Για να αντιμετωπιστεί η κατάθλιψη χρειάζονται πράξεις. Το άτομο που εμφανίζει συμπτώματα κατάθλιψης θα πρέπει να είναι αποφασισμένο ότι θα αλλάξει τον τρόπο ζωής του. Τα συμπτώματα της κατάθλιψης συνήθως δεν εξαφανίζονται μόνα τους, για να ξεπεραστεί η κατάθλιψη πρέπει να γίνουν συνειδητές ενέργειες. Μικρές αλλαγές είναι πιο εύκολο να πραγματοποιηθούν στα πρώτα στάδια της προσπάθειας αυτής. Το άτομο με κατάθλιψη συνήθως δεν έχει ενέργεια αλλά ούτε όρεξη να κάνει τίποτα. Για αυτό θα πρέπει να “πέσει” κατά κάποιο τρόπο τον εαυτό του για να ασχοληθεί με κάτι που το ενδιαφέρει έστω και λίγο. Τα βήματα των αλλαγών πρέπει να είναι μικρά και να αυξάνονται προοδευτικά έτσι ώστε η προσπάθεια αυτή να μην είναι πειστική. Ο καθορισμός μικρών στόχων είναι πολύ βοηθητικός για να ξεκινήσει να πραγματοποιηθεί κάποια ενέργεια. Αρχικά μπορεί να οριστούν δραστηριότητες που ευχαριστούν το άτομο όπως για παράδειγμα ένας περίπατος στη φύση, διάβασμα ενός βιβλίου, μουσική, αθλητισμός κτλ. Οι δραστηριότητες αυτές μπορούν να εφαρμόζονται καθημερινά ακόμα και εάν δεν υπάρχει και πολλή όρεξη. Σιγά σιγά και με την επανάληψη η διάθεση του ατόμου θα βελτιωθεί. Επίσης ο εντοπισμός μικρών έστω στιγμών ευχαρίστησης και απόλαυσης θα πρέπει να γίνεται συνειδητά στο αρχικό αυτό στάδιο. Στη συνέχεια οι δραστηριότητες αυτές μπορούν να γίνονται με στόχο την προσωπική βελτίωση του ατόμου όπως για παράδειγμα η εκμάθηση μιας ξένης γλώσσας, μιας αθλητικής δραστηριότητας, η ενασχόληση με την τέχνη (ζωγραφική, φωτογραφία), το γράψιμο κτλ. Η ικανοποίηση από τέτοιες δραστηριότητες είναι πάντα μεγάλη κάτι που λείπει από τα καταθλιπτικά άτομα. Πολύ σημαντικό ρόλο στη διάθεση παίζουν οι κοινωνικές επαφές. Η καλλιέργεια σχέσεων μπορεί να βοηθήσει στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης. Κάποια από τα συμπτώματα της κατάθλιψης είναι το κλείσιμο στον εαυτό, η απομόνωση και η αντικοινωνικότητα, όμως η υποστήριξη από άλλα άτομα είναι πολύ βοηθητική στο να ξεπεραστούν τα συμπτώματα αυτά. Το άτομο με κατάθλιψη μπορεί να αισθάνεται ντροπή, εξάντληση ή ακόμα και ενοχές όμως πρέπει να προσδιορίσει ότι για όλα αυτά ευθύνεται η καταθλιπτική διάθεση. Τα περισσότερα άτομα του στενού περιβάλλοντος θα έκαναν τα πάντα για να βοηθήσουν. Η συζήτηση για τα συναισθήματα θα βοηθήσει να γίνει κατανοητή η διάθεση και συγχρόνως θα ανακουφίσει το καταθλιπτικό άτομο Έχει αποδειχτεί ότι η άσκηση συντελεί στην βελτίωση της διάθεσης. Πολλές έρευνες αναφέρουν ότι η συχνή άσκηση επιδρά στον οργανισμό όπως τα αντικαταθλιπτικά, αυξάνοντας τους νευροδιαβιβαστές στον εγκέφαλο, αυξάνοντας τις ενδορφίνες, μειώνοντας το άγχος και την σωματική ένταση. Η ενασχόληση με την άσκηση μπορεί να φαίνεται βουνό σε κάποιο καταθλιπτικό Ο σκοπός και σε αυτή την περίπτωση είναι να γίνει η αρχή, ίσως τον πρώτο καιρό εφαρμοστεί χωρίς να υπάρχει η διάθεση αλλά σταδιακά τα οφέλη από την άσκηση θα βγουν στην επιφάνεια. Η καλή διατροφή και η σταθερότητα και ο προγραμματισμός στα γεύματα παίζουν και αυτά ρόλο στην διατήρηση καλής ψυχικής διάθεσης. Επίσης η υιοθέτηση υγιεινών συμπεριφορών

είναι βοηθητική στο να ξεπεραστούν τα συμπτώματα κατάθλιψης. Η υγιεινή συμπεριφορά μπορεί να αποτελέσει στόχο του ατόμου για προσωπική βελτίωση. Η αλλαγή των αρνητικών σκέψεων μπορεί να πραγματοποιηθεί με μελέτη και παρατήρηση των αρνητικών σκέψεων και των συμπεριφορών. Η αναγνώριση του αρνητικού τρόπου σκέψης θα βοηθήσει στην σταδιακή αλλαγή σε θετικό τρόπο σκέψης. Η καταγραφή των σκέψεων αυτών μπορεί να βοηθήσει στον εντοπισμό τους αλλά και στον προσδιορισμό της συχνότητάς τους. Όσο πιο σοβαρά είναι τα επίπεδα κατάθλιψης τόσο δυσκολεύει η παρατήρηση των συμπτωμάτων, διότι ένα καταθλιπτικό άτομο βλέπει στα πάντα αρνητικό νόημα. Καλό είναι να γνωρίζουμε ότι όταν τα βλέπουμε όλα μαύρα δεν είμαστε σε θέση να λαμβάνουμε σημαντικές αποφάσεις. Επίσης τις περιόδους αυτές δεν χρειάζεται να έχουμε υψηλές απαιτήσεις από τον εαυτό μας. Η ανάπτυξη της συναισθηματικής νοημοσύνης είναι πολύ σημαντική για την επιτυχία αλλά και την ευχαρίστηση από τη ζωή. Τα συναισθήματα πολλές φορές είναι τόσο ισχυρά που μπορούν να επηρεάζουν και να κατευθύνουν σκέψεις και συμπεριφορές. Όταν έχουμε επίγνωση των συναισθημάτων και μπορούμε να τα ελέγξουμε είμαστε και πιο ανθεκτικοί. Η ανάπτυξη της συναισθηματικής νοημοσύνης μας βοηθάει να παραμένουμε σταθεροί στους στόχους μας, να είμαστε ευέλικτοι και να παραμένουμε δημιουργικοί στις καλές αλλά και στις καλές στιγμές. Εάν οι αρνητικές σκέψεις μας επηρεάζουν την καθημερινότητα το να ζητήσουμε βοήθεια από κάποιο ειδικό μπορεί να αποδειχτεί σωτήριο. Όσο αφήνουμε τα συμπτώματα της κατάθλιψης ανεξέλεγκτα τόσο πιο δύσκολα θα μπορέσουμε να τα ξεπεράσουμε.<sup>10,39</sup>

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6<sup>ο</sup>

### Η ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΩΣ ΚΟΙΝΟ ΣΗΜΕΙΟ ΑΝΑΦΟΡΑΣ

#### 6.1 ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ -ΣΥΝΔΡΟΜΟ BURN-OUT (ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΟΛΟΚΛΗΡΩΤΙΚΗΣ ΕΞΑΝΤΛΗΣΗΣ)

Αρχικά θα πρέπει να ξεκινήσουμε την περιγραφή μας σχετικά με την κατάθλιψη και το νοσηλευτικό προσωπικό αναφέροντας ότι η κατάταξη το νοσηλευτικό επάγγελμα κατατάσσεται στα πλέον στρεσογόνα. Με τον όρο «σύνδρομο burn-out» ορίζουμε την κατάθλιψη που εμφανίζεται ως αποτέλεσμα μακρόχρονης (επαγγελματικής) κόπωσης. Το άτομο που πάσχει από τη συγκεκριμένη μορφή κατάθλιψης αισθάνεται καταπονημένο, η απόδοσή του είναι μειωμένη, διακατέχεται από μια αίσθηση αδιαφορίας, αντιδρά με κυνισμό και νιώθει δυσθυμία ως συνέπεια προηγούμενων, συχνά μακρόχρονων, υπερβολικά μεγάλων απαιτήσεων ή υψηλών επιδόσεων. Καθώς το άγχος συσσωρεύεται για μεγάλο χρονικό διάστημα, αρκεί στις περισσότερες περιπτώσεις μια σχετικά ασήμαντη αφορμή (όπως για παράδειγμα μια αλλαγή στον εργασιακό χώρο) για να εκδηλωθεί η ασθένεια. Το εν λόγω σύνδρομο μπορεί να εξελιχθεί σε βαριάς μορφής κατάθλιψη. Από παραπάνω συμπεραίνουμε ότι η επαγγελματική εξουθένωση των νοσηλευτών σε συνδυασμό με την ψυχική καταπόνησή τους δημιουργεί μια κατάσταση η οποία θα μπορούσε να περιγραφεί ως «επαγγελματική κατάθλιψη». Οι νοσηλευτές παγκοσμίως παρουσιάζουν συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης από τα αρχικά ακόμη στάδια της καριέρας τους, ενώ παράλληλα ο κίνδυνος για την εμφάνιση ψυχικών διαταραχών είναι πολύ υψηλός. Το νοσηλευτικό επάγγελμα χαρακτηρίζεται ως «επάγγελμα υψηλής έντασης», κατά την άσκηση του οποίου συχνά δημιουργούνται συγκρούσεις ρόλων, τόσο με άλλα συναφή επαγγέλματα, όσο και μεταξύ τους. Όπως είναι φυσικό η διαρκής έκθεση σε στρεσογόνες καταστάσεις, όπως είναι ο πόνος, ο θάνατος και η θλίψη, έχουν ως συνέπειες τη μείωση της παραγωγικότητας και την ανάπτυξη αρνητικών συναισθημάτων. Οι κυριότερες αιτίες επαγγελματικής εξουθένωσης στους νοσηλευτές είναι:

- α) ο φόρτος εργασίας,
- β) η μη ικανοποιητική συμπαράσταση από συναδέλφους,
- γ) η έλλειψη ικανοποίησης από την εργασία τους ,
- δ) η έλλειψη κινήτρων και
- ε) η αυτοεκτίμηση, δεδομένα που καθορίζουν την αντίδραση του ατόμου στη συναισθηματική ένταση την ώρα της εργασίας. Τα συμπτώματα της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι σωματικά, ψυχολογικά και συμπεριφοράς. Στα σωματικά περιλαμβάνουν τον πονοκέφαλο, τις γαστρεντερικές διαταραχές, τις αϋπνίες, την υπερένταση, την σεξουαλική δυσλειτουργία, τα μυοσκελετικά προβλήματα κ.ά. Στα ψυχολογικά περιλαμβάνονται ο εκνευρισμός, η κατάθλιψη, το αίσθημα αποξένωσης, η ανησυχία, η έλλειψη συναισθηματικού ελέγχου κ.ά., ενώ στα συμπτώματα συμπεριφοράς περιλαμβάνουν επικοινωνιακά προβλήματα, ροπή για απουσίες από την εργασία, αδυναμία συγκέντρωσης, εργασιομανία κ.ά. Οι επιπτώσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης του νοσηλευτικού προσωπικού είναι δυνητικά επικίνδυνες για το ίδιο, για τους ασθενείς, αλλά και για το χώρο

εργασίας τους (Κλινική ή Νοσοκομείο). Έρευνες αποκαλύπτουν ότι πολλές φορές ο βαθμός επαγγελματικής εξουθένωσης που βιώνουν οι νοσηλευτές είναι τόσο έντονος, που μπορεί να τους οδηγήσει σε κατάθλιψη ή και απόπειρες αυτοκτονίας. Η μη συμμετοχή στη διαδικασία λήψης αποφάσεων, το μειωμένο ενδιαφέρον για την εργασία και ο ανεπαρκής διοικητικός έλεγχος σχετίζονται με τη δημιουργία αισθήματος αποπροσωποποίησης, ενώ ο χρόνος που διαθέτουν οι νοσηλευτές για την φροντίδα του ασθενούς και η υποστήριξη του νοσηλευτικού προσωπικού από επόπτη φαίνεται ότι επιδρούν προστατευτικά έναντι της συναισθηματικής εξάντλησης. Οι βασικότεροι παράγοντες ανάπτυξης και διατήρησης της επαγγελματικής κόπωσης ήταν αυτοί που σχετίζονταν με την ίδια τη φύση του επαγγέλματος όπως καθημερινή επαφή με τον ανθρώπινο πόνο και με ασθενείς σε τελικό στάδιο, αυξημένες ευθύνες για τους ασθενείς κ.ά., όπως επίσης παράγοντες που σχετίζονταν με την Ελληνική πραγματικότητα λ.χ. περιορισμένα μέσα, ανεπάρκεια νοσηλευτικού δυναμικού, έλλειψη επιμόρφωσης και συνεχιζόμενης κατάρτισης. Στη χώρα μας μελετήθηκε η επαγγελματική εξουθένωση του νοσηλευτικού προσωπικού δημόσια Νοσοκομεία και διαπιστώθηκε ότι, η συναισθηματική εξάντληση του προσωπικού κυμάνθηκε σε υψηλά επίπεδα και οι εργασιακοί συνθήκες σχετίζονταν με την εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης του νοσηλευτικού προσωπικού. Οι επαγγελματίες υγείας εξαιτίας της συναισθηματικής εξάντλησης που βιώνουν, αισθάνονται κόπωση και δεν μπορούν να βοηθήσουν και να επικοινωνήσουν στοιχειωδώς με τους ασθενείς τους. Συχνά αντιμετωπίζουν το επάγγελμά τους ως ένα αναπόφευκτο κακό, από το οποίο δεν μπορούν να δραπετεύσουν. Για το λόγο αυτό, είναι αδύνατο να αναπτύξουν στενότερες ανθρώπινες σχέσεις με ανθρώπους που χρειάζονται την επιστημονική αλλά και τη συναισθηματική τους υποστήριξη. Ως αποτέλεσμα, προσπαθούν να κρατήσουν μία απόσταση ασφαλείας από άλλα άτομα που θεωρούνται ως πηγή της εξάντλησής τους. Σε διεθνές επίπεδο, εμφανίζει μία τάση των νοσηλευτών να «φεύγουν» από το επάγγελμα εξαιτίας των συνθηκών εργασίας και του ωραρίου και υπογραμμίζεται ότι είναι επιτακτική η ανάγκη αναζήτησης λύσεων, ώστε να αντιμετωπιστεί το πρόβλημα αυτό. Ένας από τους κυριότερους παράγοντες παραμονής ή όχι του νοσηλευτικού προσωπικού στο νοσηλευτικό επάγγελμα είναι και ο βαθμός ικανοποίησής τους και η αρχική επιλογή τους να ακολουθήσουν την νοσηλευτική επιστήμη. Οι ιδιαίτερες απαιτήσεις της εργασίας του νοσηλευτή, τα εξαντλητικά ωράρια, το άγχος που αντιμετωπίζει, αλλά και οι οργανωτικές αδυναμίες του συστήματος υγείας αποτελούν βασικές συνιστώσες του όλου προβλήματος. Στις περισσότερες έρευνες αναφέρεται μέτρια ικανοποίηση για την πλειοψηφία των νοσηλευτών, ανεξάρτητα από τον τομέα στον οποίο εργάζονται. Από τις μονάδες εντατικής θεραπείας και τα τμήματα επειγόντων περιστατικών (ΤΕΠ) μέχρι τον τεχνητό νεφρό και τις ψυχιατρικές μονάδες, οι ίδιες παράμετροι φαίνεται να ευθύνονται για την χαμηλή ικανοποίηση των νοσηλευτών. Οι νοσηλευτές που αντιμετωπίζουν απογοήτευση και εξουθένωση από την εργασία τους δεν έχουν τον έλεγχο στις εργασιακές συνθήκες, οι οποίες καθορίζουν την εργασία για την οποία είναι υπεύθυνοι. Απόρροια των παραπάνω αποτελούν οι αποχωρήσεις των νοσηλευτών από τη θέση εργασίας τους, οι οποίοι είτε εγκαταλείπουν το νοσηλευτικό επάγγελμα για χάρη άλλων επαγγελματικών επιλογών, είτε απλά αναζητούν αλλαγή τμήματος και χώρου εργασίας. Οι γυναίκες, συγκεκριμένα, που απασχολούνται στα επαγγέλματα υγείας βιώνουν υψηλά επίπεδα άγχους και καταθλιπτικών διαταραχών, με τη συχνότητα των αυτοκτονιών να είναι διπλάσια εκείνης των ανδρών και εξαπλάσια εκείνης του γενικού πληθυσμού. Επίσης οι γυναίκες νοσηλεύτριες μεταφέρουν συχνότερα στο σπίτι και στην οικογένεια τα επαγγελματικά τους προβλήματα. Αυτό ενισχύεται από συγκεκριμένες έρευνες όπου φαίνεται ότι νοσηλεύτριες που έχουν και αυξημένες οικογενειακές ευθύνες μεταφέρουν τα επαγγελματικά τους προβλήματα στο σπίτι και εντείνουν περισσότερο τα υφιστάμενα επαγγελματικά προβλήματα ενισχύοντας την επαγγελματική δυσαρέσκεια. Το υψηλό εργασιακό stress και η πλημμελής συνεργασία ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού γενικά οδηγεί σε χαμηλή ικανοποίηση, ενώ αντίθετα η αυτονομία σχετίζεται



θετικά με την εργασιακή ικανοποίηση. Τελικά οι νοσηλευτές είναι περισσότερο επιρρεπείς στην επαγγελματική κόπωση από άλλους εργαζόμενους, επειδή οι πράξεις τους έχουν σημαντικό αντίκτυπο στην υγεία των ανθρώπων. Οι γυναίκες φαίνεται να επιβαρύνονται ιδιαίτερα καθώς αντιμετωπίζουν εκτός από τα παραπάνω, τις οικογενειακές υποχρεώσεις, την εργασία στο σπίτι και μεταφέρουν τα επαγγελματικά τους προβλήματα σ' αυτό. Αντίστοιχα οι άνδρες νοσηλευτές εμφανίζονται περισσότερο ικανοποιημένοι από το επάγγελμα τους έναντι των γυναικών. Για να θεωρηθεί αρμονική η σχέση εργασία – άτομο είναι σημαντικό το άτομο να αντλεί ικανοποίηση από την εργασία του. Η δημιουργία ενός περιβάλλοντος μέσα στο οποίο άτομα και ομάδες θα εργάζονται αποτελεσματικά, υλοποιώντας τους στόχους του οργανισμού και ταυτόχρονα θα αντλούν ικανοποίηση από το έργο που εκτελούν, αποτελεί αναγκαία προϋπόθεση. Η καλύτερη κατανόηση του φαινομένου της επαγγελματικής εξουθένωσης θα συμβάλλει στην ανάδειξη περισσότερο αποτελεσματικών μέτρων παρέμβασης, που θα στοχεύουν, διαμέσου της προαγωγής της ευεξίας του νοσηλευτικού προσωπικού, στη διασφάλιση του καλύτερου δυνατού αποτελέσματος με τον ελάχιστο δυνατό ιατρογενή κίνδυνο και στη μέγιστη δυνατή ικανοποίηση του ασθενούς από την παρεχόμενη φροντίδα.

## **6.2 ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΑΓΧΟΣ**

Παρά το γεγονός ότι η κατάθλιψη και το άγχος αποτελούν ξεχωριστές κλινικές οντότητες, έχουν ωστόσο υψηλή μεταξύ τους συνάφεια, γεγονός το οποίο δεν επιτρέπει την μελέτη αυτών των δύο ψυχοπαθολογικών καταστάσεων μεμονωμένα. Είναι πολύ συχνά δύσκολο για τους ερευνητές να μελετήσουν ομάδες καταθλιπτικών ατόμων οι οποίες δεν παρουσιάζουν ταυτόχρονα και σημάδια άγχους. Παρόλαυτα υπάρχουν και περιπτώσεις όπου οι ερευνητές καταφέρνουν να δημιουργήσουν δείγματα μόνο με στοιχεία κατάθλιψης, χωρίς ενδείξεις άγχους ή άλλων διαταραχών οι οποίες όμως δυστυχώς δεν είναι αρκετά μεγάλες σε μέγεθος για να ληφθούν υπόψη ως ένα αξιόλογο δείγμα το οποίο θα μπορούσε να συνεισφέρει στην διερεύνηση των ιδιαίτερων στοιχείων της κατάθλιψης. Υπό το φως λοιπόν αυτών των δεδομένων, η αναγκαιότητα μελέτης των ιδιαίτερων στοιχείων της κατάθλιψης και του άγχους είναι μεγάλη και φαίνεται να απαιτεί μια ξεχωριστή μεθοδολογία έρευνας.(κλεφταράς) Ένα άλλο σημείο που θα πρέπει επίσης να ληφθεί υπόψη στη μελέτη της κατάθλιψης σε συνάρτηση με το άγχος, όπως και με άλλες διαταραχές, είναι ο γενικός παράγοντας ψυχοπαθολογίας ή καταπόνησης που ενυπάρχει που υπάρχει σε όλες της ψυχοπαθολογικές καταστάσεις. Ο παράγοντας αυτός βρίσκεται αδιαφοροποίητα σε συσχέτιση με πολλές και διάφορες μεταβλητές που είναι κοινές σε διάφορες ψυχικές διαταραχές. Συνεπώς, η υψηλή συνάφεια η οποία μπορεί να βρεθεί μεταξύ της κατάθλιψης και μιας ή περισσοτέρων μεταβλητών, πιθανότατα οφείλεται σε αυτό το γενικό παράγοντα ψυχοπαθολογίας και σε καμία περίπτωση να μην αποτελεί ιδιαιτερότητα της κατάθλιψης.<sup>10,17</sup>

## **6.3 ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ**

Η οικονομική ύφεση και οι οικονομικές κρίσεις έχουν ένα πλαίσιο που εξαρτάται εσωτερικά από την αρνητική επίπτωση των ψυχικών διαταραχών της υγείας. Αυτές οι διαταραχές εμφανίζονται κυρίως σε χαμηλού και μέσου εισοδήματος χώρες, ενώ ορισμένες εύπορες χώρες ευτυχώς είναι σε θέση να προσφέρουν τις δικλίδες που βοηθούν τους ανέργους να ξεφύγουν από τις δυσμενείς αυτές συνέπειες. Η χώρα μας, δυστυχώς, δεν ανήκει στις εύπορες αυτές χώρες. Η εμφάνιση τώρα της μείζονος κατάθλιψης σε περίοδο οικονομικής κρίσης, τυπικά αυξάνει κατά 50% στον γενικό πληθυσμό, και το ποσοστό των ανθρώπων που εμφανίζουν κατάθλιψη μετά από μεγάλη οικονομική απώλεια ξεπερνά το 70%. Από αυτούς κάποιοι θα καταφύγουν στην αυτοκτονία με το ποσοστό αυτών να ποικίλει από χώρα σε

χώρα. Για παράδειγμα στην κατάρρευση του 1992-1998 της Ρωσίας, οι αυτοκτονίες και οι βίαιοι θάνατοι αυξήθηκαν τόσο πολύ, που μιλούσαμε για μια «μαύρη ζώνη θανάτου» στις χώρες της Βαλτικής και στη ίδια τη Ρωσία. Ένα άλλο σημαντικό πρόβλημα στην Ελλάδα (αλλά και σε πολλές άλλες χώρες) είναι ότι οι Γενικοί Γιατροί, οι παθολόγοι, οι χειρουργοί, οι γυναικολόγοι δεν είναι εκπαιδευμένοι επαρκώς για να μπορούν να αναγνωρίσουν με επιτυχία τα ψυχικά νοσήματα και αυτό έχει ιδιαίτερη σημασία για την πάθηση που οδηγεί συχνότερα από οποιαδήποτε άλλη στην αυτοκτονία, δηλαδή την κατάθλιψη. Έχει βρεθεί ότι περίπου 50% των ασθενών με ψυχικά προβλήματα που επισκέπτονται υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας παραμένουν αδιάγνωστοι. Αυτό οφείλεται ασφαλώς στην ανεπαρκή εκπαίδευση των Γενικών Γιατρών, αλλά και σε άλλους παράγοντες, όπως είναι η ανυπαρξία «προσωπικού» γιατρού που να γνωρίζει τα προβλήματα του ασθενούς, η απουσία συστήματος συνεντεύξεων (ραντεβού), το γεγονός ότι ο γιατρός του ΙΚΑ πρέπει να δει π.χ. 50 άτομα μέσα σ' ένα πρωινό κ.λπ. Και όλα αυτά, την στιγμή που τα στοιχεία δείχνουν ότι το 2010 μόνο μία από τις παθήσεις του ψυχοπαθολογικού φάσματος, η κατάθλιψη, θα αποτελέσει πιθανά τη δεύτερη αιτία αναπηρίας σε παγκόσμιο επίπεδο, ειδικά στο φάσμα των παραγωγικών ηλικιών. Μιλώντας για ανεργία, παρατηρούμε και το εξής κοινωνικό λάθος: Από τη μία γνωρίζουμε επίσημα ότι η ανεργία αυξάνει τις ψυχικές διαταραχές και τις αυτοκτονίες, από την άλλη όμως ο άνεργος χάνει μετά από λίγο χρονικό διάστημα και τα ασφαλιστικά του δικαιώματα και δυσχεραίνεται ακόμα περισσότερο η πρόσβασή του σε θεραπευτικές λύσεις της ψυχικής του υγείας. Η κατάσταση περιπλέκεται και από την δυσάρεστη κατάσταση του ότι ανάμεσα στο πρώτο κύμα ανέργων είναι συνήθως και οι άνθρωποι με ήδη προϋπάρχουσα κατάθλιψη ή αγχώδη διαταραχή. Σε αυτές τις παθήσεις υπολείπεται συχνότατα η καλή απόδοση στην εργασία, οπότε ο εργοδότης ενόψει οικονομικής κρίσης, εντοπίζει εύκολα τους αδύνατους κρίκους και τους απολύει πρώτους. Αλλά αυτό σημαίνει αυτόματα και την επιδείνωση της προϋπάρχουσας ψυχικής διαταραχής τους. Τη διαδικασία επιλογής του ποιοι θα απολυθούν πρώτοι, την αντιλαμβάνονται οι ευάλωτοι εργαζόμενοι, ακόμα και πριν απολυθούν, οπότε μεγαλώνουν ακόμα περισσότερο μέσα τους οι ανασφάλειες με επακόλουθο την περαιτέρω πτώση της εργασιακής αποτελεσματικότητάς τους, αφού έχουν ήδη μεταπέσει στον φαύλο κύκλο του ψυχικού πανικού για το μέλλον τους. Έτσι οι εργοδότες τους εντοπίζουν και τους απολύουν γρηγορότερα. Δηλαδή η οικονομική αποσταθεροποίηση, προκαλεί την ψυχική αποσταθεροποίηση και οδηγεί με μαθηματική ακρίβεια ένα μέρος των «ευαίσθητων εργαζόμενων» στην ανεργία και συνεπώς στην εγκαθίδρυση του πανικού και της περαιτέρω ψυχικής κατακρήμνισης. Μη μπορώντας να βρουν λύση λοιπόν σε αυτό το εργασιακό αδιέξοδο, κάποιοι προτιμούν την αυτοκτονία ενώ ακόμα εργάζονται. Έτσι εξηγείται ίσως και το φαινόμενο των αυτοκτονιών σε μεγάλες εταιρείες, όπως στη Γαλλία η France Telecom με 35 αυτοκτονίες μέσα σε 2 χρόνια. Υπό το πρίσμα τελικά αυτό, η αντιμετώπιση των κοινωνικών και οικονομικών ανισοτήτων στην ψυχική υγεία σε συνθήκες οικονομικής κρίσης, θα έπρεπε να αποτελεί κορυφαία προτεραιότητα της εθνικής υγειονομικής πολιτικής και ειδικότερα η κάλυψη των ανθρώπων που υφίστανται καταστροφικές συνέπειες για την υγεία τους.

#### **6.4 ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ**

Η σχέση ανάμεσα στην κατάθλιψη και τη γονιμότητα, έχει απασχολήσει από παλαιά τον ιατρικό κόσμο. Αν ανατρέξουμε σε μια βιβλιογραφική επισκόπηση των ιατρικών ερευνών που δημοσιεύθηκαν τις τελευταίες δεκαετίες, θα παρατηρήσουμε μια σημαντική συσχέτιση μεταξύ της κατάθλιψης (αλλά και των άλλων διαταραχών της διάθεσης), και της γονιμότητας, της θεραπείας για γονιμότητα και της στειρότητας. Οι σχετικές μελέτες, δείχνουν ότι οι διαταραχές της διάθεσης, και στο διπολικό (μανιοκατάθλιψη) και στο μονοπολικό φάσμα (μείζων κατάθλιψη), μπορούν να συσχετιστούν με μειωμένα ποσοστά γονιμότητας. Οι

περισσότερες μελέτες αναφέρουν ότι οι γυναίκες που επιδιώκουν την θεραπεία για τη στειρότητα έχουν ένα αυξανόμενο ποσοστό καταθλιπτικών συμπτωμάτων και ενδεχομένως μείζονος κατάθλιψης. Καμία μελέτη δεν αξιολόγησε τις αυξήσεις της διάθεσης (μανία). Οι θεραπείες για τη στειρότητα μπορούν ανεξάρτητα να επηρεάσουν τη διάθεση μέσω των αποτελεσμάτων τους στα οιστρογόνα και την προγεστερόνη, τα οποία έχουν αποδειχθεί ότι επηρεάζουν τη διάθεση μέσω των ενεργειών τους στη σεροτονίνη. Παρόλο που δεν το διαπίστωσαν όλες, οι περισσότεροι μελέτες συμφωνούν, ότι τα καταθλιπτικά συμπτώματα μπορούν να μειώσουν το ποσοστό επιτυχίας της θεραπείας για τη γονιμότητα. Πολλά ζευγάρια αντιλαμβάνονται σαν στίγμα τη θεραπεία γονιμότητας. Το συνηθέστερο μοντέλο σε νέους συμμετέχοντες σε μια κλινική προβλημάτων γονιμότητας, συσχετίζει την υψηλή αντίληψη για το στίγμα της θεραπείας με τη μειωμένη κοινοποίηση σε τρίτους, γεγονός που οδηγεί στην χαμηλότερη κοινωνική υποστήριξη και τον υψηλότερο κίνδυνο αποτυχίας. Οι γυναίκες βιώνουν εντονότερα σαν στίγμα τη θεραπεία γονιμότητας και το θέμα κοινοποίησης, σε σχέση τους άνδρες. Οι αντιλήψεις για το στίγμα αφορούν τη χαμηλή κοινωνική υποστήριξη και για τα δύο φύλα. Η κοινωνική υποστήριξη αφορά αρνητικά την ανησυχία, την κατάθλιψη και το γενικό κίνδυνο στειρότητας και παρουσιάζει μεγαλύτερη αρνητική ικανότητα πρόβλεψης. Για τις γυναίκες, η μεγαλύτερη κοινοποίηση συνδέεται με υψηλότερο γενικό κίνδυνο. Η ψυχική εμπειρία για τη θεραπεία γονιμότητας εκλαμβάνεται συχνά σαν στίγμα και το ευρύτερο κοινωνικό πλαίσιο πρέπει να εξετάζεται για υποστήριξη των ανθρώπων με προβλήματα γονιμότητας. Συμπερασματικά, μια σειρά υπαρχόντων μελετών προτείνει ότι οι διαταραχές γονιμότητας και διάθεσης συσχετίζονται με έναν σύνθετο τρόπο. Οι μελλοντικές μελέτες πρέπει να χρησιμοποιήσουν τις κλινικές συνεντεύξεις και τις τυποποιημένες μετρήσεις για να επιβεβαιωθεί η διάγνωση συγκεκριμένων διαταραχών διάθεσης όπως η κατάθλιψη και ο έλεγχος για τις μεταβλητές της θεραπείας των φαρμάκων, η επιθυμία για τα παιδιά, η συχνότητα της σεξουαλικής επαφής, η ηλικία, τα επίπεδα FSH, η εμμηνορροϊκή τακτικότητα των κύκλων, στην αξιολόγηση μιας αλληλεξάρτησης μεταξύ των διαταραχών άγχους, κατάθλιψης και γονιμότητας.

## **6.5 ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ**

Η σεξουαλική διαταραχή είναι ένα συχνό και υποτιμημένο πρόβλημα στους ψυχιατρικούς ασθενείς, με υψηλή επικράτηση σε όλες τις διαγνωστικές ομάδες ψυχικών παθήσεων, και ιδιαίτερα στους καταθλιπτικούς ασθενείς. Οι γυναίκες ασθενείς αποδίδουν συχνότερα αυτήν την σεξουαλική εξασθένιση, κυρίως στη ψυχική ασθένειά τους. Οι άνδρες ασθενείς αποδίδουν συχνότερα αυτήν την σεξουαλική εξασθένιση, κυρίως στο φάρμακό τους. Το ποσοστό των πασχόντων από κατάθλιψη, που δεν λαμβάνουν αντικαταθλιπτικά φάρμακα, αναφέρει κάποια σεξουαλική διαταραχή σε ποσοστό 86%. Η σεξουαλική διαταραχή μπορεί να είναι ένα ή κάποιος συνδυασμός, από τα εξής τρία πιθανά προβλήματα:

1. μειωμένη σεξουαλική επιθυμία
2. μειωμένη σεξουαλική διέγερση
3. δυσκολία στον οργασμό

Πολλοί απλώς παραιτούνται από το σεξ. Παρ' όλα αυτά, αρκετές πρόσφατες έρευνες υποδεικνύουν ότι αρκετοί άνδρες που έχουν κατάθλιψη, έρχονται σε συνουσία με την ίδια συχνότητα, αλλά δεν νιώθουν την ίδια ικανοποίηση όπως συνήθως. Μάλιστα, κάποιοι αναφέρουν αύξηση των σεξουαλικών ορμών και της συχνότητας της σεξουαλικής συνένυσης, που πιθανότατα χρησιμοποιούν ως μέσο για να νιώσουν καλύτερα. Υπάρχει σίγουρα μια αμφίδρομη σχέση ανάμεσα στην κατάθλιψη και τη στυτική δυσλειτουργία.<sup>13</sup> Η μέτρια ή η βαριά κατάθλιψη ή η χρήση ορισμένων αντικαταθλιπτικών φαρμάκων, μπορεί να

προκαλέσουν τη στυτική δυσλειτουργία. Αλλά και η στυτική δυσλειτουργία μπορεί ανεξάρτητα και από μόνη της, να προκαλέσει ή να επιδεινώσει την κατάθλιψη. Οι συνέπειες στην επιβάρυνση της κατάθλιψης από την ανδρική στυτική δυσλειτουργία, δεν σταματάνε στον ίδιο τον πάσχοντα. Επεκτείνονται στην ερωτική σύντροφο. Οι γυναίκες με ερωτικό σύντροφο που πάσχει από προβλήματα στύσης, εμφανίζουν κατάθλιψη, σε ποσοστό 44% ! Εμφανίζουν επίσης και σεξουαλική διαταραχή με σεξουαλικά συμπτώματα δυσλειτουργίας, που περιλαμβάνουν:

1. σεξουαλική δυσαρέσκεια (34%)
2. δυσκολία διέγερσης/λίπανσης (30%)
3. άγχος και αναστολή (26%)
4. δυσκολία στον οργασμό (24%)
5. μειωμένη σεξουαλική επιθυμία (20%)
6. δυσπαρέννια (18%)
7. ακράτεια κατά τη διάρκεια της επαφής (8%)

Ποσοστό 16% αυτών των γυναικών, αναφέρει δυσκολία στην επικοινωνία των σεξουαλικών προβλημάτων με το σύντροφό τους. Ποικίλες σεξουαλικές συμπεριφορές αναφέρονται, αλλά μόνο 40% των γυναικών αυτών συμμετέχουν σε κολπική ερωτική επαφή. Ωστόσο 82% εκτιμούν ότι η σεξουαλική δραστηριότητα είναι σημαντικό μέρος της ζωής τους. Η ερωτική επιθυμία (libido) καθορίζεται και από τα επίπεδα τεστοστερόνης στο αίμα. Αυτό ισχύει και στους άνδρες και στις γυναίκες. Αν μετά από επαρκή θεραπεία με αντικαταθλιπτικά, δεν υπάρχει αποδεκτή βελτίωση της σεξουαλικής διάθεσης, τότε πρέπει να ελέγχονται και τα επίπεδα τεστοστερόνης. Σε περίπτωση χαμηλών επιπέδων, πρέπει να χορηγείται θεραπεία υποκατάστασης. Η σεξουαλική διαταραχή μπορεί να είναι μια αποτρεψίμη ή θεραπεύσιμη παρενέργεια των αντικαταθλιπτικών. Οι διαταραχές επιθυμίας και διέγερσης είναι πολύ συχνές. Αυτές οι διαταραχές μπορούν να προκαλέσουν σημαντικό ψυχικό πρόβλημα σε έναν ασθενή. Η επιτυχής θεραπευτική προσέγγιση, εξαρτάται από την ακριβή διάγνωση, η οποία εξαρτάται από την ιστορία του ασθενούς. Η εργαστηριακή αξιολόγηση δεν είναι συνήθως χρήσιμη. Αντίθετα, η ψυχοσεξουαλική θεραπεία είναι χρήσιμη σε πολλές περιπτώσεις. Οι ασθενείς με κατάθλιψη πρέπει συνήθως να ερωτούνται για τη σεξουαλική τους λειτουργία, ώστε να προσδιορίσουν τα προβλήματα νωρίς. Αν δεν ερωτηθούν συγκεκριμένα, μόνο το 25% αναφέρει αυθόρμητα τη σεξουαλική διαταραχή στην κατάθλιψη. Εάν η σεξουαλική διαταραχή αγνοείται, μπορεί να διατηρήσει την κατάθλιψη, να υπονομεύσει την έκβαση της θεραπείας και να οδηγήσει στη μη συμμόρφωση του ασθενούς. Η κατάθλιψη συνοδεύεται πάρα πολύ συχνά από κάποια σεξουαλική διαταραχή. Η απόλαυση των ερωτικών επαφών όμως, είναι από τα βασικά συστατικά της ζωής. Ο ασθενής με κατάθλιψη, με την κατάλληλη αγωγή, μπορεί να επαναφέρει αυτήν την απόλαυση στον εαυτό του και τον ερωτικό του σύντροφο.<sup>12-14</sup>

## **6.6 ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ**

Η κατάθλιψη είναι βαριά ασθένεια, σε ορισμένες δε περιπτώσεις εξαιρετικά επικίνδυνη για τη ζωή. Εάν δεν θεραπευτεί, μπορεί να οδηγήσει στον θάνατο. Η αυτοκτονία λόγω κατάθλιψης αποτελεί τη δεύτερη πιο συχνή αιτία θανάτου στα άτομα ηλικίας έως 40 ετών μετά τον θάνατο από τροχαία ατυχήματα. Η συχνότητα των ολοκληρωμένων αυτοκτονιών είναι μεγάλη. Υπολογίζεται ότι 1% των καταθλιπτικών ασθενών πεθαίνει αυτοκτονώντας μέσα σε 12 μήνες από την έναρξη του καταθλιπτικού επεισοδίου. Σε ασθενείς που υποφέρουν από υποτροπιάζοντα επεισόδια κατάθλιψης το ποσοστό ανεβαίνει στο 15%. Ιδιαίτερα επικίνδυνο είναι το γεγονός ότι ο μεγαλύτερος κίνδυνος για αυτοκτονία είναι στην περίοδο των 6 έως 9

μηνών που ακολουθεί τη συμπτωματική βελτίωση των ασθενών. Κι αυτό, αν και φαίνεται παράδοξο, οφείλεται κατά πάσα πιθανότητα στο ότι στην περίοδο αυτή ο ασθενής έχει αποκτήσει αρκετή ενεργητικότητα για να ολοκληρώσει ένα σχέδιο αυτοκτονίας, ενώ δεν έχει αλλάξει σημαντικά η θεώρηση της ζωής του, που τη θεωρεί αρκετά αρνητική ώστε να θέλει έντονα να αυτοκτονήσει. Σχεδόν όλοι οι ασθενείς που πάσχουν από βαριές καταθλιπτικές διαταραχές έχουν σκεφτεί την αυτοκτονία. Μόλις διαγνωσθεί η κατάθλιψη και αντιμετωπιστεί με την κατάλληλη αγωγή, εξαφανίζεται και η έντονη επιθυμία του θανάτου. Είναι πολύ σημαντικό να γνωρίζει κανείς για κάθε καταθλιπτικό ασθενή πόσο μεγάλος είναι ο κίνδυνος αυτοκτονίας. Ο καλύτερος τρόπος είναι να γίνει μια συζήτηση με τον ίδιο τον ασθενή σχετικά με το πόσο συχνά και έντονα σκέφτεται την αυτοκτονία. Πολλές φορές στο παρελθόν είχε διατυπωθεί η άποψη ότι δεν πρέπει σε καμία περίπτωση να μιλάει κάποιος με τον πάσχοντα για το συγκεκριμένο θέμα, καθώς η συζήτηση θα μπορούσε να λειτουργήσει προτρεπτικά. Αυτό είναι λάθος. Κάθε καταθλιπτικός μέσα στην απελπισία του έχει ούτως ή άλλως σκεφτεί την αυτοκτονία και αισθάνεται κατά κανόνα ανακούφιση όταν του δίνεται η δυνατότητα να μιλήσει γι αυτό το θέμα. Άτομα με αυτοκτονικές τάσεις πρέπει να αντιμετωπίζονται ως επείγοντα περιστατικά! Ως εκ τούτου χρίζουν άμεσης ιατρικής θεραπείας.<sup>9,20</sup>

« Αυτός που σήμερα αυτοκτονεί

λόγω μελαγχολίας,

θα ευχόταν να ζούσε εάν έκανε υπομονή

μόλις μία εβδομάδα » Βολταίρος, συγγραφέας και φιλόσοφος, (1694–1778 )

## **6.7 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ**

Οι καταθλιπτικές διαταραχές συγκαταλέγονται στις πιο βαρύνουσες και σημαντικές ασθένειες παγκοσμίως. Εμφανίζονται με διάφορες μορφές στο 20 % του πληθυσμού. Το ποσοστό των γυναικών που νοσούν είναι διπλάσιο από το ποσοστό των ανδρών (άνδρες: 10%, γυναίκες: 20%). Η κατάθλιψη εμφανίζεται συχνότερα στις γυναίκες ηλικίας 25-44 ετών. Οι έφηβες ηλικίας 14-18 ετών εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης από τα συνομήλικά τους αγόρια. Το 20-49% των γυναικών εμφανίζουν το λεγόμενο προεμμηνορρυσιακό σύνδρομο (χαρακτηρίζεται από εκνευρισμό, κατάθλιψη και θυμό πριν την εμφάνιση της περιόδου) και το 3-5% αυτών έχουν αρκετά σοβαρά συμπτώματα για να κατηγοριοποιηθούν ως προ-εμμηνορρυσιακή δυσφορική διαταραχή. Το 10-15% των νέων μητέρων παθαίνουν επιλόχεια κατάθλιψη, που συνήθως συμβαίνει μέσα στον πρώτο χρόνο από τη γέννηση του παιδιού. Υπάρχει μεγάλη σχέση ανάμεσα στις νευρογενείς διατροφικές διαταραχές (ανορεξία και βουλιμία) και την κατάθλιψη στις γυναίκες. Το 90-95% των περιπτώσεων ανορεξίας συμβαίνουν σε νεαρές γυναίκες. Σύμφωνα με έρευνες, ένα στα τρία άτομα υποφέρει επίσης από κάποια μορφή κατάχρησης ή εξάρτησης από ουσίες. Οι απόπειρες αυτοκτονίας στις γυναίκες είναι διπλάσιες απ' ό,τι στους άνδρες. Στο 30-50% των περιπτώσεων της γυναικείας κατάθλιψης δεν γίνεται σωστή διάγνωση. Η κατάθλιψη προσβάλλει 350 εκατομμύρια ανθρώπους κάθε κοινωνικής τάξης, φυλής και μορφωτικού επιπέδου σε όλο τον κόσμο και αποτελεί μία από τις συνηθέστερες ψυχικές διαταραχές της εποχής μας με συνεχώς αυξανόμενους ρυθμούς. Φέρει την ευθύνη για την απώλεια του 10% των παραγωγικών ωρών παγκοσμίως. Έπειτα από έρευνες που έχουν γίνει έχει υπολογιστεί ότι η κατάθλιψη κοστίζει περίπου 43 δισεκατομμύρια δολάρια ετησίως, λαμβάνοντας υπόψη παράγοντες όπως, μέρες απουσίας από την εργασία, φάρμακα, νοσήλια καθώς και πρόωρους

θανάτους. Μεγίστης σημασίας είναι επίσης το υψηλό κόστος της κατάθλιψης όσον αφορά τα Ευρωπαϊκά δεδομένα, σύμφωνα πάντα με τις μελέτες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Π.Ο.Υ). όσον αφορά μια υποκατηγορία της κατάθλιψης, την επιλόχεια κατάθλιψη το 10-15% των γυναικών εμφανίζει καταθλιπτικά επεισόδια την πρώτη με δεύτερη εβδομάδα μετά τον τοκετό. Στις περισσότερες περιπτώσεις η ασθένεια εξελίσσεται σιωπηλά για εβδομάδες ή και μήνες . η κλινική εικόνα των γυναικών αυτών δεν διαφέρει από το τυπικό καταθλιπτικό επεισόδιο. Στο σημείο αυτό όμως θα πρέπει να κάνουμε έναν διαχωρισμό μεταξύ της επιλόχειας κατάθλιψης και της «επιλόχειας μελαγχολίας» (baby blues) η οποία κάνει την εμφάνισή της την πρώτη εβδομάδα μετά τον τοκετό και όχι πριν την τρίτη ημέρα και διαρκεί από λίγες ώρες έως και λίγες μέρες. Εμφανίζεται στο 50% των γυναικών και δεν είναι βαρύνουσας σημασίας. Η διαταραχή μπορεί να εμφανιστεί σε οποιαδήποτε ηλικία. Από την παιδική ηλικία έως τα γηρατειά. Στο 15–20% περίπου των ασθενών η διαταραχή ενδέχεται να εξελιχθεί σε χρόνια, ιδίως εάν ο ασθενής δεν λάβει θεραπευτική αγωγή ή εάν η θεραπευτική αγωγή που θα λάβει είναι ανεπαρκής. Η υποτροπή και η μετάπτωση στη χρονιότητα είναι η πιθανότερη εξέλιξη σε ένα μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο .Η κατάθλιψη λοιπόν είναι συνήθως υποτροπιάζουσα διαταραχή, με τα επεισόδιά της να διαρκούν από λίγους μήνες έως και λίγα χρόνια με φυσιολογικά μεσοδιαστήματα. Σε περίπου 20% των περιπτώσεων όμως ακολουθεί μια χρόνια πορεία χωρίς ύφεση. Τα ποσοστά υποτροπής μετά το πρώτο επεισόδιο το οποίο θεραπεύτηκε με επιτυχία είναι περίπου 35% εντός δύο ετών και γύρω στο 65% εντός 12 ετών(Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, 2002). Μετά από το πρώτο μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο, στο 50–75% των περιπτώσεων θα εμφανιστεί και δεύτερο επεισόδιο. Μετά το τρίτο επεισόδιο, ο κίνδυνος για τέταρτο επεισόδιο είναι περίπου 90% (Thase 1990). Το 10% περίπου των ασθενών μετά από ένα μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο , δεν αναρρώνουν μετά από 5 χρόνια της νόσου. Το 7% δεν ανάρρωσαν μετά από 10 χρόνια. Αυτές είναι οι στατιστικές της δεκαετίας που πέρασε. Όσο δηλαδή αυξάνεται ο αριθμός των επεισοδίων, μεγαλώνει ταυτόχρονα ο κίνδυνος επανεμφάνισης της ασθένειας.<sup>33,24</sup>

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7<sup>ο</sup>

### ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΟΥ -ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ (ΠΡΟΛΗΨΗ)

#### 7.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΟΥ

##### 7.1.1 Γενική νοσηλευτική φροντίδα

Ο νοσηλευτής/τρια αποτελεί το σπουδαιότερο υγιές πρόσωπο του Νοσοκομειακού περιβάλλοντος για τον ασθενή, επειδή ζει μαζί του τις περισσότερες ώρες, γι' αυτό ο ασθενής πολλές φορές ασυναίσθητα μεταβιβάζει την ασθενή συμπεριφορά του, δηλαδή την νοσηρά καταθλιπτική διάθεση.

Ο νοσηλευτής δεν ενοχλείται για την μεταβίβαση αυτή, αντίθετα πρέπει να διαθέτει την δυνατότητα και ικανότητα να συνάψει θετική διαπροσωπική σχέση μαζί του. Έχοντας μια τέτοια επαφή θα μπορέσει να αποκτήσει την εκτίμηση και την εμπιστοσύνη του. Η προσεκτική προσέγγισή του, η παραδοχή, η κατανόηση για τα προβλήματά του και η συζήτησή τους, εφ' όσον ο ίδιος το επιθυμεί καθώς και η υποστήριξή του, συμβάλλουν στην επιτυχία μιας επιτυχημένης διαπροσωπικής σχέσης. Ο νοσηλευτής/τρια δίνει την άνεση στον ασθενή να εξωτερικεύσει ότι τον απασχολεί ακόμη και τις νοσηρές ιδέες του, γιατί η εξωτερικεύση διοχετεύει το άγχος προς τα έξω, με αποτέλεσμα τη ψυχική ανακούφιση. Τον ακούει με προσοχή όση ώρα εκείνος μιλά και προσπαθεί να δημιουργήσει ατμόσφαιρα ασφάλειας, κατανόησης, σεβασμού, ηθικής συμπαράστασης και συμπάθειας. Δεν παρατείνει τη συζήτηση σε θέματα φορτισμένα συναισθηματικά για να μην αυξήσει το άγχος του.

Δέχεται τη σιωπή εκ μέρους του ή την απροθυμία του να μιλήσει. Η θετική αυτή στάση μπορεί να είναι πολύτιμο θεραπευτικό μέσο, γιατί μεταβιβάζει στον ασθενή τη βεβαιότητα ότι έχει αξία και είναι σεβαστός ακόμα και όταν σιωπά.

Ο νοσηλευτής/τρια δείχνει πραγματικό ενδιαφέρον με τη ζεστή του υποδοχή στο τμήμα κατά την εισαγωγή του στο Ψυχιατρείο, την ενθάρρυνσή του, την εγκατάστασή του σ' ένα ανάλογο περιβάλλον. Ο καταθλιπτικός ασθενής στρέφει την επιθετικότητά του προς τον εαυτό του και πάσχει από ένα τιμωρό υπεργώ, υποφέρει από έλλειψη εμπιστοσύνης, ιδέες ενοχής, αναξιότητας, αυτομορφής, η νοσηλεύτρια λοιπόν βρίσκει πάντοτε τρόπους να τον βοηθήσει να ανακτήσει την εμπιστοσύνη στον εαυτό του. Βρίσκει λύσεις ώστε να αναγνωριστεί η προσωπική του αξία. Τον επαινεί καθημερινά ακόμη και για μικρές προσπάθειες που καταβάλλει και τονίζει την πρόοδο στη βελτίωση της Ψυχικής του υγείας.

Ο καταθλιπτικός ασθενής δεν αναπτύσσει διαπροσωπικές σχέσεις και είναι απρόθυμος για οποιαδήποτε επικοινωνία, συναλλαγή και δραστηριότητα με το νοσοκομειακό περιβάλλον. Η συμπεριφορά αυτή φυσικά είναι συνέπεια της ψυχικής του κατάστασης. Ο νοσηλευτής/τρια όμως φροντίζει για το θεραπευτικό περιβάλλον. Λέγοντας θεραπευτικό περιβάλλον, εννοούμε το ανθρώπινο δυναμικό, που θα του δίνει την άνεση να εκφράσει τα συναισθήματά του π.χ. να κλάψει, τις επιθυμίες του, να μπορέσει να αναπτύξει υγιή τρόπο συμπεριφοράς. Μέσα στο περιβάλλον αυτό ο ασθενής μας θα μπορέσει να αισθανθεί εμπιστοσύνη, προστασία, ψυχική άνεση.

**Ο νοσηλευτής/τρια αποτελεί τον συνδετικό κρίκο ανάμεσα στον ασθενή και γιατρό, ασθενή και οικογενειακό περιβάλλον. Ο νοσηλευτής/τρια εκτελεί πολυάριθμα καθήκοντα όπως:**

1. να παρουσιάζει στο γιατρό την καθημερινή ψυχική εικόνα του ασθενούς
2. να παρίσταται στη ψυχιατρική εξέταση
3. να δίνει πληροφορίες για το κατά πόσο σημειώνει προόδους ο ασθενής ή σχετικά με την στασιμότητα της νόσου
4. να αναφέρει τα ποικίλα σωματικά προβλήματα και φροντίζει για την επίλυσή τους.
5. να μετρά κάθε μέρα τα ζωτικά του σημεία παρακολουθεί ανελλιπώς τον ύπνο του, ο οποίος σημειώνεται ακριβώς, τις κενώσεις και αν γίνεται κανονικά η εκκένωση της ουροδόχου κύστης ενώ στις γυναίκες σημειώνεται και η έμμηνος ρύση.
6. να ελέγχει τα ατομικά είδη του ασθενούς κατά την εισαγωγή του στο θεραπευτήριο αλλά και κατά την παραμονή και να αφαιρούνται αιχμηρά αντικείμενα, ξυραφάκια-σπίρτα- οινόπνευμα –ζώνες (πάντοτε φροντίζουμε να δίδεται μια εξήγηση για την πράξη αυτή).
7. η τήρηση επιμελημένης και ακριβούς λογοδοσίας από όλες τις βάρδιες για την φαρμακευτική αγωγή. Ο νοσηλευτής /τρια πρέπει να προσέχει ιδιαίτερα στη λήψη των φαρμάκων. Τα φάρμακα λαμβάνονται πάντα μπροστά στο νοσηλευτή, και πρέπει να βεβαιωθεί ο νοσηλευτής ότι τα έχει πάρει. Πάρα πολλές φορές οι ασθενείς κατεχόμενοι από ενοχές ή παραληρητικές ιδέες ή υποχονδριακές δεν πιστεύουν στην οποιαδήποτε αποτελεσματικότητα της θεραπείας και αρνούνται τη λήψη φαρμάκων.
8. να προσφέρει συναισθηματική υποστήριξη στον ασθενή
9. να προωθήσει το αίσθημα της εμπιστοσύνης και του ελέγχου.
10. να δώσει στον ασθενή την αίσθηση της ασφάλειας
11. να βελτιώσει την φυσική κατάσταση του ασθενούς
12. να παροτρύνει τις ομάδες της μονάδος
13. η χορήγηση φαρμάκων
14. η στενή παρακολούθηση του με σκοπό την ασφάλειά του
15. η εκτίμηση της συχνότητας των αρνητικών σκέψεων
16. η παροχή βοήθειας στο να τεθούν ρεαλιστικοί στόχοι από τον ασθενή

Γενικά, ο ρόλος του νοσηλευτή/τριας, θα έπρεπε να είναι τέτοιος που να καταγράφει και να απεικονίζει με κάθε λεπτομέρεια τις ταχύτατες μεταβολές της ψυχικής κατάστασης του καταθλιπτικού, που χωρίς αυτές η θεραπεία κινδυνεύει να αστοχήσει. Κάθε τι που αναφέρεται σαν πρόβλημα από τον ασθενή, πρέπει να λυθεί, ανεξάρτητα αν θεωρείται από εμάς σαν σημαντικό ή όχι. Έτσι θα δείξουμε το ενδιαφέρον μας και τον σεβασμό μας στην προσωπικότητά του. Ο νοσηλευτής/τρια αποφεύγει να τον πιέσει πρόωρα τον ασθενή για συμμετοχή του σε εργασία ή κοινωνικές επαφές, γιατί η τυχόν αποτυχία του, θα επέτεινε τα αισθήματα ανικανότητας και αναξιοτήτας, που κυριαρχείται. Με την πάροδο όμως της νοσηλείας του και την εμφάνιση των πρώτων σημαδιών βελτίωσης στη διάθεση του, ενθαρρύνεται για επικοινωνία και απασχόληση, με σκοπό την επανένταξή του στο κοινωνικό περιβάλλον, δηλ. την κατάκτηση πρώτα του χαμένου εαυτού του, που έκφρασή της είναι η αυτοπεποίθηση και ύστερα η εμφάνιση σημείων προσδοκίας για την συνέχιση της ζωής του.

Οι συγγενείς των ασθενών με χρόνιες καταθλιπτική διαταραχή κουράζονται και απορρίπτουν τον ασθενή. Η όλη εικόνα του καταθλιπτικού είναι συνέπεια διαταραχής του θυμικού. Τα λόγια και μόνο και ο τρόπος που λέγονται συνήθως από τους συγγενείς, δεν πείθουν τον καταθλιπτικό. Ο νοσηλευτής/τρια εξηγεί στους συγγενείς την κατάσταση του καταθλιπτικού και τους παροτρύνει να δείξουν κατανόηση και ανοχή. Τονίζει ότι η συμπαράστασή τους είναι αναγκαία και ότι η καλή, θετική στάση και συμπεριφορά τους συμβάλλει στην περαιτέρω βελτίωση.

Η όλη συμπεριφορά του νοσηλευτή, πρέπει να είναι ιδιαίτερα προσεγμένη. Ακόμα και οι ασθενείς με βαριές καταθλίψεις καταγράφουν τις πράξεις μας και την συμπεριφορά μας. Οι



ίδιοι οι ασθενείς, όταν ανένηψαν, το σημείωσαν και έκαναν κριτική στην συμπεριφορά και τις πράξεις του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού. Ο ασθενής ανέφερε ότι υπέστη θεραπεία με ηλεκτροσόκ χωρίς να του ζητηθεί έγκριση.

Η μελέτη και η γνώση του ιστορικού του ασθενούς αποτελεί προϋπόθεση για σωστή νοσηλεία. Ο νοσηλευτής /τρια παρίσταται στη μελέτη και συζήτηση του ιστορικού και σημειώνει τα ιδιαίτερα προβλήματα του ασθενούς για να μπορέσει έτσι να αξιολογήσει και ιεραρχήσει τις ανάγκες του συγκεκριμένου ασθενούς.

Όλες οι σωματικές λειτουργίες του καταθλιπτικού, όπως ήδη έχουμε αναφέρει επηρεάζονται και διαταράσσονται. Η διαταραχή τους εξαρτάται από την ιδιοσυστασία του προσώπου και την βαρύτητα της καταθλιπτικής διεργασίας. Ο νοσηλευτής/τρια παρακολουθεί καθημερινά τις σωματικές αυτές λειτουργίες και τη διατροφή του καταθλιπτικού. Όπως γνωρίζεται η όρεξη ελαττώνεται, ο ασθενής υποσιτίζεται ή παραμελεί κάτω από την επήρεια καταθλιπτικών ή παραληρητικών ιδεών, τελειώς την σίτιση του.

Ο νοσηλευτής /τρια μένει κοντά στον ασθενή αυτόν και τον παροτρύνει να πάρει την αναγκαία τροφή ή τον βοηθά στη λήψη της και σε βαριές περιπτώσεις ετοιμάζει και βοηθά τον γιατρό στον καθετηριασμό Levin.

Οι έχοντες τάσεις αυτοκτονίας μπορεί διαφεύγοντας την προσοχή του νοσηλευτή να συγκεντρώσουν μια μεγάλη ποσότητα φαρμάκων και να την χρησιμοποιήσουν σε ανύποπτο για την αδελφή χρόνο.

Η ψυχολογική προετοιμασία του ασθενούς να δεχθεί τη θεραπεία με ηλεκτροσόκ είναι απαραίτητη και ο νοσηλευτής σαν το πλησιέστερο άτομο στο Νοσοκομείο συμβάλλει αποφασιστικά.

Η παρακολούθηση του καταθλιπτικού πρέπει να είναι συχνή, η διάθεση χρόνου από το νοσηλευτή για συντροφιά αυτού του ασθενούς είναι νοσηλευτικό έργο.

Η ψυχοσωματική βραδύτητα και η ακεφία, κάνουν τον καταθλιπτικό ασθενή να μην δίνει προσοχή στην εξωτερική του εμφάνιση. Δεν ενδιαφέρεται για την ατομική του υγιεινή. Ο νοσηλευτής/τρια φροντίζει, βοηθώντας τον ή αναλαμβάνοντας πρωτοβουλίες, δηλ. στην ατομική καθημερινή του φροντίδα, πλύσιμο προσώπου, αλλαγή ρούχων, λουτρό, χτένισμα. Γενικά φροντίζει ώστε ο ασθενής να παρουσιάζεται ευπρεπισμένος. Όλοι ξέρουμε πόσο βελτιώνει τη διάθεση η περιποιημένη εξωτερική εμφάνιση.

Κλείνοντας ως υπογραμμιστεί ότι ο νοσηλευτής/τρια είναι το άτομο εκείνο όπου αποτελεί την σταθερή και μόνιμη παρουσία κοντά στον καταθλιπτικό ασθενή, γεγονός το οποίο του δίνει την δυνατότητα της ψυχικής υποστήριξης του και της αποκάλυψης των βαθύτερων σκέψεων και συναισθημάτων του.<sup>34</sup>

### 7.1.2 ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΤΗΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ ΣΤΟ ΨΥΧΙΑΤΡΕΙΟ

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

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

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

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

Η κλινική εικόνα του συνδρόμου χαρακτηρίζεται από τρία γενικά σημεία.

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

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

Η δυναμική των στοιχείων της προσωπικότητας χαρακτηρίζεται:

α) από εκτροπή της προσληπτικής ικανότητας και δημιουργία συνειρμών σε ορισμένα μόνο στοιχεία του κόσμου, που έχουν σχέση με το καταθλιπτικό συναίσθημα, μονοϊδεασμός.

β) καθήλωση της συμπεριφοράς

γ) εκλεκτικότητα των συγκινήσεων

δ) κατάρρευση των μηχανισμών άμυνας του εγώ

ε) περιορισμός των διαπροσωπικών σχέσεων και

στ) μείωση και αλλοίωση των ανθρωπίνων αξιών.

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

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

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

Τα μέσα που συνήθως χρησιμοποιούν οι ασθενείς μας για την αυτοκτονία είναι διάφορα, και πάρα πολλές φορές μας κάνει εντύπωση η μεγάλη τους εφευρετικότητα για το σκοπό αυτό. Όπως ήδη ανέφερα, στην νοσηλευτική φροντίδα των καταθλιπτικών, προσπαθούμε να έχουμε αφαιρέσει ότι θεωρείται επικίνδυνο για τον ασθενή μας από τα πράγματα του παρόλα αυτά βρίσκουν τρόπους να πραγματοποιήσουν την αυτοκτονία.<sup>11</sup>

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

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

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

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

Δεν υπάρχει αμφιβολία, ότι η πρόληψη της αυτοκτονίας, αποτελεί μεγάλη ικανοποίηση και δικαίωση για έναν νοσηλευτή. Υπάρχουν όμως περιπτώσεις που ο νοσηλευτής καλείται να αντιμετωπίσει το

τραγικό γεγονός της αυτοκτονίας. Όταν λοιπόν αυτοκτονήσει ο ασθενής μας, καλείται αμέσως εφημερεύων γιατρός, προκειμένου να διαπιστώσει το θάνατο, ειδοποιούνται οι συγγενείς του και το αστυνομικό τμήμα της περιοχής.

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

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

Στις περιπτώσεις αυτές, ο ασθενής είναι ο μεγαλύτερος εχθρός του ίδιου του εαυτού του και επεξεργάζεται με επιμονή, υπομονή και κάθε λεπτομέρεια όλα τα μέσα του επικειμένου τέλους. Η διαπίστωση αυτού του γεγονότος, δημιουργεί την στερεότυπη έκφραση, που όλοι όσοι έχουν εργαστεί σε ψυχιατρεία έχουμε ακούσει. «Φοβερό, σατανικό, απροσδόκητο».<sup>9,36</sup>

## **7.2 ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ**

- Προσπάθησε να αποδεχτεί τον εαυτό σου, παρόλο που νιώθεις θλίψη. Μην νιώθεις άσχημα επειδή νιώθεις άσχημα. Δώσε την άδεια στον εαυτό σου να αισθάνεται άσχημα, να έχει ανάγκη από βοήθεια και να είναι ευάλωτος.
- Αμφισβήτησε τις πεποιθήσεις ότι ευθύνεσαι εσύ για ό,τι αρνητικό συμβαίνει. Αυτή η στρεβλή σκεπτομορφή είναι μέρος της κατάθλιψης και θα μετριαστεί όταν αρχίσεις να νιώθεις καλύτερα.
- Να κάνεις πράγματα που σε ευχαριστούν και να αποφεύγεις αυτά που σε δυσαρεστούν. Είναι σημαντικό για την αυτοεκτίμησή σου να καταπιάνεσαι με πράγματα τα οποία μπορείς να καταφέρεις.
- Μοιράσου αυτό που αισθάνεσαι με ανθρώπους που νιώθεις άνετα και εμπιστεύεσαι.
- Μην παίρνεις σημαντικές αποφάσεις όταν βρίσκεσαι σε κατάθλιψη.
- Απόφυγε οινοπνευματώδη ποτά και ναρκωτικές ουσίες γιατί επιδεινώνουν παρά βελτιώνουν την διάθεση.
- Προσπάθησε να μην αποθαρρύνεσαι αν δεν περνάει γρήγορα η συναισθηματική δυσφορία. Επέτρεψε στον εαυτό σου να πάρει τον χρόνο του.
- Να διαγράψεις την επιτακτική ανάγκη τα πράγματα να είναι διαφορετικά από ότι είναι.
- Μην προσκολλάσαι σε επιθυμίες και προσδοκίες που σε εμποδίζουν να αντλεις ικανοποίηση από το παρόν.
- Η κατάθλιψη εμφανίζεται όταν ακριβώς δηλώνεις ότι είσαι ανίκανος να μετατρέψεις το συναίσθημά σου σε πράξη. Μεταμόρφωσε την απραξία σε δημιουργία.
- Μερικές φορές είμαστε τόσο θολωμένοι από τον θυμό, τον πόνο ή την κακή διάθεση, που δεν μπορούμε να διακρίνουμε τις πόρτες που είναι ανοιχτές μπροστά μας. Εστίασε σε αυτά που έχεις στο παρόν.

### **7.3 ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ**

Στις μέρες μας καθίσταται ως αναγκαιότητα ο σχεδιασμός και η ενεργοποίηση πολιτικών προαγωγής και αγωγής ψυχικής υγείας σε εθνικό επίπεδο. Μετά την εννοιολογική αποσαφήνιση βασικών όρων, παρουσιάζονται επιχειρήματα που ο πυρήνας τους αφορά στην ανάδειξη τέτοιων πολιτικών ως εργαλείου παρέμβασης για την υγειονομική και ευρύτερα κοινωνική ανάπτυξη, την υψηλή συσχέτιση μεταξύ φτώχης ψυχικής υγείας και οργανικής παθολογίας και τη σύνδεση της ψυχικής υγείας με τη δημόσια υγεία με δεδομένη την υψηλή αύξηση των ψυχικών διαταραχών και ιδιαίτερα της κατάθλιψης. Τέλος, σε συνδυασμό με τις παρεμβάσεις αγωγής ψυχικής υγείας περιγράφεται το περιεχόμενο των παρεμβάσεων προαγωγής ψυχικής υγείας σε τρία επίπεδα: ατομικό, κοινοτικό και κοινωνικό. Κατά τις προηγούμενες δεκαετίες, εξελίξεις όπως η υιοθέτηση του στρατηγικού στόχου από τον Π.Ο.Υ. "Υγεία για όλους μέχρι το 2000" με κεντρικό προσανατολισμό την ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας, η Διακήρυξη της Alma-Ata και ο "Χάρτης της Οτάβα" που θεσμοθέτησε τη πολιτική της προαγωγής υγείας συνέβαλαν ουσιαστικά στην αλλαγή του βιοϊατρικού μοντέλου και στην ανάπτυξη της υγειονομικής φροντίδας που θα λαμβάνει υπόψη της τη σημασία των φυσικών περιβαλλοντικών και ευρύτερων κοινωνικών παραγόντων. Με τη Συνθήκη του Άμστερνταμ - άρθρο 153- και με τους ανανεωμένους στόχους του Π.Ο.Υ. για τον 21ο αιώνα, οι παρεμβάσεις υγείας που διαμορφώνονται δίνουν προτεραιότητα στους τομείς της προαγωγής υγείας, πρόληψης, θεραπείας και αποκατάστασης. Η έμφαση που δόθηκε στην προαγωγή υγείας ως εργαλείου παρέμβασης για τη υγειονομική και ευρύτερα κοινωνική ανάπτυξη αναδεικνύει αναπόφευκτα και το ζήτημα της προαγωγής ψυχικής υγείας στο πλαίσιο μιας ολιστικής προσέγγισης της υγείας. Το συγκεκριμένο άρθρο αποσαφηνίζει το περιεχόμενο των παρεμβάσεων προαγωγής ψυχικής υγείας, παρουσιάζει λόγους που καθιστούν αναγκαίο το σχεδιασμό τέτοιων παρεμβάσεων και προτείνει συγκεκριμένες δράσεις για την υλοποίησή τους.<sup>27,31</sup>

### **7.4 ΤΙ ΣΗΜΑΙΝΕΙ ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ (ΟΡΙΣΜΟΣ)**

Η προαγωγή ψυχικής υγείας αφορά διαδικασίες ενδυνάμωσης της ικανότητας των ατόμων να προσδιορίζουν αυτόνομα τη ζωή τους και να προωθούν την ψυχική τους υγεία. Οι διαδικασίες αυτές αφορούν άτομα και κοινότητες. Οι παρεμβάσεις προαγωγής ψυχικής υγείας εφαρμόζουν στρατηγικές τέτοιες που να ενθαρρύνουν την ύπαρξη υποστηρικτικού περιβάλλοντος και να καλλιεργούν την ικανότητα του ατόμου να ανταποκρίνεται θετικά στις αντίξοες συνθήκες. Οι παρεμβάσεις αυτές χρειάζεται να είναι ευαίσθητες στη πολιτισμική διαφορετικότητα και να προωθούν τις αξίες της ισότητας, της κοινωνικής δικαιοσύνης, της αλληλεξάρτησης και της ανθρώπινης αξιοπρέπειας. Θα πρέπει να διευκρινιστεί πως οι παρεμβάσεις αυτές δε ταυτίζονται με την πρόληψη της εμφάνισης των ψυχικών διαταραχών. Η φιλοσοφία και το περιεχόμενο τους επεκτείνονται της πρόληψης και αποβλέπουν στην εξασφάλιση εκείνων των συνθηκών που θα επιτρέψουν τη θετική προσωπική και κοινωνική ανάπτυξη του ατόμου

## **7.5 ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ**

Οι παρεμβάσεις με στόχο την αγωγή ψυχικής υγείας κατά κύριο λόγο αποβλέπουν:

α) στην καταστολή των αρνητικών κοινωνικών αντιδράσεων, του στίγματος και των αρνητικών στερεοτύπων που συνοδεύουν τις ψυχικές διαταραχές ώστε να περιοριστούν μηχανισμοί αποκλεισμού και κοινωνικής διάκρισης σε βάρος των ψυχικά πασχόντων, και

β) στην αύξηση της ευαισθησίας και της ενημέρωσης του γενικού πληθυσμού αλλά και των ειδικών κοινωνικών ομάδων με πολλαπλασιαστική επίδραση (πχ. δημοσιογράφοι)σε θέματα ψυχικών διαταραχών, υπηρεσιών ψυχικής υγείας και γενικότερα αναζήτησης βοήθειας.

Οι παρεμβάσεις αυτές μπορούν να υλοποιηθούν με την καλύτερη δυνατή αξιοποίηση των Μ.Μ.Ε., την οργάνωση happenings και την εμπλοκή των ίδιων των ψυχικά πασχόντων και των οικογενειών τους. Συγκεκριμένα, η οργάνωση σε εθνικό επίπεδο κοινωνικής καμπάνιας με στόχο την καταστολή μύθων που πλαισιώνουν την ψυχική διαταραχή (πχ. άτομα με ψυχικές διαταραχές είναι βίαια, τηλεοπτικά σποτς, αφίσες), η λειτουργία κινητών μονάδων ενημέρωσης με ειδικά έντυπα τα οποία μπορούν άτομα με ψυχιατρικό ιστορικό και οι οικογένειες τους να προωθούν, η δημόσια εξομολόγηση προσωπικών εμπειριών από σημαίνοντα πρόσωπα και η διοργάνωση εναλλακτικών συνεδρίων από τους ίδιους τους χρήστες των υπηρεσιών ψυχικής υγείας μπορούν να αποτελέσουν δράσεις αγωγής του γενικού πληθυσμού σε θέματα ψυχικής υγείας. Οι παρεμβάσεις προαγωγής ψυχικής υγείας αφορούν τρία επίπεδα: ατομικό, κοινοτικό και κοινωνικό. Σ' ατομικό, οι παρεμβάσεις αποβλέπουν στην προώθηση της θετικής ψυχικής υγείας του ατόμου μέσα από την ενίσχυση και την ενδυνάμωση των εσωτερικών του πόρων (αυτο-αποτελεσματικότητα, αυτο-εικόνα, αίσθημα ελέγχου), των ικανοτήτων, των δεξιοτήτων και των δυνατοτήτων του προκειμένου να μπορεί να ανταποκριθεί στις αντιξοότητες της ζωής, στο στρες της καθημερινότητας και σε κρίσιμα συμβάντα. Θετική ψυχική υγεία σε ατομικό επίπεδο σημαίνει ότι μπορώ να ανταποκριθώ στις προκλήσεις της ζωής υιοθετώντας μια θετική προσέγγιση. Ένα εκτενές σώμα εμπειρικών ευρημάτων έχει δείξει πως τα άτομα με θετική αυτο-εικόνα, αίσθημα αυτό-αποτελεσματικότητας και ελέγχου απολαμβάνουν καλύτερη ποιότητα ζωής. Σε επίπεδο κοινότητας, οι παρεμβάσεις προαγωγής ψυχικής υγείας αφορούν την καλλιέργεια και την ανάπτυξη δικτύων κοινωνικής υποστήριξης και αλληλεγγύης αποβλέποντας στην ενίσχυση της κοινωνικής συνοχής, στην ενεργοποίηση των πολιτών και την προώθηση της συλλογικής δράσης για την καλύτερη προάσπιση και διεκδίκηση κοινωνικών αιτημάτων. Τα εμπειρικά ευρήματα δείχνουν πως οι κοινότητες με υψηλή εισοδηματική ανισότητα, με χαλαρούς ή ανύπαρκτους δεσμούς κοινωνικής συνοχής χαρακτηρίζονται από υψηλή εγκληματικότητα και θνησιμότητα. Αντίθετα, κοινότητες με υψηλή κοινωνική συνοχή και υψηλή συμμετοχή σε συλλογικές δράσεις αναφέρονται με καλύτερα επίπεδα υγείας (Marmot & Wilkinson, 29). Σε γενικές γραμμές, η κοινωνική συνοχή προωθεί την υγεία και την ψυχική υγεία των μελών μιας κοινότητας ενδυναμωμένης. Σε ευρύτερο επίπεδο κοινωνίας, οι παρεμβάσεις προαγωγής ψυχικής υγείας αποβλέπουν από τη μια στην άμβλυνση των μηχανισμών εκείνων που λειτουργούν επιβαρυντικά περιθωριοποιώντας συγκεκριμένες κοινωνικές ομάδες, και από την άλλη στη δημιουργία των συνθηκών εκείνων που να ευνοούν την επανένταξη κοινωνικά αποκλεισμένων ομάδων (πχ. ψυχικά πάσχοντες, ανήλικοι παραβάτες) όπως και την εξίσωση ευκαιριών σε κοινωνικές ομάδες που βρίσκονται σε μειονεκτική θέση (πχ. γυναίκες, άτομα με αναπηρίες). Οι δράσεις που μπορούν να σχεδιαστούν και να υλοποιηθούν σε ατομικό επίπεδο προαγωγής ψυχικής υγείας αφορούν τη συγκεκριμενοποίηση ομάδων με ιδιαίτερες ανάγκες για ενδυνάμωση των εσωτερικών τους πόρων, όπως έφηβοι, άνεργοι, νέες μητέρες. Οι έφηβοι αντιμέτωποι με κρίσιμες αλλαγές, αβεβαιότητα, χαμηλή αυτο-εικόνα και υψηλό στρες έχουν βρεθεί σημαντικά να ωφελούνται από παρεμβάσεις προαγωγής ψυχικής υγείας οργανωμένες

μέσα στο σχολείο με στόχο την ενδυνάμωση των προσωπικών και κοινωνικών τους δεξιοτήτων και στη δημιουργία υποστηρικτικών περιβαλλοντικών συνθηκών (Durlak & Wells, 30). Όσον αφορά παρεμβάσεις προαγωγής ψυχικής υγείας σε επίπεδο κοινότητας, η δημιουργία θεσμών όπως "τα συμβούλια της γειτονιάς" και η παροχή υποστήριξης σε άτομα με υψηλή κοινωνική ευαλωτότητα από ομάδες εμπυχωτών μπορούν σημαντικά να συμβάλλουν στην ενεργοποίηση των πολιτών και στην ενίσχυση των εσωτερικών πόρων σε άτομα που βρίσκονται σε κοινωνικά ευάλωτη θέση. Τέλος, οι παρεμβάσεις προαγωγής ψυχικής υγείας σε ευρύτερο κοινωνικό επίπεδο αφορούν σε σημαντικό βαθμό τις ίσες ευκαιρίες και συνθήκες σε κοινωνικές ομάδες με διαφορετικό κοινωνικό, πολιτισμικό κεφάλαιο που να είναι εκτεθειμένες σε διαφορετικές κοινωνικές πιέσεις. Για παράδειγμα, οι γυναίκες που είναι αντιμέτωπες με μια πολλαπλότητα ρόλων -επαγγελματικό, ανατροφή παιδιών, φροντιστή και οικιακά- είναι αυτονόητα εκτεθειμένες με άνισες ευκαιρίες επαγγελματικής απασχόλησης. Η δημιουργία κοινοτικά προσανατολισμένων δομών και υπηρεσιών ("βοήθεια στο σπίτι") που να παρέχουν διευκολύνσεις με τη φροντίδα των παιδιών ή ατόμων που οι γυναίκες έχουν αναλάβει τη φροντίδα τους (πχ. υπερήλικες) θα μπορούσαν σημαντικά να συμβάλλουν στην εξίσωση των ευκαιριών απασχόλησης μεταξύ των δυο φύλων. Οι παραπάνω παρεμβάσεις είναι μόνο ενδεικτικές, εκείνο που έχει σημασία να τονιστεί είναι πως είναι απαραίτητο να αναπτυχθεί στη χώρα μας παράλληλα με παρεμβάσεις αγωγής και προαγωγής υγείας ένα είδος σχεδιασμού και οργάνωσης δράσεων με στόχο την αγωγή και προαγωγή ψυχικής υγείας και στα τρία επίπεδα: ατομικό, κοινοτικό και κοινωνικό.<sup>15,26</sup>

## **7.6 ΜΙΚΡΟΣ- ΧΡΗΣΙΜΟΣ ΟΔΗΓΟΣ**

### **7.6.1 Δώδεκα βασικοί κανόνες για τη θεραπεία της κατάθλιψης:**

1. Κάνετε υπομονή! Η κατάθλιψη εξελίσσεται συνήθως αργά και θεραπεύεται επίσης σταδιακά. Δώστε στον εαυτό σας τον απαιτούμενο χρόνο – αξίζει!
2. Εάν κριθεί απαραίτητη η λήψη φαρμάκων, τηρήστε κατά γράμμα τις οδηγίες του γιατρού. Να είσαστε υπομονετικοί. Ίσως χρειαστεί να περάσει κάποιο χρονικό διάστημα έως ότου γίνει αισθητή η δράση τους.
3. Τα αντικαταθλιπτικά δεν έχουν εθιστική δράση και δεν αλλοιώνουν την προσωπικότητα.
4. Είναι σημαντικό να ενημερώνετε τον γιατρό σας για όλες τις μεταβολές της διάθεσής σας και να συζητάτε μαζί του ανοιχτά και με ειλικρίνεια όλους τους προβληματισμούς, τους φόβους

και τις αμφιβολίες που ενδεχομένως σας δημιουργηθούν στο πλαίσιο της θεραπείας.

5. Σε περίπτωση που εμφανιστούν παρενέργειες ενημερώστε αμέσως τον γιατρό σας. Συνήθως είναι ακίνδυνες και παροδικές.

6. Ακόμα και αν νιώθετε καλύτερα, μην σταματάτε τη λήψη φαρμάκων! Πρέπει να σχεδιάσετε με προσοχή τη διακοπή τους.

7. Σχεδιάστε με ακρίβεια το πρόγραμμα της επόμενης ημέρας (για παράδειγμα με χρονοδιάγραμμα). Προσθέστε κατά τη διάρκεια της ημέρας δραστηριότητες που σας ευχαριστούν.

8. Θέστε μικρούς και εφικτούς στόχους. Ο γιατρός ή ο θεραπευτής σας θα σας βοηθήσουν.

9. Τηρήστε ημερολόγιο όπου θα καταγράφετε τη διάθεσή σας. Ο γιατρός ή ο θεραπευτής σας θα σας εξηγήσει με ποιον τρόπο και θα σας καλεί τακτικά προκειμένου να συζητήσετε μαζί του τις καταχωρήσεις σας.

10. Μόλις ξυπνήσετε, σηκωθείτε αμέσως από το κρεβάτι σας. Το να παραμείνετε ξύπνιοι στο κρεβάτι σας, όταν πάσχετε από κατάθλιψη, εξελίσσεται σε παγίδα αρνητικών σκέψεων. Συχνά είναι πολύ δύσκολο να το επιτύχετε. Σε αυτήν την περίπτωση, επεξεργαστείτε στρατηγικές μαζί με τον θεραπευτή σας.

11. Δραστηριοποιηθείτε: η κίνηση δρα αντικαταθλιπτικά και ενισχύει την παραγωγή νέων νευρικών κυττάρων.

12. Όταν νιώσετε καλύτερα: ανακαλύψτε με τη βοήθεια του γιατρού ή του θεραπευτή σας πώς θα ελαχιστοποιήσετε τον κίνδυνο υποτροπής. Επεξεργαστείτε τις προειδοποιητικές ενδείξεις και το πρόγραμμα αντιμετώπισης κρίσης που θα ακολουθήσετε.

### 7.6.2 Ερωτηματολόγιο

Τα ερωτηματολόγιο αυτό συνιστά επίσημο απλό και γρήγορο τεστ που χρησιμοποιείται από ψυχολόγους και ψυχιάτρους για τη διάγνωση της κατάθλιψης (πάραιτα είναι μόνο ενδεικτικό και δεν αποτελεί προσωπική διάγνωση αλλά λειτουργεί ως προτροπή ή ως αποτροπή για περαιτέρω εξέταση). Σε καθένα από τα ερωτήματα έχετε τις ακόλουθες επιλογές απαντήσεων:

- Ποτέ (0 βαθμοί)
- Κάποιες μέρες (1 βαθμός)
- Περισσότερες από τις μισές μέρες (2 βαθμοί)
- Σχεδόν κάθε μέρα (3 βαθμοί).

Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 2 εβδομάδων πόσο συχνά ενοχληθήκατε από τα ακόλουθα προβλήματα:

1. Μειώθηκε το ενδιαφέρον σας ή η ευχαρίστηση που παίρνετε από τις καθημερινές σας ασχολίες;
2. Νιώθατε στενοχώρια ή λύπη ή μελαγχολία ή απογοήτευση;  
(Αν απαντήσατε αρνητικά στις δύο πρώτες ερωτήσεις, μη συνεχίσετε το τεστ. Δεν έχετε κατάθλιψη.)
3. Είχατε προβλήματα με τον ύπνο σας, π.χ. αργεί να σας πάρει ο ύπνος ή ξυπνάτε τη νύχτα ή σηκώνεστε νωρίτερα από ότι επιθυμείτε ή κοιμάστε περισσότερο από το συνηθισμένο;
4. Νιώθατε κούραση ή καταβολή ή ατονία ή έλλειψη ενέργειας;
5. Μειώθηκε η όρεξή σας ή, αντίθετα, αυξήθηκε περισσότερο από το συνηθισμένο;
6. Νιώθατε άσχημα με τον εαυτό σας ή σκεφτήκατε ότι δεν αξίζετε ή ότι είστε ανεπαρκείς ή ότι έχετε απογοητεύσει τον εαυτό σας ή τους δικούς σας;
7. Είχατε δυσκολία να συγκεντρωθείτε για να κάνετε διάφορα πράγματα,



όπως π.χ. να διαβάσετε κάτι ή να παρακολουθήσετε τηλεόραση;

8. Αντιληφθήκατε να κινείστε ή να μιλάτε πιο αργά από ότι συνήθως, τόσο που να έχει γίνει αντιληπτό από τους άλλους;

Ή, αντιθέτως, είστε τόσο ανήσυχοι και αναστατωμένοι, που γυροφέρνετε πολύ περισσότερο από το συνηθισμένο;

9. Σκεφτόσασταν ότι θα ήταν καλύτερα για εσάς εάν είχατε πεθάνει ή σκεφτόσασταν να κάνετε κακό στον εαυτό σας με οποιονδήποτε τρόπο;

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ -ΒΑΡΥΤΗΤΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΤΙ ΝΑ ΚΑΝΕΤΕ

- 0-4 Καμία -τίποτα, μην ανησυχείτε
- 5-9 Ήπια -συνιστάται αναμονή και η επανάληψη του ερωτηματολογίου μετά από 2 εβδομάδες.
- 10-14 Μέτρια- συνιστάται η επίσκεψη σε ειδικό και το ενδεχόμενο συμβουλευτικής ψυχοθεραπείας.
- 15-19 Σχετικά σοβαρή -συνιστάται η επίσκεψη σε ειδικό και η έναρξη αγωγής (με φάρμακα ή ψυχοθεραπεία).
- 20-27 Πολύ σοβαρή -συνιστάται η άμεση έναρξη φαρμακευτικής αγωγής και η τακτική παρακολούθηση από ψυχίατρο.

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

1. Κλεφταράς Γ., Η κατάθλιψη σήμερα: περιγραφή, διάγνωση, θεωρίες και ερευνητικά δεδομένα. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1998.
2. Χαρτοκόλλης Π., Εισαγωγή στην ψυχιατρική. Εκδόσεις Θεμέλιο, β' Έκδοση, Αθήνα 1991.
3. Κοτρώτσου Ε., Ψυχιατρική νοσηλευτική. Εκδόσεις Έλλην, Αθήνα 2009.
4. Kramlinger K., Κατάθλιψη. Εκδόσεις Μοντέρνοι Καιροί, Αθήνα 2004.
5. Παγοροπούλου Α., Η γεροντική κατάθλιψη. Εκδόσεις Έλλην, Αθήνα 2000.
6. Σκαπινάκης Π, Γαλατούλα Τ., Παπαγεωργίου Ι, Μιγάλη Γ., Σκέφτομαι άρα αισθάνομαι. Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα 2007
7. Αλεξανδρίδης Α., Τσιάντης Γ., Προσχολική παιδοψυχιατρική: Κλινική και θεραπευτικές παρεμβάσεις. Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα 2009
8. Holmes J., Κατάθλιψη. Εκδόσεις Ροές, Θεσσαλονίκη 2009
9. Dr Basank K. Puri-Hilary, Νικήστε την Κατάθλιψη. Εκδόσεις Διόπτρα, Αθήνα 2008.
10. Gilbert P., Ξεπερνώντας την κατάθλιψη. Εκδόσεις Έλλην, Αθήνα 1999.
11. Μάνος, Ν. Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής. Θεσσαλονίκη. University Studio Press., 1997 σ:173-215
12. Cohen A., Pharmacopsychiatry, Sexual impairment in psychiatric inpatients: focus on depression. 2007 σ: 58-63

13. Journal of Clinical Psychopharmacology Sexual Disorders in Subjects Treated for Mood and Anxiety Diseases. Bossini, Letizia MD . 2007
14. World J Urol.. Female sexual dysfunction, voiding symptoms and depression: common findings in partners of men with erectile dysfunction. Shabsigh R. 2006 σ: 653-686
15. Murray C, Lopez A., The Global Burden of Disease. Summary. Harvard University Press, Boston, 1996.
16. Motti-Stefanidi, F. & Tsiantis, J. Psycocological problems of school-age Greek children: The role of culture. Paper presented at the European Conference of Psychology, Athens 1991.
17. Μπεξεβέγκης Η. Αντιμετωπίζοντας καθημερινές αγχογόνες καταστάσεις: Η κατασκευή μιας νέας κλίμακας coping. Εισήγηση στο 5<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχολογικής Έρευνας, Πάτρα 1996.
18. Achenbach, T.M. Manual for the Teacher's Report Form and 1991 Profile. University of Vermont, Department of Psychiatry, Burlington 1991.
19. Barnett, D.W., Collins, R., Coulter, C., Curtis, M.J., Ehrhardt, K., Glaser, A., Reyers, C., Stollar, S.& Winston, M. Ethic validity and school psychology: Concepts and practices association with cross-cultural professional competence. Journal of School Psychology, 33(3), 219-234. 1995.
20. Offer, D., Ostrov, E., & Howard, K.I. (1991). Disorders of self-image, depression and suicide. In W.R. Hendee (Ed.). The health of adolescents. San Francisco: Jossey Bass.
21. Jung, J. (1995). Ethnic group and gender differences in the relationship between personality and coping. Anxiety, stress and coping, 8, 113-126
22. Masten, A. & Coatsworth, J. D. (1995). Competence, resilience and psychopathology. In D. Cicchetti & D.J.Cohen (Eds.). Developmental psychopathology. Vol. 2. N.Y. : Wiley & Sons, Inc.

23. Μάνος, Ν. (1993). Σύνθεση και Επιλογή στην Ψυχιατρική Θεραπευτική - Μια βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση. Θεσσαλονίκη. University Studio Press. σ:36-45.
24. British Health Education Authority. Positive Steps 2000: Surviving the New Millennium, 1999.
25. Marmot M. & Wilkinson R.G. (Eds.) Social Determinants of Health. Oxford University Press, London. 1999.
26. Read J., Baker S., Not just Sticks and Stones: A survey of stigma, taboos and discrimination experienced by people with mental health problems. Mind, London, 1996.
27. Ζήση Α. Αντιλήψεις και στάσεις της κοινότητας απέναντι στους ψυχικά πάσχοντες και την ψυχική διαταραχή: Ανασκόπηση εμπειρικών ευρημάτων και μεθοδολογικά ζητήματα. Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών 2000. σ: 131-164.
28. American Psychiatric Association Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fourth Edition, Text Revision: DSM-IV-TR, Washington, DC: American Psychiatric Publishing. 2000, σελ. 943
29. Rickards H. "Depression in neurological disorders: Parkinson's disease, multiple sclerosis, and stroke". Journal of Neurology Neurosurgery and Psychiatry, 2005.
30. Sadock, Benjamin J. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry , 2002.
31. Joubert N, Raeburn J: Mental health promotion: People, power and passion. Inter Mental Health Prom 1998. Inaugural issue: 15-22.
32. Μαδιανός, Μ., Κοινωνία και ψυχική υγεία. Εκδόσεις Καστανιώτης, Τόμος Α'. Αθήνα 1996.

33. Katon W. The epidemiology of depression in medical care. *Inter J of Psych & Med*, 198793-112.
34. Παρασκευόπουλος, Ι.Ν., 2<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχολογικής Έρευνας, Ρέθυμνο, 1990
35. <http://ygeia.tanea.gr/default.asp?pid=8&ct=85&articleID=8232&la=1> 25 Σεπτ. 2012 21:46:15 GMT.
36. <http://www.suicide-help.gr/index.php?page=katathlipsi> 23 Σεπτ. 2012 09:26:25 GMT
37. Μουρούτης Κ., Διέξοδος από την κατάθλιψη. Εκδόσεις Έτρα, Αθήνα 2007.
38. Σούρας Δ., Κατά-τη-θλίψη. Εκδόσεις Κάκτος, Αθήνα 2006.
39. Callaghan C., Μάθημα ελπίδας. Εκδόσεις Φυτράκη, Αθήνα 2007.
40. Rowe D., Κατάθλιψη. Εκδόσεις Φυτράκη, Αθήνα 2005.
41. Kind P. and Sorensen J.(1993), The costs of depression: *International Journal of Clinical psychopharmacology* 7(3-4): 191-195